

**EFFECTIVIDAD DEL *MINDFULNESS*
IN MOTION PARA INCREMENTAR
LA RESILIENCIA EN LAS
ENFERMERAS DE LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS EN EL
CONTEXTO DE PANDEMIA**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

TRABAJO DE FIN DE GRADO DE
ENFERMERÍA



Fernanda Victoria González Melo

4to de enfermería. Trabajo de fin de grado

Curso académico: 2017-2021

Tutora: Dra. Concepció Fuentes Pumarola

ÍNDICE

Resumen	Pág. 5
Abstract	Pág. 6
1. Marco teórico	Pág. 7
Descripción del problema actual	Pág. 7-9
Impacto psicológico provocado por la <i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2</i>	Pág. 9
Impacto psicológico en países de Asia	Pág. 9-10
Impacto psicológico en Estados Unidos de América	Pág. 10-11
Impacto psicológico en Europa	Pág. 11
Evaluación de la experiencia vivida mediante puntuaciones de la Escala Analógica Visual (VAS)	Pág. 11
Resultados de Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y Cuestionario de Experiencias Disociativas Peritraumáticas (PDEQ)	Pág. 11-12
La inteligencia emocional y las enfermeras	Pág. 12-14
Historia en Situaciones de Emergencias Sanitarias	Pág. 14
Primera Guerra Mundial	Pág. 14
Segunda Guerra Mundial	Pág. 14-15
Epidemia de <i>Severe Acute Respiratory Syndrome, Middle East Respiratory Syndrome e Influenza A virus</i>	Pág. 15-16
Catástrofes	Pág. 16-17
Estrategias para afrontar el estrés laboral: <i>Mindfulness in Motion</i> (MiM)	Pág. 17-19
Bibliografía	Pág. 20-22
2. Objetivo e hipótesis	Pág. 23
Objetivo general	Pág. 23

Objetivos específicos	Pág. 23
Hipótesis	Pág. 23
3. Metodología	
Material y métodos	Pág. 24
Tipo de estudio	Pág. 24
Ámbito de estudio	Pág. 24
Población de estudio y muestra	Pág. 24-25
Criterios de inclusión y de exclusión	Pág. 25
Variables del estudio	Pág. 25-26
Instrumentos	Pág. 27
Procedimientos y recogida de datos	Pág. 27-30
Análisis de datos	Pág. 30
Consideraciones éticas	Pág. 30
Limitaciones	Pág. 31
4. Cronograma	Pág. 31-33
5. Presupuesto	Pág. 34
6. Aportaciones del estudio en la práctica enfermera	Pág. 35

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Descripción de las variables sociodemográficas y laborales	Pág. 25
Tabla 2: Descripción de las variables relacionadas con el impacto emocional ...	Pág. 26
Tabla 3: Primera fase: pre-intervención	Pág. 32
Tabla 4: Segunda fase: intervención	Pág. 32
Tabla 5: Tercera fase: post-intervención	Pág. 32
Tabla 6: Cuarta fase: eficacia de la intervención (6 meses después de la intervención)	Pág. 33
Tabla 7: Interpretación de los resultados	Pág. 33

Tabla 8: Gastos para llevar a cabo en el proyecto **Pág. 34**

ANEXOS:

Anexo 1: Cuestionario anónimo para la recogida de datos de interés para el estudio **Pág. 36**

Anexo 2: *Beck Anxiety Inventory* **Pág. 37**

Anexo 3: *Patient Health Questionnaire-9* **Pág. 38**

Anexo 4: *Perceived Stress Scale-10* **Pág. 39**

Anexo 5: *The 14-item Resilience Scale* **Pág. 40**

Anexo 6: Solicitud de evaluación de estudios al Comité de Ética y de Investigación Clínica **Pág. 41**

Anexo 7: Información sobre el estudio *Mindfulness in Motion* **Pág. 42**

Anexo 8: Consentimiento informado para los participantes del estudio cuantitativo **Pág. 43**

Anexo 9: Evaluación semanal de las sesiones **Pág. 44**

Anexo 10: Programación de las sesiones a realizar en el estudio **Pág. 45**

Anexo 11: Encuesta de satisfacción **Pág. 46**

RESUMEN

Desde el año 2019 el mundo está atravesando por una pandemia por un virus cuya transmisión es por aire y por gotas, llamado Sars-Cov-19, y que no se demoró en expandirse por todo el mundo. Debido a ello, los servicios sanitarios pasaban por el incremento del número de casos por la infección, sobre todo en las unidades de cuidados intensivos. Estas unidades, además de verse colapsadas por el número de casos críticos, también padecieron por la falta de apoyo institucional debido al miedo que generaba el desconocimiento de la pandemia y la falta de recursos materiales. Mientras que la pandemia continúe, las enfermeras necesitan estrategias eficaces para combatir los efectos psicológicos negativos que esta pueda generar mientras continúan trabajando. Existen estudios actuales que tienen el objetivo de potenciar la resiliencia para afrontar situaciones como las actuales, como el *Mindfulness in Motion*, un proyecto basado en el *Mindfulness in situ* dirigido a este sector; básicamente consiste en que la persona sea consciente de sus respiraciones a través de diversas sesiones que se realizan de forma semanal, acompañado de ejercicios que ayudan a trabajar la resiliencia y potenciar el compromiso laboral de las enfermeras en situaciones que pueden generar niveles altos de estrés.

El objetivo del proyecto es implementar y evaluar la eficacia de la intervención *Minfulness in Motion* (MiM) y relacionarla con las variables sociodemográficas, laborales y otros factores que influyen, en el contexto de pandemia de Sars-Cov-19. Se propone un estudio cuantitativo descriptivo y longitudinal, casi experimental pre-post. Se realizará en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta. La población de estudio serán las enfermeras de la UCI del Hospital que han estado trabajando desde el inicio de la pandemia en el año 2019 hasta la actualidad.

Los instrumentos que se utilizarán en el estudio serán un cuestionario ad-hoc para medir las variables sociodemográficas y laborales y diferentes cuestionarios que medirán las variables ansiedad (BAI), depresión (PHQ-9), estrés (PSS-10) y resiliencia (*14-item Resilience Scale*). Para el análisis de datos se utilizará el programa estadístico SPSS 24.0.

Los resultados de este estudio nos servirán para que las enfermeras tengan a disposición una herramienta para aumentar la resiliencia ante las crisis sanitarias.

PALABRAS CLAVE: Sars-Cov-19; Pandemias; Enfermeras; Unidad de Cuidados Intensivos; Resiliencia psicológica; Mindfulness; Ansiedad; Depresión, Estrés.

ABSTRACT

Since 2019, the world is going through a pandemic due to a virus whose transmission is by air and by drops, called Sars-Cov-19, which it didn't take long to spread throughout the world. Due to this, health services were experiencing an increase in the number of cases due to infection, especially in Intensive Care Units (ICU). This unit, in addition to being collapsed by the number of critical cases, also suffered from the lack of institutional support due to the fear generated by the ignorance of the pandemic and the lack of material resources. As the pandemic continues, nurses need effective strategies to combat the negative psychological effects it can generate while continuing to work. There are current studies that have the objective of enhancing resilience to face situations such as current ones, such as Mindfulness in Motion, a project based on Mindfulness in situ aimed at this sector; It basically consists of the person being aware of their breathing through various sessions that are carried out on a weekly basis, accompanied by exercises that help work on resilience and enhance the work commitment of nurses in situations that can generate high levels of stress.

The objective of the project is to implement and evaluate the effectiveness of the Mindfulness in Motion (MiM) intervention and relate it to the sociodemographic and labor variables and other influencing factors, in the context of the Sars-Cov-19 pandemic. A descriptive and longitudinal quantitative study is proposed, almost experimental pre-post. It will be held in the Intensive Care Unit (ICU) of the Dr. Josep Trueta University Hospital of Girona. The study population will be the ICU nurses of the Hospital who have been working since the beginning of the pandemic in 2019 until the present.

The instruments that will be used in the study will be an ad-hoc questionnaire to measure sociodemographic and work variables and different questionnaires that will measure the variables anxiety (BAI), depression (PHQ-9), stress (PSS-10) and resilience (14 -item Resilience Scale). For data analysis, the statistical program SPSS 24.0 will be used.

The results of this study will help us to provide nurses with a tool to increase resilience to health crises.

KEY WORDS: Sars-Cov-19; Pandemics; Nurses; Intensive care unit; Resilience psychological; Mindfulness; Anxiety; Depression; Stress.

1. MARCO TEÓRICO

En la actualidad estamos viviendo una situación de pandemia a causa de un nuevo coronavirus llamado Sars-Cov-19, aparecido en China en diciembre de 2019, que se extendió por todo el mundo por su alta capacidad de contagio, proclamando una pandemia. Ante la rapidez de la expansión, los sistemas sanitarios se vieron colapsados ante la falta de recursos y las bajas laborales de personal sanitario por infecciones nosocomiales. Los profesionales de enfermería, ante el aumento de carga laboral y la falta de apoyo de las instituciones, sufren los efectos psicológicos negativos como estrés, ansiedad y depresión. Se demuestra que no es la primera vez que los profesionales muestran estos daños en una epidemia, dado que en varias situaciones de emergencia sanitaria el personal se expone a los mismos niveles de estrés y angustia; en estas situaciones incluyo catástrofes como desastres naturales, desastres realizados por el ser humano y otras grandes epidemias. En cada una de ellas han tenido que encontrar la forma de gestionar sus emociones para afrontar las situaciones que se les presentan. Es ideal encontrar un plan de actuación que sirva para combatir el estrés laboral y aumentar la resiliencia y conseguir la inteligencia emocional para afrontar la gran laboral que realizan cada día.

1.1. Descripción del problema actual

En diciembre de 2019 se identificó un aumento de casos de personas que padecían infecciones respiratorias debido a un nuevo coronavirus, el Sars-Cov-19, que fue localizado en Wuhan, ciudad de China. A esta enfermedad se la llamó *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2* (Sars-CoV-2). Wuhan es una ciudad de 11 millones de habitantes, por lo que el virus podría haber pasado desapercibido durante semanas hasta la identificación de un aumento de casos graves de neumonía, momento en el que se logra aislar e identificar el coronavirus Sars-Cov-19 en varias personas contagiadas. Tras ser secuenciado genéticamente, se relaciona con otros coronavirus cuyo reservorio natural son los murciélagos, mamíferos que se venden en un mercado de animales vivos en Wuhan, donde es posible que tuviera su contacto con los seres humanos (1).

La vía de transmisión del Sars-Cov-19 es por contacto y gotas respiratorias (gotas de Flügge) y aerosoles, que expulsan pequeñas partículas a través de la boca o la nariz al toser, estornudar, hablar o resoplar. Sucede en distancias cortas (más o menos 1,5 m) y también por fómites que estén contaminados por dichas gotas. Puede ocurrir con mayor probabilidad si las personas están en contacto directo o cercano con una persona infectada. Las personas infectadas pueden transmitir la enfermedad, aunque sea asintomática o se encuentre en el período de incubación, lo que supone una complicación para su control (1).

El número de casos aumentó de manera muy rápida en Wuhan y en la provincia de Hubei hasta la transmisión por toda China. El 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró esta epidemia como una Emergencia de Salud Pública de Interés Internacional. Desde la tercera semana de enero de 2020 se implantó en China medidas de intervención masivas para contener la propagación de la enfermedad. Wuhan fue bloqueada desde el 23 de enero, seguida de las ciudades vecinas de la provincia de Hubei. Las semanas siguientes sería el feriado por el Festival de Primavera, que se extendió por 8 días hasta el 7 de febrero. Al finalizar las vacaciones, los gobiernos central y local implementaron medidas estrictas de distanciamiento social y restricciones de movilidad en muchas ciudades, el uso de mascarillas se hizo obligatorio y se cerraron los servicios comunitarios que no eran esenciales (2).

Pese a que las medidas de restricción lograron relajar los niveles de transmisión del Sars-Cov-19 en varias provincias desde el 17 de febrero de forma progresiva y a partir del 16 de marzo los epicentros de Wuhan y Hubei comenzaron a levantar dichas restricciones, la infección se extendió a más de 100 países o regiones y se establecieron epidemias locales en varios países, incluidos los EE.UU. y los países de Europa en mayor o menor gravedad. Italia fue el primer país más afectado fuera de China, con una cifra de 10.000 casos el 10 de marzo, por lo que impuso un bloqueo en todo el país hasta al menos principios de abril. (2)

La Organización Mundial de la Salud (3) lo declara una pandemia global el 11 de marzo y la mayoría de los países de Europa han impuesto estrictas medidas de control para limitar los contactos sociales. En España se declaró el estado de alarma, que trajo consigo el confinamiento de toda la población el viernes 13 de marzo (2).

El período de incubación se sitúa en el intervalo de 4 a 7 días, con un máximo de 12-13 días si se cursa de forma leve y de 3-6 semanas en las formas graves. La sintomatología habitual son fiebre, tos, disnea y mialgias o fatiga. Con el transcurso de las investigaciones realizadas con el nuevo coronavirus Sars-Cov-19, se hayan otros síntomas como disminución del olfato y del gusto, escalofríos, dolor de garganta, dolor de cabeza, debilidad general, diarrea y vómitos. Se ha descubierto que en los niños y adolescentes asintomáticos tiende a la aparición de lesiones cutáneas. En los casos más graves la infección puede causar neumonía y/o Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo, que sin un tratamiento adecuado puede cursar a fallo multiorgánico e incluso la muerte. Dichos casos más graves se han visto reflejados mayoritariamente en personas de edad avanzadas o con antecedentes patológicos. Actualmente existen estrategias terapéuticas que se han ido utilizando mientras que de forma paralela se trabaja en la vacuna del Sars-Cov-19. Sin embargo, no existe un tratamiento específico frente a la enfermedad (4).

La comunidad científica mundial trabaja con el objetivo de generar nuevas evidencias sobre la enfermedad y con ello avanzar en la investigación. Diariamente la población obtiene a través de diferentes medios información actual acompañado de las medidas que

como comunidad se deben de seguir con la finalidad de disminuir progresivamente el número de casos infectados.

Desafortunadamente, la aparición de este nuevo coronavirus fue repentina, tanto para China, epicentro de la enfermedad, como para el resto de países del mundo, que confiaban en el control y medidas estrictas de cada territorio y mantenían la esperanza de algunos casos secundarios. En España la estimación de riesgo se situaba alrededor del 5-10%. Por lo que el plan de actuación durante la primera ola de la pandemia fue adaptar los servicios sanitarios a las medidas y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (1).

A medida que transcurrían las semanas, pese al confinamiento interpuesto en varios países, el número de casos aumentaba hasta llegar a un punto de que los servicios asistenciales se vieron colapsados. Se ha visto en epidemias previas en las que la aparición de una enfermedad repentina y potencialmente mortal podría aumentar de forma extraordinaria la presión de las enfermeras. Los motivos podrían ser el aumento de la carga de trabajo junto al agotamiento físico, la falta de preparación del personal sanitario para la pandemia, las transmisiones nosocomiales y la necesidad de tomar decisiones que son difíciles de tomar desde un punto de vista ético sobre la priorización de la atención (5).

Las personas críticamente enfermas reciben ventilación mecánica. La mayoría de ellas también necesitan soporte vital avanzado, como oxigenación por membrana extracorpórea, terapia de reemplazo renal continua y ventilación en decúbito prono. Todo ello ocasiona efectos dramáticos en el bienestar físico y mental, sumándole el aislamiento y la pérdida de apoyo social, el riesgo de infectar los familiares y los cambios laborales inesperados a los que deben de adaptarse con rapidez. Las enfermeras son especialmente vulnerables a los problemas de salud mental, tales como el miedo, la ansiedad, la depresión y el insomnio (6).

1.2. Impacto psicológico provocado por la *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2*

A continuación, se muestra la prevalencia de algunos de los síntomas que presentaron las enfermeras durante la primera ola de SARS-CoV-2, recogidos de diferentes estudios y de diferentes lugares del mundo, demostrando que es un problema que engloba a los profesionales sanitarios de cualquier parte del mundo.

1.2.1. Impacto psicológico en países de Asia

El estudio realizado por Shaukat et al (7) a través de un meta-análisis evaluó 5 estudios cuyo objetivo fue conocer los impactos del SARS-CoV-2 en la salud mental en los trabajadores de la salud. La población del estudio estuvo compuesta por hombres y mujeres, incluidos profesionales médicos de primera línea, profesionales de enfermería y personal especializado. La mayoría de los estudios (90%) fueron de académicos de la República Popular China (RPC), mientras que uno fue de académicos con sede en

Singapur. Los resultados de este estudio constatan que 230 trabajadores de la salud que respondieron a las escalas de evaluación de salud mental, 23,04% tenían problemas psicosociales. Entre estos 53 miembros del personal médico, más mujeres (90,57%) que hombres (9,43%) y más enfermeras (81,13%) que médicos (18,9%) sufrieron problemas de salud mental debido a al brote infeccioso. El impacto psicológico en los trabajadores de la salud incluyó las siguientes condiciones: ansiedad general (23-44%), ansiedad severa (2.17%), ansiedad moderada (4.78%), ansiedad leve (16.09%), trastorno de estrés (27,4-71%), depresión (50,4%) e insomnio (34,0%). La ansiedad en las mujeres fue mayor que en los hombres (25,67% frente a 11,63%), las enfermeras más que los/as médicos/as (26,88% frente a 14,29%). Los trabajadores de la salud de primera línea que participaron en la atención directa al paciente con Sars-Cov-19 tenían un mayor riesgo de depresión (OR 1,52; IC del 95%: 1,11-2,09), ansiedad (OR, 1,57; IC del 95%: 1,22-2,02), insomnio (OR 2,97; 95% CI 1,92-4,60) y angustia (OR 1,60; IC del 95%: 1,25-2,04). En conclusión, se observa a través de este meta-análisis que los profesionales de enfermería y las mujeres presentan una prevalencia más alta de padecer problemas relacionados con la salud mental a causa del brote de la enfermedad, en relación a sus compañeros médicos y hombres. Entre esos problemas, los trastornos de estrés, depresión e insomnio son importantes a destacar, seguidos de la ansiedad general que causó también un gran impacto en la salud de los trabajadores.

Chew et al (8) realizaron un estudio multinacional y multicéntrico con el objetivo de evaluar la depresión, la ansiedad y el estrés .Participaron 906 trabajadores sanitarios de los principales hospitales, de los cuales, 480 encuestados eran de Singapur y 426 de la India. Las enfermeras constituyeron el 39,2% de la población del estudio, seguidas por los profesionales médicos (29,6%) y los profesionales de enfermería afines (10,6%). Observaron ansiedad en 15,7%, depresión en 10,6% y estrés en 5,2% participantes del estudio. No hubo diferencias en los resultados psicológicos entre los participantes del estudio de los dos países. De los 96 trabajadores de la salud que dieron positivo en la detección de depresión, el 50% de ellos fueron calificados como depresión de moderada a muy grave. De los 142 pacientes que dieron positivo en la prueba de ansiedad, el 55,6% de ellos mostraron ansiedad de moderada a muy grave. El estrés fue de moderado a severo en 20 de los 47 participantes (42,6%) que dieron positivo.

1.2.2. Impacto psicológico en Estados Unidos de América

Shechter et al (9) realizaron un estudio transversal dirigido a profesionales médicos, proveedores de práctica avanzada, residentes/becarios y enfermeras, realizada durante un pico de ingresos hospitalarios por SARS-CoV-2 en Nueva York (del 9 de abril al 24 de abril de 2020) en un gran centro médico de Nueva York con una participación de 657 profesionales de la salud. El 74% de los participantes informó que las preocupaciones sobre la transmisión de SARS-CoV-2 a familiares y seres queridos eran muy angustiantes. Más del 60% de los participantes calificaron las siguientes preocupaciones como muy angustiantes: la salud de la familia/amigos, el mantenimiento del distanciamiento social de la familia, la falta de control y/o la incertidumbre y la

incertidumbre sobre el estado de SARS-CoV-2 de los colegas. Otras fuentes importantes de angustia se relacionaron con la escasez nacional de equipo de protección individual (EPI), las pruebas y la falta de directrices nacionales con respecto al tratamiento del SARS-CoV-2. Una gran proporción de participantes dieron positivo en las pruebas de impacto psicológico de SARS-CoV-2. El 57% de los participantes dieron positivo por estrés agudo, 48% dieron positivo por síntomas depresivos y 33% dieron positivo por ansiedad. Las enfermeras fueron significativamente más propensas que los médicos asistentes a dar positivo por estrés agudo (64% frente a 40%) y síntomas depresivos (53% frente a 38%). Las enfermeras también tenían más probabilidades que los médicos tratantes y el personal doméstico de dar positivo en la detección de ansiedad (40% frente a 15%).

1.2.3. Impacto psicológico en Europa

Un estudio transversal fue llevado a cabo por Azoulay et al (10) en 21 Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) en Francia entre el 20 de abril de 2020 y el 21 de mayo de 2020. Se utilizaron la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión y el Cuestionario de Experiencia Disociativa Peritraumática. La tasa de respuesta fue del 67%, con 1.058 encuestados, de los cuales el 68% representaban al personal de enfermería. Seguidamente se muestran los resultados de dicho estudio (10).

Evaluación de la experiencia vivida mediante puntuaciones de la Escala Analógica Visual (VAS)

La mayoría de los elementos de la experiencia por Sars-Cov-19 fueron negativos. Los encuestados indicaron que la experiencia por Sars-Cov-19 fue particularmente difícil, tanto técnica como emocionalmente. Refirieron tener miedo de infectarse, de infectar a familiares y amigos o colegas. Algunos encuestados tuvieron dificultades para hacer frente a sus emociones. Entre los encuestados, el 42,2% informó haber presenciado decisiones apresuradas al final de la vida y el 31,5% lamentó las políticas de visitas restringidas para familiares. La mitad de los encuestados informaron de tristeza y el 37,8% de insomnio, pero solo el 6,6% solicitó apoyo psicológico. Además, el 22,9% de los encuestados no pudieron descansar por completo durante el aumento, y la mitad solo pudo descansar de vez en cuando.

Resultados de Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y Cuestionario de Experiencias Disociativas Peritraumáticas (PDEQ)

Se encontraron síntomas de ansiedad, depresión y disociación peritraumática en 533 (50,4%), 322 (30,4%) y 340 (32%) encuestados, respectivamente. La prevalencia de estos síntomas varió significativamente entre los diferentes tipos de profesionales sanitarios, siendo los auxiliares de enfermería los que exhibieron la mayor prevalencia de síntomas de ansiedad (62,1%), depresión (40,6%) y disociación peritraumática (46%). El miedo fuerte, indicado por una puntuación alta en la EVA de 0 a 10, se asoció con la mayor prevalencia de ansiedad, depresión y disociación peritraumática. Estos síntomas también

aumentaron significativamente cuando los encuestados informaron que no tenían tiempo para descansar o para cuidar de su propia familia. El uso de psicofármacos, informado por 54 (5,2%) encuestados, se incrementó en aquellos con síntomas de ansiedad (9,1%), síntomas de depresión (10,1%) o síntomas de disociación peritraumática (9,5%).

Las enfermeras requieren de un compromiso personal y organizacional, ya que realizan diferentes actividades de atención y tratamiento con el objetivo principal de contribuir a la promoción, estabilización y mantenimiento de la salud de sus pacientes. El compromiso es quien influirá en el desempeño de la actividad de enfermería; desde el punto de vista psicológico, esto conduce al bienestar subjetivo, ya que permite a las personas satisfacer las necesidades psicológicas básicas de autonomía y competencia. Por lo tanto, el compromiso y la autoeficacia están relacionados con factores personales como la salud mental, el locus de control y la satisfacción laboral (11).

1.3. La inteligencia emocional y las enfermeras

Bar-On (12) afirmó que la inteligencia emocional como una variedad de habilidades, competencias y habilidades no cognitivas que influyen en la capacidad de una persona para tener éxito frente a las demandas y presiones diarias. Eso implica la capacidad de abordar, comprender y sentir las propias emociones y las de los demás, y ser capaz de responder y actuar en consecuencia. En el contexto de salud, la inteligencia emocional se ha relacionado con niveles más bajos de estrés y satisfacción laboral.

En Wuhan se tomaron activamente las siguientes medidas tempranas a través de un estudio de Shen et al (6):

- Cada equipo médico incluyó un psicólogo y se realizaron evaluaciones e intervenciones psicológicas tempranas. Se guió a las enfermeras para que adquirieran una comprensión razonable de la pandemia y evitaran el pánico y la ansiedad excesivos. Se les recomendó buscar ayuda profesional del psicólogo si sentían un estrés psicológico difícil de aliviar.
- Se recomendó a las enfermeras que se familiarizaran con el entorno de trabajo y los procedimientos de trabajo lo antes posible. Trabajar junto con colegas en un entorno de trabajo armonioso puede ayudar a aliviar el estrés psicológico.
- Se les pidió que expresaran sus emociones hablando, dibujando, cantando y haciendo ejercicio. Se animó a utilizar algunos métodos fáciles de aprender, como respirar profundamente, para aliviar la tensión y la ansiedad. Se recomendó el ejercicio de relajación durante los turnos de trabajo bajo la guía de profesionales de la salud mental.
- Se les aconsejó que se comunicaran con colegas que tuvieran la misma experiencia o sentimientos similares y luego se entendieran y se curaran entre sí. Se les pidió que no se esforzaran por olvidar experiencias desagradables. Para

ellos era normal no olvidar esas experiencias; incluso podrían recordarlo durante toda la vida.

- Las enfermeras se dividieron en 11 grupos, y cada grupo tenía un líder de equipo para establecer una plataforma de comunicación en línea WeChat, mejorar la atmósfera y la cohesión del trabajo en equipo y difundir información positiva, como el control de epidemias y la rehabilitación del paciente. Se animó a las enfermeras a medida que se trataba eficazmente a más pacientes y se reducía la tasa de mortalidad.
- Se organizaron reuniones periódicas para encontrar las fuentes de los problemas psicológicos de las enfermeras y soluciones específicas. La mayoría de las enfermeras de otras provincias no tenían experiencia laboral en enfermedades infecciosas y estaban preocupadas por infectarse en el trabajo. En consecuencia, se fortaleció la educación y la capacitación, incluido el uso de equipo de protección personal, higiene de manos, desinfección de salas, manejo de desechos médicos y manejo de exposición ocupacional. Si la curación infructuosa y el mal pronóstico de los pacientes críticamente enfermos causaban depresión entre el personal de enfermería, se fortalecía la formación en conocimientos profesionales para profundizar la comprensión de la enfermedad. Se proporcionó más conocimiento del consenso de expertos para el diagnóstico y tratamiento de Sars-Cov-19, y se compartieron casos de terapia exitosa. Si las habilidades profesionales de una enfermera no eran suficientes para cuidar a los pacientes críticamente enfermos, se le asignaban los pacientes adecuados de acuerdo con su capacidad de enfermería real y se le proporcionaba una formación especial según los requisitos. Si se trataba de un problema psicológico causado por un sobregiro físico en el trabajo, se ajustó el sistema de trabajo por turnos para asegurar que las enfermeras descansaran lo máximo posible, como la reducción de la rotación de turno de 6 a 4 h.
- Se creó un equipo de consulta profesional, integrado principalmente por profesionales de la salud mental. Se brindó a las enfermeras capacitación y orientación a distancia sobre salud mental, psicoterapia individualizada o intervención médica adecuada a través de conferencias, asesoramiento grupal, asesoramiento individual, plataformas en línea y líneas directas psicológicas.
- Se mejoró el sistema de apoyo social. La unidad de trabajo original estableció un grupo de atención y apoyo para fortalecer la atención humanitaria. Sus líderes, colegas y voluntarios visitaban regularmente a los familiares del personal de enfermería para encontrar y resolver sus preocupaciones de manera oportuna.

Como es obvio, la pandemia nos engloba a todos, y no todos los países presentan los mismos recursos que otros para llevar a cabo medidas de soporte psicológico para todos

los profesionales de la salud. Tampoco existe información suficiente sobre cómo gestionan las enfermeras en diferentes partes del mundo las emociones para afrontar la situación actual, pero sí está claro que las dificultades que se les presentan causan efectos psicológicamente negativos, todo por la falta de inteligencia emocional ante la inesperada situación. Por lo que es importante tener claro unas medidas que aporten una ayuda para todos los profesionales sanitarios en este momento tan complicado. Es por ello que a continuación se muestra la información de diferentes estudios realizados a lo largo de los años sobre cómo el estado de emergencia sanitaria, que incluye situaciones de guerra, algunas pandemias anteriores y las catástrofes como consecuencia del cambio climático.

1.4. Historia en Situaciones de Emergencia Sanitaria

1.4.1. Primera Guerra Mundial

Guadamillas et al (13) narran la historia vivida en Reino Unido de algunas enfermeras, como Vera Brittain durante esta etapa. La labor asistencial a la población herida y enferma fue llevada a cabo por personal de Enfermería tanto cualificado como voluntario, y se realizó en hospitales militares o de campaña y en hospitales auxiliares improvisados para la asistencia de los heridos en combate. Los hospitales militares se clasificaban en hospitales de batallón o puestos de socorro, que eran provisionales y se ubicaban en primera línea; hospitales divisionarios, que disponían de salas de operaciones fijas para practicar cirugía de urgencia y se localizaban a 10 kilómetros del frente; hospitales de selección o triaje, donde se realizaban cirugías menos urgentes; y hospitales fijos, situados a más de 90 kilómetros del frente. Cabe destacar que el nivel de estrés y pánico podía llegar a ser tan elevado que muchas enfermeras tenían que recurrir al alcohol y a otras drogas como la morfina para no desmoronarse.

1.4.2. Segunda Guerra Mundial

Immonen (14) relata a través de un estudio las condiciones que las enfermeras vivieron en Finnmark, Noruega, donde el trabajo de las enfermeras se hacía en el marco de la población civil, sin ninguna preparación especial para trabajar en situaciones de conflicto. Se caracterizaba por transportes y rutas poco fiables para la entrega de medicina y suministros de comida, los cuales eran escasos, al igual que los equipos médicos, que obligó a las enfermeras a improvisar vendajes que se lavaban y se reutilizaban. La escasez los llevaba a tomar decisiones difíciles sobre quien debería recibir un medicamento y quién no. Las enfermeras tuvieron que usar su imaginación, actuar de forma independiente y usar su fuerza física y mental durante este período. Muchas enfermeras estaban exhaustas y felices de dar un paso atrás cuando podían. En el período de reconstrucción (hasta la década de 1960), la atención de la salud en el condado se reconstruyó en gran medida sobre la base de sus experiencias anteriores con la atención de salud descentralizada. Las enfermeras y otro personal de salud formado por tales experiencias ayudaron a influir en las direcciones de la atención médica. Noruega ha aplicado recientemente una nueva Ley de salud pública noruega. Al planificar estos

cambios, el Ministerio de Salud y Servicios de Atención miró hacia el norte en busca de un modelo de coordinación para desarrollar a nivel nacional.

Los relatos anteriores son el ejemplo de las habilidades que poseían las enfermeras durante la guerra, las cuales fueron desarrollando con los escasos recursos y la situación de estrés continuo, ingeniándose las para proveer a sus pacientes cuidados físicos y psicológicos. Eso hizo que se convirtieran a día de hoy en valores propios de la profesión, algo que, no solo ayudó a los pacientes, si no a ellas mismas a afrontar la horrible etapa. El ejemplo de estas mujeres enfermeras enseña a adaptarnos a los momentos más complicados de la profesión (15).

1.4.3. Epidemia de *Severe Acute Respiratory Syndrome*, *Middle East Respiratory Síndrome* e *Influenza A virus*

Ante la pregunta: ¿cómo afrontaron nuestros compañeros sanitarios los efectos psicológicos negativos en otras pandemias? Hagamos un repaso sobre la gestión de las emociones durante las epidemias de *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS), *Middle East Respiratory Síndrome* (MERS) y el virus Influenza A.

Los hallazgos de impacto sobre la respuesta psicosocial de los estudios analizados en una rápida revisión de Barello et al (16) confirman las preocupaciones de los trabajadores sanitarios que trabajaron durante la epidemia con respecto a infectarse o infectar a los de su alrededor, sufriendo con frecuencia el aislamiento social. También destaca la alta prevalencia de los niveles elevados de síntomas de estrés, ansiedad y depresión. Estos resultados estaban relacionados con aspectos de organización como trabajar en lugares de alto riesgo, falta de comunicación clara en las organizaciones, falta de apoyo entre los compañeros, procedimientos clínicos específicos como la Reanimación Cardiopulmonar (RCP), exposición sin protección a pacientes infectados y apoyo organizativo inadecuado (falta de apoyo psicológico, compensación y seguridad).

Para afrontar la situación, el estudio recoge diversas estrategias para intervenir en el estrés y angustia emocional de los profesionales sanitarios; lo dividieron en estrategias políticas, organizativas y dirigidas a la persona (16).

Estrategias políticas: imprescindible la participación Sistema Nacional de Salud (SNS) para el desarrollo de estrategias preventivas. Es importante el desarrollo de un plan estratégico para las futuras pandemias, que incluya información eficaz sobre las intervenciones de control de infecciones, en entornos clínicos como en los no clínicos. El estudio también subraya importancia de contar con un plan de necesidades de personal adecuado por adelantado con la finalidad de estar preparado al inicio de un brote; eso se consigue mediante la formación de adecuada de los profesionales y mediante la anticipación del apoyo psicológico. Otra propuesta fue el desarrollo de campañas públicas para proteger a los trabajadores sanitarios con el objetivo de reducir la estigmatización, mediante información adecuada a la población. El último punto cobró mucha importancia

en la pandemia Sars-Cov-19 debido a la desinformación y a que los medios promulgaron noticias contradictorias, lo que condujo a noticias falsas que se difundieron rápidamente.

Estrategias organizativas: las organizaciones hospitalarias y de atención primaria tienen un papel imprescindible en la prevención del estrés psicosocial de los trabajadores sanitarios, por lo que es necesario que se garantice unas condiciones de trabajo que sean favorables. Para mantener su descanso hay que disponer del número de personal adecuado, asegurando así su bienestar físico y psicológico. Además, se propuso la obligatoriedad para el futuro de la proporción adecuada de enfermera-paciente, tanto en situación de pandemia como en condiciones normales. La importancia de los Equipos de Protección Individual (EPI) destacó debido a que esto reduce el miedo de los trabajadores a autoinfectarse o infectar a los demás, por lo que promueve un enfoque que reduce el estrés en la práctica clínica.

Estrategias personales: cabe destacar la promoción del altruismo, mediante la información clara y precisa acerca de la enfermedad, garantizando así que los trabajadores se protejan a sí mismos y a sus familiares. Para ello también es importante tener claras las estrategias políticas, dado que la OMS debe ser concisa sobre el control de infecciones y cómo tratar a los pacientes infectados. Con ello, reducimos el miedo y la angustia psicológica, la aceptación, la resiliencia y el humor. Hay que destacar y enfatizar en la importancia del apoyo psicológico antes, durante y después del brote, proporcionado por personal entrenado, además de apoyo social a las familias de los trabajadores sanitarios y reconocer sus esfuerzos en el trabajo mediante el refuerzo positivo. Otro aspecto a destacar para desarrollar estrategias dirigidas a la persona fueron fomentar el clima de colaboración dentro del equipo, que ayuda a reducir los conflictos y los efectos negativos del aislamiento social. Otras estrategias importantes son la promoción del humor en el lugar de trabajo para calmar la sensación de miedo y fomentar el trabajo en equipo, y la resiliencia, proporcionando la capacitación de habilidades comunicativas en situaciones de emergencia.

1.4.4. Catástrofes

Finalmente, hablemos de las catástrofes, clasificándolas por (17):

Desastres naturales: producidos por la naturaleza, de forma inesperada (huracanes, inundaciones, terremotos, tsunamis, etc).

Desastres provocados por el hombre: terrorismos, concentraciones humanas, incendios, intoxicaciones alimentarias masivas.

Desastres tecnológicos: ocurren como consecuencia de los inventos tecnológicos o químicos (derrames químicos, accidente industrial, accidentes de tránsito, etc.)

En estas situaciones la capacidad de respuesta se define por las fortalezas, actitudes y cualidades intelectuales del profesional de enfermería que permiten el desarrollo de su

trabajo en una situación de desastre. Para asumir la situación, las enfermeras deben de estar capacitadas de las siguientes acciones y adoptarlas como estilo de vida para realizar su trabajo y afrontar un estado de desastre (17):

- Capacidad de asumir su función en situaciones de mayor tensión.
- Capacidad de una valoración adecuada y rápida de las personas afectadas.
- Capacidad para tomar decisiones rápidas y firmes.
- Habilidad para las comunicaciones.
- Capacidad para prever situaciones.
- Habilidad para la supervisión.
- Habilidad para realizar una intervención en crisis.
- Habilidad en la prestación de primeros auxilios.
- Capacidad para tratar lesionados con problemas de comunicación.
- Buenas condiciones físicas.

En las catástrofes existen las víctimas del desastre y los profesionales sanitarios, otro tipo de víctimas que se mantienen ocultas, pero también en situaciones de estrés pueden manifestar reacciones emocionales, cognitivas y conductuales. Esto les puede provocar síntomas de estrés como la disociación, recuerdos recurrentes de acontecimientos traumáticos, disminución de la capacidad de respuesta al mundo exterior, aumento de la activación (hipervigilancia, irritabilidad, dificultad para conciliar el sueño), ansiedad y depresión que se acompaña de baja autoestima, pérdida de la esperanza, motivaciones o de propósitos de vida (18).

Por lo que, para prevenir esta sintomatología es importante invertir en la formación específica de los/las profesionales y deben potenciarse los factores de protección, reforzando el optimismo y la autoestima y dotándolos de técnicas de autocontrol y gestión del estrés. Además, es imprescindible la necesidad de dotar al sistema de recursos para la detección y gestión de trabajadores con factores psicológicos y psicopatológicos que los hagan especialmente vulnerables (19).

1.5. Estrategias para afrontar el estrés laboral: Mindfulness in Motion

Tras analizar lo obvio, que es el alto nivel de estrés y ansiedad que están sufriendo los profesionales sanitarios en la pandemia de Sars-Cov-19, además de que son síntomas que se repiten en diferentes situaciones de emergencia sanitaria, tales como desastres naturales y situaciones de guerra, lo ideal es buscar soluciones que aborden el problema del impacto psicológico que estos generan.

Un protocolo actual creado por Klatt et al (20) propone el *Mindfulness in Motion* (MiM) como intervención basada en el *Mindfulness in situ* que se puede realizar en entornos laborales de alto estrés crónico para aumentar la resiliencia y compromiso laboral. Se basa en investigaciones que validan la relación entre la atención plena y la regulación de emociones y el valor de permanecer presente. Para para el personal que trabaja en un

entorno de alto estrés y al mismo tiempo exige mucha atención a los detalles y una extrema presencia de ánimo ante los cambios, los recursos de la regulación de las emociones y la resiliencia parecen fundamentales. Sin embargo, muy pocos estudios con evidencia científica han examinado el beneficio de brindar intervenciones de atención plena en el lugar de trabajo.

El estudio aporta además las limitaciones y beneficios de este protocolo, que serían, por un lado, la necesidad del apoyo institucional, ya que requiere de que el personal sea pagado durante la participación del *Mindfulness*; de lo contrario, los participantes del estudio habrían tenido que asistir en su propio tiempo personal y eso disminuye la sensación de que la organización está comprometida con la salud y el bienestar de los trabajadores; y por otro lado, la necesidad de obtener un lugar adecuado para la intervención. Sin embargo, hablando de beneficios del protocolo: es adaptable para todos los entornos dentro de las limitaciones de situaciones de emergencia, trabajo por turnos, cobertura de personal, limitaciones de espacio y muchas características de regulaciones institucionales del entorno. Según el estudio, en la UCI, los participantes apreciaron el aprendizaje de herramientas específicas para interrumpir las reacciones comunes al estrés durante las sesiones (20).

El recuento de la respiración realizado al principio y al final de cada sesión semanal les brinda a los participantes una forma de cuantificar un índice físico de su nivel de estrés a medida que se vuelven cada vez más conscientes de que las tasas de respiración reflejan los niveles de estrés y pueden servir como una vía que puede ser utilizado para calmarse uno mismo. El desarrollo del MiM que demuestra su eficacia en un entorno de alto estrés y bajo control, como la UCI, se puede realizar eficazmente en otros entornos de trabajo de alto estrés que requieren que el personal preste mucha atención a los detalles, además de otras profesiones, como los bomberos o los agentes de policía (20).

El estudio comparó un *Mindfulness in situ*, entregado tanto en línea como en persona. Las condiciones de control incluyeron un grupo de yoga terapéutico y también un grupo que no recibió ninguna intervención. Los 239 empleados que participaron en las intervenciones de mente y cuerpo mostraron mejoras significativamente mayores en su estrés percibido, la calidad de su sueño y la variabilidad de la frecuencia cardíaca. Estos son hallazgos importantes, ya que indican que las intervenciones de mente/cuerpo ayudaron a los empleados a ser más flexibles en sus respuestas al estrés. No hubo diferencias entre los resultados de los empleados para los que asistieron en persona o en línea. Algunos entornos de trabajo que tienen restricciones únicas (en particular, el trabajo por turnos), pueden ser los más adecuados para un modelo de entrega en línea para adaptarse a los horarios de trabajo fluctuantes. La importancia de implementar un protocolo pragmático que incluya un enfoque holístico de mente/cuerpo que considere modificaciones apropiadas para el entorno específico (duración/ubicación de la intervención) permite la participación de los empleados que quizás nunca elijan participar en una intervención de reducción del estrés más prolongada y menos conveniente. Además, aumentar la resiliencia y el compromiso laboral, y especialmente

el vigor en una población de personal que trabaja en un entorno de alto estrés, no solo mejora la vida de las personas (20).

El objetivo a conseguir con la información que ha sido recogida es investigar sobre los recursos con los que contaba las enfermeras en diferentes crisis sanitarias, diferentes tiempos y diferentes lugares del mundo para conocer la eficacia de las estrategias para trabajar la resiliencia que se llevaban a cabo en situaciones de trabajo en la que la enfermera siente alto estrés que puede repercutir en su salud mental. En la actualidad, existen varios recursos, sin embargo, la situación de pandemia por Sars-Cov-19 no ha permitido que se puedan trabajar de manera precoz para evitar el incremento del estrés, sobre todo en la Unidad de Cuidados Intensivos. Por lo tanto, se deben incorporar métodos actuales, como es el caso del *Mindfulness in Motion*, adaptado a la situación de pandemia para trabajar la resiliencia, reducir el estrés y garantizar la calidad asistencial de las enfermeras en sus cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Trilla A. One world, one health: The novel coronavirus COVID-19 epidemic. *Med Clin* [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 18];154(5):175–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.02.002>
2. Leung K, Wu JT, Liu D, Leung GM. First-wave COVID-19 transmissibility and severity in China outside Hubei after control measures, and second-wave scenario planning: a modelling impact assessment. *Lancet* [Internet]. 2020 Apr 25 [cited 2020 Dec 18];395(10233):1382–93. Available from: <https://doi.org/10.1016/>
3. Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public. [Internet]. World Health Organization. 2020 [cited 2020 Dec 18]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>
4. Harapan H, Itoh N, Yufika A, Winardi W, Keam S, Te H, et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): A literature review [Internet]. Vol. 13, *Journal of Infection and Public Health*. Elsevier Ltd; 2020 [cited 2020 Dec 18]. p. 667–73. Available from: </pmc/articles/PMC7142680/?report=abstract>
5. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. Vol. 88, *Brain, Behavior, and Immunity*. Academic Press Inc.; 2020. p. 901–7.
6. Shen X, Zou X, Zhong X, Yan J, Li L. Psychological stress of ICU nurses in the time of COVID-19 [Internet]. Vol. 24, *Critical Care*. BioMed Central Ltd.; 2020 [cited 2020 Dec 18]. p. 200. Available from: <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13054-020-02926-2>
7. Shaukat N, Ali M, Razzak J. Physical and mental health impacts of COVID-19 on healthcare workers: a scoping review. 2020 [cited 2020 December 18] Available from: <https://doi.org/10.1186/s12245-020-00299-5>
8. Chew NWS, Lee GKH, Tan BYQ, Jing M, Goh Y, Ngiam NJH, et al. A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain Behav Immun*. 2020 Aug 1;88:559–65.
9. Shechter A, Diaz F, Moise N, Anstey DE, Ye S, Agarwal S, et al. Psychological distress, coping behaviors, and preferences for support among New York healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 2020 Sep 1 [cited 2020 Dec 18];66:1–8. Available from: </pmc/articles/PMC7297159/?report=abstract>
10. Azoulay E, Cariou A, Bruneel F, Demoule A, Kouatchet A, Reuter D, et al. Symptoms of Anxiety, Depression, and Peritraumatic Dissociation in Critical Care Clinicians Managing Patients with COVID-19 A Cross-Sectional Study. *Am J Respir Crit Care Med* [Internet]. 2020;202:1388–98. Available from: www.atsjournals.org
11. Pérez-Fuentes M, Molero M, Gázquez J, Oropesa N. The Role of Emotional Intelligence in Engagement in Nurses. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2018;15(9). Available from: www.mdpi.com/journal/ijerph

12. Rivera E, Pons J, Rosario-Hernández E, Ortiz N. Traducción y adaptación para la población puertorriqueña del Inventario Bar-On de Cociente Emocional (Bar-On EQ-i): Análisis de propiedades psicométricas. *Rev Puertorriquena Psicol* [Internet]. 2008 [cited 2020 Dec 18];19:148–82. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233216360007>
13. Guadamillas A, Puebla M, Salcedo P. Los cuidados de enfermería en la Primera Guerra Mundial [Internet]. 2015 [cited 2020 Dec 18]. 17–41 p. Available from: www.publicacionescientificas.es
14. Immonen I. Nursing during World War II: Finnmark County, Northern Norway. *Int J Circumpolar Health* [Internet]. 2013 Apr 25 [cited 2020 Dec 18];72(1). Available from: [/pmc/articles/PMC3637642/?report=abstract](http://pmc/articles/PMC3637642/?report=abstract)
15. Serrano V. Nursing in different theatres of Second World War. Madrid. Complutense University of Madrid. 2018.
16. Barello S, Falcó -Pegueroles A, Rosa D, Tolotti A, Guendalina Graffigna •, Bonetti L. The psychosocial impact of flu influenza pandemics on healthcare workers and lessons learnt for the COVID-19 emergency: a rapid review. 2020 [Cited 2020 Dec 18] Available from: <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01463-7>
17. Lucas F. Impacto de los desastres en la salud mental del personal sanitario de ayuda de emergencia. *Revisión Bibliográfica*. [Internet]. 2013 [cited 2020 Dec 18]. Available from: <https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/20178/Felipe.pdf?sequence=6>
18. Monserrate L. Desastres naturales: capacidad de respuesta del personal de enfermería ante una emergencia [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 18]. Available from: http://190.116.48.43/bitstream/handle/upch/8481/Desastres_PluaAlban_Liseth.pdf?sequence=1&isAllowed=y
19. Miret A, Martínez A. The professional in emergency care: aggressiveness and burnout. *An Sist Sanit Navarra* [Internet]. 2010 [cited 2020 Dec 18];33. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200019
20. Klatt M, Steinberg B, Duchemin AM. Mindfulness in Motion (MIM): An Onsite Mindfulness Based Intervention (MBI) for Chronically High Stress Work Environments to Increase Resiliency and Work Engagement. *J Vis Exp*. 2015 Jul 1;(101): e52359. doi:10.3791/52359.
21. Presentació Hospital | ICS Girona [Internet]. Generalitat de Catalunya. [cited 2021 Feb 19]. Available from: <https://icsgirona.cat/ca/contingut/hospital/29>
22. Medicina Intensiva | ICS Girona [Internet]. Generalitat de Catalunya. [cited 2021 Feb 19]. Available from: <https://icsgirona.cat/ca/contingut/hospital/277>
23. Ansiedad: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. National Institutes Of Health (NIH). [cited 2021 Feb 17]. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/anxiety.html>
24. Kraus C, Kadriu B, Lanzenberger R, Zarate CA, Kasper S. Prognosis and improved outcomes in major depression: a review. Vol. 9, *Translational Psychiatry*. Nature Publishing Group; 2019.
25. El estrés y su salud: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. National Institutes Of Health (NIH). [cited 2021 Feb 17]. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003211.htm>

26. MacLeod S, Musich S, Hawkins K, Alsgaard K, Wicker ER. The impact of resilience among older adults. *Geriatr Nurs (Minneap)*. 2016 Jul 1;37(4):266–72.
27. Julian LJ. Measures of Anxiety State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). 2011; Available from: <http://www.mindgarden>.
28. Sanz J. Clínica y Salud Recommendations for the use of the Spanish adaptation of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in clinical practice. *Clínica y Salud [Internet]*. 2014 [cited 2021 Feb 27];25(1):39–48. Available from: www.elsevier.es/clysa
29. Levis B, Benedetti A, Thombs BD. Accuracy of Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for screening to detect major depression: individual participant data meta-analysis on behalf of the DEPRESSION Screening Data (DEPRESSD) Collaboration. 2000; Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.11476>
30. Kroenke K, Wu J, Yu Z, Bair MJ, Kean J, Stump T, et al. Patient health questionnaire anxiety and depression scale: Initial validation in three clinical trials. *Psychosom Med*. 2016 Jul 1;78(6):716–27.
31. Jurado M del MM, Pérez-Fuentes M del C, Ruiz NFO, Márquez M del MS, Linares JJG. Self-efficacy and emotional intelligence as predictors of perceived stress in nursing professionals. *Med [Internet]*. 2019 Jun 1 [cited 2021 Feb 19];55(6). Available from: [/pmc/articles/PMC6630601/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/330601/)
32. Reyna C, Mola DJ, Correa PS. Perceived Stress Scale: Psychometric analysis from CTT and IRT. *Ansiedad y Estrés [Internet]*. 2019 Jul 1 [cited 2021 Feb 27];25(2):138–47. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-ansiedad-estres-242-articulo-escala-estres-percibido-analisis-psicometrico-S1134793718301283>
33. Cénat JM, Hébert M, Karray A, Derivois D. Psychometric properties of the Resilience Scale – 14 in a sample of college students from France. *Encephale*. 2018 Dec 1;44(6):517–22.
34. Trigueros R, Álvarez JF, Aguilar-Parra JM, Alcaráz M, Rosado A. Validación y adaptación española de la escala de resiliencia en el contexto deportivo (ERCD). *Psychol Soc Educ [Internet]*. 2017 Jul 24 [cited 2021 Feb 27];9(2):311–24. Available from: <https://ojs.ual.es/ojs/index.php/psye/article/view/864>

2. OBJETIVO E HIPÓTESIS

2.1.1. Objetivo

Implementar y evaluar la eficacia de la intervención *Mindfulness in Motion* (MiM) realizada en profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta en el contexto de pandemia de Sars-CoV-19.

2.1.2. Objetivos específicos

- Conocer el impacto emocional (ansiedad, estrés y depresión) de las/os enfermeras/os durante la pandemia del Sars-CoV-19 antes de implementar la intervención.
- Estudiar la capacidad de resiliencia de las/os enfermeras/os mencionado durante la época de pandemia mencionada antes de iniciar la intervención.
- Aplicar la intervención a dicho sector adaptándolo a la situación actual y proporcionando la seguridad de los profesionales al garantizar las medidas de seguridad.
- Reevaluar el impacto emocional y la resiliencia del profesional de enfermería después de realizar la intervención y establecer posibles relaciones con las variables sociodemográficas y laborales.
- Conocer el nivel de satisfacción que puede haber aportado la intervención en los profesionales sanitarios participantes en la intervención.
- Identificar si, a partir de la intervención, las/os enfermeras/os que participaron en la intervención desarrollaron recursos necesarios para ser capaces de afrontar la situación de crisis sanitaria.

2.2. Hipótesis

El *Mindfulness in Motion* ayuda al profesional sanitario a gestionar sus emociones en situaciones de crisis sanitaria como la actual pandemia de Sars-CoV-19, incrementando su inteligencia emocional.

3. METODOLOGÍA

3.1. Material y métodos

3.1.1 Tipo de estudio

Se propone un estudio cuantitativo descriptivo y longitudinal, casi experimental pre-post.

3.1.2. Ámbito de estudio

El estudio se realizará en el Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta. El Hospital Universitario de Girona Doctor Josep Trueta es un centro sanitario público gestionado por el Instituto Catalán de la Salud. El Hospital forma parte de la red hospitalaria de uso público (xarxa hospitalària d'utilització pública, la XHUP). Está situado en la zona norte de Girona, en la Avenida de Francia. El hospital tiene la responsabilidad de ofrecer asistencia especializada a la comunidad, una población aproximada de casi 800.000 personas y, además, es el hospital básico para siete Áreas Básicas de Salud (Bañolas, Celrà, comarcas Gironinas y Sarrià de Ter), con una población de más de 156.000 habitantes. El Hospital Trueta vertebraba su actividad en tres líneas:

- La asistencia
- La investigación
- La docencia

El Hospital Universitario de Girona Doctor Josep Trueta tiene una capacidad de 364 camas (entre convencionales, los 16 de semicríticos y los 33 de críticos), 11 quirófanos y 107 gabinetes y consultas externas, con una plantilla de unos 1.500 profesionales. Cada año atienden más de 18.000 ingresos, más de 14.050 tratamientos en el Hospital de día, sin tener en cuenta los tratamientos oncológicos. Se hacen más de 19.000 operaciones en el año y se atienden más de 70.000 urgencias en el año (21).

La UCI es una unidad de hospitalización donde se concentran los recursos humanos y tecnológicos, así como los conocimientos necesarios para atender a la persona en estado crítico de forma coordinada y continuada, en una etapa vital caracterizada por una gravedad real o potencial que pone en peligro su vida. La UCI del Trueta, con 18 camas, es la unidad de intensivos de referencia de la Región Sanitaria de Girona. Está ubicada en la primera planta del Hospital. El espacio que ocupa cada cama se llama box, es individual y está dotado de material y aparatos tecnológicos específicos (22). En el contexto de pandemia de Sars-Cov-19, se realizó una ampliación de camas en la UCI de hasta 36 camas al abrirse una nueva planta.

3.1.3. Población de estudio y muestra

La población de estudio serán enfermeras que llevan trabajando desde el inicio de la pandemia del Sars-CoV-19 hasta la actualidad (2020-2021) en la UCI del Hospital

Universitario de Girona Dr. Josep Trueta. Según los datos que han sido facilitados por el propio hospital, sería un total de 80 profesionales de enfermería, de los cuales 37 pertenecerían a la unidad de críticos y semicríticos que fue inaugurada entre la primera y la segunda ola de la pandemia con la finalidad de descolapsar la unidad principal, la cual cuenta con 43 enfermeras desde el inicio de la pandemia por Sars-Cov-19.

La muestra será de conveniencia. Sin embargo, para poder tener una muestra representativa de la población de estudio asumiendo un 95% de nivel de confianza y un margen de error del 5% se necesitaría una muestra de 67 participantes.

3.1.4. Criterios de inclusión y de exclusión

- **Criterios de inclusión:** todos los profesionales que hayan trabajado desde comenzó la primera ola del Sars-CoV-19 hasta día de hoy, que acepten participar en el estudio y firmar el consentimiento informado.
- **Criterios de exclusión:** algún problema que impida la participación en el estudio o todos aquellos que rechacen participar.

3.1.5. Variables del estudio

En la Tabla 1 se muestran las variables sociodemográficas y laborales del estudio.

Tabla 1: Descripción de las variables sociodemográficas y laborales

VARIABLE	TIPO	VALOR
Sexo	Nominal	Mujer/Hombre
Edad	Cuantitativa	Años
Tiempo trabajando en la unidad	Cuantitativa	Años
Personas convivientes	Nominal	Solo/a Padres Pareja Hijos/as Pareja e hijos/as Mascotas Otros convivientes

Actividades encaminadas a reducir el estrés	Cualitativa	Texto libre
Tiempo desde que terminó los estudios de enfermería	Cuantitativa	Años

En la Tabla 2 se muestran las variables relacionadas con el impacto emocional.

Tabla 2: Descripción de las variables relacionadas con el impacto emocional

VARIABLE	TIPO
Ansiedad	Cuantitativa
Depresión	Cuantitativa
Estrés	Cuantitativa
Resiliencia	Cuantitativa

Ansiedad

Es el sentimiento de miedo, temor e inquietud que puede causar sudoración, tensión y palpitaciones. A su vez, los trastornos de ansiedad: afecciones en las que la ansiedad no desaparece y se puede agravar con el tiempo. La sintomatología puede interferir con las actividades diarias, como el desempeño en el trabajo, la escuela y las relaciones personales (23).

Depresión

Es el sentimiento de tristeza, melancolía e infelicidad. A su vez, la depresión clínica es un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período de tiempo (24).

Estrés

Es el sentimiento de tensión física o emocional que puede provenir de cualquier situación o pensamiento que lo haga sentir a uno frustrado, furioso o nervioso (25).

Resiliencia

Capacidad para adaptarse levemente con resultados positivos a situaciones adversas. Para la psicología, es la capacidad que tiene la persona para superar circunstancias traumáticas (26).

3.1.6. Instrumentos

Los instrumentos que se utilizarán para recogida de las variables seleccionadas serían:

- **Cuestionario ad-hoc:** consiste en un breve cuestionario que se realizará previamente con el objetivo de conocer las variables sociodemográficas y laborales de los profesionales de la salud y así poder establecer una relación de estas variables con las variables que deseo valorar antes y después de la intervención (Anexo 1).
- **Beck Anxiety Inventory (BAI):** Beck (27) elaboró un breve cuestionario para medir la ansiedad y en castellano fue validado por Sanz et al (28) . Se trata de un cuestionario de opción múltiple de 21 ítems que mide la gravedad de la ansiedad. Describe los síntomas emocionales, fisiológicos y cognitivos de la ansiedad (Anexo 2).
- **Patient Health Questionnaire (PHQ-9):** elaborado por Spitzer et al. (29) y validado en castellano por Díez-Quevedo et al (30) consta de ítems que evalúan la presencia de síntomas depresivos presentes en un período de tiempo de 2 semanas. Cada ítem tiene un índice de severidad que, según la puntuación obtenida se puede clasificar en síndrome depresivo mayor, otros síndrome depresivo o síntomas depresivos negativos (Anexo 3).
- **Perceived Stress Scale-10 (PSS-10):** es una escala creada por Cohen et al. (31) y validada en castellano por Benítez et al (32) que mide la percepción de estrés psicológico, la medida en que las situaciones de la vida cotidiana se aprecian como estresantes. Incluye una serie de consultas directas que exploran el nivel de estrés experimentado durante el último mes. La escala brinda 5 opciones de respuesta (de “nunca” a “siempre”) y se clasifican de cero a cuatro (Anexo 4).
- **14-item Resilience Scale:** creada por Connor y Davidson (33) y adaptado al castellano por Trigueros et al (34) mide el grado de resiliencia individual, considerado como una característica de personalidad positiva que permite la adaptación del individuo a situaciones adversas. Además, correlaciona negativamente con depresión y ansiedad. Mide dos factores: factor I, la competencia personal (auto-confianza, independencia, decisión, ingenio y perseverancia) y factor II, la aceptación de uno mismo y de la vida (adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable) (Anexo 5).

3.1.7. Procedimiento y recogida de datos

Procedimiento en la pre-intervención

1. Presentación del proyecto al Comité de Ética de investigación Clínica (CEIC) del Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta para que este sea previamente aprobado (Anexo 6).
2. Contactar con los profesionales sanitarios que participarán en el estudio por vía e-mail para proporcionar la información necesaria acerca del proyecto, además de

- pedir la colaboración en el estudio y por tanto su participación en la intervención (Anexo 7).
3. Las personas que acepten la participación recibirán toda la información por su correo electrónico. Incluirá la hoja informativa del estudio, el consentimiento informado (Anexo 8) que deberá estar firmado electrónicamente y la programación de las sesiones a realizar en el estudio (Anexo 9), indicando que de forma progresiva recibirán más información a medida que vayan pasando las semanas.
 4. Para recoger los datos, se proporcionarán los cuestionarios a través de un enlace web.
 5. Tras obtener una valoración previa a nuestra intervención, se procederá a enviar la información a los participantes de la intervención. Recibirán además un enlace con un vídeo explicativo realizado por la investigadora principal del estudio, la cual realizará el seguimiento de los participantes, resolverá sus preguntas y estará a su disposición para cualquier duda que se presente.

Procedimiento en la intervención

6. Durante las semanas los participantes deben añadir a sus sesiones individuales los siguientes aspectos:
 - Durante cada semana los participantes deben de responder, en base a cómo se han sentido, unas preguntas que serán utilizadas para la valoración del proyecto (Anexo 9).
 - Los participantes también recibirán *podcast* que indicará paso a paso lo que se va a realizar para que lo vayan escuchando a medida que transcurre la sesión. Lo recibirán de forma semanal.
 - Las sesiones se pueden realizar en el lugar el participante desee, a preferencia en lugares que potencien la eficacia de las sesiones (en el salón de su casa, al aire libre, como en la playa o en el parque, etc.)
 - Al inicio de cada sesión, deben de crear consciencia de su respiración colocando su mano en el pecho y contando las inhalaciones durante 30 segundos cronometrados.
 - Para establecer el clima MiM, reproducir música relajante de fondo.
 - Los participantes deben centrarse en el objetivo principal de las sesiones: la construcción de la resiliencia y la reducción de estrés a través de los patrones individuales que habitualmente nos ocasionan estrés.
 - Cada sesión terminará como el inicio: una mano en el pecho y los participantes deben de contar sus inhalaciones durante 30 segundos cronometrados.
7. La información se centrará en las sesiones, que serán semanales durante 1 hora durante 8 semanas:

Semana 1: el objetivo es poner a los participantes a un hábito simple pero atípico. Los participantes en primer lugar cruzarán los brazos sobre el pecho; a continuación, los cruzarán en sentido contrario. El objetivo con esta técnica es experimentar lo inusual, algo que se salga de nuestra zona de confort. Los participantes relajarán los pies, las piernas, los hombros y los músculos de la cara.

Semana 2: los participantes adoptarán una posición cómoda para ellos, seguidamente cerrarán los ojos y comenzarán a tensar y relajar cada parte de su cuerpo, prestando atención a sus pies, piernas, glúteos, estómago, pecho, hombros, labios y mandíbula, observando como se mantiene en tensión y relajación.

Semana 3: en esta semana los participantes deben tomar consciencia de su respiración, observando y prestando atención a cómo sube y baja el pecho. El objetivo de este ejercicio es concentrarse en cómo respira cada uno para dejar a un lado la charla mental, dejar que se calme. A medida que realizan cada respiración, los participantes tensarán cada parte de su cuerpo en la inspiración y luego liberarán la tensión en la espiración.

Semana 4: el objetivo de esta sesión es estimular los 5 sentidos. Para ello, los participantes elegirán una pieza de fruta, bien sea una naranja, fresas, arándanos... un alimento que los haga sentir bien. Los participantes comerán con todos los sentidos, escuchando cómo se desprende la cáscara de la naranja, o el sonido que provoca el morder la fresa. Tienen que olerla, tocarla, concentrarse en el potencial aumento del disfrute de la comida para involucrarse en una alimentación consciente.

Semana 5: es una semana centrada en posturas de yoga con un nivel de dificultad adaptado a las personas que nunca lo han practicado, para cualquier lugar y que se pueden realizar sin cambiarse de ropa o quitarse los zapatos (posturas de equilibrio, como la postura del árbol, la postura del águila y la postura de la silla).

Semana 6: el objetivo de esta semana es un placentero descanso del estrés a través del auto-masaje. Los participantes deben utilizar las yemas de sus dedos para realizarse un masaje en la cabeza y el cuerpo cabelludo, bajando por la nuca. Con la mano izquierda masajearán el lado derecho del cuello, bajando por la parte superior del brazo hasta el codo hasta terminar en la palma de la mano y los dedos. Seguido repetirán con el lado izquierdo del cuerpo.

Semana 7: los participantes, en pie, podrán su peso en el pie derecho; ese peso representará factores que no se pueden cambiar. Mientras, inclinan su torso hacia la izquierda para representar los factores estresantes, pero se pueden modificar. Deben de reconocer que todos tenemos características, que son tanto inmutables como modificables presentes en nuestras vidas.

Semana 8: se mostrará la imagen de una montaña; los participantes deberán imaginarse a sí mismos como una montaña sólida, con todas las situaciones de la vida dando vueltas alrededor de la montaña mientras la montaña permanece quieta.

Procedimiento en la post-intervención

8. Una semana después de la última sesión, los participantes calificarán los distintos componentes de las sesiones semanales (Anexo 10). Además, serán re-evaluados con los mismos cuestionarios realizados antes de comenzar la primera semana.
9. Enviar a los participantes una encuesta de satisfacción que incluya una auto-evaluación individual con una valoración del proyecto para que puedan expresar la eficacia de este y su recomendación a otros compañeros sanitarios (Anexo 11).
10. Al cabo de 6 meses contactar con los participantes de la intervención con el objetivo de conocer si han desarrollado recursos a través de la intervención con la finalidad de incrementar su resiliencia.

3.1.8. Análisis de datos

Los datos serán analizados con el programa estadístico SPSS 24.0. Se realizará un estudio descriptivo uni-variante con las variables estudiadas con estadísticas descriptivas de tendencia central (mediana y media) y dispersión (desviación estándar y rango intercuartil) de las variables numéricas. Los datos cualitativos serán mostrados en frecuencias y porcentaje. Se realizará un análisis bi-variante para analizar las variables categóricas, utilizando el chi cuadrado de Pearson. Para los datos numéricos será utilizado la prueba T de Student entre los grupos independientes y la prueba ANOVA para el resto. En caso de que las variables numéricas no sigan una ley normal, será utilizado el test "U" de Mann-Whitney o el test de Kruskal-Wallis. Significativamente se considerará una $p \leq 0.05$.

3.1.9. Consideraciones éticas

Para la realización de este proyecto se pedirá la aprobación al Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta. Al obtenerse la aprobación, se llevarán a cabo las actividades previstas para el proyecto.

Los profesionales de enfermería que participarán en el estudio serán informados previamente sobre todo el procedimiento y todo lo que hace referencia al estudio, garantizando el anonimato y la confidencialidad de los datos de acuerdo a la ley orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Posteriormente a recibir la información, se les pedirá que firmen el consentimiento informado, con tal de constatar que participan en el proyecto y que dicha participación es voluntaria.

Para poder relacionar los cuestionarios pre y post para el análisis de los datos y mantener el anonimato se les pedirá a los participantes que pongan un código en cada cuestionario.

3.1.10. Limitaciones

- La situación de pandemia por Sars-CoV-19 puede causar una dificultad en la participación de las enfermeras y eso genera que la muestra no sea representativa.
- Debido a las condiciones de pandemia el estudio limita el seguimiento de los participantes y del correcto cumplimiento de las actividades semanales.
- Dado que la intervención se realizará de forma on-line, podría ser que no todos los participantes tengan las herramientas necesarias para poder participar.
- En relación a la respuesta de los cuestionarios se debe contemplar el sesgo de deseabilidad social y no sean sinceros en sus respuestas.

4. CRONOGRAMA

En las Tablas 3-7 se desarrollará el cronograma del trabajo de la investigación.

Tabla 3: primera fase: pre-intervención

Abril – Mayo 2021
Presentación del proyecto al CEIC del Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta para su aprobación.
Elaboración de la base de datos con la que se trabajará en el proyecto.
Preparación de los cuestionarios, la hoja informativa, el consentimiento informado y la encuesta de satisfacción en formato on-line.
Contacto con las enfermeras de la UCI del Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta por correo electrónico para la transmisión de información sobre el proyecto, obtención del consentimiento por parte de los participantes y de las respuestas de los cuestionarios.
Envío de información sobre las sesiones y el calendario de cuándo se realizará cada sesión semanal.
Análisis de los datos obtenidos en la pre-intervención.

Tabla 4: segunda fase: intervención

Mayo – Junio 2021
Realización de sesiones semanales programada. Se enviará toda información a los participantes de cada sesión cada semana, además de las preguntas que los participantes deben de responder para valorar las sesiones semanalmente (Anexo 9).

Tabla 5: tercera fase: post-intervención

Julio 2021
Envío de los cuestionarios, sin tener en cuenta el cuestionario para recogida de datos sociodemográficas y laborales, que solo es relevante en la primera fase.
Envío a las enfermeras de la encuesta de satisfacción.
Análisis de los datos obtenidos durante la intervención.

Tabla 6: cuarta fase: eficacia de la intervención (6 meses después de la intervención)

Diciembre 2021
Seis meses después, envío de los cuestionarios a los participantes.
Análisis de datos obtenidos 6 meses después de la intervención.

Tabla 7: interpretación de los resultados

Enero – Febrero 2022
Interpretación de los resultados que se obtienen durante la pre-intervención, la intervención y la tras el paso de un período de tiempo (6 meses).
Redacción del informe final, que incluye los resultados, la discusión y las conclusiones de la investigación.
Redacción final de la memoria, revisión del texto y traducción.
Presentación de los resultados obtenidos a los profesionales de la unidad del Hospital.
Transferencia de conocimientos a través de congresos y artículos científicos.

5. PRESUPUESTO

Con referencia a los **recursos humanos** del estudio, al llevarlos a cabo la investigadora principal, esto no supondrá un gasto económico.

El **programa informático** que se utilizará para el análisis de datos no supone un gasto económico; el Departamento de Enfermería de la Universidad de Girona presenta la licencia del programa SPSS 24.0.

A continuación, en la Tabla 8 se muestra el gasto aproximado necesario para llevar a cabo el proyecto.

Tabla 8: gastos para llevar a cabo el proyecto

CONCEPTO	IMPORTE
Publicación del proyecto en una revista científica	800 €
Asesoramiento	600 €
Traducción del artículo	400 €
Presentación del proyecto en un congreso	400 €
Desplazamiento al congreso	200 €
TOTAL:	2.400 €

6. APORTACIONES DEL ESTUDIO PARA LA PRÁCTICA ENFERMERA

El incremento de la resiliencia en los profesionales que trabajan en un entorno laboral de alto estrés crónico, como son las enfermeras de la UCI es un objetivo individual muy importante que en pocos estudios científicos ha quedado evidenciado, por lo que la misión del proyecto es el avance del conocimiento, primordial motivo de las investigaciones. Durante la primera ola de la pandemia por el Sars-Cov-19, las enfermeras de críticos vivieron el colapso de las unidades y la falta de apoyo de las instituciones, que las llevó a un desgaste emocional. En la actualidad, las condiciones laborales han mejorado; las instituciones proporcionan el apoyo psicológico y material que requerían desde el primer momento. Sin embargo, varias ya tienen en mente abandonar una unidad por la que años anteriores mostraron su pasión. Ciertamente es que el servicio ya ofrece atención de calidad a personas que se encuentran, hablando en términos de salud, en un momento crítico de sus vidas, por lo que es importante que las enfermeras tengan a su disposición una herramienta como la que se presenta en este proyecto para estar preparadas emocionalmente ante las crisis sanitarias.

ANEXO 1:

Cuestionario anónimo para recogida de datos de interés para el estudio

Por favor, marque con una X o responda de forma breve a la pregunta.

CÓDIGO: A11111

1. Sexo:

- Hombre
- Mujer

2. Edad:

_____ Años

3. Tiempo trabajando en la Unidad de Cuidados intensivos:

_____ Años

4. Personas convivientes:

- Solo/a
- Padres
- Pareja
- Hijos/as
- Pareja e hijos/as
- Mascotas
- Otros convivientes:

Por favor, en caso de marcar esta opción, especificar: _____

5. Actividades encaminadas a reducir el estrés (en esta pregunta, exponga cuáles son las actividades que usted realiza de forma personal para reducir el estrés).

6. Tiempo desde que has recibido el título de final de grado de enfermería:

_____ Años

ANEXO 2:

Beck Anxiety Inventory

CÓDIGO: A11111

Por favor, marque con una X la casilla que crea que sea la indicada en cada apartado. Cada elemento es una descripción simple de un síntoma de ansiedad.

	Nunca	Levemente	Moderadamente	Severamente
1. Torpe o entumecido				
2. Acalorado				
3. Con temblor en las piernas				
4. Incapaz de relajarse				
5. Con temor que ocurra lo peor				
6. Mareado, o que se le va la cabeza				
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados				
8. Inestable				
9. Atemorizado o asustado				
10. Nervioso				
11. Con sensación de bloqueo				
12. Con temblores en las manos				
13. Inquieto, inseguro				
14. Con miedo a perder el control				
15. Con sensación de ahogo				
16. Con temor a morir				
17. Con miedo				
18. Con problemas digestivos				
19. Con desvanecimientos				
20. Con rubor facial				
21. Con sudores, fríos o calientes				

ANEXO 3:

Patient Health Questionnaire-9

CÓDIGO: A11111

Por favor, indique el valor que usted le da, según la respuesta que crea correspondiente, las siguientes preguntas, sabiendo que:

0 = Ningún día 1 = Varios días 2 = Más de la mitad de los días 3 = Casi todos los días

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?

1. Poco interés o placer en hacer cosas

2. Se ha sentido decaído/a, deprimido/a o sin esperanzas

3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido/a, o se ha dormido demasiado

4. Se ha sentido cansado/a o con poca energía

5. Sin apetito o ha comido en exceso

6. Se ha sentido mal con usted mismo/a – o que es un fracaso o que se ha quedado mal con usted mismo/a o con su familia

7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión

8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? O lo contrario – muy inquieto/a o agitado/a que ha estado moviéndose mucho más de lo normal

9. Pensamientos de que estaría mejor muerto/a o de lastimarse de alguna manera

Si marcó cualquier de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas? **Por favor, marque con una X la opción que le corresponda:**

- No ha sido difícil
- Un poco difícil
- Muy difícil
- Extremadamente difícil

ANEXO 4:

Perceived Stress Scale – 10

CÓDIGO: A11111

Por favor, indique el valor que usted le da, según la respuesta que crea correspondiente, las siguientes preguntas, sabiendo que:

0 = Nunca 1 = Casi Nunca 2 = A veces 3 = Frecuentemente 4 = Muy frecuentemente

1. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido molesto por algo que sucedió inesperadamente?

2. En el último mes, ¿con qué frecuencia sintió que no podía controlar las cosas importantes en su vida?

3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso y estresado?

4. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido confiado acerca de su capacidad para manejar sus problemas personales?

5. En el último mes, ¿con qué frecuencia sintió que las cosas iban a su manera?

6. En el último mes, ¿con qué frecuencia se dio cuenta de que no podía hacer frente a todas las cosas que tuvo que hacer?

7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las irritaciones en su vida?

8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que estado a tanto de las cosas?

9. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha enojado debido a cosas que estaban fuera de su control?

10. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulaban tanto que no podía superarlas?

ANEXO 5:

The 14-item Resilience Scale

CÓDIGO: A11111

Por favor, indique el valor que usted le da, según la respuesta que crea correspondiente, las siguientes preguntas, sabiendo que:

1-3 = Muy desacuerdo 4 = Neutral 5-7 = Muy de acuerdo

1. Normalmente me las arreglo de una forma u otra

2. Me siento orgulloso de haber logrado cosas en la vida

3. Normalmente me tomo las cosas con calma

4. Soy amigo de mi mismo

5. Siento que puedo manejar muchas cosas a la vez

6. Estoy decidido

7. Puedo superar tiempos difíciles porque he experimentado dificultades antes

8. Tengo autodisciplina

9. Sigo interesado en las cosas

10. Por lo general, puedo encontrar algo de qué reírme

11. Mi fe en mí mismo me ayuda a superar tiempos difíciles

12. En caso de emergencia, soy alguien en quien generalmente puedo confiar

13. Mi vida tiene sentido

14. Cuando estoy en una situación difícil, normalmente puedo encontrar una salida

ANEXO 6:

Solicitud de evaluación de estudios al Comité de Ética y de Investigación Clínica

Fernanda Victoria González Melo con domicilio en c/ Sant Joan Bta. La Salle, Girona, 17002,

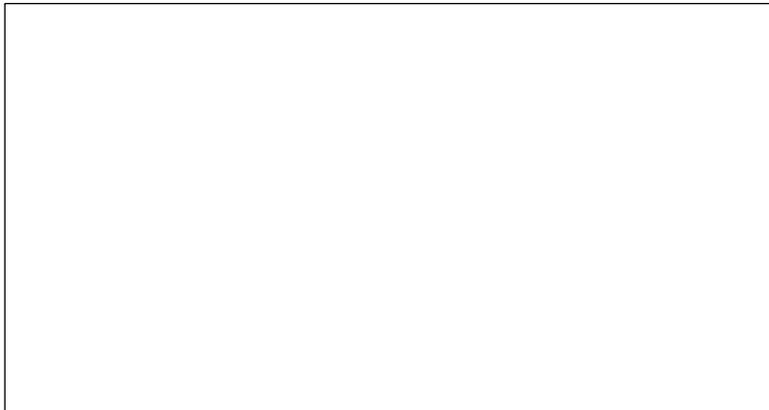
EXPONE:

- Querer llevar a cabo el estudio **Efectividad del *Mindfulness in Motion* para incrementar la resiliencia en las enfermeras de la unidad de cuidados intensivos en el contexto de pandemia**, realizado por Fernanda Victoria González Melo, estudiante de enfermería de la Universidad de Girona, tutorizado por Concepción Fuentes Pumarola.
- Realizar el estudio respetando la normativa legal aplicable.

SOLICITA:

- La evaluación del Comité de Ética de Investigación Clínica del Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta.

Firma



Fecha, _____ de _____ de _____

ANEXO 7:

Información sobre el estudio *Mindfulness in Motion*

Hola a todos compañeros, me llamo Fernanda y soy estudiante de último año de enfermería. Si te ha llegado esta información, es porque has aceptado participar en mi proyecto, llamado Mindfulness in Motion (MiM). Mi objetivo con este mensaje es proporcionarte una información que sea clara y concisa sobre el estudio que vamos a realizar.

¿Qué es el *Mindfulness in Motion*?

El término *Mindfulness* es la capacidad del ser humano de poder estar en el presente para vivir el “aquí y ahora”, se logra a través de la meditación y se practica mediante una infinita cantidad de formas. El objetivo del *Mindfulness* es lograr un profundo estado de conciencia libre de juicios sobre nuestras sensaciones, sentimientos o pensamientos, prestar atención a lo que acontece en nuestro interior en cada momento. El *MiM* es una intervención basada en el *Mindfulness* in situ que se puede realizar en entornos laborales de alto estrés crónico, como es el caso de la Unidad de Cuidados Intensivos, para aumentar la resiliencia y el compromiso laboral. Se basan en investigaciones que validan la relación entre la atención plena y la regulación de emociones y el valor de permanecer presente. Para el personal que trabaja en un entorno de alto estrés y al mismo tiempo, que exige mucha atención a los detalles y una extrema presencia de ánimo ante los cambios, los recursos de la regulación de emociones y la resiliencia parecen fundamentales. Sin embargo, muy pocos estudios lo evidencian científicamente.

Por lo tanto, este estudio ayudará a evaluar los beneficios del incremento de la resiliencia en los profesionales de enfermería encargados de los cuidados críticos; pero además, mi objetivo principal con este proyecto es que pueda ayudarles a ustedes a brindar intervenciones de atención plena en el lugar de trabajo, reduciendo el estrés y evitando otros estados emocionalmente negativos que pueden afectar a la calidad del trabajo. Actualmente estamos ante una situación de pandemia que nos tiene agotados, bien sea por la alta carga de trabajo, la falta de recursos o el miedo a contagiarse o contagiar... todos son variables que afectan a nuestras emociones y nos producen estrés. Somos una profesión que se elige por la vocación, por la voluntad de que querer curar y sanar, pero también necesitamos curarnos nosotros para sanar a los demás.

Espero que nuestros objetivos en este proyecto se cumplan y le agradezco la participación en el estudio.

Una compañera, Fernanda Victoria González Melo.

Contacto: fernandavgmelo@gmail.com

ANEXO 8:

Consentimiento informado para los participantes del estudio cuantitativo

El objetivo del consentimiento informado es garantizar la información necesaria a los participantes de la investigación para que ellos tomen la decisión de participar de forma voluntaria.

Una estudiante de enfermería realizará un estudio cuyo objetivo es aplicar el *Mindfulness in Motion*, en una intervención basada en el *Mindfulness* in situ que se puede realizar en entornos laborales donde haya alto estrés crónico para aumentar la resiliencia y el compromiso laboral. Se realizará a los profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta que han trabajado durante la situación de pandemia de Sars-Cov-19 y evaluará su eficacia a lo largo del tiempo mediante diferentes metodologías.

Si usted accede a participar en el estudio voluntariamente, se le pedirá que responda a una serie de preguntas en relación al tema. Se trata de un cuestionario que se puede realizar de forma anónima, la información recogida será confidencial en todo momento y no se utilizará para nada más que no sea específicamente dentro de la investigación.

Si durante su participación tiene alguna duda, puede ponerse en contacto con el investigador y realizar las preguntas que usted considere necesarias. Así mismo, puede retirarse de la investigación en cualquier momento sin que eso suponga un perjuicio para usted. Si alguna de las preguntas le parece incómoda, tiene el derecho de hacérselo saber al investigador o no responderla.

De antemano, le agradecemos su participación en este estudio,

- Equipo de investigación

ACEPTO la participación voluntaria de este proyecto habiendo recibido la información previa del objetivo del estudio. Reconozco que la información que proporcione a lo largo de la investigación será totalmente confidencial y no será utilizada en cualquier otro propósito sin mi consentimiento. Entiendo que se me liberará una copia del consentimiento y que puede pedir información sobre los resultados del estudio una vez haya finalizado.

Girona, _____ de _____ de _____

Firma del participante:

ANEXO 9:

CÓDIGO: A11111

Durante cada semana los participantes deben de responder, en base a cómo se han sentido, unas preguntas que serán utilizadas para la valoración del proyecto.

Estas preguntas se responden de forma semanal al realizar las sesiones.

No importa si usted responde lo mismo, lo importante es que no exprese brevemente sus emociones de forma semanal.

1	¿Qué hábitos físicos o cognitivos te sorprendiste haciendo durante la última semana?
2	¿Qué pensamientos o preocupaciones te mantienen despierto por la noche? ¿Qué pensamiento, si pudiera apartarlo de su mente, le permitiría dormir mejor?
3	¿Qué puntos en común o diferencias ves en tu imagen de ti mismo frente a cómo te ven otras personas? ¿Qué imagen de ti mismo te permite respirar más fácil y profundamente?
4	Describe la comida más relajada y satisfactoria que puedas recordar. ¿Qué factores lo hicieron más agradable?
5	¿Hay algún factor que pueda identificar que estuvo presente durante los momentos de su vida en los que se sintió equilibrado?
6	¿Qué notas sobre los puntos en común entre las experiencias que juzgas como “agradables”? ¿Qué pasa con las experiencias que juzgas como “desagradables”?
7	¿Es la “cosa/persona/situación” que te hace infeliz inmutable? Si es así, ¿cómo podría cambiar su reacción o experiencia de esa “cosa/persona/situación”?
8	Describe un momento en el trabajo en el que te sentiste arraigado y empoderado.

ANEXO 10:

Programación de las sesiones a realizar en el estudio

El proyecto se realizará durante 1 hora de forma semanal, con un total de 8 semanas. Usted podrá organizarse las sesiones durante la semana como a usted le convenga

Semana 1: lunes 3 de mayo – domingo 9 de mayo

Semana 2: lunes 10 de mayo – domingo 16 de mayo

Semana 3: lunes 17 de mayo – domingo 23 de mayo

Semana 4: lunes 24 de mayo – domingo 30 de mayo

Semana 5: lunes 31 de mayo – domingo 6 de junio

Semana 6: lunes 7 de junio – domingo 13 de junio

Semana 7: lunes 14 de junio – domingo 20 de junio

Semana 8: lunes 21 de junio – domingo 27 de junio

ANEXO 11:

Encuesta de satisfacción

De parte del equipo de investigación, le agradecemos su participación en el proyecto *Mindfulness in Motion* y esperamos que nuestro objetivo haya incrementado su resiliencia.

Agradeceríamos además que nos dedicaras un momento para rellenar esta encuesta de satisfacción del proyecto. Por favor, valore personalmente las siguientes cuestiones, sabiendo que:

0 = El proyecto no ha sido nada eficaz 5 = El proyecto ha sido muy eficaz

1. Haz una valoración de la documentación y material que se le ha facilitado en el curso (podcasts, información, estructura...). ¿Consideras que han sido comprensibles y adecuados?

0 1 2 3 4 5

2. Valoración de la atención y ayuda prestada por parte del equipo de investigación. ¿Hemos sido capaces de facilitar y aclarar dudas o preguntas acerca de proyecto?

0 1 2 3 4 5

3. Valoración de la accesibilidad al material. ¿Ha tenido facilidad en el momento de acceder a cualquier componente enviado para el estudio?

0 1 2 3 4 5

4. ¿Cómo valorar los ejercicios y actividades que se han llevado a cabo en las sesiones?

0 1 2 3 4 5

5. ¿Ha cumplido el proyecto con sus expectativas?

0 1 2 3 4 5

6. ¿Consideras que este estudio le servirá en el ámbito individual o profesional?

0 1 2 3 4 5

7. Por favor, exprese en breves palabras una valoración del proyecto. ¿Se lo recomendarías a algún compañero sanitario? ¿Por qué?