



**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA CON ÉNFASIS EN CUIDADO
CRÍTICO**

**EL SÍNDROME DE BURNOUT Y LA RESILIENCIA COMO FACTOR MEDIADOR
EN ENFERMERAS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DESDE EL
MODELO DE ADAPTACIÓN DE ROY DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE
ATENCIÓN DE LA REGIÓN METROPOLITANA**

**ESTUDIANTE
GLORIA ALEJANDRA RODRÍGUEZ AGUILAR DE PETERS
8-774-1450**

**ASESORA DE TESIS:
DRA. YARIELA GONZÁLEZ ORTEGA
8-228-621**

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRÍA EN
ENFERMERÍA CON ÉNFASIS EN CUIDADO CRÍTICO**

2025

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

TÍTULO: EL SÍNDROME DE BURNOUT Y LA RESILIENCIA COMO FACTOR MEDIADOR EN ENFERMERAS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DESDE EL MODELO DE ADAPTACIÓN DE ROY DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN - REGIÓN METROPOLITANA.

FIRMAS DEL TRIBUNAL EXAMINADOR:

NOMBRE	FIRMA
1.	
2.	
3.	

DEDICATORIA

A mi amado hijo César Alejandro, porque a pesar de su corta edad comprendió lo que su mamá estaba realizando. A mi esposo Pedro, mis hermanas Angélica, Cecil y Celen que en todo momento me dieron ánimo para seguir adelante. Sobre todo, a mi madre que está en el cielo, ya que sin ella no estaría hoy aquí.

A mis asesoras de tesis la doctora en enfermería Yariela González, a la magister en enfermería en salud mental y psiquiatría Angela Reina. A mis compañeras (os) de trabajo y a la magister Johanna Rodríguez compañera de grupo que siempre estuvo presente para guiarme en este proceso.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, a Dios por darme una segunda oportunidad de vida, sin él no estaría aquí realizando esta meta; porque a pesar de los días malos me ha dado las herramientas y una hermosa familia para poder superarlos.

A mis asesoras de tesis por su valioso tiempo y dedicación. En especial a la doctora en enfermería Yariela González, su guía experta fue de gran importancia en cada etapa de esta investigación. Sus enseñanzas no solo moldearon este trabajo sino también mi forma de pensar. A mi querido Hospital Santo Tomás por permitirme realizar esta investigación. Sobre todo, a mis compañeras que accedieron a participar de la misma con mucho entusiasmo e interés por el resultado, fueron un pilar fundamental en este camino el cual ha sido de intenso aprendizaje tanto académico como personal.

RESUMEN

Objetivo: analizar la relación entre el Síndrome de Burnout y la resiliencia como factor mediador en enfermeras de la Unidad de Cuidados intensivos desde el modelo de adaptación de Roy en un hospital de tercer nivel de Atención de la Región Metropolitana.

Metodología: es una investigación con un enfoque cuantitativo, descriptivo, correlacional, de corte transversal; se utilizaron dos instrumentos: cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse del doctor Pedro Gil-Monte (2019) (CESQT) que medirá el Síndrome de Burnout y el cuestionario de resiliencia adaptado por Y. González O. (2016). Además de un cuestionario corto para obtener los datos sociodemográficos. La muestra fue de 66 enfermeras y se aplicó en UCI-1, UCI-2 y UCI-3 del Hospital Santo Tomás durante los meses de marzo – abril de 2025.

Resultados: el coeficiente Alfa de Cronbach del CESQT fue 0.73 mientras que el de resiliencia fue de 0.89. Se obtuvo un **coeficiente de correlación $r = -0.196$** , lo cual evidencia una **correlación negativa débil** entre el Síndrome de Burnout y la resiliencia. Se identificó un Síndrome de Burnout en nivel medio (96.9 %) y el nivel de resiliencia obtuvo un nivel moderado (53.0 %)

Conclusiones: las manifestaciones fisiológicas de las enfermeras reflejaron el perfil físico y psíquico manifestado por saturación, cansancio, y desgaste psíquico que, según Roy, reflejan un modo de desadaptación fisiológica, donde la resiliencia actuó como amortiguador proporcionando recursos internos necesarios para la reversión del Burnout y recuperar el bienestar fisiológico y holístico de las enfermeras participantes.

Palabras Claves: Síndrome de Burnout, resiliencia, modelo de adaptación de Callista Roy, enfermeras de cuidados intensivos.

ABSTRACT

Objective: Analyze the relationship between Burnout syndrome and resilience as a mediating factor in nurses of the Intensive Care Unit from Roy's adaptation model in a third level of Care hospital in the Metropolitan Region.

Methodology: This is a quantitative, descriptive, correlational, cross-sectional study. Two instruments were used: the Burnout Syndrome Assessment Questionnaire by Dr. Pedro Gil-Monte (2019) (CESQT), which measures Burnout Syndrome, and the resilience questionnaire adapted by Y. González O. (2016). A short questionnaire was also used to collect sociodemographic data. The sample consisted of 66 nurses, and the study was conducted in UCI-1, UCI-2, and UCI-3 of Santo Tomás Hospital during March and April of 2025.

Results: The Cronbach's alpha coefficient for the CESQT was 0.73, while that for resilience was 0.89. A correlation coefficient of $r = -0.196$ was obtained, indicating a weak negative correlation between burnout syndrome and resilience. A moderate level of burnout syndrome was identified (96.9%), and the level of resilience was moderate (53.0%).

Conclusions: The physiological manifestations of the nurses reflected the physical and psychological profile manifested by saturation, tiredness, and psychological exhaustion which, according to Roy, reflect a mode of physiological maladaptation, where resilience acted as a buffer providing internal resources necessary for the reversal of burnout and to recover the physiological and holistic well-being of the participating nurses.

Keywords: Burnout syndrome, resilience, Callista Roy's adaptation model, intensive care nurses.

INDICE GENERAL

Contenido	
ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INDICE GENERAL	vii
ÍNDICE DE TABLAS	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xii
ÍNDICE DE FIGURAS	xiii
ÍNDICE DE ANEXOS	xiv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: MARCO CONCEPTUAL	5
1.1 Antecedentes	5
1.2 Delimitación del problema	6
1.3 Planteamiento del problema	9
1.4 Objetivos	10
1.4.1 Objetivo General:	10
1.4.2 Objetivos Específicos:	10
1.5 Alcance	11
1.6 Limitaciones	12
1.7 Justificación	12
1.8 Variables	13
1.8.1 Variable dependiente: Resiliencia	14
1.8.2 Variable independiente: Síndrome de Burnout.	14
1.9 Definición de las variables	14
1.9.1 Conceptuales:	14
1.9.2 Operacionales	15
1.10 Hipótesis de trabajo:	17
CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL Y TEÓRICO	19
2.1 MARCO REFERENCIAL	19

2.1.1 Generalidades del Síndrome de Burnout	19
2.1.2 La Resiliencia como factor mediador	26
2.1.2.1 Factores de riesgo y protección.....	27
2.1.2.1.1 Factor protector interno y la habilidad de resolver problemas.....	28
2.1.2.1.2 Factores relacionales y familiares: la red de apoyo esencial.....	29
2.1.2.1.3 Empatía como factor protector.....	32
2.1.3 El Síndrome de Burnout y la Resiliencia en Enfermeras de Cuidados Intensivos..	34
2.1.3.1 Impacto en la salud del personal.....	34
2.1.3.2 Impacto en la calidad asistencial y seguridad del paciente.....	36
2.1.3.3 Estrategias de prevención e intervención.....	37
2.2 MARCO TEÓRICO: MODELO DE ADAPTACIÓN DE CALISTA ROY	44
2.2.1 Modo de adaptación fisiológica	47
2.2.2 Modo de adaptación del Autoconcepto	48
2.2.3 Modo de adaptación de la interdependencia.....	50
2.3 Integración de los modos de adaptación en la resiliencia y las manifestaciones del Síndrome de Burnout	53
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	55
3.1 Tipo de Investigación.....	55
3.2 Diseño de la Investigación.....	56
3.3 Población y Muestra	57
3.3.1 Población:.....	57
3.3.2 Muestra:.....	57
3.3.2.1 Tipo de muestra.....	57
3.3.2.2 Característica de la muestra.....	58
3.3.2.3 Tamaño de la muestra.....	58
3.3.2.4 Criterios de inclusión.....	58
3.4 Técnica de recolección de datos	59
3.5 Descripción de los Instrumentos.....	59
3.5.1 <i>Instrumento N°1: Cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse por el trabajo (CESQT)</i>	59
3.5.2 Instrumento N°2: Cuestionario adaptado de resiliencia de Arrieta (Y. González, 2017).	62

3.5.3 Cuestionario de datos sociodemográficos.....	65
3.6 Consideraciones Éticas	66
3.7 Procedimiento	68
3.7.1 Fase N°1 Adaptación cultural del Cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse por el trabajo de la autoría del doctor Pedro Gil-Monte (2019) (CESQT).....	68
3.7.2 Fase N°2 Recolección de los datos	71
3.8 Análisis de los datos.....	73
Cuestionario adaptado de resiliencia de Arrieta (Y. González, 2017).	74
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	76
4.1 OBJETIVO N°1: Caracterización de los datos sociodemográficos de los participantes.	77
4.2 OBJETIVO N°2: Adaptación cultural y confiabilidad del cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT)	82
4.2.1 Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo (CESQT)	82
4.2.2 Cuestionario de resiliencia adaptado	84
4.3 OBJETIVO N°3: Describir la presencia del Síndrome de desgaste profesional que presentan las enfermeras de las Unidades de Cuidados Intensivos.....	86
<i>Categorización del Síndrome de Burnout.....</i>	90
4.4 OBJETIVO N° 4: Análisis de la capacidad resiliente que presentan las enfermeras de las Unidades de Cuidados Intensivos.....	98
<i>Categorización de la resiliencia.....</i>	98
4.5 OBJETIVO N°5: Relación entre el Síndrome de Burnout y la resiliencia como factor mediador en las enfermeras intensivistas.....	108
4.6 OBJETIVO N°6: Diferencia significativa entre el Síndrome de Burnout y la edad, si trabaja en dos o más instituciones, sexo y tiempo que le toma en llegar a casa	112
4.7 OBJETIVO N°7: Relación entre las dimensiones medidas en el instrumento CESQT: ilusión por el trabajo, desgaste psíquico, indolencia y culpa con las dimensiones del cuestionario de resiliencia: solución de problemas, apoyo familiar y personas significativas en enfermeras (os) y la empatía.....	119
DISCUSIÓN	134
CONCLUSIONES.....	139
RECOMENDACIONES	144
BIBLIOGRAFÍA	145
ANEXOS	154

ÍNDICE DE TABLAS

		Página
Tabla 1.	Datos sociodemográficos de las enfermeras de cuidados intensivos. H.S.T., marzo – abril de 2025.....	77
Tabla 2.	Confiabilidad global del instrumento CESQT.....	82
Tabla 3.	Confiabilidad del cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) según dimensiones. Panamá, marzo – abril 2025.....	83
Tabla 4.	Confiabilidad global del cuestionario de resiliencia adaptado...	84
Tabla 5.	Confiabilidad del cuestionario de resiliencia adaptado según dimensiones. Panamá, marzo – abril 2025.....	84
Tabla 6.	Descripción de la presencia del Síndrome de Desgaste Profesional que presentan las enfermeras de las unidades de cuidados intensivos por ítems del cuestionario CESQT.....	86
Tabla 7.	Nivel de presencia del Síndrome de Burnout en enfermeras de cuidados intensivos H.S.T., marzo – abril de 2025.....	90
Tabla 8.	Distribución de las respuestas en la dimensión de ilusión por el trabajo, según el cuestionario CESQT, en las enfermeras de cuidados intensivos. H.S.T., marzo – abril de 2025.....	91
Tabla 9.	Distribución de las respuestas sobre la dimensión de desgaste psíquico, según el cuestionario CESQT, en las enfermeras de cuidados intensivos H.S.T., marzo – abril de 2025.....	92
Tabla 10.	Distribución de las respuestas en la dimensión de indolencia del cuestionario CESQT, en las enfermeras de cuidados intensivos. H.S.T., marzo – abril de 2025.....	94
Tabla 11.	Distribución de las respuestas en la dimensión de culpa del cuestionario CESQT, en las enfermeras de cuidados intensivos. H.S.T., marzo – abril de 2025.....	96
Tabla 12.	Nivel de resiliencia en enfermeras de cuidados Intensivos H.S.T., marzo – abril de 2025.....	98
Tabla 13.	Descripción del cuestionario adaptado de resiliencia en las enfermeras de cuidados intensivos, según dimensiones. H.S.T., marzo – abril de 2025.....	100

Tabla 14.	Características de las respuestas sobre la dimensión del factor de solución de problemas del instrumento adaptado de resiliencia, en enfermeras de cuidados intensivos. H.S.T., marzo – abril de 2025.....	102
Tabla 15.	Características de las respuestas sobre la dimensión del factor de apoyo familiar y personas significativas en enfermeras de cuidados intensivos. H.S.T., marzo - abril de 2025.....	104
Tabla 16.	Características de las respuestas sobre la dimensión factor de empatía en enfermeras de cuidados intensivos. H.S.T., marzo – abril 2025.....	106
Tabla 17.	Relación entre el Síndrome de Burnout y la resiliencia en las enfermeras de cuidados intensivos. H.S.T., marzo – abril de 2025.....	108
Tabla 18.	Relación entre el Síndrome de Burnout y la resiliencia en enfermeras de cuidados intensivos. H.S.T., marzo – abril 2025.....	109
Tabla 19.	Asociación entre el Síndrome de Burnout y la edad, si trabaja en dos o más instituciones, sexo y tiempo que toma en llegar a casa. H.S.T., marzo – abril 2025.....	112
Tabla 20.	Niveles de Burnout significativas en enfermeras de cuidados intensivos. H.S.T., marzo – abril 2025.....	114
Tabla 21.	Distribución de los niveles de burnout según si trabaja la enfermera de las unidades de cuidados intensivos en otras instituciones de salud. H.S.T., marzo – abril 2025.....	116
Tabla 22.	Coeficientes de correlación (r) entre las dimensiones del instrumento de Síndrome de Burnout y las dimensiones del cuestionario de resiliencia. H.S.T., marzo – abril 2025.....	119
Tabla 23.	Resultados de la prueba T de <i>student</i> entre las dimensiones del instrumento de Síndrome de Burnout y las dimensiones del cuestionario de resiliencia. H.S.T., marzo – abril 2025.....	120
Tabla 24.	Valores de significancias (p) entre las dimensiones del instrumento de Síndrome de Burnout y las dimensiones del cuestionario de resiliencia. H.S.T., marzo – abril 2025.....	120
Tabla 25.	Pruebas de hipótesis entre las dimensiones del instrumento del Síndrome de Burnout y las dimensiones del cuestionario de resiliencia. H.S.T., marzo – abril 2025.....	122

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Página
Gráfico 1. Distribución porcentual, según el sexo de las enfermeras de cuidados intensivos. H.S.T., marzo – abril 2025.....	79
Gráfico 2. Distribución porcentual, según el trabajo en otra institución de las enfermeras de cuidados intensivos. H.S.T., marzo – abril de 2025.....	80
Gráfico 3. Gráfico de dispersión entre el Síndrome de Burnout y la Resiliencia en enfermeras de cuidados intensivos H.S.T., marzo – abril de 2025.....	109
Gráfico 4. Niveles de burnout, según si trabaja la enfermera de cuidados intensivos en otras instituciones de salud. H.S.T., marzo – abril 2025.....	118

ÍNDICE DE FIGURAS

		Página
Figura 1	La persona vista como un sistema de adaptación.....	44
Figura 2	Ejemplos de estímulos en enfermeras de cuidados intensivos.....	45
Figura 3	Relación entre dos o más variables en una muestra en particular.....	56
Figura 4	Esquema de modelo correlacional.....	57
Figura 5	Distribución de enfermeras por cada unidad de cuidados intensivos.....	58
Figura 6	Descripción de las dimensiones del instrumento.....	60
Figura 7	Interpretación del cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse.....	62
Figura 8	Factores en la valoración de la resiliencia.....	63
Figura 9	Interpretación del cuestionario de resiliencia.....	65
Figura 10	Clasificación de las variables y su prueba estadística.....	74

ÍNDICE DE ANEXOS

		Página
Anexo 1	INSTRUMENTO 1. Valoración del Síndrome de Burnout. CESQT.....	155
Anexo 2	Fundamentación estadística del CESQT.....	156
Anexo 3	INSTRUMENTO 2. Valoración de resiliencia.....	157
Anexo 4	Permiso de autor/Resiliencia.....	158
Anexo 5	Cuestionario de datos demográficos.....	159
Anexo 6	Consentimiento informado	160
Anexo 7	Permiso de autor/CESQT	162
Anexo 8	Validez facial del cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (consolidado de las respuestas del grupo de expertos).....	163
Anexo 9	Seminario de Buenas Prácticas.....	164

INTRODUCCIÓN

Las enfermeras que laboran en las unidades de cuidados intensivos constituyen uno de los pilares fundamentales del sistema de salud. Por la dedicación constante al cuidado del paciente crítico. Sin embargo, esta profesión se ejerce con frecuencia en entornos altamente demandantes donde la exposición a situaciones estresantes, sufrimiento y carga laboral convierten a estas profesionales de la salud como un grupo vulnerable de padecer alteraciones en su salud mental y bienestar psicosocial.

La presente investigación tuvo como objetivo analizar la relación entre el Síndrome de Burnout y la resiliencia como factor mediador en enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), en un hospital de tercer nivel de Atención de la Región Metropolitana. Además, se realizó una validez facial del cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) elaborado por Pedro Gil-Monte (2019), que servirá de referencia para la realización de estudios cuantitativos que midan el síndrome de quemado en la población adulta trabajadora, especialmente en las enfermeras y así contribuir en la promoción del desarrollo de estrategias o programas que ayuden al personal que esté en riesgo de desarrollar el Burnout.

Las unidades de cuidados intensivos representan un lugar de trabajo único por su alta complejidad tecnológica, la condición crítica de los pacientes y la necesidad de toma de decisiones rápidas con consecuencias vitales. Es en este sentido, que el Síndrome de Burnout encuentra un ambiente favorable para desarrollarse. Gil-Monte (2003) lo llama Síndrome de Quemarse por el Trabajo, que es una respuesta al estrés laboral crónico que aparece cuando fallan las estrategias de afrontamiento que utilizan

las personas para manejar los estresores laborales. Frente a esta situación adversa no todas desarrollan el síndrome de igual manera. Esto quiere decir que existen factores protectores externos e internos y es aquí donde la resiliencia, capacidad del ser humano de adaptarse positivamente ante la adversidad, surge como un recurso psicológico importante.

Realizar esta investigación es una necesidad apremiante en la salud del personal y clima laboral. Esto nos lleva a plantearnos si el Síndrome de Burnout presenta o no relación con la resiliencia como factor mediador en enfermeras de la unidad de cuidados intensivos. También determinar si existe diferencia significativa entre el Síndrome Burnout y otras condiciones como: la edad, si trabaja en dos o más instituciones y el sexo. Además de analizar si existe relación entre las dimensiones medidas en el instrumento CESQT: ilusión por el trabajo, desgaste, indolencia y culpa con las dimensiones del cuestionario de resiliencia: solución de problemas, apoyo familiar y personas significativas en enfermeras y la empatía.

Es por ello por lo que para dar respuestas a todas estas interrogantes planteadas se hizo necesario dividir la presentación en cuatro capítulos que se describen a continuación:

El primer capítulo describe los antecedentes y estadísticas sobre el comportamiento del Síndrome de Burnout y la resiliencia, específicamente en enfermeras de la UCI.

El capítulo II describe el desarrollo de las variables a través de un marco referencial y marco teórico. Este último permitiría interpretar los resultados obtenidos

a través de los postulados de Callista Roy en su teoría de Adaptación, específicamente en los modos de interdependencia y fisiológico.

El capítulo III permite evaluar todo el rigor científico por el cual se desarrolló este estudio y quien da fe de que los resultados fueron producto de las respuestas de las enfermeras y no al azar.

El IV capítulo describe los resultados obtenidos de la resiliencia y el Burnout. En esta muestra las enfermeras presentaron un Síndrome de Burnout medio y resiliencia moderada.

Por otra parte, la Teoría de Adaptación de Callista Roy en sus modos fisiológico, y de interdependencia analizó como las enfermeras de cuidados intensivos gestionan los estímulos estresantes y construyen respuestas adaptativas en pro de su bienestar.

CAPÍTULO I: MARCO CONCEPTUAL

CAPÍTULO I: MARCO CONCEPTUAL

1.1 Antecedentes

El primero en utilizar el término Burnout fue el psicólogo H. B. Bradley (1960) en su estudio a oficiales que laboraban por largo tiempo en correccionales. Luego Herbert Freudenberger (1974) un psicólogo estadounidense estudió el cambio de actitud en el personal de salud relacionándolo al desgaste el cual denominó Burnout. La psicóloga social Christina Maslach (1976) presentó en la Asociación Americana de Psicología al Burnout como un síndrome.

Torres (2022) Según la OMS el síndrome de desgaste ocupacional es resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito. El organismo indicó que este padecimiento ingresó oficialmente en enero de este año a su Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) de la OMS, en la que se incluye al Burnout, por lo que todos los países miembros, deberán considerarlo como un padecimiento laboral.

En América latina, Mungia et. al. (2021) realizaron una revisión sistemática sobre Síndrome de Burnout en personal de salud en América Latina entre 2015-2020 y resultó que el 94 % (41 artículos) han hecho uso del Inventario de Burnout de Maslach para su evaluación, finalmente, se evidencia una alta prevalencia del Síndrome de Burnout al igual que en sus componentes, partiendo desde 4,1 % hasta 100 % del personal evaluado, en cuanto a sus componentes ha tenido una prevalencia mayor al 50 % en la realización personal.

La segunda variable que es objeto de estudio en esta investigación es la Resiliencia. Según Foronda (2021) afirma lo siguiente:

“El concepto de resiliencia ha evolucionado teóricamente; en principio, se consideró como una capacidad; luego como un proceso, para responder a una serie de situaciones que afectan a los individuos según un contexto y un referente histórico; en la actualidad se concibe como una propuesta esperanzadora con alternativas de intervención para contribuir a la formación de sujetos y comunidades capaces de superar las adversidades, e incluso salir fortalecidos de ellas”. (pág. 83).

Quintana (2023) en su estudio “Resiliencia en los profesionales de enfermería” realizado en una institución sanitaria privada en Argentina, tuvo como objetivo determinar el nivel de resiliencia y la relación con las variables sociodemográficas, académicas y laborales en el personal de enfermería, se trató de estudio descriptivo, donde se aplicó el instrumento de “Escala de Resiliencia”, teniendo como resultado un nivel alto de resiliencia e identificaron relaciones entre una mayor experiencia profesional, pluriempleo y trabajar en los servicios de emergencias e internación conjunta – binomio con mayores niveles de resiliencia.

1.2 Delimitación del problema

En la actualidad, en Panamá, las enfermeras que laboran en las unidades de cuidados intensivos, especialistas o básicas registradas están propensas a desarrollar una afectación que ha estado tomando auge en los últimos años según organismos internacionales como la OMS. Son pocos los estudios realizados en personal de salud que labora en las unidades de cuidados intensivos a nivel de país, acerca de este padecimiento, desarrollándose como un enemigo oculto con el pasar del tiempo.

El Síndrome de Burnout o Síndrome de Quemarse por el Trabajo, según Gil-Monte (2005) es una respuesta al estrés laboral crónico que ocurre con frecuencia en los profesionales de los servicios que tienen contacto directo con usuarios. Es un desgaste físico y mental, que puede producir afectaciones como la depresión, ansiedad, ausentismo laboral, dificultad para trabajar en grupos, disminución de la satisfacción laboral, pérdida de la productividad y la despersonalización en la relación con el paciente o sus familiares y se produce generalmente en un clima laboral adverso.

En mi experiencia como profesional especializado en cuidado crítico he observado que las Unidades de cuidados intensivos presentan una razón de una enfermera por cada 3 o 4 pacientes. Lo cual puede afectar la efectividad o capacidad de respuesta de la enfermera, el tiempo dedicado a cada paciente en la atención, seguridad y empatía. Las enfermeras intensivistas son un personal altamente especializado que labora en un ambiente tecnológico, por lo que la relación enfermera paciente se ve afectada; las normas internacionales que miden calidad recomiendan una dotación de personal de una enfermera por cada dos pacientes (1:2). También hemos observado otro factor influyente para que se genere un agotamiento físico, los turnos extras que las enfermeras de estas unidades realizan fuera de su horario laboral o seguido de la jornada pueden afectar su salud física y mental, desarrollando así un cansancio crónico. Aunado a esto, agreguemos el estrés laboral sufrido durante la pandemia COVID-19.

Bernal (2022), en una revisión sistemática por medio de las bases de datos Scielo, Redalyc, ProQuest, Dialnet, Google académico entre otras, acerca del Estrés

laboral en el personal de salud durante la pandemia por Covid-19 Iberoamérica, encontró que el estrés no procesado se convierte en una memoria traumática que permanece latente en el cuerpo generando un ritmo cardíaco y respiración acelerada, el deterioro del sistema inmune, trastornos de ansiedad, angustia psicológica y tendencias depresivas.

Estudios han demostrado que la resiliencia, definida por la Asociación Americana de Psicología (APA) (2011) “como el proceso de adaptación adecuada ante la adversidad, trauma, tragedia, amenaza o un estrés significativo”, puede ser un factor protector del Síndrome de Burnout.

Según Caro (2018), la resiliencia mejora las fortalezas personales de los profesionales, su capacidad de afrontamiento y los cuidados prestados, disminuyendo la vulnerabilidad y la prevalencia de estrés postraumático, ansiedad, depresión y Síndrome de Burnout.

La resiliencia en las enfermeras intensivistas aporta frescura y positividad en nuestras labores diarias. Es necesario como profesionales de enfermería, ser pioneros en la creación de estrategias que fomenten la resiliencia desde temprana edad del ciclo vital, para ello sería importante generar evidencia científica y establecer bases sólidas para lograr impactar la salud y el bienestar de forma positiva. (Antuna 2021). La resiliencia puede ayudar a mitigar el Burnout a través de factores protectores que promueven conductas favorables como la inteligencia, autoestima, capacidad para resolver problemas, apoyo familiar o social.

Según Rendón (2020), la enfermería es una de las profesiones que está sometida a altos niveles de estrés y que este impacta en la calidad de los servicios que otorga, se hace necesario evaluar su actuación para mantener y promover un clima laboral satisfactorio, con importantes resultados no solo para la excelencia de los cuidados de los pacientes, si no especialmente para el personal de enfermería como trabajador de salud que es el que promueve el cuidado.

Es por tal motivo de esta investigación, analizar como la resiliencia en las enfermeras intensivistas permite una mejor comprensión de los mecanismos o factores que le permiten recuperarse ante el estrés crónico.

1.3 Planteamiento del problema

Las unidades de cuidados intensivos son la sección del hospital que brinda una atención especializada de monitoreo y tratamiento constante en pacientes con diagnósticos de salud potencialmente mortales. Al ser un área que demanda un alto compromiso por parte del personal de enfermería, numerosos estudios demuestran que pueden desarrollar el Síndrome de Burnout llegando a afectar el cuidado del paciente crítico y las relaciones interpersonales con el resto del equipo multidisciplinario.

El estudio de la resiliencia en el personal de enfermería que labora con pacientes críticos ayuda en la identificación de factores positivos para desarrollar o aprender este tipo de adaptación ante el estrés frecuente.

No cabe duda de que las enfermeras y el estrés están muy cercanos por el tipo de paciente que se manejan en las unidades de cuidados intensivos. Es por ello por lo que llegamos a formular la siguiente pregunta:

¿Cuál es la relación que existe entre el Síndrome de Burnout y la resiliencia como factor mediador en enfermeras de cuidados intensivos del Hospital Santo Tomás?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General:

Analizar la relación entre el Síndrome de Burnout y la resiliencia como factor mediador en enfermeras de la unidad de cuidados intensivos desde el modelo de adaptación de Roy en un hospital de tercer nivel de Atención de la Región Metropolitana.

1.4.2 Objetivos Específicos:

1.4.2.1 Caracterizar los aspectos sociodemográficos de los participantes.

1.4.2.2 Realizar el proceso de adaptación cultural al contexto panameño, al cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT).

- 1.4.2.3 Describir la presencia del Síndrome de desgaste profesional que presentan las enfermeras de las unidades de cuidados intensivos.
- 1.4.2.4 Analizar la capacidad resiliente que presentan las enfermeras de las Unidades de cuidados intensivos.
- 1.4.2.5 Determinar la relación entre el Síndrome de Burnout y la resiliencia como factor mediador en las enfermeras intensivistas.
- 1.4.2.6 Determinar si existe diferencia significativa ente el Síndrome Burnout y la edad, si trabaja en dos o más instituciones, sexo, y tiempo que toma en llegar a casa.
- 1.4.2.7 Determinar la relación entre las dimensiones medidas en el instrumento CESQT: ilusión por el trabajo, desgaste, indolencia y culpa con las dimensiones del cuestionario de resiliencia: solución de problemas, apoyo familiar y personas significativas en enfermeras y la empatía.
- 1.4.2.8 Elaborar estrategias que permitan prevenir o disminuir el agotamiento físico y cognitivo de las enfermeras.

1.5 Alcance

Este trabajo de investigación tiene un alcance espacial o geográfico porque considera a las enfermeras de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Santo Tomás ubicado en el corregimiento de Calidonia, provincia de Panamá. El alcance es temporal, ya que la misma se realizará en el mes de marzo y abril del año 2025.

De acuerdo con el resultado que vayamos a obtener del análisis de los datos podremos promover dentro de las unidades de cuidados intensivos programas con

ayuda de otros especialistas para tratar el Síndrome de Burnout o fortalecer la resiliencia en sus enfermeras. Además, publicar en alguna revista científica el resultado de este estudio cuantitativo correlacional, así contribuyendo con la investigación aquí en Panamá en relación con estas dos variables.

1.6 Limitaciones

En las limitaciones metodológicas tenemos el tamaño de la muestra, esta va a depender de la colaboración de las enfermeras para responder ambos cuestionarios. También los turnos rotativos condicionarán la prontitud con la que puedan aplicarse los instrumentos al personal de enfermería. El tiempo del personal.

1.7 Justificación

A pesar de que la economía en Panamá se está recuperando rápidamente en estos últimos años, según el Ministerio de Economía y Finanzas; es notable que, para las enfermeras, trabajar en dos y hasta tres lugares, es una práctica usual en la mayoría de las enfermeras que laboran en la unidad de cuidados intensivos del área del estudio. Quizás porque el segundo trabajo provee una seguridad financiera y una experiencia profesional por el uso de tecnología avanzada a las que laboran en hospitales privados; oportunidad de aprendizaje que muchas veces no se tiene en hospitales públicos. Hoy muchas veces las enfermeras se ven motivadas a laborar en más de una institución de salud por diferentes motivos: económicos, familiares o sociales.

Tomando en cuenta también el ambiente laboral, en donde muchas veces existen carencias; los problemas administrativos y la misma condición del paciente crítico que demanda un mayor compromiso por parte de la enfermera es probable que se llegue a desarrollar un estrés crónico y comprometer la calidad de su trabajo. Es por eso la importancia de desarrollar la resiliencia ya que nos permite sobreponernos ante las dificultades de la vida. Tanto en lo laboral como en lo personal.

Será de utilidad porque se busca desarrollar programas o estrategias en las enfermeras intensivistas enfocados en la resiliencia. Lo cual proporcionará herramientas que le permitan recuperarse más rápido de los conflictos o situaciones difíciles que pueden vivir a diario. Beneficiando así la calidad de atención brindada a los pacientes, mejorando el clima laboral. Cumpliendo así la misión y visión del Hospital Santo Tomás.

Presenta una utilidad metodológica, ya que se determinará la validez facial del instrumento CESQT (cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo) elaborado por Pedro Gil-Monte (2019), que servirá de referencia para la realización de estudios cuantitativos que midan el síndrome de quemado de en la población adulta trabajadora, especialmente en las enfermeras.

1.8 Variables

Según Rodríguez, C. (2021) “Las variables constituyen el eje transversal de todo el proyecto de investigación desde el planteamiento de la idea que lo origina” (p.11).

1.8.1 Variable dependiente: Resiliencia.

1.8.2 Variable independiente: Síndrome de Burnout.

1.9 Definición de las variables

1.9.1 Conceptuales:

Resiliencia: metaconstructo complejo que soporta y se nutre de diferentes constructos que han sido investigados en el área de las ciencias sociales y de la salud como factores de protección, entre ellos: la personalidad resistente, el locus de control, el afrontamiento basado en la solución de problemas y en la capacidad de control emocional, el sentido de coherencia, la espiritualidad, la autotrascendencia, el optimismo y la felicidad. (Quiceno, J. Fortaleza: 2016. p. 20).

Síndrome de Burnout: conjunto de síntomas que presenta una enfermedad, relativamente reciente, que está relacionada con el ámbito laboral y el estilo de vida que se lleva. Es un trastorno emocional provocado por el trabajo y conlleva graves consecuencias físicas y psicológicas cuando el fenómeno se somatiza. (Ferro, J. 2021. p.92).

Unidad de Cuidados Intensivos: lugar de atención de salud detallada, compleja y constante, para diferentes trastornos que amenazan de forma aguda la vida del paciente, como traumatismos múltiples, quemaduras graves o infarto de miocardio y para cuidados post operatorios a determinados tipos de cirugías. (Mosby: 2022. p. 219).

Enfermera Intensivista: es quien administra en forma directa cuidados de enfermería a pacientes enfermos de gravedad o lesionados; la AACN (Asociación Americana de Enfermeras de Cuidados Críticos) establece ocho competencias que encapsulan sus funciones: indagación clínica, juicio clínico, compasión, defensoría, pensamiento de sistemas, facilitadora del aprendizaje, respuesta a la diversidad y colaboración. (Terry 2012. p. 9-10).

Enfermera generalista/ básica: es una profesional formada con los conocimientos científicos, las habilidades y la filosofía de la enfermería, y regulada para ejercer la profesión basándose en normas de práctica y códigos éticos establecidos. (CIE 2025. Pág. 12)

1.9.2 Operacionales

Resiliencia: Capacidad de las enfermeras de cuidados intensivos del Hospital Santo Tomás para continuar brindando atención a pacientes críticamente enfermos; para así anticipar, prevenir, recuperarse y adaptarse a los diferentes eventos estresantes de la unidad. Se medirá utilizando la versión adaptada del cuestionario de resiliencia de González-Arriata (2012) (González Y. 2018). Donde evalúa tres factores: el protector interno, el protector externo y la empatía.

Síndrome de Burnout: Es el nivel de estrés crónico que pueden presentar las enfermeras que laboran en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Santo Tomás. Medido por el cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) que consta de cuatro dimensiones: ilusión por el trabajo, desgaste psíquico, indolencia y culpa.

Unidad de Cuidados Intensivos: las áreas específicas donde se aplicarán los instrumentos para medir las variables de estudio son UCI – 1, UCI – 2 y UCI – 3.

Enfermera Intensivista: enfermera que posee un título de postgrado en Cuidado Crítico del Adulto de la Universidad de Panamá. Con idoneidad aprobada por el Comité Nacional de Enfermería.

Enfermera generalista/ básica: es la enfermera con registro que se encuentra laborando en UCI -1, UCI -2 y UCI -3; con más de seis meses de estar en el área.

1.10 Hipótesis de trabajo:

- **H₀**: El Síndrome de Burnout no presenta relación con la resiliencia como factor mediador en enfermeras de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Santo Tomás.
- **H_i**: El Síndrome de Burnout presenta relación con la resiliencia como factor mediador en enfermeras de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Santo Tomás.

Hipótesis alternativas:

1. Determinar si existe diferencia significativa entre el Síndrome Burnout y la edad, si trabaja en dos o más instituciones, sexo, y tiempo que toma en llegar a casa.
2. Determinar la relación entre las dimensiones medidas en el instrumento CESQT: ilusión por el trabajo, desgaste, indolencia y culpa con las dimensiones del cuestionario de resiliencia: solución de problemas, apoyo familiar y personas significativas en enfermeras y la empatía).

CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL Y TEÓRICO

CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL Y TEÓRICO

2.1 MARCO REFERENCIAL

2.1.1 Generalidades del Síndrome de Burnout

El Burnout es un síndrome psicológico que implica una respuesta prolongada a estresores interpersonales de tipo crónico en el trabajo (Maslach, C. 2009; Millán de Lange, A. & D'Aubeterre López, M., 2012); de carácter interpersonal y emocional que aparece en los profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto con los clientes, usuarios de la organización (Monte, P. ,2019). Cuando las personas están constantemente sometidas a una gran presión sin disponer de tiempo y espacio suficiente para recuperarse, su resistencia mental y física se va erosionando poco a poco, siendo cada vez más difícil salir de esta situación, a menos que cuenten con una red de apoyo. (Leitner ,2024).

Una de las causas más frecuentes para que surjan en los trabajadores sentimientos de culpa es la existencia de pensamientos negativos sobre los clientes o receptores del servicio. Esos sentimientos van unidos a una forma fría y deshumanizada de relacionarse con ellos, convirtiéndose el trabajador en alguien que no quiere ser. El autor señala que estos pensamientos unidos al desgaste psíquico y a la carencia de ilusión por el trabajo pueden llevar a una pérdida de autoestima y, en el peor de los casos, a la depresión. (Monte, p. 2005-2019).

En este sentido, desde la profesión de enfermería, Carrillo, R. Gómez, C. & Espinoza, I. (2012) en su investigación lo describe como la pérdida del recurso

emocional para enfrentarse al trabajo (cansancio emocional), desarrollo de actitudes negativas (despersonalización), el cinismo hacia los pacientes y la tendencia a evaluar negativamente el propio trabajo con apreciaciones de baja autoestima profesional. Si bien la profesión de enfermería es prevalente por naturaleza, estar expuestas a muchos factores de riesgo laborales y emocionales únicos las hacen extremadamente vulnerables a padecerlos, ya que, están en la primera línea de la atención. Lidian diariamente con el dolor, la enfermedad, la angustia y la muerte... Las enfermeras están en constante exposición al sufrimiento humano lo que las agota emocionalmente.

De acuerdo con Ríos, M. (2020) los síntomas o señales de padecimiento de esta condición los clasificó en tres grupos. El primer grupo referido *al trabajo*: disminución de la calidad del trabajo, ausentismo, cambios frecuentes de trabajo, tardanzas, abandono antes de la hora de salida, poca creatividad, desmotivación con la superación. El segundo grupo son las *relaciones interpersonales*: perturbación de las relaciones familiares, malas relaciones con sus compañeros de trabajo y pacientes, poca comunicación, insensibilidad al dolor ajeno, dificultad para hacer trabajo en equipo. El tercer grupo es la *salud del trabajador*: fatiga crónica, dolores de cabeza, problemas de sueño, desordenes gastrointestinales, dolor muscular, incremento en el consumo de cafeína, alcohol y drogas.

La enfermera puede manifestar su agotamiento emocional a través de la despersonalización, es decir una actitud cínica o impersonal hacia los pacientes, puede tener un sentimiento de baja realización personal, ansiedad, depresión, insomnio y problemas de salud física. Por tanto, es importante que se pueda medir

esta condición a tiempo y hacer los correctivos necesarios y evitar de manera precoz cualquier complicación. Para ello, Gil-Monte diseñó un instrumento para evaluar el Síndrome de Burnout o el Síndrome de Quemarse por el Trabajo. El mismo está dividido en cuatro escalas que evalúan la ilusión por el trabajo, desgaste psíquico, indolencia y la culpa.

Según Rendón, M. et al (2020) realizó una investigación en un hospital público de segundo nivel de atención del Estado de Sonora, México sobre el Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de unidades de cuidado crítico y de hospitalización, con una muestra de 90 enfermeras, donde su objetivo principal fue identificar la prevalencia del Síndrome de Burnout y sus dimensiones en el personal de enfermería de unidades de cuidado crítico y de hospitalización. El diseño que empleo fue un estudio observacional descriptivo, transversal, aplicando un el Cuestionario de Maslach Burnout *Inventory* para el personal de salud. Y se concluyó que las enfermeras presentaban un nivel medio de Síndrome de Burnout 82,2 %; agotamiento emocional bajo 62,2 %; nivel bajo de despersonalización 57,8 % y nivel bajo de falta de realización personal 40 %.

Otro estudio realizado por Lucero, M. (2021), en el Ecuador tuvo como objetivo determinar la presencia del Síndrome de Burnout en el personal de medicina interna y la unidad de cuidados intensivos de un hospital provincial. Su diseño fue no experimental, transversal, descriptivo y correlacional. 65 personas formaron parte de la muestra. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario de Maslach, el cuestionario PHQ-9 y un cuestionario elaborado para su investigación sobre el desempeño laboral. Encontró que existió predominio de trabajadores con Síndrome de

Burnout y que se identificó una correlación positiva fuerte entre las variables depresión y Síndrome de Burnout.

Este síndrome se ha correlacionado con un aumento de errores médicos, una menor calidad de la atención y una disminución de la satisfacción del paciente. Al respecto Durán, R., Gámez, Y., Toirac, K., Toirac, J., & Toirac, D. (2021) realizaron en el servicio de cuidados intensivos de adultos del Hospital General Docente Octavio de la Concepción y de la Pedrajas, provincia de Guantánamo, Cuba el estudio titulado Síndrome de Burnout en enfermería intensiva y su influencia en la seguridad del paciente, con una muestra de 32 profesionales de enfermería de cuidados intensivos. Su objetivo general fue Identificar la magnitud del agotamiento físico en los profesionales de enfermería intensiva de adultos y su influencia en la seguridad del paciente. Su diseño fue un estudio descriptivo y transversal. Los instrumentos aplicados fueron una encuesta sobre la base del cuestionario *Maslach Burnout Inventory* y se evaluaron las actividades prácticas de enfermería. Sus resultados indican que se halló agotamiento físico en 75,0 % de los profesionales, 56,2 % con nivel alto y un predominio del sexo femenino (84,3 %). Se confirmó la existencia de riesgos psicolaborales, que pueden generar efectos negativos en los profesionales de enfermería y en la seguridad del paciente.

En España, Cardona, O. (2022), en su estudio referente a la Prevalencia de Burnout (desgaste profesional) en la UCI de un hospital de segundo nivel durante la segunda y tercera ola COVID-19, en el que trabajó con el personal de salud del hospital. Su objetivo general fue describir la frecuencia de burnout durante la segunda – tercera ola de la pandemia COVID (segundo periodo) en el personal de la UCI de un

hospital de segundo nivel. Comparar esa frecuencia con la hallada durante la primera ola (primer periodo). El diseño que empleó fue un estudio observacional transversal. Los instrumentos aplicados fueron una encuesta que incluyó el cuestionario Maslach Burnout Inventory y preguntas sobre factores relacionados con el desarrollo de burnout. Sus resultados indican que el Síndrome de Burnout fue frecuente entre los profesionales de la unidad que trabajaron en el segundo período. Fue mucho más frecuente que en el primer periodo. La mayoría de los profesionales con burnout del segundo periodo habían trabajado en el primer periodo.

La República de Panamá no escapa de esta realidad, se han encontrado estudio que describe la situación a nivel nacional, tal como lo describe Ortega-Gómez, E., Rodríguez, C., Kipping, A., & Flórez, A. (2018). en su estudio titulado Presencia del Síndrome de Burnout en estudiantes de la Facultad de Ciencias Naturales, Exactas y Tecnología de la Universidad de Panamá. Trabajó con una muestra de 220 estudiantes que representaban las escuelas de biología, química, matemáticas y estadística. Tuvo como objetivo general examinar la existencia del Síndrome de Burnout en los estudiantes de la Facultad de Ciencias Naturales, Exactas y Tecnología de la Universidad de Panamá caracterizado por su perfil sociodemográfico. Su diseño fue descriptivo y correlacional con un enfoque cuantitativo. El diseño es no experimental y transversal. Se utilizaron como instrumento el inventario de burnout de Maslach (MBI), específicamente del MBI-HSS, adaptado a la realidad de los estudiantes y un cuestionario sociodemográfico en el que los sujetos informaron su sexo, edad, estado civil, número de hijos, carrera actual, años en la carrera y preguntas referentes al financiamiento de sus estudios. Y se encontró que no hay evidencian de manera

conclusa la presencia del Síndrome de Burnout, el cual requiere que exista la presencia de altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización, y bajos de realización personal. Los resultados preliminares reflejan una distribución equitativa entre los niveles altos, medios y bajos de las tres dimensiones examinadas.

Peña, J. (2019), en su estudio en la provincia de Herrera titulado “terapia conductual para reducir los síntomas del Síndrome de Burnout”, trabajó con docentes consejeros que laboran en el colegio Padre Segundo Familiar Cano de Monagrillo. Su objetivo fue conocer la efectividad del programa cognitivo conductual en docentes del colegio Padre Segundo Familiar Cano que padecen del Síndrome de Burnout. El diseño que empleo en el estudio fue descriptivo preexperimental. Se utilizó como instrumento la prueba psicológica EDO, Escala de Desgaste Ocupacional para medir los niveles de estrés laboral, (se les aplicó el inventario 2 veces antes para conocer el diagnóstico y luego de las terapias para determinar la diferencia). Y se encontró que sí existe diferencia significativa en la disminución de los síntomas del Síndrome de Burnout o estrés laboral con la Terapia Cognitiva Conductual.

Flores, K., & Mendoza, A. (2021), en su estudio en Chitré, provincia de Herrera acerca del Síndrome de Burnout y su incidencia en el ausentismo de enfermería en tiempo de pandemia. Trabajaron con el personal que se ausentó durante el periodo de pandemia en el departamento de enfermería del Hospital Gustavo Nelson Collado. Su fue disminuir los factores que afectan al personal de enfermería del Hospital Gustavo Nelson Collado R. como lo son: el ausentismo laboral, Síndrome de Burnout. El diseño que emplearon fue el no experimental mixto (cualitativo y cuantitativo). Se utilizaron dos instrumentos. El cuestionario de Maslach Burnout

Inventory (MBI). Además, una encuesta de variables sociodemográficas y laboral de elaboración propia. Sus resultados indican que las ausencias del área de enfermería se dan en el primer trimestre y segundo trimestre del año 2020, también se puede observar que la mayoría de las ausencias es del personal técnico del departamento de enfermería no es el estrés estadísticamente más determinante con respecto al agotamiento emocional, no obstante, la carga de trabajo sí lo es; en definitiva, unas dotaciones de enfermería suficientes, son factores concluyentes identificados para garantizar cuidados de calidad, así como la satisfacción no solo de los profesionales, sino también de los pacientes.

Laso, V. (2023), en su estudio Impacto del Síndrome de Burnout en docentes de la Universidad de Panamá. Trabajó con 72 docentes universitarios del área de Panamá Este que laboraban en modalidad virtual. Su objetivo fue establecer si existe relación del teletrabajo y la calidad de vida laboral en los docentes universitarios. Su diseño fue cuantitativo de tipo descriptivo correlacional. Encontró que existe una relación altamente significativa entre ellas.

El Burnout desde el punto de vista laboral puede ocasionar una serie de dificultades dentro de la institución tales como aumento de errores, disminución de la satisfacción del cliente, quejas, riesgo de accidentes laborales por falta de atención, conflictos, entre otros. En este sentido Good, I. & Ronquillo, J. (2024), estudiaron la relación entre el Síndrome de Burnout y el desempeño laboral en servidores judiciales del Sistema Penal Acusatorio de Colón, Panamá. La muestra es de 97 funcionarios. Fue un estudio cuantitativo correlacional con diseño no experimental. Los instrumentos que utilizaron fue el *Maslach Burnout Inventory (MBI)* y el cuestionario EVADEST. Y

encontraron que el Burnout impacta negativamente el desempeño de los servidores judiciales, lo que evidencia la necesidad de implementar estrategias preventivas y de intervención para mejorar el bienestar laboral y la eficiencia del sistema judicial panameño.

Por lo tanto, las enfermeras administradoras o líderes deben mejorar el desempeño laboral no presionando a la enfermera que ya tiene un componente estresante dentro del área de intensivo, sino invirtiendo en su bienestar, mejorando las condiciones de trabajo y rompiendo el ciclo del burnout.

2.1.2 La Resiliencia como factor mediador

La resiliencia es considerada como la capacidad de las personas, los grupos y las comunidades para enfrentarse, sobreponerse y salir transformados ante las adversidades (Forés, A. & Grané, J. ,2008 pág.142) y la capacidad de recuperarse de las contingencias desfavorables de la vida. (Filipps, G, 2009, p. 179).

Es un proceso dinámico que involucra la interacción entre los procesos de riesgo y protección tanto internos como externos del individuo, que se ponen en juego para modificar los efectos de los sucesos adversos de vida (González-Arriata & Valdez (2015), donde en los adultos el proceso de crecimiento puede ser interferido por la adversidad en el desarrollo de la resiliencia.

2.1.2.1 Factores de riesgo y protección

Es importante destacar en la resiliencia que existen los factores de riesgo y los factores de protección. Los factores de riesgo son condiciones que pueden afectar negativamente tanto física, emocional y socialmente a las personas. En relación con esto último, Hein, 2004. Como se citó en Vargas (2018) “los factores de riesgo se refieren a situaciones contextuales o personales que al estar presentes incrementan la probabilidad de desarrollar problemas emocionales, conductuales o de salud”, (p. 728).

Estos factores de protección según González-Arriata (2011), los divide en tres: factor protector interno, factor protector externo y la empatía y que se describen a continuación:

- *El factor protector interno:* son características que podemos identificar en personas resilientes, algunas de estos son el asertividad, control interno, visión positiva al futuro, capacidad de relacionarse y creatividad; esto es la habilidad de resolver problemas.
- *El factor protector externo:* son los lazos seguros con la familia y otros adultos en la comunidad, trabajo y otros contextos.
- *La empatía:* se refiere al componente que nos permite conectar con las emociones de otras personas, el colocarse en el lugar de ellos; para así superar las adversidades que se presentan de alguna manera.

2.1.2.1.1 Factor protector interno y la habilidad de resolver problemas

Los factores protectores internos son la capacidad que tienen las personas para afrontar las dificultades y la obtención de resultados positivos; es decir que son componentes importantes como recursos psicológicos que permiten recuperarse frente a la adversidad.

Según González Arratia (2016), “son condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y en muchos casos de reducir los efectos de circunstancias desfavorables” (p. 36).

Muchos autores indican diferentes factores protectores, pero dentro de la revisión realizada para esta investigación se pueden mencionar los más destacados como: la **mentalidad de crecimiento** que ayuda a aprender de los errores en vez de hundirnos en ellos; **la autorregulación emocional**, mantiene un equilibrio facilitando el estrés y la ansiedad; **autoeficacia y confianza**, que describe la importancia de creer en sí mismo para la realización de metas realistas; **autoestima y autovaloración**, es la protección ante las críticas y los reveses; **sentido del humor**, es el encontrar el lado positivo dentro de las situaciones difíciles; **espiritualidad y propósito** es el encontrar la fuerza en la oración o la meditación.

La habilidad de resolver problemas es de gran importancia en la resiliencia ya que según Saavedra (2015) “personas que tienen alta resiliencia presentan capacidades adaptativas y a menudo convierten los estresores en oportunidades para aprender y desarrollarse” (p. 129).

En referencia a esto González Arriata (2016) refiere que “la persona resiliente está llena de recursos antes de que aparezca la tensión por situaciones nuevas y no dominadas, manifiesta más soluciones cuando se confronta con una barrera, procesa mejor dos o más estímulos compitiendo” (p. 38).

2.1.2.1.2. Factores Relacionales y Familiares: La Red de Apoyo Esencial para la Resiliencia

Dandicourt & Hernández (2021) refiere que en las enfermeras “promover la resiliencia es un llamado a relacionarse con la persona en su totalidad, trabajar con un enfoque interdisciplinario, que lleve a una visión integral y participativa”.

Según Jiang J, Liu S, Chi C, *et al.* (12 de marzo de 2024) han afirmado lo siguiente:

Dentro del contexto de la familia como sistema social, a través de interacciones interpersonales efectivas, las personas reciben apoyo psicológico y aliento de miembros de la familia como padres, cónyuges e hijos. Estas influencias de apoyo permean gradualmente en lo más profundo de la persona, fomentando su resiliencia para superar desafíos y mejorando su bienestar psicológico y capacidades conductuales.

Las enfermeras a menudo reciben soporte vital, consuelo y comprensión de padres y cónyuges para facilitar el ajuste del estado de ánimo, así como el cuidado de los niños para aliviar la fatiga diaria (p. 4).

De acuerdo con Huerta, Y. & Rivera, M. (2017) “La cantidad y calidad de apoyo en una familia influye en la salud de sus integrantes; ello puede explicarse dado que cuando existen vínculos fuertes entre los miembros pueden gozar de mejor salud física y mental” (p. 70).

Para el desarrollo y mantenimiento de la resiliencia en las enfermeras la familia como red de apoyo es de gran importancia ya que resulta como un amortiguador frente a las situaciones laborales estresantes, ayudándolas a promover una adaptación

positiva. Además de la familia, la enfermera cuenta con otras relaciones, refiriéndonos a los factores externos, estos son el apoyo institucional, recursos espirituales y redes sociales profesionales.

González Ortega, Y., Batista García, M., Trejos Rivas, D., & de Binns, M. E. (2018), en su estudio realizado en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Panamá. Trabajaron con 129 estudiantes que ingresaron por primera vez a la licenciatura. Su objetivo fue describir el perfil resiliente de los estudiantes de preingreso a la carrera de licenciatura en enfermería. El diseño que emplearon fue investigación de tipo descriptiva, transversal. Utilizaron como instrumento un cuestionario adaptado de resiliencia de Arrieta (Y. González, 2017), quien presentó una validez de constructo con 33,07 % de varianza explicada y tres dimensiones y un Alpha de Cronbach de 0,84. Encontraron que el 61,0 % de los estudiantes son resilientes, no tienen situaciones desafiantes y viven con sus padres.

Guerra, I. & Gutiérrez, G. (2021), en su estudio “Resiliencia y manifestaciones de estrés en estudiantes universitarios durante la pandemia por COVID-19”, realizado en la UDELAS en Chiriquí en el cual trabajaron con 491 estudiantes. El objetivo fue analizar la asociación entre la resiliencia individual y las manifestaciones de estrés en los estudiantes. Utilizaron un diseño no experimental, de tipo transversal, correlacional y descriptivo. Los instrumentos utilizados fueron la escala de resiliencia de Wagnild & Young y cuestionario de manifestaciones de estrés de Gutiérrez y Arauz. Encontraron un número importante de estudiantes con bajos niveles de resiliencia y altos niveles de estrés.

Noriega, G., Herrera, L., Montenegro & Torres, V. (2020), estudiaron la autoestima, motivación y resiliencia en escuelas panameñas con puntajes diferenciados en la prueba TERCE. La muestra fue de 568 alumnos de 10-12 años y 11 docentes de ocho escuelas de la República de Panamá escogidas a partir de la media aritmética (mejor rendimiento=5, bajo rendimiento=3, en el TERCE). Los instrumentos que se utilizaron fueron el test de autoestima escolar, cuestionario para valorar la motivación escolar, escala de resiliencia escolar y test de expectativas y actitudes motivacionales del profesorado. Encontraron que los niños de las escuelas de difícil acceso presentan un nivel de resiliencia (media) asociado a niveles positivos en la dimensión identidad-autoestima. Además, los docentes tienen la percepción que el rendimiento escolar está influenciado por factores externos, dando mayor importancia a las calificaciones.

Campos, A. (2023), realizó en un estudio sobre “Resiliencia como factor protector frente al estrés laboral en profesionales de enfermería de un hospital de Guayaquil, Ecuador”, la muestra fueron 84 enfermeras. Su objetivo fue determinar la relación entre la resiliencia y el estrés laboral en el personal de enfermería. El diseño utilizado fue el enfoque cuantitativo no experimental, transversal correlacional. Se emplearon como instrumento la escala RS 14 de Wagnild y el cuestionario “Esfuerzo demanda recompensa de Siegrist”. Se identificó una prevalencia del nivel alto y normal en resiliencia, y una prevalencia del nivel medio en estrés laboral. Se concluye que a mayor resiliencia menor estrés laboral en los participantes del estudio.

2.1.2.1.3. Empatía como factor protector

Cómo cultivar la empatía para fortalecer la resiliencia

La empatía es una capacidad, sobre todo una voluntad, de comprender al otro y de ponerse en su piel. En sus palabras esto quiere decir que “se espera que los profesionales involucrados en el cuidado de la salud sean más empáticos y tengan una mirada humanizada, crítica y reflexiva sobre el mundo”. Rodríguez, D. & Cordero Da Silva, A. (2022) (p. 715).

De acuerdo con Goleman, D., Ekman, P., Turkle, S., & McKee, A (2017), clasifican la empatía en tres tipos: *empatía cognitiva*, capacidad de entender la perspectiva de la otra persona. *Empatía emocional*, la capacidad de sentir lo que la otra persona siente. *Interés empático*, la capacidad de entender lo que la otra persona necesita de ti (p. 1).

La empatía como factor protector es sin alguna particularidad una característica que disminuye la probabilidad de desarrollar un problema o como lo es en este caso, llegar a desarrollar el síndrome de burnout.

Existen diferentes autores que indican como se puede cultivar la empatía para fortalecer la resiliencia; a continuación, presentamos una síntesis de Martínez, J. (2024) donde nos ofrece las siguientes estrategias:

- **Escucha activa:** debemos estar atentos durante la conversación, evitando hacer interrupciones, emitiendo juicios mientras la otra persona habla, permitiendo que la otra persona exprese sus sentimientos.

- ***Mindfulness***: es la práctica de la atención plena. Nos ayuda a conocer nuestras propias emociones para poder conocer las de los demás sin abrumarnos.
- ***Ponerse en el lugar del otro***: como bien menciona este autor es el “ponerse en los zapatos de la otra persona”. Esto quiere decir que la empatía cognitiva es muy importante porque nos permite comprender las necesidades de los demás sin poner por delante nuestros intereses.
- ***Practicar la gratitud y la compasión***: ser agradecidos por lo que tenemos, nos ayuda a tener una mayor conexión emocional manteniéndonos más positivos y abiertos. Practicando la compasión nos favorece el aumentar nuestra disponibilidad hacia los demás; pero siempre tomando en cuenta el equilibrio donde se alivia el sufrimiento ajeno sin necesariamente absorberlo.
- ***Fomentar la autocompasión***: permite tratarse con amabilidad en momentos de fracaso o dolor, protegiendo contra la depresión y la autocrítica destructiva. (p. 152-153).

Capacoila, M. (2022), estudió la resiliencia y Síndrome de desgaste por empatía durante la pandemia COVID-19 en enfermeros de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Carlos Segúin, Arequipa, Perú. La población de estudio fueron 66 enfermeros de la unidad de cuidados intensivos. Su objetivo general fue determinar la relación entre la resiliencia y el síndrome de desgaste por empatía durante la pandemia. El diseño que utilizó fue el descriptivo correlacional y de corte transversal. Los instrumentos utilizados fueron la escala de resiliencia de Wagnild & Young y la escala de agotamiento por empatía. Encontró que el nivel de resiliencia de los

enfermeros es moderado 48,48 % y que no existe relación significativa entre el nivel de resiliencia con el síndrome de desgaste por empatía.

Beitia, J. (2023), en su estudio llamado Influencia de la resiliencia familiar en la red de cuidadores de pacientes con cáncer de colon avanzado, con enfoque cualitativo, explicó la influencia de la resiliencia familiar en la red de cuidadores de pacientes con cáncer de colon avanzado, utilizando la entrevista semiestructurada y la observación y encontró que la resiliencia se da a través de los factores protectores, considerando los pilares de la resiliencia que forman parte del individuo y de cómo funciona dentro de un sistema familiar.

2.1.3 El Síndrome de Burnout y la Resiliencia en Enfermeras de Cuidados Intensivos

2.1.3.1 Impacto en la Salud del Personal

El impacto en la salud, específicamente de las enfermeras de cuidados intensivos puede tener diferentes tipos de consecuencias físicas y psicológicas además en lo que concierne a la edad y el estado civil.

En las alteraciones físicas y psicológicas como lo menciona Martínez, A. & Martínez, R. (2025), tenemos el cansancio extremo, trastornos musculoesqueléticos por la movilización y levantamiento de pacientes causando dolores de espalda, cuello; en cuanto a lo psicológico la ansiedad, estrés, el agotamiento emocional contribuye al desarrollo del Síndrome de Burnout (p. 174). El manejo de nuevas tecnologías en

cuidados intensivos también puede afectar la parte emocional del personal. Otros autores coinciden en otras alteraciones como los trastornos del sueño, problemas gastrointestinales, debilitamiento del sistema inmunológico ocasionando mayor frecuencia en resfriados e infecciones; en mi experiencia como enfermera intensivista es algo que se ha ido normalizando ya que, puedo decir que todos mis compañeros en cuidados Intensivos hemos pasado por resfriados severos y en algunos casos desarrollado neumonías.

En cuanto a la edad y estado civil, según Romero, G. Iza, S. & Mayorga, V. (2024), el burnout en estas características sociodemográficas se da en la edad más joven por la falta de mecanismos de afrontamiento laboral adecuados. Y en los solteros dado que la familia constituye un factor protector de agotamiento emocional y despersonalización (p. 187).

A pesar de que no es un estudio reciente Bianchini (2017), en su revisión encontró que otros síntomas del burnout es la socialización excesiva en el personal, lo que puede disminuir la atención del paciente, alteración de las relaciones interpersonales en el personal, irritabilidad y el deseo de cambiar de trabajo o profesión.

Dentro de las unidades de cuidados intensivos podemos encontrar factores de riesgo que pueden afectar la capacidad en cada enfermera para desarrollar o mantenerse resiliente ante situaciones determinadas en su área de trabajo o de manera personal. Uno de ellos es el enojo, una emoción que no permite trabajar con una buena disposición en un momento preciso, ya sea en una toma de decisiones o desencadenando comportamientos no deseados laboralmente.

El profesional de enfermería en ocasiones trabaja en condiciones difíciles, enfrentándose a presiones derivadas de las situaciones de los pacientes, turnos de trabajo, rutina, sobrecarga, mala comunicación que afectan la calidad de atención.

Es importante para los profesionales de enfermería acrecentar la resiliencia para poder superar el trauma emocional de sus pacientes. La sociedad necesita profesionales maduros, que sean capaces de pensar analíticamente, de forma flexible y dispuestos a participar en su auto desarrollo. (González Paino, H. 2019. p. 10).

Eddrhourhi, S. (2019), en su estudio en Zaragoza acerca de la resiliencia y la satisfacción laboral en profesionales de enfermería. Realizó una revisión sistemática de 29 artículos en las bases de datos PubMed, Web of Sciences y CuidenPlus. Su objetivo fue valorar la satisfacción laboral y personal del profesional de enfermería con alto nivel de resiliencia, así como los factores que lo condicionan en el ejercicio de sus funciones asistenciales. Y encontró que existe un nivel medio moderado de resiliencia en los profesionales de enfermería en el ámbito asistencial. Se ha observado relación directa entre altos niveles de resiliencia y satisfacción laboral.

2.1.3.2 Impacto en la calidad asistencial y seguridad del paciente

Numerosos estudios han demostrado que el Síndrome de Burnout en enfermeras tiene un impacto directo y negativo en la calidad de atención y seguridad del paciente. Según Polo, M. Cabello, C. & Ruiz, J. (2024), en una revisión sistemática de la literatura indican que “las percepciones reducidas de seguridad, incrementa la probabilidad de cometer errores no intencionales, disminución en la calidad del

cuidado proporcionado y un elevado riesgo de incidentes pueden afectar adversamente la seguridad del paciente” (p. 104). En cuanto a los principales hallazgos que se encontraron podemos mencionar:

- **Mayor riesgo de eventos adversos:** el Síndrome de Burnout puede aumentar la incidencia de eventos adversos en la atención del paciente.
- **Reducción de la calidad asistencial:** está asociada con una disminución de la calidad de atención ya que el Burnout afecta negativamente la productividad de la enfermera.
- **Disminución de la cultura de seguridad:** el agotamiento en las enfermeras puede influir en el cumplimiento con los estándares de seguridad del paciente.
- **Debilitamiento en la adherencia a protocolos básicos:** en este estudio el agotamiento estaba relacionado de manera negativa con el cumplimiento del lavado de manos. (p. 99,101, 102).

2.1.3.3 Estrategias de Prevención e Intervención

Las estrategias de prevención basada en el modelo de Roy están encaminadas a la regulación de los procesos fisiológicos como implementar pausas activas obligatorias, garantizar horarios de descanso reales, promover una hidratación y alimentación adecuada durante los turnos.

Por otra parte, se debe tomar en consideración garantizar entornos físicos menos estresantes: Luchar por una reducción del ruido en la UCI, una iluminación adecuada y una ergonomía que prevenga lesiones.

Además, las estrategias de afrontamiento y resiliencia son recursos personales fundamentales que determinan el bienestar biopsicosocial del personal de enfermería. La promoción de estas a través de la formación continua y el apoyo de la institución de salud nos lleva al bienestar de las enfermeras y la calidad de atención brindada por ellas.

Para Lazarus y Folkman (como se citó en Quiñonez et al., 2024), el afrontamiento se define como los esfuerzos cognitivos, emocionales y conductuales para manejar situaciones que exceden la capacidad del individuo para adaptarse; es decir, es un esfuerzo para manejar el estrés (p. 8).

Lazarus y Folkman clasifican las estrategias de afrontamiento en dos clases: “**Estrategias de resolución de problemas**, aquellas que van dirigidas directamente a manejar o alterar el problema que está causando el malestar. **Estrategias de regulación emocional**, aquellos métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema” (como se citó en Rodríguez, 2016, p. 24).

Según Rodríguez (2016), los autores antes mencionados desarrollaron ocho estrategias para afrontar el estrés: la confrontación y planificación corresponden a la **resolución de problemas**; el distanciamiento, autocontrol, aceptación de responsabilidad, escape o evitación, reevaluación positiva pertenecen a la **regulación emocional** y la búsqueda de apoyo emocional lo hace en ambas áreas (p. 25).

Desde la perspectiva de estrategias de resiliencia en profesionales de enfermería de las unidades de cuidados intensivos, se puede mencionar que según Herrera Sánchez y Mina Villalta (2023), se divide en nivel individual y nivel

organizacional. El nivel individual la describe como entrenamiento en técnicas de afrontamiento emocional, terapias psicológicas breves, prácticas de mindfulness y meditación. En el nivel organizacional se incluye la gestión adecuada de la carga laboral, fortalecimiento del liderazgo transformacional, políticas de reconocimiento y motivación, mejoras en la comunicación organizacional (p. 5 – 9).

A partir del análisis de múltiples estudios, diferentes autores coinciden en que las enfermeras de cuidados intensivos deben realizar pausas conscientes antes de entrar a una habitación o después de un evento crítico, aprender a validar sus emociones; practicar el *grounding* o enraizamiento, desconectarse al salir del trabajo y establecer límites saludables; practicar el compañerismo, promover un entorno sin miedo a represalias en donde se puedan analizar errores cometidos y salidas informales entre compañeros. A nivel institucional, elaborar programas enfocados en la promoción de la resiliencia y manejo del estrés. Mejorar la relación enfermera paciente ya esto impacta de manera directa la reducción del estrés en las enfermeras.

La resiliencia en las enfermeras de cuidados intensivos no es un fenómeno aislado, sino que está apoyado en la elaboración de estrategias que le permiten afrontar las exigencias emocionales y laborales. Estas estrategias son más efectivas cuando van encaminadas en la combinación de lo práctico a desarrollarse en las enfermeras y al apoyo que brinde el hospital.

Quiñones, M (2024), en su estudio en Bogotá, Colombia acerca de Estrategias de afrontamiento y resiliencia en profesionales de enfermería durante la pandemia de COVID-19. Trabajó con 50 enfermeras de cuidados intensivos, urgencias y hospitalización. Su objetivo general fue determinar la relación entre el nivel de

resiliencia y las estrategias de afrontamiento de los enfermeros que brindan cuidado directo e indirecto a pacientes con COVID-19. El diseño que utilizó fue descriptivo transversal cuantitativo. Los instrumentos utilizados fueron la escala de resiliencia de Connor-Davidson y el formulario del inventario de estrategias de afrontamiento. Concluyó que existe relación entre el uso de estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés, modificando la situación que lo produce y el nivel de resiliencia en los participantes de este estudio.

Pineda, E. (2019), en su estudio “el estrés académico percibido y su relación con las estrategias de afrontamiento y resiliencia del estudiante de enfermería, desde la perspectiva del modelo de adaptación de Roy”. Trabajó con 250 estudiantes de enfermería del Instituto Especializado de Profesionales de la Salud de El Salvador. Su objetivo general fue determinar el estrés académico percibido y su relación con las estrategias de afrontamiento y resiliencia del estudiante de enfermería. El diseño que empleó fue cuantitativo en su primera fase y en la segunda el paradigma mixto. Se utilizaron cuatro instrumentos y encontró que el estrés percibido correlaciona de manera significativa y positiva con autocrítica. La estrategia de afrontamiento que más predice el estrés es pensamiento desiderativo y retirada social, al compararla con el nivel de significancia de 0.05, así mismo no existe correlación entre el estrés percibido y la resiliencia.

Gutiérrez, Y., Rodríguez, T., Navarro, A., Peña, R., & Sánchez S. (2021), en Cuba estudió Comportamiento del Síndrome de Burnout y la resiliencia en trabajadores de Cuidados Intensivos. Trabajó con una muestra de 90 personas sanitarias de Cuidados Intensivos del Hospital de Cienfuegos. Su objetivo general fue describir el

comportamiento del Burnout y la resiliencia en trabajadores de unidades de cuidados intensivos. El diseño que empleó fue un estudio descriptivo de corte transversal. Utilizó como instrumento la escala de Maslach Burnout Inventory y la escala de Resiliencia de Connor-Davidson. Y encontró que el Síndrome de Burnout estuvo presente en la categoría alto en 64 profesionales (71,1 %). Todas las dimensiones del síndrome se encontraron en dicha categoría. La resiliencia se evidenció en nivel alto en 83 sujetos (92,2 %).

Muchos autores coinciden en que las unidades de cuidados intensivos son una de las áreas más estresante de un hospital. Por lo que las enfermeras que trabajan en estas unidades se les exige un mayor conocimiento y destreza para brindar una óptima atención a sus pacientes. Lidiando muchas veces con tantas emociones como lo es la gravedad en las personas que están a su cuidado, diferentes diagnósticos complejos, el sufrimiento de los familiares, la tecnología de los equipos y terapias de alta complejidad.

El estrés constante que hay en cuidados intensivos puede afectar a sus enfermeras (os), propiciando a desarrollar como lo cita Gil-Monte (2003), el Síndrome por quemarse en el trabajo. Él refiere que es de suma importancia su estudio, ya que, esto nos lleva a determinar la salud laboral del personal, además de la física y mental. Puesto que al verse afectado puede ser el precursor de situaciones como el ausentismo, disminución de la productividad, de la calidad de atención y las malas relaciones interpersonales, entre otras.

El estrés laboral de las enfermeras de cuidados críticos, Cobos (2021), lo describe de una manera bioquímica:

La elevación de algunas de estas enzimas denominadas ROS (especies reactivas de oxígeno en inglés) junto con los radicales libres pueden influir a nivel macromolecular llegando incluso a provocar modificaciones en algunas cadenas del ADN (ácido desoxirribonucleico) celular, lo cual tiene múltiples efectos negativos en nuestro cuerpo, el más común es el envejecimiento. (p. 78).

La repercusión negativa que puede presentarse en las enfermeras de cuidados intensivos por el estrés prolongado impulsa a la búsqueda de estrategias o quizás programas que puedan facilitar el afrontamiento de la situación. Es por eso, la importancia del desarrollo de más investigaciones relacionadas con la resiliencia en las enfermeras de áreas críticas por su nivel de responsabilidad.

La resiliencia en las enfermeras de cuidados intensivos permite mantener una actitud positiva para poder adaptarse a los constantes cambios. Favorece la toma de decisiones rápidas en virtud del cuidado del paciente y promueve una comunicación efectiva entre el personal y los familiares.

Otros autores como (Schultz, P. & Miranda, C. 2022), Mencionan que en las unidades de cuidado crítico existen factores como el apoyo social, la capacitación continua y un ambiente colaborativo destacan como elementos claves en la reducción del estrés y el fortalecimiento de la resiliencia entre los equipos de salud, contribuyendo a un entorno laboral más saludable y eficiente.

La insatisfacción, cansancio prolongado, falta de personal, limitaciones en el recurso de materiales y los problemas personales son causas que pueden llevar a las enfermeras de cuidados intensivos a desarrollar el estrés crónico también conocido como el Síndrome de Burnout.

Santos, L. et. al (2022), realizaron un estudio sobre el Burnout y resiliencia en profesionales de enfermería de cuidados intensivos ante el Covid-19 en Brasil, trabajó con 153 enfermeras y técnicos de enfermería de las unidades de cuidados intensivos. Su objetivo fue analizar la relación entre ambos. El diseño que empleó fue correlacional. Se utilizaron como instrumento Maslach Burnout Inventory y Resilience at Work Scale 20. Y encontró que a resiliencia afecta los dominios agotamiento emocional y baja realización profesional del burnout. El agotamiento emocional se manifiesta a través de trastornos psíquicos menores e impacta en las variables de salud física y mental de los trabajadores.

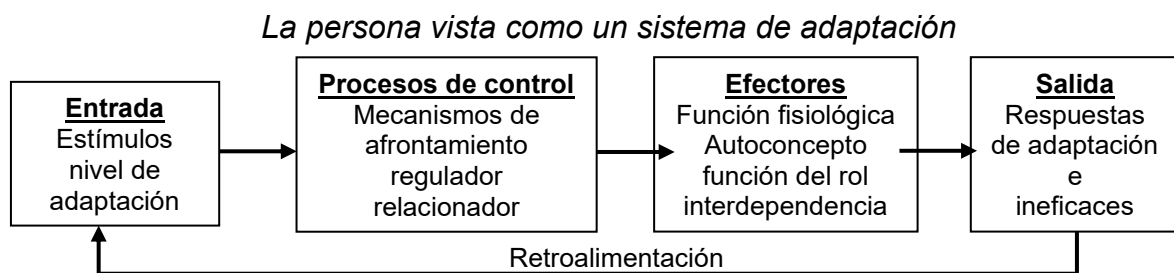
Shin, N. & Choi, Y. (2024), estudiaron la calidad de vida profesional, resiliencia, estrés postraumático y actividades de ocio entre enfermeras de unidades de cuidados intensivos en Corea del Sur. Trabajó con 112 enfermeras de UCI en un hospital general de Seúl. Su objetivo era analizar los factores relacionados con la calidad de vida y resiliencia. Fue un estudio transversal y encontró que La calidad de vida profesional mostró una correlación positiva importante con la resiliencia de las enfermeras, mientras que el estrés postraumático mostró una correlación negativa significativa respecto a la calidad de vida profesional.

2.2 MARCO TEÓRICO: MODELO DE ADAPTACIÓN DE CALISTA ROY

Los modelos conceptuales y teorías de enfermería se consideran patrones que guían el pensamiento, proporcionan la óptica necesaria para valorar los aspectos cualitativos y globales del cuidado, y permiten identificar las necesidades humanas (Sánchez, B. 2011 p. 62), sugiere que no existe un modelo o una teoría mejor que la otra; son lineamientos que nos acercan a la realidad de las personas y que pueden coincidir desde diferentes perspectivas para complementarse entre ellas.

Callista Roy lo llama los estímulos, los cuales pueden surgir de lo interno y de lo externo. Estos estímulos son los **focales, contextuales y residuales**. Al combinar los estímulos conlleva a obtener el nivel de adaptación.

Figura 1



Fuente: tomado de Roy, C. (1984). *Introduction to nursing: An adaptation model* (2nd ed., p.30). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Figura 2

Ejemplos de estímulos en enfermeras de Cuidados Intensivos

Focales	Contextuales	Residuales
<ul style="list-style-type: none">- Cambio de unidad.- Una nueva terapia.- Cambio súbito en la condición del paciente.	<ul style="list-style-type: none">- Falta de equipo.- Desconocimiento del entorno (cuando son sacadas a otras áreas).- Falta de constancia en capacitaciones.- Riesgos de infección.	<ul style="list-style-type: none">- Creencias personales.- Actitudes.- Tipo de paciente.- Falta de apoyo social.- Sobrecarga de trabajo.

Fuente: Rodríguez, Gloria (2025).

Para Roy (1999) citado en Alligood & Tomey, “los mecanismos de afrontamiento se refieren a procesos innatos o adquiridos que una persona utiliza para enfrentarse a estímulos ambientales. Los mecanismos de afrontamiento pueden clasificarse de manera amplia como un subsistema regulador o relacionador” (p. 354). Esto quiere decir que para cada subsistema existen modos de adaptación, por ejemplo, al subsistema regulador el modo de adaptación que le corresponde es el *fisiológico*. Mientras que el subsistema relacionado tiene más modos de adaptación como lo son *el autoconcepto, la interdependencia y la función del rol*.

Al analizar los estímulos, los modos de adaptación y los mecanismos de afrontamientos tenemos una herramienta para poder identificar si la atención que se está brindando al paciente es efectiva o poder abordar a tiempo si la enfermera le está afectando de manera negativa, para así considerar el desarrollo de intervenciones o estrategias promoviendo una buena adaptación y bienestar de las enfermeras que laboran en cuidados intensivos.

Callista Roy clasificó la adaptación en cuatro modos (Roy y Andrews, 1999, citado por Alligood & Tomey, 2011, p.339).

- a. Modo fisiológico y físico de adaptación: aquí se integran las necesidades más básicas como la de oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y reposo además de la protección.
- b. Modo de adaptación del autoconcepto del grupo: está compuesto por las relaciones interpersonales, la imagen que se tiene del grupo, el entorno social y la cultura.
- c. Modo de adaptación de función del rol: es el conjunto de expectativas que se tienen del comportamiento de una persona que ocupa una posición hacia otra persona que ocupa otra posición.
- d. Modo de adaptación de la interdependencia: se centra en las relaciones cercanas de las personas (ya sea como individuo o como parte de un colectivo) y en su finalidad, estructura y desarrollo.

Para explicar los resultados de esta investigación se utilizaron los supuestos teóricos del Modelo de Adaptación de sor Callista Roy, basados en los modos de adaptación fisiológico, autoconcepto e interdependencia.

Según Roy, la adaptación se refiere al proceso y al resultado por los cuales las personas, que tienen la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno. (Roy y Andrews, 1999, p.30, citado por Alligood & Tomey, 2011, p. 341).

El modelo de adaptación aplicándolo a las enfermeras lleva a conocer y desarrollar estrategias para la prevención del Síndrome de Burnout y el fomento de la resiliencia en ellas. Callista Roy clasificó en su modelo de adaptación los supuestos en científicos y los filosóficos. A continuación, el supuesto elegido para el desarrollo de esta investigación es uno científico.

2.2.1 Modo de adaptación fisiológica

Supuesto: *“La persona es un ser holístico y su respuesta adaptativa es una función de los estímulos que recibe y de su nivel de adaptación”.* (Roy, 1999).

En el modo de adaptación fisiológico este supuesto se centra en el subsistema regulador donde sus respuestas son automáticas, innatas y basadas en lo neuronal, químico y endocrino. De acuerdo con Callista Roy (1999) el modo de adaptación fisiológico y físico cuenta con cinco necesidades: oxigenación, nutrición, eliminación, protección actividad y reposo. En cuanto a lo físico, indica que la adaptación se da una relación entre los recursos operativos básicos, los participantes, las instalaciones físicas y los recursos económicos (p. 250).

En las unidades de cuidados intensivos las enfermeras están expensas a manifestaciones de adaptación inefectiva (Burnout) como los son: cansancio, agotamiento que no se alivia con descanso, dolores de cabeza, musculares o gastrointestinales, sistema inmunológico debilitado por estrés crónico.

La enfermera en cuidados intensivos realiza labores que requieren alta atención física como emocional al atender pacientes de condición crítica lo que puede afectarles sino hay un buen proceso de adaptación.

Muchas veces descuidamos estas cinco necesidades básicas de las que nos habla Callista Roy (1999), por ejemplo: en su **oxigenación y circulación** provocando taquicardia, hipertensión arterial e hiperventilación. En la **nutrición e hidratación**, una conducta inefectiva como el consumo de comida rápida, alto consumo de café, sodas,

jugos, bebidas energéticas para mantenerse despierto lleva a desmejorar la alimentación e hidratación adecuada que debemos tener como personal de salud. **Eliminación**, el hecho de no alejarse del paciente crítico afecta la función excretora de la enfermera conteniéndose las ganas de ir orinar o causando estreñimiento. **Actividad y reposo**, dentro de los intensivos la fatiga física y mental es mucho mayor que en otras áreas; teniendo más riesgo de accidentes o errores por cansancio. **Protección**, el estrés continuo conlleva a mantener niveles elevados de cortisol y adrenalina lo que puede hacer más susceptible al personal a resfriados, alteraciones en el ciclo menstrual y problemas de alergia como se da en algunas enfermeras que han desarrollado alergias a los guantes de látex.

2.2.2 Modo de adaptación del Autoconcepto

Supuesto: *“Los colectivos (familias, comunidades, equipos de trabajo) construyen una identidad compartida y mantienen su integridad psicosocial a través de la adaptación”.* (Roy, 1999).

Mientras que el subsistema relacionador tiene más modos de adaptación como lo son el **autoconcepto, la interdependencia y la función del rol**. Tenemos una herramienta para poder identificar si la atención que se está brindando al paciente es efectiva o poder abordar a tiempo si a la enfermera le está afectando de manera negativa, para así considerar el desarrollo de intervenciones o estrategias promoviendo una buena adaptación y bienestar de las enfermeras que laboran en cuidados intensivos. **Modo de adaptación del autoconcepto del grupo.** Con relación

al modo de autoconcepto - identidad de grupo (Roy 1999), como se citó en (Alligood, 2022) p. 250, afirma que se centra en aspectos psicológicos y espirituales del sistema humano.

La necesidad básica que subyace al modo de autoconcepto individual ha sido identificada como la integridad psíquica y espiritual o la necesidad de saber quién es uno mismo para poder existir con un sentido de unidad, significado y finalidad en el universo. Al enfrentar estímulos estresantes como desabastecimientos en insumos hospitalarios y malas relaciones interpersonales, el autoconcepto grupal interviene como un mecanismo regulador en estas situaciones del diario vivir. Así, Roy nos dice que se da una adaptación exitosa cuando se logra en el grupo un equilibrio en la identidad con las demandas del entorno.

Es importante el autoconcepto grupal para Callista Roy porque el deterioro en este puede llevar a una **fragmentación** (pérdida de cohesión en el equipo de salud) y al **estrés colectivo** (como lo es en esta investigación una de sus variables, el síndrome de burnout).

En un estudio realizado por Salgado (2022) en México, llamado "Autoconcepto del personal de enfermería", describe la comprensión que tiene el personal de enfermería de sí mismo y de su profesión. Fue una investigación cuantitativa, de diseño observacional analítico transversal, mediante una selección de muestreo aleatorio no probabilístico por conveniencia. En donde el 96 % dice que es capaz de formar buenas relaciones de trabajo con sus colegas. El 68 % son enfermeras líderes respetadas, el 90 % de los profesionales de enfermería encuentran estimulante los nuevos conocimientos en esa disciplina.

En 2024, Carbo & Velásquez realizaron en Ecuador una investigación cuantitativa, con diseño cuasi experimental, pretest, posttest y grupo control, para evaluar la eficacia de una estrategia de intervención en la salud mental de enfermeras hospitalarias en el contexto de la COVID-19, aplicando el modelo de Callista Roy. Llegando a la conclusión de que las intervenciones basadas en el Modelo de Callista, Roy fue eficaz en la salud mental de las enfermeras en los modos fisiológicos, interferencia y autoconcepto. En el autoconcepto se enfocaron en la alimentación saludable, aeróbicos, yo, persona, cuidado espiritual, metas en la vida, motivación.

Desde el momento que la enfermera intensivista desarrolle su autoconcepto de una forma adaptativa, dará las bases para desarrollar una actitud resiliente, ya que, la resiliencia ante la adversidad, prueba y desafía, pero a la vez permite fortalecer y enriquecer el autoconcepto capaz de forjar un profesional de enfermería capaz de afrontar los retos del entorno demandante de las unidades de cuidados intensivos.

2.2.3 Modo de adaptación de la interdependencia

Supuesto: *“Los seres humanos, como sistemas adaptativos, están en constante interacción y dependencia mutua con su entorno y con otras personas”* (Roy, 1999).

Este modo de adaptación de la interdependencia se basa en las relaciones que tenga la persona, ya sea individualmente o como parte de un grupo. En este modo, las relaciones dependientes de la persona influyen en el deseo y la capacidad de dar y

recibir respeto, amor, valores, conocimiento, etc. Como señala Roy (1999 como se cita en Alligood, 2022):

Dos relaciones específicas forman el núcleo del modo de la interdependencia, fruto de su aplicación en la vida de los individuos. La primera relación es con los otros individuos significativos que vendrían a ser las personas más allegadas el individuo.

La segunda sería la relación que tiene el individuo con los sistemas de apoyo: a saber, los otros individuos que contribuyen a cubrir las necesidades de la interdependencia (p. 251).

Todo se resume a que la persona debe ser capaz de dar y recibir en una relación de interdependencia, amor, respeto y valores. Para Callista Roy, el modo de interdependencia se centra en las relaciones de las personas (individual y colectivamente) y en su finalidad, estructura y desarrollo. Las relaciones de interdependencia suponen la voluntad y la capacidad de dar a los demás y aceptar de ellos aspectos de todo lo que uno puede ofrecer como amor, respeto, valores, crianza, conocimientos, habilidades, responsabilidades, posesiones materiales, tiempo y talento. (Roy y Andrews, 1999. p.111).

Roy y Andrews (1999) sugieren que “se han identificado dos grandes áreas en las conductas de interdependencia: las conductas receptoras y contributivas. Estas conductas se aplican, respectivamente, a recibir y ofrecer amor, respeto y valores en las relaciones interdependientes” (p. 112).

Alligood (2022) señala que “los componentes más importantes del modo de adaptación de la interdependencia son las personas significativas (pareja, hijos, amigos y Dios)”. (p. 254).

Según Garro & Fernández (2020), en Costa Rica realizaron un estudio cualitativo con un enfoque fenomenológico descriptivo; donde su objetivo fue explorar,

desde el Modelo de Callista Roy, la adaptación de los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de oncología. Concluyeron que:

El modo de interdependencia, relacionado con la forma de pertenencia a un grupo o colectivo, se encuentra relacionado con el aprendizaje de vida y al tipo de apoyo recibido por otras y otros, el cual evidencia de forma muy clara el papel de personas valiosas que desempeñan familia, amigos, guías espirituales y de forma especial los compañeros y compañeras del equipo de trabajo, ya que conforman un eslabón de vital importancia para el apoyo y acompañamiento para la adaptación al fenómeno de muerte. (p. 89-90).

Como mencionamos con anterioridad a Carbo & Velásquez (2024), en su estudio realizado en Ecuador, nos hablan de un vínculo que existe con la teoría de adaptación de Callista Roy. Reconociendo que las enfermeras se adaptan y reaccionan a los cambios, estrés y exigencias en su trabajo. Siendo así un mecanismo para el desarrollo de adaptación sana. Dentro de los elementos evaluados para la Interdependencia en esta investigación son: dar (cuidado de enfermería es planificar el trabajo según el rol. Recibir (cuidado de enfermería es docencias acerca de estrategias de sostenibilidad, círculo de amigos y laboral).

La condición y pronóstico de los pacientes en cuidados intensivos resulta un reto para las enfermeras, ya que, siempre se debe garantizar que el paciente será el centro de la atención; de ahí la importancia de que el personal que labora en UCI lo haga de una manera coordinada, colaborativa y contributiva siempre enmarcada en el respeto y los valores. Tanto en la atención como en la relación con el resto del personal que allí trabaja.

Desde la perspectiva del Síndrome de Burnout se puede considerar una adaptación inefectiva: *aislamiento social* manifestado por retraerse de compañeros, amigos y familia por agotamiento o por miedo a “descargar” sobre ellos. Otra

manifestación sería la *falta de apoyo percibido donde los profesionales de enfermería pueden sentir que* los superiores o la institución no valoran ni apoyan su trabajo; puede existir *deterioro de las relaciones personales* debido a la irritabilidad y el agotamiento. Para ello es importante que se busque estrategias que puedan mitigar este tipo de adaptación negativa, según Roy, mediante la creación de programas de apoyo a través de equipos de salud mental intrahospitalaria.

2.3 Integración de los modos de adaptación en la resiliencia y las manifestaciones del Síndrome de Burnout

En el *modo fisiológico*, las respuestas inefectivas como la fatiga crónica, cefaleas, insomnio, problemas gastrointestinales y la susceptibilidad a enfermedades pueden trabajarse con respuestas adaptativas positivas enfocadas en la resiliencia promoviendo rutinas de sueño, ejercicio y balanceada alimentación entre otras. En cuanto al *modo de autoconcepto*, si tenemos enfermeras con sentimientos de fracaso, baja autoestima, despersonalización y cinismos debemos promover en ellas un sentido de competencia profesional, autoestima preservada e identidad clara pudiéndonos apoyar en la espiritualidad o un sentido de propósito. Para el modo de interdependencia promover respuestas adaptativas resilientes como la capacidad de buscar y aceptar ayuda, redes de apoyo sólidas (compañeros, familia, amigos); fomentar la comunicación asertiva y participación en grupos de reflexión. Es importante mencionar que la finalidad de estos modos no es eliminar el estrés sino promover la adaptación y fortalecer los mecanismos de afrontamiento; transformando así la vulnerabilidad al Burnout en resiliencia.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Investigación

La siguiente investigación tiene un enfoque cuantitativo, descriptivo, correlacional, de corte transversal; para ello se utilizaron dos instrumentos: el cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) de la autoría del doctor Pedro Gil-Monte (2019) que mide el Síndrome de Burnout y el cuestionario de resiliencia adaptado por Y. González O. (2016), el cual será aplicado a las enfermeras que laboran en la unidad de cuidados intensivos.

Al respecto, Sampieri (2018) refiere que “la ruta cuantitativa es apropiada cuando queremos estimar las magnitudes u ocurrencias de los fenómenos y probar hipótesis.” (p. 6). También este modelo de investigación tiene como finalidad interpretar la realidad mediante instrumentos, objetivos y medibles, es decir cuantificables”. (Pimienta ,2017) (p. 59).

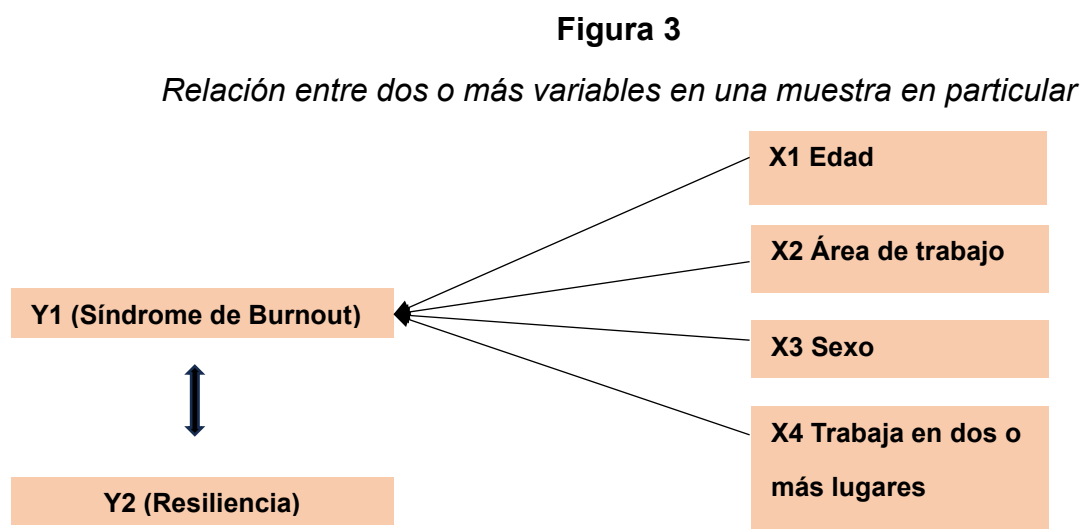
Es de corte transversal porque los datos se tomarán en un solo momento, donde se aplicaron los dos instrumentos a las enfermeras participantes del estudio, al respecto Escobar, N. Arrieta, M. & Arrieta, J., (2020), indican que las investigaciones de corte transversal son “la recolección de datos en un momento único, con el objetivo de describir variables y analizar su interrelación en un momento determinado”. (p. 64). Esto quiere decir que el investigador con la ayuda de un cronograma y un plan de trabajo fija el tiempo que vaya a durar el estudio.

Esta investigación es de tipo descriptivo correlacional causal ya que se describe la variable Síndrome de quemado o Burnout y el nivel de resiliencia en las enfermeras intensivista, además se correlacionarán ambas variables.

Según Sampieri (2018), este tipo de estudio permite conocer la relación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular. En ocasiones solo se analiza la relación entre dos variables, pero con frecuencia se ubican en el estudio vínculos entre tres, cuatro o más variables.

3.2 Diseño de la Investigación

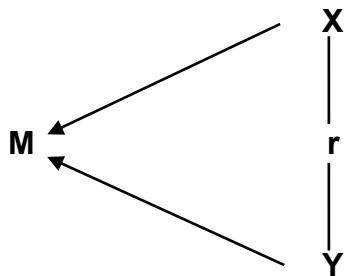
Para evaluar el grado de relación entre dos o más variables, en los estudios correlacionales primero se mide cada una de estas, y después se cuantifican, analizan y establecen las vinculaciones. Tales correlaciones se sustentan en hipótesis sometidas a prueba (p. 109-110). El esquema que corresponde a este diseño es el siguiente:



Fuente: elaboración propia de la investigadora (2023).

Figura 4

Esquema de modelo correlacional



M = Muestra: 83 enfermeras que laboran en las unidades de cuidados intensivos.

X = Variable X: Síndrome de Burnout.

Y = Variable Y: Resiliencia.

r = Relación de las variables de estudio.

Fuente: Rodríguez, Gloria (2024). *Nota:* la figura muestra el modelo de un esquema correlacional a partir del análisis de la investigación. Tomado de Contento Rubio, M. R. (2020). Estadística con aplicaciones en R. Colombia: Fundación Universidad de Bogotá, Jorge Tadeo Lozano.

3.3 Población y Muestra

3.3.1 Población:

La población de estudio está conformada por todas las enfermeras que laboran en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Santo Tomás, que hacen un total de 83 enfermeras tanto básicas como intensivistas, y que representan el 100 % de la población.

3.3.2 Muestra:

3.3.2.1 Tipo de muestra: La muestra es probabilística de tipo aleatoria simple, ya que, todos los participantes tienen la misma probabilidad de ser elegidas (Lerma (2022), es decir este tipo de muestra garantizó que cada elemento de la población

tuviera la misma probabilidad de ser seleccionado, siempre y cuando cumpliera con la selección al azar, tal como lo refirió Lerma, 2022. (p. 186).

3.3.2.2 Característica de la muestra: El estudio contará con todas las enfermeras que laboran en las unidades de cuidados intensivos (UCI) 1, 2 y 3 del Hospital Santo Tomás, a quienes se les aplicarán los instrumentos, durante el mes de marzo – abril del 2025.

3.3.2.3 Tamaño de la muestra: la muestra estará representada por el 100 por ciento de la población que equivale a 83 enfermeras.

Figura 5

Distribución de enfermeras por cada unidad de cuidados intensivos

Unidades de cuidados intensivos	N.º	%
UCI 1	44	53
UCI 2	22	27
UCI3	17	20
Total	83	100

Fuente: Elaboración propia de la investigadora (2025).

3.3.2.4 Criterios de inclusión: dentro de los criterios de inclusión para los participantes de esta investigación se tomó en cuenta enfermeras con nivel académico de básicas y/o especialistas que laboraran en la atención directa con el paciente en cualquier turno, ya sea 6:00 a. m. a 12: 00 p. m.; 12:00 p. m. a 6:00 p. m.; 5:00 p. m. a

11: 00 p. m.; 6:00 a. m. a 12: 00 p. m. y 11:00 p. m. a 6: 00 a. m. y que estuvieran activas al momento de la recolección de los datos.

Además, estas enfermeras debían tener seis meses y más de estar laborando en la unidad de cuidados intensivos y estar dispuestas a participar de la investigación.

3.4 Técnica de recolección de datos

Para la recolección de los datos se obtendrán a través de la aplicación del cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse por el trabajo del doctor Pedro Gil-Monte y el otro es la versión adaptada a la población panameña del cuestionario de Resiliencia (González Arratia, 2011) de la doctora Yariela González Ortega (2016). La aplicación de los dos instrumentos será tipo de auto llenado el cual tomará aproximadamente de 10 a 15 minutos cada cuestionario.

3.5 Descripción de los Instrumentos

Para el desarrollo de esta investigación se utilizó dos instrumentos que se describe a continuación:

3.5.1 Instrumento N°1: Cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse por el trabajo (CESQT)

El cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo (CESQT), fue elaborado por Pedro Gil-Monte (2019), cuyo objetivo fue medir la

respuesta al estrés laboral crónico que se origina en profesionales. Está formado por 20 ítems divididos en cuatro escalas que son: *ilusión por el trabajo, desgaste psíquico, indolencia y culpa*. (ver Anexo 1).

Cuenta con una escala tipo Likert, cuyas categorías son nunca, raramente, a veces, frecuentemente y muy frecuentemente. Con una escala numérica de 1 – 5; donde el cinco es la mayor puntuación (categoría muy frecuentemente) y la puntuación uno es la menor puntuación, que corresponde la categoría nunca.

Además, las categorías se describen según las veces que se realiza, es decir, la *categoría raramente* implica que las personas hacen la actividad algunas veces al año; la *categoría a veces*, la frecuencia de la actividad es algunas veces al mes; en la categoría *frecuentemente*, la frecuencia de la actividad se hace algunas veces por semana y en *muy frecuentemente*, la actividad se hace todos los días. Donde los participantes deben indicar con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los elementos del instrumento, figura 6.

Fig. 6

Descripción de las dimensiones del instrumento

Dimensiones	Descripción	ítems	Interpretación
1. Ilusión por el trabajo (It).	Esta dimensión está formada por 5 ítems. Se define como el deseo del individuo de alcanzar las metas laborales porque suponen una fuente de satisfacción personal. El individuo percibe su trabajo como atractivo y alcanzar las metas profesionales es una fuente de realización personal. Incorpora también un comportamiento de autoeficacia profesional.	1,5,10,15,19	Debido a que los ítems que componen esta escala están formulados de manera positiva; bajas puntuaciones en la misma indican niveles altos de SQT .

2. Desgaste psíquico (Dp).	Esta escala está formada por 4 ítems Se define como la aparición de agotamiento emocional y físico.	(8,12,17, 18).	Debido a que en el trabajo se tiene que tratar a diario con personas que presentan o causan problemas.
3. Indolencia (In).	Esta escala está formada por 6 ítems Se define como la presencia de actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los clientes de la organización (p. ej. pacientes, alumnos, etc.)	(2,3,6,7, 11, 14).	Los individuos que puntúan alto en ella muestran insensibilidad y no se conmueven ante los problemas de los clientes.
4. Culpa (C).	Esta escala está formada por 5 ítems Se define como la aparición de sentimientos de culpa por el comportamiento y las actitudes negativas desarrolladas en el trabajo	(4,9,13,16, 20).	Se da en especial hacia las personas con las que se establecen relaciones laborales.

Fuente: Gil-Monte (2019) (p. 33-34).

Además de las cuatro escalas anteriores, el CESQT también ofrece la puntuación **Total SQT**, que se obtiene a partir de las dimensiones ilusión por el trabajo, desgaste psíquico e indolencia. Los ítems de culpa no contribuyen al cálculo de la puntuación **SQT**, ya que la escala culpa tiene la función de permitir distinguir entre dos perfiles diferenciados de **SQT**: Perfil 1 (sin niveles muy altos o críticos de culpa) y perfil 2 (con niveles muy altos o críticos de culpa).

Se han obtenido resultados sólidos sobre su validez y fiabilidad para diferentes colectivos ocupacionales (salud, educación, trabajadores de atención a personas con discapacidad, personal de administración pública, etc.) con muestras de países como España, Alemania, Francia, Italia, Polonia, Portugal, Rep. Checa, Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, México, Perú, y otros países. La confiabilidad a través del alfa de Cronbach obtenidos está entre 0,76 y el máximo de 0,90 (Gil-Monte 2011. p. 57) (**véase Anexo 2**)

En el cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo, Gil-Monte (2019), propone agrupar las puntuaciones en cuatro cortes basados en percentiles, tal como se muestra en la siguiente figura 8.

Fig. 7

Interpretación del cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse

Nivel	Percentiles
Crítico	> 89
Alto	67 a 89
Medio	34 a 66
Bajo	11 a 33
Muy bajo	< 11

Fuente: Gil-Monte (2019) (p. 71).

Puntuaciones mayores de 90 indican, niveles críticos de Burnout, necesita ayuda inmediata. Un nivel alto 67 a 89 indica que la persona tiene un nivel significativo de Burnout, es recomendable buscar ayuda profesional. El nivel medio 34 a 66 indica que la persona está experimentando síntomas de Burnout y puede estar en riesgo de desarrollarlo si no se toman medidas. Nivel bajo 11 a 33 en este nivel la persona puede estar experimentando algunos síntomas, pero no está avanzado. Puntuaciones por debajo de 11 consideran que la persona experimenta muy pocos síntomas de Burnout.

3.5.2 Instrumento N°2: Cuestionario adaptado de resiliencia de Arrieta (Y. González, 2017).

Es un cuestionario de autoinforme que mide factores específicos de la resiliencia basada en los postulados de Grotberg (1995). González-Arratia (2012). La resiliencia es un proceso dinámico que involucra la interacción entre los procesos de

riesgo y protección tanto internos como externos del individuo que se ponen en juego para modificar los efectos de los sucesos adversos de vida.

Tiene 32 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos. Donde la mayor puntuación es cinco (siempre), cuatro (la mayoría de las veces), tres (indeciso), dos (algunas veces) y la menor puntuación es uno (nunca). Está dividido en tres factores como se describe en la figura 7. (**véase Anexo 3**)

Fig. 8
Factores en la valoración de la Resiliencia

Factores	Descripción	Ítems
Factor 1: Protector interno	Describe las funciones relacionadas con las habilidades para la solución de problemas.	Está conformado por 10 ítems (6,1,5,7,4,17,2,27,16,18).
Factor 2: Protector externo	Indica la posibilidad de contar con el apoyo de la familia y/o el apoyo de personas significativas para el individuo.	Está conformado por 11 ítems (10,11,12,13,14,19,20,21,22,23,25).
Factor 3: Empatía	Describe el comportamiento altruista y prosocial. Los ítems 3,8,9,15 dado su composición o bajo valor no pudo ser clasificado.	Está conformada por 7 ítems (24,26,28,29,30,31,32).

Fuente: González, O, Y (2017)

Permiso del autor: el día 16 de mayo de 2023 se envía un correo electrónico a la dra. Yariela González O. para solicitar su autorización y poder utilizar la adaptación del cuestionario de resiliencia de González-Arriata. La misma responde el 17 de mayo de 2023 y refiere lo siguiente: “apreciada licenciada Gloria Rodríguez A., con un cordial saludo, me dirijo a usted para agradecerle haber considerado la utilización del instrumento de resiliencia en su tesis de disertación para el programa de Maestría de

Enfermería en Cuidado Crítico del Adulto. El instrumento está a su disposición para ser utilizado en la investigación. **(véase Anexo 4)**

El instrumento adaptado presentó un análisis factorial de tres factores con valores propios mayores que 1.00 y que de manera grupal explican el 33,0 % de la varianza total. El factor 1 tiene una varianza explicada de 17,23 %. El factor 2 obtuvo una varianza explicada de 9,8 %. El factor 3 tuvo un 6,56 % de la varianza total. Los ítems 3,8,9,15 dados su bajo valor no pudo ser clasificado. La consistencia interna a través del Alfa de Cronbach fue de 0,84.

Según González-Arriata (2013), el cuestionario original presentó un análisis factorial exploratorio con rotación ortogonal (varimax) en el que se cumplió el criterio de Kaiser ($KMO=0,90$, $p=.001$) con una varianza de 37,82% y confiabilidad a través de Alpha de Cronbach total= 0,9192.

Las dimensiones del cuestionario son tres: (1) Factores protectores internos, el cual mide habilidades para la solución de problemas ($\alpha= 0,8050$ con 14 reactivos). (2) Factores protectores externos, evalúa la posibilidad de contar con apoyo de la familia y/o personas significativas para el individuo ($\alpha= 0,7370$ con 11 reactivos). (3) Empatía, se refiere a comportamiento altruista y prosocial ($\alpha= 0,7800$, con 7 reactivos).

En la escala de González Arriata identifica tres niveles de resiliencia, asignándole un puntaje a cada una de ellas. En la siguiente figura se observa los niveles con su correspondiente puntaje: figura 9.

Fig. 9

Interpretación del cuestionario de resiliencia

Nivel	Puntaje
Alto	> 150
Moderado	121 – 149
Bajo	< 120

Fuente: González-Arriata (2011). Adaptado por Y. González (2016).

En su interpretación, los puntajes mayores de 150 (Nivel alto) indican una mayor capacidad para enfrentar situaciones difíciles y adaptarse a los cambios. La puntuación de 121 -149 (Nivel moderado) nos indica que la persona tiene una resiliencia promedio y que puede beneficiarse de intervenciones que fortalezcan sus habilidades. Y por último la puntuación menor de 120 (Nivel bajo) nos indica que la persona necesita apoyo para desarrollar estrategias de afrontamiento y fortalecer su resiliencia.

3.5.3 Cuestionario de datos sociodemográficos

Este cuestionario cuenta con preguntas sociodemográficos que contienen las siguientes variables: edad, sexo, estado civil, grado académico, tiempo de laborar en UCI, tiempo que le toma en llegar a su hogar y si actualmente trabaja en otra institución. (**véase Anexo 5**)

3.6 Consideraciones Éticas

El siguiente trabajo de investigación está basado en el Código de Nuremberg. Donde el consentimiento voluntario humano es absolutamente esencial, tiene la finalidad de obtener resultados fructíferos para el bien de las personas. La investigación será conducida de manera que evite cualquier daño físico o mental.

De acuerdo con la Declaración de Helsinki, el principio básico es el respeto por las personas, su derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado) incluyendo la participación en la investigación tanto al inicio como durante el curso de la investigación. El bienestar de las personas siempre estará por encima de los intereses científicos.

Como bien se menciona en el Reglamento General del Comité de Bioética de la investigación de la Universidad de Panamá en su capítulo primero, artículo dos: su objetivo principal es ayudar a garantizar el respeto a la dignidad, integridad e identidad del ser humano en los campos de la experimentación biológica, genética y de la investigación científica.

Tomando en cuenta lo antes escrito, se utilizará un consentimiento informado voluntario, orientando sobre el propósito de la investigación. Este consentimiento incluye información personal y laboral sensible, así como el reflejo de su salud mental por tanto conlleva **un riesgo mínimo** para las enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos. Esta investigación será sometida a consideración del Comité de Bioética de la Universidad de Panamá y el permiso por parte del Hospital Santo Tomás para la realización de esta.

Como investigadora me comprometo a mantener toda la información obtenida a través de la aplicación de los instrumentos en su total confidencialidad. Esto quiere decir que será un proceso permanente desde que las enfermeras accedan o no a participar de la investigación; así como el registro, análisis y publicación de la información; la cual siempre se mantendrá en el anonimato para así respetar su privacidad.

Para garantizar la seguridad y protección de la información que vaya a obtener en mi rol como investigadora, el registro de los datos será anónimo. Para el manejo de la información, la misma será recopilada a través de Google Forms, en donde solo mi persona tendrá acceso por medio de la computadora y una tablet. El único documento que estará impreso será el consentimiento informado y el mismo reposará en una carpeta cerrada a la cual más nadie tendrá acceso. Para la protección y seguridad de la data se manejará con contraseña los dispositivos electrónicos y almacenamiento en línea. También se hará énfasis en la seguridad física de los dispositivos a utilizar para así evitar robo o daño de la información.

Con relación a la Declaración de Conflicto de Intereses, manifiesto que no tengo intereses financieros, laborales, económicos, gremiales, personales o de beneficencia que puedan comprometer la información de la población de estudio.

Cabe resaltar que toda la información obtenida a partir de la aplicación del cuestionario e instrumentos con previa autorización del consentimiento informado será confidencial y guardada de manera segura. Las enfermeras tendrán siempre la opción a participar voluntariamente, con opción a negarse o no continuar con su participación sin ningún tipo de repercusión. **(véase Anexo 6)**

3.7 Procedimiento

3.7.1 Fase N°1 Adaptación cultural del Cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse por el trabajo de la autoría del doctor Pedro Gil-Monte (2019) (CESQT)

Cuando se utilizan instrumentos desarrollados en otros países, en investigaciones científicas es necesaria su adaptación cultural y validación.

Según Guillermin (1995), es importante considerar la influencia de la cultura en los instrumentos de medición, ya que, la percepción del estado de salud y la expresión de salud-enfermedad puede variar en las diferentes culturas. Además, la definición y la importancia otorgada a la salud y a las enfermedades varían en los diferentes sistemas de atención de salud, por el hecho de que están vinculados a su entorno cultural.

En la validación aparente, Rodríguez, Y. (2021), describe que “es una medida preliminar que evalúa el comportamiento del instrumento en relación con el grado de comprensión y redacción de los ítems, el tiempo de aplicación y el comportamiento de los baremos (tabla con resultados de cálculos) que recogen la información” (p. 185).

Como señala Ruiz (2009), citado por Lira, (2020), refiere que el idioma español a pesar de ser uno de los idiomas más hablados en todo el mundo, conserva una gran homogeneidad y que existen diferencias lingüísticas, como dialectos o el uso de léxico diferente, debido a preferencias regionales sobre el uso del vocabulario universal, sin embargo, hay una base común ampliamente reconocida.

Esta homogeneidad se ejemplifica en el concepto “ponerse de pie” el que puede expresarse de diferentes maneras en cada país, sin embargo, en una evaluación en 17 países, todos incluyen al menos dos sinónimos comunes: “pararse y levantarse”. Este instrumento fue creado por el dr. Gil-Monte en España, así que se realizará la adaptación a nuestra cultura panameña.

Para su utilización se solicitó autorización el día 12 de junio de 2023, vía correo electrónico al doctor Pedro Gil-Monte; el cual respondió el día 13 de junio de 2023 refiriendo que los derechos de distribución le corresponden a la Editorial TEA, que en la actualidad tiene los derechos de edición, distribución y venta de la obra. Por tanto, como investigadora se adquirió el instrumento directamente con la editorial el cual proporcionó el mismo. **(véase Anexo7)**

Validez y confiabilidad:

3.7.1.1 Validez:

En esta investigación se realizó la validación aparente que, según Ruiz, M. (2004), se obtiene mediante la evaluación del instrumento por un grupo de jueces, en general expertos, que dicen si en su concepto el instrumento en apariencia mide las cualidades deseadas (p. 172).

Según Gento, S. (2012), los puntos específicos para realizar una validación de apariencia o facial: a) tener claro el objetivo del instrumento, b) la población a quien va dirigida, c) que las instrucciones o ítems sean comprensibles, d) la expresión lingüística.

Para el proceso de validez aparente en esta investigación se formaron dos grupos de expertos, uno fue de profesoras de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Panamá y el otro fue una parte de la población de estudio, que permitió medir la aceptabilidad y comprensión de la escala.

Para realizar la **validez facial o aparente** se contactó a cuatro enfermeras docentes de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Panamá que laboraron en hospitales públicos y privados con más de 20 años de experiencia de laborar en las unidades de cuidados intensivos.

A fin de emitir su juicio como expertos, se empleó una escala de valoración conformada por cuatro niveles: *Muy Pertinente* (4 puntos), *Pertinente* (3 puntos), *Poco Pertinente* (2 puntos) y *No Pertinente* (1 punto) (**véase Anexo 8**); para poder evaluar la pertinencia de los ítems del instrumento y así determinar si es comprensible al contexto panameño. Este formulario fue enviado vía correo electrónico.

Resultado: dos de los expertos coincidieron en sus observaciones que, en la dimensión de *indolencia*, los ítems 10, 12, 14 debía mejorar su redacción. En el ítem 10 se reemplazó “apetece” por “gusta”. En el ítem 12 se reemplaza “son unos pesados” por “tienen mal genio” y en el ítem 14 se reemplaza “apetece” por “da gusto”.

3.7.1.2 Confiabilidad:

Para calcular la consistencia interna de los instrumentos utilizó, el coeficiente Alfa de Cronbach. Este permite determinar la fiabilidad interna de una escala, es decir, el grado en que los ítems que la componen están relacionados entre sí. El Alfa de

Cronbach se obtuvo utilizando el software de Jamovi (Version 2.4) The jamovi project (2023). *jamovi*. (Version 2.4) [computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.

Para esta medición se utilizó una muestra de 83 participantes.

3.7.2 Fase N°2 Recolección de los datos

Se solicitó el permiso a la institución y se orientó a todas las enfermeras que laboran en las unidades de cuidados intensivos, sobre los objetivos y dinámica de la investigación.

Antes de la aplicación de los instrumentos se procedió a la entrega del consentimiento informado (**Véase Anexo 6**) y se hizo énfasis en la confidencialidad de la información, y su decisión de ser parte de la investigación.

Los instrumentos fueron aplicados, ambos al mismo tiempo, a cada participante del estudio de lunes a viernes de 3:00 p. m. a 11:00 p. m. en las unidades de cuidados intensivos 1, 2 y 3 del Hospital Santo Tomás; entre los meses de marzo y abril de 2025. Se orientó a las enfermeras sobre la investigación y firma del listado del consentimiento informado. Todo esto tomando en cuenta los canales de autorización y solicitud de permisos correspondientes para la realización de la investigación. Como los turnos son de 6 horas los instrumentos se aplicarán al personal cuando estén entrando o saliendo del turno para no interferir en sus labores.

Los instrumentos se aplicaron a las enfermeras cuando estuvieron entrando o saliendo del turno para no interferir en sus labores.

Pasos para la recolección de los datos:

Paso 1: Solicitar el aval en la institución donde se desarrollará la investigación.

Paso 2: Orientar a las enfermeras que laboran en las unidades de cuidados intensivos sobre los objetivos y dinámica de la investigación.

Paso 3: Entregar a cada participante el consentimiento informado (**Anexo 5**).

Haciendo énfasis en la confidencialidad de la información y que la misma será guardada de manera segura. Las enfermeras tendrán siempre la opción: a participar voluntariamente, a negarse o no continuar con su participación en la investigación sin ningún tipo de repercusión.

Para controlar los factores que amenacen la validez y confiabilidad de los resultados se tomó en cuenta la **extensión**, ambos son instrumentos cortos y claros para no producir fatiga en el personal a entrevistar. **Característica del encuestado:** honestidad al responder los cuestionarios. **Condiciones en la medición:** brindar un tiempo adecuado entre cada respuesta, realizarlo en un lugar tranquilo y manteniendo siempre la privacidad. Ambos instrumentos han sido validados a nivel internacional; además, en Panamá, ha pasado un proceso de adaptación cultural, una prueba preliminar de ajuste. Además, que se le realizará la prueba de alfa de Cronbach.

3.8 Análisis de los datos

Se utilizó estadísticas descriptivas en las variables con medición cuantitativa y distribución porcentual en las variables cualitativas. Para la correlación entre el Síndrome de Burnout y la resiliencia se midió, utilizando el coeficiente de correlación de Pearson. Este coeficiente de correlación mide el grado de asociación lineal entre dos variables cuantitativas, tomando valores entre -1 y 1. Los valores próximos a 1 indican una fuerte asociación lineal positiva (a medida que aumentan los valores de una de las dos variables, aumentan los de la otra); los valores próximos a -1 indican una fuerte asociación lineal negativa (a medida que aumentan los valores de una de las dos variables, disminuyen los de la otra); los valores próximos a 0 indican que no existe asociación lineal entre las variables.

Para este estudio los resultados obtenidos en cada instrumento fueron codificados numéricamente con ayuda de las escalas propuestas por Gil-Monte (2019) y González Arratia (2011), lo que permitió obtener puntajes totales y por dimensiones, generando datos cuantitativos. Debido a esta naturaleza de los datos y con el propósito de verificar la hipótesis planteada, se aplicó la prueba de correlación de Pearson, dado que ambas variables son cuantitativas continuas.

Para determinar si la asociación es estadísticamente significativa, se plantea la hipótesis nula de que el coeficiente de correlación lineal entre las variables es igual a 0. Si el p -valor asociado al coeficiente de Pearson es igual o menor que $\alpha = 0.05$, se rechaza la hipótesis nula. (sábado, T., 2010, p. 94-95).

A los resultados obtenidos mediante los instrumentos aplicados al personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Santo Tomás. se aplicará el análisis univariable. Este análisis incluye la descripción individual de cada uno de los ítems, específicamente aquellas relacionadas con el Síndrome de Burnout, en los que se examinan aspectos como ilusión por el trabajo, desgaste psíquico, indolencia, culpa y la resiliencia.

En la figura 10, tenemos las variables de la investigación de acuerdo con su medición y la prueba estadística que se le realizará una vez aplicado los cuestionarios al personal de enfermería de cuidados intensivos.

Figura 10
Clasificación de las variables y su prueba estadística

Variables	Medición de la variable	Prueba estadística
Sexo	Cualitativa nominal (binaria)	Distribución porcentual
Edad	Cuantitativa discreta	Estadística descriptiva (media, desviación estándar, etc.)
Estado civil	Cualitativa nominal	Distribución porcentual
Escolaridad	Cualitativa ordinal	Distribución porcentual
Grado académico	Cualitativa ordinal	Distribución porcentual
Tiempo de laborar en UCI	Cuantitativa discreta	Estadística descriptiva (media, desviación estándar, etc.)
Tiempo que le toma en llegar a su casa	Cuantitativa discreta	Distribución porcentual
Labora actualmente en otra institución	Cualitativa nominal (binaria)	Distribución porcentual
Instrumento (CESQT)	Cuantitativa (escala)	Distribución porcentual
Cuestionario adaptado de resiliencia de Arrieta (Y. González, 2017).	Cuantitativo (escala)	Distribución porcentual
Instrumento (CESQT) & Cuestionario adaptado de resiliencia	Cuantitativo (escala)	Correlación de Pearson T-Student

Fuente: Elaboración propia de la investigadora, (2024).

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

En este trabajo de investigación acerca del Síndrome de Burnout y la resiliencia como factor mediador en enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel de atención de la Región Metropolitana, se obtuvo la información a partir de la aplicación de los instrumentos a las enfermeras que laboran en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Santo Tomás y cuyos resultados se describen según los objetivos alcanzados.

4.1 OBJETIVO N°1: Caracterización de los datos sociodemográficos de los participantes.

Tabla 1.

Datos sociodemográficos de las enfermeras de cuidados intensivos H.S.T., marzo – abril de 2025

Variable	Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje
TOTAL		66	100.0
Edad	≤ 32	11	16.7
	33-37	24	36.4
	38-42	15	22.7
	43-47	7	10.6
	48-52	2	3.0
	53-57	3	4.5
	58-62	1	1.5
	≥ 63	3	4.5
Total		66	100
Estado civil	Casada (o)	18	27.3
	Divorciada (o)	1	1.5
	Soltera (o)	28	42.4
	Unida (o)	17	25.8
	Viuda (o)	2	3.0
Total		66	100
Grado académico	Especialidad	14	21.2
	Licenciatura	45	68.2
	Maestría	7	10.6
Total		66	100
Tiempo de laborar en la Unidad de Cuidados Intensivos	≤ 4	14	21.21
	5-8	21	31.82
	9-12	9	13.64
	13-16	10	15.15
	17-20	9	13.64
	21-24	1	1.52
≥ 25	2	3.03	
Total		66	100
Tiempo en llegar de su casa al trabajo	> 1 hora	20	30.3
	1 hora	16	24.2
	2 horas	30	45.5
	Total	66	100

Fuente: Gloria Rodríguez. Cuestionarios aplicados a las enfermeras (os) de Cuidados intensivos del Hospital Santo Tomás, marzo – abril de 2025.

Como se observa en la Tabla 1, la edad promedio fue de 39,2 años con una desviación estándar de $\pm 9,0$ años, lo que indica una dispersión moderada en la edad de los participantes. Asimismo, la mediana fue de 36 años, lo cual indica que la mitad de los participantes tenía una edad igual o inferior a este valor. La edad mínima registrada fue de 28 años y la máxima de 68 años.

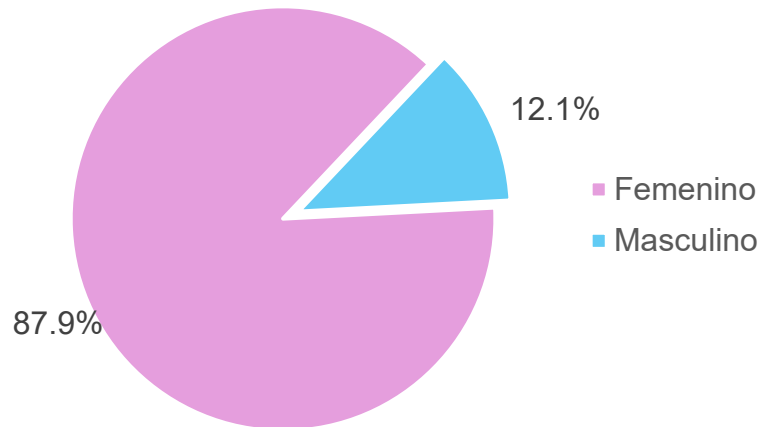
Respecto al estado civil, los participantes mayormente indicaron estar soltero (42,4 %), seguido por casado (27,3 %), unido (25,8), viudo (3,0 %) y divorciado (1,5 %). En relación con el nivel educativo, un 68,2 % de las enfermeras reporto tener un grado académico de licenciatura, el 21,2 % tenía su especialidad, y el 10,6 % maestría completa.

El tiempo promedio de labor en la UCI fue de 10 años (DE $\pm 6,5$), lo que indica una experiencia laboral moderada dentro del área especializada. Así mismo, la mediana fue de 8 años, lo cual indica que la mitad de los participantes tenía un tiempo de laborar en la UCI igual o inferior a este valor. El tiempo mínimo fue de 6 meses y la máxima de 29 años.

Sobre el tiempo que le toma llegar a casa desde el trabajo, el 45,5 % tarda 2 horas en llegar a casa, el 30,3 % les toma menos de una hora, y el 24,2 % una hora aproximadamente.

Gráfico 1.

Distribución porcentual según el sexo de las enfermeras de cuidados intensivos H.S.T., marzo – abril 2025.

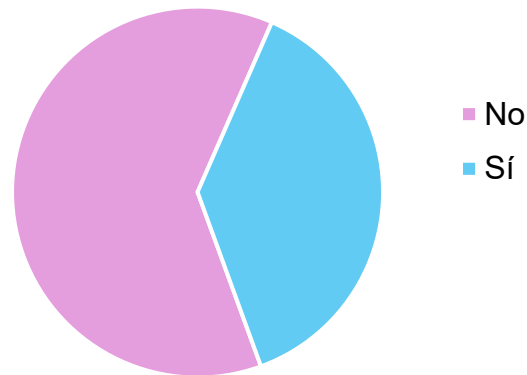


Fuente: Gloria Rodríguez. Cuestionarios aplicados a las enfermeras (os) de Cuidados intensivos del Hospital Santo Tomás, marzo – abril de 2025.

En el gráfico 1, de los 66 participantes encuestados, el 87,9 % correspondió al sexo femenino (n= 58) y el 12,1 % al sexo masculino (n= 8). Es común encontrar esta diferencia de cantidad mínima de hombres en nuestra profesión ya que históricamente enfermería estaba a cargo de las mujeres por el cuidado que brindaba. Socialmente por el estereotipo de género ha limitado el interés de los hombres a esta profesión.

Gráfico 2.

Distribución porcentual según el trabajo en otra institución de las enfermeras de cuidados intensivos H.S.T., marzo – abril de 2025.



Fuente: Gloria Rodríguez. Cuestionarios aplicados a las enfermeras (os) de Cuidados intensivos del Hospital Santo Tomás, marzo – abril de 2025.

En cuanto a si labora actualmente en otra institución, presentado en el gráfico 2, el 62,1 % de los participantes respondió que sólo labora en el Hospital Santo Tomás, mientras que el 37,9 % indico que mantiene labores en otra institución de salud.

Según Arias, K., Castro, L., & Figueroa, M. (2020), existen múltiples razones por las que las enfermeras tienen otro trabajo. Esto es dependiendo de las necesidades económicas que tengan ya que un solo salario no alcanza para cubrir sus gastos económicos como casa, carro, educación de sus hijos o propias, viajes, etc.

También el aprendizaje de nuevas tecnologías que se encuentran a nivel privado. En nuestra institución no existe como en otros hospitales privados un contrato de exclusividad; que limite al personal a laborar en una sola institución.

La capacitación que brinda el Hospital Santo Tomás a sus enfermeras básicas en cuidados intensivos es una oportunidad laboral que “abre puertas” en otros

hospitales ante la necesidad que existe hoy, en Panamá, de enfermeras especialistas en cuidados críticos.

En 2021, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) realizaron el estudio *Jornadas de trabajo prolongadas aumentan las defunciones por cardiopatía isquémica o por accidentes cerebrovasculares*, en este encontraron que trabajar 55 horas o más a la semana aumenta en un 35 % el riesgo de presentar un accidente cerebrovascular y en un 17 % el riesgo de fallecer por una cardiopatía isquémica con relación a una jornada laboral de 35 a 40 horas semanal.

4.2 OBJETIVO N°2: Adaptación cultural y confiabilidad del cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT)

4.2.1 Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo (CESQT)

Tabla 2.

Confiabilidad global del instrumento CESQT

Estadísticas de fiabilidad		Cuestionario CESQT
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach estandarizada	N.º de elementos
0.737	0.734	20

Fuente: Gloria Rodríguez. Cuestionarios aplicados a las enfermeras (os) de Cuidados intensivos del Hospital Santo Tomás, marzo – abril de 2025.

En el caso del cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo, se obtuvo un alfa global de 0,737, lo cual indica una fiabilidad aceptable, con relación a los criterios establecidos para la fiabilidad “señalan que los valores iguales o superiores a 0,70 son adecuados para investigaciones en el área de las ciencias sociales” (Nunnally y Bernstein, 1994).

Tabla 3.

Confiabilidad del cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo (CESQT) según dimensiones. Panamá. Marzo – abril 2025

Dimensiones	Ítems	Alfa de Cronbach General	Alfa de Cronbach si se descarta el elemento
Ilusión por el trabajo	DIM1_1	0.797	0.815
	DIM1_2		0.75
	DIM1_3		0.741
	DIM1_4		0.756
	DIM1_5		0.717
Desgaste psíquico	DIM2_1	0.848	0.826
	DIM2_2		0.797
	DIM2_3		0.829
	DIM2_4		0.771
Indolencia	DIM3_1	0.61	0.523
	DIM3_2		0.496
	DIM3_3		0.554
	DIM3_4		0.59
	DIM3_5		0.586
	DIM3_6		0.632
Culpa	DIM4_1	0.776	0.742
	DIM4_2		0.711
	DIM4_3		0.749
	DIM4_4		0.742
	DIM4_5		0.731

Fuente: Gloria Rodríguez. Cuestionarios aplicados a las enfermeras (os) de Cuidados intensivos del Hospital Santo Tomás, marzo – abril de 2025.

La **Tabla 3** muestra los resultados del alfa de Cronbach para cada una de las dimensiones mostrando mayormente un nivel de fiabilidad buena, en el caso de la dimensión de desgaste psíquico, y aceptable en las dimensiones ilusión por el trabajo y culpa. La dimensión de indolencia muestra un alfa de Cronbach menor a 0,70, lo que sugiere una consistencia interna cuestionable entre los ítems. Sin embargo, es importante señalar que este instrumento ha sido previamente validado en numerosos estudios, en los cuales ha presentado coeficientes de fiabilidad adecuados, lo que respalda de utilidad en contextos similares.

4.2.2 Cuestionario de resiliencia adaptado

Tabla 4.

Confiabilidad global del cuestionario de resiliencia adaptado

Estadísticas de fiabilidad		Cuestionario CESQT
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach estandarizada	N.º de elementos
0.897	0.899	32

Fuente: Gloria Rodríguez. *Cuestionarios aplicados a las enfermeras (os) de Cuidados intensivos del Hospital Santo Tomás, marzo – abril de 2025.*

Por otro lado, el instrumento de resiliencia arroja un valor alfa global de 0,897, lo que refleja una excelente consistencia interna, indicando que los ítems de las escalas presentan una alta correlación entre sí y son confiables para medir el constructo evaluado. Según Hernández-Sampieri & Mendoza (2018), “valores superiores a 0.85 son indicadores de una medición altamente confiable (p. 313).

Tabla 5.

Confiabilidad del cuestionario de resiliencia adaptado según dimensiones. Panamá, marzo – abril 2025

Dimensiones	Ítems	Alfa de Cronbach General	Alfa de Cronbach si se descarta el elemento
Factor de solución de problemas	DIM1_1	0.83	0.829
	DIM1_2		0.828
	DIM1_3		0.822
	DIM1_4		0.806
	DIM1_5		0.83
	DIM1_6		0.813
	DIM1_7		0.806
	DIM1_8		0.824
	DIM1_9		0.803
	DIM1_10		0.816

	DIM1_11		0.827
	DIM1_12		0.817
	DIM1_13		0.822
	DIM1_14		0.819
Factor de apoyo familiar y personas significativas	DIM2_1	0.80	0.814
	DIM2_2		0.789
	DIM2_3		0.779
	DIM2_4		0.783
	DIM2_5		0.764
	DIM2_6		0.772
	DIM2_7		0.785
	DIM2_8		0.795
	DIM2_9		0.767
	DIM2_10		0.783
	DIM2_11		0.79
Factor empatía	DIM3_1	0.779	0.785
	DIM3_2		0.733
	DIM3_3		0.743
	DIM3_4		0.74
	DIM3_5		0.738
	DIM3_6		0.732
	DIM3_7		0.784

Fuente: Gloria Rodríguez. Cuestionarios aplicados a las enfermeras (os) de Cuidados intensivos del Hospital Santo Tomás, marzo – abril de 2025.

Se observaron los resultados obtenidos para cada dimensión del instrumento de resiliencia. El mismo mantiene un alfa superior al 0.70, lo que sugiere una fiabilidad alta.

4.3 OBJETIVO N°3: Describir la presencia del Síndrome de desgaste profesional que presentan las enfermeras de las Unidades de Cuidados Intensivos

Tabla 6.

Descripción de la presencia del síndrome de desgaste profesional que presentan las enfermeras de las unidades de cuidados intensivos por ítems del cuestionario CESQT. Panamá, marzo – abril 2025

Dimensiones	Asimetría				Curtosis		
	Media	Mediana	DE	Asimetría	EE	Curtosis	EE
Ilusión por el trabajo	4.24	4.30	0.75	-0.67	0.30	-0.29	0.58
<i>Mi trabajo supone un reto estimulante.</i>	4.35	4	0.69	-0.59	0.30	-0.74	0.58
<i>Veo mi trabajo como una fuente de realización personal.</i>	4.52	5	0.69	-1.09	0.30	-0.04	0.58
<i>Pienso que mi trabajo me aporta cosas positivas.</i>	4.35	4.5	0.75	-0.90	0.30	0.15	0.58
<i>Mi trabajo me resulta gratificante.</i>	4.2	4	0.75	-0.57	0.30	-0.23	0.58
<i>Me siento ilusionado por mi trabajo.</i>	3.79	4	0.85	-0.19	0.30	-0.60	0.58
Desgaste psíquico	3.38	3.25	0.92	0.18	0.30	0.00	0.58
<i>Pienso que estoy saturado por el trabajo.</i>	3.82	4	0.93	-0.70	0.30	0.91	0.58
<i>Me siento agobiado por el trabajo.</i>	3.27	3	0.89	0.52	0.30	-0.31	0.58
<i>Me siento cansada físicamente en el trabajo.</i>	3.41	3	0.86	0.59	0.30	-0.34	0.58
<i>Me siento desgastado emocionalmente.</i>	3.03	3	1.02	0.29	0.30	-0.28	0.58
Indolencia	1.69	1.67	0.66	1.01	0.30	2.97	0.58
<i>No me gusta atender a algunas personas en mi trabajo.</i>	1.74	2	0.62	0.62	0.30	1.60	0.58
<i>Creo que muchas de las personas a las que atiendo en el trabajo son insoportables.</i>	1.76	2	0.68	0.34	0.30	-0.80	0.58

<i>Creo que los familiares de las personas a las que atiendo en el trabajo tienen mal genio.</i>	1.42	1	0.66	2.63	0.30	11.95	0.58
<i>Pienso que trato con indiferencia a algunas personas a las que atiendo en mi trabajo.</i>	2.18	2	0.74	-0.31	0.30	-1.11	0.58
<i>Me da gusto ser irónico con algunas personas a las que atiendo en el trabajo.</i>	1.29	1	0.58	2.40	0.30	7.10	0.58
<i>Etiqueto o clasifico a las personas a las que atiendo en el trabajo según su comportamiento.</i>	1.76	2	0.70	0.38	0.30	-0.90	0.58
Culpa	2.01	1.80	0.85	0.64	0.30	0.29	0.58
<i>Me preocupa el trato que he dado a algunas personas en el trabajo.</i>	2.3	2	1.05	0.58	0.30	-0.20	0.58
<i>Me siento culpable por alguna de mis actitudes en el trabajo.</i>	2.02	2	0.89	0.93	0.30	1.15	0.58
<i>Tengo remordimientos por algunos de mis compañeros en el trabajo.</i>	1.68	1	0.83	0.83	0.30	-0.50	0.58
<i>Pienso que debería pedir disculpas a alguien por mi comportamiento.</i>	1.98	2	0.81	0.91	0.30	1.83	0.58
<i>Me siento mal por algunas cosas que he dicho en el trabajo.</i>	2.05	2	0.69	-0.06	0.30	-0.84	0.58

Fuente: Gloria Rodríguez. Cuestionarios aplicados a las enfermeras (os) de Cuidados intensivos del Hospital Santo Tomás, marzo – abril de 2025.

La **Tabla 6** muestra las estadísticas descriptivas de las cuatro dimensiones e ítems evaluadas por el CESQT. Destacan, la dimensión una media de seguida de “culpa”, con 2.01 puntos (DE±0.85), y finalmente, la dimensión de “indolencia”, que registro la media más baja, con 1.69 puntos (DE±0.66). Lo anterior sugiere una baja presencia de actitudes negativas hacia los pacientes.

Ilusión por el trabajo: Obtuvo media de 4.24 puntos y $DE\pm 0.75$. **ALTA**. El cual se puede interpretar, que, a pesar de las difíciles condiciones en la UCI, las enfermeras aún encuentran significado, motivación y disfrutan de su trabajo. Es un recurso protector muy importante contra el burnout. Sin embargo, una ilusión muy alta, cuando no va acompañada de recursos adecuados, puede ser un arma de doble filo, ya que puede llevar a las personas a "forzarse" demasiado, aumentando el riesgo de agotamiento.

Desgaste psíquico: obtuvo media de 3,38 puntos y $DE\pm 0.92$. **MEDIA ALTA**: es la puntuación más preocupante. *Refleja un estado de agotamiento mental, fatiga y cansancio emocional.* Las enfermeras se sienten "vaciadas" y sobrepasadas por las demandas emocionales y físicas del trabajo en la UCI. **Esta dimensión es el núcleo central del Síndrome de Burnout.**

Indolencia: registro la media más baja, con 1.69 puntos ($DE\pm 0.66$). **BAJA**. Este resultado es positivo, pues indica que las enfermeras en la UCI, por ahora, no han desarrollado actitudes de distanciamiento, cinismo o insensibilidad hacia los pacientes, familiares o compañeros. Mantienen su capacidad de empatía y conexión humana, lo cual es fundamental en esa área.

Culpa: con 2,01 puntos ($DE\pm 0.85$), **BAJA-MEDIA**. La puntuación sugiere que existe un nivel bajo o moderado de sentimientos de culpa. Esto podría estar relacionado con la percepción de no poder ofrecer siempre la mejor atención deseada debido a la sobrecarga laboral, o con conflictos éticos propios del entorno de la UCI. Aunque no es crítico, es un factor para vigilar.

Teniendo en cuenta el modo de adaptación del autoconcepto en la “ilusión por el trabajo” observamos una adaptación efectiva, su “yo personal” está integrado con su labor, lo que genera un sentido de propósito. En el modo fisiológico, el resultado del desgaste físico con media alta es un indicador de desadaptación lo que suele manifestarse con fatiga crónica, alteraciones del sueño, dolor de cabeza, etc. En el modo de interdependencia el agotamiento emocional puede llevar a las enfermeras (os) a aislarse, tener menos paciencia y dificultar la búsqueda de ayuda. Desde la perspectiva del modelo de adaptación de Callista Roy se debe fortalecer los modos adaptativos e intervenir en el modo desadaptativo para así modificar los estímulos focales que no es más que las causas del desgaste.

Categorización del Síndrome de Burnout

Tabla 7.

Nivel de presencia del Síndrome de Burnout en enfermeras de cuidados intensivos H.S.T., marzo – abril de 2025

Niveles	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Alto (67-89)	2	3.0
Medio (34-66)	64	96.9
TOTAL	66	100

Fuente: Gloria Rodríguez. Cuestionarios aplicados a las enfermeras (os) de Cuidados intensivos del Hospital Santo Tomás, marzo – abril de 2025.

En la **Tabla 7**, se presenta la distribución de los niveles obtenidos a partir de la escala de Gil-Monte (2019) para el Síndrome de Burnout. Esta escala propone agrupar las puntuaciones en cuatro cortes basados en percentiles. En este estudio, únicamente se obtuvieron resultados en los niveles medio y alto. Un 96.9 % de los participantes presentó un nivel medio del Síndrome de Burnout y mientras que el 3.0 % se ubicó en el nivel alto.

Estos datos se pueden interpretar que las enfermeras no están “quemado” en el sentido clínico severo, pero **se encuentra en una zona de ALTO RIESGO**. Es un estado de precrisis donde las condiciones para un empeoramiento masivo están presentes.

Por otro lado, el 3,0 % representa los **primeros casos visibles de un problema sistémico**. Son un indicador avanzado de lo que podría suceder con más personal si no se interviene. Probablemente, este grupo experimenta la saturación y el agotamiento de forma más constante.

Tabla 8.

Distribución de las respuestas en la dimensión de ilusión por el trabajo según el cuestionario CESQT, en las enfermeras de cuidados intensivos H.S.T., marzo – abril de 2025

Dimensiones	Escala									
	Todos los días		Algunas veces por semana		Algunas veces al mes		Algunas veces al año		Nunca	
Ilusión por el trabajo	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Mi trabajo supone un reto estimulante.	31	47.0	27	40.9	8	12.1	-	-	-	-
Veo mi trabajo como una fuente de realización personal.	41	62.1	18	27.3	7	10.6	-	-	-	-
Pienso que mi trabajo me aporta cosas positivas.	33	50.0	24	36.4	8	12.1	1	1.5	-	-
Mi trabajo me resulta gratificante.	25	37.9	30	45.5	10	15.2	1	1.5	-	-
Me siento ilusionado por mi trabajo.	14	21.2	28	42.4	20	30.3	4	6.1	-	-

Nota. (-) Indica que no se registraron respuestas en esa categoría.

Fuente: Gloria Rodríguez. Cuestionarios aplicados a las enfermeras (os) de Cuidados intensivos del Hospital Santo Tomás, marzo – abril de 2025.

En la **Tabla 8**, es observable la distribución de las respuestas correspondientes a la dimensión de **ilusión por el trabajo**. Los resultados indican que una parte significativa de los participantes afirman que, *todos los días*, su trabajo supone un reto estimulante (47.0 %), lo perciben como una fuente de realización personal (62.0 %), si las enfermeras creen en el valor de lo que hacen, pueden tolerar niveles más altos de estrés y desgaste, por otra parte, consideran que les aporta aspectos positivos (50,0 %). Este último se convierte en un termómetro de la resiliencia. Un porcentaje alto indicó que los recursos positivos del trabajo aún superan a los factores estresantes, lo que les permite seguir adelante.

Sin embargo, se observa que el 45,5 % de los encuestados señala que su trabajo les resulta gratificante algunas veces por semana, y el 42,4 % sienten ilusionado por su trabajo con la misma frecuencia. Esto significa que en un porcentaje importante la ilusión y la gratificación han pasado de ser un motor constante a ser ocasional, esto es una zona de riesgo para este grupo, ya que se puede generar un desgaste constante en el servicio de la UCI.

Tabla 9.

Distribución de las respuestas sobre la dimensión de desgaste psíquico según el cuestionario CESQT, en las enfermeras de cuidados intensivos H.S.T., marzo – abril de 2025

Dimensiones	Escala									
	Todos los días		Algunas veces por semana		Algunas veces al mes		Algunas veces al año		Nunca	
Desgaste psíquico	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Pienso que estoy saturado por el trabajo.	16	24.2	27	40.9	20	30.3	1	1.5	2	3.0
Me siento agobiado por el trabajo.	8	12.1	13	19.7	34	51.5	11	16.7	-	-
Me siento cansado físicamente en el trabajo.	10	15.2	13	19.7	37	56.1	6	9.1	-	-
Me siento desgastado emocionalmente.	7	10.6	11	16.7	28	42.4	17	25.8	3	4.6

Nota. (-) Indica que no se registraron respuestas en esa categoría.

Fuente: Gloria Rodríguez. Cuestionarios aplicados a las enfermeras (os) de Cuidados intensivos del Hospital Santo Tomás, marzo – abril de 2025.

Con relación a la dimensión de **desgaste psíquico**, los resultados muestran que el 40.9 % de los participantes consideran que se encuentran saturados por el trabajo algunas veces por semana. Asimismo, el 51.5 % señaló sentirse agobiado por el trabajo, un 56.1 % se siente cansado físicamente en el trabajo y un 42.4 % se siente desgastado emocionalmente algunas veces al mes.

Estos datos sugieren que las enfermeras viven en un estado constante de "alarma y presión", sin tiempo para la recuperación mental entre sus turnos, lo que puede ser un reflejo de que las exigencias físicas que el área demanda superan la capacidad de recuperación del organismo, lo cual puede deberse a largas jornadas laborales. Esta condición puede convertirse en procesos de estrés y ansiedad, lo que aumentaría el riesgo de deterioro de la salud, así como riesgo durante la atención de los pacientes donde se cometerán errores durante la atención directa.

Tabla 10.

Distribución de las respuestas en la dimensión de indolencia del cuestionario CESQT, en las enfermeras de cuidados intensivos H.S.T., marzo – abril de 2025

Dimensiones	Escala									
	Todos los días		Algunas veces por semana		Algunas veces al mes		Algunas veces al año		Nunca	
Indolencia	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
No me gusta atender a algunas personas en mi trabajo.	-	-	1	1.5	3	4.6	40	60.6	22	33.3
Creo que muchas de las personas a las que atiendo en el trabajo son insoportables.	-	-	-	-	9	13.6	32	48.5	25	37.9
Creo que los familiares de las personas a las que atiendo en el trabajo tienen mal genio.	-	-	-	-	25	37.9	28	42.4	13	19.7
Pienso que trato con indiferencia a algunas personas a las que atiendo en mi trabajo.	1	1.5	-	-	-	-	24	36.4	41	62.1
Me da gusto ser irónico con algunas personas a las que atiendo en el trabajo.	-	-	1	1.5	1	1.5	14	21.2	50	75.8
Etiqueto o clasifico a las personas a las que atiendo en el trabajo según su comportamiento.	-	-	-	-	10	15.2	30	45.5	26	39.4

Nota. (-) Indica que no se registraron respuestas en esa categoría.

Fuente: Gloria Rodríguez. Cuestionarios aplicados a las enfermeras (os) de Cuidados intensivos del Hospital Santo Tomás, marzo – abril de 2025.

Los resultados obtenidos, en la **Tabla 10**, para la dimensión de *indolencia* evidencian que la mayoría de los participantes lo experimentan con una frecuencia baja. Como es el caso del ítem **“disgusto de atender a algunas personas en su**

trabajo”, donde el 0.6 % lo marca como “algunas veces al año”. De forma similar el ítem **“creo que muchas de las personas a las que atiendo en el trabajo son insoportables”** recibió respuestas en esa misma categoría por el 48.5 %.

Por otro lado, en ítems como “Creo que los familiares de las personas a las que atiendo en el trabajo tienen mal genio”, la mayoría (42.4 %) respondió que algunas veces al año lo ha sentido.

En el caso del ítem **“pienso que trato con indiferencia a algunas personas a las que atiendo en mi trabajo”**, un 62.1 % respondió que nunca ha sentido esta situación. De igual forma, el ítem **“me da gusto ser irónico con algunas personas a las que atiendo en el trabajo”** recibió respuestas en esa misma categoría por el 75.8 % de los encuestados.

Por último, se encontraron casos donde mayormente se afirmó que **“algunas veces al año”**, con el 45.5 %, los participantes **etiqueto o clasifico a las personas a las que atiendo en el trabajo según su comportamiento**.

En el caso en que la enfermera respondió que las personas a las que atiende en el trabajo son insoportables, se puede interpretar que en estas unidades hay casos difíciles o demandantes, donde muchas veces la enfermera se siente agobiada y saturada por el *sistema* y no por las *personas* a las que cuida. Este dato reafirma los resultados de ilusión, donde la enfermera se siente motivada por su trabajo, haciendo lo que le gusta y demostrando tolerancia y profesionalismo.

Tabla 11.

Distribución de las respuestas en la dimensión de culpa del cuestionario CESQT, en las enfermeras de cuidados intensivos H.S.T., marzo – abril de 2025.

Dimensiones	Escala									
	Todos los días		Algunas veces por semana		Algunas veces al mes		Algunas veces al año		Nunca	
Culpa	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Me preocupa el trato que he dado a algunas personas en el trabajo.	2	3.0	7	10.6	16	24.2	25	37.9	16	24.2
Me siento culpable por alguna de mis actitudes en el trabajo.	1	1.5	3	4.6	11	16.7	32	48.5	19	28.8
Tengo remordimientos por algunos de mis compañeros en el trabajo.	-	-	1	1.5	12	18.2	18	27.3	35	53.0
Pienso que debería pedir disculpas a alguien por mi comportamiento.	1	1.5	1	1.5	12	18.2	34	51.5	18	27.3
Me siento mal por algunas cosas que he dicho en el trabajo.	-	-	-	-	17	25.8	35	53.0	14	21.2

Nota. (-) Indica que no se registraron respuestas en esa categoría.

Fuente: Gloria Rodríguez. Cuestionarios aplicados a las enfermeras (os) de Cuidados intensivos del Hospital Santo Tomás, marzo – abril de 2025.

La **Tabla 11** muestra los resultados obtenidos de la dimensión *culpa*. El primer ítem, **“me preocupa el trato que ha dado a las personas en el trabajo”**, un 37.9 % de los participantes expresaron sentirse de esta forma “algunas veces al año”.

En cuanto al ítems n.º 2, **“Me siento culpable por alguna de mis actitudes en el trabajo”**, 48.5 % de los individuos manifestaron nuevamente que “algunas veces al año” se sienten de esta forma.

En el ítem siguiente los encuestados expresaron que “nunca”, con un 53,0 % de los participantes, han tenido remordimientos por algunos de sus compañeros.

En los ítems, **pienso que debería pedir disculpas a alguien por mi comportamiento y me siento mal por algunas cosas que he dicho en el trabajo**, un 51.5 % y 53.0 % de los participantes indicaron que “algunas veces al año”, respectivamente.

Esta respuesta se puede interpretar que no fueron errores clínicos, sino interacciones con pacientes, familiares o compañeros en donde sienten que sus palabras no fueron las ideales, lo importante es que no es frecuente, solo es una vez al año, quizás esta reacción se deba a que estas enfermeras en algún momento se encuentran operando al límite de su capacidad cognitiva y emocional y que este sentimiento con esta frecuencia de episodios puede ser experimentado de cualquier otro profesional.

4.4 OBJETIVO N° 4: Análisis de la capacidad resiliente que presentan las enfermeras de las Unidades de Cuidados Intensivos

Cuestionario de resiliencia

Para el análisis univariable del cuestionario de resiliencia, se consideraron las frecuencias y porcentajes de respuestas en cada uno de los ítems que componen sus diferentes dimensiones, De forma general, se observó una tendencia marcada hacia las categorías “*Siempre*” y “*La mayoría de las veces*” como las más seleccionadas por los participantes en la mayoría de los ítems.

Esta concentración de respuestas fue tomada como base para la interpretación general de los resultados, permitiendo identificar las percepciones predominantes con relación a los factores de resiliencia evaluados, tales como solución de problemas, apoyo familiar y personas significativas y empatía.

Categorización de la resiliencia

Tabla 12.

Nivel de resiliencia en enfermeras de cuidados intensivos H.S.T., marzo – abril de 2025

Niveles	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Alto	30	45.4
Moderado	35	53.0
Bajo	1	1.5
TOTAL	66	100

Fuente: Gloria Rodríguez. Cuestionarios aplicados a las enfermeras (os) de Cuidados intensivos del Hospital Santo Tomás, marzo – abril de 2025.

En la **Tabla 12** se presenta la distribución de los niveles obtenidos a partir de la escala del instrumento adaptado de resiliencia de Y. González Arriate (2011) para medir la resiliencia. Se observó que el mayor porcentaje de participantes se ubicó en el nivel moderado (53.0%), seguido de un nivel alto (45.4%). Solo un 1.5% obtuvo un nivel bajo, según los puntos de corte establecidos por el autor.

El presentar un nivel moderado de resiliencia significa que las enfermeras intensivistas no se recuperan totalmente entre turno y turno, es decir acumulan un "**desgaste acumulativo**". El efecto de cada situación estresante no se disipa por completo antes de que llegue la siguiente., y se puede convertir en un factor detonante para el burnout.; es aquí donde el papel de la red de apoyo juega un papel importante como estrategia para desconectarse del factor estresante sostenible. Tal como lo explica la tabla.

Tabla 13.

Descripción del cuestionario adaptado de resiliencia en las enfermeras de cuidados intensivos según dimensiones. H.S.T., marzo – abril de 2025

Dimensiones	Media	Mediana	DE	Asimetría		Curtosis	
				Asimetría	EE	Curtosis	EE
Factor de solución de problemas	4.54	4.61	0.58	-1.50	0.30	3.89	0.58
DIM1_1	4.89	5	0.31	-2.62	0.30	5.01	0.58
DIM1_2	4.7	5	0.50	-1.26	0.30	0.49	0.58
DIM1_3	4.36	4	0.55	-0.02	0.30	-0.87	0.58
DIM1_4	4.39	4	0.58	-0.80	0.30	2.51	0.58
DIM1_6	4.41	4	0.61	-0.92	0.30	2.10	0.58
DIM1_5	4.29	4	0.78	-1.36	0.30	2.32	0.58
DIM1_7	4.5	5	0.61	-1.23	0.30	2.57	0.58
DIM1_8	4.47	4.5	0.59	-1.05	0.30	2.71	0.58
DIM1_9	4.45	4	0.59	-1.00	0.30	2.63	0.58
DIM1_10	4.5	5	0.66	-2.30	0.30	10.38	0.58
DIM1_11	4.47	5	0.61	-1.12	0.30	2.35	0.58
DIM1_12	4.77	5	0.52	-2.96	0.30	11.49	0.58
DIM1_13	4.64	5	0.62	-1.91	0.30	4.25	0.58
DIM1_14	4.71	5	0.60	-2.41	0.30	6.48	0.58
Factor de apoyo familiar y personas significativas	4.58	4.82	0.63	-2.01	0.30	5.45	0.58
DIM2_1	4.94	5	0.24	-3.77	0.30	12.59	0.58
DIM2_2	4.35	4	0.64	-1.19	0.30	3.34	0.58
DIM2_3	4.62	5	0.58	-1.74	0.30	4.76	0.58
DIM2_4	4.61	5	0.55	-1.01	0.30	0.01	0.58
DIM2_5	4.74	5	0.59	-2.66	0.30	7.76	0.58
DIM2_6	4.23	4	0.94	-1.28	0.30	0.90	0.58
DIM2_7	4.53	5	0.61	-1.36	0.30	2.87	0.58
DIM2_8	4.27	5	0.94	-1.27	0.30	0.80	0.58
DIM2_9	4.56	5	0.64	-1.16	0.30	0.28	0.58
DIM2_10	4.82	5	0.49	-3.56	0.30	15.99	0.58
DIM2_11	4.71	5	0.76	-3.15	0.30	10.61	0.58

Factor empatía	4.60	4.86	0.53	-1.09	0.30	0.83	0.58
DIM3_1	4.86	5	0.35	-2.17	0.30	2.79	0.58
DIM3_2	4.62	5	0.52	-0.85	0.30	-0.55	0.58
DIM3_3	4.35	4	0.51	0.29	0.30	-1.11	0.58
DIM3_4	4.64	5	0.49	-0.58	0.30	-1.72	0.58
DIM3_5	4.59	5	0.58	-1.58	0.30	4.12	0.58
DIM3_6	4.73	5	0.45	-1.04	0.30	-0.94	0.58
DIM3_7	4.42	5	0.79	-1.70	0.30	3.19	0.58

Fuente: Gloria Rodríguez. Cuestionarios aplicados a las enfermeras (os) de Cuidados intensivos del Hospital Santo Tomás, marzo – abril de 2025.

En la **Tabla 13** se presentan las estadísticas descriptivas de las cuatro dimensiones e ítems evaluadas sobre la *resiliencia*. La dimensión con mayor promedio fue el *Factor empatía* que mostró una media de 4.60 puntos (DE±0.53).

Por otro lado, la dimensión *Factor de apoyo familiar y personas significativas* obtuvo una media de 4.58 puntos (DE±0.63), seguida del *Factor de solución de problemas*, con 4.54 puntos (DE±0.58).

En fin, estos datos indican que tener una red de apoyo, ser empáticas y resolutivas le permite a las enfermeras, al seguir adelante, ser ellas mismas y recargar energía ante un ambiente laboral tóxico y estresante.

Tabla 14.

Características de las respuestas sobre la dimensión del factor de solución de problemas del instrumento adaptado de resiliencia, en enfermeras de cuidados intensivos H.S.T., marzo – abril de 2025.

Dimensión	Distribución de los ítems									
	Siempre		La mayoría de las veces		Indeciso		Algunas veces		Nunca	
Factor de solución de problemas	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Estoy dispuesto a responsabilizarme de mis actos.	59	89.4	7	10.6	-	-	-	-	-	-
Estoy siempre pensando la forma de solucionar mis problemas.	47	71.2	18	27.3	1	1.5	-	-	-	-
Soy firme en mis decisiones.	26	39.4	38	57.6	2	3	-	-	-	-
Me siento preparado para resolver mis problemas.	28	42.4	37	56.1	-	-	1	1.5	-	-
Enfrento mis problemas con serenidad.	28	42.4	33	50	1	1.5	4	6.1	-	-
Yo puedo controlar mi vida.	30	45.5	34	51.5	1	1.5	1	1.5	-	-
Puedo buscar la manera de resolver mis problemas.	36	54.5	28	42.4	1	1.5	1	1.5	-	-
Puedo imaginar las consecuencias de mis actos.	33	50.0	32	48.5	-	-	1	1.5	-	-
Puedo reconocer lo bueno y lo malo para mi vida.	32	48.5	33	50	-	-	1	1.5	-	-
Puedo reconocer mis cualidades y defectos.	36	54.5	26	43.9	-	-	-	-	1	1.5
Puedo cambiar cuando me equivoco.	34	51.5	30	45.5	1	1.5	1	1.5	-	-
Puedo aprender de mis errores.	53	80.3	12	18.2	-	-	1	1.5	-	-
Tengo esperanza en el futuro.	46	69.7	17	25.8	2	3	1	1.5	-	-
Tengo fe en que las cosas van a mejorar.	51	77.3	12	18.2	2	3	1	1.5	-	-

Nota. (-) Indica que no se registraron respuestas en esa categoría.

Fuente: Gloria Rodríguez. Cuestionarios aplicados a las enfermeras (os) de Cuidados intensivos del Hospital Santo Tomás, marzo – abril de 2025.

Los resultados a través de la prueba estadística de análisis univariable corresponde a la dimensión “*Factor de solución de problemas*”, compuesta por 14 ítems, donde se observó que el 97,3 % de las respuestas se concentraron en las categorías “Siempre” y “la mayoría de las veces”, como se observa en la **Tabla 14**.

Particularmente, en los ítems seleccionados para el factor de solución de problemas, se observó que la categoría “siempre” alcanzó una frecuencia ≥ 50 % en varios de los ítems evaluados. Este patrón refleja un alto nivel de identificación por parte de los participantes con habilidades claves de afrontamiento y resiliencia.

Entre los ítems que obtuvieron los mayores porcentajes en esta categoría destacan: estoy dispuesto a responsabilizarme de mis actos (89.4 %), puedo aprender de mis errores (80.3 %), tengo fe en que las cosas van a mejorar (77.3 %), estoy siempre pensando la forma de solucionar mis problemas (71.2 %), tengo esperanza en el futuro (69.7 %). Asimismo, otros ítems como puedo buscar la manera de resolver mis problemas y puedo reconocer mis cualidades y defectos alcanzaron un 54.5 %, mientras que puedo cambiar cuando me equivoco obtuvo un 51.5 % y puedo imaginar las consecuencias de mis actos, un 50.0 %. Estos datos permiten analizar como la enfermera intensivista tiene una alta capacidad de análisis, vigilancia constante y solución de situaciones de hasta varios pacientes a la vez, parte de ello se les atribuye a las competencias que reciben desde su formación en la especialidad y que con la experiencia van desarrollando progresivamente con soluciones prioritarias y cada vez más complejas. Sin embargo, también explica por qué pueden sentirse culpables: si son buenas solucionando problemas, se autoexigen encontrar una solución para todo, incluso para problemas estructurales que están fuera de su control.

Tabla 15.

Características de las respuestas sobre la dimensión del factor de apoyo familiar y personas significativas en enfermeras de cuidados intensivos H.S.T., marzo - abril de 2025

Dimensión	Distribución de los ítems									
	Siempre		La mayoría de las veces		Indeciso		Algunas veces		Nunca	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Factor de apoyo familiar y personas significativas										
Yo soy feliz cuando hago algo bueno para los demás.	62	93.9	4	6.1	-	-	-	-	-	-
Soy capaz de hacer lo que quiero.	27	40.9	37	56.1	-	-	2	3.0	-	-
Confío en mí mismo.	43	65.2	22	33.3	-	-	1	1.5	-	-
Soy inteligente.	42	63.6	22	33.3	2	3.0	-	-	-	-
Yo tengo personas que me quieren incondicionalmente.	53	80.3	10	15.2	2	3.0	1	1.5	-	-
Conmigo hay personas que quieren que aprenda a desenvolverme solo.	31	47.0	26	39.4	2	3.0	7	10.6	-	-
Hay personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro.	38	57.6	26	39.4	1	1.5	1	1.5	-	-
Tengo cerca de mis amigos en quien confiar.	34	51.5	22	33.3	4	6.1	6	9.1	-	-
Tengo personas que me quieren a pesar de lo que sea o haga.	42	63.6	19	28.8	5	7.6	-	-	-	-
Tengo deseos de triunfar.	56	84.8	9	13.6	-	-	1	1.5	-	-
Tengo metas a futuro.	55	83.3	6	9.1	3	4.5	1	1.5	1	1.5

Nota. (-) Indica que no se registraron respuestas en esa categoría.

Fuente: Gloria Rodríguez. Cuestionarios aplicados a las enfermeras (os) de Cuidados intensivos del Hospital Santo Tomás, marzo – abril de 2025.

En la dimensión de “Factores de apoyo familiar y de personas significativas”, el análisis univariable evidencia una alta concentración de respuestas en las categorías “Siempre” y “La mayoría de las veces”, que en conjunto representaron el 94.5 % de las

respuestas emitidas. Este comportamiento sugiere una percepción altamente positiva del entorno social cercano como fuente de apoyo emocional, afecto y funcional.

De forma particular, se observó que la categoría “Siempre” concentró la mayor proporción de respuestas en los ítems que componen esta dimensión, entre ellos se pueden mencionar: yo soy feliz cuando hago algo bueno para los demás (93.9%), tengo deseos de triunfar (84.8 %), tengo metas a futuro (83.3 %), yo tengo personas que me quieren incondicionalmente (80.3 %), entre otros que pueden observarse en la **Tabla 15**.

Basados en estos resultados, podemos concluir que las enfermeras perciben tener redes de apoyo sólidas y significativas fuera del trabajo como la familia, amigos, parejas etc. Lo que nos indica que este apoyo es el principal pilar que las mantiene en resistencia, de lo contrario sin este apoyo, es muy probable que los niveles de desgaste fueran mucho más severos para estos participantes.

Tabla 16.

Características de las respuestas sobre la dimensión factor de empatía en enfermeras de cuidados intensivos H.S.T., marzo – abril 2025.

Dimensión	Distribución de los ítems									
	Siempre		La mayoría de las veces		Indeciso		Algunas veces		Nunca	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Factor de empatía										
Yo soy respetuoso de mí mismo y de los demás.	57	86.4	9	13.6	-	-	-	-	-	-
Soy agradable con mis familiares.	42	63.6	23	34.8	1	1.5	-	-	-	-
Yo soy complaciente y cooperador.	24	36.4	41	62.1	1	1.5	-	-	-	-
Soy amable	42	63.6	24	36.4	-	-	-	-	-	-
Yo comparto.	41	62.1	24	36.4	-	-	1	1.5	-	-
Estoy siempre dispuesto a ayudar a los demás.	48	72.7	18	27.3	-	-	-	-	-	-
Generalmente pienso en ayudar a los demás.	36	54.5	26	39.4	-	-	4	6.1	-	-

Nota. (-) Indica que no se registraron respuestas en esa categoría.

Fuente: Gloria Rodríguez. Cuestionarios aplicados a las enfermeras (os) de Cuidados intensivos del Hospital Santo Tomás, marzo – abril de 2025.

En la **Tabla 16** se observa la dimensión “Factor de empatía”, compuesta por 7 ítems, en donde los resultados evidencian una clara concentración de respuestas en las categorías “Siempre y “La mayoría de las veces”, que en conjunto abarcaron el 98.5 % el total de respuestas. Esta tendencia confirma una percepción altamente positiva por parte de los participantes en cuanto a su disposición a interactuar de manera respetuosa, cooperadora y solidaria con los demás.

La categoría “Siempre” se presentó como la modalidad de respuesta predominante en la mayoría de los ítems que componen esta dimensión. Entre los

ítems que reflejan esta alta frecuencia destacan: yo soy respetuoso de mí mismo y de los demás (86.4%), estoy siempre dispuesto a ayudar a los demás (72.7), soy amable (63.6%), soy agradable con mis familiares (63.6) y yo comparto (62.1%), con porcentajes elevados que superan ampliamente el 60% en la categoría más positiva.

La empatía al tener el porcentaje más alto indica que la enfermera tiene la capacidad para conectar emocionalmente con los pacientes y comprender su sufrimiento, sin embargo, dentro de las unidades de cuidados intensivos se puede convertir en un desgaste **emocional**, ya que la enfermera sufre a la par que el paciente y familiar. Contrastando estos resultados con la tabla 6 donde obtuvo la puntuación más alta en el instrumento del Síndrome de Burnout (4.24 puntos) podemos concluir que mantienen la ilusión, es decir disfrutan de su trabajo.

4.5 OBJETIVO N°5: Relación entre el Síndrome de Burnout y la resiliencia como factor mediador en las enfermeras intensivistas

Tabla 17.

Relación entre el Síndrome de Burnout y la resiliencia en las enfermeras de cuidados intensivos H.S.T., marzo – abril de 2025

Síndrome de Burnout	Resiliencia			Total
	Alto	Moderado	Bajo	
Alto	-	2	-	2
Medio	30	33	1	64
Total	30	35	1	66

Nota. (-) Indica que no se registraron respuestas en esa categoría.

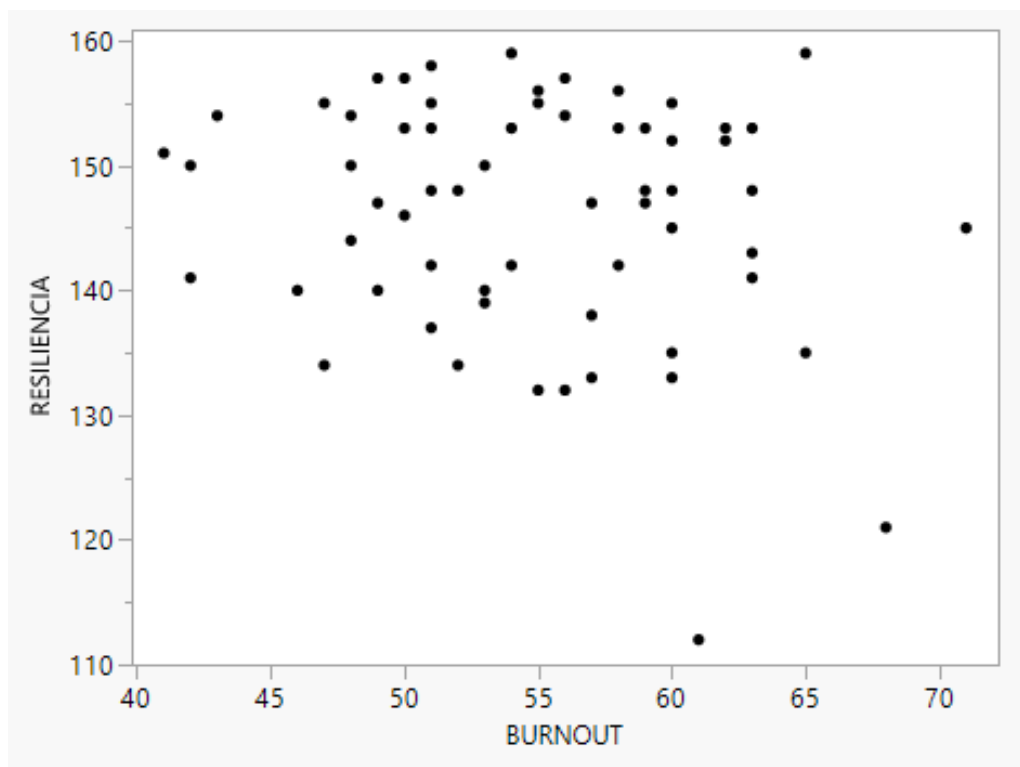
Fuente: Gloria Rodríguez. Cuestionarios aplicados a las enfermeras (os) de Cuidados intensivos del Hospital Santo Tomás, marzo – abril de 2025.

En la **Tabla 17** se evidencia que un número considerable de los participantes con un nivel medio de Síndrome de Burnout presentan niveles de resiliencia altos o moderados. Por otro lado, las personas que manifestaron un nivel alto de Burnout reportaron únicamente un nivel moderado de resiliencia, sin registrarse casos con Burnout alto y resiliencia baja.

Esta distribución sugiere una posible relación inversa entre ambas variables, en la que niveles altos de resiliencia podrían estar asociados con una menor presencia del Síndrome de Burnout. No obstante, esta asociación aparente será confirmada mediante un análisis estadístico inferencial apropiado.

Gráfico 3.

Gráfico de dispersión entre el Síndrome de Burnout y la resiliencia en enfermeras de cuidados intensivos H.S.T., marzo – abril de 2025



Fuente: Gloria Rodríguez. Cuestionarios aplicados a las enfermeras (os) de Cuidados intensivos del Hospital Santo Tomás, marzo – abril de 2025.

Tabla 18. Relación entre el Síndrome de Burnout y la resiliencia en enfermeras (os) de Cuidados Intensivos. H.S.T., marzo – abril de 2025

	Valor	Extremo inferior del IC al 95 %	Extremo superior del IC al 95 %	Probabilidad de significación
Correlación	-0.19569	-0.41793	0.048647	0.1153
Covarianza	-11.9706			
Conteo	66			

Fuente: Gloria Rodríguez. Cuestionarios aplicados a las enfermeras (os) de Cuidados intensivos del Hospital Santo Tomás, marzo – abril de 2025.

Para probar la hipótesis siguiente:

(H₀): El Síndrome de Burnout no presenta relación con la resiliencia como factor mediador en enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Santo Tomás.

H₁): El Síndrome de Burnout presenta relación con la resiliencia como factor mediador en enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Santo Tomás.

Se empleó la fórmula del estadístico t de Student para correlaciones, descrita como:

$$t = \frac{r \cdot \sqrt{n - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

donde:

- **r** es el coeficiente de correlación de Pearson,
- **n** es el tamaño de la muestra,
- **t** es el valor del estadístico con **n-2** grados de libertad.

Sustituyendo los valores obtenidos en la fórmula:

$$t = \frac{-0.1957 \cdot \sqrt{64}}{\sqrt{1 - (-0.1957)^2}} = \frac{-1.5656}{0.9806} \approx -1.596$$

El valor de significancia bilateral asociado al estadístico calculado fue de **p ≈ 0.115**, el cual resulta **superior al umbral de significancia establecido (α= 0.05)**. Por lo tanto, no se rechaza la hipótesis nula (H₀).

El análisis se realizó utilizando el software JMP 18 obteniéndose un **coeficiente de correlación $r = -0.196$** , lo cual evidencia una **correlación negativa débil** entre el Síndrome de Burnout y la resiliencia. Es decir, El Síndrome de Burnout no presenta relación con la resiliencia como factor mediador en enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Santo Tomás.

Con base en estos resultados, se concluye que **no se encontró evidencia estadísticamente significativa de una relación entre el Síndrome de Burnout y la resiliencia en las enfermeras evaluadas**. Estos hallazgos sugieren que, dentro del contexto del presente estudio, la resiliencia no actúa como un factor mediador con un efecto estadísticamente demostrable sobre el nivel de Burnout en el grupo analizado.

Sin embargo no se descarta la posibilidad de que esta correlación es débil quizás porque la resiliencia no importe, sino porque el estrés abrumador de la UCI está superando el efecto protector de la resiliencia, incluso en enfermeras que tienen niveles moderados o altos de esta, es decir, que la resiliencia no es suficiente para contrarrestar por completo la presión a la que están sometidas, podría ser que su resiliencia las mantiene a flote (evitando un nivel alto), pero no las salva de experimentar el desgaste.

4.6 OBJETIVO N°6: Diferencia significativa entre el Síndrome de Burnout y la edad, si trabaja en dos o más instituciones, sexo y tiempo que le toma en llegar a casa

Tabla 19.

Asociación entre el Síndrome de Burnout y la edad, si trabaja en dos o más instituciones, sexo y tiempo que toma en llegar a casa. H.S.T., marzo – abril 2025

Relación del Síndrome de Burnout con:	Valores de correlación	Valores ($\alpha = 0.05$)	Odds Ratio	Valor P ($\alpha = 0.05$)	Interpretación
Edad	Correlación de Pearson	$r = 0,056$	-	$p = 0.657,$	$p > 0.05$, no se rechaza la hipótesis nula, por lo que se concluye que no existe evidencia estadísticamente significativa para afirmar que la edad influye en los niveles de Burnout en esta muestra.
Trabajo en dos instituciones	<i>Prueba de Fisher</i>	Intervalo de confianza entre 0.0075; 49.04	0,6	$p = 1.000$	
Sexo	<i>Prueba de Fisher</i>	Intervalo de confianza entre 0.000 y 40.40.	0,0	$p = 1.000$	No se encontró evidencia estadísticamente significativa de una asociación entre el sexo y el nivel de burnout en esta muestra
Tiempo que toma en llegar a casa	No hay datos			$p = 1.000$	

Fuente: Gloria Rodríguez. Cuestionarios aplicados a las enfermeras (os) de Cuidados intensivos del Hospital Santo Tomás, marzo – abril de 2025.

Para determinar si existe diferencias significativas entre el Síndrome de Burnout y la edad, se utilizó la prueba estadística de correlación, utilizando la siguiente formula:

$$t = \frac{r \cdot \sqrt{n - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

Sustituyendo valores:

$$t \approx \frac{-0.056 \cdot \sqrt{64}}{\sqrt{1 - (-0.056)^2}} \approx -0.446$$

Y con un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$ se obtuvo un valor $p = 0,657$, indicando que no existe evidencia estadísticamente significativa para afirmar que la edad influye en los niveles de Burnout en esta muestra.

Para determinar si existe una relación estadísticamente significativa entre el sexo de los participantes y sus niveles de burnout, se construyó una tabla de contingencia utilizando los niveles recategorizados de Burnout (medio y alto), según los perfiles establecidos por el instrumento CESQT. A continuación, se presenta la distribución de los participantes:

Tabla 20.

Niveles de burnout significativas en enfermeras de cuidados intensivos H.S.T., marzo – abril 2025.

Sexo	Niveles		Totales
	Medio	Alto	
Mujer	56	2	58
Hombre	8	-	8
Total	64	2	66

Fuente: Gloria Rodríguez. Cuestionarios aplicados a las enfermeras (os) de Cuidados intensivos del Hospital Santo Tomás, marzo – abril de 2025.

Dado que algunas celdas presentaron frecuencias bajas, específicamente una frecuencia observada de cero en el grupo de hombres con nivel alto de burnout y en los niveles como bajo y crítico, se utilizó la prueba exacta de Fisher, la cual fue ejecutada mediante el software estadístico **R**, debido a que la prueba de chi-cuadrado no es adecuada en estos casos por no cumplir con el supuesto de frecuencia esperada mínima.

La prueba se interpretó con un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$. El análisis realizado en R arrojó un valor $p = 1.000$, lo cual indica que no se encontró evidencia estadísticamente significativa de una asociación entre el sexo y el nivel de burnout en esta muestra. La razón de momios estimada fue de 0, con un intervalo de confianza del 95% ($\alpha = 0.05$) entre 0.000 y 40.40.

En consecuencia, no se rechaza la hipótesis nula, lo que sugiere que el nivel de burnout no depende del sexo de los participantes en esta muestra de profesionales de enfermería.

En el análisis de asociaciones entre variables categóricas mediante tablas de contingencia, se consideró la categoría “**Burnout Alto**” como el evento positivo (es decir, la condición de interés principal) para efectos del cálculo de la razón de momios (odds ratio). Esta decisión se fundamenta en criterios estadísticos y clínicos.

Desde el punto de vista estadístico, es una convención común en estudios de salud laboral y epidemiología, considerar como evento positivo aquel desenlace que representa una condición de mayor afectación, riesgo o relevancia clínica. En este estudio, el nivel de burnout alto constituye una condición de mayor desgaste emocional y puede estar asociado a consecuencias negativas tanto para la salud de las enfermeras como para la calidad de atención brindada. Por ello, se interpreta como el desenlace principal a estudiar. Esta elección permite estimar, por ejemplo, si trabajar en otra institución o pertenecer a determinado grupo sociodemográfico incrementa la probabilidad de presentar niveles altos de burnout en comparación con quienes no comparten esa característica. En consecuencia, la razón de momios se interpreta como el aumento (o disminución) de probabilidad de presentar burnout alto entre los distintos grupos analizados.

Tabla 21.

Distribución de los niveles de burnout según si trabaja la enfermera de las unidades de cuidados intensivos en otras instituciones de salud. H.S.T., marzo – abril 2025

Trabaja en otras instituciones	Burnout		Total
	Medio	Alto	
Si	24	1	25
No	40	1	41
Totales	64	2	66

Fuente: Gloria Rodríguez. Cuestionarios aplicados a las enfermeras (os) de Cuidados intensivos del Hospital Santo Tomás, marzo – abril de 2025.

Por otra parte, para evaluar la posible asociación entre trabajar en otra institución adicional al Hospital Santo Tomás y el nivel de burnout (clasificado como medio o alto), se construyó una tabla de contingencia y se aplicó la prueba exacta de Fisher, debido a que una de las celdas presentaba una frecuencia baja ($n = 1$), lo que violaba los supuestos de la prueba de chi-cuadrado.

El análisis fue realizado en el software estadístico **R**, utilizando un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$, obteniéndose como resultado

Elemento	Resultado
Valor p	1
Odds Ratio (razón de momios)	0.6
Intervalo de confianza (95 %)	[0.0075 ; 49.04]

Fuente: Gloria Rodríguez. Cuestionarios aplicados a las enfermeras (os) de Cuidados intensivos del Hospital Santo Tomás, marzo – abril de 2025.

El “valor p” obtenido fue igual a **1.000**, lo cual indica que no existe diferencia significativa entre los grupos comparados. En términos estadísticos, esto significa que **no se rechaza la hipótesis nula**, ya que el “valor p” es considerablemente mayor al

nivel de significancia establecido ($\alpha = 0.05$). Por tanto, no hay evidencia suficiente para afirmar que exista una asociación entre las variables.

El Odds ratio (OR) calculado fue de **0.6**, lo que en teoría sugeriría que los participantes que laboran en otra institución adicional al Hospital Santo Tomás tienen un 40 % menos de probabilidad de presentar burnout alto en comparación con quienes no lo hacen. Sin embargo, este resultado debe interpretarse con mucha cautela, ya que no es estadísticamente significativo.

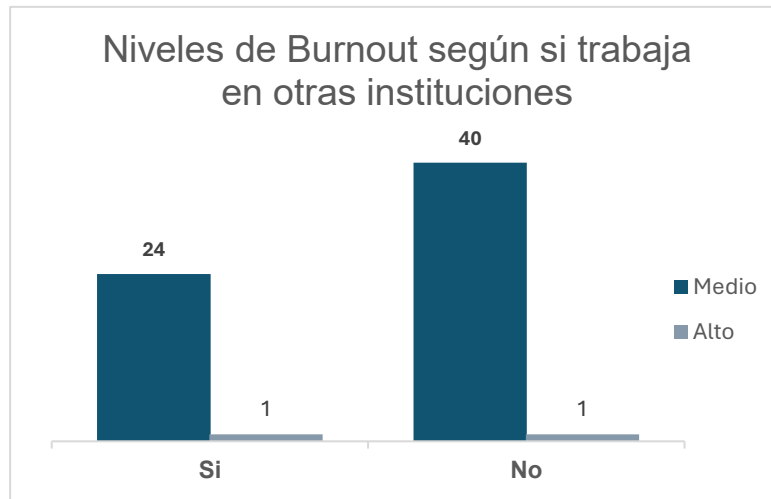
El intervalo de confianza al 95 % para el OR fue **[0.0075 ; 49.04]**, lo cual evidencia una alta imprecisión en la estimación. Este intervalo es extremadamente amplio y contiene el valor 1, lo que implica que el efecto podría no existir ($OR = 1$), o incluso ser muy pequeño o grande en cualquier dirección. Esta falta de precisión suele deberse a un tamaño muestral reducido o una baja frecuencia de casos positivos en la variable dependiente, en este caso, el burnout alto.

Con base en los resultados obtenidos, no se encontró evidencia estadísticamente significativa que respalde la existencia de una asociación entre el hecho de trabajar en otra institución adicional al Hospital Santo Tomás y el nivel de burnout. La hipótesis nula no puede ser rechazada, por lo que se concluye que, en esta muestra, no hay relación estadística entre ambas variables.

Este resultado debe interpretarse considerando las limitaciones del tamaño muestral y la baja ocurrencia del burnout alto, lo cual puede limitar el poder estadístico del análisis.

Gráfico 4.

Niveles de burnout según si trabaja la enfermera de cuidados intensivos en otras instituciones de salud. H.S.T., marzo – abril 2025



Fuente: Gloria Rodríguez. Cuestionarios aplicados a las enfermeras (os) de Cuidados intensivos del Hospital Santo Tomás, marzo – abril de 2025.

El Gráfico 4. presenta la distribución de los niveles de burnout en los participantes, diferenciados según si laboran o no en otra institución adicional al Hospital Santo Tomás. Se observa que la mayoría de los participantes en ambos grupos presentan un nivel de burnout medio, mientras que el nivel alto es muy poco frecuente, con un solo caso en cada grupo.

Este gráfico sirve como una ayuda visual para comprender mejor la distribución de los datos y apoyar la interpretación estadística, facilitando la comprensión de por qué se decidió no rechazar la hipótesis nula en el análisis de asociación. La representación clara de las frecuencias relativas evidencia que no existen diferencias notables entre los grupos en relación con los niveles de burnout, lo cual es consistente

con el valor $p = 1$ obtenido en la prueba exacta de Fisher y el intervalo de confianza amplio del Odds ratio.

4.7 OBJETIVO N°7: Relación entre las dimensiones medidas en el instrumento CESQT: ilusión por el trabajo, desgaste psíquico, indolencia y culpa con las dimensiones del cuestionario de resiliencia: solución de problemas, apoyo familiar y personas significativas en enfermeras (os) y la empatía.

Con un nivel de significancia establecido en $\alpha = 0.05$, se aplicaron pruebas de correlación de Pearson, así como la prueba t de Student, para analizar las posibles asociaciones entre cada dimensión del Burnout y los factores de resiliencia.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos distribuidos en tres tablas: coeficientes de correlación (r de Pearson), valores del estadístico t y los niveles de significancia (valor p) correspondientes.

Tabla 22.

Coefficientes de correlación (R) entre las dimensiones del Instrumento de Síndrome de Burnout y las dimensiones del cuestionario de resiliencia. H.S.T., marzo – abril 2025.

Burnout	Resiliencia		
	Solución de problemas	Apoyo	Empatía
Ilusión	0.2993	0.2212	0.1278
Desgaste	-0.1108	0.0426	-0.0575
Indolencia	-0.2271	-0.2297	-0.3292
Culpa	-0.2836	-0.3038	-0.4098

Fuente: Gloria Rodríguez. Cuestionarios aplicados a las enfermeras (os) de Cuidados intensivos del Hospital Santo Tomás, marzo – abril de 2025.

Tabla 23.

Resultados de la prueba *T* de student entre las dimensiones del instrumento de Síndrome de Burnout y las dimensiones del cuestionario de resiliencia. H.S.T., marzo-abril 2025

Burnout	Resiliencia		
	Solución de problemas	Apoyo	Empatía
Ilusión	2.5095	1.8142	1.0312
Desgaste	-0.8916	0.3411	-0.4607
Indolencia	-1.8655	-1.8879	-2.7893
Culpa	-2.3659	-2.5510	-3.5938

Fuente: Gloria Rodríguez. Cuestionarios aplicados a las enfermeras (os) de Cuidados intensivos del Hospital Santo Tomás, marzo – abril de 2025.

Tabla 24.

Valores de significancias (*P*) entre las dimensiones del instrumento de Síndrome de Burnout y las dimensiones del cuestionario de resiliencia. H.S.T., marzo – abril 2025

Burnout	Resiliencia		
	Solución de problemas	Apoyo	Empatía
Ilusión	0.0146	0.0743	0.3063
Desgaste	0.3759	0.7341	0.6465
Indolencia	0.0667	0.0636	0.0069
Culpa	0.0210	0.0131	0.0006

Fuente: Gloria Rodríguez. Cuestionarios aplicados a las enfermeras (os) de Cuidados intensivos del Hospital Santo Tomás, marzo – abril de 2025. Nota: Valores de $p < 0.05$ indican una relación estadísticamente significativa.

Los resultados obtenidos permiten concluir que, si bien algunas relaciones no alcanzaron significancia estadística, se identificaron asociaciones relevantes entre determinadas dimensiones del Burnout y los factores de resiliencia evaluados. En particular, se evidenció una relación estadísticamente significativa entre:

- **Culpa vs. Empatía:** $r = -0.4098$, $p = 0.0006$
- **Culpa vs. Apoyo:** $r = -0.3038$, $p = 0.0131$
- **Culpa vs. Solución de problemas:** $r = -0.2836$, $p = 0.0210$

→ **Ilusión vs. Solución de problemas:** $r = 0.2993$, $p = 0.0146$

→ **Indolencia vs. Empatía:** $r = -0.3292$, $p = 0.0069$

Los demás pares no alcanzaron significancia estadística ($p > 0.05$)

Estos hallazgos sugieren que ciertos componentes del síndrome de Burnout, especialmente aquellos relacionados con el malestar emocional y el desapego (culpa e indolencia) podrían estar influidos por la presencia de redes de apoyo emocional y habilidades personales de afrontamiento, como la empatía y la capacidad para resolver problemas.

En contraste, no se halló evidencia estadísticamente significativa de relación entre el desgaste psíquico y las dimensiones de resiliencia, lo que podría indicar que este componente del Burnout opera de manera más independiente frente a dichos factores, al menos en el contexto de esta muestra.

Los resultados respaldan parcialmente la hipótesis planteada, al mostrar que algunas dimensiones del Síndrome de Burnout se encuentran asociadas con factores protectores vinculados a la resiliencia personal y social. Este conocimiento puede aportar elementos valiosos para el diseño de programas de intervención psicosocial en el ámbito hospitalario, orientados a fortalecer la resiliencia y mitigar el impacto del Burnout en el personal de enfermería.

Tabla 25.

Pruebas de hipótesis entre las dimensiones del instrumento del Síndrome de Burnout y las dimensiones del cuestionario de resiliencia.

H.S.T., marzo – abril 2025

Hipótesis de las variables	$\alpha = 0.05$	Estadístico de prueba	Decisión	Gráfico
HIPÓTESIS 1 ILUSIÓN POR EL TRABAJO vs. FACTOR DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS				
<p>H₀: No existe correlación significativa entre la dimensión Ilusión por el trabajo y la dimensión de Solución de problemas.</p> <p>H_a: Existe correlación significativa entre la dimensión Ilusión por el trabajo y la dimensión de Solución de problemas.</p>	$t_{(0.025,64)} = \pm 2.00$	$t_c = 2.510$	Se rechaza H ₀ sí: $t_c > t_o$	<p>Prueba de Hipótesis t (dos colas)</p> <p>— Distribución t de Student ■ Región de rechazo - - - Estadístico $t_c = 2.51$</p>
Conclusión	Como el valor calculado ($t_c=2.510$) es mayor que el valor crítico ($t_{o(0.025,64)} = \pm 2.00$), se rechaza la hipótesis nula. Esto indica que existe evidencia estadísticamente significativa para afirmar que hay una relación entre la ilusión por el trabajo y la solución de problemas.			

HIPÓTESIS 2

DESGASTE PSÍQUICO vs. FACTOR DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

H₀: No existe correlación significativa entre la dimensión desgaste psíquico y la dimensión de Solución de problemas.

H_a: Existe correlación significativa entre la dimensión desgaste psíquico y la dimensión de Solución de problemas.

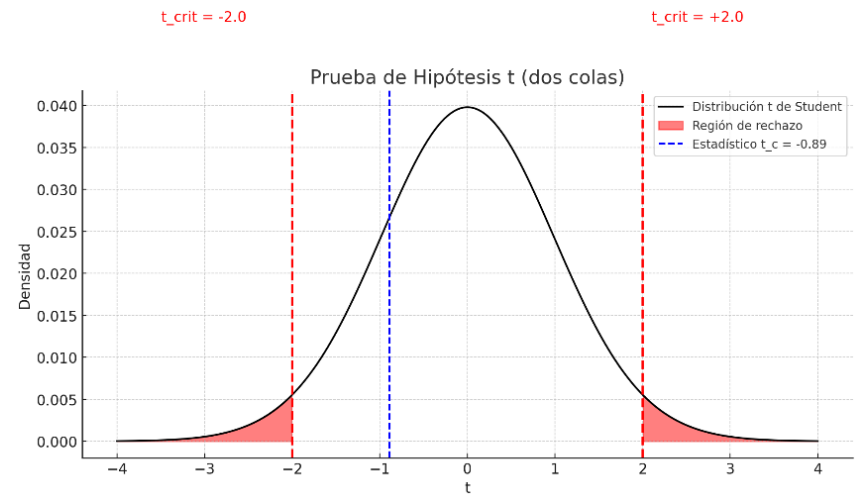
$$t_{(0.025,64)} = \pm 2.00$$

$$t_c = -0.89$$

Se rechaza H₀

sí:

$$t_c > t_o$$



Conclusión

Como el valor calculado ($t_c = -0.89$) es menor que el valor crítico ($t_{0.025,64} = \pm 2.00$), no se rechaza la hipótesis nula. Esto significa que no hay evidencia estadísticamente significativa para afirmar que exista una relación entre el desgaste psíquico y la solución de problemas.

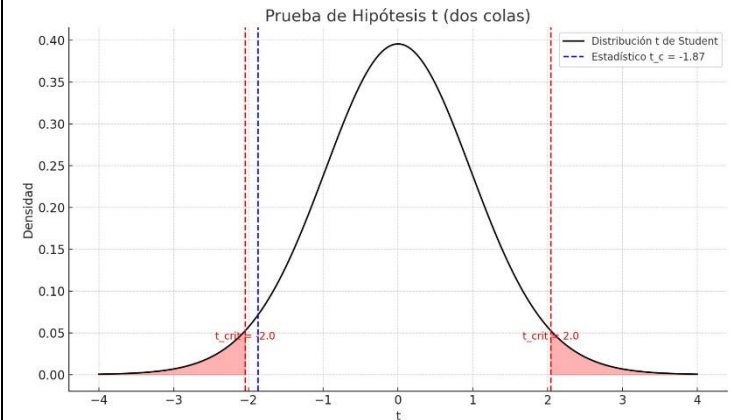
HIPÓTESIS 3
INDOLENCIA vs. FACTOR DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

H₀: No existe correlación significativa entre la dimensión indolencia y la dimensión de Solución de problemas.
Ha: Existe correlación significativa entre la dimensión indolencia y la dimensión de Solución de problemas.

$$t_{(0.025,64)} = \pm 2.00$$

$$t_c = -1.87$$

Se rechaza Ho sí:
 $t_c > t_o$



Conclusión

Dado que el valor calculado ($t_c = -1.87$) es menor que el valor crítico ($t_{(0.025,64)} = \pm 2.00$), no se rechaza la hipótesis nula. Esto indica que no existe evidencia estadísticamente significativa para afirmar que haya una relación entre la indolencia y la solución de problemas en la muestra analizada.

HIPÓTESIS 4

CULPA vs. FACTOR DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

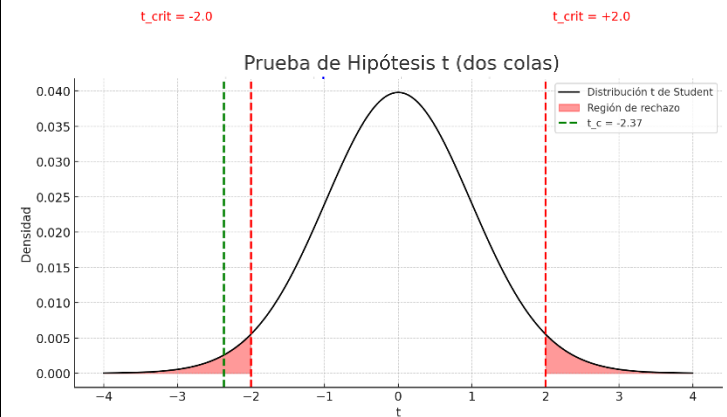
H₀: No existe correlación significativa entre la dimensión de la culpa y la dimensión de Solución de problemas.

H_a: Existe correlación significativa entre la dimensión de la culpa y la dimensión de Solución de problemas.

$$t_{(0.025,64)} = \pm 2.00$$

$$t_c = -2.37$$

Se rechaza H₀
 sí:
 $t_c > t_o$



Conclusión

Debido a que el el valor calculado ($t_c = -2.37$) es mayor que el valor crítico ($t_o (0.025,64) = \pm 2.00$), se rechaza la hipótesis nula. Esto indica que existe evidencia estadísticamente significativa para afirmar que hay una relación entre la culpa y la solución de problemas.

HIPÓTESIS 5				
ILUSIÓN POR EL TRABAJO vs. FACTOR DE APOYO FAMILIAR Y PERSONAS SIGNIFICATIVAS				
<p>H₀: No existe correlación significativa entre la dimensión de la ilusión y la dimensión de Factor de apoyo familiar y personas significativas.</p> <p>H_a: Existe correlación significativa entre la dimensión de la ilusión y la dimensión de Factor de apoyo familiar y personas significativas.</p>	$t_{(0.025,64)}$ $= \pm 2.00$	$t_c = 1.81$	<p>Se rechaza H₀ sí:</p> $t_c > t_o$	
<p>Conclusión</p>	<p>Dado que el el valor calculado ($t_c = 1.81$) es menor que el valor crítico ($t_o(0.025,64) = \pm 2.00$), no se rechaza la hipótesis nula. Esto indica que no existe evidencia estadísticamente significativa para afirmar que haya una relación entre la ilusión por el trabajo y los factores de apoyo familiar y personas significativas en la muestra analizada.</p>			

HIPÓTESIS 6

DESGASTE PSÍQUICO vs. FACTOR DE APOYO FAMILIAR Y PERSONAS SIGNIFICATIVAS

H₀: No existe correlación significativa entre la dimensión del desgaste psíquico y la dimensión de Factor de apoyo familiar y personas significativas.

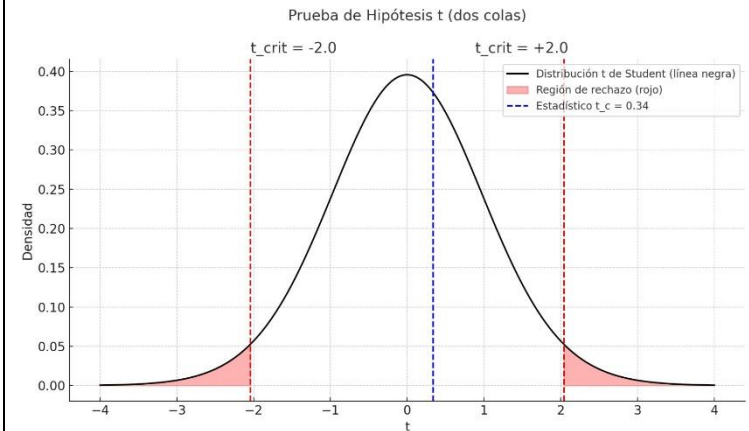
H_a: Existe correlación significativa entre la dimensión del desgaste psíquico y la dimensión de Factor de apoyo familiar y personas significativas.

$$t_{(0.025,64)} = \pm 2.00$$

$$t_c = 0.34$$

Se rechaza H₀ sí:

$$t_c > t_o$$



Conclusión

Dado que el el valor calculado ($t_c = 0.34$) es menor que el valor crítico ($t_{(0.025,64)} = \pm 2.00$), no se rechaza la hipótesis nula. Esto indica que no existe evidencia estadísticamente significativa para afirmar que haya una relación entre el desgaste psíquico y los factores de apoyo familiar y personas significativas.

HIPÓTESIS 7

INDOLENCIA vs. FACTOR DE APOYO FAMILIAR Y PERSONAS SIGNIFICATIVAS

H₀: No existe correlación significativa entre la dimensión de la indolencia y la dimensión de Factor de apoyo familiar y personas significativas.

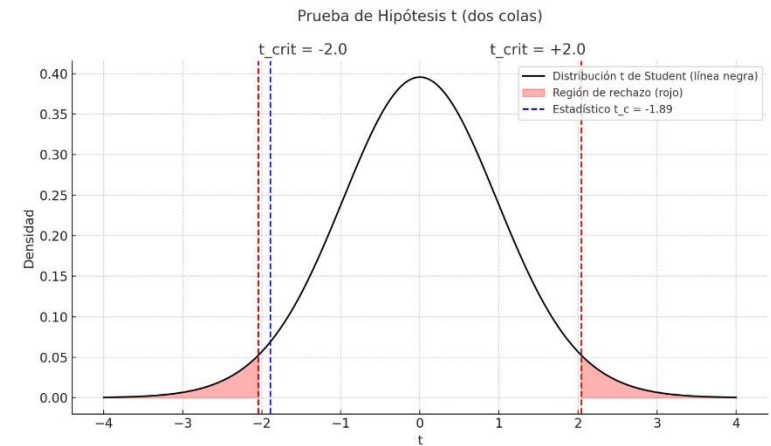
H_a: Existe correlación significativa entre la dimensión de la indolencia y la dimensión de Factor de apoyo familiar y personas significativas.

$$t_{(0.025,64)} = \pm 2.00$$

$$t_c = -1.89$$

Se rechaza H₀ sí:

$$t_c > t_o$$



Conclusión

El valor calculado ($t_c = -1.89$) es menor que el valor crítico ($t_{(0.025,64)} = \pm 2.00$), por lo tanto, no se rechaza la hipótesis nula. Esto sugiere que no se encontró evidencia estadísticamente significativa de una relación entre la indolencia y los factores de apoyo familiar y personas significativas en esta muestra.

HIPÓTESIS 8
CULPA vs. FACTOR DE APOYO FAMILIAR Y PERSONAS SIGNIFICATIVAS

H₀: No existe correlación significativa entre la dimensión de la culpa y la dimensión de Factor de apoyo familiar y personas significativas.

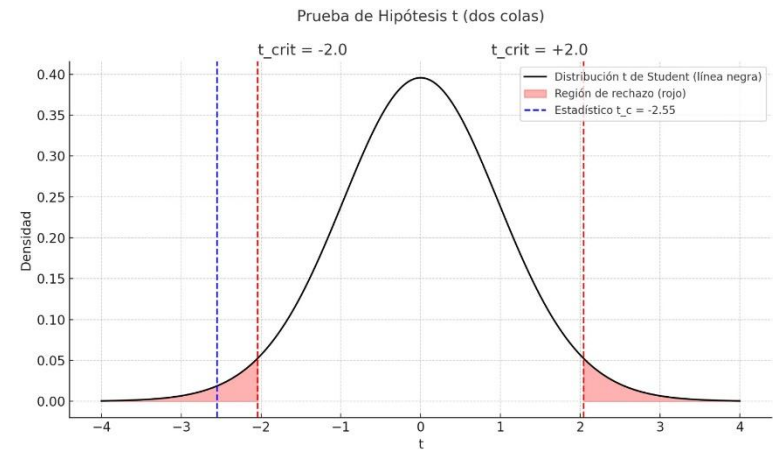
H_a: Existe correlación significativa entre la dimensión de la culpa y la dimensión de Factor de apoyo familiar y personas significativas.

$$t_{(0.025,64)} = \pm 2.00$$

$$t_c = -2.55$$

Se rechaza H₀
 sí:

$$t_c > t_o$$



Conclusión

El valor calculado ($t_c = -2.55$) es mayor que el valor crítico ($t_{o(0.025,64)} = \pm 2.00$), por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula. Esto indica que existe evidencia estadísticamente significativa de una relación entre la culpa y los factores de apoyo familiar y personas significativas.

HIPÓTESIS 9				
ILUSIÓN POR EL TRABAJO vs. LA EMPATÍA				
<p>H₀: No existe correlación significativa entre la dimensión de ilusión por el trabajo y la dimensión de la empatía.</p> <p>H_a: Existe correlación significativa entre la dimensión de ilusión por el trabajo y la dimensión de la empatía.</p>	$t_{(0.025,64)}$ $= \pm 2.00$	$t_c = 1.03$	<p>Se rechaza H₀ sí:</p> $t_c > t_o$	<p>Prueba de Hipótesis t (dos colas)</p> <p>— Distribución t de Student ■ Región de rechazo - - - t_c = 1.03</p>
<p>Conclusión</p>	<p>El análisis estadístico arrojó un valor calculado ($t_c = 1.03$), el cual no supera el umbral del valor crítico ($t_{(0.025,64)} = \pm 2.00$). En consecuencia, no se puede afirmar la existencia de una relación significativa entre la ilusión por el trabajo y la empatía, lo que indica que los datos no ofrecen evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula.</p>			

HIPÓTESIS 10

DESGASTE PSÍQUICO vs. LA EMPATÍA

H₀: No existe correlación significativa entre la dimensión de desgaste psíquico y la dimensión de la empatía.

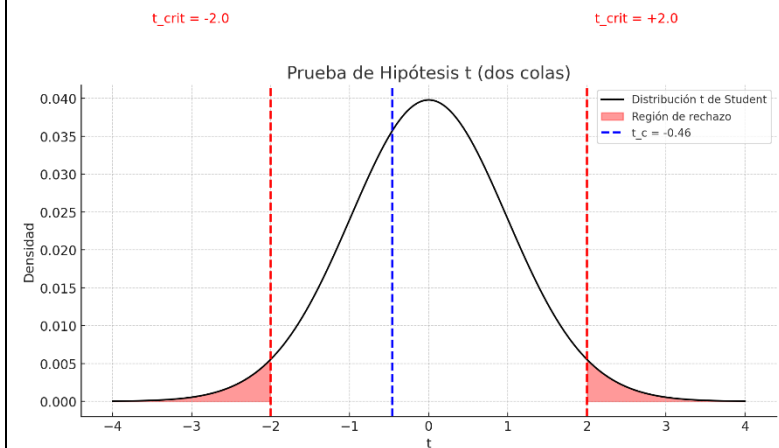
H_a: Existe correlación significativa entre la dimensión de desgaste psíquico y la dimensión de la empatía.

$$t_{(0.025,64)} = \pm 2.00$$

$$t_c = -0.46$$

Se rechaza H₀ sí:

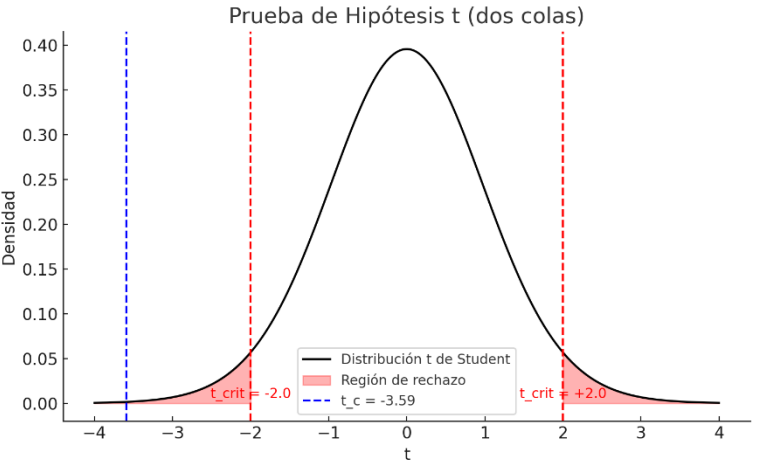
$$t_c > t_o$$



Conclusión

El análisis estadístico arrojó un valor calculado ($t_c = -0.46$), el cual no supera el umbral del valor crítico ($t_o(0.025,64) = \pm 2.00$). En consecuencia, no se puede afirmar la existencia de una relación significativa entre el desgaste psíquico y la empatía, lo que indica que los datos no proporcionan evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula.

HIPÓTESIS 11				
INDOLENCIA vs. LA EMPATÍA				
<p>H₀: No existe correlación significativa entre la dimensión de la indolencia y la dimensión de la empatía.</p> <p>H_a: Existe correlación significativa entre la dimensión de la indolencia y la dimensión de la empatía.</p>	$t_{(0.025,64)}$ $= \pm 2.00$	$t_c = -2.79$	<p>Se rechaza H₀ sí:</p> $t_c > t_o$	
<p>Conclusión</p>	<p>Con un valor calculado ($t_c = -2.79$), superior al valor crítico ($t_{o(0.025,64)} = \pm 2.00$), los resultados del análisis indican una relación estadísticamente significativa entre la indolencia y la empatía. Esto sugiere que existe evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula en esta muestra.</p>			

HIPÓTESIS 12 CULPA vs. LA EMPATÍA				
<p>H₀: No existe correlación significativa entre la dimensión de culpa y la dimensión de la empatía.</p> <p>H_a: Existe correlación significativa entre la dimensión de culpa y la dimensión de la empatía.</p>	$t_{(0.025,64)}$ $= \pm 2.00$	$t_c = -3.59$	<p>Se rechaza H₀ sí:</p> $t_c > t_o$	 <p>Prueba de Hipótesis t (dos colas)</p> <p>Densidad</p> <p>t</p> <p>— Distribución t de Student</p> <p>■ Región de rechazo</p> <p>- - - t_c = -3.59</p> <p>t_{crit} = -2.0</p> <p>t_{crit} = +2.0</p>
<p>Conclusión</p>	<p>Dado que el valor calculado ($t_c = -3.59$) es superior al valor crítico. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula, ya que los datos respaldan la existencia de una asociación entre ambas variables en la muestra analizada.</p>			

DISCUSIÓN

A partir de los datos obtenidos en la dimensión de desgaste psíquico, donde confirma la presencia de un agotamiento en las enfermeras de cuidados intensivos, se muestra que “algunas veces a la semana” el 40,9 % se siente saturada por el trabajo; “algunas veces al mes”, un alto porcentaje, el 51,5 % señaló sentirse agobiado por el trabajo; un 56,1% se siente cansado físicamente en el trabajo y un 42,4% se siente desgastado emocionalmente algunas veces al mes. Dando a conocer que el Burnout o Síndrome de quemarse por el trabajo es un fenómeno prevalente y sistémico más que un problema individual. Comparando con un estudio ya citado de Rendón (2020), en México, realizado a una muestra de 90 enfermeras, encontró que presentaban un nivel medio de Síndrome de Burnout 82,2 %; agotamiento emocional bajo 62,2 %; nivel bajo de despersonalización 57,8 % y nivel bajo de falta de realización personal 40 %. Mientras que García et al. (2024) encontraron en enfermeras en México que, el 66% presentó un nivel medio de Burnout al igual que en esta investigación, aunque ellos sí, presentaron una falta de empatía hacia las personas.

En esta investigación se encontró que las enfermeras de cuidados intensivos del H.S.T. presentan niveles consistentes de moderado (53 %) a alto (45 %) de resiliencia lo que sugiere que cuentan con recursos personales y sociales importantes que influyen positivamente en su bienestar emocional para poder sobrellevar el estrés que viven a diario. A comparación con Campos, A. (2023) en Ecuador identificó una prevalencia del nivel alto y normal en resiliencia y una prevalencia del nivel medio en estrés laboral, donde concluyó que, a mayor resiliencia menor estrés laboral en las enfermeras participantes del estudio. Para Gutiérrez Y., Rodríguez, T., Navarro, A.,

Peña, R., & Sánchez S. (2021), evidenciaron niveles altos de resiliencia en 83 enfermeras (92,2 %) donde no siempre niveles altos de Burnout se relacionan con niveles bajos de resiliencia.

El *Modo fisiológico y físico de adaptación de Roy* (Roy y Andrews, 1999, citado por Raile y Marriner, 2011, p.339), integra necesidades básicas como la oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y reposo además de la protección. Desde los resultados de esta investigación podemos mencionar que se está produciendo un agotamiento de las reservas de energía y una sobrecarga de los sistemas de regulación del estrés en las enfermeras debido a que los resultados dieron una media de 3,38 puntos con una $DE \pm 0.92$ en la dimensión de agotamiento psíquico del instrumento de síndrome de agotamiento, lo que se interpreta como una ponderación MEDIA ALTA en esta dimensión. Esta ponderación es preocupante porque *refleja un estado de agotamiento mental, fatiga y cansancio emocional* de las enfermeras, ya que se sienten sobrepasadas por las demandas emocionales y físicas del trabajo en la UCI. Lo que representa un reflejo de que el cuerpo puede fallar en su proceso de adaptación fisiológica propuesto por Roy.

Para Callista Roy, el modo de interdependencia se centra en las relaciones de las personas (individual y colectivamente) y en su finalidad, estructura y desarrollo. Según Roy y Andrews (1999, como se citó en Raile y Marriner, 2011, p. 340), los sistemas de apoyo más importantes son los miembros de la familia, de hecho, la efectividad para alcanzar los objetivos de la relación depende de la congruencia y la alineación de componentes relacionados tales como el dar y recibir sistemas de soporte, personas significativas, la adecuación efectiva y desarrollo de esta. Los

resultados obtenidos en la dimensión de “apoyo familiar y de personas significativas” del cuestionario de resiliencia obtuvieron una puntuación alta (4.58), por lo que se puede interpretar que el modo de interdependencia externa (fuera del trabajo) es sólido y funcional. La enfermera recibe amor, respeto y valoración en su hogar, lo que le proporciona la fuerza para soportar la adversidad en la UCI. Este apoyo externo actúa como un mecanismo de adaptación clave que le permite mantener un nivel de funcionamiento a pesar del estrés.

Por otra parte, el hallazgo encontrado entre Burnout e interdependencia, muestra que el 53 % se siente mal por cosas que ha dicho y el 51 % cree que debe pedir disculpas, evidencia un modo de interdependencia interno (dentro del trabajo) inefectivo. La enfermera no está recibiendo la valoración, comprensión y apoyo necesarios en su entorno laboral para contrarrestar el estrés y es aquí donde sus intentos de dar cuidado se ven deteriorados por la saturación, generando culpa y frustración.

Se identificó una relación inversa entre la resiliencia y el Síndrome de Burnout. Los profesionales que presentan niveles más bajos de resiliencia mostraron puntuaciones significativamente más altas en algunas dimensiones clave del burnout: agotamiento emocional y despersonalización. Las correlaciones evidencian que la resiliencia no actúa como un factor homogéneo de protección, sino que sus diferentes dimensiones ejercen influencias específicas sobre componentes particulares del burnout. El hallazgo de que la culpa correlaciona negativamente con la empatía, el apoyo familiar y la solución de problemas resulta particularmente relevante en el contexto de cuidados intensivos. Este patrón sugiere que, en entornos de alta

complejidad donde las decisiones clínicas tienen consecuencias inmediatas y potencialmente fatales, los mecanismos resilientes de apoyo social y capacidad de resolución de problemas actúan como amortiguadores críticos contra la autocolpa patológica.

Nuestro resultado es acorde con los hallazgos de Bunga, E., Eka, N. & Oktoviani, E. (2020), quienes también tuvieron un coeficiente de correlación bajo (valor $p = 0,011$ y $r = 0,232$) entre estas variables; donde reveló que casi dos tercios de las enfermeras experimentaron agotamiento profesional, manifestado como una disminución de la realización personal (70 %), pero también mostraron resiliencia, evidenciada por optimismo (88,33 %), evidenciando una relación significativa entre el agotamiento profesional y la resiliencia de las enfermeras. En otro estudio González et al. (2023), realizaron un estudio que reveló una correlación inversa entre la resiliencia y el burnout ($r = -0,41; n = 2750$), el agotamiento ($r = -0,27; n = 6966$) y la despersonalización ($r = -0,23; n = 6115$). Las enfermeras con una puntuación alta en resiliencia tienden a tener mayor experiencia laboral, salarios aceptables y menor sobrecarga de trabajo.

Desde la perspectiva del Modelo de Adaptación de Callista Roy, estos resultados pueden interpretarse como respuestas adaptativas ante estímulos focales (sobrecarga laboral), contextuales (dinámica organizacional, turnos prolongados, alta responsabilidad) y residuales (factores personales), donde la resiliencia actúa como mecanismo regulador que fortalece los modos adaptativos fisiológico y de autoconcepto.

En el plano disciplinar, el estudio aporta evidencia sobre la necesidad de intervenciones organizacionales orientadas a mejorar las condiciones laborales y fortalecer estrategias de afrontamiento, reafirmando el rol de la enfermería no solo en el cuidado del paciente crítico sino también en la promoción del autocuidado y la salud ocupacional como parte del desarrollo profesional y la sostenibilidad del cuidado en entornos de alta complejidad.

CONCLUSIONES

1. Los datos obtenidos permiten describir que la muestra estuvo conformada por una fuerza laboral joven (promedió 39,2 años) y con una experiencia limitada en el entorno de alta complejidad (menos de 8 años), lo que sugiere una exposición temprana y sostenida a los factores estresantes propios de las áreas críticas, aunado a que una minoría de las participantes contaba con la especialidad en cuidados intensivos (21 %); esta falta de preparación académica específica puede constituir un factor de vulnerabilidad ante las demandas técnicas y emocionales de la unidad. Otro factor que caracterizó esta muestra fue que las participantes mostraron una carga laboral extendida, sumado al tiempo de traslado al trabajo, lo que apunta a una posible fatiga crónica y a una merma del tiempo disponible para el descanso y la recuperación, factores que incrementan el riesgo de síndrome de desgaste profesional.
2. En cuanto a la solidez metodológica relacionada con la validez y confiabilidad de los instrumentos CESQT y resiliencia, podemos concluir que el Cuestionario de Burnout (CESQT) demostró una fiabilidad aceptable ($\alpha = 0,737$), situándose por encima del umbral mínimo establecido para investigación en ciencias sociales. Estos datos validan que el CESQT midió de forma consistente el síndrome de desgaste profesional en el contexto específico de las enfermeras de UCI estudiadas.

De la misma forma, el Cuestionario de Resiliencia mostró una fiabilidad excelente ($\alpha = 0,897$), indicando que sus ítems midieron el constructo de manera precisa, coherente y altamente confiable. Esto otorga especial robustez a los hallazgos relacionados con los recursos psicológicos protectores del equipo.

3. En conjunto, estos resultados garantizaron que las interpretaciones y conclusiones sobre burnout y resiliencia derivadas del estudio, se basan en mediciones válidas y consistentes, descartando que los hallazgos se deban a errores aleatorios o inconsistencia de los instrumentos.
4. El estudio reveló escenario de alerta en las enfermeras de cuidados intensivos ya que se identificó un Síndrome de Burnout predominantemente en nivel medio (96,9 %), caracterizado contradictoriamente por una ilusión por el trabajo, coexistiendo con desgaste psíquico significativo.
5. Las enfermeras que laboran en la unidad de cuidados intensivos presentaron un nivel de resiliencia moderado, por lo que debemos resaltar que las enfermeras no se recuperan totalmente entre turno y turno, experimentando “desgaste acumulativo”, lo que puede convertirse en un factor detonante para el burnout.
6. Se identificó una relación inversa y dinámica entre la resiliencia y el Síndrome de Burnout. Los profesionales que presentan niveles más bajos de resiliencia

mostraron puntuaciones significativamente más altas en las dimensiones clave del burnout: agotamiento emocional y despersonalización. La resiliencia, por tanto, no actuó como un amortiguador, sino como un proceso activo de adaptación que moduló la percepción del estrés y facilitó la utilización de recursos positivos, protegiendo a las enfermeras del agotamiento. Y, aunque, no se haya encontrado una evidencia estadísticamente significativa no se descarta la posibilidad de que esta correlación es débil, quizás porque la resiliencia no importe, sino porque el estrés abrumador de la UCI está superando el efecto protector de la resiliencia, incluso en enfermeras que tienen niveles moderados o altos de esta.

7. Por otra parte, se concluye que no hay evidencia estadísticamente significativa para afirmar que la edad y el sexo de las enfermeras influyen en los niveles de burnout de esta muestra.

8. El análisis correlacional reveló la existencia estadísticamente significativa entre dimensiones particulares del Síndrome de Burnout y factores protectores vinculados a la resiliencia:

La correlación negativa entre las dimensiones de indolencia y empatía tiene un efecto protector contra la deshumanización de la relación terapéutica.

Mientras que la correlación entre “ilusión por el trabajo” mantiene una correlación positiva significativa con la “solución de problemas”, sugiere que la capacidad de analizar situaciones estresantes de manera racional y generar

soluciones efectivas no solo mitiga el agotamiento, sino que activa y sostiene la motivación intrínseca y el compromiso con el trabajo.

La culpa mostró correlaciones negativas con factores como la empatía, el apoyo familiar, personas significativas y la solución de problemas, lo que sugiere que a medida que disminuyen los recursos resilientes, especialmente de carácter interpersonal y de afrontamiento activo, se incrementan significativamente los sentimientos de culpa en los profesionales.

9. Las manifestaciones fisiológicas de las enfermeras reflejaron el perfil físico y psíquico manifestado por saturación, cansancios diarios, y desgaste psíquico (3,38 %) que, según Roy, reflejan un modo de desadaptación fisiológica y en donde la resiliencia actuó como amortiguador proporcionando recursos internos necesarios para la reversión del burnout y recuperar el bienestar fisiológico y holístico de las enfermeras participantes.

10. El presente estudio permitió analizar la relación entre resiliencia y Síndrome de Burnout en enfermeras que laboran en la unidad de cuidados intensivos, evidenciando que el 96 % presentó un nivel medio de burnout y un 3 % nivel alto, mientras que la resiliencia se ubicó en niveles moderados (53 %) y altos (45 %). Asimismo, se identificó una correlación inversa débil entre ambas variables ($r = -0,196$), lo que indica que, a menor resiliencia, mayores puntuaciones en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización. Si bien la magnitud de la correlación no alcanzó

significación estadística robusta, los hallazgos permiten sostener la existencia de una relación dinámica entre resiliencia y burnout. La debilidad de la asociación podría explicarse por la alta carga emocional, cognitiva y asistencial propia del entorno de la UCI, donde el estrés crónico y la exposición continua a situaciones críticas podrían superar parcialmente el efecto protector de la resiliencia, incluso en profesionales con niveles moderados o altos de esta capacidad.

11.El aporte del estudio a la disciplina de enfermería radica en fortalecer la comprensión del burnout desde una perspectiva adaptativa e integral, integrando dimensiones individuales y contextuales. Asimismo, aporta evidencia que sustenta la necesidad de incorporar el fortalecimiento de la resiliencia como componente estratégico dentro de la gestión del talento humano en entornos de alta complejidad.

12.En la práctica clínica de la UCI, los resultados subrayan la importancia de diseñar e implementar intervenciones institucionales orientadas tanto al desarrollo de competencias resilientes como a la reducción de factores estresores organizacionales. La promoción de entornos laborales saludables, programas de apoyo psicoemocional y estrategias de autocuidado profesional se constituyen en acciones prioritarias para prevenir la progresión del burnout, preservar el bienestar del personal de enfermería y garantizar la calidad y seguridad del cuidado brindado al paciente crítico.

RECOMENDACIONES

1. Administrativamente promover auditorías de cargas (para mejorar la relación enfermera-paciente), promover la especialización del personal actual, y promover más personal administrativo que liberen las tareas no clínicas.
2. Promover un liderazgo visible y empático, espacios de desahogo tras eventos críticos, la comunicación asertiva.
3. Diseñar e implementar estrategias efectivas con apoyo de servicios como psicología, salud mental y psiquiatría para prevenir o disminuir el agotamiento físico y cognitivo de las enfermeras, con intervenciones específicas, dirigidas a fortalecer factores de resiliencia particulares que contrarresten manifestaciones concretas del desgaste profesional.
4. Replicar el estudio en otros contextos con una muestra más grande y ampliar la confiabilidad demostrada, a la vez que la aplicación de estos instrumentos en otras unidades u hospitales permitirá comparaciones válidas e identificar si el problema es específico de esta UCI o es sistémico.

BIBLIOGRAFÍA

- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. España: Elsevier Health Sciences Spain.
- Alligood, M. R. (2022). *Modelos y teorías en enfermería*. España: Elsevier.
- Antuna, C. (2021). Resiliencia en enfermería: un reto ante la adversidad. *RECIEN. Revista Científica de Enfermería*, 21, 1-3. doi.org
- Arias, K., Castro, L., & Figueroa, M. (2020). Factores asociados al pluriempleo en profesionales de enfermería. *Enfermería Universitaria*, 17(1), 74-86. doi.org
- Asociación Americana de Psicología [APA] (26 de julio de 2011). *Camino a la Resiliencia*. <https://www.apa.org/topics/resilience/camino>
- Ayala, A., Campos, M., & Fong, J. (2022). El síndrome de burnout en el personal de salud asociado a la pandemia Covid-19. *Saluta*, 1(3), 10–23. <https://doi.org/10.37594/saluta.v1i3.594>
- Beitía, J. (2023). *Influencia de la resiliencia familiar en la red de cuidadores de pacientes con cáncer de colon avanzado* [Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Chiriquí]. Repositorio Institucional de la UNACHI. <http://jadimike.unachi.ac.pa/handle/123456789/779>
- Bernal, I. Bernal, L. & Vente, A. (2022). *Estrés laboral en el personal de la salud durante la pandemia por Covid-19 Iberoamérica: una revisión sistemática*. Universidad Cooperativa de Colombia, Facultad de Ciencias de la Salud, Psicología, Cali. <https://hdl.handle.net/20.500.12494/45449>
- Bianchini, M. (1997). El Síndrome del Burnout en personal profesional de la salud. *Medicina Legal de Costa Rica*, 13-14 (2-1-2), 189-192. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00151997000200017&lng=en&tlng=es.
- Bunga, E., Eka, N. & Oktoviani, E. (2020). Relación entre el síndrome de burnout y la resiliencia de las enfermeras en un hospital privado de Indonesia. *Enfermería Clínica*. Volume 30, Supplement 3, Pages 49-52, ISSN 1130-8621, <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.12.025>.
- Campos, A. (2023). *Resiliencia como factor protector frente al estrés laboral en profesionales de enfermería de un hospital de Guayaquil, 2023*. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Repositorio UCSG. repositorio.ucsg.edu.ec

- Capacoila, M. (2022). *Resiliencia y síndrome de desgaste por empatía durante la pandemia COVID-19 en enfermeros de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo, Arequipa 2021* [Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. Repositorio Institucional UNSA. repositorio.unsa.edu.pe
- Carbo, E. & Velásquez, S. (2024). Eficacia de una estrategia de intervención en salud mental de enfermeras hospitalarias en el contexto de la COVID-19. *Revista Cubana de Enfermería*, 40, e6277. <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/6277>
- Cardona, O. Calvo, E. Gargallo, María. Esteban, B. Badenas, M. Calderón, Ana. Martín, O. Martínez, S. García, M. & Fuertes, J. (2022). *Prevalencia de burnout (desgaste profesional) en la UCI de un hospital de segundo nivel durante la segunda y tercera ola COVID-19. Ene*, 16(1), 1275. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2022000100004&lng=es&tlng=es.
- Caro, P. & Rodríguez, B. (2018). Potencialidades de la resiliencia para los profesionales de Enfermería. *Index de Enfermería*, 27(1-2), 42-46. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S11321296201800010009&lng=es&tlng=es.
- Carrillo, R. Gómez, K. & Espinoza, I. (2012). *Síndrome de burnout en la práctica médica. Medicina interna de México*, 28(6), 579-584.
- Castillo, A., Velando, A., de la Fuente, E. & Begoña, M. (2023). Relación y efecto de la resiliencia en el síndrome de burnout en enfermeras: una revisión de la literatura y un metaanálisis. *International Nursing Review. Volumen 71, Número 1*. Páginas 160-167. <https://doi.org/10.1111/inr.12838>
- Cobos, I. (2021). *Prevalencia y factores del estrés laboral en enfermería de Cuidados Críticos* [Universidad de Valladolid]. Repositorio Documental de la Universidad de Valladolid. uvadoc.uva.es
- Dandicourt, C., & Hernández, E. (2021). *Una mirada a la resiliencia desde la enfermería. Revista Cubana de Enfermería*, 37(2), e3731. revenfermeria.sld.cu
- Durán, R., Gámez, Y., Toirac, K. Toirac, J. & Toirac, D. (2021). Síndrome de burnout en enfermería intensiva y su influencia en la seguridad de paciente. *MEDISAN*, 25(2), 278-291. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192021000200278&lng=es&tlng=es.

- Eddrhourhi, S. (2019). *Resiliencia y satisfacción laboral en profesionales de enfermería* [Universidad de Zaragoza]. Repositorio Institucional de la Universidad de Zaragoza. zaguan.unizar.es
- Escobar, N., Arrieta, M., y Arrieta, J. (2020). *Metodología de la investigación*. Ediciones Universidad de Córdoba.
- Ferro, J. (2021). *Estrés laboral: El Síndrome de Burnout*. (pág. 92). Editorial Elearning, S.L.
- Filipps, G. (2009). *Desafío de bienestar: viviendo más allá del estrés*. Estados Unidos: LULU COM.
- Flores, K. & Mendoza, A. (2021). *Síndrome de burnout y su incidencia en el ausentismo en enfermería en tiempo de pandemia*. [tesis de maestría, Universidad UMECIT]. Disponible en: <https://repositorio.umecit.edu.pa/handle/001/6003>
- Forés, A., Grané, J. (2008). *La Resiliencia: Crecer Desde la Adversidad*. España: Plataforma Editorial.
- Foronda, D. & Vélez, C. (2021). Origen del concepto de resiliencia y crítica a su apropiación en los proyectos educativos de Medellín. *Boletín Redipe*, ISSN-e 2256-1536, Vol. 10, N°5, 83-100. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8116429>
- García, E., Miranda, A., Guzmán, M., García, J. Juárez, P., & García, K. (2024). Estrés laboral en el personal de enfermería: un análisis en profesionales operativos. *Revista Iberoamericana de Ciencias* Vol. 11 No. 3. ISSN 2334-2501
- Garro, M., & Fernández, N. (2020). *Adaptación de los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de oncología según el modelo de Callista Roy: un abordaje fenomenológico* [Universidad de Costa Rica]. Repositorio Kérwá de la Universidad de Costa Rica. www.kerwa.ucr.ac.cr
- Gento, S. (2012). *Instrumentos de evaluación de la calidad de instituciones educativas*. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).
- Gil-Monte, P.R. (2019). *Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo*. TEA Ediciones
- Gil-Monte, P.R. (2019). *Prevención y tratamiento del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout)* *Revista Padres y Maestros / Journal of Parents and Teachers*, ISSN-e 2255-1042, ISSN 0210-4679, N°. 380, 2019, págs. 77-77

- Gil-Monte, P. R., & Moreno-Jiménez, B. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). *Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide, 3637.
- González-Arratia, N. I. (2011). *Resiliencia y personalidad en niños y adolescentes*. Universidad Autónoma del Estado de México.
- González-Arratia, N. & Valdez, J. (2015). *Resiliencia. Diferencias por Edad en Hombres y Mujeres Mexicanos*. Universidad Autónoma del Estado de México. [https://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/actas_ip/2015/articulos_b/Acta a Inv. Psicol. 2015 5\(2\) 1996 2010 Resiliencia. Diferencias por Edad en Hombres y Mujeres Mexicanos.pdf](https://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/actas_ip/2015/articulos_b/Acta%20a%20Inv.%20Psicol.%202015%205(2)%201996%202010%20Resiliencia.%20Diferencias%20por%20Edad%20en%20Hombres%20y%20Mujeres%20Mexicanos.pdf)
- González-Arratia, N. (2016). *Resiliencia y personalidad en niños y adolescentes. Como desarrollarse en tiempo de crisis*. (2ª ed.). México: ediciones Eon.
- González, H., García, J., Gómez, J., López, J., Martín, J., & Ruiz, C. (2023). Resilience and its protective role in burnout, depression, and anxiety of nurses: A systematic review and meta-analysis. *International Nursing Review*, 70(4), 481-492. doi.org
- González Ortega, Y., Batista García, M., Trejos Rivas, D., & de Binns, M. E. (2018). Caracterización Del Perfil Resiliente De Estudiantes De Preingreso Ingreso A La Carrera De Licenciatura En Enfermería. *Enfoque*, 23(19), 52–67. <https://revistas.up.ac.pa/index.php/enfoque/article/view/2139>
- González Paino, H. (2019). *La resiliencia en enfermería* [Universidad de Valladolid]. Repositorio Documental de la Universidad de Valladolid. uvadoc.uva.es
- Good, I. & Ronquillo, J. (2024). *Burnout y su Relación con el Desempeño Laboral en Servidores Judiciales del Sistema Penal Panamá*. Revista Scientific, 9(33), 319-340. <https://doi.org/10.29394/scientific.issn.2542-2987.2024.9.33.15.319-340>
- Goleman, D., Ekman, P., Turkle, S., & McKee, A. (2017). *Empatía (Serie Inteligencia Emocional HBR)*. Reverté Management.
- Guerra, I. & Gutiérrez, G. (2021). Resiliencia y manifestaciones de estrés en Estudiantes Universitarios durante la Pandemia por COVID-19. *Espectro Investigativo Latinoamericano*, 4(1), 23-29. revistas.isaeuniversidad.ac.pa.
- Guillemin, F. Adaptación transcultural y validación de medidas de estado de salud. *Scand J Rheumatol*. 1995;24(2):61-3. [https://10.3109/03009749509099285](https://doi.org/10.3109/03009749509099285). PMID: 7747144
- Gutiérrez, Y., Rodríguez, T., Navarro, A., Peña, R., & Sánchez S. (2021). Comportamiento del síndrome de Burnout y resiliencia en trabajadores de cuidados intensivos. *MediSur*, 19 (6), 978-986. https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727

- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, M. (2014). Metodología de la Investigación. McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. ISBN: 978-1-4562-2396-0
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8162664>
- Herrera Sánchez, J. F., y Mina Villalta, M. A. (2023). Resiliencia en profesionales de enfermería de las unidades de cuidados intensivos. *Revista Código Científico*, 4(2), 1184-1205. revistacodigocientifico.itsl.edu.ec
- Huerta, Y., & Rivera, M. (2017). Resiliencia, recursos familiares y espirituales en cuidadores de niños con discapacidad. *Revista de comportamiento, salud y cuestiones sociales*, 9 (2), 70-81.
- Jiang, J., Liu, S., Chi, C., Li, S., & Tang, S. (2024). Exploring promotion factors of resilience among emergency nurses: a qualitative study. *BMJ Open*, 14(3), e082231. [doi.org](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-029231)
- Laso, V. Crócamo, D. Farnum, F. (2023). *IMPACTO DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN DOCENTES DE LA UNIVERSIDAD DE PANAMÁ*. ISSN L: 2644-3791 vol. 25, N° 2, pp.12-26 - julio -diciembre, 2023.
<https://revistas.up.ac.pa/index.php/societas>
- Leitner, K. (2024). *Agotamiento profesional: Diagnóstico, terapia, diferenciación de la depresión, la ansiedad, etc.* Estados Unidos: Bremen University Press.
- Lerma, H. (2022). *Metodología de la investigación: Propuesta, anteproyecto y proyecto* (6ta ed.). Ecoe Ediciones.
- Lira Herrera, E. L. (2020). *Adaptación lingüística y validación de la escala de resiliencia de Wagnild y Young en adolescentes de El Salvador* [Tesis de grado, Universidad de El Salvador]. Repositorio Institucional UES. ri.ues.edu.ec
- Lira, M. & Caballero, E. (2020). Adaptación Transcultural De Instrumentos De Evaluación En Salud: Historia Y Reflexiones Del Por Qué, Cómo Y Cuándo. ELSEVIER. *Revista Médica Clínica Las Conde*. Vol. 31, 85-94.
<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2019.08.003>
- Lucero, M. (2021). Burnout y depresión en médicos de medicina interna y unidad de cuidados intensivos en Riobamba, Ecuador. *Rev. cuba. reumatol.*; 24(1): e255. Tab. Article en Es | LILACS, CUMED | ID: biblio-1409194
- Martínez, J. (2024). *Equilibrio Mental: Curso Integral para el Cuidado de la Salud Psicológica*. Amazon Digital Services LLC - Kdp

- Martínez-Sabater, A., Martínez-Pascual, R. I., Martínez-Pascual, R. M., Ballestar-Tarín, M. L. (2025). *Manual de la asignatura Enfermería Comunitaria*: Facultat d'Infermeria i Podologia. Alemania: BoD - Books on Demand.
- Millán de Lange, A., & D'Aubeterre López, M. (2012). Propiedades psicométricas del Maslach Burnout Inventory-GS en una muestra multiocupacional venezolana. *Revista de Psicología (Lima)*, 30(1), 103-128. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472012000100005&lng=pt&tlng=es92472012000100005&lng=pt&tlng=es.
- Mosby. Diccionario de odontología. (2022). (pág. 219). España: Elsevier.
- Mungia, E. Tapullima, C. Reyes, E. & Brandon, E. (2021). Revisión sistemática sobre síndrome de Burnout en personal de salud en América Latina entre 2015-2020. *Revista de investigación en psicología*, ISSN-e 1609-7475, ISSN 1560-909X, Vol. 24, N°. 1, 2021, págs. 197-221
- Noriega, G., Herrera, L., Montenegro, M., y Torres, V. (2020). Autoestima, motivación y resiliencia en escuelas panameñas con puntajes diferenciados en la Prueba TERCE. *Revista de Investigación Educativa*, 38(2), 527-545. doi.org
- Novel Martí, G. (2005). Navarro Gómez, M.a V., *Enfermería Médico-Quirúrgica: Necesidad de comunicación y seguridad*, 2a ed. ©2005. España: Masson.
- Nunnally, J.C. & Bernstein, I.J. (1994). *Teoría psicométrica* (3ª ed). México, D.F.: Editorial McGrawHill Latinoamericana.
- Olivares Faúndez, Víctor. (2017). Dra. Christina Maslach. Comprendiendo el Burnout. *Ciencia & trabajo*, 19(58), 59-63. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492017000100059>
- Ortega-Gómez, E. Rodríguez, C. Kipping, A. Flórez, A. (2018). *Presencia del síndrome de burnout en estudiantes de la Facultad de Ciencias Naturales, Exactas y Tecnología de la Universidad de Panamá*. *Revista Colón Ciencias, Tecnología y Negocios*, ISSN-e 2313-7819, Vol. 5, N°. 2, 2018, págs. 16-25
- Peña, J. (2019). *Terapia Cognitiva Conductual Para Reducir Los Síntomas Del Síndrome De Burnout En Docentes Consejeros Que Laboran En El Colegio Padre Segundo Familiar Cano De Monagrillo, Provincia De Herrera*. [tesis de maestría, Universidad de Panamá]. https://up-rid.up.ac.pa/1766/1/julissa_pena.pdf

- Pimienta, J. (2017). *Fundamentos de la investigación*. México: Pearson Educación.
- Pineda de Osegueda, E. A. (2019). *El estrés académico percibido y su relación con las estrategias de afrontamiento y resiliencia del estudiante de enfermería, desde la perspectiva del modelo de adaptación de Roy* [Tesis de doctorado, Universidad de Panamá]. Repositorio Institucional de la Universidad de Panamá (UP-RID). <https://up-rid.up.ac.pa/1864/>
- Polo, M. Cabello, M. Ruiz, J. (2024). Burnout in nursing staff, impact on patient safety. *Enferm Cuid.*;7. <https://doi.org/10.51326/ec.7.9163531>.
- Quiceno, J. (2016). *Fortaleza: Programa de potenciación de la resiliencia para la promoción y mantenimiento de la salud*. (pág 20). MM Colombia.
- Quintana, M. Vallejos, A. & Canova, C. (2023). Resiliencia en los profesionales de enfermería de una institución sanitaria privada de la ciudad autónoma de Buenos Aires. *Enfermería Investiga*, 8(2), 13–20. <https://doi.org/10.31243/ei.uta.v8i2.1999.2023>
- Quiñonez, M. Ortiz, J. Henao, A. Riveros, L. Estrategias de afrontamiento y resiliencia en profesionales en enfermería durante la pandemia por COVID-19. *Rev Colomb Enferm* [Internet]. 2024;23(1), e062
- Rendón, M. Peralta, S. Hernández, E. Hernández, R. Vargas, M. & Favela, M. (2020). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de unidades de cuidado crítico y de hospitalización. *Enfermería Global*, 19(59), 479-506. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.398221>
- Review, H. B. (2018). *Empatía*. Alemania: Reverte-Management.
- Ríos, M. (2020). *Síndrome de Burnout y afrontamiento en el personal de enfermería*. Universidad Autónoma del Estado de México. <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/109651/TESIS%20BURNOUT%20Y%20AFRONTAMIENTO%20ENFERMERIA%202020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rodrigues, D. & Cordeiro da Silva, A. (2022). O cuidado de enfermagem na perspectiva da resiliência e empatia. *Revista Baiana de Enfermagem*, 36, e45129. doi.org
- Rodríguez, C., Breña, J. & Esenarro, D. (2021). *Las Variables en la Metodología de la Investigación científica*. Editorial Área de innovación y Desarrollo, S. L. ISBN: 978-84123872-2-3 <https://doi.org/10.17993/IngyTec.2021.78>

- Rodríguez, N. (2016). *Estrategias de afrontamiento de las enfermeras de UCI ante la muerte de los pacientes desde una visión cualitativa. (Tesis de maestría)*. Universidad de Cantabria. [https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/9249/RodriguezAlvarezN.pdf?sequence=4#:~:text=en%20ambas%20%C3%A1reas:-.1.,amigos%2C%20familiares%2C%20etc.\)](https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/9249/RodriguezAlvarezN.pdf?sequence=4#:~:text=en%20ambas%20%C3%A1reas:-.1.,amigos%2C%20familiares%2C%20etc.))
- Rodríguez, Y. (2021). *Metodología de la investigación: Guía para el diseño y validación de instrumentos de medición*. Editorial Científica.
- Romero, G. Iza, S. & Mayorga, V. (2024). Factores sociodemográficos, laborales y niveles de burnout en el personal de enfermería en una unidad de cuidados intensivos. *Revista Cuidarte*, 15(1), e3169. doi.org
- Roy, C., y Andrews, H. A. (1999). *The Roy Adaptation Model* (2da ed.). Appleton & Lange.
- Ruiz, M. (2004). *Instrumentos de investigación educativa: Procedimientos para su diseño y validación*. CIDEG.
- Saavedra, E., Salas, G., Cornejo, C. & Morales, P. (2015). *Resiliencia y calidad de vida. La Psicología Educacional en diálogo con otras disciplinas*. Editorial Universidad Católica del Maule.
- Sábado, T. (2010). *Fundamentos de bioestadística y análisis de datos para enfermería*. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Salgado, D. (2022). *Autoconcepto del profesional de enfermería* [Universidad Autónoma del Estado de México]. Repositorio Institucional de la UAEM. <http://riaa.uaem.mx/handle/20.500.12055/2074>
- Sánchez, B. (2011). La experiencia de cuidado: evidencia para la práctica. *Aquichan*, 11(1), 66-73. www.scielo.org.co
- Sánchez, R. & Echeverry J. (2004). Validación de las Escalas de Medición en Salud. *Rev. Salud pública*. 6 (3): 302-318. <https://scielosp.org/pdf/rsap/2004.v6n3/302-318/es>
- Santos, L., Machado, W., Dal Pai, D., Magnago, S., Azzolin, K., & Tavares, J. (2022). Burnout y resiliencia en profesionales de enfermería de cuidados intensivos ante el COVID-19: estudio multicéntrico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 30, e3588. doi.org
- Schultz, P. & Miranda, C. (2022). Factores que influyen en la resiliencia de enfermería en unidades de cuidados críticos: Una revisión integradora. *Enfermería Investiga*, 7(4), 58-65. doi.org

- Shin, N., & Choi, Y. (2024). Professional quality of life, resilience, posttraumatic stress and leisure activity among intensive care unit nurses. *International Nursing Review*, 71(1), 94-100. <https://doi.org/10.1111/inr.12850>.
- Terry, C. Weaver, A. (2012). *Enfermería de cuidados intensivos*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Torres, Y. (2022, enero). OMS oficializa el Síndrome del Burnout como una enfermedad de trabajo. *Medicina y Salud Pública*.
<https://medicinaysaludpublica.com/noticias/salud-publica/oms-oficializa-el-sindrome><https://medicinaysaludpublica.com/noticias/salud-publica/oms-oficializa-el-sindrome-del-burnout-como-una-enfermedad-de-trabajo/12348>[del-burnout-como-una-enfermedad-de-trabajo/12348](https://medicinaysaludpublica.com/noticias/salud-publica/oms-oficializa-el-sindrome-del-burnout-como-una-enfermedad-de-trabajo/12348)
- Vargas, J. (2018). *Factores de riesgo y de protección en la salud mental*. Editorial Psicom Editores.
- Vilá Falgueras, M., Cruzate Muñoz, C., Orfila Pernas, F., Creixell Sureda, J., González López, M. P., & Davins Miralles, J. (2015). Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria, 47(1), 25–31.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.01.008>
- White, J., Gunn, M., Chiarella, M., Catton, H., Stewart, D., (2025). Actualización de las definiciones de «enfermería» y «enfermera». Informe final del proyecto, junio de 2025. Consejo Internacional de Enfermeras.
https://www.icn.ch/sites/default/files/2025-06/ICN_Definition-Nursing_Report_SP_Web.pdf

ANEXOS

ANEXO 1.

INSTRUMENTO 1

VALORACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT. CESQT

Distribución de ítems según dimensiones a determinar	Muy frecuentemente (todos los días) (5)	Frecuentemente (algunas veces por semana) (4)	A veces (algunas veces al mes) (3)	Raramente (algunas veces al año) (2)	Nunca (1)
Ilusión por el trabajo					
1. Mi trabajo me supone un reto estimulante.					
2. Veo mi trabajo como una fuente de realización personal.					
3. Pienso que mi trabajo me aporta cosas positivas.					
4. Mi trabajo me resulta gratificante.					
5. Me siento ilusionado por mi trabajo.					
Desgaste psíquico					
6. Pienso que estoy saturado por el trabajo.					
7. Me siento agobiado por el trabajo.					
8. Me siento cansado físicamente en el trabajo.					
9. Me siento desgastado emocionalmente.					
Indolencia					
10. No me gusta atender a algunas personas en mi trabajo.					
11. Creo que muchas de las personas a las que atiendo en el trabajo son insoportables.					
12. Creo que los familiares de las personas a las que atiendo en el trabajo tienen mal genio.					
13. Pienso que trato con indiferencia a algunas personas a las que atiendo en mi trabajo.					
14. Me da gusto ser irónico con algunas personas a las que atiendo en el trabajo.					
15. Etiqueto o clasifico a las personas a las que atiendo en el trabajo según su comportamiento.					
Culpa					
16. Me preocupa el trato que he dado a algunas personas en el trabajo.					
17. Me siento culpable por alguna de mis actitudes en el trabajo.					
18. Tengo remordimientos por algunos de mis compañeros en el trabajo.					
19. Pienso que debería pedir disculpas a alguien por mi comportamiento.					
20. Me siento mal por algunas cosas que he dicho en el trabajo.					



Firma: *[Handwritten Signature]*
 Fecha: 30-10-2024

ANEXO 2.

FUNDAMENTACIÓN ESTADÍSTICA DEL CESQT

5. Fundamentación estadística

Tabla 5.17. Valores alfa de Cronbach obtenidos en la muestra total y en grupos muestrales divididos atendiendo al sexo, el país de procedencia y el grupo ocupacional

		Ilusión por el trabajo	Desgaste psíquico	Indolencia	Culpa	Total SQT
Sexo	Total (n = 12.025)	0,85	0,84	0,73	0,79	0,85
	Varones (n = 3.949)	0,84	0,84	0,73	0,77	0,83
	Mujeres (n = 7.880)	0,85	0,84	0,74	0,80	0,85
País de procedencia	España (n = 2.927)	0,90	0,85	0,74	0,82	0,85
	Argentina (n = 513)	0,84	0,87	0,84	0,82	0,90
	Brasil (n = 851)	0,83	0,79	0,78	0,81	0,87
	Chile (n = 1.810)	0,83	0,85	0,74	0,77	0,83
	Colombia (n = 561)	0,83	0,86	0,73	0,81	0,85
	Costa Rica (n = 351)	0,86	0,83	0,69	0,78	0,83
	México (n = 3.955)	0,79	0,83	0,66	0,77	0,78
	Portugal (n = 929)	0,85	0,81	0,77	0,81	0,86
Sector ocupacional ¹	Sanidad (n = 3.320)	0,84	0,85	0,76	0,80	0,85
	Educación (n = 4.968)	0,85	0,84	0,75	0,80	0,87
	Trabajo personas discapacidad (n = 1.679)	0,89	0,83	0,77	0,80	0,86
	Prisiones (n = 1.131)	0,78	0,74	0,65	0,74	0,76
	Teleoperadores (n = 132)	0,75	0,82	0,70	0,61	0,84
	Administración pública (n = 184)	0,85	0,82	0,73	0,71	0,85
	Otros grupos (n = 611)	0,89	0,84	0,69	0,74	0,83

¹ Las muestras de Perú (n = 60) y de Uruguay (n = 68) no se han considerado en estos análisis debido al reducido número de participantes procedentes de esos países.

Fuente: Gil-Monte (2019).

ANEXO 3. INSTRUMENTO 2

VALORACIÓN DE RESILIENCIA

ÍTEMS	Siempre (5)	La mayoría de las veces (4)	Indeciso (3)	Algunas veces (2)	Nunca (1)
FACTOR DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS					
1. Estoy dispuesto a responsabilizarme de mis actos.					
2. Estoy siempre pensando la forma de solucionar mis problemas.					
3. Soy firme en mis decisiones.					
4. Me siento preparado para resolver mis problemas.					
5. Enfrento mis problemas con serenidad.					
6. Yo puedo controlar mi vida.					
7. Puedo buscar la manera de resolver mis problemas.					
8. Puedo imaginar las consecuencias de mis actos.					
9. Puedo reconocer lo bueno y lo malo para mi vida.					
10. Puedo reconocer mis cualidades y defectos.					
11. Puedo cambiar cuando me equivoco.					
12. Puedo aprender de mis errores.					
13. Tengo esperanza en el futuro.					
14. Tengo fe en que las cosas van a mejorar.					
FACTOR DE APOYO FAMILIAR Y PERSONAS SIGNIFICATIVAS					
15. Yo soy feliz cuando hago algo bueno para los demás.					
16. Soy capaz de hacer lo que quiero.					
15. Confío en mí mismo.					
16. Soy inteligente.					
17. Yo tengo personas que me quieren incondicionalmente.					
18. Conmigo hay personas que quieren que aprenda a desenvolverme solo.					
19. Hay personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro.					
20. Tengo cerca de mis amigos en quien confiar.					
23. Tengo personas que me quieren a pesar de lo que sea o haga.					
24. Tengo deseos de triunfar.					
25. Tengo metas a futuro.					
FACTOR DE EMPATÍA					
26. Yo soy respetuoso de mí mismo y de los demás.					
27. Soy agradable con mis familiares.					
28. Yo soy complaciente y cooperador.					
29. Soy amable.					
30. Yo comparto.					
31. Estoy siempre dispuesto a ayudar a los demás.					
32. Generalmente pienso en ayudar a los demás.					



Firma: *[Handwritten Signature]*

Fecha: 30-10-2024

ANEXO 4.

 Outlook

Re: Instrumento de Resiliencia

Desde Yariela Gonzalez Ortega <yarielag11@gmail.com>
Fecha: Mié 05/17/2023 9:13 AM
Para: Gloria Rodriguez <gara84224@hotmail.com>

Apreciada Licenciada Gloria Rodríguez, con un cordial saludo, me dirijo a usted para agradecerle haber considerado la utilización del instrumento de resiliencia en su tesis de disertación para el programa de Maestría de Enfermería en Cuidado Crítico del Adulto. El instrumento está a su disposición para ser utilizado en la investigación ***Incidencia Del Síndrome De Burnout Y La Resiliencia En Las Enfermeras (Os) De Cuidados Intensivos Del Hospital Santo Tomás***.

Sin otro particular, quedo de usted, con muestras de consideración y estima, atentamente,

Dra. Yariela González Ortega

Saludos cordiales,
Dra. Yariela González Ortega
Docente - Facultad de Enfermería, UP
yariela.gonzalez@uc.ac.cr
yarielag11@gmail.com

El mar, 16 may 2023 a las 19:19, Gloria Rodriguez (<gara84224@hotmail.com>) escribió:

Panamá 16 de mayo de 2023

Doctora

Yariela González Ortega

Facultad de Enfermería

Universidad de Panamá

E. S. D.


Estimada Doctora:

Me dirijo a usted para saludarle y a la vez solicitarle su valiosa colaboración. Actualmente me encuentro trabajando en una investigación sobre el tema: ***"Incidencia Del Síndrome De Burnout Y La Resiliencia En Las Enfermeras (Os) De Cuidados Intensivos Del Hospital Santo Tomás"***. Como parte de la tesis para la Maestría de Cuidados Críticos que estoy realizando en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Panamá.

El instrumento a utilizar para la recolección de uno de los datos de esta investigación sería la adaptación del cuestionario de Resiliencia de Arrieta en el que usted participó en 2017.

A pesar de sus ocupaciones y el tiempo que siempre es escaso, le ruego me brinde esta información que necesito para poder avanzar con la investigación. Por mi parte me comprometo a reconocer su aporte y hacerle llegar los resultados de la investigación.

En espera de su respuesta se despide atentamente,

 8-774-1450

Lic. Gloria Rodríguez de Peters

8-774-1450

E-mail: gara84224@hotmail.com

Cel.: 67212389



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
Protocolo de Presentación del Proyecto de Intervención o Tesis
DP-F-014



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE MAESTRÍA DE ATENCIÓN DEL PACIENTE ADULTO EN ESTADO CRÍTICO
Cuestionario de datos sociodemográficos

A continuación, le pedimos llenar los siguientes datos y marcar con una **X** la casilla seleccionada.

(Los datos proporcionados serán confidenciales y utilizados para el control de la investigación).

Fecha: _____

Sexo: Masculino Femenino

Edad: _____

Estado Civil: Casada (o) Unida (o) Soltera (o)

Divorciada (o) Viuda (o)

Grado académico: Licenciatura Especialidad Maestría

¿Cuánto tiempo tiene de laborar en la Unidad de Cuidados Intensivos?: _____

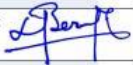
¿Qué tiempo le toma llegar de su casa al trabajo?

Menos de una hora Una hora Dos horas

Labora actualmente en otra institución: Sí No

Gracias por su cooperación.



Firma: 
 Fecha: 30-10-2024

ANEXO 6.

CONSENTIMIENTO INFORMADO



Universidad de Panamá Comité de Bioética
Facultad de Enfermería
Consentimiento Informado



Apreciada Licenciada (o) usted ha sido invitada (o) a participar en una investigación titulada: El Síndrome de Burnout y la Resiliencia como factor mediador en enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital de Tercer Nivel de Atención de la Región Metropolitana.

Estimada (o) Licenciada (o): mi nombre es Gloria Alejandra Rodríguez Aguilar de Peters y soy investigadora de la Universidad de Panamá en la Facultad de Enfermería. Estamos realizando una investigación sobre El Síndrome de Burnout y la Resiliencia como factor mediador en enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital de Tercer Nivel de Atención de la Región Metropolitana. El objetivo de esta investigación es analizar la relación entre el Síndrome de Burnout y la resiliencia como factor mediador en enfermeras (os) de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Santo Tomás.

Para la realización de esta investigación las (os) participantes serán enfermeras (os) básicas (os) y especialistas que brinden atención directa a pacientes en los cuatro turnos con un mínimo de laborar en el área de 6 meses en las unidades de cuidados intensivos del Hospital Santo Tomás. Los meses de marzo y abril de 2025.

Riesgos y beneficios: la investigación tiene un **riesgo mínimo** para las (os) participantes ya que se trabajará con información personal y laboral que reflejará la salud mental de quienes laboran en un área crítica. No existe riesgos adicionales para las (os) participantes en este estudio. En cuanto al beneficio podremos identificar que si hay presencia del Síndrome de Burnout y en qué grado para así desarrollar estrategias de prevención e intervención en el personal de estudio. Mejorando así la calidad de atención al paciente, las relaciones interpersonales. Promoviendo una buena salud mental y la resiliencia como un factor mediador en las enfermeras (os) que laboran en las unidades de cuidados intensivos.

Tiene la posibilidad de no participar o retirarse en cualquier momento de la investigación sin perjuicio de sus derechos. La información obtenida será estrictamente confidencial. Su nombre no será empleado en ningún informe cuando se realice la publicación.

Para la recolección de los datos deberá responder a un pequeño cuestionario y dos instrumentos los cuales no llevaran más de 10 a 15 min. No se pagará por participar en la investigación. Cuando concluya me reuniré con el grupo para analizar los resultados finales.



Firma: 
Fecha: 30-10-2024

La investigación estará aprobada por el Comité de Bioética de la investigación de la Universidad de Panamá. Quien tiene como propósito de la revisión ética la protección de los participantes durante el proceso.

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto de investigación puede llamar a Gloria Rodríguez de Peters al teléfono 67212389. Comprendiendo lo antes mencionado y estar satisfecha (o) con las respuestas a mis dudas, firmo este consentimiento.

Nombre y apellidos	Cédula	Firma	Fecha	Lugar
Participante				

Nombre y apellidos	Cédula	Firma	Fecha	Lugar
Investigador				



Firma:	
Fecha:	30-10-2024

ANEXO 7.



RE: Permiso para utilizar el CESQT

Desde: pedro.gil-monte@uv.es <pedro.gil-monte@uv.es>
Fecha: Mar 06/13/2023 3:23 AM
Para: 'Gloria Rodriguez' <gara84224@hotmail.com>

Estimada Gloria Rodríguez:

En la Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional he desarrollado un nuevo instrumento de evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo (SQT), el CESQT (Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo) (en inglés se denomina Spanish Burnout Inventory, SBI), para evaluar este fenómeno.

Ya se han obtenido resultados sólidos sobre su validez y fiabilidad para diferentes colectivos ocupacionales (v.g., salud, educación, trabajadores de atención a personas con discapacidad, personal de administración pública, etc.) en muestras de España, Alemania, Francia, Italia, Polonia, Portugal, Rep. Checa, Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, México, Perú, y otros países.

Varios estudios han aportado evidencia sobre su calidad psicométrica, concluyendo de manera independiente que se trata de un instrumento válido y fiable:

<http://www.scielo.org.co/pdf/psd/v33n1/v33n1a09.pdf>

<https://www.aidep.org/sites/default/files/2017-07/Art.11.pdf>

<https://www.cop.es/Uploads/PDF/2014/CESQT.pdf>

<http://www.raicesdelpsicologo.es/pdf/2484.pdf>

En la reedición de 2019 se ofrecen baremos específicos para España, Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, México, Perú y Puerto Rico, considerando muestras de esos países, según sexo y profesión.

El modelo teórico sobre el que se sustenta el instrumento aparece descrito en el libro:

Gil-Monte, P. R. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide.

Y lo puede encontrar en un Anexo del Capítulo 1 del siguiente libro:

Gil-Monte, P. R. y Moreno-Jiménez, B. (Coord.) (2007). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): grupos profesionales de riesgo. Madrid: Pirámide.

Además, está reconocido por la APA:

<https://psycnet.apa.org/doi/andng?doi=10.1037%2F121442-000>

https://www.uv.es/uniposico/pdf/CESQT/PA_SBI.pdf

El CESQT ha sido editado por TEA:

<http://www.web.teaediciones.com/Representantes%20Internacionales.aspx>

En el manual podrá encontrar los criterios de clasificación de los individuos en función de la puntuación obtenida para contribuir al diagnóstico del SQT

<http://www.web.teaediciones.com/CESQT-CUESTIONARIO-PARA-LA-EVALUACION-DEL-SINDROME-DE-QUEMARSE-POR-EL-TRABAJO.aspx>

http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/Manual_CESQT.pdf

<http://www.web.teaediciones.com/Login.aspx>

Representantes internacionales

<http://www.web.teaediciones.com/Representantes-internacionales.aspx>

Se incluye una versión para trabajadores que no desarrollan su actividad hacia personas.

Puede encontrar varios estudios sobre el instrumento en la web de la UNIPSIICO:

<http://www.uv.es/uniposico/instrumentos-sie-evaluacion/>

Y un vídeo explicativo en el siguiente url:

<https://www.youtube.com/watch?v=va1XpRc0c&feature=youtu.be>

En su día cedí los derechos de distribución del CESQT a la Universitat de València, dado que fue creado mediante proyectos de investigación respaldados por esta institución.

La Universidad firmó un contrato de comercialización de la obra con la Editorial TEA, que en la actualidad tiene los derechos de edición, distribución y venta de la obra. Por tanto, yo ya no puedo darle una autorización, sólo puedo recomendarle que adquiera el cuestionario.

Como investigador y autor del CESQT le animo a que lo utilice, y siempre lo haga con material original. **MI AUTORIZACIÓN ESTÁ LIMITADA POR LOS DERECHOS QUE LA EDITORIAL TIENE.** Le sugiero que contacte con la editorial TEA y le solicite el permiso para que valoren si le autorizan a aplicarlo con fines docentes y/o de investigación: madrid@teaediciones.com

Un cordial saludo.

Pedro R. Gil-Monte

Pedro R. Gil-Monte, PhD
Professor of Social and Organizational Psychology Dep. of Social
Psychology (University of Valencia) Avda. Blasco Ibañeta, 21, 46101
Valencia

Tfno: +34-963864564; FAX: +34-963864668

e-mail: Pedro.Gil-Monte@uv.es

<http://www.uv.es/uniposico/miembros/gil-monte-pedro-r/>

<http://www.uv.es/uniposico/>

<https://www.web.teaediciones.com/psyc/authors/recond/848528>

<https://orcid.org/0000-0002-2827-2388>

<https://scholar.google.es/citations?hl=es&user=1WKk7fwAAAAJ>

<https://www.researchgate.net/profile/Pedro-Gil-Monte>

CONFIDENTIALITY CLAUSE

Confidencialitat/confidentialidad/confidentiality:

https://www.uv.es/web/uv/claustula_confidencialitat.html

De: Gloria Rodriguez <gara84224@hotmail.com>

Enviado el: martes, 13 de junio de 2023 0:47

Para: Pedro.Gil-Monte@uv.es

Asunto: Permiso para utilizar el CESQT

Panamá 12 de junio de 2023

Doctor

Pedro R. Gil-Monte
Facultad de Psicología
Universitat de València
E. S. D.

Estimado Doctor:

Me dirijo a usted para saludarle y a la vez solicitarle su valiosa colaboración. Actualmente me encuentro trabajando en una investigación sobre el tema: **"Incidencia Del Síndrome De Burnout Y La Resiliencia En Las Enfermeras (Os) De Cuidados Intensivos Del Hospital Santo Tomás"**. Como parte de la tesis para la Maestría de Cuidados Críticos que estoy realizando en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Panamá.

Si usted me lo permite me gustaría utilizar el instrumento CESQT. Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el trabajo.

A pesar de sus ocupaciones y el tiempo que siempre es escaso, le ruego me brinde esta información que necesito para poder avanzar con la investigación. Por mi parte me comprometo a reconocer su aporte y hacerle llegar los resultados de la investigación.

En espera de su respuesta se despide atentamente,

Lic. Gloria Rodriguez de Peters
8-774-1450
E-mail: gara84224@hotmail.com
Cel.: (507) 67212389

ANEXO 8. VALIDEZ FACIAL DEL CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO (consolidado de las respuestas del grupo de expertos)

ITEMS SEGÚN DIMENSIONES	EVALUACIÓN DE LA REDACCIÓN DE LOS ÍTEMS						
	Exp. 1	Exp. 2	Exp. 3	Exp. 4	Σ	\bar{x}	IVC
ILUSIÓN POR EL TRABAJO							
1. Mi trabajo me supone un reto estimulante.	4	4	4	4	16	4	1
2. Veo mi trabajo como una fuente de realización personal.	4	4	2	4	14	3,5	0,87
3. Pienso que mi trabajo me aporta cosas positivas.	4	4	4	4	16	4	1
4. Mi trabajo me resulta gratificante.	4	4	4	4	16	4	1
5. Me siento ilusionado por mi trabajo.	4	4	4	4	16	4	1
DESGASTE PSÍQUICO							
6. Pienso que estoy saturado por el trabajo.	4	4	4	3	15	3,7	0,92
7. Me siento agobiado por el trabajo.	4	4	4	3	15	3,7	0,92
8. Me siento cansado físicamente en el trabajo.	4	4	4	3	15	3,7	0,92
9. Me siento desgastado emocionalmente.	4	4	4	3	15	3,7	0,92
INDOLENCIA							
10. No me apetece atender a algunas personas en mi trabajo.	4	4	2	1	11	2,7	0,67
11. Creo que muchas de las personas a las que atiendo en el trabajo son insoportables.	4	4	4	1	13	3,2	0,80
12. Creo que los familiares de las personas a las que atiendo en el trabajo son unos pesados.	4	4	2	1	11	2,7	0,67
13. Pienso que trato con indiferencia a algunas personas a las que atiendo en mi trabajo.	4	4	4	1	13	3,2	0,80
14. Me apetece ser irónico con algunas personas a las que atiendo en el trabajo.	4	4	2	1	11	2,7	0,67
15. Etiqueto o clasifico a las personas a las que atiendo en el trabajo según su comportamiento.	4	4	4	1	13	3,2	0,80
CULPA							
16. Me preocupa el trato que he dado a algunas personas en el trabajo.	4	4	4	2	14	3,5	0,87
17. Me siento culpable por alguna de mis actitudes en el trabajo.	4	4	4	2	14	3,5	0,87
18. Tengo remordimientos por algunos de mis compañeros en el trabajo.	4	4	4	2	14	3,5	0,87
19. Pienso que debería pedir disculpas a alguien por mi comportamiento.	4	4	4	2	14	3,5	0,87
20. Me siento mal por algunas cosas que he dicho en el trabajo.	4	4	4	2	14	3,5	0,87

$$\bar{x} = 17,31/20 \rightarrow IVC = 0,86$$



Panamá, 22 de febrero de 2026

Señores
Universidad de Panamá
Vicerrectoría de Investigación y Postgrado
Facultad de Enfermería

E. S. D.

Respetados señores:

Yo, Ilka Y. Cedeño, con cédula de identidad personal n.º 1-43-254 licenciada en humanidades con especialización en español, **certifico** que realice la revisión del trabajo de investigación denominado “El Síndrome de Burnout y la Resiliencia como Factor Mediador en Enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos desde el Modelo de Adaptación de Roy de un Hospital de Tercer Nivel de Atención de la Región Metropolitana”, el cual fue elaborado por la licenciada Gloria Alejandra Rodríguez Aguilar de Peters, con cédula de identidad personal n.º 8-774-1450.

Por lo anterior, puedo indicar que dicho trabajo de investigación reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la exposición pública en tan digna casa de estudios superiores.

Magíster, licenciada en humanidades con
especialización en español





UNIVERSIDAD DE PANAMÁ

LA FACULTAD DE

Humanidades

EN VIRTUD DE LA POTESTAD QUE LE CONFIEREN LA LEY Y EL ESTATUTO UNIVERSITARIO,
HACE CONSTAR QUE

Alka Yessamine Urdano Torres

HA TERMINADO LOS ESTUDIOS Y CUMPLIDO CON LOS REQUISITOS
QUE LE HACEN ACREEDOR AL TÍTULO DE

*Licenciada en Humanidades
con Especialización en Español*

Capítulo de Honor Sigma Lambda

Y EN CONSECUENCIA, SE LE CONCEDE TAL GRADO CON TODOS LOS DERECHOS,
HONORES Y PRIVILEGIOS RESPECTIVOS, EN TESTIMONIO DE LO CUAL SE LE EXPIDE
ESTE DIPLOMA EN LA CIUDAD DE PANAMÁ, A LOS *ocho*
DÍAS DEL MES DE *abril* DEL AÑO DOS MIL *veintiuno*.

Diploma *279807*
Identificación Personal
1-43-204

Yessamine Urdano Torres
Secretaria General

Edmundo Flores Castro
Rector