

Vivències, experiències i
afrontament emocional de les
professionals d'infermeria d'UCI
durant la pandèmia per Covid-19.

TREBALL FINAL DE MÀSTER

Màster en Investigació en Ciències de la
Infermeria

Autora: Mariona Mir Espàrrech

Tutor: Josep Barceló Prats

Curs 2021-2022

ÍNDEX DE CONTINGUTS

1. Resum	2
2. Introducció i justificació de l'elecció del tema	3
2.1 Justificació epidemiològica.....	3
2.2 Justificació personal.....	6
3. Marc teòric.....	7
3.1 Genealogia de les UCI a Espanya: creació de la Medicina Intensiva	7
3.2 Origen i desenvolupament de la Infermeria de Cures Intensives.....	8
3.3 La disposició física de les UCI: analogia amb les institucions totals	9
3.3.1 Models arquitectònics de les UCI	11
3.3.2 Elements arquitectònics comuns de les UCI	13
3.4 L'actual model d'UCI: Inici i desenvolupament de les UCI de portes obertes	13
3.5 Tecnificació i medicalització de les UCI	15
3.6 Projecte HU-CI: Humanitzant les cures intensives.....	16
3.7 Desgast professional o «síndrome de Burnout» dels professionals d'infermeria a les UCI.....	17
3.8 UCI i COVID-19: com la pandèmia ha accentuat el que ja estava malmès	19
4. Revisió bibliogràfica. Afrontament i gestió emocional dels professionals d'infermeria de les UCI	20
5. Pregunta d'investigació, hipòtesis i objectius.....	25
5.1 Pregunta d'investigació	25
5.2 Hipòtesis general	25
5.3 Objectiu principal.....	25
5.4 Objectiu secundaris.....	26

6. Metodologia	27
6.1 Fase exploratòria	27
6.1.1 Salut mental i física de les professionals sanitàries.....	28
6.1.2 Conseqüències emocionals, psicològiques i físiques de les professionals durant la Covid-19	28
6.1.3 Diferències entre les percepcions de les professionals d'infermeria segons el temps treballat, l'experiència i el sexe	29
6.1.4 Responsabilitats institucionals i organitzacionals	30
6.1.5 Por al contagi, autocora i maneig de l'estrès	32
6.1.6 Influència de l'entorn laboral i la càrrega de treball.....	33
6.1.7 Equips de protecció i mesures de seguretat per fer front a la Covid-19.....	34
6.1.8 Tecnificació de les UCI i relació amb la deshumanització de les cures d'infermeria	34
6.2 Fase qualitativa	36
6.2.1 Disseny de l'estudi	36
6.2.2 Àmbit i període d'estudi.....	36
6.2.3 Població d'estudi	37
6.2.4 Variables de l'estudi	37
6.2.5 Criteris d'inclusió i exclusió	38
6.2.6 Mostreig i procediment mostral	38
6.2.7 Instruments de recollida de la informació i anàlisi de dades ...	39
7. Aspectes ètics	40
8. Dificultats i limitacions.....	41
9. Aplicabilitat i unitat pràctica	43
10. Pressupost.....	44
11. Cronograma.....	45
12. Bibliografia.....	46

ANNEXOS

Annex 1. Consentiment informat pels participants a l'estudi

Annex 2. Guió per els entrevistes semi-estructurades

Annex 3. Definició de les categories

Annex 4. Carta dirigida a l'hospital on es realitzarà el projecte

Índex d'abreviatures

UCI: Unitat de Cures Intensives

COVID-19: Coronavirus Sars- Cov- 2

CAP: Centre d'Atenció Primària de Salut

OMS: Organització Mundial de la Salut

SEMIUC: Sociedad Espanyola de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias

CRE: Creu Roja Espanya

ATS: Ajudant Tècnic Sanitari

BURNOUT: : «Síndrome del cremat» és un estat d'esgotament físic, fatiga crònica, augment o pèrdua de pes i astènia. També pot produir alteracions psicosomàtiques com dolors musculars, migranyes, problemes gastrointestinals i, en el cas de les dones, desregulació del cicle menstrual.

1. RESUM

La tecnificació de les UCI ha millorat la supervivència dels pacients però ha evidenciat la necessitat d'humanitzar les cures dispensades en aquestes unitats. La pandèmia per Covid-19 ha exacerbat la necessitat de tenir en compte el tractament emocional i psicològic dels professionals d'infermeria de les UCI.

Objectiu: Explorar quins han estat els factors que han incidit en la gestió emocional de les infermeres de les UCI durant la pandèmia de COVID19.

Mètode: Estudi basat en dues fases: **1)** Fase exploratòria, basada en una revisió bibliogràfica, i **2)** Fase qualitativa basada en un estudi qualitatiu descriptiu basat en entrevistes semi-estructurades a 24 infermeres treballadores d'una unitat de Cures Intensives d'un hospital de tercer nivell. El mostreig es farà per conveniència fins la saturació de dades. Les entrevistes seran categoritzades i codificades pel seu anàlisi. **Resultats:** L'estudi espera visibilitzar la importància de generar i aplicar noves estratègies preventives i de tractament a les professionals d'infermeria que permetin abordar la salut mental de forma íntegra i eficaç, a més de pretendre conscienciar sobre la necessitat de seguir treballant per la humanització de les cures d'infermeria a les UCI.

Paraules clau: Infermeria, Covid-19, humanització, Síndrome de Burnout, UCI, tractament emocional.

ABSTRACT

The technicalization of the ICUs has improved the survival of patients but has highlighted the need to humanize the care provided in these units. The Covid-19 pandemic has exacerbated the need to consider the emotional and psychological treatment of ICU nursing professionals. **Objective:** To explore the factors that have affected the emotional management of ICU nurses during the COVID pandemic19. **Method:** Study based on two phases: **1)** Exploratory phase, based on a bibliographic review, and **2)** Qualitative phase based on a descriptive qualitative study based on semi-structured interviews with 24 nurses working in an Intensive Care unit of a third level hospital. Sampling will be done for convenience until data saturation. Interviews will be categorized and coded for analysis. **Results:** The study hopes to highlight the importance of generating and

applying new preventive and treatment strategies to nursing professionals to address mental health in a holistic and effective way, as well as to raise awareness about the need to continue working for humanization of nursing care in the ICU.

Keywords: Nursing, Covid-19, humanization, Burnout Syndrome, ICU, emotional treatment.

2. INTRODUCCIÓ I JUSTIFICACIÓ DE L'ELECCIÓ DEL TEMA

2.1 Justificació epidemiològica

En els últims trenta anys, el desenvolupament tecnològic a les Unitats de Cures Intensives(UCI) s'ha demostrat imprescindible per tal de millorar la supervivència dels malalts crítics i reduir en més del 10% les xifres de mortalitat dels pacients atesos (1). Tanmateix, durant l'any 2020, la pandèmia de Covid-19 va massificar les UCI, les quals van haver d'augmentar la seva capacitat de llits fins a un 300% a Espanya (2). Aquest fet va suposar un repte a nivell logístic i assistencial sense precedents (2), però també va provocar un desgast psicològic i emocional dels professionals d'infermeria que treballaven a les UCI. Cada cop, doncs, hi ha més consciència del fet que la tecnificació ha relegat a un segon pla els aspectes humans; no només pel que fa als pacients i als familiars sinó també als professionals que treballen en aquestes unitats (1).

La situació actual dels professionals d'infermeria de les UCI, derivada de les conseqüències de l'esmentada pandèmia, no presenta masses símptomes de millora. La difícil gestió dels recursos humans als hospitals, però també als Centres d'Atenció Primària (CAP), ha derivat en ràtios desorbitades, torns impossibles, entorns de treball hostils i poc ergonòmics, condicions laborals inestables i, entre d'altres, una migració dels sous en comparació amb la mitjana europea. Tot això ha impactat inevitablement en l'estat d'ànim dels professionals

sanitaris, tenint conseqüències en la predisposició de treballar en equip, en la voluntat de prendre decisions encertades i afavorint l'aparició del «síndrome de desgast professional» també conegut per «síndrome de Burnout» (2).

Els trastorns relacionats amb l'estrès, l'ansietat i la depressió dins l'àmbit professional es poden arribar a percebre com a reaccions emocionals normals durant una pandèmia i, per això, és necessari aprofundir en el síndrome de Burnout ja no com un problema potencial sinó real. Els professionals d'infermeria, en condicions «normals», ja estan exposats a patir les conseqüències d'aquest síndrome, atès que acostumen a treballar jornades laborals llargues amb un alt nivell d'exigència i una alta sobrecàrrega de treball (3). Tanmateix, la pandèmia no ha fet més que agreujar encara més la globalitat d'aquesta situació.

L'11 de març de l'any 2020 la OMS (Organització Mundial de la Salut) va declarar l'estat de pandèmia mundial per COVID-19. Aquest fet va provocar un estrès al conjunt del sistema assistencial que, en cas de continuar-se allargant en el temps, podria molt probablement acabar generant alts índexs de fatiga emocional, despersonalització i baixa realització personal o, el que és el mateix, un augment desmesurat del síndrome de Burnout en els professionals d'infermeria (4).

La paraula Burnout, la traducció literal de la qual és «estar cremat», va ser introduïda per Freudenberg l'any 1974 (5). Posteriorment, l'any 1982, Maslach i Jackson (3), amb l'objectiu de mesurar i valorar tres dimensions bàsiques del síndrome, van desenvolupar un qüestionari basat en les respostes dels treballadors davant de diferents situacions de la seva vida laboral quotidiana: això és, l'esgotament emocional (EE), la despersonalització (DP) i la falta de realització personal (FRP).

Pels motius descrits anteriorment, tenir cura de les persones que cuiden és tan o més important que cuidar i curar als pacients o persones en situació de malaltia. Per tant, es fa necessari avaluar la situació en la qual es troben els professionals sanitaris (més rellevant encara per les conseqüències de la

pandèmia). L'augment del nombre de pacients atesos diàriament va acabar generant un ambient d'estrès en el que la salut mental va esdevenir una preocupació de segon nivell i en el que els símptomes de fatiga i malestar emocional psicològic dels professionals no es van tenir, de fet encara no s'han tingut, en compte (6). No és forassenyat, doncs, pensar que l'estat físic i mental del professional d'infermeria que atenen als pacients té una relació directament proporcional amb la qualitat de l'atenció que es proporciona i, per tant, del necessari confort i l'òptima recuperació del pacient.

Baeza et al. (7) afirmen que els professionals sanitaris desenvolupen majoritàriament la seva feina des d'una perspectiva vocacional. Sigui vocacional, o no, el cert és que l'entregadiària cap a la unitat, en general, i l'ajuda al pacient crític, en particular, exigeixen d'un gran compromís i implicació. Això comporta l'experimentació de fets positius (gran satisfacció personal quan les expectatives es compleixen, possibilitat de desenvolupar la feina amb qualitat, sensació de felicitat quan els pacients milloren o es pot evitar el patiment, etc.), com també factors negatius (desgast emocional important, visió negativa de l'estat del sistema sanitari i pessimisme pel que fa a l'aplicació de mesures que puguin corregir aquesta percepció), que acaben generant un impacte directe en la capacitat dels professionals d'atendre als malalts. Finalment, si les situacions negatives no milloren i s'enquisten o es fan més complexes, poden acabar derivant de forma directa en un síndrome de desgast professional generalitzat.

Alguns articles com el de Frade Mera et al. (8) ja assenyalaven el síndrome de desgast professional com un problema present sobretot en els professionals de l'àmbit de la salut l'any 2008. Actualment, altres articles més recents revelen que a Espanya, el 34,4% dels professionals sanitaris que han estat exposats a la COVID-19 (sense diferenciar el sector on treballin) han patit Burnout en algun moment de la pandèmia (9).

La pandèmia per COVID-19 no ha fet més que posar al descobert els problemes històrics del sistema sanitari, un fet que, en aquests moments, impacta directament en els recursos humans de gran part dels hospitals (10). Per poder

revertir o solucionar el conjunt d'aquestes problemàtiques és necessari conèixer quines estratègies d'afrontament de l'estrès disposen els professionals d'infermeria que treballen a les UCI, amb l'objectiu que les institucions puguin implantar, en cas de ser necessari, les mesures necessàries per tenir cura dels seus professionals a través de la reorganització del treball (prèvia a les situacions d'emergència) i el desenvolupament de recursos que en millorin les condicions laborals.

En conclusió, es fa necessari respondre a la següent pregunta: quina percepció de la gestió emocional tenen els professionals d'infermeria de les UCI després d'haver viscut una pandèmia i haver estat en risc d'experimentar (o haver patit) un Síndrome de Burnout? Aquesta pregunta, sorgida a partir de la meua experiència personal, és la que em plantejo respondre mitjançant la realització d'aquest treball. A més, considero que és una temàtica que continua estant a l'ordre del dia i que, actualment, provoca alts índexs d'esgotament emocional, despersonalització i sentiments de baixa autoestima en molts dels meus companys de pràctica professional (11).

2.2 Justificació personal de l'elecció de la temàtica

He decidit realitzar la següent investigació, dirigida a explorar la gestió emocional dels professionals d'infermeria treballadors de les UCI en referència a la COVID-19, perquè a través de la vivència personal he detectat un desgast professional important dels meus companys/es, els quals són infermers/es d'una UCI d'un hospital considerat del grup 4 (gran hospital heterogeni en quant a mida, dotació i activitat. Amb gran intensitat docent (>160 MIR) i elevada complexitat.

El síndrome de desgast professional no és una novetat i porta produint-se en els professionals d'infermeria en les darreres dècades. Tanmateix, és la primera vegada, en generacions, que ens hem trobat immersos en una situació pandèmica mundial, la qual ens ha fet modificar hàbits de vida, canviar formes de treball i, en definitiva, modificar el nostre dia a dia per poder-lo adaptar a les

noves i exigents situacions en constant canvi. Per a la professió infermera, aquest desgast professional ha estat i està essent més accentuat per elements com, entre molts d'altres, la falta de reconeixement laboral o els contractes de treball inestables. Per aquests motius, he cregut oportú seguir explorant en els motius i les conseqüències de l'afrontament i la gestió emocional amb l'objectiu de prevenir el síndrome de Burnout i promocionar la salut dels meus companys/es.

3. MARC TEÒRIC

3.1 Genealogia de les UCI a Espanya: creació de la Medicina Intensiva

Una de les primeres referències d'agrupació sistemàtica i ordenada de malalts crítics en una àrea comú es pot trobar a la Guerra Crimea (1854-1856) fruit de la tasca assistencial de Florence Nightingale (1). Tanmateix, no fou fins als anys seixanta quan van aparèixer les primeres unitats de cures intensives, sobretot, gràcies als avenços mèdics i tecnològics que no s'havien produït fins al moment, els quals podien revertir situacions crítiques que fins aleshores eren irreversibles com, per exemple: l'aparició dels primers respiradors (1954), la creació del primer desfibril·lador extern (1956) o la creació dels sistemes de circulació extracorpòria (1952) (9). D'altra banda, també van aparèixer els catèters venosos centrals i es va estendre l'ús dels antibiòtics; dos fets que milloren considerablement la supervivència dels malalts ingressats (12).

A Espanya la primera UCI es va crear l'any 1966 a la Clínica de la Concepción de Madrid. La va seguir, l'any 1969, la primera Unitat Coronària creada a l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona (9). Progressivament, van anar emergint noves UCI tant a Madrid com a Barcelona i, posteriorment, en altres hospitals ubicats a les grans ciutats del país (13).

Ara bé, tot i que les primeres UCI van aparèixer als anys seixanta, la Medicina Intensiva com a especialitat mèdica no es va crear oficialment a Espanya l'any 1978. Per aquest motiu, els metges i metgesses que fins llavors treballaven a les primeres UCI eren especialistes en altres àrees: el 31% en medicina interna, el

25% en cardiologia, el 16% en anestesiologia i el 9% en altres especialitats (14). Només un 19% havien començat a treballar com a “intensivistes” sense haver passat prèviament per cap altra especialitat.

La necessitat de crear la Medicina Intensiva com a especialitat va sorgir pel fet que els pacients crítics, independentment de la seva malaltia de base, compartien característiques clíniques i fisiopatològiques molt similars i homogènies. Eren i són pacients que, malgrat tenir uns processos vitals alterats i un compromís hemodinàmic, encara conserven la capacitat potencial de revertir el seu estat crític. D'altra banda, a finals del anys seixanta, ja es palesava que aquests malalts requerien d'unes estratègies específiques de vigilància i tractament, a nivell global, tenint en compte tots els sistemes del cos. També fou important crear l'especialitat degut a que els avenços tecnològics dirigits als malalts ingressats a les UCI eren incessants, generant-se la necessitat de tenir un tipus de personal molt més format per a poder assimilar aquests avenços en matèria de malalts crítics (12).

L'any 1974, vuit anys després de la creació de la primera UCI a Espanya, va néixer la Societat Espanyola de Medicina Intensiva i Unitats Coronàries (SEMIUC) que, anys després, va canviar el seu nom pel de SEMICYUC: Societat Espanyola de Medicina Intensiva, Crítica i Unitats Coronàries (15).

3.2 Origen i desenvolupament de la Infermeria de Cures Intensives

Per anar a l'origen de la Infermeria especialitzada en UCI és necessari tornar a la Guerra de Crimea. Allí, Florence Nightingale va tenir un paper fonamental, atès que va ser on es va encarregar d'atendre els soldats ferits de guerra i va decidir agrupar-los en una sola àrea, la més pròxima al control d'infermeria, de manera que els soldats poguessin rebre atenció immediata si l'agreujament de la seva salut ho requeria. Amb la seva perseverança, Nightingale va aconseguir que la infermeria adquirís una importància cabdal –desconeguda fins al moment–, naixent així els primers indicis d'especialització (16).

Setanta anys després, Walter Dandy (1), un reconegut neurocirurgià, va crear el concepte de recuperació post quirúrgica per la necessitat de cuidar contínuament els seus pacients post operats de neurocirurgia. Decidit a crear una unitat que pogués oferir les cures necessàries, va crear la Unitat Postquirúrgica Neuroquirúrgica de l'Hospital Johns Hopkins de Baltimore mitjançant el reclutament de personal d'infermeria especialitzat en la matèria, el qual acabaria oferint cures d'infermeria als malalts neurocrítics. D'aquesta manera, aquestes cures inicials d'infermeria intensiva van ser les precursoras del maneig intensiu postquirúrgic durant la Segona Guerra Mundial.

Posteriorment, entre els anys 40 i 50 del segle XX, degut a l'epidèmia per poliomielitis que va provocar una alta incidència de paràlisis neuromuscular, va emergir la necessitat d'utilitzar sistemes de ventilació mecànica. En aquell moment, es van utilitzar pulmons d'acer (pulmotor) que, amb els anys, van evolucionar de manera significativa permetent ventilar els pacients de forma autònoma (sense necessitat d'insuflar manualment) i establint-se, a partir d'aleshores, com un dels elements tecnològics essencials a les Unitats de Cures Intensives (16).

A mitjans del segle XX, amb l'aparició de totes les millores tecnològiques ja esmentades i l'evolució del suport vital avançat (respiradors, suport extracorpori, ús d'antibiòtics, ús de catèters venosos centrals, monitorització invasiva, etc.) va començar la capacitació dels professionals d'infermeria, fet que en va augmentar les seves habilitats per a fer-se càrrec de persones amb patologies crítiques i en va desenvolupar les competències per a proporcionar suport vital posterior a la introducció de nous monitors, l'ús de medicacions invasives i la resta d'aquest tipus de tecnologia mèdica (17).

A Espanya, el reconeixement oficial de la infermeria no es dugué a terme fins l'any 1915. A partir de l'any 1917 es van començar a crear les primeres escoles oficials d'infermeria reconegudes. Una de les primers fou la de la Creu Roja Espanyola (CRE), iniciant la formació d'infermeres professionals l'any 1918. No fou fins a meitats del segle XX quan es creà el decret que unificà els plans

d'estudis entre practicants, matrones i infermeres. Fou llavors quan va néixer la figura de «l'Ajudant Tècnic Sanitari» (ATS) iniciant-se, a Espanya, la professionalització de la infermeria i, ja durant la Transició democràtica, la integració de les Escoles d'Infermeria a les universitats.

Pel que fa a la Infermeria Intensiva, diversos autors situen la seva implantació a Espanya, aproximadament, l'any 1979, quan un grup d'infermeres es reuniren per primer cop a Madrid i formaren un primer esborrany del que anys després va esdevenir l'Associació Espanyola d'Infermeria en Cardiologia (AEEC), la qual agrupà també infermeres treballadores de les àrees de crítics (18).

3.3 La disposició física de les UCI: analogia amb les institucions totals

Erving Goffman, en el seu assaig sobre la situació social de les institucions de salut mental del 1961, va definir els internats que estudiava com a «institucions totals». (1) Aquest concepte va néixer de la necessitat de posar-li nom a aquells espais de residència o treball on un gran nombre de persones en una mateixa situació, aïllats de la societat per un període de temps important, compartien durant el seu internament rutines administrades amb un caràcter formal.

Perquè fer referència al concepte d'institució total Aquest concepte adquireix importància perquè les UCI funcionen de forma molt similar, essent un espai on els pacients ingressen per un període de temps indeterminat que emmarcarà la seva vida quotidiana i les seves relacions, les quals es limitaran a les que es puguin establir amb els professionals d'infermeria, de medicina i amb la família en les ocasions que estableixi el funcionament de la unitat.

La UCI, doncs, no és un espai obert que permeti l'entrada d'aire lliure o de les persones que així ho desitgin, sinó que d'alguna manera "reclou" els membres que en formen part de la institució, aïllant les persones ingressades de l'exterior. Erving Goffman ho definia com:

«tota institució que absorbeix part del temps i de l'interès dels seus membres, i els hi proporciona en certa manera un món propi; té, en síntesis, tendència

absorbent, que és totalitzadora i està simbolitzada pels obstacles que s'oposen a la interacció social amb l'exterior i amb la incapacitat de l'èxode dels membres que la conformen, i que solen adquirir formes materials: llocs tancats, murs alts, portes tancades, finestres que no es poden obrir...» (19).

La situació de tancament que planteja Goffman ha de tenir una certa duració al llarg del temps, ja que només d'aquesta forma el pacient serà capaç d'apreciar la pressió institucional que recau sobre ell/a. La UCI, d'alguna forma, s'adapta a la definició de Goffman com a institució social total i, per aquest motiu, es fa necessari parlar de la necessitat de tenir en compte la part emocional i humanitzada tan en els malalts ingressats a les UCI com en els professionals que hi treballen. Així, doncs, la visió social de les UCI té una relació directa amb la por, el desempara fruit de la malaltia i la necessitat de tenir un confort i una seguretat davant la situació de vulnerabilitat que és difícil de proporcionar en una situació d'atenció crítica.

Fa anys que, en la vessant assistencial, s'aposta per un desenvolupament del treball conjunt entre les diverses disciplines i de l'especialització dels professionals. En la mesura en la que les diverses disciplines sanitàries s'especialitzen, la seva tasca és converteix per definició en menys accidental. Per això, la necessitat de minimitzar el risc adquireix gran importància a la UCI on les noves tecnologies i els avenços en medicina i tecnologia requereixen redefinir el concepte de «pacient» que teníem fins ara. La transformació del concepte de pacient degut a la tecnificació mèdica és central per conèixer les contradiccions entre l'augment lògic de l'especialització i la necessitat d'humanitzar les cures intensives en el sentit més ampli d'aquesta última noció. Per aquest motiu, més endavant es dedica un apartat específic per posar el focus en la tecnificació i la medicalització de les UCI (20).

3.3.1 Models arquitectònics de les UCI

Avui dia, algunes UCI encara segueixen en funcionament en els mateixos espais on es van inaugurar als anys 60-70, època en la que hi havia uns conceptes tècnic-sanitaris i ideològics molt diferents als actuals. En aquell moment, quan

es començaven a construir els primers serveis hospitalaris especialitzats, l'especialitat de Medicina Intensiva encara s'estava formant a ella mateixa. Per tant, les primeres UCI tenien poques referències de l'entorn o del context internacional per fer servir de model, optant la majoria d'elles per aplicar un enfocament biomèdic molt poc comprensiu a d'altres models sanitaris. En aquells moments iniciàtics, el model arquitectònic només va tenir en compte les indicacions de l'àmbit científic i tècnic en la curació de les malalties i poc, per no dir gens, en la curació de la persona (20).

Per tant, des dels seus inicis, aquestes unitats van operar com a espais on «s'amagava» al malalt. Durant molts anys, van ser unitats «misterioses» i poc conegudes per ser molt noves, desafortunadament, el malalt quedava en un segon pla difuminat per totes les màquines que l'envoltaven durant la seva estada a la UCI.

Actualment, les diferències arquitectòniques són enormes entre les UCI que s'han construït recentment i les que ja fa temps que es van dissenyar. Les primeres UCI es van crear en espais ja existents i, per tant, van haver d'adaptar-se a la fisonomia de l'hospital. En canvi, les més recents han estat dissenyades pensant únicament en les necessitats de la unitat que s'hi configuraria. A més, les UCI antigues mantenen una arquitectura al servei de les necessitats de l'època, les quals tenen molt poc a veure amb la posterior evolució social i cultural de la medicina intensiva.

En síntesi, actualment, existeixen diferents estructures d'UCI segons les patologies dels malalts, però també en relació amb les característiques arquitectòniques que van modelar el disseny d'aquests espais. Així, podem trobar UCI "obertes" (per malalts postquirúrgics) o UCI "tancades" amb boxes individuals per a pacients amb patologies de diferents índoles que requereixen atencions molt diferents (UCI tancades polivalents) (21).

3.3.2 Elements arquitectònics comuns a les UCI

En funció de l'hospital i del seu model arquitectònic, així com del lloc on es situï la UCI, el seu espai serà normalment una planta rectangular o circular. Tanmateix, l'arquitectura funcional té una major importància que la geomètrica en si. En aquest sentit, els serveis poden ser oberts (no existeix una divisió física entre els malalts a excepció d'una cortina o un altre mètode de separació que no sigui una paret) o bé tancats (en els quals les habitacions o boxs on es situen els malalts estan dividits entre sí per medis físics) (20).

Generalment, les UCI estan properes al servei d'urgències i als quiròfans de l'hospital en qüestió, ja que són els serveis d'on habitualment procedeixen els malalts i, per aquest motiu, és important que disposin d'un fàcil accés i amb una bona comunicació intrahospitalària. Normalment, les UCI que coneixem tenen àrees similars i funcionals necessàries per al seu bon funcionament: l'àrea assistencial (on trobaríem els boxs dels malalts, les habitacions del material, l'àrea «bruta» de neteja i desinfecció, la farmàcia i el control d'infermeria); l'àrea administrativa (on trobaríem els despatxos mèdics, de supervisió mèdica i d'infermeria i les sales de reunions); i, finalment, trobaríem l'àrea «familiar» constituïda per les sales habilitades com, per exemple, la sala d'espera pels familiars (22).

3.4 L'actual model d'UCI: Inici i desenvolupament de les UCI de portes obertes

Històricament, en el nostre entorn i a Espanya en concret, les visites dins de les UCI es limitaven únicament a curts períodes de temps ja que, erròniament, es creia que augmentaven el risc d'infecció dels malalts ingressats, així com també que eren una font d'estrès per al malalt i la pròpia família. A més, els professionals d'infermeria, encara poc formats en la matèria, tampoc es qüestionaven els pros i els contres d'aquesta tradició. No fou fins als anys 90 quan les coses van començar a canviar (23).

Amb el pas del temps, es va anar palesant la necessitat d'individualitzar i humanitzar les cures a les UCI. Un dels primers passos era obrir les portes de

les UCI, augmentant els horaris de visita dels familiars i amics amb els malalts ingressats i, amb responsabilitat, flexibilitzar-les. Aquesta obertura no significa obrir les portes de la UCI 24 hores, els 365 dies de l'any, a totes les UCI. Més aviat, es tradueix en administrar –segons el pacient, les famílies, la unitat i les característiques del malalt en el moment concret– les visites per poder-les conciliar amb la feina dels professionals d'infermeria i de medicina perquè amb l'objectiu que els malalts estiguin acompanyats la major part del temps que hagin d'estar ingressats a la UCI (23).

A partir de l'any 1990 es va iniciar un moviment de canvi respecte a les UCI que va conduir a l'esmentada ampliació d'horaris de visites familiars. Aquesta nova tendència va imposar-se per la manca d'evidència científica que demostrés els beneficis en la restricció de les visites familiars i la necessitat d'humanitzar les relacions humanes de la UCI. Diversos estudis van començar a assenyalar la importància de la família en l'atenció holística de salutar pacient crític ingressat a una UCI, a més de no identificar complicacions del malalt que fossin atribuïbles a la presència de familiars dins el box (24). Per tant, la bibliografia publicada des d'aleshores i fins a l'actualitat confirma els beneficis per als malalts crítics de la presència dels seus familiars.

Des de llavors, les alternatives al model "tancat" són moltes i variades. Per tant, cada UCI té un ampli ventall d'opcions per establir les més factibles en funció del seu context i de la seva arquitectura. La visita oberta/flexible, doncs, es mostra com a beneficiosa tan per als pacients com per als seus familiars i els professionals. Així, la major presència de familiars no sols no incrementa les probabilitats d'infecció en el pacient, sinó que en millora el perfil d'hormones d'estrès i, a més, s'apunta al fet que pot millorar-ne la gestió del delírium i, entre altres, dels processos de *weaning*.

En conclusió, el consol i el suport emocional al pacient crític i a llur família s'han de considerar una part fonamental de la feina dels professionals d'infermeria que treballen en una UCI, intentant disminuir el patiment dels pacients mentre es promouen els valors de confiança per afrontar la malaltia i l'estada a l'hospital.

Tot plegat, implica el millorament d'aspectes organitzatius que contribueixin a aconseguir unes UCI més humanes i confortables per a les persones que hi estan ingressades i llurs famílies.

3.5 Tecnificació i medicalització de les UCI

Tradicionalment, l'àrea de Cures Intensives ha estat percebut com un lloc hostil i envoltat de secretisme, ubicat als "budells" dels hospitals i caracteritzat per aplicar un enfocament purament biomèdic –centrat en el cos i en la part biològica del pacient– més que en la persona entesa de forma holística. El pacient, doncs, podia córrer el risc de ser fàcilment identificat com un objecte de cures més que com un subjecte amb emocions, sentiments i capacitat per decidir sobre el seu tractament (25).

La medicina intensiva es troba a l'avantguarda de la medicina més tecnificada i, precisament, aquest excés de tecnificació i la col·locació del procés patològic, en ocasions, com a únic objectiu d'actuació, van provocar que el personal sanitari fos el primer en demanar un canvi en l'abordatge de les dinàmiques dins les institucions sanitàries.

Hi ha intervencions, sobretot les relacionades amb les cures d'infermeria, que no van destinades a quelcom tangible, com, per exemple, podria ser recanviar una sonda vesical, col·locar una màquina d'hemodiafiltració o canviar la fixació del tub endotraqueal, etcètera. Aquest fet pot provocar que certes cures, sovint les relacionades amb la part emocional, nosiguin visibles. Per tant, pot desembocar en una major tecnificació de la UCI i en una menor humanització de les cures centrades en la persona (26).

Molts cops, la ciència moderna i l'actual tecnologia mèdica s'han posat a disposició d'interessos polítics, comercials i biomèdics, reduint, en algunes ocasions, el pacient a un objecte científicotècnic –cosificat prèviament– i convertint-lo de forma inevitable en un dualisme entre la part física i la part emocional –essent aquesta darrera part, aparentment, invisible en front de tota la tecnificació. La ciència moderna, que molts cops somia només en crear una

societat sana i forta, segueix desenvolupant tot tipus de màquines destinades a substituir les funcions orgàniques del cos humà amb l'objectiu de millorar la supervivència dels pacients ingressats (27).

Malgrat que aquesta tecnificació és necessària per millorar la supervivència i la qualitat de vida posterior dels pacients ingressats, és també una font de preocupació pel personal sanitari, sobretot pels professionals d'infermeria, que han de conèixer el funcionament d'aquestes màquines –sovint de models diferents–; han de controlar l'estat hemodinàmic del pacient; s'han d'encarregar de conèixer; o han de formar-se per saber quines repercussions pot tenir en el malalt el mal funcionament d'alguns suports vitals. En resum, aquest alt grau de tecnificació fa que moltes vegades no puguin tenir en compte el pacient en totes les dimensions (fisiològica, emocional, psicosocial, etc.).

3.6 Projecte HU-CI: Humanitzant les cures intensives

El projecte HU-CI va néixer d'un grup d'investigació multidisciplinari format per professionals sanitaris que desenvolupen la seva feina a les unitats de cures intensives, conjuntament amb pacients, familiars i altres professionals com psicòlegs, arquitectes i interioristes. Parteix d'una visió integral de la situació actual de les UCI i té per objectiu aconseguir millorar l'atenció a les UCI amb l'ajuda de pacients, famílies i professionals (23).

Més concretament, el projecte HU-CI té com a objectius:

- Humanitzar les cures intensives
- Servir de fòrum i punt de trobada entre pacients, familiars i professionals.
- Difondre la vigilància intensiva i acostar-los a la població general, posant èmfasi en
- activitats relacionades amb la humanització de les cures.
- Fomentar la formació en habilitats d'humanització: comunicació, relació d'ajuda, etc.
- Orientar cap a la prestació d'una atenció humanitzada mitjançant l'establiment d'estàndards i certificant el seu compliment en aquelles unitats que el sol·licitin.

1. El projecte es proposa, entre les seves diverses línies de treball, certificar el compliment dels estàndards d'humanització de les organitzacions sanitàries, així com dels seus professionals i de la formació que aquests reben. Aquest programa de certificació conté 160 bones practiques distribuïdes en 7 línies estratègiques (28):UCI de portes obertes: presència i participació dels familiars en les cures
2. Comunicació
3. Benestar del pacient
4. Cures al professional
5. Síndrome post vigilància intensiva
6. Cures al final de vida
7. Infraestructura humanitzada

3.7 Desgast professional o «síndrome de Burnout» del professionals d'infermeria a les UCI

La necessitat de continuar humanitzant les cures intensives i la resta de necessitats que encara existeixen respecte al funcionament de les UCI condueixen a que l'actual treball vulgui explorar i comprendre quina és la visió dels professionals d'infermeria respecte la gestió de les seves emocions en unes UCI que en la mesura que es tecnifiquen també s'humanitzen. Un estudi de l'any 2008 de Ríos Rísquez, et al. (29) revela que, abans de la pandèmia per COVID-19, el 42,9% dels professionals d'infermeria enquestats presentaven símptomes físics o psíquics d'esgotament que podrien requerir atenció especialitzada. En aquells moments, els resultats obtinguts sobre els nivells de desgast físic i emocional van ser qualificats com a moderats-alts.

L'estrès laboral en l'entorn sanitari és descrit i reconegut en diverses publicacions (30). En molts d'aquests estudis es justifica l'elevada presència d'estrès al·ludint a les característiques intrínseques de les professions sanitàries: atendre a la mort, al dolor, a la malaltia, a les situacions d'urgència vital, a les demandes i pressió laboral, als conflictes derivats del rol professional, als pacients o famílies

«problemàtiques», etcètera. Tanmateix, les UCI destaquen com una de les unitats hospitalàries més analitzades per generar estrès als seus treballadors/es, atès que estan presents en ella nombroses fonts d'estrès laboral com: tecnificació de l'ambient laboral, situacions crítiques, gravetat dels pacients als que s'atén, contacte estret amb la mort, etc. (30).

Tot i que hi ha diverses definicions del terme síndrome de Burnout, una de les més acceptades és la de Cristina Maslach (1976), (31) la qual va definir-lo com a un "procés gradual de pèrdua de la responsabilitat professional i desinterès clínic que es donava entre els professionals que treballaven cuidant a persones". Ara bé, la definició actual més coneguda és la que defineix el Burnout com a un "síndrome d'esgotament emocional, despersonalització i baixa realització personal que pot ocórrer entre persones que treballen cuidant d'altres persones" (31).

Pel que respecta a la prevalença d'aquest síndrome a l'entorn sanitari, abans de la pandèmia, la majoria d'estudis revelen obtenir uns nivells moderats-altos de Burnout entre els professionals d'infermeria treballadors d'unitats de Cures Intensives. Destaquen els estudis de Rodríguez; et al. (32) i Jiménez; et al. (33) que obtenen percentatges elevats del 54,3% i 63,3% respectivament d'esgotament emocional de les infermeres i en la dimensió de la despersonalització obtenen percentatges del 80% i del 53,3%. Aquestes dades demostren com abans de la pandèmia la prevalença d'aquest síndrome ja era prou important i, per tant, justificarien, per sí mateixes, l'existència de protocols o d'intervencions i millores en les condicions laborals dels treballadors de la salut que previnguessin o evitessin el síndrome de *Burnout* en els professionals sanitaris.

Tanmateix, el fet d'haver hagut d'afrontar les conseqüències d'una pandèmia mundial fa que, actualment, desconeguem els nivells de *Burnout* associat als professionals que han treballat en primera línia en la lluita contra el COVID19. Segurament, la gestió de la pandèmia ha fet que la capacitat actual d'afrontament i gestió emocional dels factors estressants en una UCI hagi disminuït (34). Per aquest motiu és més necessari que mai tenir en compte la salut mental dels

treballadors i treballadores de la salut, sobretot la dels professionals d'infermeria que han estat i estan a primera línia des de l'inici de la pandèmia. Prenent com a base totes les problemàtiques i les deficiències del sistema, aquest treball té per objectiu posar el focus en la percepció de la gestió emocional per part dels propis professionals d'infermeria durant la pandèmia a fi i efecte de «donar veu» a aquest col·lectiu per seguir humanitzant les UCI des de dins i, a més, tenir cura de les persones que cuiden.

3.8 UCI i COVID-19: com la pandèmia ha accentuat una tendència que ja era preocupant

A finals de l'any 2019 es van començar a registrar els primers casos de pneumònia d'origen desconegut a la ciutat de Wuhan a Xina. Després d'examinar detingudament el patogen que causava aquesta malaltia es va confirmar que l'agent causal era un betacoronavirus que va passar a anomenar-se SARS-COV-2 per la semblança genètica (ARN) amb el SARS-COV que, l'any 2003, ja va donar lloc a greus pneumònies provocades per la síndrome respiratòria aguda greu (35).

A principis del 2020, la OMS va declarar la malaltia per aquesta nova variant de coronavirus com a pandèmia internacional per l'amenaça que suposava per a la salut pública mundial (36). Aquesta declaració, però, no va poder contenir la propagació de l'esmentat virus i, al cap de poques setmanes, els sistemes sanitaris d'arreu del món ja es mostraven incapaços de brindar una atenció clínica de qualitat i de prevenir l'excés de mortalitat pel SARS-COV2, així com de minimitzar la mortalitat per altres causes al no poder assegurar la prestació dels serveis de salut essencials. Degut a aquest fet, la salut mental dels treballadors i treballadores s'ha vist greument afectat (35).

La migradesa de personal, sumada a la resta de deficiències que ja presentava el sistema sanitari, així com els errors en la cadena de subministres de materials hospitalaris de primera necessitat (37) van col·locar en una situació d'elevada vulnerabilitat als professionals d'infermeria. El conjunt d'aquestes circumstàncies van produir un augment del estrès físic, psíquic i emocional dels treballadors

sanitaris, a més d'una angoixa considerable pels conflictes ètics que es van presentar en determinades ocasions, un augment del nivell de mortalitat, llargues jornades laborals, incertesa sobre la durada de la pandèmia, etcètera (33).

Així, doncs, la hipòtesi de la qual parteix el present treball és la consistent en què la pandèmia per COVID19 ha accentuat el «síndrome de desgast professional» a una professió –la d'infermeria– en al que ja existia en uns nivells moderats-alts. Per tant, és molt probable que existeixi una necessitat urgent de treballar sobre aquests aspectes d'escoltarels professionals d'infermeria i de treballar per tal que les condicions laborals siguin millors, existint un suport emocional i psicològic que permeti gestionar l'afrontament a les difícils situacions que han de viure dia a dia els professionals sanitaris.

4. REVISIÓ BIBLIOGRÀFICA. AFRONTAMENT I GESTIÓ EMOCIONAL DELS PROFESSIONALS D'INFERMERIA DE LES UCI

L'objectiu de la revisió de la literatura duta a terme, prèvia a la realització del projecte d'investigació, va ser el d'obtenir una primera aproximació a la informació científica disponible relacionada amb la gestió emocional dels professionals d'infermeria de les UCI durant la pandèmia provocada pel coronavirus. Amb aquesta finalitat es van cercar i analitzar articles, llibres i altres recursos bibliogràfics destinats a obtenir informació relacionada amb la temàtica d'estudi.

Per desenvolupar la revisió de la literatura es van consultar les següents bases de dades: PUBMED, CUIDEN, CUIDATGE, DIALNET, IBECs Cochrane i Google Academic. També es va fer una revisió de diferents recursos d'organismes oficials a nivell nacional i autonòmic per obtenir documents oficials de l'estat o de Catalunya, tals com el BOE (Boletín Oficial del Estado), durant la pandèmia o documents oficials de la generalitat relacionats amb la COVID-19 a fi i efecte d'obtenir més informació teòrica per al correcte desenvolupament del projecte d'investigació.

Per realitzar la cerca bibliogràfica a les bases de dades esmentades, es van utilitzar els següents descriptors en Ciències de la Salut (DeCS) i «Medical Subjects Headings» (MeSH) amb les estratègies de cerca següents: «enfermeria AND COVID19», «gestión emocional AND COVID19», «burnout AND nursing», burnout AND pandemic AND nursing», «enfermeria AND coronavirus», «enfermeria AND pandemia», «desgaste emocional AND enfermeria». La cerca bibliogràfica es va dur a terme des de l'abril fins al juny de 2022. Es van excloure tots aquells articles o publicacions amb una antiguitat major a dos anys atès que encara no s'havia iniciat la pandèmia en aquell moment i també es van descartar els articles que no complien els següents requisits d'inclusió:

- Contenir informació sobre aspectes emocionals viscut pels professionals d'infermeria durant la pandèmia de COVID-19.
- Estar en format "open accés" o revistes consultables des del CRAI de la URV.
- Estar escrits en castellà, anglès o portuguès.

Es van identificar 1263 documents en total i se'n van excloure 1204 que no complien amb l'objectiu de la investigació. Dels articles restants, després de la filtració de menys de dos anys d'antiguitat i que foren escrits en castellà, anglès o portuguès, se'n van seleccionar 53. Un cop llegits els abstracts d'aquest 53 articles, finalment, es van llegir en la seva totalitat 31 articles. Fruit d'aquestes lectures, se'n van descartar 9 que no seguien rigor metodològic bé no eren articles originals. Finalment d'aquests 22 articles se'n van excloure dos, per estar duplicats a diferents bases de dades, i 7 pel fet de no estar en "open acces" o disponibles al CRAI de la URV, quedant un total de 15 publicacions que son la base d'aquesta revisió.

A l'annex 1 es pot trobar una exhaustiva descripció dels articles seleccionats, tenint en compte l'idioma, el tipus d'estudi, si s'empra una metodologia quantitativa o qualitativa, aixícom si en la seva realització hi van formar part els professionals d'infermeria.

Diagrama de flux de la revisió de la literatura:

Pubmed (n=438)
Cuiden (n=46)
Cuidatge (n=35)
Dialnet (n=151)
Cochrane (n=119)
IBECS (N=125)
Google acadèmic (n=349)

S'exclouen els articles que no estan publicats en castellà, anglès o portuguès.

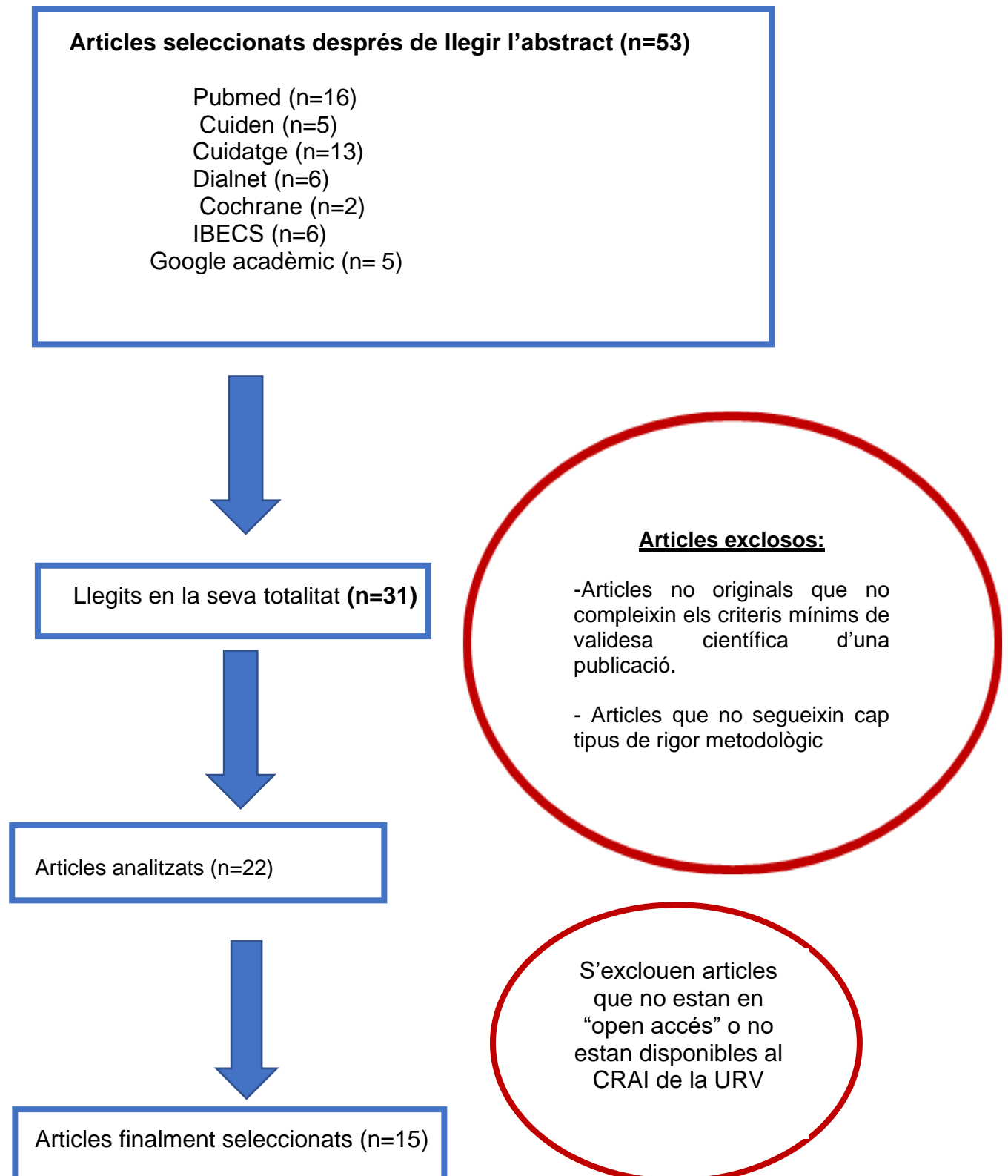


Articles seleccionats per títol i any de publicació (n=240)

Pubmed(n=85)
Cuiden(n=15)
Cuidatge(n=20)
Dialnet (n=75)
Cochrane(n=3)
IBECS(n=29)
Google academic (n=13)

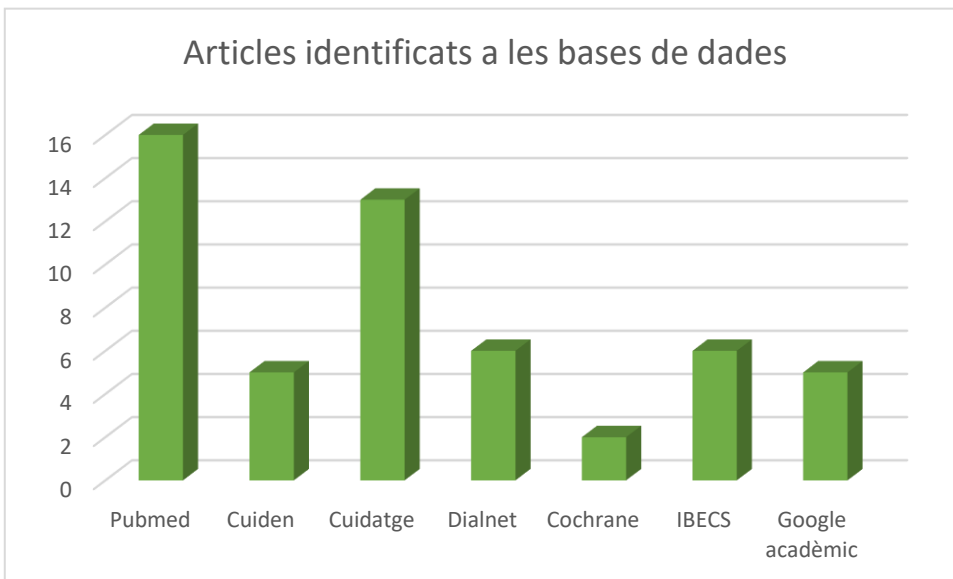
S'exclouen articles amb títols no relacionats amb la investigació i amb anys de publicació >2 des de la realització de la investigació.





Taula 1: Diagrama de flux de la revisió bibliogràfica

Font: Elaboració pròpia



Taula 2: Diagrama de cerca a les bases de dades

Font: Elaboració pròpia



Taula 3: Diagrama d'articles seleccionats per títol, abstract i any de publicació

Font: Elaboració pròpia

5. PREGUNTA D'INVESTIGACIÓ, HIPÒTESI I OBJECTIUS

5.1 Pregunta d'investigació

Com és l'afrontament i la gestió emocional de les professionals d'infermeria de les Unitats de Cures Intensives (UCI) després d'haver hagut de fer front a la pandèmia de la Covid-19 i com aquest fet ha afectat a la necessitat de rebre tractament emocional i psicològic?

5.2 Hipòtesi

La tecnificació de les Unitats de Cures Intensives ha millorat la supervivència dels pacients, però també ha evidenciat la necessitat d'humanitzar les cures que es proporcionen dins d'aquestes unitats. Les conseqüències de la pandèmia de COVID-19 han exacerbat la necessitat d'incloure tractament emocional i psicològic als professionals d'infermeria de les UCI.

5.3 Objectiu principal

1. Explorar quins han estat els factors que han incidit en la gestió emocional de les infermeres de les UCI durant la pandèmia de COVID19.

5.4 Objectiu secundaris

1. Explorar quin és el significat del concepte d'humanització de les professionals d'infermeria.
2. Descriure el perfil dels professionals sanitaris que participen a l'estudi.
3. Comparar les diferències entre les percepcions dels professionals d'infermeria que porten diferents temps treballats (5 anys, 11 anys o més de 25 anys).
4. Identificar els sentiments dels professionals d'infermeria al establir una "relació humana" amb els pacients.

5. Explorar si influeix el desgast professional produït per la pandèmia del COVID19 en la (des)personificació i cosificació de les pacients de la UCI.

6. Descriure el binomi tecnificació humanització i la seva incidència en el desenvolupament de les cures d'infermeria a les Unitats de Cures Intensives.

6. METODOLOGIA

En aquest apartat del treball es procedeix a explicar la metodologia que s'emprarà per la realització del projecte.

Per tal de facilitar la recollida de la informació i el seu processament, el projecte es divideix en 2 fases principals:

- **Fase exploratòria:** Revisió bibliogràfica sistemàtica.
- **Fase de recollida d'informació qualitativa:** Entrevistes semi-estructurades a la població d'estudi.

6.1 FASE EXPLORATÒRIA

La fase exploratòria és la primera fase del projecte i consta d'una revisió bibliogràfica amb l'objectiu d'obtenir una recopilació de dades de diferents fonts bibliogràfiques per tal d'identificar informació rellevant pel tema a estudi relacionada amb l'afrontament i la gestió emocional dels professionals d'infermeria de les UCI. D'aquesta manera s'obtindrà informació sobre els treballs realitzats per altres autors/es.

Període d'estudi: 2 mesos. Tot i que la revisió bibliogràfica es pot prolongar durant tot el projecte.

Àmbit o població de referència: Infermers/es de diferents hospitals a nivell Espanyol, Europeu i Mundial.

Població d'estudi: Concretament infermers/es de les UCI.

Resultats de la cerca bibliogràfica de la fase exploratòria

6.1.1 Salut mental i física de les professionals sanitàries

El conjunt de la literatura seleccionada evidencia la necessitat de tenir en compte la salut mental i emocional de les professionals sanitàries que van exercir abans, durant i després de la pandèmia per Covid-19. Conèixer la sobrecàrrega emocional, en especial de les treballadores de les àrees de crítics, es considera una necessitat (Soto-Rubio et al. 2021; Tejedor-Romero et al. 2021).

El Síndrome de Burnout, nombrat en diverses ocasions durant la realització d'aquest estudi, i d'altres conseqüències de l'estrès laboral mantingut en el temps com: la insatisfacció laboral, les conseqüències psicossomàtiques, la fatiga, etc. palesen les implicacions que té la salut mental en l'entorn laboral. Així ho afirmen Manzano, Ayala (2021), quan xifren en un 44,9% els professionals d'infermeria que es declaren haver-se sentit emocionalment exhaustos a la feina durant la pandèmia. Si bé és cert que durant la pandèmia es van haver d'assumir tasques i rols que, en moltes ocasions, no eren les pròpies ni les adequades per la posició laboral, encara a hores d'ara s'arrossegueu les conseqüències negatives que va provocar la Covid-19 en el sistema sanitari de la majoria de països.

6.1.2 Conseqüències emocionals, psicològiques i físiques de les professionals durant la Covid- 19

González et al. (2021) i Soto-Rubio et al (2021) constaten les dificultats de conciliació de la vida laboral i familiar durant la pandèmia. La presència versus l'absència d'estressors laborals de salut, tals com: l'atenció directa de pacients Covid-19, patir símptomes d'estrès sentir-se desprotegits es va associar amb majors nivells de malestar psicològic (Erquicia et al. 2022; Cadge et al. 2021; Jackar et al. 2022).

Autors com Monteiro et al. (2021), Erquicia et al (2022) i Gomes et al. (2021) destaquen com a conseqüència d'aquest estrès, el fet de no poder desconnectar

de la feina o la falta de poder per empatitzar amb els malalts ingressats. L'esgotament físic i emocional per l'exposició al virus i la sobrecàrrega emocional i física van contribuir al malestar emocional, disminució de la qualitat dels serveis prestats, discontinuïtat de les cures d'infermeria, repercussions directes a l'absentisme laboral, sobrecàrrega emocional, Burnout i fins i tot abandonament de la professió en alguns casos (Monteiro et al. 2021). Tanmateix la incertesa per la situació sanitària lligada al malestar psíquic i físic experimentat per les professionals sanitàries va provocar augment de la irritabilitat de les treballadores (Gomes et al. 2021).

La sobrecàrrega de treball, el suport social, els recursos humans i materials i l'amenaça que suposava la Covid-19, en el dia a dia de la UCI, expliquen el grau de desgast professional patit per les professionals d'infermeria durant la pandèmia. Manzano i Ayala (2021) evidencien una correlació positiva entre el Burnout, els conflictes de rols i la càrrega de treball.

Jackar et al. (2021) demostren que l'estrès i l'ansietat experimentats durant la pandèmia per Covid-19 han estat les conseqüències més visibles i directes en les professionals sanitàries. Ha estat complicat per l'autora de l'estudi trobar evidència de l'influència de l'estat emocional d'infermeria abans de la pandèmia, ja que la majoria de l'evidència que té en compte la salut mental i emocional és dels últims tres anys d'ençà.

D'altra banda, no s'han trobat articles que relacionin les variables sociodemogràfiques i socials amb els problemes psicològics i emocionals previs de les professionals per poder investigar les conseqüències directes de la Covid-19 en la salut mental i emocional de les professionals sanitàries.

En referència l'ús de les noves tecnologies, només Serrano-Ripoll et al. (2021) revela i demostra que l'ús d'una aplicació mòbil en salut podria ajudar a gestionar millor l'estrès, el Burnout i la fatiga laboral de les persones treballadores dels hospitals. Aquest mateix estudi aporta evidència científica relacionada amb l'impacte positiu de l'ús de les noves tecnologies en la salut mental.

El tipus de contracte laboral que van donar a les professionals d'infermeria de nova incorporació també va resultar positiu, segons Torralba et al (2022), per fer augmentar els nivells d'estrès entre les professionals. Les treballadores que tenien contractes temporals van mostrar un major nivell d'estrès que les que tenien un contracte d'interinitat o fixe.

6.1.3 Diferències entre les percepcions dels professionals d'infemeria segons el temps treballat, l'experiència i el sexe

L'estudi d'Erquicia et al. (2022) mostra la correlació existent entre l'edat, el temps treballat i els símptomes d'ansietat, fatiga i Burnout a la feina experimentats. A menor temps treballat més símptomes d'esgotament a la feina i ansietat. Concretament, Tavares et al. (2021) analitza participants majoritàriament menors de 30 anys, considerant que posseeixen menor experiència pràctica i assegurant que aquest fet pot repercutir de forma negativa provocant inseguretat a l'hora de realitzar procediments i/o resoldre problemes. Tot i així afirma que es coneix que els professionals més joves està demostrat que tenen una capacitat adaptativa més alta per afrontar canvis laborals i aquest fet s'entén com a positiu en una professió sanitària. Tanmateix, Torralba et al. (2021) descriuen la relació existent entre l'edat, l'experiència laboral i l'estrès evidenciant que les infermeres i infermers amb més experiència i antiguitat mostren nivells d'estrès més baixos i millor gestió del mateix.

Brito et al. (2022) i Erquicia et al. (2021) refereixen una relació entre el sexe dels professionals, identificant major esgotament emocional i Burnout entre professionals del sexe femení. Les dades mostren que en alguns estudis la majoria de participants són del sexe femení, el que faria entendre l'obtenció d'aquests resultats.

6.1.4 Responsabilitats institucionals i organitzacionals

Les injustícies en l'organització de les institucions s'han fet més evidents arran de la pandèmia (Tejedor-Romero et al. 2021). Ruiz-Fernández et al. (2020) afirmen que la mala gestió de les institucions envers decisions que influeixen en

l'augment de les càrregues de treball i el malestar a la feina afecten directament en problemes de salut psicosomàtics en els treballadors i treballadores de la salut.

En alguns hospitals no hi havia suficient personal d'infermeria per atendre les necessitats de tots els pacients ingressats. Tanmateix, el personal contractat com a reforç va assumir tasques que no els hi pertanyien i mai es va proveir de forma suficient als serveis i als professionals per tal de cobrir totes les necessitats que hi va haver durant la pandèmia (González et al. 2021).

En altres casos, tal i com reflecteix Erquicia et al (2022) es va objectivar que tot i que les professionals d'infermeria i d'altres professionals sanitaris (auxiliars d'infermeria, tècnics de rajos, metges/esses, etc.) van actuar amb força de voluntat, fe, empatia, resiliència, solidaritat..., la seva determinació no va ser respectada pel sistema de salut durant la pandèmia degut a les ràtios excessives infermera-pacient o metge/essa-pacient, a més de no veure's recompensades ni en forma de reconeixement ni de remuneració (Gomes et al. 2021). En resum, tal com afirma Erquicia et al. (2022) es pot afirmar que els equips d'infermeria de les UCI tenen una percepció baixa del clima organitzatiu de les UCI i del sector, fet que denota que les professionals no estan satisfetes amb el sistema de salut actual i amb la gestió de la pandèmia per Covid-19.

D'altra banda, les gestores responsables de polítiques sanitàries han de garantir que les infermeres no pateixin discriminació social i els governs han de garantir el desenvolupament de sistemes sanitaris resistents que siguin capaços d'enfrontar-se i controlar noves malalties emergents que poden aparèixer (Brito et al. 2022). Aquest fet podria permetre millorar l'esgotament emocional que han patit i pateixen actualment les professionals, així com també millorar l'estrès laboral i professional. Manzano i Ayala (2021) i Brito et al. (2022) recomanen donar suport i capacitació a les infermeres per part de les institucions tan a curt com a llarg termini per assegurar un maneig millor davant de futures situacions que també poden ser problemàtiques tan per la gestió que es requerirà com per l'afrontament emocional i psicosocial que en faran les infermeres i d'altres professionals sanitaris.

A nivell generalitzat s'ha pogut percebre una comprensió per part de les professionals d'infermeria i altres treballadors del sistema de salut, però és evident que s'ha fet palès la necessitat d'una interlocució oberta entre governs i institucions sanitàries que tingui més en compte la opinió de les professionals sanitàries que hi treballen (Monteiro 2021).

6.1.5 Por al contagi, autocora i maneig de l'estrès

En el context actual de salut, en el que el sistema de salut s'ha vist immers en una pandèmia a nivell mundial, l'autocura ha passat a un segon pla. L'autocura, sobretot en infermeria, és la base perquè les infermeres puguin cuidar-se a si mateixes i posteriorment als demès (Jackar et al. 2021).

A l'article de Soto-Rubio et al (2021) en el que es van passar escales per avaluar l'estrès, la fatiga, el Burnout i d'altres simptomatologies relacionades es va poder comprovar també que existia una por a contagiar a familiars per part de les professionals de la salut. Aquest fet també ha provocat a curt termini (durant la pandèmia) que les professionals es mantinguessin distants i irascibles amb el tracte amb les altres persones (Ruiz-Fernández et al. 2020). Algunes de les preguntes que s'han repetit o de les que s'han obtingut respostes semblants, com la de tenir por de contagiar algun familiar proper habitualment en tota la literatura estudiada han obtingut resultats significatius. Altres estudis afirmen que la Covid-19 ha trencat dinàmiques familiars i també n'ha creat de noves trencant i creant noves rutines, fet que ha provocat ansietat i augment de l'estrès en les professionals sanitàries (Tejedor-Romero et al. 2021; Soto-Rubio et al. 2021).

González et al. (2021) apunten que els professionals d'infermeria que estaven atenent als pacients en primera línia a les UCI tenien por d'infectar-se pel virus de forma constant, en un elevat percentatge tenien por d'infectar els seus familiars i un 46,5% afirmaven (sense coneixements) que podien ser portadors asimptomàtics de la malaltia. Aquest fet repercutí de forma negativa amb les relacions interpersonals que en aquell moment (durant el confinament) només

podien mantenir amb la seva família més propera.

Manejar l'estrès es considera molt important en la majoria de l'evidència científica disponible analitzada. Cal potenciar la reparació emocional de les professionals d'infermeria per prevenir possibles efectes adversos relacionats amb mantenir l'estrès a llarg termini (González et al. 2021). Els nivells alts de satisfacció professional es van obtenir en les professionals que van presentar nivells més baixos de fatiga, Burnout i insatisfacció a la feina (Ruiz-Fernández et al. 2020)

6.1.6 Influència de l'entorn laboral i la càrrega de treball

Tejedor-Romero et al. (2021) ha demostrat que l'entorn laboral manté una íntima relació amb l'estrès del gremi d'infermeria, i aquest fet produeix un problema a nivell individual, interpersonal i social. La intel·ligència emocional pot ajudar a disminuir els símptomes d'estrès, però un major afrontament emocional també està directament relacionat amb el conflicte de rols i el suport de l'organització (Brito et al. 2022) Per tant, és necessari generar espais laborals que fomentin el treball en equip per millorar l'efectivitat i l'eficiència, però sobretot les relacions interpersonals entre les professionals dels diferents serveis hospitalaris (Jackar et al. 2021).

La pandèmia per Covid-19 ha demostrat que la comunicació entre professionals va patir canvis importants, es va fer complicat mantenir una comunicació eficient entre els diferents equips multidisciplinars. Va existir falta de cohesió de grup i d'ajuda mútua així com també falta de coneixements per part d'algunes professionals de nova incorporació (Bergman, et al. 2021). Aquest fet i l'estrès laboral afegit van provocar que l'entorn laboral fos hostil i la sensació de sobrecàrrega de treball es fes més evident a mesura que avançava la pandèmia (Serrano-Ripoll et al. 2021).

D'altres conseqüències van ser les relacionades amb l'adaptació al nou entorn de treball de les professionals de nova incorporació. Ha existit una falta de coordinació per part de la institució que ha provocat una falta d'adaptació a les rutines de treball, els equips i les feines diàries a les UCI de les professionals de

nova incorporació i aquest fet ha provocat que nos'hagin pogut assolir nous aprenentatges necessaris per poder dur a terme el correcte desenvolupament del dia a dia a la UCI (Tavares et al. 2021).

6.1.7 Equips de protecció i mesures de seguretat per fer front al Covid-19

La realitat viscuda per les professionals sanitàries durant la pandèmia per Covid-19 ha influït en molts factors laborals, socials, personals i d'altres índoles. La insuficiència d'Equips de Protecció Individual (EPIs) va provocar un desgast extra en les professionals (Monteiro, 2021). El risc de contaminació percebut per les professionals ha estat analitzat en diferents dels articles seleccionats, constatant que el poc coneixement que se'n tenia del coronavirus en aquell moment, la falta de mesures de protecció (EPIs entre d'altres), la falta de mesures farmacèutiques i de tractaments eficients van ser factors agreujants de la preocupació de les professionals sanitàries per fer front a la pandèmia (Cadge et al. 2021).

Gomes et al. (2021), que tenia l'objectiu d'identificar quines havien estat les impressions de les professionals durant la pandèmia, va descriure la necessitat expressada per les professionals d'infermeria de rebre més formació i entrenament per aprendre el correcte ús dels EPIs (formació tècnica).

D'altra banda es va evidenciar també entre parts del col·lectiu treballadors dels hospitals la importància i necessitat d'una cobertura legal i de gestors que poguessin fer front a les demandes de les professionals de la salut davant de problemes de salut tan greus com el patit durant la pandèmia per Covid-19 (Gomes, et al. 2021).

6.1.8 Tecnificació de les UCI i relació amb la deshumanització de les cures d'infermeria

La tecnificació de les UCI ja era un fet abans de l'inici de la pandèmia. Apareixien nous aparells i nova maquinària de forma molt ràpida i sense temps per assumir els nous canvis que anaven sorgint. La pandèmia per Covid-19 va fer que

s'haguessin de proveir els hospitals de nou aparellatge, sobretot a les UCI (Bergman et al. 2021). Van aparèixer nous respiradors, nous monitors, i d'altres materials sense temps per les professionals per aprendre sobre el seu correcte funcionament. Aquest fet ha pogut provocar, segons destaca Serrano-Ripoll et al. (2021), la disminució de la qualitat assistencial per la necessitat de saber primerament quin era el correcte funcionament de la maquinària i la impossibilitat d'atendre els malalts de la mateixa forma que s'hagués fet en circumstàncies no pandèmiques.

Durant la pandèmia les UCI es van convertir en una unitat comparable a les cadenes de producció, on a tots els pacients se'ls administrava el mateix tractament (Bergman et al. 2021). S'ha corroborat que les infermeres no tenien temps per proporcionar les cures habituals a la UCI per l'excés de càrrega de treball i per la impossibilitat temporal de manejar els nous aparells de forma ràpida i eficient.

Les cures al final de la vida i la humanització de les UCI ha agafat molta força els últims anys per la necessitat d'humanitzar certs aspectes de les UCI, com les visites obertes, la intimitat, etc. La pandèmia ha provocat que molts d'aquests avenços que s'havien aconseguit hagin desaparegut o siguin difícils de recuperar a curt termini (Bergman et al. 2021). Moltes infermeres descriuen aquest fet com un xoc emocional i una situació poc ètica (Cadge et al. 2021).

Els autors Cadge et al. (2021) destaca la importància i la necessitat de tenir en compte les experiències viscudes sobretot per les infermeres i les auxiliars d'infermeria que estaven a primera línia per tal de crear infraestructures i models destinats a corregir les vulnerabilitats actuals del sistema que han portat a aquesta situació límit de les professionals sanitàries.

6.2 FASE DE RECOLLIDA D'INFORMACIÓ QUALITATIVA

La segona fase d'aquest projecte d'investigació pretén comprendre, descriure, i interpretar les experiències i les vivències del grup de població seleccionat en relació al fenomen a estudi.

6.2.1 Disseny de l'estudi

Es realitzarà un estudi qualitatiu descriptiu basat en entrevistes semi-estructurades a 24 infermeres treballadores d'una unitat de Cures Intensives d'un hospital de tercer nivell amb antiguitats diferents (2 entrevistes a professionals amb menys de 5 anys, 2 entrevistes a professionals amb 5-10 i 2 entrevistes més a infermeres amb més de 10 anys d'experiència de cada un dels torns. Per tant 24 entrevistes en total). La intenció del present estudi és penetrar detalladament en la percepció i gestió emocional que varen dur a terme els i les professionals d'infermeria durant la pandèmia de la COVID19.

L'estudi es basarà en la fenomenologia, ja que té per objectiu buscar el significat de l'experiència viscuda pels professionals d'infermeria en relació a la gestió emocional.

Durant les entrevistes semi-estructurades es seguirà un guió amb els ítems generals de l'objecte a estudi, tot i que els temes i les preguntes podran variar lleugerament depenent de l'evolució del discurs de les entrevistades, ja que l'objectiu final és comprendre la gestió emocional de les entrevistades durant la pandèmia.

6.2.2 Àmbit i període d'estudi

Per realitzar l'estudi es seleccionarà la Unitat de Cures Intensives de Cirurgia Cardíaca de l'Hospital Germans Trias i Pujol (HUGTiP) de Badalona per la facilitat d'accés a la mateixa per part de la investigadora. L'HUGTiP compte amb 516 llits. Segons dades del propi hospital atén a més de 800.000 persones que

viuen a les comarques del Barcelonès nord i el Maresme. A l'hospital hi treballen entre 2.500 i 3.000 professionals sanitaris i no sanitaris.

Per poder dur a terme l'estudi es demanarà permís de forma escrita a la supervisora d'infermeria de la unitat, així com a la directora d'infermeria del centre per informar sobre la realització del següent estudi.

El període d'estudi serà durant dos anys. Es durà a terme el segon any de la investigació. Es realitzaran les entrevistes semi-estructurades que posteriorment seran analitzades i transcrites durant el transcurs de la investigació.

6.2.3 Població d'estudi

La població d'estudi seran els professionals d'infermeria de les diferents UCI de l'Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona. Les UCI es divideixen de la següent manera:

- **UCI Cardíaca:** 8 llits. 4 professionals d'infermeria i dos auxiliars d'infermeria per torn.
- **UCI General 1:** 20 llits. 10 professionals d'infermeria i 5 auxiliars d'infermeria per torn.
- **UCI General 2: 14 llits.** 7 professionals d'infermeria i 4-5 auxiliars per torn.

La població accessible, per tant, són les 21 (4+10+7) infermeres per torn. Això és un total de 84 professionals en total que treballen a les diferents UCI de l'Hospital.

6.2.4 Variables de l'estudi

- Sexe: (h/d/nb)
- Edat (data de naixement): DD/MM/AA
- Estat Civil: solter/a, casat/da, separat/da, vidu/a.
- Lloc de treball: Especificar en quina UCI treballen

- Torn de treball: Matí, Tarda, Nit 1, Nit 2
- Temps treballat a la UCI (menys de 5 anys, entre 5-10 anys, més de 10 anys)

6.2.5 Criteris d'inclusió i exclusió

Criteris d'inclusió:

- Edat: Entre 22 i 65 anys
- Professionals treballadors/es de les UCI

Criteris d'exclusió:

- Edat: Menys de 22 anys
- Professionals no treballadors/es de la UCI
- Professionals que no treballessin a la UCI durant la pandèmia per la Covid-19

6.2.6 Mostreig i procediment mostral

El mostreig es realitzarà per conveniència. És una tècnica no probabilística i no aleatòria. S'utilitzarà ja que la investigadora té facilitat d'accés als participants de l'estudi, hi ha suficients persones disponibles per poder formar part de la mostra i es considera que el temps serà suficient per obtenir una mostra significativa amb l'objectiu de dur a terme l'estudi. Es considerarà una mostra suficient quan s'arribi a la saturació de la informació.

Categories a priori: Seran les categories que vindran predeterminades de les entrevistes en profunditat.

- Afrontament i gestió emocional a la UCI
- Pors i inseguretats
- Tracte amb el pacient: humanització de les cures a la UCI

Categories emergents: Seran les categories que poden aparèixer després de la recollida de dades de forma qualitativa (entrevistes i observació participant).

6.2.7 Instruments de recollida de la informació i anàlisi de dades

La recollida de la informació es realitzarà a través d'entrevistes semi-estructurades per tal de realitzar una aproximació a les experiències dels subjectes d'estudi. Aquestes entrevistes ens permetran recollir la informació a base d'unes preguntes obertes plantejades posteriorment a la realització d'una revisió bibliogràfica exhaustiva.

Tenint en compte tota la informació recopilada a la revisió bibliogràfica realitzada al principi del projecte, es plantejaran preguntes obertes que engloben temes d'interès i al mateix temps es deixarà a la persona entrevistada expressar-se per així poder recopilar la informació necessària, i obtenir fins i tot, categories emergents sorgides d'informació que no s'havia contemplat després de la cerca bibliogràfica.

L'entrevista semi-estructurada es farà en base als objectius plantejats a l'inici del projecte, i a l'inici de la mateixa hi haurà les dades sociodemogràfiques dels i les participants així com el temps treballant, per tal de poder diferenciar un cop s'iniciï la transcripció, categorització i codificació de les entrevistes.

Per la realització de les entrevistes es buscarà un espai còmode i tranquil, sense pressions ni interferències. L'enregistrament de l'entrevista es realitzarà amb el telèfon mòbil o bé l'ordinador portàtil de la investigadora. La durada aproximada serà d'una hora.

Posteriorment, es realitzarà una transcripció de les entrevistes, utilitzant, si cal, el programa "MAXQDA". Es farà un anàlisi descriptiu, es categoritzaran i es codificaran una per una totes les entrevistes seguint els criteris consolidats per a l'anàlisi d'investigacions qualitatives COREQ i el *Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations* (SRQR). Ambdós protocols estaran disponibles a: <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/coreq/>

7. ASPECTES ÈTICS

L'estudi es realitzarà seguint els criteris ètics que estableix la declaració de Hèlsinki (1946). Durant tot el procés de la realització del projecte (des del plantejament fins a la difusió dels resultats), es tindran en compte tots els aspectes referents als principis bioètics: autonomia, justícia, beneficiència i no maleficiència. Per aquest motiu la selecció de les persones participants es realitzarà de manera totalment voluntària i podran retirar-se de l'estudi en el moment que ho desitgin sense que aquest fet tingui implicacions perjudicials a la seva persona o al seu lloc de treball.

Es mantindrà la confidencialitat i l'anonimat de la informació obtinguda en totes les fases de la investigació. Es destruirà el material un cop acabada la investigació.

El projecte no implica la utilització de tractaments, productes farmacològics ni proves diagnòstiques que puguin posar les participants en risc en relació a la seva salut.

De manera que, per la realització del projecte han d'estar presents els aspectes ètics següents:

- Autorització de la direcció de l'hospital per la realització del projecte. L'autorització, s'atorgarà per escrit per part de la direcció de l'hospital prèviament sol·licitada mitjançant una carta de presentació del projecte (Annex 4.) El projecte es sotmetrà al comitè d'ètica i investigació clínica de referència per la seva valoració i posterior obtenció d'un dictamen favorable.
- Sol·licitud del consentiment informat dels participants-informants per la utilització de la informació, per la realització de les gravacions i anotacions. (Annex 1).
- Respecte a la confidencialitat i l'anonimat dels participants. *Ley 12/ 89 de 9 de mayo de Función Pública Estadística y Ley Orgánica 15/99 de 13 de diciembre de Protección de Datos de servicio general.*

L'autora declara que no existeixen conflictes d'interessos.

8. DIFICULTATS I LIMITACIONS

Algunes de les principals limitacions del present estudi pot ser que hi hagi una limitació amb la mostra i que no s'aconsegueixi una mostra significativa per poder extreure conclusions. Un altre problema que ens podem trobar és la falta de voluntat de les persones per participar a l'estudi, donat que després d'un període complicat post pandèmia, el tema de la gestió i afrontament emocional ha quedat en un segon pla. I, per una altra banda, pot ser que la forma de recollida de la informació (entrevistes enregistrades) sigui un entrebanc a l'hora de participar a l'estudi o bé que existeixi una falta de confiança per compartir informació personal que pugui ser publicada a posteriori, encara que sigui mantenint la confidencialitat de tot moment.

D'altra banda, l'àmbit geogràfic és limitat, només ens centrem en l'Hospital Germans Trias i Pujol, i per tant, pot existir una limitació externa pel fet de no poder extrapolar els resultats a un hospital no terciari.

També es podria produir el biaix de conveniència social perquè els participants puguin parlar entre ells i decidir quines respostes donaran durant les entrevistes semi-estructurades.

9. APLICABILITAT I UTILITAT PRÀCTICA

L'estudi permetrà conèixer les habilitats d'afrontament emocional dels i les professionals treballadors de la UCI en referència a la gestió emocional que han hagut d'afrontar davant de la pandèmia per COVID 19. Es considera important la realització del següent estudi ja que ampliarà el coneixement sobre una temàtica estudiada en altres situacions de la vida diària laboral dels professionals d'infermeria, però existeix poca bibliografia amb referència explícita a la gestió emocional durant la pandèmia donat que la vivència és inèdita en la salut pública del segle XXI.

Si bé és cert que d'ençà d'un anys fins ara les gestions hospitalàries han evolucionat incloent en la seva cartera de serveis suport psicològic pels i les professionals treballadores dels hospitals, el nombre de baixes laborals i la comunicació d'esgotament a la feina per part dels professionals (conegut Síndrome de Burnout) de la es fan palès els professionals evidencia la insuficiència de l'atenció psicològica que reben els professionals, i es considera que probablement sigui insuficient. Per aquest motiu el present estudi pretén saber quin ha estat l'afrontament psicològic i emocional dut a terme pels i les professionals treballadors i treballadores de les UCI.

En la present investigació un dels objectius en referència a l' aplicabilitat pràctica és conèixer i estudiar en profunditat el risc emocional, psicosocial, etcètera que han tingut els professionals d'infermeria treballadors de les UCI durant la pandèmia. L'estudi descriptiu qualitatiu basat en entrevistes semi-estructurades en profunditat permetrà conèixer la opinió real dels i les infermeres de les UCI d'un hospital de tercer nivell.

10. PRESSUPOST

A la taula següent s'especifica la relació entre el concepte i el cost corresponent:

CONCEPTE	COST FINAL(euros)
Publicació de resultats en revistes (tasses d'admissió i revistes amb factor d'impacte alt)	3000
Traducció i correcció d'articles (0,08 per paraula, 9000 paraules per article)	2100
Adquisició de material bibliogràfic (articles, etc).	300
Inscripció nacional + internacional+ assistència a congressos (inscripció, trasllat, allotjament i manutenció)	3000
Material d'oficina (fotocòpies, consentiment informat, impressió de pòsters per congressos)	1500
Treball de camp (transcripció de les entrevistes, trucades telefòniques, despeses de gestió)	700
Pack estadístic SPSS, software MAXQDA i Microsoft Office 2010 (URV)	200
TOTAL	10800

Taula 4: Pressupost total del projecte

Font: Elaboració pròpia

11. CRONOGRAMA

Es presenta un cronograma per implementar el projecte en dos anys:

		1r ANY			2n ANY		
		Mes	Mes	Mes	Mes	Mes	Mes 8-12
		1-4	4-8	8-12	1-4	4-8	
FASE PREPARATIVA	Presentació del projecte al comitè d'ètica (acceptació i conformitat dels centres)						
	Contacte amb les professionals participants a l'estudi						
FASE EXPLORATÒRIA	Plantejament de la investigació						
	Cerca a la literatura i definició dels antecedents						
	Definició de la investigació						
	Síntesis						
FASE QUALITATIVA	Disseny del material						
	Reclutament dels i les participants						
	Realització de les entrevistes semi-estructurades						
	Transcripció, codificació i categorització de les entrevistes						
	Anàlisi de dades						
FASE FINAL	Redacció i discussió dels resultats						
	Divulgació dels resultats						

Taula 5: Cronograma del projecte

Font: Elaboració pròpia

12. BIBLIOGRAFIA

1. Heras La Calle G, Zaforteza Lallemand C. HUCI se escribe con H de HUMANO. *Enferm Intensiva* [Internet] 2014 [consulta el 15 diciembre 2021]; 25(4): 123-124.
2. Ferrer R. Pandemia por COVID-19: el mayor reto de la historia del intensivismo. *Med Intensiva*. [Internet] 2020[consulta el 17 de gener 2022]; 44(6):323–324. Disponible a: doi: 10.1016/j.medin.2020.04.002
3. Rendón Montoya MS, Peralta Peña SL, Hernández Villa EA, Hernández Reyna I, VargasRubi M, Favela Ocaño MA. Síndrome de burnout en el personal de enfermería de unidades de cuidado crítico y de hospitalización. *Enferm. glob.* [Internet]. 2020 [consultat el 24 gener 2022]; 19 (59): 479-506. Disponible a: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.398221>.
4. 4 Pedreira Robles, G, Terns Campius, L. Prevalencia de burnout en época de pandemia entre enfermeras de nefrología. 2021. Presentado en 46 Congreso Nacional de la SEDEN.
5. Salillas R. Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería en el ámbito hospitalario: un estudio descriptivo. *Revista Enfermería del Trabajo*. [Internet]. 2017 [consultat el 24 gener 2022]; 7(3): 65-69. Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6112224>
6. Velasco Bueno JM, La Calle GH. Humanizing Intensive Care: From Theory to Practice. *Crit Care Nurs Clin North Am*. [Internet] 2020 [consulta el 15 diciembre 2021];32(2):135-147. Disponible a: doi: 10.1016/j.cnc.2020.02.001.
7. Baeza Gómez I, Quispe Hoxsas LC. Proyecto "Humanizando los Cuidados Intensivos", nuevo paradigma de orientación de los Cuidados Intensivos. *Rev. Bioética y Derecho*[Internet]. 2020 [consulta el 15 diciembre 2021]; 48: 111-126.

8. Frade Mera MJ, Vinagre Gaspar R, Zaragoza García I, Viñas Sánchez S, E. Antúnez Melero E, Álvarez González S, et al. Síndrome de *burnout* en distintas Unidades de Cuidados Intensivos. *Enfermería intensiva*. [Internet]. 2009 [consulta el 25 gener 2022]; 20(4): 131-140. Disponible a: doi:10.1016/S1130-2399(09)73221-3
9. Hanson CW, Durbin CG, Maccioli Ga, Deutschman CS, Sladen RN, Pronovost PJ, et al. The anesthesiologist in critical care medicine. *Anesthesiology*. [Internet] 2001 [consultat el 24 gener 2022]; 95: 781-788. Disponible a: <https://doi.org/10.1097/00000542-200109000-00034>
10. Lozano Vargas A. Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Rev Neuropsiquiatra* [Internet]. 2020 [consultat el 24 gener 2022]; 83:51-56. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>
11. Heras La Calle G, Oviés ÁA, Tello VG. A plan for improving the humanisation of intensive care units. *Intensive Care Med*. [Internet] 2017 [consulta el 16 desembre 2021]; 43(4):547-549. Disponible a: doi: 10.1007/s00134-017-4705-4.
12. Rubinson, L; Diette , G; Best practices for insertion of central venous catheters in intensive-care units to prevent catheter related bloodstream infections. *J Lab Clin Med*. [Internet] 2004 [consultat el 24 gener 2022]; 143: 5-13. Disponible a: doi: 10.1016/j.lab.2003.07.003
13. Martín MCL, del Nogal JCF. Recursos estructurales de los Servicios de Medicina Intensiva en España. *Med Intensiva*. [Internet] 2013 [consultat el 24 gener 2022]; 37: 443-451. Disponible a: doi: 10.1016/j.medin.2013.06.002
14. Medicina intensiva en España. *Med. Intensiva* [Internet]. 2011 [consultat 24 de gener 2022]; 35 (2): 92-101. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021056912011000200005&lng=es

15. Navarrete Navarro P, León Gil C, Gonzáles Díaz G. Medicina Intensiva en Europa. Una necesidad. *Med Intensiva*. [Internet] 2011 [consultat el 24 gener 2022]; 35: 65-67. Disponible a: doi:10.1016/j.medin.2010.12.002
16. Puri N, Puri V, Dellinger RP. History and technology in the intensive care unit. *Crit Care Clin*. [Internet] 2009 [consultat el 24 gener 2022]; 25 (1): 185-200. Disponible a: doi: 10.1016/j.ccc.2008.12.002.
17. Rodríguez Téllez B, Franco Granillo J. Historia de la medicina crítica. *Anales Medicos* [Internet] 2015 [consultat el 24 gener 2022]; 60 (2): 156-159. Disponible a: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2015/bc152n.pdf>
18. Santamaria Fernandez MB. Evolución histórica de la enfermería y la cardiología. *EnfermCardiol*. [Internet] 2007 [consultat el 24 gener 2022]; (40):21-28. Disponible a: <https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/4002.pdf>
19. Goffmann E. *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. 2ª Ed. Madrid: Amorrortu, 2013.
20. Pallarés Martí, A. El Mundo de las Unidades de Cuidados Intensivos. Tesis doctoral. Tarragona: Universitat Rovira Virgili. 2003.
21. Palacios y Carvajal J. Alta tecnología en los Servicios Sanitarios. *Todo Hospital*. 1987;(40):223-228.
22. Lovesio C. *Requerimientos Generales de una unidad de terapia intensivista*. 1 ed. Buenos Aires: El ateneo. 2001.
23. Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. Proyecto HU-CI; [Internet] 2017 [consultat el 24 gener 2022]. 1 (1).

24. Sánchez Vallejo A, Fernandez D, Pérez Gutierrez A, Fernández Fernández M. Análisis de las necesidades de la familia del paciente crítico y la opinión de los profesionales de la unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva*. [Internet] 2016 [consultat el 24 gener 2022];40 (9):527-540. Disponible a: doi: 10.1016/j.medin.2016.03.005
25. Perelló Campaner C. Cuidados invisibilizados: rompiendo silencios en las unidades de cuidados intensivos. *Metas Enferm* . [Internet] 2021 [consultat el 24 gener 2022];24(5):3-6. Disponible a: doi: https://doi.org/10.35667//MetasE_nf.2021.24.1003081764
26. De la fuente Martos C, Rojas Amezcua M, Gómez Espejo MR, Lara Aguayo P, Morán Fernández E, Aguilar Alonso E. Implantación de un proyecto de humanización en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Med Intensiva*. [Internet] 2018 [consultat el 25 gener 2022];42(2):99-109.
27. García Sánchez E, García Garcés L. “Tecnificar la muerte. Los riesgos de deshumanizar los cuidados al final de la vida”. *Rev Univ Montevideo*. [Internet] 2021 [consultat el 24 gener 2022];10(1):103-140. Disponible a: <https://doi.org/10.25185/10.5>
28. Lista Gerpe SM, Nión Seijas MC. Paso a paso vamos humanizando. *Rev Mult Ins Cutánea Aguda*. [Internet] 2020 [consultat el 24 gener 2022]; 20: 56-63.
29. Ríos Riquez MI, Godoy Fernández C. Relación entre satisfacción laboral y salud general percibida en profesionales de enfermería de urgencias. *Enfermería Clínica*. [Internet] 2008 [consultat el 24 gener 2022]; 18: 134-141. Disponible a: doi:10.1016/S1130- 8621(08)70715-0
30. García Izquierdo M. Burnout, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental. *Rev Psicol Trab Organ*. [Internet] 2000 [consultat

- el 24 gener 2022]; 16: 215- 228. Disponible a:
<https://journals.copmadrid.org/jwop/files/63241.pdf>
31. Maslach, C. Burn-Out. Human Behavior. Human relations [Internet] 1976 [consultat el 24 gener 2022]; 5: 16-22. Disponible:
https://www.researchgate.net/publication/263847499_Burned-Out
32. Aldrete M, Navarro C, González R, Contreras M, Pérez J, Factores Psicosociales y Síndrome de Burnout en Personal de Enfermería de una Unidad de Tercer Nivel de Atención a la Salud. Cienc Trab.[Internet] 2015 [consultat el 24 gener 2022]; 17(52): 32-36. Disponible a:
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492015000100007>
33. López Morales A, González Velázquez F, Morales Guzmán MI, Espinoza Martínez CE. Síndrome de burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]. 2007 [consultat el 24 gener 2022];45(3):233-242. Disponible a:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745527005>
34. Silva-Gomes RN, Silva-Gomes VT. Pandemia de la COVID-19: síndrome de Burnout en profesionales sanitarios que trabajan en hospitales de campaña en Brasil. Enfermería Clínica [Internet] 2021 [consultat el 24 gener 2022];31(2): 128-129. Disponible a: doi:
10.1016/j.enfcli.2020.10.011
35. García Iglesias JJ, Gómez Salgado J, Martín Pereira J, Fagundo Rivera J, Ayuso Murillo D, Martínez Riera JR, Ruiz Frutos C. Impacto del SARS-CoV-2 (Covid-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática. Rev Esp Salud Pública.[Internet] 2020 [consultat el 24 gener 2022]; 94: 23. Disponible a:
https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/REVISIONES/RS94C_202007088.pdf
36. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado

- de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. España: Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática; 2020.
37. Turale S, Meechan C, Kunaviktikul W. Challenging times: ethics, nursing and the COVID-19 pandemic. *Int Nurs Rev*. [Internet] 2020 [consultat el 24 gener 2022]; 67(2):164- 167. Disponible a: doi: 10.1111/inr.12598.
38. Rattray J, McCallum L, Hull A, *et al*. Work-related stress: the impact of COVID-19 on critical care and redeployed nurses: a mixed-methods study. *BMJ Open* 2021;11. Disponible a: doi:10.1136/bmjopen-2021-051326
39. Cadge W, Lewis M, Bandini J, *et al*. Intensive care unit nurses living through COVID-19: A qualitative study. *J Nurs Manag*. 2021;00:1–9. Disponible a: <https://doi.org/10.1111/jonm.13353>
40. Bergman L, Falk A-C, Wolf A, Larsson I-M. Registered nurses' experiences of working in the intensive care unit during the COVID-19 pandemic. *Nurs Crit Care*. 2021;1–9. Disponible a: <https://doi.org/10.1111/nicc.12649>
41. González-Gil MT, González-Blázquez C, Parro-Moreno AI, *et al*. Nurses' perceptions and demands regarding COVID-19 care delivery in critical care units and hospital emergency services. *Intensive Crit Care Nurs*. 2021;62: Disponible a: doi:10.1016/j.iccn.2020.1029.
42. Ruiz-Fernández MD, Ramos-Pichardo JD, Ibáñez-Masero O, Cabrera-Troya J, Carmona-Rega MI, Ortega-Galán ÁM. Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction and perceived stress in healthcare professionals during the COVID-19 health crisis in Spain. *J Clin Nurs*. 2020;29:4321–4330. Disponible a: <https://doi.org/10.1111/jocn.15469>

43. Soto-Rubio A, Giménez-Espert MDC, Prado-Gascó V. Effect of Emotional Intelligence and Psychosocial Risks on Burnout, Job Satisfaction, and Nurses' Health during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(21):7998. Disponible a: doi: 10.3390/ijerph17217998.
44. Manzano García G, Ayala Calvo JC. The threat of COVID-19 and its influence on nursing staff burnout. *J Adv Nurs*. 2021;77:832–844. Disponible a: <https://doi.org/10.1111/jan.14642>
45. L. Tejedor-Romero, M.M. Vinuesa-Sebastián and J.M. Aranaz-Andrés, Los trabajadores de áreas de cuidados críticos como segundas víctimas del SARS-CoV-2: resultados de una encuesta, *Journal of Healthcare Quality Research*. 2021; 3 (37): 162-168. Disponible a: <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2021.10.004>
46. Serrano-Ripoll MJ, Ricci-Cabello I, Jiménez R, et al. Effect of a mobile-based intervention on mental health in frontline healthcare workers against COVID-19: Protocol for a randomized controlled trial. *J Adv Nurs*. 2021;77:2898–2907. Disponible a: <https://doi.org/10.1111/jan.14813>
47. Jakhar J, Biswas PS, Kapoor M, et al. Comparative study of the mental health impact of the COVID-19 pandemic on health care professionals in India. *Future Microbiol*. 2021;16:1267-1276. Disponible a: doi:10.2217/fmb-2021-0084.
48. Gomes MP, Barbosa DJ, Souza FBA, Gomes AMT, Paula GS, Espírito Santo CC. Impressões da equipe de enfermagem acerca da pandemia da COVID-19. *Glob Acad Nurs*. 2021 [Consultat el 27 d'Abril de 2022];2(1). Disponible a: <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200066>
49. Monteiro, VCM et al. TRABALHO EM SAÚDE E AS REPERCUSSÕES DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: UM ESTUDO DOCUMENTAL. *Cogitare Enfermagem* [online]. 2021 [Consultat el 27 d'Abril de 2022]; 26.

Disponible a: <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.75187>

50. Brito-Brito PR, Fernández-Gutiérrez DÁ, Cuéllar-Pompa L. Manejo emocional de la crisis sanitaria ante el coronavirus: una revisión narrativa. *Enferm Clin.* 2021 [Consultat el 27 d'Abril de 2022] 31:107-111. Disponible a: doi: 10.1016/j.enfcli.2020.05.010.
51. Torralba Melero M, Carrilero López C, De Toro Cortijo J, Vázquez Garcia S, Pardo Ibáñez MD, López García T. Estresores laborales en enfermeras de las unidades de críticos y urgencias durante la pandemia COVID-19. *Presencia.* 2021 [Consultat el 27 d'Abril de 2022]; 17. Disponible a: <http://ciberindex.com/c/p/e13247>
52. Erquicia J, Valls L, Barja A, Gil S, Miquel J, Leal-Blanquet J, Schmidt C, Checa J, Vega D. Emotional impact of the Covid-19 pandemic on healthcare workers in one of the most important infection outbreaks in Europe. *Med Clin.* 2020 [Consultat el 27 d'Abril de 2022]; 155(10):434-440. Disponible a: doi: 10.1016/j.medcli.2020.07.006.
53. Tavares Chiavone, FB et al. Clima organizativo en una Unidad de Cuidados Intensivos: percepción del equipo de enfermería. *Enferm. Glob.[online].* 2021 [Consultat el 27 d'Abril de 2022]; 20(62): 390-425. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412021000200012&lng=es&nrm=iso.

Annex 1. Consentiment informat pels participants a l'estudi

Benvolgut/benvolguda participant:

A través d'aquesta carta volem sol·licitar el seu consentiment per participar en el projecte de recerca que rep el nom de: <<**Vivències, experiències i afrontament emocional de les professionals d'infermeria d'UCI durant la pandèmia per Covid-19**>>.

Els objectius del projecte són: 1) Explorar quins han estat els factors que han incidit en la gestió emocional de les infermeres de les UCI durant la pandèmia de COVID19, 2) Explorar quin és el significat del concepte d'humanització de les professionals d'infermeria, 3) Descriure el perfil dels professionals sanitaris que participen a l'estudi, 4) Comparar les diferències entre les percepcions dels professionals d'infermeria que porten diferents temps treballats (5 anys, 11 anys o més de 25 anys), 5) Identificar els sentiments dels professionals d'infermeria al establir una "relació humana" amb els pacients, 6) Explorar si influeix el desgast professional produït per la pandèmia del COVID19 en la despersonificació i cosificació de les pacients de la UCI i 7) Descriure el binomi tecnificació humanització i la seva incidència en el desenvolupament de les cures d'infermeria a les Unitats de Cures Intensives.

En el marc del projecte d'investigació del Treball de Fi de Màster s'analitzen les vivències i experiències de les professionals d'infermeria treballadores de les UCI. Per això, es duran a terme entrevistes semi-estructurades en profunditat.

Donat que vostè compleix amb els requisits per formar part del projecte, voldria proposar-li la realització d'una entrevista semi-estructurada que té una durada aproximada d'una hora i mitja, i serà enregistrada en àudio per la seva posterior anàlisi.

La informació recollida serà destinada per la realització del Treball de Fi de Màster i serà tractada d'acord a la legislació vigent sobre la protecció de dades de

caràcter personal. El seu nom no figurarà en cap publicació ni documentació pública, és per això que s'utilitzaran pseudònims per donar identitat a la informació recollida.

Si us plau, si està conforme i d'acord en participar en el projecte, ompli i signi consentiment informat que s'adjunta a continuació.

Aquí disposa de tota la informació referent als/les responsables del projecte:

Informació dels responsables del projecte:

Investigadora: Mariona Mir Espàrrrech (Alumna Màster d'Investigació en Ciències d'Infermeria de la URV)

Tutor del projecte: Dr. Josep Barceló Prats

Telèfon de contacte: 697108869.

Correu de contacte: marionamiresp@gmail.com

Consentiment informat:

Nom del/la participant:

Data:

He llegit la informació proporcionada per la investigadora o m'ha sigut llegida. He tingut l'oportunitat de preguntar sobre ella i se m'ha contestat satisfactòriament les preguntes que he realitzat.

Dono el meu consentiment voluntàriament per participar en el projecte d'investigació titulat com: << *Vivències, experiències i afrontament emocional de les professionals d'infermeria d'UCI durant la pandèmia per Covid-19*>>.

I entenc que la informació proporcionada per mi serà tractada de forma confidencial i que tinc dret a abandonar el projecte en qualsevol moment sense cap repercussió sobre la meva persona.

Signatura del/la participant:

.....

Informació dels responsables del projecte:

Investigadora: Mariona Mir Espàrrech (Alumna Màster d'Investigació en Ciències d'Infermeria de la URV)

Tutor del projecte: Dr. Josep Barceló Prats

Telèfon de contacte: 697108869.

Correu de contacte: marionamiresp@gmail.com

Annex 2. Guió per les entrevistes semi-estructurades

Dia i hora de la realització:

Durada:

Lloc:

Condicions de l'entrevista (empatia, interrupcions, ambient, etc.):

Valoració entrevista (nivell de profunditat, etc.):

Nom:

Pseudònim:

Sexe:

Any naixement/Edat:

Temps treballat (en anys o mesos):

PREGUNTES OBERTES:

1. Quina gestió emocional creu que ha fet durant els anys de pandèmia?
2. Quins aspectes creu que ha modificat o podria modificar per millorar l'afrontament i la gestió emocional a la UCI?
3. Expliqui'm què creu que podria haver fet per millorar la gestió emocional durant la pandèmia.
4. Considerant que actualment està treballant, podria parlar-me de com ha canviat la seva vida laboral en relació a l'afrontament emocional d'ençà de la pandèmia?
5. Hi ha hagut moments determinants de molt d'estrès i angoixa durant la pandèmia per la Covid19. Quins creu que han estat i com han influït en els sentiments i les emocions percebudes per vostè?
6. Com creu que pot influir a nivell emocional i psicològic tan a curt com a llarg termini la vivència d'una pandèmia dins d'una UCI?

7. Podria explicar els sentiments que va experimentar amb els pacients malalts per Covid-19 a la UCI?
8. Expliqui'm, si us plau, les mancances de la institució per ajudar i promoure la salut mental dels treballadors/es de l'hospital.
9. Com va influir la relació amb els companys i les companyes de feina durant la pandèmia per Covid-19?
10. Em podria parlar de la seva visió del procés d'Humanització de les Cures a la UCI? Quins canvis pensa que s'han produït abans, durant i després de la pandèmia per la Covid-19?
11. Quin tipus de recursos va utilitzar a nivell emocional i psicològic per afrontar les dificultats, pors, situacions difícils, dol i d'altres sentiments i emocions durant l'atenció de pacients amb Covid-19 a la UCI?
12. Quines diferències va experimentar atenent a pacients a la UCI pre pandèmia, en pandèmia i post pandèmia?

Annex 3. Definició de les categories

- **Afrontament i gestió emocional a la UCI:** Comprendre els esforços adaptatius que realitza l'individu per tolerar emocions que poden provocar-li estrès, de manera que és capaç de respondre de forma constructiva. Conèixer els processos psicològics que permeten modular les emocions.
- **Pors i inseguretats:** Reacció emocional acompanyada de malestar i tensió que es pot presentar en diverses situacions, generalment va associada a situacions de l'àmbit social o a la feina i té influència directe en la presa de decisions.
- **Tracte amb el pacient: humanització de les cures a la UCI:** Humanitzar les Cures Intensives és posar el centre d'atenció en la persona que s'atén entenent que és única, preservant la seva dignitat i els seus valors, cuidant en base a la major evidència disponible, fent un ús racional dels recursos, incloent els familiars en les cures i fent-los participants de les mateixes.

Annex 4. Carta dirigida a l'hospital on es realitzarà el projecte

Soc la Mariona Mir Espàrrech, alumna del Màster en Investigació en Ciències de la Infermeria de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona. Dins del Màster que estic realitzant, es requereix la realització d'un Treball Final de Màster per assolir els crèdits totals i poder obtenir la titulació.

Així doncs, com a infermera de la Unitat de Vigilància Intensiva de Cirurgia Cardíaca, investigadora i interessada en temes psicosocials i emocionals lligats a les professionals de la salut, sol·licito la seva col·laboració per a la realització d'entrevistes semi-estructurades a professionals d'infermeria del seu hospital.

A continuació, als annexos del present treball, especifico tota la informació necessària sobre el projecte d'investigació que es durà a terme. S'adjunta la informació referent al projecte.