RELIGACIÓN
REVISTA

Carga laboral y pacientes asignados en el personal de enfermería de cuidados intensivos: estudio transversal

Workload and Assigned Patients Among Intensive Care Nursing Staff: A Cross-Sectional Study

Angel Efrain Palaguachi Tenecela, Marco Antonio Sigüenza Pacheco, Ana Beatriz Guapacasa Yanza, Tania Catalina Zhizhpon Quinde

Resumen

La carga laboral del personal de enfermería en unidades de cuidados intensivos se presenta en el área de trabajo resultante de las demandas física, cognitivas y emocionales del cuidado y la capacidad del enfermero para responder de manera segura y eficiente a cada actividad. Analizar la relación entre la carga laboral del personal de enfermería medida mediante la escala Nursing Activities Score y el número de pacientes asignados en las unidades de cuidados intensivos de dos hospitales de la Dirección Provincial del Azuay del Ecuador, durante el periodo septiembre 2025 – agosto 2026. Estudio observacional, analítico, transversal, prospectiva. Muestra de 65 enfermeros. Se recolectaron variables sociodemográficas, puntuación NAS, número de pacientes asignados. Análisis inferencial, prueba de normalidad de Shapiro – Wilk, análisis de varianza no para métrico de KrusKal – Wallis y coeficiente de correlación de Spearman. Sexo femenino 86.2%, nivel de formación licenciatura 78.5% y turnos de doce horas, 41,5% diurno y 29,2% nocturno. Media de escala de 87.1 puntos, media de pacientes asignados de 2. No se encontraron diferencias estadísticas entre la puntuación y el número pacientes (Rho = 0.140; p= 0.267). La carga de trabajo es alta y homogénea durante 24 horas. La distribución de pacientes sobrepasa la capacidad física del personal, la transición de modelos de asignación del personal es de suma importancia.

Palabras clave: Enfermería; Carga de Trabajo; Unidades de Cuidados Intensivos; Personal de Enfermería.

Angel Efrain Palaguachi Tenecela
Universidad de Cuenca | Cuenca | Ecuador | angel.palaguachit@ucuenca.edu.ec
Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador | efrainvirgo95@gmail.com
https://orcid.org/0000-0002-2291-5303
Marco Antonio Sigüenza Pacheco
Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador | marco.siguenzap@ucacue.edu.ec
https://orcid.org/0000-0003-4058-6037
Ana Beatriz Guapacasa Yanza
Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador | ana.guapacasa@ucacue.edu.ec
https://orcid.org/0000-0001-6676-4191
Tania Catalina Zhizhpon Quinde
Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador | taniazhizhpon@ucacue.edu.ec
https://orcid.org/0000-0001-6556-8076

http://doi.org/10.46652/rgn.v11i52.1755
ISSN 2477-9083
Vol. 11 No. 52, octubre-diciembre, 2026, e2601755
Quito, Ecuador

Enviado: junio 15, 2026
Aceptado: agosto 22, 2026
Publicado: noviembre 25, 2026
Publicación Continua

CC BY NC ND

RELIGACIÓN CICSHAL
Centro de Investigaciones en Ciencias Sociales y Humanidades desde América Latina

Abstract

The workload of nursing staff in intensive care units is manifested in the workplace as a result of the physical, cognitive, and emotional demands of care and the nurse's capacity to respond safely and efficiently to each activity. To analyze the relationship between the nursing staff's workload measured by the Nursing Activities Score and the number of assigned patients in the intensive care units of two hospitals of the Provincial Directorate of Azuay, Ecuador, during the period September 2025 – August 2026. Observational, analytical, cross-sectional, prospective study. Sample of 65 nurses. Sociodemographic variables, NAS score, and number of assigned patients were collected. Inferential analysis, Shapiro–Wilk normality test, Kruskal–Wallis non-parametric analysis of variance, and Spearman correlation coefficient. Female sex 86.2%, bachelor's degree level of education 78.5%, and twelve-hour shifts, 41.5% daytime and 29.2% nighttime. Mean scale score of 87.1 points, mean number of assigned patients of 2. No statistical differences were found between the score and the number of patients (Rho = 0.140; p = 0.267). The workload is high and homogeneous over 24 hours. Patient distribution exceeds the physical capacity of the staff; the transition of staff assignment models is of paramount importance.

Keywords: Nursing; Workload; Intensive Care Units; Nursing Staff.

Introducción

La atención sanitaria en unidades de cuidados intensivos (UCI), emplea una alta exigencia técnica y asistencial, vinculada a la gravedad y a la variabilidad del paciente crítico (Bruyneel et al., 2025; Comezaquira-Reay et al., 2021); en este contexto, la carga laboral del personal de enfermería se presenta en el área de trabajo, resultante de las demandas física, cognitivas y emocionales del cuidado y la capacidad del profesional para responder de manera segura y eficiente a cada actividad (Ivziku et al., 2022; Organización Internacional del Trabajo, 2019). Desde los modelos de los teoristas de Cooper y Harper (Valdehita et al., 2007), y el modelo de demandas y recursos laborales de Demerouti (Bakker & Demerouti, 2013), se describe que las exigencias del entorno y los recursos disponibles limitados, provocan altos niveles de tensión psicológicas y estrés ocupacional (Carranza Esteban et al., 2023), la multidimensionalidad de esta carga de trabajo está determinada por factores como la movilización física, la toma continua de decisiones clínicas, la confrontación constante con el sufrimiento y la muerte, el trabajo en turnos rotativos y las emergencias no programadas (Andrade-Pizarro et al., 2023; Ferramosca et al., 2023).

Así mismo, los elementos operacionales como la complejidad a nivel de las diversas patologías, la constante necesidad de capacitación frente a nuevas tecnologías, tareas administrativas y el clima organizacional con deficiencias de comunicación o soporte intensifican la presión sobre el profesional (López et al., 2023); cuando esta sobrecarga laboral se vuelve crónica, detona el Síndrome de Burnout, la misma que se evidencia por un agotamiento físico, insatisfacción y ausentismo (Mansour & Abu Sharour, 2021; Pérez & Ordóñez, 2024). A nivel asistencial, repercute en una forma directa en un incremento de loa eventos adversos como los errores en la administración de medicamentos, omisión o retraso en las intervenciones esenciales, como es de los enfermeros el Procesos de Atención de Enfermería (PAE), además de una reducción de la calidad de cuidado y la eficiencia hospitalaria (Godoy et al., 2025; Henao-Castaño et al., 2023; Universidad Nacional de Colombia et al., 2023).

Frente a la insuficiencia de los ratios estáticos paciente – enfermero, para medir la demanda asistencial, se han desarrollado instrumentos cuantitativos orientados a la gestión objetiva del talento humano (Batassini et al., 2025; Godoy et al., 2025), entre ellos el Nursing Activities Score (NAS), diseñado por miranda et al. (Rubiales, s. f.) y sometido a diversas validaciones internacionales(Cerela-Boltunova et al., 2024; Nobre et al., 2019; Sánchez-Sánchez et al., 2015), se ha consolidado como un estándar de oro en áreas críticas, a través de 23 ítems distribuidos en siete categorías operativas, cuantificando el tiempo del personal de enfermería requiere para atender un paciente dentro de 24 horas o por turnos rotativos (mañana, tarde o noche), reflejando la complejidad real del cuidado independiente que necesitan los pacientes de acuerdo a su diagnóstico médico (Cerela-Boltunova et al., 2024; Organización Internacional del Trabajo, 2019).

La evidencia empírica internacional, corrobora que las demandas asistenciales suelen superar el 60% del tiempo laboral del paciente (Rivera et al., 2021), estudios como los de Salgado et al. (Salgado et al., 2020) reportan promedios de NAS de 57,41%en pacientes críticos generales y de hasta 64% en aquellos con desenlace fatal, demostrando una correlación estrecha entre la carga de trabajo y la severidad del paciente; del mismo modo, Cáceres et al. (2020), destacan que el enfermero requiere más del 60% de su tiempo de turno para poder cubrir la necesidad del paciente; de igual manera, evaluaciones operativas han documentados puntuaciones de NAS entre 67,7 y 100%, vinculadas a la monitorización continua, balance hídrico, el procesamiento de datos clínicos y la movilización, apuntando a la utilidad del instrumento para equilibrar las asignaciones del personal y mitigar los riesgos clínicos que pueden ampliar costos.

Pese a su amplia aplicación global, existe una brecha sustancial en la documentación objetiva de la carga laboral en sistemas de salud de medianos y bajos ingresos, particularmente en el contexto hospitalario pública en América Latina; en Ecuador, el Ministerio (MSP) enfrenta limitaciones presupuestarias, trabas administrativas y deficiencia en la asignación eficiente de recursos, lo que ha generado un déficit estructural de profesionales y plazas de contratación en servicios de segundo y tercer nivel, como áreas críticas (Cano et al., 2024; Flor-Lara et al., 2022); en las UCI públicas del país, la asignación del personal continua realizándose bajo criterios nominales o empíricos, sin evidencia cuantitativa actualizada sobre las demandas de tiempo requeridas por turno ni sobre su correlación con el número de pacientes asignados (Batassini et al., 2025; Henao-Castaño et al., 2023), esta falta de datos verificables a nivel local impide una gestión equitativa de cargas de trabajo e impacta de manera negativa en la seguridad del paciente crítico, como en la salud ocupacional del personal, criterios vinculados con las metas de calidad asistencial y trabajó docente promovidas por los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS 3 y 8), alineadas a las prioridades del MSP con las líneas del literal 19 del Sistema Nacional de Salud, gestión del talento humano, financiamiento de la atención de salud alineado al "manejo administrativo y optimización de recursos" y la calidad de atención a través de sublínea de "satisfacción de usuario interno, externo, calidad de atención y costos" (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013; Objetivos de Desarrollo Sostenible Ecuador, 2025; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, s. f.).

Para responde a la problemática el estudio planteo la siguiente hipótesis: "A mayor número de pacientes asignados en la unidad de cuidados intensivos, mayor será la carga laboral del personal de enfermería medida por la escala NAS"; con el siguiente objetivo general: Analizar la relación entre la carga laboral del personal de enfermería medida mediante la escala Nursing Activities Score y el número de pacientes asignados en las unidades de cuidados intensivos de dos hospitales de la Dirección Provincial del Azuay del Ecuador, durante el periodo septiembre 2025 – agosto 2026. Como objetivos específicos se propuso: "Caracterizar a la población participante de las UCIS según las variables y covariables, sociodemográficas y laborales. Describir la distribución de la carga laboral del personal de enfermería mediante la Escala NAS y el número de pacientes asignados en los turnos de 24 horas y en los turnos de mañana, tarde y noche durante el periodo del estudio. Determinar la relación entre la carga laboral medida por la escala NAS y el número de pacientes asignados al personal de enfermería de las unidades evaluadas."

Metodología

Diseño de estudio

Estudio observacional, analítico de corte transversal con recolección de datos prospectiva, el informe de la investigación se estructuró conforme a las recomendaciones de la declaración Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology para estudios transversales (STROBE cross – sectional studies) (*STROBE - Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology*, s. f.; von Elm et al., s. f.).

Contexto

El estudio se desarrolló en la UCI de dos hospitales públicos de tercer nivel adscritos a la Dirección Provincial del Azuay, Ecuador; el periodo de todo el proceso evaluó la carga de trabajo en las diferentes jornadas asistenciales de servicio: turno matutino (M, 6 horas), turno vespertino (T, 6 horas), turno diurno continuo (MT, 12 horas) y turno nocturno (N, 12 horas), garantizando la representatividad de la dinámica del cuidado crítico a lo largo de las 24 horas del día.

Participantes y criterios de selección

La población de estudio estuvo conformada por los profesionales de enfermería que laboran activamente en las UCI seleccionadas, se aplicó un muestreo no probabilístico por conveniencia que incluyó a todo el personal que cumplió con los criterios de elegibilidad durante el periodo evaluado.

Criterios de inclusión: poseer título universitario de licenciatura en enfermería o grado superior de posgrado (especialidad, maestría o doctorado). Antigüedad mínima de un mes de labor interrumpida en el área de cuidados intensivos. Desempeñar funciones asistenciales de

atención directa al paciente crítico durante el turno evaluado. Otorgar consentimiento informado por escrito.

Criterios de exclusión: personal asignado a labores administrativas o supervisión general sin asignación directa de camas. Profesionales con licencia por certificado médico o permisos mayorees de 15 días. Internos rotativos o personal en proceso de inducción. Profesionales que declinaron participar voluntariamente.

Variables de estudio

Variable desenlace (dependiente): carga laboral de enfermería, cuantificada como el porcentaje de tiempo asistencial directo e indirecto consumido por la atención del paciente crítico según la puntuación global de la escala NAS (cuantitativa continua, escala de 0 a 100%, con capacidad de superar el 100% en situaciones de sobrecarga, donde un paciente demanda de más de un profesional.

Variable predictora principal: número de paciente asignados al profesional de enfermería en turno asistencial evaluado (cuantitativa discreta).

Covariables: sociodemográficas y académicas: sexo (femenino / masculino), edad (años cumplidos) y nivel de formación profesional (licenciatura, especialidad y maestría). Laborales: Modalidad horaria del turno de trabajo (matutino (M), vespertino (T), diurno de 12 horas (MT) y nocturno (N).

Fuentes de datos y métodos de medición

Se utilizaron dos instrumentos integrados:

Escala Nursing Activities Score (NAS): versión validad y adaptada al español por Boas – Viera et al. A partir del instrumento original de Miranda et al. (Prietro & Torre, 2019; Sánchez-Sánchez et al., 2015). La escala consta de 23 ítems distribuidos en 7 categorías (actividades básicas, soporte ventilatorio, soporte ventilatorio, cardiovascular, renal, neurológico, metabólico e intervenciones especificas).

Cuestionario sociodemográfico: el personal registro de manera digital edad, sexo, nivel de formación académica. Mientras que el horario de turno y el número de paciente asignados se describió de manera física en conjunto con el cuestionario de la NAS. Además, los datos fueron recolectado mediante técnica de auto registro en el término de cada jornada laboral.

Control de sesgos

Se aplicaron procedimientos de control previo, concurrente y posterior:

- Sesgo de información y calibración: se ejecutó una prueba piloto previa con cinco profesionales de enfermería que tenían el perfil para verificar la claridad del formulario digital. Así mismo, se impartió una capacitación de estandarización sobre los criterios de puntuación de la escala NAS para homogeneizar el criterio de registro.
- Sesgo de registro y duplicación: Dos enfermeros apoyaron verificando de manera presencial la consistencia de los datos reportados, cotejando los códigos alfanuméricos únicos asignados a cada participante para evitar duplicidades.
- Sesgo de confusión: las diferencias observadas en la carga laboral según el turno y el nivel de formación se controlaron mediante análisis de varianza no paramétricos.

Tamaño del estudio

Se empleo un criterio de inclusión censal de los profesionales disponibles en los servicios de UCI de ambas instituciones que cumplían con los criterios de elegibilidad; la muestra analizada quedo constituida por sesenta y cinco profesionales de enfermería evaluados (N= 65). Tamaño que dispuso de 63 grados de libertad en el análisis correlacional bivariado, permitiendo contrastar la hipótesis de la asociación línea con una potencia estadística adecuada para estudios observacionales de ámbito clínico local.

Variables cuantitativas

La variable edad se recolecto como variable discreta y se analizó mediante su distribución de frecuencias por años cumplidos, la puntuación global de la NAS y el número de paciente asignados se trataron analíticamente como variables continuas y cuantitativas discretas respectivamente. Con base en los hallazgos de asimetría estadística, ambas variables se resumieron utilizando la mediana y el rango (mínimo – máximo) como medidas centrales de reporte, complementadas con la media y desviación estándar (DE) para fines comparativos.

Métodos estadísticos

El análisis estadístico se procesó en el software Jamovi versión 2.6.44:

- Análisis descriptivo e inferencial: las variables categóricas sexo, formación académica y turno, se expresaron como frecuencias absolutas, porcentajes relativos y porcentajes acumulados; el supuesto de normalidad para las variables cuantitativas (puntuación de la NAS y número de pacientes asignados) se contrasto formalmente mediante la prueba de Shapiro – Wilk, respaldada por la inspección visual de histogramas de distribución y gráficos de Q – Q.

- Correlación y comparación de grupos: ante la comprobación de una distribución no normal en ambas variables principales ($p < 0,05$), se utilizó el coeficiente de correlación de rangos de Spearman (p) para evaluar la fuerza y dirección de la relación entre la puntuación NAS y el número de pacientes asignados; para comparar las diferencias en la carga de trabajo entre las categorías del turno laboral y según el nivel de formación académica, se aplicó la prueba de Kruskal – Wallis (ANOVA no paramétrico de un factor) reportando el estadístico X^2, los grados de libertad (gl) y el valor p.
- Manejo de datos faltantes: los análisis inferenciales se ejecutaron mediante el método de análisis de casos completos (complete – case análisis), procesando a los 65 participantes que contaban con registros completos en las matrices faltantes.
- Ajuste muestral: no se aplicaron factores de ponderación muestral al no tratarse de un diseño probabilístico complejo multietápico.
- Nivel de significancia: en todos los contrastes de hipótesis se adoptó un nivel de significación bilateral de $\alpha = 0,05$ ($p < 0,05$).

Consideraciones bioéticas

El protocolo se ajustó a los principios éticos de la declaración de Helsinki y la normativa para investigaciones biomédicas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, además se obtuvo la aprobación del Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos. La participación fue estrictamente voluntaria mediante la firma de consentimiento informado, se aseguró el anonimato asignando a cada participante un código alfanumérico de cuatro dígitos, custodiando las matrices analíticas en repositorios digitales protegida por contraseña. El estudio no implicó riesgos físicos o biológicos para los profesionales participantes.

Resultados

Flujo de participantes:

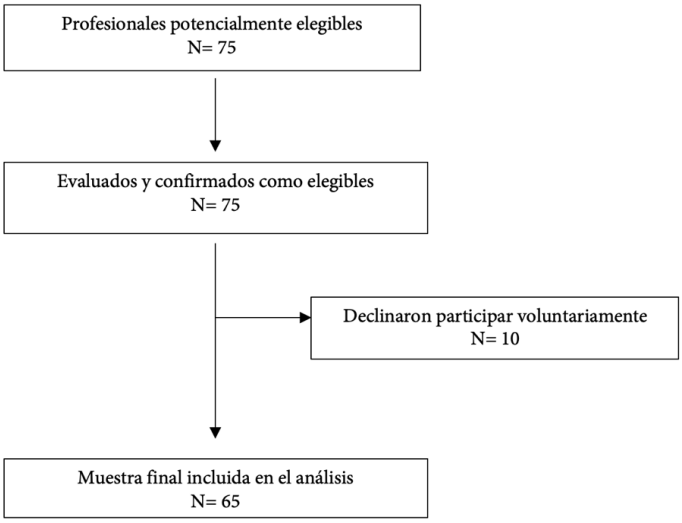
Se identifico una población potencial de 75 profesionales de enfermería en actividades en UCI, de las dos instituciones hospitalarias de la provincia del Azuay, los profesionales fueron evaluados para determinar su elegibilidad, confirmándose que la totalidad cumplía con los criterios de inclusión establecidos (título de licenciatura o posgrado, antigüedad mínima de un año y asignación asistencial directa de pacientes).

Razones de no participación:

De los 75 profesionales fue de elegibles, 10 declinaron participar voluntariamente en el estudio tras la socialización del protocolo (n= 10), los 65 profesionales restantes otorgaron su

consentimiento informado por escrito y complementaron íntegramente los instrumentos de recolección de datos, por consiguiente, la muestra final analizada fue de N = 65, alcanzando una tasa de respuesta y participación efectiva del 86,7%.

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección e inclusión de los participantes – STROBE



Fuente: elaboración propia.

Datos descriptivos

Características de los participantes

Tabla 1. Características sociodemográficas del personal de enfermería

Sexo	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Femenino	56	86.2%	86.2%
Masculino	9	13.8%	100.0%
Edad	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
25	1	1.5%	1.5%
28	1	1.5%	3.1%
30	4	6.2%	9.2%
31	3	4.6%	13.8%
32	5	7.7%	21.5%
33	6	9.2%	30.8%
34	5	7.7%	38.5%
35	5	7.7%	46.2%
36	7	10.8%	56.9%
37	2	3.1%	60.0%
38	8	12.3%	72.3%
39	5	7.7%	80.0%
40	6	9.2%	89.2%
41	1	1.5%	90.8%
43	1	1.5%	92.3%
44	1	1.5%	93.8%

Sexo	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
45	1	1.5%	95.4%
47	2	3.1%	98.5%
48	1	1.5%	100.0%
Nivel de formación	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Especiali-dad	3	4.6%	4.6%
Licenciatura	51	78.5%	83.1%
Maestría	11	16.9%	100.0%
Turno	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
M	16	24.6%	24.6%
MT	27	41.5%	66.2%
N	19	29.2%	95.4%
T	3	4.6%	100.0%

Fuente: elaboración propia.

La tabla uno presenta las covariables de sexo, edad nivel de formación y turno, en el sexo predomino el femenino con 58 participantes equivalente al 86,6% de la población, la edad de los profesionales oscilo entre los 25 y 48 años, con una mayor frecuencia los 38 años con el 11,9% seguida de 36 años con el 10,4%. En cuanto al nivel de formación predomino la licenciatura con el 79,1%, seguida de la maestría con el 16,4% y la especialidad del 4,5%. El turno más frecuente fue el de día (MT – 12 horas) con un 41,5%, seguido de los turnos de noche con el 29,2%.

Datos de los desenlaces

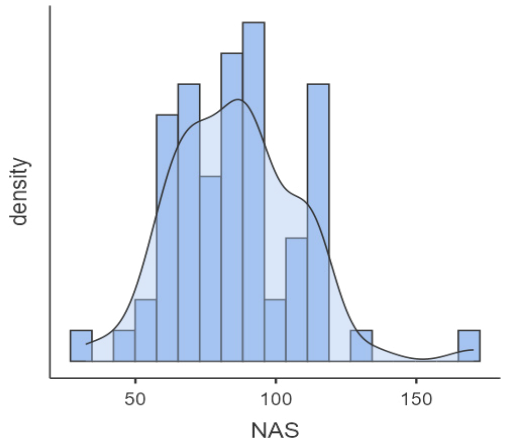
Tabla 2. Prueba de normalidad de la Nursing Activities Score y el número de pacientes signados

								Shapiro-Wilk	
	N	Perdidos	Media	Mediana	DE	Mínimo	Máximo	W	p
Total	65	10	85.87	87.1	22.91	32.3	170	0.960	0.033
Número de pacientes	65	10	1.75	2	1.05	1	8	0.618	<.001

Fuente: elaboración propia.

La puntuación NAS presentó una mediana de 87,1 puntos (DE = 22,91; rango:32,3 – 170), mientras que el número de pacientes signados mostró una mediana de 2 (DE = 1,05; rango: 1 – 8); ambas variables presentaron una distribución no normal, según a prueba de Shapiro – Wilk (p= 0,033 y p < 0,001).

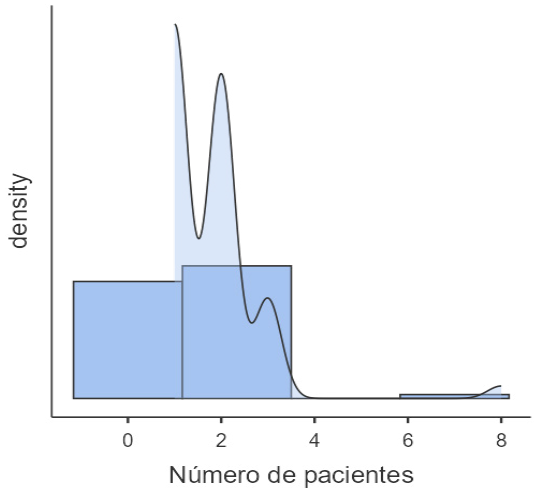
Figura 2. Distribución de las puntuaciones de la Nursing Activities Score



Fuente: elaboración propia.

En el histograma, la distribución de la NAS se concentró principalmente entre los 70 y 110 puntos, con dispersión hacia los valores superiores y una distribución no normal, consistente con la prueba de Shapiro – Wilk (p = 0,033).

Figura 3. Distribución del número de pacientes asignados por profesional de enfermería



Fuente: elaboración propia.

En el grafico dos se demuestra una fuerte asimetría positiva con un comportamiento multimodal concentrado en 1 y 2 pacientes, la presencia de estos valores distantes que van hasta 8 pacientes y la dispersión observada justifica la desviación de la normalidad confirmada por la prueba de Shapiro – Wilk (p = 0,001) respaldando el uso de pruebas no paramétricas para el análisis inferencial.

Resultados principales

Estimación de la correlación bivariado no ajustado

Tabla 3. Matriz de Correlaciones

		NAS	Número de pacientes
NAS	Rho de Spearman	—	
	gl	—	
	valor p	—	
Número de pacientes	Rho de Spearman	0.140	—
	gl	63	—
	valor p	0.267	—

Fuente: elaboración propia.

No se observó una correlación estadísticamente significativa entre la puntuación NAS y el número de pacientes asignados (p = 0,140; p = 0,267) lo que indica una asociación positiva de magnitud leve.

Estimación de la correlación bivariado no ajustada

El incumplimiento de los supuestos de normalidad en ambas variables cuantitativas, se aplicó el coeficiente de correlación por rangos de Spearman (p), no se observó una correlación estadísticamente significativa entre la puntuación NAS y el número de pacientes asignados al profesional de enfermería (Tabla 3); la magnitud del coeficiente denoto una asociación positiva débil o nula, demostrando que un mayor número nominal de pacientes asignados no condiciona linealmente un incremento proporcional en la demanda de tiempo y esfuerzo de enfermería.

Límites de categorización

Las variables continuas se evaluaron en su escala numérica original para preservar la potencia analítica de las observaciones.

Riesgos relativos / absolutos

Al tratarse de un análisis correlacional entre variables cuantitativas continuas y discretas, no aplica al estudio.

Otros análisis

Tabla 4. Kruskal-Wallis de datos cuantitativos – Anova de un Factor (no paramétrico)

VD	VA	χ^2	gl	p
NAS	Turno	2.30	3	0.513
Turno	Nivel de formación	3.57	2	0.168

Fuente: elaboración propia.

Nota: Variable dependiente (VD), Variable de agrupación (VA)

Se llevaron a cabo análisis de comparación de grupos mediante la prueba de Kruskal – Wallis (ANOVA no paramétrico de un factor) para examinar la influencia de las covariables (Tabla 4): al comparar las puntuaciones de la escala NAS a través de las jornadas laborales (M, MT, N, T), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 = 2.30$; gl = 3; p = 0,513), demostrando que los niveles de exigencia se mantienen elevados y estables a lo largo de las 24 horas. De igual manera la distribución de los profesionales en los turnos según su nivel de formación académica no evidencio diferencias significativas ($\chi^2 = 3.57$; gl = 2; p = 0,168).

Discusión

De acuerdo con el objetivo número uno, se observó un predominio de sexo femenino con un 86.2%, una edad concentrada entre los 36 a los 38 años, un nivel de formación profesional en licenciatura de enfermería con el 78.5%, seguido de maestría del 16.9% y una distribución laboral predominante en turnos de 12 horas diurnos del 41.5% y nocturnos de 29.2. Por su parte, el autor Tubbs – Cooley et al. (2025), en Estados Unidos reportaron un predominio femenino del 98% en su trabajo sobre la carga laboral y omisión de cuidados de enfermeras de cuidados intensivos, demostrando una tendencia de distribución de sexo de la profesión, donde las mujeres continúan asumiendo mayoritariamente el rol de cuidadoras en áreas críticas. En concordancia con esta feminización del personal, Moghadam et al. (2021), en Irán reportaron un predominio femenino del 96,2% en su estudio multicéntrico sobre la carga laboral de trabajo de enfermería en UCI, esta similitud confirma una tendencia sostenida a nivel internacional, sin embargo, su interpretación debe considerar que las dinámicas de estrés y conciliación de la vida personal varían drásticamente según las normativas laborales de cada país. La implicación de este hallazgo radica en la necesidad de incorporar un enfoque de género en las políticas de retención para mitigar el desgaste profesional que afecta a las enfermeras.

En referencia al nivel de formación, Padilha et al. (2025), en un estudio multicéntrico en 10 países encontraron que casi el 40% de su personal poseía especialidades formales en cuidados críticos; esta diferencia sugiere que, mientras que en el ámbito internacional existe una fuerte política de especialización para el ingreso a unidades de cuidados intensivos, el contexto local sigue sustentados en profesionales de tercer nivel. Identificar el perfil académico es vital importancia para establecer planes de educación continua que fortalezcan las competencias clínicas necesarias

frente a la alta complejidad tecnológica actual. De igual manera, Chang et al. (2019), en Taiwán, demostraron que los sistemas de salud de altos ingresos exigen y renumeran diferencialmente las horas de enfermería en cuidados intensivos, compensando la especialización requerida para el manejo de la carga de trabajo, la brecha observada resalta como la inversión en formación avanzada se correlaciona con la capacidad de la resolución de eventos críticos. Por tal motivo, podemos mencionar que fomentar la especialización de cuarto nivel del personal a nivel local es fundamental para optimizar la toma de decisiones y mejorar los índices de calidad y seguridad del paciente.

Por otro lado, en relación con la organización de los turnos, Dauvergne et al. (2025), en Francia, documentaron que el 89% de los equipos de cuidados intensivos operaban bajo una estructura de dos turnos de 12 horas por cada 24 horas, esta similitud a nivel de la organización demuestra una preferencia internacional por consolidar jornadas largas para reducir la cantidad de traspasos de información y asegurar una continuidad en el cuidado, no obstante, expone al enfermero a la fatiga acumulada. Analizar la distribución de los turnos a nivel local, permitirá determinar si la organización temporal del trabajo constituye un trabajo de riesgo para la omisión de cuidados o si por el contrario mejoraría la calidad.

Continuando con el objetivo dos, la puntuación de la carga laboral medida mediante la escala NAS presento una mediana de 87.1 puntos (con datos concentrados entre 70 y 110), con una asignación de pacientes asimétrica (mediana de 2, rango de 1 a 8), y sin diferencias estadísticamente significativas en la NAS según el turno ($p = 0.513$ y el nivel de formación ($p= 0.168$). A diferencia de este nivel alto de carga de trabajo, Cerela – Boltunova et al. (2026), en Letonia, registraron una carga laboral estadísticamente menor, 65.45 puntos en sus unidades críticas; está marcada discrepancia evidencia que el personal evaluado en este estudio invierte cerca del 87% de su tiempo del turno en la atención directa e indirecta por paciente. Lo cual sugiere que se debe a un déficit estructural del personal auxiliar o una mayor estabilidad clínica al ingreso frente a los estándares europeos, por lo que es necesario analizar objetivamente de acuerdo al nivel de atención de salud la sobrecarga a la que está expuesto el personal operativo.

Profundizando a nivel de la sobrecarga, Hoogendoorn et al. (2021), en los países bajos, reportaron una mediana de NAS de 76,5 puntos el periodo de crisis por COVID – 19, frente a 50,0 en un periodo de control sin pandemia. Estos resultados demuestran que la carga laboral rutinaria evaluada en nuestra investigación supera incluso los niveles registrados durante contingencias sanitarias extremas en hospitales europeos, reflejando una saturación crónica del sistema; comprender la magnitud de esta puntuación es clave para exigir una reasignación urgente de recursos humanos que alinee de la demanda terapéutica real con la capacidad instalada.

En cuanto al número de pacientes asignados, Banda et al. (2022), en un hospital de referencia de Malawi, documentaron una ratio estándar de 1:2 que desencadenaba percepciones negativas directas en las enfermeras al comprometer la seguridad del paciente y generar extubaciones no planeadas. La similitud con países en vías de desarrollo subraya una deficiencia estructural donde los márgenes de dotación de personal son superados por la realidad clínica, obligando

al personal a asumir responsabilidades múltiples simultáneas, lo que se evidencia la necesidad de establecer regulaciones para proteger el ejercicio profesional. En referencia la asimetría de las asignaciones, Albuhumud et al. (2023), en Arabia Saudita, identificaron que la carga de trabajo extrema presentaba diferencias significativas asociadas al tipo de unidad y a las horas de servicio, impactando al cuidado directo y a la aparición del estrés. Lo que sugiere que la asignación de pacientes supera el ratio internacional recomendado, vulnerando los márgenes de seguridad y forzando una priorización de actividades de soporte vital, por lo que podemos decir que cuantificar los picos atípicos del riesgo sobre la calidad de atención es de suma importancia.

Respecto a la ausencia de las diferencias significativas entre los turnos, Sardo et al. (2023), en Portugal, evidenciaron que la carga de trabajo a nivel del paciente era significativamente mayor en las primeras 24 horas de ingreso y no variaba por horario de guardia; al contrario, con la homogeneidad observada en nuestro entorno se atribuye a que la inestabilidad hemodinámica y el retraso en las admisiones exigen intervenciones urgentes interrumpidas, saturando la capacidad de respuesta las 24 horas.

Con respecto al objetivo número tres, la investigación determino que no existió una correlación estadísticamente significativa entre la puntuación NAS y el número de pacientes asignados (Rho de Spearman = 0.140; p= 0.267), indicando únicamente una asociación positiva de magnitud leve; de manera similar, Kim y Kwon. (2026), en un estudio transversal en unidades de Corea del Sur, demostraron que la carga de trabajo percibida y el volumen de actividades no aumentaban de forma lineal ni consistente con el incremento del ratio de pacientes por enfermero. Esta concordancia radica en que la escala NAS mide el consumo de tiempo físico derivado del soporte orgánico; sumar pacientes no incrementa el tiempo que el enfermero dedica, sino que colapsa su capacidad y lo fuerza a omitir cuidados, por lo que es vital demostrar que la distribución del recurso humano debe basarse en la gravedad clínica y no solo en el censo de camas. Ross et al. (2023), a través de una revisión sistemática global, concluyeron que la variabilidad entre el ratio de pacientes y las herramientas de medición (NAS, TISS – 28) dificulta establecer correlaciones directas, aunque recalcan que la sobrecarga del personal incrementa la mortalidad y los eventos adversos. Por otro lado, Almenya et al. (2021), en Arabia Saudita, reportaron que la carga de trabajo de enfermería es un fenómeno complejo que no puede determinarse por una simple ratio enfermero – paciente, concluyendo que varias ratios inadecuadas incrementan las infecciones nosocomiales y la mortalidad.

Mientras que, Rojas Cárdenas et al. (2025), en Colombia, evidenciaron que cuando la asignación de pacientes era sistemáticamente superior a la recomendada por las escalas de carga terapéutica, se incrementaban linealmente los eventos adversos, las estancias prolongadas y la mortalidad; al ver estos déficits de personal, las instituciones incrementan artificialmente las ratios para cubrir la demanda. Diluyendo la puntuación real de la carga por que el profesional se ve imposibilitado de cumplir con todos los ítems.

Finalmente, analizando el colapso operativo por mezclar perfiles de pacientes, Dauvergne et al. (2025), en Francia , documentaron que los enfermeros que atendían pacientes que necesitaban cuidados intermedio o intensivos presentaban puntuaciones atípicamente altas (>164%), demostrando que aumentar la ratio combinado de pacientes con menor complejidad no reduce la sobrecarga; corroborando que la adicción de pacientes, independientemente de su gravedad aparente, fragmenta la atención y satura cognitivamente al profesional sin reflejar la puntuación individual. Po lo que podemos decir que es necesario una estandarización estricta de asignaciones.

Limitaciones

En el estudio no se incluyeron índices de gravedad fisiológica complementarios como APACHE ll o SOFA, tampoco la patología de ingreso lo que impidió ajustar la carga laboral por estratos de gravedad cínica. Así mismo, el tamaño muestral limita la aplicación de otros modelos multivariados; los datos corresponden solo a la red pública de salud por lo que no se pudo evaluar la UCI del sistema privado, ya que los recurso humanos y materiales son más restringidos. Por otro lado, al ser un estudio transversal limito la variabilidad que pudo haberse dado en los diferentes periodos de tiempo. Y por último no se evaluó las variables psicosociales del personal de enfermería que también pueden intervenir en la percepción y registro de actividades en el instrumento.

Recomendación

Los resultados ofrecen evidencia empírica, para que los servicios de cuidados intensivos adopten plantillas (NAS) de uso diario para la distribución de los pacientes y así mejorar la calidad de atención con la finalidad de disminuir los costos de estancia hospitalaria de los pacientes. Así mismo, es necesario diseñar estudios longitudinales, para poder evaluar el comportamiento de los datos, tanto a nivel del sistema sanitario público como del privado, evaluando la asociación de la NAS con indicadores de morbimortalidad, eventos adversos y de bienestar personal. Por último, se necesita generar investigaciones cualitativas (Estudio fenomenológico: experiencias de priorización y omisión de cuidados enfermeros) (Teoría fundamentada: estrategias de adaptación frente a la saturación hospitalaria) (Estudio etnográfico: carga de trabajo invisible en el entorno crítico) (Investigación – Acción participativa: Rediseño de los criterios de asignación de turnos) para evaluar las percepciones que tienen sobre la carga laboral el personal de enfermería y así mejorar el análisis de las diversas dificultades por las que pasa el personal, ya que la carrera en el país, es infravalorada.

Conclusión

Se pudo observar u predominio del sexo femenino, una edad promedio de adultos jóvenes y una proporción creciente de posgradistas, no obstante, la formación académica no genero diferencias en la puntuación NAS, determinando que la demanda física responde a las necesidades

del enfermo y no al grado académico del profesional. Este perfil socio laboral subraya la necesidad de implementar políticas de retención con enfoque de género promover programas de especialización clínica avanzada (maestría, especialidad, doctorado), que fortalezcan la autonomía y la capacidad de respuesta del personal ante los actuales desafíos tecnológicos y terapéuticos en el área crítica.

La carga laboral en las UCI fue marcadamente elevada y se mantuvo equilibrada a lo largo de los diferentes turnos laborales, demostrando que las necesidades de cuidados especializados directos e indirectos están presentes sin descender durante el turno nocturno. A la par, el volumen de pacientes asignados supera de manera asimétrica los estándares internacionales de dotación segura, alcanzando los picos que evidencian una saturación crónica del sistema.

Por último, se constató una correlación estadísticamente significativa entre el puntaje NAS y el número de pacientes asignados, concluyendo que la asignación de camas – pacientes, no constituyen un parámetro válido para predecir la carga real del trabajo de enfermería en cuidados intensivos. Asignar un mayor número de individuos a un mismo enfermero no incrementa matemáticamente el tiempo que este puede invertir en el cuidado, sino que sobrepasa su capacidad instalada, forzando la priorización del soporte vital y omitiendo los cuidados esenciales.

En consecuencia, la gestión del talento humano en área críticas no debe subestimarse en el recuento estático de camas o ratios arbitrarios, sino en la medición dinámica de la gravedad clínica, resulta imperativo que las instituciones hospitalarias pasen a utilizar modelos de dotación basados en instrumentos validados que se alineen en la capacidad operativa con la demanda terapéutica real, garantizando de esta manera la seguridad del paciente y reviniendo el colapso del equipo de salud.

Referencias

Albuhumud, M. S., & Mozo, E. V. (2023). The effect of workload on nurses who are taking care of COVID-19 patients. *Saudi Journal of Nursing and Health Care*, *6*(7), 236-240. https://doi.org/10.36348/sjnhc.2023.v06i07.008

Almenyan, A. A., Albuduh, A., & Al-Abbas, F. (2021). Effect of nursing workload in intensive care units. *Cureus, 13*(1). https://doi.org/10.7759/cureus.12674

Andrade-Pizarro, L. M., Bustamante-Silva, J. S., Viris-Orbe, S. M., & Noboa-Mora, C. J. (2023). Retos y desafíos de enfermería en la actualidad. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, *7*(14), 41-53.https://doi.org/10.35381/s.v.v7i14.2525

Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2013). La teoría de las demandas y los recursos laborales. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, *29*(3), 107-115. https://doi.org/10.5093/tr2013a16

Banda, Z., Simbota, M., & Mula, C. (2022). Nurses' perceptions on the effects of high nursing workload on patient care in an intensive care unit of a referral hospital in Malawi: A qualitative study. *BMC Nursing*, *21*(1). https://doi.org/10.1186/s12912-022-00918-x

Batassini, É., Oliveira, J. L. C. D., & Beghetto, M. G. (2025). Demostración de métodos de cálculo para dimensionar el equipo de enfermería en cuidados intensivos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 33. https://doi.org/10.1590/1518-8345.7184.4409

Bruyneel, A., Dauvergne, J. E., Bouckaert, N., Caillet, A., Sermeus, W., Poiroux, L., & Van den Heede, K. (2025). Association of burnout and intention-to-leave the job with objective nursing workload and nursing working environment:A cross-sectional study among intensive care nurses. *Journal of Clinical Nursing*, *34*(10), 4281-4292.https://doi.org/10.1111/jocn.17650

Cáceres Rivera, D. I., Consuelo Torres, C., Cristancho Zambrano, L. Y., & López Romero, L. A. (2020). Carga laboral de los profesionales de enfermería en unidad de cuidados intensivos. Estudio descriptivo: «CARETIME». *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*, *20*(2), 92-97. https://doi.org/10.1016/j.acci.2019.12.002

Cano, M. M. N., Llauce, C. T. de J. C., & León, M. F. C. (2024). Eficiencia del gasto público en la salud. *PODIUM*, (46). https://doi.org/10.31095/podium.2024.46.5

Carranza Esteban, R. F., Mamani-Benito, O. J., Quinteros-Zúñiga, D., & Farfán-Solís, R. (2023). Preocupación por el contagio de la COVID-19 y carga laboral como predictores del malestar psicológico durante la emergencia sanitaria en personal de salud de Perú. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *52*(4), 273-279. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.06.005

Cerela-Boltunova, O., Millere, I., & Trups-Kalne, I. (2024). Adaptation of the Nursing Activities Score in Latvia.*International Journal of Environmental Research and Public Health*, *21*(10). https://doi.org/10.3390/ijerph21101284

Chang, L.-Y., Yu, H.-H., & Chao, Y.-F. C. (2019). The relationship between nursing workload, quality of care, and nursing payment in intensive care units. *Journal of Nursing Research*, *27*(1). https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29613879/

Comezaquira-Reay, A. C., Terán-Ángel, G., & Quijada-Martínez, P. J. (2021). Workload and performance obstacles of the nursing staff in the intensive care unit. *Revista Cubana de Enfermería*, *37*(4).

Dauvergne, J. E., Bruyneel, A., Caillet, A., Caillet, P., Keriven-Dessomme, B., Tack, J., Rozec, B., & Poiroux, L. (2025). Workload assessment using the nursing activities score in intensive care units: Nationwide prospective observational study in France. *Intensive and Critical Care Nursing*, 87. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103866

Ferramosca, F. M. P., De Maria, M., Ivziku, D., Raffaele, B., Lommi, M., Tolentino Diaz, M. Y., Montini, G., Porcelli, B.,De Benedictis, A., Tartaglini, D., & Gualandi, R. (2023). Nurses' organization of work and its relation to workload in medical surgical units: A cross-sectional observational multi-center study. *Healthcare*, *11*(2). https://doi.org/10.3390/healthcare11020156

Flor-Lara, G. E., Quintero-Cepeda, D. E., Samaniego-Braganza, J. E., & Ayala-Ayala, L. R. (2022). La corrupción en la salud pública durante la pandemia en Ecuador. *IUSTITIA SOCIALIS*, *7*(2). https://doi.org/10.35381/racji.v7i2.2032

Godoy, M. A. G., León, M. de los S. M., Salazar, N. N. C., Rodríguez, J. M. P., & Pacheco, B. A. V. (2025). Impacto de la sobrecarga laboral en el personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital Liborio Panchana.*Revista Científica Multidisciplinar SAGA*, *2*(2), 792-803. https://doi.org/10.63415/saga.v2i2.158

Henao-Castaño, Á. M., Melo-Roa, J. D., Quintero-Osorio, J. F., & Cruz-López, L. N. (2023). Carga laboral de profesionales de enfermería en Unidad de Cuidado Intensivo según Nursing Activities Score. *Revista Cuidarte*, *14*(1). https://doi.org/10.15649/cuidarte.2680

Hoogendoorn, M. E., Brinkman, S., Bosman, R. J., Haringman, J., De Keizer, N. F., & Spijkstra, J. J. (2021). The impact of COVID-19 on nursing workload and planning of nursing staff on the Intensive Care: A prospective descriptive multicenter study. *International Journal of Nursing Studies*, 121. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104005

Ivziku, D., Ferramosca, F. M. P., Filomeno, L., Gualandi, R., De Maria, M., & Tartaglini, D. (2022). Defining nursing workload predictors: A pilot study. *Journal of Nursing Management*, *30*(2), 473-481. https://doi.org/10.1111/jonm.13523

Kim, S.-A., & Kwon, H. (2026). Relationships between nurse–patient assignment, perceived nursing workload, and missed care among intensive care unit nurses: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, *25*(1). https://doi.org/10.1186/s12912-026-05231-5

Mansour, H., & Abu Sharour, L. (2021). Results of survey on perception of patient safety culture among emergency nurses in Jordan: Influence of burnout, job satisfaction, turnover intention, and workload. *Journal of Healthcare Quality Research*, *36*(6), 370-377. https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2021.05.001

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). *Prioridades de investigación en salud, 2013-2017*. Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Moghadam, K. N., Chehrzad, M. M., Masouleh, S. R., Mardani, A., Maleki, M., Akhlaghi, E., & Harding, C. (2021). Nursing workload in intensive care units and the influence of patient and nurse characteristics. *Nursing in Critical Care*, *26*(6), 425-431. https://doi.org/10.1111/nicc.12548

Nobre, R. A. S., Rocha, H. M. do N., Santos, F. de J., Santos, A. D. dos, Mendonça, R. G. de, & Menezes, A. F. (2019). Aplicación del Nursing Activities Score (NAS) en diferentes tipos de UCI's: Una revisión integrativa. *Enfermería Global*, *18*(56), 485-528. https://doi.org/10.6018/eglobal.18.4.362201

Objetivos de Desarrollo Sostenible Ecuador. (2025, 4 de abril). *O*DS Ecuador. https://www.odsecuador.ec/

Organización Internacional del Trabajo. (2019, 16 de julio). Helpdesk de la OIT: Tiempo de trabajo. https://n9.cl/fstq0

Padilha, K., Cardoso, R., Nogueira, L., Bueno, M., Barbosa, R., Hoogendoom, M., Giakoumidakis, K., Giannakopoulou, M., Lucchini, A., Carmona-Monge, F., Carvalho, A., & Furmanov, A. (2025). Nursing workload and nursing staff in intensive care. *Dimensions of Critical Care Nursing*, *44*(5), 283-289. https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000715

Pérez, J. F., & Ordóñez, J. A. C. (2024). Evaluación de la carga de trabajo de enfermería en UCI usando TISS 28 y NAS:Revisión sistemática. *Revista Conecta Libertad*, *8*(4), 1-9.

Prieto, R., & Torre, C. (2019). *Enfermería en cuidados intensivos*. Médica Panamericana.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (s. f.). Objetivos de Desarrollo Sostenible. https://www.undp.org/es/sustainable-development-goals

Rivera, D. I. C., Torres, C. C., & Romero, L. A. L. (2021). Factors associated with nursing workload in three intensive care units. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55. https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2020-0272

Rojas Cárdenas, K., López Cárdenas, W. I., & Henao Murillo, N. A. (2025). Comparación de cargas de trabajo en dos modelos de atención de enfermería en unidades de cuidado intensivo adulto. *Revista Cuidarte*, *16*(3). https://doi.org/10.15649/cuidarte.4510

Ross, P., Howard, B., Ilic, D., Watterson, J., & Hodgson, C. L. (2023). Nursing workload and patient-focused outcomes in intensive care: A systematic review. *Nursing & Health Sciences*, *25*(4), 497-515. https://doi.org/10.1111/nhs.13052

Rubiales, E. (s. f.). Nursing Activities Score (NAS). SAMIUC. https://www.samiuc.es/nursing-activities-score-nas/

Salgado, P. de O., Januário, C. de F., Toledo, L. V., Brinati, L. M., Araújo, T. S. de, & Boscarol, G. T. (2020). Carga de trabalho da enfermagem requerida por pacientes durante internação numa UTI: Estudo de coorte. *Enfermería Global*, *19*(3). https://doi.org/10.6018/eglobal.400781

Sánchez-Sánchez, M. M., Arias-Rivera, S., Fraile-Gamo, M. P., & Thuissard-Vasallo, I. J. (2015). Validación de la versión en castellano del Nursing Activities Score. *Enfermería Intensiva*, *26*(2), 63-71.

Sardo, P. M. G., Macedo, R. P. A., Alvarelhão, J. J. M., Simões, J. F. L., Guedes, J. A. D., Simões, C. J., & Príncipe, F. (2023). Nursing workload assessment in an intensive care unit: A retrospective observational study using the Nursing Activities Score. *Nursing in Critical Care*, *28*(2), 288-297. https://doi.org/10.1111/nicc.12854

STROBE. (s. f.). *STROBE:* Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology. https://www.strobe-statement.org/

Tubbs-Cooley, H. L., Carle, A. C., Mark, B. A., Gurses, A. P., Pickler, R. H., Hall, P. D., & Bartman, T. (2025). Nurse workload and missed nursing care in neonatal intensive care units. *JAMA Pediatrics*, *179*(12). https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2025.3647

Valdehita, S. R., Moreno, L. L., García, J. M., & Díaz, M. J. (2007). Models and procedures of evaluation of the mental workloads. *Avances en Psicología Latinoamericana*, *25*(1).

Autores

Angel Efrain Palaguachi Tenecela. Licenciado en Enfermería. Magister en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de cuidados Intensivos. Egresado de la Maestría de en Investigación en Ciencias de la Salud. Docente de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca. Integrante de la Red de Investigación en Enfermería. Coordinador de Internado Rotativo.

Marco Antonio Sigüenza Pacheco. Magíster en Gerencia de la Salud y Derecho Médico; Neuropsicólogo Clínico. Médico. Docente de la Carrera de Docente de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca. Coordinador de Titulación y asesor de proyectos de investigación y vinculación con la sociedad.

Ana Beatriz Guapacasa Yanza. Egresada del Programa de Doctorado en Enfermería. Especialista en Enfermería en Cuidado Critico. Magíster en Gestión del Cuidado mención en Unidades de Emergencias y Unidades de Cuidados Intensivos. Licenciada en Enfermería. Docente de la Carrera de Enfermería – Matriz.

Tania Catalina Zhizhpon Quinde. Magíster en Gestión del Cuidado. Licenciada en Enfermería. Tutor asistencial de prácticas preprofesionales de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca, donde participa en la orientación, supervisión y formación académica de futuros profesionales de Enfermería.

Declaración

Conflicto de interés

No tenemos ningún conflicto de interés que declarar.

Financiamiento

Sin ayuda financiera de partes externas a este artículo.

Nota

La presente Investigación se deriva del trabajo de titulación de posgrado.