



Máster en Investigación en Ciencias de la Enfermería

TRABAJO FINAL DE MÁSTER

**GUÍA AUTO APLICADA DE MINDFULNESS
DIRIGIDA A LAS ENFERMERAS
DEDICADAS A LA ATENCIÓN COVID-19.
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

Dirigido por Dra. Núria Albacar Rioboó

Raquel Robles Muñoz

Curso 2020/21

FACULTAD DE ENFERMERÍA

PRESENTACIÓN TRABAJO FIN DE MÁSTER EN INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA

Nombre y apellidos autora: Raquel Robles Muñoz

Título trabajo: GUÍA AUTO APLICADA DE MINDFULNESS DIRIGIDA A LAS
ENFERMERAS DEDICADAS A LA ATENCIÓN COVID-19. PROYECTO DE
INVESTIGACIÓN

Nombre y apellidos tutora: Dra. Núria Albacar Riobóo

Autorizo a que éste sea presentado el próximo mes de junio de 2021



Tarragona, 7 de Junio. de 2021

Todo tiene un comienzo y un final, y el final de esta etapa de vida ha llegado. Gracias a las personas que han hecho que sea capaz de realizar este proyecto, a mis familiares y amigos, a mi pareja por estar en los momentos difíciles y a mi tutora por confiar en mí y en mis capacidades.

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	7
2. INTRODUCCIÓN.....	11
3. MARCO CONCEPTUAL.....	13
3.1 Enfermedades infecciosas.....	13
3.1.1 De la epidemia a la pandemia. Antecedentes en España.....	15
3.1.2 COVID-19.....	17
3.2 Protocolos de actuación para la seguridad profesionales/pacientes.....	19
3.3 Salud mental en los profesionales de enfermería.....	21
3.3.1 Estés laboral en enfermería.....	23
3.3.2 Salud mental positiva.....	25
3.3.3 Mindfulness.....	27
4. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y ANTECEDENTES SOBRE LA SALUD MENTAL DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y EL COVID-19.....	31
5. APORTACIONES E INTERÉS DEL ESTUDIO.....	42
6. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	42
7. MÉTODO.....	43
7.1 Diseño del estudio.....	43
7.2 Población y muestra.....	44
7.2.1 Población diana.....	44
7.2.2 Población accesible.....	44
7.2.3 Diseño del muestreo.....	44
7.2.4 Tamaño muestral.....	45
7.2.5 Criterios de inclusión y exclusión.....	46
7.3 Variables.....	46
7.4 Instrumentos de recogida de datos.....	47
7.4.1 Datos sociodemográficos.....	47
7.4.2 Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (E.A.D.G).....	47
7.4.3 Encuesta de satisfacción.....	48

7.4.4	Guía autoaplicada de mindfulness.....	48
7.5	Análisis de los datos.....	49
8.	PROCEDIMIENTO Y RECOGIDA DE DATOS.....	50
9.	ESTUDIO PILOTO.....	51
10.	ASPECTOS ÉTICOS.....	52
11.	RESULTADOS ESPERADOS.....	52
12.	LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	53
13.	BIBLIOGRAFÍA.....	54
14.	CRONOGRAMA.....	61
15.	PRESUPUESTO.....	62
16.	ANEXOS.....	63

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1. Postulados sobre el modelo de las patologías infecciosas.....</i>	<i>14</i>
<i>Tabla 2. Limitaciones de Alfred Evans sobre los postulados formulados para el modelo de las patologías infecciosas.....</i>	<i>14</i>
<i>Tabla 3. Modelo hipotético de salud mental positiva.....</i>	<i>25</i>
<i>Tabla 4. Términos de búsqueda.....</i>	<i>31</i>
<i>Tabla 5. Ecuación de búsqueda.....</i>	<i>33</i>
<i>Tabla 6. Artículos encontrados.....</i>	<i>35</i>
<i>Tabla 7. Progreso de las sesiones.....</i>	<i>69</i>

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1. Diagrama de flujo.....</i>	<i>34</i>
<i>Figura 2. Diagrama de la recogida de datos.....</i>	<i>51</i>

LISTA DE ABREVIATURAS

- E.A.D.G:** Escala de ansiedad y depresión de Goldberg
- ECA:** ensayo clínico aleatorio
- EPI:** Equipo de protección individual
- EPOC:** enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- SARS:** Síndrome Respiratorio Agudo Grave
- MERS-CoV:** Síndrome Respiratorio de Oriente Próximo
- MeSH:** Medical Subject Headings
- NAC:** neumonías adquiridas en la comunidad
- NACS:** neumonías asociadas con los cuidados sanitarios
- OMS:** Organización Mundial de la Salud
- REEC:** Registro Español de Estudios Clínicos
- SIDA:** síndrome de inmunodeficiencia humana adquirida
- UCC:** Unidad de Curas Complejas
- UCI:** Unidad de Cuidados Intensivos

1. RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La pandemia mundial que existe en la actualidad ha llevado a replantear el modelo de atención de enfermería conocido hasta ahora. Este cambio ha supuesto el aumento de enfermedades psicológicas en los profesionales, hecho comprobado en la revisión de antecedentes donde se encuentra que, a mayor tiempo de exposición en el cuidado de pacientes Covid-19, mayor es la incidencia de encontrar este tipo de enfermedades. Los resultados proponen diferentes puntos de partida hacia la investigación sobre la salud mental, la prevención/propuestas de tratamiento de las patologías psiquiátricas, metodologías que apuestan por la mejora del afrontamiento y resiliencia de los profesionales y la formulación de técnicas basadas en la meditación y el mindfulness para promover la salud mental de las enfermeras. El objetivo propuesto de este proyecto es evaluar la efectividad de la guía auto aplicada de mindfulness en la mejora de la salud mental de las enfermeras durante la asistencia sanitaria frente a la pandemia.

METODOLOGIA: Se trata de un proyecto de ensayo clínico con metodología cuantitativa. El proyecto se plante en las unidades de Medicina Interna, Urgencias, Unidad de Curas Complejas y Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Verge de la Cinta, obteniendo una muestra final de 91 profesionales de enfermería. Se elaborará una guía auto aplicada que tendrá un total de 3 sesiones que se realizarán de lunes a viernes dentro de un horario establecido. Estas sesiones se repetirán todas las semanas durante un total de 1 meses. El tiempo de realización de cada actividad será progresivo, se empezarán por una duración de 10 minutos cada una hasta llegar a un total de 30 minutos al final de la intervención. Para medir las variables del estudio se necesitarán diferentes cuestionarios y escalas: el formulario de datos sociodemográficos, la escala de ansiedad y depresión de Goldberg (E.A.D.G), el cuestionario de salud mental positiva y la encuesta de satisfacción.

Se realizará un análisis descriptivo de las variables, posteriormente, se utilizará la prueba de t de Student para entender la relación entre variables cualitativas y cuantitativas (menos de dos categorías) o el análisis de varianzas ANOVA para cuanto existan más de dos categorías en la variable cualitativa.

Para la evaluación de la relación entre los niveles de ansiedad y depresión en la Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (E.A.D.G) y los niveles de salud mental positiva obtenidos en el cuestionario, se utilizará la prueba de correlación de Persona. Se trabajará con un nivel de confianza del 95% considerando la diferencia entre variables significativa cuando $p < 0,05$.

RESULTADOS ESPERADOS: Los resultados esperados de este estudio hacen referencia a la disminución de los niveles de ansiedad y depresión y a la mejora de la salud mental positiva en el grupo experimental sometido a la intervención propuesta formada por la guía auto aplicada de mindfulness en los profesionales de enfermería durante la pandemia del Covid-19.

Además, se espera que exista correlación entre las diferentes variables sociodemográficas y los niveles de ansiedad, depresión y salud mental positiva, distinguiendo aspectos clave para poder actuar en la mejora de los mismos.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The global pandemic that exists today has led to a rethinking of the nursing care model known until now. This change has led to an increase in psychological illnesses in professionals, a fact proven in the background check where it is found that, the longer the exposure time in the care of Covid-19 patients, the higher the incidence of finding this type of illness. The results propose different starting points towards research on mental health, prevention / treatment proposals for psychiatric pathologies, methodologies that are committed to improving the coping and resilience of professionals and the formulation of techniques based on meditation and mindfulness to promote the mental health of nurses. The aim of this project is to evaluate efficacy of the self-applied mindfulness guide in improving the mental health of nurses during health care in the face of the pandemic.

METHOD: It is a clinical trial project with quantitative methodology. The project was planned in the units of Internal Medicine, Emergency, Complex Treatment Unit and Intensive Care Unit of the Hospital Verge de la Cinta, obtaining a final sample of 91 nursing professionals. A self-applied guide will be developed that will have a total of 3 sessions that will be held from Monday to Friday within an established schedule. These sessions will be repeated every week for a total of 1 months. The time to carry out each activity will be progressive, starting with a duration of 10 minutes each until reaching a total of 30 minutes at the end of the intervention. To measure the study variables, different questionnaires and scales were needed, such as the sociodemographic data form, the Goldberg anxiety and depression scale (E.A.D.G), the positive mental health questionnaire, and the satisfaction survey.

A descriptive analysis of the variables will be carried out, later, the Student's t test will be used to understand the relationship between qualitative and quantitative variables (less than two categories) or the ANOVA analysis of variances for when there are more than two categories in the qualitative variables.

For the evaluation of the relationship between the levels of anxiety and depression on the Goldberg Anxiety and Depression Scale (E.A.D.G) and the levels of positive mental health obtained in the questionnaire, the Person's correlation test will be used. It will work with a confidence level of 95% considering the difference between variables significant when $p < 0.05$.

EXPECTED RESULTS: The expected results of this study refer to the decrease in anxiety and depression levels and the improvement of positive mental health in the experimental group subjected to the proposed intervention formed by the self-applied guide to mindfulness in nursing professionals during the Covid-19 pandemic

In addition, it is expected that there is a correlation between the different sociodemographic variables and the levels of anxiety, depression and positive mental health. Distinguishing key aspects in order to act to improve them.

2. INTRODUCCIÓN

El coronavirus es una familia de virus que puede causar una infección tanto en humanos como en algunas variedades de animales. El cuadro clínico que se da en las personas puede ser desde un resfriado común hasta producir un Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS) y el Síndrome Respiratorio de Oriente Próximo (MERS-CoV). Debido a la gravedad que supuso este nuevo virus, se declaró la pandemia a nivel mundial el día 11 de marzo de este mismo año. Desde sus comienzos se han dado más de 24 millones de casos notificados en el mundo y solo a nivel nacional más de 400.000 casos (Ministerio de Sanidad, 2020a).

Esta situación ha afectado especialmente a la asistencia sanitaria, donde están funcionando por encima de sus capacidades. Pero aun es más preocupante la situación de los trabajadores de la salud, ya que se han agotado los recursos humanos y estos no se pueden fabricar, forzándoles a funcionar al 100% durante periodos prolongados. Es crucial que por parte del gobierno se garantice la seguridad de los trabajadores, proporcionándoles equipos de protección homologados suficientes, descanso, apoyo familiar y psicológico. Actualmente, los profesionales sanitarios son el recurso más valioso que posee cada país (González-Castro, Escudero-Acha, & Peñasco, 2020).

El enfrentamiento a una enfermedad desconocida, añadiendo el temor de la posibilidad de contagio por no tener protocolos establecidos de actuación y la posible falta de equipo de protección individual (EPI), hace que los trabajadores sanitarios estén expuestos a una carga emocional excesiva, pudiendo desencadenar patologías psicológicas. Estudios transversales indican que los profesionales dedicados a la salud que han trabajado durante el COVID-19 presentan tasas elevadas de clínica depresiva (50,45), ansiosa (44,6%), insomnio (34%) y distrés (72%). En cambio, el mismo estudio aplicado a la población demostró una reducción en los porcentajes de síntomas psicológicos (Jaramillo Castell, 2020).

Cada trabajador presenta unas actitudes diferentes en función al nivel de salud mental, caracterizándose por experiencias, valores y motivaciones propias que condicionaran la satisfacción laboral, el nivel de estrés y la calidad de vida. Existen diferentes opciones terapéuticas para mejorar la salud mental de los trabajadores, como es el nuevo concepto introducido de la salud mental positiva, donde no solo se busca la ausencia de enfermedad, sino que requiere un bienestar y desarrollo personal asociado a niveles de satisfacción altos (Mingote Adán, Pino Cuadrado, Sánchez Alaejos, Gálvez Herrer, & Gutiérrez García, 2011). Para poder lograr estos resultados, se introduce la técnica de mindfulness basada en la utilización de la consciencia plena para mejorar la calidad de la salud mental.

En este trabajo se plantea la necesidad de intervenciones basadas en la atención plena realizadas a los profesionales sanitarios para afrontar el factor estresante que produce afectación en su salud mental. Primeramente, se realizará una revisión de antecedentes sobre el tema, una vez se haya puesto en contexto se realizará el planteamiento de un ensayo clínico hacia un grupo de profesionales sanitarios con la aplicación de sesiones guiadas de mindfulness.

3. MARCO CONCEPTUAL

Estudios recientes afirman que los trastornos por depresión y ansiedad están costando cantidades abismales en la economía mundial, causando pérdidas en la productividad de la asistencia. La promoción de la salud mental en el entorno laboral y el apoyo a las personas que padecen patologías psiquiátricas aumenta la probabilidad de la reducción del absentismo laboral, el aumento de la productividad y la obtención de beneficios económicos (Organización Mundial de la Salud, 2019). La situación actual en que se encuentra la sociedad, ha hecho que esta metodología de apoyo para mejorar la salud mental se reinvente y aparezca la necesidad de investigar sobre los efectos de nuevas intervenciones destinadas a garantizar el afrontamiento de factores estresantes que se producen en el ámbito laboral.

3.1 Enfermedades infecciosas

Para entender la aparición del COVID-19, primero se tiene que conocer que son las enfermedades infecciosas. Estas constituyen un conjunto de patologías causantes de una gran parte de la mortalidad de los países industrializados. Aproximadamente existen 12 millones de muertes a nivel mundial durante un año a causa de estas enfermedades y seis de ellas son responsables de un 75% del total: síndromes diarreicos, infecciones respiraciones bajas, síndrome de inmunodeficiencia humana adquirida (SIDA), tuberculosis, sarampión y malaria. Todo e insistir en las políticas de salud pública para prevenir estas patologías, sigue existiendo un porcentaje elevado de incidencia. Los antecedentes de las enfermedades infecciosa vienen relacionados con lo sobrenatural y el misticismo. No fue hasta después de muchos siglos con el avance tecnológico y la aparición de técnicas e instrumentos donde surgió el concepto de enfermedad infecciosa. Actualmente existen postulados reformulados por el británico Alfred Evans del año 1975 que explican el modelo de estas patologías, ya que los de Henle-Koch presentaban ciertas limitaciones representados en *la Tabla 1. Postulados sobre el modelo de las patologías infecciosas* y sus limitaciones en *la Tabla 2. Limitaciones de Alfred Evans sobre los postulados formulados para el modelo de las patologías infecciosas.* (Orozco Montoya, 2018).

Tabla 1. Postulados sobre el modelo de las patologías infecciosas.

POSTULADOS DE HENLE-KOCH

1. *La bacteria patógena debe aislarse siempre de animales enfermos y nunca de animales sanos*
2. *Cuando un animal está enfermo la bacteria debe aislarse en cultivo puro*
3. *Si la bacteria se inocula a otro individuo debe reproducirse la enfermedad*
4. *La bacteria debe aislarse nuevamente en cultivo puro*

Fuente. Los postulados de Koch: revisión histórica y perspectiva actual
(Fuentes Castillo, 2007).

Tabla 2. Limitaciones de Alfred Evans sobre los postulados formulados para el modelo de las patologías infecciosas.

LIMITACIONES DE LOS POSTULADOS DE KOCH

1. *No son aplicables a todas las bacterias patógenas*
2. *Pueden no ser aplicables a los virus, hongos o parásitos*
3. *No incluyen:*
 - *El estado de portador asintomático.*
 - *El espectro biológico de la enfermedad*
 - *Elementos epidemiológicos de causalidad*
 - *Elementos inmunológicos de causalidad.*
 - *La prevención de la enfermedad con la eliminación de la supuesta causa como elemento de causalidad*
 - *Multicausalidad*
 - *Las diferentes causas en diversos lugares para el mismo síndrome*
 - *La reactivación de agentes latentes como causa de enfermedad*
 - *Procesos inmunológicos como causa de enfermedad*

Fuente. Los postulados de Henle-Koch. Causalidad y enfermedad (Evans, 1978).

Según el interés de este estudio cabe destacar el papel de la neumonía, ya que el COVID-19 afecta directamente al sistema respiratorio. Estas son infecciones que afectan al parénquima pulmonar y se clasifican en neumonías adquiridas en la comunidad (NAC) y neumonías asociadas con los cuidados sanitarios (NACS). Dentro de las NACS también se comprenden las neumonías adquiridas en el hospital y las neumonías relacionadas con la ventilación mecánica. Existen diferentes hongos, bacterias, parásitos y virus que pueden producir una neumonía, el *Streptococcus pneumoniae* es la causa más común de neumonía. Recientemente han aparecido nuevos virus como hantavirus, metaneumovirus, el coronavirus que desencadena el síndrome respiratorio agudo grave y el coronavirus del síndrome respiratorio de oriente medio (Artero, Eiros, & Oteo, 2014). La neumonía por COVID-19 es la complicación grave más común, definida como la existencia de un cuadro clínico con fiebre, dolor de garganta, tos, mialgias y síntomas gripales. También está presente la insuficiencia respiratoria aguda con infiltrados pulmonares que aparecen en la radiografía de tórax (Rodríguez et al., 2020).

3.1.1 De la epidemia a la pandemia. Antecedentes en España.

Además de la gravedad de las posibles complicaciones, se le suma la gran rapidez con la que esta se ha expandido. Empezó en China con un pequeño foco que, posteriormente, paso a ser epidemia en cuestión de semanas. Estas alarmas llegaron a oídos de otros países, pero no fui suficiente para evitar la pandemia. Así que, para comprender esta situación, se explicaran los conceptos de epidemia y pandemia y como afecta esto a nivel mundial.

Se define como “epidemia” al aumento poco común del número de casos de una patología determinada que se encuentra en una población específica y, también, viene delimitado por un periodo de tiempo concreto (Horcajada & Padilla, 2013). Cuando esta enfermedad delimitada en una población específica se propaga a nivel mundial, pasa a definirse como pandemia (Organización Mundial de la Salud, 2010). La pandemia generada por este nuevo virus desencadenó una crisis de los sistemas sanitarios debido al aumento repentino de casos, teniendo que emprender medidas urgentes de salud pública y planes de contingencia que llevaron a la población al confinamiento, autoaislamiento, distanciamiento social y al uso obligatorio de mascarillas.

Se le añadió la necesidad de una gran cantidad de recursos electro-médicos y personal sanitario cualificado para poder garantizar la asistencia sanitaria, sumado a la nueva reorganización y creación de protocolos de actuación (Sebastián Rocchetti et al., 2020). Todo y eso, desde junio del 2020 hasta agosto de ese mismo año, el número de casos por COVID-19 ha aumentado en un 158% y en un 72% el número de muertes por este (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Estos conceptos no son nada nuevos para la sociedad, en la historia de España ya se han vivido anteriormente casos de epidemias y pandemias que han acabado con más de la mitad de la población. Entre ellas se encuentra (Garido, Hernández, Coll, Alegre, & Pascual, 2020; Moreno-Sánchez et al., 2018; National Geographic, 2020):

Peste negra

A mediados del siglo XIV, entre los años 1346 y 1353, se vivió el brote de peste negra, convirtiéndola en una de las peores pandemias de la historia. No fue hasta cinco siglos más tarde que se descubrió de donde provenía, su origen era animal, de las ratas concretamente. Estas convivían con las personas en su día a día durante la Edad Media, transportando el virus consigo. Según datos existentes entre el 60% y 65% de la población de la península Ibérica, murió por esta enfermedad.

Viruela

Está causada por un tipo de virus conocido como variola, su nombre es debido a las pápulas que aparecen en la piel de quien la sufría. Se trataba de una enfermedad grave y que era extremadamente contagiosa, llevando a tener tasas de mortalidad de un 30%. Debido a su facilidad para la transmisión, se expandió a nivel mundial, infectando a millones de personas durante el siglo XVIII.

Gripe española

El primer caso se dio justo en los últimos meses de la Primera Guerra Mundial (1914-1919), se le asignó este nombre debido a la neutralidad de España durante la guerra, todo y registrar el caso en Estados Unidos. A medida que las tropas se repartían por los frentes de Europa, el virus también. A nivel mundial hasta un 20% de los contagiados murieron.

Virus de Inmunodeficiencia adquirida (VIH)

El virus del VIH, más conocido como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, es la pandemia más reciente y grave que se conocía antes de la aparición del COVID-19. Se podría describir como el “agotamiento del sistema inmunológico”, el virus no es letal en sí, pero sus consecuencias dejan al descubierto al sistema inmunológico, aumentando la vulnerabilidad de las personas frente a cualquier tipo de patología. El primer caso está datado de 1981 y se transmite por contacto directo de los fluidos corporales. A priori, no es tan contagioso como otros virus, pero debido al gran desconocimiento sobre la enfermedad, se expandió con gran rapidez, llegando a causar alrededor de 25 millones de muertes en todo el mundo.

3.1.2 COVID-19

Como ya se ha nombrado anteriormente, el coronavirus proviene de una familia de virus que pueden causar infección tanto en animales como en humanos. Existe la evidencia científica suficiente para afirmar que la transmisión entre personas se da por diferentes vías, destacando la inhalación de gotas y aerosoles por vía respiratoria y mediante el contacto directo. Aunque cabe la posibilidad de contagio por contacto indirecto a través de objetos o las propias manos contaminadas por secreciones de una persona con resultado positivo en COVID-19.

Vías de transmisión

Las personas al hablar o respirar emiten aerosoles procedentes de las vías respiratorias que pueden ser de diferentes tamaños. Según estos tamaños, se clasifican en gotas, que serían las partículas superiores a 100 micras descendiendo a las superficies en pocos segundos debido a la gravedad y recorren una distancia máxima de dos metros desde el emisor. Estas podrían alcanzar a una persona que estuviera cerca, siendo la vía de entrada los ojos, nariz y boca. Emisiones respiratorias inferiores a 100 micras son consideradas como aerosoles, quedando suspendidos en el aire (Ministerio de Sanidad, 2020a).

Según los criterios de Jones y Brosseau, las condiciones que se deben cumplir para que el contagio por SARS-CoV-2 sea mediante aerosoles son (Ministerio de Sanidad, 2020a):

1. Que los aerosoles generados contengan microorganismos viables;
2. Que los microorganismos contenidos en los aerosoles estén en cantidad suficiente y demuestren su capacidad de generar infección;
3. Que los tejidos diana a estos microorganismos sean accesibles

Periodo de incubación

La mediana del periodo de incubación es de 5,1 días, siendo a los 11,7 días cuando el 95% de los casos presentan ya los síntomas. Esto ayuda a calcular el tiempo de cuarentena que debe pasar un contacto directo para evitar la transmisión de la enfermedad a otras personas.

El tiempo medio que existe desde la aparición de los síntomas hasta la recuperación es aproximadamente de 2 semanas si la enfermedad es considerada como leve y entre 3 y 6 semanas si la situación ha sido grave o crítica. El progreso desde el inicio de los síntomas hasta la aparición de síntomas más graves como puede ser la hipoxemia es de 1 semana, y entre la 2 y 8 semana se puede producir el fallecimiento, hablando en términos de tiempo medio.

Destacar un estudio en Francia realizado a 120 personas que necesitaron ingreso por COVID-19, después de 110 días del alta, seguían presentaron los siguientes síntomas: cansancio (55%), disnea (42%), pérdida de memoria (34%), trastornos de la concentración y del sueño (28% y 30,8%, respectivamente) y alopecia (20%). Alrededor del 70% de los casos pudieron incorporarse a sus trabajos o realizar actividades deportivas que ya practicaban anteriormente (Ministerio de Sanidad, 2020a).

Comorbilidades y su relación con el COVID-19

En relación con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se ve una prevalencia similar en casos COVID-19 y en la población general. Las muertes por COVID-19, presentan una mayor prevalencia de cáncer o enfermedades neurológicas. Por lo que hace a la hipertensión arterial, las enfermedades renales crónicas, las enfermedades hepáticas y la inmunodepresión no se encuentra relación significativa con el COVID-19, según datos hasta la fecha. No obstante, si han sido factores determinantes para desencadenar en una mala evolución (Ministerio de Sanidad, 2020a).

3.2 Protocolos de actuación para la seguridad profesionales/pacientes

Valoración inicial para el manejo de la hospitalización en pacientes covid-19

Se pueden presentar diferentes tipos de cuadros en casos de COVID-19, leves, moderados o graves, incluyendo complicaciones como el síndrome de distrés respiratorio agudo, neumonía, sepsis y shock séptico.

- Si se encuentra frente a una situación no complicada o con sintomatología leve, se tratará a la persona desde casa siguiendo un aislamiento domiciliario durante 10 días desde el primer día de síntomas hasta que el cuadro clínico este resuelto. Este seguimiento se llevará a cabo por el médico de atención primaria asignado.
- En el caso que se encuentre en una situación grave, es muy importante la de detección precoz del resultado y empezar lo antes posible con el tratamiento en unidades de cuidados intensivos/ unidades especializadas en pacientes COVID-19.

- Si existe diagnóstico de neumonía se realizará una detección de gravedad de manera inmediata para valorar la insuficiencia respiratoria (SatO₂ <90% aire ambiente) y administrar el soporte de oxígeno y control necesario en cada caso.

Prevención

No solo se necesita una correcta valoración inicial para determinar el riesgo de complicación y las necesidades de cada paciente, sino que también hay que tener en cuenta los protocolos de prevención frente al contagio y la transmisión a seguir.

Protocolo de higiene de manos

La higiene de manos es la medida más fácil, sencilla y eficaz para prevenir la transmisión y contagio del COVID-19 y otros microorganismos, esto es debido a su estructura lipídica que se desactiva con las sustancias surfactantes del jabón. El lavado de manos con este deberá ser entre 40-60 segundos, en el caso de que sea con solución hidroalcohólica, el tiempo será de 20-30 segundos. Este protocolo deberá seguirse en los 5 momentos indicados en el anexo 1. (Ministerio de Sanidad, 2020b)

Medidas de protección individual

Los profesionales sanitarios que atiendan a personas con infección por SARS-CoV-2 deben llevar un equipo de protección individual para evitar el contagio por contacto y gotas que incluye: mascarilla (quirúrgica, FFP2 o FFP3 según la técnica a realizar o la exposición con el paciente), bata, guantes y protección ocular. En el caso de que se realicen procedimientos que generen aerosoles como la intubación troquelada, ventilación manual u oxigenoterapia de alto flujo, se deberá reducir al mínimo de personas y tiempo de contacto, utilizando mascarillas autofiltrantes FFP2/FFP3 más los elementos nombrados anteriormente. (Ministerio de Sanidad, 2020a)

Además de estas medidas generales cada centro hospitalario, atención primaria o residencias aplicar medidas adicionales para el control y atención a este tipo de pacientes, es decir, circuitos internos para prevenir su transmisión y contagio.

3.3 Salud mental en los profesionales de enfermería

La enfermería tiene su base en ser capaz de aplicar los conceptos teóricos aprendidos a la práctica, saber ofrecer unos cuidados de calidad específicos, como es el caso tratado del COVID-19, para cada tipo de enfermedad y de persona. Pero para saber cuidar primero se tienen que (aplicar) estos conocimientos a uno mismo, de aquí la importancia de mantener la salud mental en los profesionales de enfermería.

Fue a principios del siglo XX donde se empezó a investigar sobre la organización, los factores conductuales y la satisfacción laboral, dando a conocer la psicología del trabajo. Existen dos modelos principales que explican la relación entre el estrés, los factores psicosociales y la salud, el modelo de demandas-control y el modelo de ajuste persona-entorno (Fornés Vives & Gómez Salgado, 2008).

Modelo de demandas-control

Es un modelo que explica el estrés sufrido en el ámbito laboral en función del control sobre el estrés y de las demandas psicológicas de los profesionales. Cuando aparece el término “control”, se entiende por la autonomía laboral y por las oportunidades que tienen los trabajadores para poder desarrollar sus propias habilidades. Al hablar de las exigencias psicológicas este modelo se refiere a la carga de trabajo relacionada con el tiempo disponible. Existen cuatro grandes grupos de ocupaciones según las demandas psicológicas y el control frente al estrés (Castellà et al., 2006):

- Activas (alta demanda, alto control)
- Pasivas (baja demanda, bajo control)
- De Baja tensión (baja demanda, alto control)
- Alta tensión (alta demanda, bajo control)

Las situaciones más perjudicables para la salud serían las que presentan una alta exigencia y, por lo contrario, no tienen control sobre el estrés.

Modelo de ajuste persona-entorno

El modelo de ajuste persona-entorno considera que el nivel de estrés en el trabajo y, con ello, las consecuencias que puede traer, es debido a que no existe un ajuste entre los trabajadores y su entorno laboral. Este desajuste puede ser de dos tipos (Ceciliano Gozalo, 2018):

- Entre las necesidades de los trabajadores y los recursos que presenta el entorno
- Entre las habilidades y aptitudes de los trabajadores y lo que el entorno les exige.

Cuando se produce un desajuste entre las habilidades y aptitudes de los trabajadores y las exigencias y demandas del entorno, indica niveles de satisfacción bajos en el ámbito laboral. Por lo contrario, si el desajuste se encuentra entre las necesidades de los trabajadores y los recursos que presenta el entorno, se asocia a niveles elevados de tensión.

Factores asociados a la salud mental en el trabajo

Existen variedad de factores en el trabajo que pueden afectar a la salud mental. Mayoritariamente se debe a una mala interacción entre el entorno, el tipo de trabajo, las competencias y aptitudes de los profesionales y la dificultad para llevar a cabo el trabajo a realizar (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Algunos riesgos para la salud mental propuestos por la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2019):

- Políticas inadecuadas de seguridad y protección hacia la salud.
- Gestión y comunicación inadecuada.
- Escaso liderazgo del trabajador o falta de control sobre su entorno laboral.
- Falta de apoyo por parte de los compañeros.
- Horarios de trabajo poco flexibles.
- Objetivos organizativos y área no se definen con claridad.

3.3.1 Estrés laboral en enfermería

Después de explicar la salud mental en relación a los trabajadores y sus modelos, se introduce el concepto del estrés laboral como factor principal que influye en la salud mental de los profesionales de enfermería. El estrés laboral viene dado por las exigencias y presiones laborales que experimenta el individuo por falta de conocimiento y aptitudes, poniendo a prueba su capacidad para afrontar las situaciones. Es decir, es el resultado del desequilibrio entre las exigencias y las presiones a las que se ve sometido el individuo, frente a sus conocimientos y capacidades. Estas características se pueden ver condicionadas por los factores psicosociales del trabajo definiéndose como condicionantes del entorno laboral que pueden constituir un riesgo para la propia salud de los profesionales sanitarios (Carrillo-García, Ríos-Rísquez, Escudero-Fernández, & Martínez-Roche, 2018).

El personal de enfermería ha sido el centro de atención de muchos estudios que demuestran los estresores laborales a los que se ven sometidos y que, si se mantienen de forma crónica puede llegar a la aparición del síndrome de Burnout. Destacando el estudio de (Gray-Toft & Anderson, 1981) que clasificó los estresores en siete conceptos: muerte y sufrimiento de los pacientes, conflicto con los médicos, inadecuada preparación, falta de apoyo social, conflicto con otras enfermeras, sobrecarga de trabajo y, por último, incertidumbre acerca del tratamiento. Con esto se ve que existen diferentes tipos de estresores, los intrínsecos a la profesión y los que están relacionados con la organización, como la falta de recursos humanos o la sobrecarga laboral.

Además de los factores del entorno de la profesión y los organizacionales, se encuentran los factores personales. Estos se rigen por factores de personalidad y habilidades emocionales que influyen directamente en el nivel de estrés laboral. Aquí entra en concepto de la inteligencia emocional, esta permite al individuo un afrontamiento adecuado de los imprevistos de la vida, comprendiendo y actuando según mecanismos que les permita adaptarse emocionalmente a la situación de estrés (Mesa Castro, 2019).

Salovey y Mayer en 1990 fueron los primeros en definir el concepto de inteligencia emocional, como *“la habilidad de manejar nuestras emociones y las de los demás, discriminar entre ellas y utilizar estos conocimientos o información emocional para dirigir-guiar las propias acciones y pensamientos”*.

Se sabe que los profesionales dedicados a la asistencia de las personas, como es el caso de los profesionales de enfermería, muestran niveles elevados de estrés debido a las características propias de su trabajo. Charoy y Rubio se plantearon que términos como la ansiedad y el estrés se considerarían sinónimos, ya que ambos provocan el mismo tipo de reacción emocional, siendo la ansiedad una *“respuesta emocional que engloba aspectos cognitivos, fisiológicos y motores”*. También se destaca que la ansiedad es uno de los indicadores de estrés que puede convertirse en patológico a medida que aumenta su intensidad. (Luengo Martínez, Astudillo Araya, & Contreras Contreras, 2014)

Por otro lado, se encuentra el concepto de depresión, siendo un trastorno mental caracterizado por la falta de confianza, tristeza, adinamia, disminución de la energía, pérdida de autoestima, sensación de culpa, ideas suicidas, disminución de la concentración y patrones de sueño y apetito desajustados. Se puede entender como una continuación de los sentimientos negativos y puede conducir a la disfunción del individuo. A nivel mundial, la depresión se considera como un problema de salud pública, ya que tiene una alta prevalencia y provoca una incapacidad funcional.

El daño que provoca este trastorno no solo afecta a la esfera biopsicosocial del individuo, también lo hace en el entorno laboral. La depresión influye en la calidad de vida de las personas y su productividad en el lugar de trabajo. Entre ellos se destacan los profesionales de enfermería que trabajan con el miedo del sufrimiento humano, el dolor y la intimidad. Estos experimentan problemas en las relaciones en el lugar de trabajo, dificultad de reubicación, jornada de trabajo extenuante, cambios sistemáticos y exposición a agentes físicos, químicos y biológicos también configuran como factores predisponentes para la aparición de la depresión (Gherardi-Donato, Cardoso, Teixeira, Pereira, & Reisdorfer, 2015).

3.3.2 Salud mental positiva

Este estrés laboral descrito, influye directamente en la aparición de trastornos que afectan a la salud mental, se sabe que un 10% de la población padece o padecerá un trastorno psiquiátrico, de aquí la importancia de estudiar los mecanismos que promuevan la salud mental con el fin de potenciar las herramientas entre un 80%-90% en personas sanas. Aquí entra la definición de la salud mental más allá de los modelos biomédicos y comportamentales, introduciendo el concepto de salud mental positiva. Está considerada a toda aquella persona con un bienestar emocional, comportamental, o libre de enfermedad/trastorno mental (Muñoz, Restrepo, & Cardona, 2016).

Según Jahoda, autora que desarrollo un método de salud mental positiva, ve la salud mental positiva desde una perspectiva de seis criterios generales descritos en la Tabla 3. Modelo hipotético de salud mental positiva. Todo y tener gran repercusión a nivel teórico, la autora no llego a realizar ningún estudio que comprobara su validez empírica. Si se compara con el modelo actual, básicamente está en el mismo punto, utilizando objetivos clave para mantener la autoestima, resistencia al estrés, interacciones sociales o resolución de problemas (María Teresa Lluch, 2002).

Tabla 3. Modelo hipotético de salud mental positiva

Factores generales	Subfactores
Actitudes hacia sí mismo	Accesibilidad del Yo a la conciencia Concordancia Yo real-Yo ideal Autoestima Sentido de identidad
Crecimiento y autoactualización	Motivación e implicación por la vida
Integración	Resistencia al estrés
Autonomía	Conducta independiente
Percepción de la realidad	Percepción objetiva Empatía o sensibilidad social
Domino del entorno	Satisfacción sexual Adecuación en el amor, el trabajo y el tiempo libre Adecuación en las relaciones interpersonales Habilidad para satisfacer las demandas del entorno

Fuente. Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva (María Teresa Lluch, 2002)

Siguiendo la línea de la teoría de Jahoda, se encuentran diferentes modelos psicológicos del bienestar que defienden la psicología positiva.

La teoría de la autodeterminación

Este movimiento humanista surgió hace aproximadamente medio siglo, defendiendo la atención a la riqueza del ser humano, estudiando los elementos positivos frente a las teorías reinantes de la época como son el conductismo y el psicoanálisis.

Desde hace algún tiempo, un grupo de investigadores aplicó un programa de investigación para evaluar las propuestas ya existentes de este movimiento humanista que quedó aparcado a lo largo de los años. Esto consiguió dar a luz a la teoría de autodeterminación, donde sus planteamientos se basan en la base del humanismo: *“el bienestar es fundamentalmente la consecuencia de un funcionamiento psicológico óptimo, no tanto de la frecuencia de experiencias placenteras (Rogers, 1963)”*

Modelo del bienestar psicológico

Al igual que el modelo anterior, define el bienestar psicológico a partir de elementos no hedónicos, no incluye el placer como un indicador de buen funcionamiento psicológico, sino más bien, como una consecuencia.

Dentro de este modelo se encuentran las seis dimensiones básicas planteadas por Carol Riff, estas delimitan de manera espacial la salud mental diferenciando las características óptimas de un buen funcionamiento y el funcionamiento deficitario. Estas dimensiones son las siguientes: Relaciones positivas, Dominio del entorno, propósito en la vida, auto aceptación y crecimiento personal (Vázquez & Hervás, 2008).

Modelo de Bienestar de Keyes

En este modelo, la autora distingue tres ámbitos para trabajar en la salud mental positiva: a) Bienestar emocional (afecto positivo y afecto negativo, relacionado con la satisfacción social), b) Bienestar subjetivo (incorporando las 6 dimensiones nombradas anteriormente) y c) Bienestar social (contexto social y cultural) (Vázquez & Hervás, 2008).

El modelo de las tres vías

Se basa en la existencia de tres dimensiones: la vida placentera (pleasant life), donde se experimentan las emociones positivas del presente, pasado y futuro; la vida comprometida (engaged life), se refieren a la vida cotidiana y la capacidad para cumplir los objetivos, consiguiendo experiencias óptimas; la vida significativa (meaningful life), incluyendo el sentido vital y los objetivos que van más allá de uno mismo (Vázquez & Hervás, 2008).

No solo existe estos modelos psicológicos que respaldan la psicología positiva, también lo hacen entidades como la Oficina Internacional de Trabajo proponen características relacionadas con la salud mental positiva (Ospino Nuñez, 2012):

- Ausencia de síntomas nerviosos
- Estado de espíritu positivo
- Satisfacción en la vida
- Deseo de vivir

A esto se le añaden indicadores de salud mental positiva como: Adaptabilidad, aptitud para resolver problemas, sociabilidad, amor propio, resistencia psicológica y control interno-externo. El objetivo de este concepto es promover el desarrollo de una personalidad sana que permita formar familias, grupos y sociedades sanas, no solo dedicada a una entidad individual (Ospino Nuñez, 2012).

3.3.3 Mindfulness

Para mantener la salud mental positiva basada en los modelos anteriores, una de las técnicas utilizadas es el mindfulness. El mindfulness se basa en un proceso de observar de forma activa los cambios que se presentan en el entorno. Al realizar esto te sitúas en el presente, analizando cada instante, obteniendo otra perspectiva de la realidad. Las publicaciones sobre este tema aparecieron en los años setenta, aumentando en número desde la fecha. El interés sobre el mindfulness no solo se limita en la psicoterapia, también existe interés en la investigación, especialmente en neurofisiología y en educación, ya que la práctica de esta técnica es una gran herramienta educativa.

Según evidencias clínicas existen diferentes aplicaciones para esta técnica (Vásquez-Dextre, 2016):

- Distres- Estrés: Autores en el 2013 revisaron 209 estudios sobre las intervenciones basadas en Mindfulness, efectivas como tratamiento para esta variedad de problemas psicológicos, en especial para reducir el estrés.
- Trastornos del estado de ánimo: Autores que realizaron un metanálisis en el 2012 sobre la eficacia de esta técnica en personas con síntomas depresivos que tenían de base enfermedades mentales (se incluyó un total de 39 artículos), se concluyó que se aliviaban los síntomas de la depresión y aumentaba su eficacia si se utilizaba conjuntamente con otros tratamientos.
- Trastorno de ansiedad: Resultados obtenidos tras la evaluación de once personas con trastorno de ansiedad generalizada (TAG), afirman la reducción de síntomas ansiosos y depresivos después de la aplicación del Mindfulness.
- Abuso de sustancias: Dos autores realizaron una revisión bibliográfica en 2014 sobre estudios que indicaban la evidencia de que esta técnica puede reducir la sensación compulsiva de consumir sustancias como la cocaína, marihuana, alcohol, anfetaminas, tabaco y opiáceos.
- Trastornos de conducta alimentaria: Existen programas como el del Entrenamiento de la Conciencia de la Alimentación basada en el Mindfulness (MB-EAT) que refiere un descenso del número de atracones, mejorando el autocontrol y disminuyendo los síntomas depresivos.
- Trastornos de personalidad: El Mindfulness se ha utilizado sobre todo para el tratamiento del Trastorno Límite de Personalidad, reduciendo las ideas suicidas y el número de intentos suicidas, el número de visitas a urgencias e internamientos.

En relación en cómo llevar a cabo esta técnica, es recomendable que se empiece de manera gradual hasta llegar a unos 30 minutos continuos realizando la conciencia plena. Al igual que la iniciación es un proceso de adaptación lento, los resultados también tardan en resultar efecto, no son inmediatos. Para poder realizar esta técnica se tienen que seguir las siguientes recomendaciones (Castro, 2020):

- Encontrar un momento tranquilo en el día. Cada persona, dependiendo de sus horarios, tendrá diferentes momentos donde podrá estar relajado para realizar la técnica (después de comer, por la mañana, por la noche...)
- Un ambiente relajado. Este debe estar libre de distracciones para poder centrar toda la atención en la técnica.
- Ropa cómoda. Es importante sentirse y estar cómodos para tener éxito con la técnica, sobre todo encontrar una postura donde se pueda coger bien el aire y moverse con libertad, libre de obstáculos.
- Centrarse en la respiración. La mente tiene que estar centrada en la respiración, como entra y sale el aire de los pulmones, es decir, tener conciencia plena en las acciones de inspiración y expiración. Es complicado mantener la atención durante todo tiempo, pero poco a poco se ira logrando.
- Libertad de expresión. Dejar que los sentimientos salgan, sin adoptar un pensamiento positivo o negativo hacia ellos, se tiene que ser neutral. Simplemente se trata de identificarlos y observarlos.

Con la técnica del mindfulness se intenta conseguir el control de los impulsos o padrones que no son beneficiosos para la salud de las personas. Se intenta ser consciente entre el pensamiento y la acción, aumentando la capacidad de meditar y reflexionar sobre los actos. Esto permite a la mente considerar todas las opciones que se presentan frente a una idea, dejando de funcionar de manera automática (Castro, 2020).

Después de saber cómo se realiza la técnica y el tiempo necesario para esta, además de toda la información que se obtendrá a continuación a partir de la revisión de antecedentes, se dispondrá a la realización de una guía auto aplicada de mindfulness. Esta estará adaptada según la población a tratar, reconociendo todos los momentos anteriormente nombrados para que la técnica sea efectiva. No solo se tiene en cuenta una guía bien elaborada, sino también el entorno y la población a la cual va dirigida.

4. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y ANTECEDENTES SOBRE LA SALUD MENTAL DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y EL COVID-19.

Se realizó una revisión de alcance (*scoping reviews*) mediante la búsqueda de artículos en las bases de datos Pubmed, Scopus, Dialnet y Cinahl, con los siguientes términos de búsqueda y sus respectivos tesauros MeSH (Medical Subject Headings) o términos libres, combinados con los operadores booleanos pertinentes, representados en la *Tabla 3. Términos de búsqueda*.

Tabla 4. Términos de búsqueda

Términos de búsqueda	MeSH	Términos libres
<i>Profesional sanitario</i>	Healthcare professional	Healthcare professional
<i>SARS-CoV-2</i>	SARS-CoV-2	SARS-CoV-2
<i>Covid-19</i>	Covid-19	Covid-19
<i>Salud mental</i>	Mental health	Mental health
<i>Mindfulness</i>	Mindfulness	Mindfulness

Además, se utilizaron los operadores booleanos AND y OR para realizar la combinación de las búsquedas. Se acompañaron de criterios de inclusión y exclusión para acotar más la búsqueda de los artículos relacionados con la salud mental de los trabajadores sanitarios en relación a la asistencia a pacientes Covid-19 positivos.

Criterios de inclusión

- Publicaciones del 2020
- Acceso libre al texto completo

Criterios de exclusión

- Contenido no relacionado con el tema del estudio

Después de realizar las búsquedas en las cuatro bases de datos, PubMed, Cinahl, Scopus y Dialnet, se obtuvieron un total de 54 artículos con los filtros aplicados a cada una de ellas. Posteriormente a la revisión de los títulos junto con los resúmenes disponibles se eliminaron un total de 38 artículos por no estar relacionados con el tema principal del trabajo. De los 16 restantes, se hizo una lectura exhaustiva seleccionándolos en su totalidad. Estos artículos elegidos se ven representados en la *Tabla 5. Ecuación de búsqueda*, que nos indica, tanto la ecuación de búsqueda, como los filtros y resultados obtenidos.

Para representar los resultados obtenidos se utilizó la representación en la *Figura 1. Diagrama de flujo*, donde se encuentra el proceso de selección de los artículos finales.

Por otra parte, se encuentra la *Tabla 6. Artículos seleccionados*, donde se explica los diferentes ítems de cada uno de los artículos elegidos, su objetivo, la metodología y los resultados/conclusiones. Esto permite obtener la información más importante de cada uno de ellos para su posterior análisis.

Tabla 5. Ecuación de búsqueda

BASES DE DATOS	ECUACIÓN DE BÚSQUEDA	FILTROS	RESULTADOS
PUBMED	(Healthcare professional[MeSH Terms]) AND (SARS-CoV-2[MeSH Terms])) AND (mental health[MeSH Terms])	Fecha de publicación: en 2020 Texto disponible Ensayo clínico y revisiones	29
CINAHL	Healthcare professional AND covid-19 OR coronavirus AND mindfulness	Fecha de publicación: en 2020 Texto disponible Idioma: Inglés	3
SCOPUS	KEY (<i>healthcare AND professional AND covid-19 AND (mental AND health OR mindfulness)</i>)	Fecha de publicación: en 2020 Texto disponible	18
DIALNET	Profesionales sanitarios AND salud mental AND covid-19	Texto disponible	4

Figura 1. Diagrama de flujo

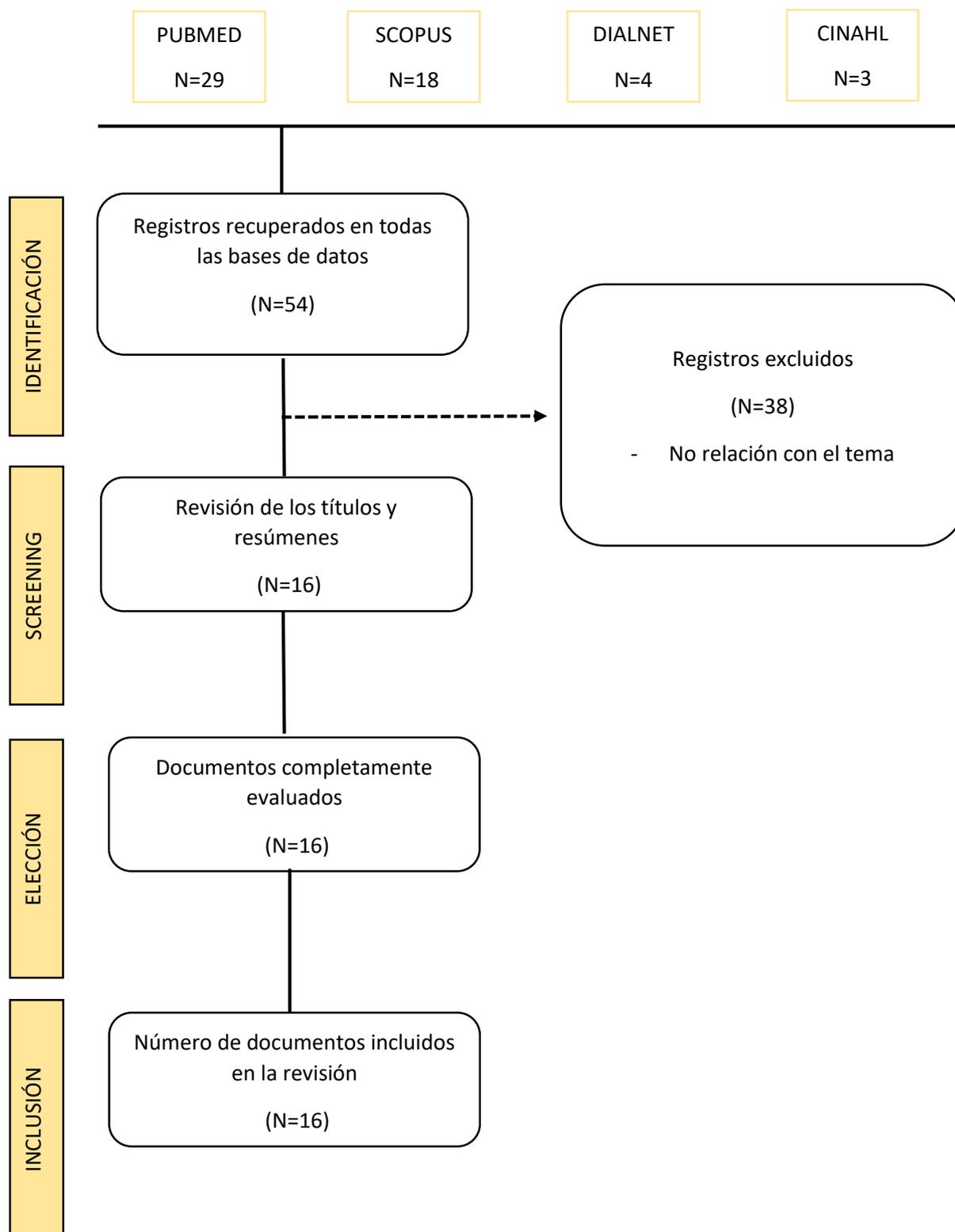


Tabla 6. Artículos seleccionados

Artículo	Objetivo	Metodología	Resultados/Conclusiones
(García-Iglesias et al., 2020) <i>País: España</i>	Analizar el impacto de SARS-CoV-2 en la salud mental de los profesionales sanitarios	Revisión sistemática Bases de datos: Pubmed, Scopus, Web of Science, CINAHL, PsycINFO y ScienceDirect Enero - mayo 2020 13 artículos seleccionados	Trabajadores más afectados los de primera línea. Niveles medio-altos de ansiedad, depresión, preocupación e insomnio. Crear modelos educativos para controlar el factor estresor en los grupos de riesgo.
(Talevi et al., 2020) <i>País: Italia</i>	Sintetizar las respuestas psicológicas durante la etapa inicial de la pandemia entre la población general, trabajadores sanitarios y población clínica	Revisión sistemática Bases de datos: MEDLINE, PsycINFO y Web of Science Marzo - abril de 2020 15 artículos seleccionados	Necesidad de nuevo modelo de atención frente a la crisis psicológica.
(Bohlken, Schömig, Lemke, Pumberger, & Riedel-Heller, 2020) <i>País: Alemania</i>	Revisar estudios sobre el estrés psicológico de los trabajadores sanitarios a causa de la pandemia Covid-19	Revisión sistemática Bases de datos: PubMed Abril de 2020 14 estudios seleccionados	Síntomas más frecuentes: depresión, estrés, ansiedad y estrés postraumático. Necesarias intervenciones para mejorar el afrontamiento.

[\(Prete et al., 2020\)](#)
País: España

Proporcionar evidencias cuantitativas sobre el impacto psicológico de los brotes epidémicos/pandémicos

Revisión sistemática

Bases de datos:
PubMed, PsycINFO y Web of Science

Marzo de 2020

44 artículos seleccionados

Necesidad de abordar las respuestas psicológicas negativas de los profesionales sanitarios.

<p>(Giorgi et al., 2020) País: Italia</p>	<p>Profundizar en los aspectos psicológicos relacionados con el lugar de trabajo y el aumento de la pandemia del Covid-19</p>	<p>Revisión sistemática</p> <p>Bases de datos: Google Scholar, PubMed y Scopus</p> <p>Julio de 2020</p> <p>55 artículos seleccionados</p>	<p>Niveles altos de ansiedad, depresión, estrés postraumático y trastorno del sueño.</p> <p>Correcta utilización de las medidas de protección individual para prevenir el contagio y la transmisión.</p>
<p>(Paiano et al., 2020) País: Portugal</p>	<p>Identificar publicaciones relacionadas con la salud mental de los profesionales sanitarios que trabajan en primera línea de la pandemia.</p>	<p>Revisión integradora</p> <p>Bases de datos: LILACS, CINAHL, Scopus, EMBASE, Web de la Ciencia, Science Direct y la Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU.</p> <p>Abril de 2020</p> <p>5 artículos seleccionados</p>	<p>Falta de equipos de protección individual, sentimientos de miedo y estigma y necesidad de ayuda psicológica.</p> <p>Recursos limitados que afectan a la calidad de los cuidados</p>
<p>(De Brier, Stroobants, Vandekerckhove, & De Buck, 2020) País: Nueva Zelanda</p>	<p>Identificar los factores de riesgo y protección para los resultados de salud mental en los trabajadores sanitarios durante la pandemia coronavirus.</p>	<p>Revisión sistemática</p> <p>Bases de datos: MEDLINE, PubMed, Embase y PsycINFO</p> <p>Marzo – mayo de 2020</p> <p>33 artículos seleccionados</p>	<p>A mayor tiempo de exposición, peores resultados a nivel de riesgo y protección, aumentando el miedo de contagio y estrés.</p> <p>Necesidad de intervenciones para gestionar las emociones y disminuir el tiempo de exposición</p>

<p>(Pollock et al., 2020) <i>País: Reino Unido</i></p>	<p>Identificar intervenciones que mejoraran la resiliencia o el bienestar mental de los trabajadores.</p>	<p>Revisión sistemática</p> <p>Bases de datos: CENTRAL, MEDLINE, Embase, Web of Science, PsycINFO y CINAHL.</p> <p>Mayo de 2020</p> <p>16 artículos seleccionados</p>	<p>Necesidad de identificar y evaluar las intervenciones que mejoran la resiliencia y la salud mental de los trabajadores sanitarios.</p> <p>Falta de información e investigación en este aspecto</p>
<p>(Weiner et al., 2020) <i>País: Francia</i></p>	<p>Evaluar la eficacia del programa DE TCC “Mi salud también” sobre el estrés percibido y la aparición de trastornos psiquiátricos.</p>	<p>Ensayo clínico</p> <p>120 trabajadores sanitarios</p> <p>Intervención: Terapia cognitivo-conductual (TCC) durante 8 semanas</p> <p>Grupo intervención: 7 sesiones de TCC</p> <p>Grupo control: Biblioterapia en línea</p> <p>Medidas: Escala de Estrés Percibido PSS-10.</p>	<p>Eficacia de la TCC en el tratamiento y prevención de los trastornos relacionados con el estrés sanitario.</p> <p>Comparando las puntuaciones del grupo control con las del grupo intervención, se produjo una disminución significativa del estrés percibido en el grupo donde se aplicó la TCC.</p>
<p>(Serrano-Ripoll et al., 2020) <i>País: España</i></p>	<p>Examinar el impacto de la atención sanitaria antes o después de situaciones de emergencia causadas por el brote epidémico virales en la salud mental de los trabajadores de la salud.</p>	<p>Revisión sistemática</p> <p>Bases de datos: MEDLINE, EMBASE, Elsevier, PsycInfo, EBSCO</p> <p>Marzo de 2020</p> <p>61 artículos seleccionados</p>	<p>Niveles altos de estrés, ansiedad y depresión</p> <p>Intervenciones educativas y multifacéticas disminuyeron estos niveles</p>

[\(Trumello et al., 2020\)](#)
País: Italia

<p>Investigar el ajuste psicológico de los profesionales sanitarios durante el pico de la pandemia de Covid-19</p>	<p>Estudio descriptivo</p> <p>627 trabajadores de salud</p> <p>Medidas: Escala Hospitalaria en Ansiedad y Depresión (HADS)</p> <p>Escala de estrés percibido (PSS-10)</p> <p>Escala de Calidad de Vida Profesional-V(ProQOL-V)</p>	<p>Profesionales en atención Covid-19 tienen más riesgo de estrés, agotamiento, trauma secundario, ansiedad y depresión</p> <p>Necesidad de una atención psicológica a los trabajadores que se encuentran en primera línea de la pandemia</p>
--	--	---

Aunque anteriormente ya se habían vivido epidemias/ pandemias en nuestra sociedad, el SARS-COV-2 ha traído un cambio de métodos globalizado. La estructura del sistema sanitario se ha tenido que adaptar y modificar su atención para optimizar los recursos disponibles. En cuanto a los artículos obtenidos tras la revisión, se pueden distinguir **tres grupos**. Los documentos que miden el impacto de la pandemia en la salud mental de los trabajadores, los documentos que tratan sobre las condiciones de trabajo de la asistencia sanitaria y los documentos que plantea o realizan intervenciones para la mejora de la salud mental de los trabajadores sanitarios.

Tratando la metodología utilizada en cada uno de ellos se puede destacar que la gran mayoría son revisiones bibliográficas sobre el tema principal del trabajo, ya que el SARS-CoV-2 es una enfermedad muy reciente y casi no se encuentran estudios con intervenciones aplicadas, de hecho, en la tabla donde se describe cada artículo, se puede ver que solo uno de ellos propone un proyecto de ensayo clínico (Weiner et al., 2020). Además de este proyecto y de las revisiones bibliográficas, también se encuentran estudios descriptivos donde se calcula la prevalencia/incidencia de las patologías psicológicas que presentan los profesionales sanitarios antes la atención continuada frente a la pandemia (Buselli et al., 2020; Suryavanshi et al., 2020; Trumello et al., 2020; Yıldırım, Arslan, & Özaslan, 2020). Aunque en estos artículos no se apliquen intervenciones, permite aportar información actual sobre la situación en la que se encuentra la salud mental los trabajadores.

En el **primer grupo** se encuentran comprendidos un total de 11 artículos, la mayoría de ellos se desarrollan en la unión europea, solo uno tiene su origen en India, donde se observa que la situación y los problemas psicológicos son equiparables a los europeos. El objetivo propuesto para este grupo sería evaluar el impacto del SARS-CoV-2 en la salud mental de los profesionales sanitarios. En todos se detecta un estresor ante la asistencia sanitaria a este tipo de pacientes que produce diversos problemas psicológicos, se propone la investigación en nuevos métodos para elaborar futuras intervenciones de prevención y tratamiento de las patologías.

Los resultados obtenidos describen la afectación de la pandemia en la salud mental de los profesionales sanitarios, estar sometidos a una presión constante, además del cambio brusco de métodos utilizados en el sistema sanitario, induce a una pérdida de su salud mental, ya que no se les ha ofrecido herramientas suficientes para abordar esta nueva situación. (Bohlken et al., 2020; Buselli et al., 2020; Campoverde Espinosa, Broncano Bolzoni, & Batalla Martín, 2020; De Brier et al., 2020; García-Iglesias et al., 2020; Giorgi et al., 2020; Preti et al., 2020; Serrano-Ripoll et al., 2020; Suryavanshi et al., 2020; Talevi et al., 2020; Trumello et al., 2020)

El **segundo grupo** está formado por un solo artículo que tiene su origen en Portugal. Como objetivo principal, se dedica a identificar las publicaciones realizadas sobre la salud mental de los trabajadores ante la pandemia, en especial la utilización de protocolos de actuación y métodos de protección individual. El miedo a lo desconocido produce afectación directa sobre la salud mental de los profesionales sanitarios, este se convierte en un factor estresor continuo que desencadena en patologías psicológicas. También decir que este miedo es real, ya que su exposición constante ante la enfermedad supone un riesgo de contagio elevado (Paiano et al., 2020).

Por ultimo encontramos un grupo formado por 4 artículos, donde su origen es bastante variado. Existen documentos del entorno europeo como puede ser Francia y también se incluiría Reino Unido, o como el de otras culturas muy diferentes a la de España, encontrando documentos en Turquía y Estados Unidos. Todos ellos se pueden unificar en un solo objetivo, identificar intervenciones que mejoren la salud mental de los profesionales sanitarios. Aunque su realización está basada en entornos muy diversos, las intervenciones propuestas coinciden en todos los casos, aumentar la educación o formación en actividades para mejorar la resiliencia y la capacidad para resolver problemas afecta positivamente en la salud mental de los trabajadores (Behan, Gavin, Lyne, & McNicholas, 2020; Pollock et al., 2020; Weiner et al., 2020; Yıldırım et al., 2020)

El SARS-Cov-2 no solo ha cambiado los métodos de atención sanitaria, sino que ha hecho que las personas tengan que adaptarse a un nuevo modelo de vida. Además de la afectación física y social que ha supuesto este cambio, también ha influido en la salud mental de la sociedad. Aunque esta última no sea tan visible, es la más importante, ya que, si la mente no se adapta, tampoco lo hará ninguno de los otros aspectos.

En las limitaciones se destaca la falta de estudios de investigación dedicados a aplicar intervenciones para mejorar la salud mental de los profesionales sanitarios o prevenir su deterioro. Aunque la pandemia es de comienzos del año 2020 se han realizados bastantes estudios analizando la prevalencia/incidencia de las patologías en los trabajadores y se propone empezar en la aplicación de actividades para mejorarlas en un futuro próximo. Por otra parte, se destaca que la revisión de antecedentes solo se realizó por el autor del trabajo, siendo necesarias futuras revisiones para poder comparar la literatura encontrada.

La pandemia en la cual se encuentra el mundo, no solo ha afectado a la metodología de los cuidados sino a la salud mental de aquellos que están garantizando que la asistencia sanitaria llegue a todas las personas posibles. Pero como se ha visto en los artículos encontrados, el SARS-Cov-2 afecta directamente al desarrollo de patologías psicológicas, a mayor tiempo de exposición en la atención de este tipo de pacientes, mayor es la incidencia de encontrar este tipo de enfermedades. Los resultados proponen diferentes puntos de partida hacia la investigación sobre la salud mental, la prevención/propuestas de tratamiento de las patologías psiquiátricas, metodologías que apuestan por la mejora del afrontamiento y resiliencia de los profesionales y la formulación de técnicas basadas en la meditación y el mindfulness para promover la salud mental de los trabajadores sanitarios.

Como futuras líneas de investigación, se proponen intervenciones dedicadas a promover la salud mental positiva de los profesionales dedicados a la asistencia sanitaria. Este trabajo ofrece una temática encaminada al tratamiento de las patologías mentales mediante la utilización de guías auto aplicables de mindfulness, es un comienzo para innovar en este tipo de técnicas y dar voz a la importancia de mantener una buena salud mental.

5. APORTACIONES E INTERÉS DEL ESTUDIO

Este estudio ofrece una nueva perspectiva para mejorar la salud mental de los trabajadores, fomentando las técnicas de conciencia plena como es el mindfulness. Este proyecto pretende dar a conocer los tratamientos alternativos para mejorar la ansiedad y depresión en los profesionales de enfermería y elaborar una guía auto aplicada de referencia que, tras la realización del estudio, sirva como base para adquirir buenos hábitos de cuidados de la salud mental, promoviendo la salud mental positiva.

6. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Objetivos principal

- Evaluar la efectividad de la guía auto aplicada de mindfulness en la mejora de la salud mental de las enfermeras durante la asistencia sanitaria frente a la pandemia

Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas de la población a estudio
- Diseñar de la guía auto aplicada de mindfulness para las enfermeras
- Evaluar los niveles de ansiedad, depresión y salud mental positiva en los profesionales de enfermería del estudio
- Analizar la relación entre las características sociodemográficas, depresión, ansiedad y la salud mental positiva.
- Explorar la relación entre la depresión, ansiedad y salud mental positiva.
- Describir la satisfacción de la utilización de la guía auto aplicada de mindfulness.

Hipótesis

Las enfermeras que reciban la ayuda a través de la guía auto aplicada de mindfulness durante la asistencia sanitaria frente a la pandemia, disminuirán los niveles de ansiedad y depresión y mejoraran la salud mental positiva respecto a las enfermeras que no reciban la ayuda.

7. MÉTODO

Para poder desarrollar y cumplir los objetivos nombrados anteriormente, se llevará a cabo un proyecto donde se implementará y evaluará la intervención propuesta en el estudio.

7.1 Diseño del estudio

La elección del tipo de diseño viene condicionada por la pregunta de investigación que se determina previamente al planteamiento del estudio. En este caso sería *¿La guía auto aplicada de mindfulness disminuye los niveles de ansiedad, depresión y mejora la salud mental positiva en las enfermeras durante la asistencia sanitaria frente a la pandemia?* Partiendo de este punto, se confirma que el diseño experimental elegido es el de ensayo clínico aleatorio (ECA).

En este tipo de estudios, los participantes son asignados aleatoriamente a los diferentes grupos formados en la investigación: el grupo experimental, que es el al que se le aplica la nueva intervención; y el grupo control, que recibe el tratamiento habitual o placebo. A los dos grupos se les realiza un seguimiento en el tiempo y se cuantifican y comparan los resultados obtenidos (Salamanca Castro, 2018).

Este diseño fue seleccionado por la voluntariedad de la participación, todos los participantes seleccionados se presentarán al estudio de manera voluntaria. Además de estos, como la intervención a desarrollar tiene que ser aplicada, se quiere comparar su efectividad mediante un grupo experimental y uno control (National Institute of Mental Health, 2016). Los beneficios potenciales que se pretenden eligiendo este método son:

- Que la persona tenga un papel activo en el cuidado de su salud mental
- Permitir el acceso a nuevos tratamientos disponibles
- Contribuyan en el desarrollo de la investigación

7.2 Población y muestra

7.2.1 Población diana

La población diana serán las enfermeras implicadas en la asistencia de pacientes Covid-19

7.2.2 Población accesible

La población del estudio accesible serán las enfermeras del Hospital Verge de la Cinta que pertenezcan a servicios dedicados a la asistencia sanitaria frente a la pandemia de Covid-19. En este caso se tratarán los servicios de Medicina Interna, Urgencias, la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y la Unidad de Curas Complejas (UCC), con un total de 117 enfermeras en activo.

Medicina interna: 15 enfermeras en plantilla activas.

Urgencias: 47 enfermeras en plantilla activas.

Unidad de Cuidados Intensivos: 32 enfermeras en plantilla activas.

Unidad de Curas Complejas: 23 enfermeras en plantilla activas.

Los servicios de UCI y UCC comparten algunos profesionales de enfermería, estas han sido eliminadas de una de las dos plantillas.

7.2.3 Diseño del muestreo

Se utilizará un muestreo probabilístico, donde la selección de sujetos está determinada por el azar, y un muestreo aleatorio simple. De las personas requeridas para el estudio, calculado a continuación en el tamaño muestral, se realizará una selección aleatoria entre todos los candidatos que cumplan los criterios. (Salamanca Castro, 2018).

7.2.4 Tamaño muestral

Para poder llevar a cabo el estudio es necesario disponer de información referente a los participantes que se seleccionaran para llevar a cabo la intervención. Si se quiere realizar esto es necesario la utilización de métodos que permitan reconstruir modelos de la población total. Es por ello la importancia de obtener una muestra representativa de un conjunto de la población, reproduciendo las características lo más exactamente posible para obtener resultados válidos.

En este caso, se sabe que la n total de enfermeras en los servicios nombrados anteriormente es de 117. Como no se puede conocer la distribución de patologías en las enfermeras del estudio, hay que recurrir al supuesto más desfavorable, donde p y q=0,5, otorgando una máxima heterogeneidad a la muestra. Además, se utilizará un nivel de confianza del 95,5%, que se entiende por asumir que el 95,5%(Z=2) de los casos se ajusta a la realidad. Con un error muestral del 5% (0,05).

Mediante la fórmula del cálculo de muestra por proporciones de una población finita, se obtendrá el tamaño de la muestra poblacional.

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{E^2 \cdot (N - 1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

n muestral = 91 personas

Para determinar el número de enfermeras en el grupo experimental y en el grupo control se utilizará el programa informático hoja de cálculo de Excel, que una vez introducidas las 117 enfermeras, se asignará de manera aleatoria la n del grupo experimental y la n del grupo control, proporcionando 91 numero aleatorios de las enfermeras totales (por ejemplo, enfermeras del grupo experimental: 1, 3, 8,12,15,23... y enfermeras del grupo control: 2,4,6,7,9,10,11...). Con esto, lo grupos quedarían:

- Grupo experimental **n=46**
- Grupo control **n=45**

7.2.5 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

Profesionales de enfermería que hayan ofrecido atención sanitaria durante más de 2 meses a pacientes confirmados de Covid-19.

Se incluirán centros de atención primaria, centros de atención hospitalaria y servicio de urgencias.

Criterios de exclusión

Profesionales de enfermería que estén en periodo de prácticas o sean contratados como pregraduados.

Encontrarse en baja laboral, todo y cumplir el requisito de la asistencia superior a 2 meses.

7.3 Variables

Variables sociodemográficas

VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO
Género	Hombre Mujer Otros	Cualitativa Nominal politómica
Edad	Menos de 25 años 25- 35 años 36-45 años Mayor de 45 años	Cuantitativa Discreta de intervalos
Experiencia profesional	Menos de 5 años 5-10 años Mayor de 10 años	Cuantitativa Discreta de intervalos
Jornada laboral	Jornada completa Jornada parcial Reducción de jornada Otros	Cualitativa Nominal politómica
Experiencias previas de técnicas de Mindfulness	Sí; No	Cualitativa Nominal dicotómica

Variables a estudio

VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO
Ansiedad	Nivel de ansiedad: Escala tipo Likert de 1 a 9	Cuantitativa Discreta
Depresión	Nivel de ansiedad: Escala tipo Likert de 1 a 9	Cuantitativa Discreta
Salud mental positiva	Nivel de salud mental positiva Escala tipo Likert de 4 ítems	Cuantitativa Discreta

7.4 Instrumentos de recogida de datos

7.4.1 Datos sociodemográficos

Se realizará la elaboración de una hoja para recoger los datos de interés descritos anteriormente en las variables sociodemográficas (Anexo 1. Hoja de recogida de datos sociodemográficos), junto a un documento que expondrá una breve descripción del estudio, su finalidad y disponibilidad del investigador, descritos en el Anexo 2. Hoja informativa para los participantes.

7.4.2 Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (E.A.D.G)

La escala se divide en dos subescalas, una destinada para la ansiedad (con un total de 9 preguntas) y otra subescala destinada a la depresión (con un total de 9 preguntas). Pero, en ambos casos, solo si en las 4 primeras preguntas existen respuestas afirmativas, se continuará contestando a las preguntas restantes.

Subescala de la ansiedad: >4 respuestas afirmativas

Subescala de la depresión: >3 respuestas afirmativas

A mayor respuestas afirmativas mayor probabilidad de sufrir ansiedad y depresión. Las respuestas analizadas harán referencia a los sentimientos de los 15 últimos días previos a la realización de la escala (*Anexo 3. Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (E.A.D.G)*)

Esta escala ha sido validada en pacientes adultos, en el caso de la sub escala de la depresión, se identifica una sensibilidad de un 87%, mientras que en la sub escala de ansiedad, la sensibilidad fue de un 79%, utilizando un nivel de confianza del 95%. (Carbonell & Pérez Díaz, 2016)

7.4.3 Cuestionario de salud mental positiva

Este cuestionario pretende medir la salud mental positiva a partir 39 items divididos en 6 factores: Satisfacción Personal (F1), Actitud Prosocial (F2), Autocontrol (F3), Autonomía (F4), Resolución de Problemas y Autoactualización (F5) y Habilidades de Relación Interpersonal (F6) propuestos y validados por (Lluch, 1999). (*Anexo 4. Cuestionario de salud mental positiva*)

- Los factores correlacionan con la escala global, con valores estadísticamente significativos ($p < 0,05$)
- En el análisis factorial todos los ítems planteados dentro de cada factor quedan aceptados, con una saturación igual o superior a 0.40.

7.4.4 Encuesta de satisfacción

Se realizará una encuesta de satisfacción para evaluar la intervención aplicada al grupo experimental, referenciada en el *Anexo 5. Encuesta de satisfacción*.

7.4.5 Guía autoaplicada de mindfulness

La guía auto aplicada tendrá un total de 3 sesiones que se realizarán de lunes a viernes dentro de un horario establecido. Estas sesiones se repetirán todas las semanas durante un total de 1 meses. El tiempo de realización de cada actividad será progresivo, se empezarán por una duración de 10 minutos cada una hasta llegar a un total de 30 minutos al final de la intervención.

- En el caso de que el turno de trabajo de la enfermera sea de mañanas, las actividades se recomiendan por la noche antes de acostarse.

- En el caso de que el turno de trabajo de la enfermera sea de tardes, las actividades se recomiendan por la noche antes de acostarse.
- En el caso de que el turno de trabajo de la enfermera sea de noche, las actividades se recomiendan por la mañana al despertarse.

Las sesiones propuestas se ven reflejadas en el *Anexo 6. Guía auto aplicada de mindfulness dirigida a las enfermeras en la asistencia durante la pandemia de Covid-19.*

7.5 Análisis de los datos

En primer lugar, se realizará un análisis descriptivo de las variables cuantitativas obteniendo las medidas requeridas para el estudio como: la media, desviación estándar y valores máximos y mínimos. En el caso de las variables cualitativas, su resultado se expresará en porcentajes y frecuencias.

Una vez obtenidos estos datos, se llevará a cabo el análisis entre las diferentes variables, utilizando la prueba de t de Student para entender la relación entre variables cualitativas y cuantitativas (menos de dos categorías) o el análisis de varianzas ANOVA para cuanto existan más de dos categorías en la variable cualitativa.

Para la evaluación de la relación entre los niveles de ansiedad y depresión en la Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (E.A.D.G) y los niveles de salud mental positiva obtenidos en el cuestionario, se utilizará la prueba de correlación de Person. Se trabajará con un nivel de confianza del 95% considerando la diferencia entre variables significativa cuando $p < 0,05$.

Se utilizará el programa SPSS i la hoja de cálculo de Excel para la realización del análisis de los datos.

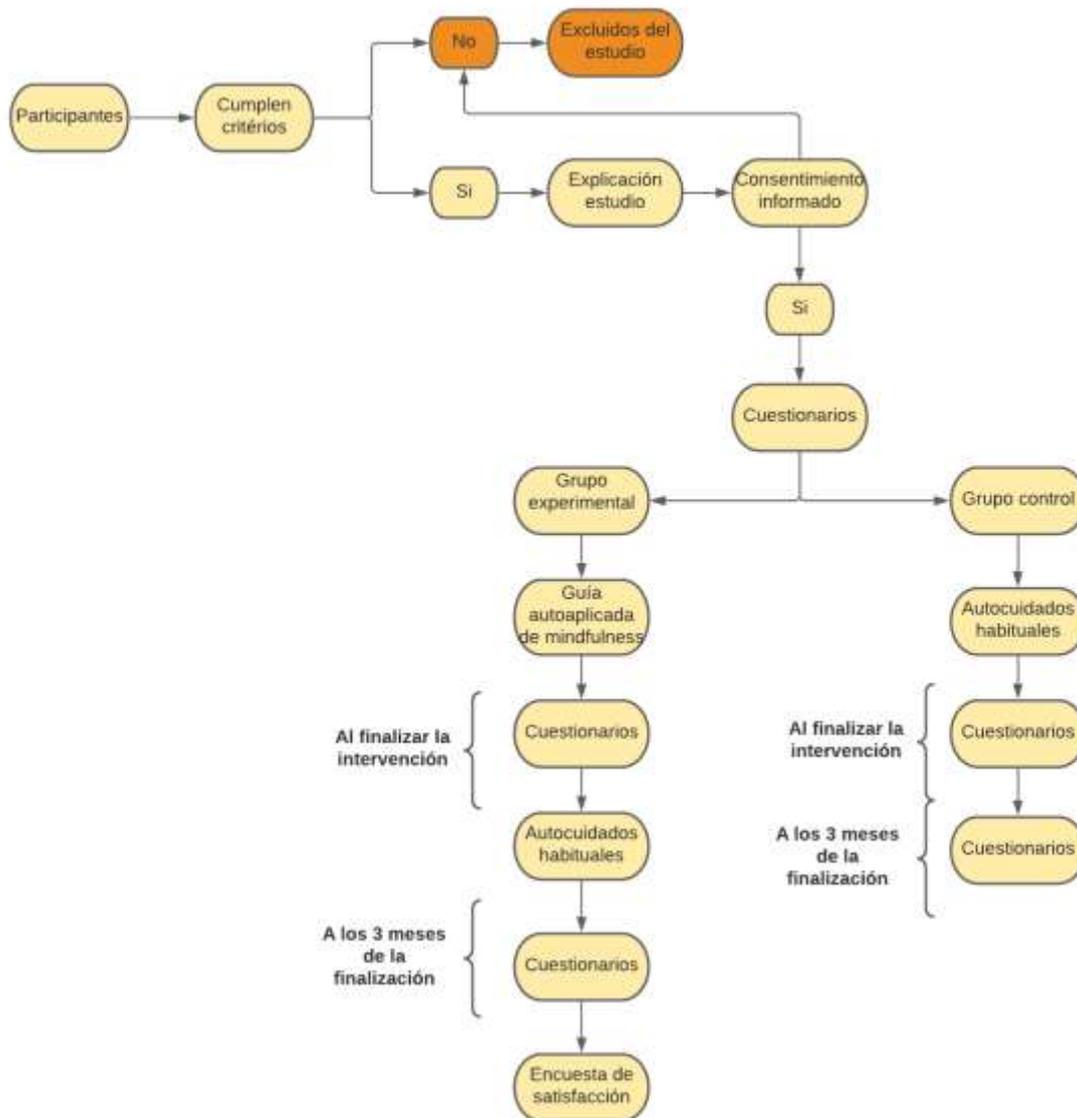
8. PROCEDIMIENTO Y RECOGIDA DE DATOS

En primer lugar, se les explicará el proyecto a las supervisoras de cada planta donde irá destinado el estudio. Ellas mismas harán la entrega de la hoja informativa para los participantes, en el caso que estén de acuerdo con las condiciones y hayan resuelto todas las dudas acerca del estudio, se les hará entrega de la hoja de recogida de datos sociodemográficos junto con el consentimiento informado.

Se formarán dos grupos de estudio aleatorios, uno de control y otro experimental. Se les entregará la escala de ansiedad y depresión de Golberg (E.A.D.G) y el cuestionario de salud mental positiva a ambos grupos para saber el estado previo de la salud mental de los trabajadores. Este proceso se volverá a repetir a la finalización de la intervención y a los 3 meses posteriores de la utilización de la guía, volviéndose a entregar la escala y el cuestionario, así, se podrá realizar la comparación de los resultados obtenidos.

En el caso del grupo experimental, una vez hayan acabado la intervención, se les ofrecerá una encuesta de satisfacción de la actividad realizada.

Figura 2. Diagrama de la recogida de datos.



9. ESTUDIO PILOTO

Una vez descritos los puntos de la guía, se le hará entrega de la misma a enfermeras especializadas en el tema de mindfulness y salud mental para consensuar los aspectos finales de la guía. Una vez finalizada y consensuada, se realizará una prueba piloto con 5 enfermeras de la planta de Medicina Interna para comprobar la viabilidad de la guía auto aplicada de mindfulness.

10. ASPECTOS ÉTICOS

Para poder realizar el proyecto se preparará una documentación especial donde se explique todas las fases del estudio a los participantes. Este documento garantizará los principios éticos propuestos en la Declaración de Helsinki de 1964, respetando la autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. Se presentará el proyecto al Comité de Ética para su aprobación, al igual que se registrará en el Registro Español de Estudios Clínicos (REEC).

La información del estudio será entregada a los participantes mediante las supervisoras de cada planta, garantizando la voluntariedad de la participación en el mismo, indicando la posibilidad de abandono en cualquier momento y los datos del investigador principal para si necesita resolver alguna duda de la información entregada (*Anexo 2. Hoja de información para los participantes*). Este documento informativo irá acompañado del consentimiento informado donde se explica el tipo de colaboración requerida por el participante que deberá ser firmado una vez entienda todo el procedimiento del estudio (*Anexo 7. Consentimiento informado*).

La confidencialidad estará garantizada para todos los participantes del estudio, marcada por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Una vez haya finalizado el estudio, si los participantes lo solicitan, podrán tener información de los resultados obtenidos.

11. RESULTADOS ESPERADOS

Los resultados esperados de este estudio hacen referencia a la disminución de los niveles de ansiedad y depresión y a la mejora de la salud mental positiva en el grupo experimental sometido a la intervención propuesta formada por la guía auto aplicada de mindfulness en los profesionales de enfermería durante la pandemia del Covid-19.

Además, se espera que exista correlación entre las diferentes variables sociodemográficas y los niveles de ansiedad, depresión y salud mental positiva. Distinguiendo aspectos clave para poder actuar en la mejora de los mismos.

12.LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En este estudio se presentan varias limitaciones a tener en cuenta. La primera es la duración de la pandemia para la realización de la guía auto aplicada de mindfulness, la población destinada es básicamente los profesionales de enfermería que han mantenido contacto con los cuidados a pacientes covid.19. En el caso de que la pandemia finalizara, se enfocaría el estudio a una guía auto aplicada de mindfulness a las enfermeras basándose en las consecuencias de la post pandemia. Además, la muestra analizada pertenece a un hospital de nivel 2 como es el Hospital Verge de la Cinta, donde la población es de carácter rural.

La realización de las sesiones autoaplicadas, sería mejor hacerlas de manera presencial, pero debido a las condiciones actuales que no permiten reunir a un grupo elevado de personas, se decidió el método de la aplicación propia. Este hecho hace que los resultados dependan del compromiso de los profesionales sanitarios en aplicar las sesiones de manera correcta.

13. BIBLIOGRAFÍA

- Artero, A., Eiros, J. M., & Oteo, J. A. (2014). *Manual de Enfermedades Infecciosas* (Edición V).
- Behan, C., Gavin, B., Lyne, J., & McNicholas, F. (2020). The benefits of meditation and mindfulness practices during times of crisis such as COVID-19. *Irish Journal of Psychological Medicine*.
<https://doi.org/10.1017/ipm.2020.38>
- Bohlken, J., Schömig, F., Lemke, M. R., Pumberger, M., & Riedel-Heller, S. G. (2020). COVID-19 Pandemic: Stress Experience of Healthcare Workers: A Short Current Review. *Psychiatrische Praxis*, 47(4), 190-197.
<https://doi.org/10.1055/a-1159-5551>
- Buselli, R., Corsi, M., Baldanzi, S., Chiumiento, M., Lupo, E. D., Dell'oste, V., ... Carmassi, C. (2020). Professional quality of life and mental health outcomes among health care workers exposed to SARS-CoV-2 (COVID-19). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 1-12. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176180>
- Campoverde Espinosa, K. R., Broncano Bolzoni, M., & Batalla Martín, D. (2020). El impacto en la salud mental de los profesionales sanitarios durante la COVID-19. *Revista de enfermería y salud mental*, 16, 17-25.
Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7544333>
- Carbonell, M. M., & Pérez Díaz, R. (2016). Valor diagnóstico de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EAD-G) en adultos cubanos*
Diagnostic usefulness of Anxiety and Depression Scale Goldberg (EAD-G) in Cuban adults, (1), 177-192. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-1.vdea>
- Carrillo-García, C., Ríos-Rísquez, M. I., Escudero-Fernández, L., & Martínez-Roche, M. E. (2018). Factors of work-related stress in hospital nursing bureau according to the demand-control-support model. *Enfermería Global*, 17(2), 315-324. <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.2.277251>
- Castellà, T., Fernández, L., García, N., Lázara, M., Llorens, C., Menéndez, M., & Moncada, S. (2006). *Organización del trabajo, salud y riesgo*

psicosociales. Recuperado de [http://istas.net/descargas/Guia Intervención OrgTrab Salud def.pdf](http://istas.net/descargas/Guia%20Intervenci%C3%B3n%20OrgTrab%20Salud%20def.pdf)

Castro, S. (2020). Mindfulness: Qué es y Cómo Practicar la Atención Plena.

Recuperado 8 de mayo de 2021, de <https://www.iepp.es/que-es-el-mindfulness/>

Ceciliano Gozalo, M. (2018). *EL ESTRÉS LABORAL EN UNA GRAN EMPRESA DE ÁMBITO LOCAL: EVALUACIÓN Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN*.

De Brier, N., Stroobants, S., Vandekerckhove, P., & De Buck, E. (2020).

Factors affecting mental health of health care workers during coronavirus disease outbreaks (SARS, MERS & COVID-19): A rapid systematic review. *PLOS ONE*, 15(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244052>

Evans, A. S. (1978). Causalidad y enfermedad. *Medicina general/familair*, 108.

Fornés Vives, J., & Gómez Salgado, J. (2008). *Educación para la Salud Mental* (Primera ed).

Fuentes Castillo, C. (2007). LOS POSTULADOS DE KOCH: REVISIÓN HISTÓRICA Y PERSPECTIVA ACTUAL. *Revista Computense de Ciencias Veterinarias*, 1.

García-Iglesias, J. J., Gómez-Salgado, J., Martín-Pereira, J., Fagundo-Rivera, J., Ayuso-Murillo, D., Martínez-Riera, J. R., & Ruiz-Frutos, C. (2020).

Impact of SARS-CoV-2 (Covid-19) on the mental health of healthcare professionals: a systematic review. *Revista Española de Salud Pública*.

Recuperado de <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/32699204/>

Garido, E., Hernández, R., Coll, L., Alegre, M. Á., & Pascual, M. (2020). Historia

de las grandes epidemias y pandemias. Recuperado 22 de diciembre de

2020, de <https://umhsapiens.com/historia-de-las-grandes-epidemias-y-pandemias/>

Gherardi-Donato, E. C. da S., Cardoso, L., Teixeira, C. A. B., Pereira, S. de S.,

& Reisdorfer, E. (2015). Association between depression and work stress in nursing professionals with technical education level. *Revista Latino-*

Americana de Enfermagem, 23(4), 733-740. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0069.2610>

Giorgi, G., Lecca, L. I., Alessio, F., Finstad, G. L., Bondanini, G., Lulli, L. G., ... Mucci, N. (2020, noviembre 1). COVID-19-related mental health effects in the workplace: A narrative review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. MDPI AG. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217857>

Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P., & Grayson, D. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *British Medical Journal*, 297(6653), 897-899. <https://doi.org/10.1136/bmj.297.6653.897>

González-Castro, A., Escudero-Acha, P., & Peñasco, Y. (2020). Healthcare workers from COVID-19 matters too much. *Journal of Healthcare Quality Research*, 35(5). <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2020.04.002>

Gray-Toft, P., & Anderson, J. G. (1981). Stress among hospital nursing staff: Its causes and effects. *Social Science and Medicine. Part A Medical Psychology and Medical*, 15(5), 639-647. [https://doi.org/10.1016/0271-7123\(81\)90087-0](https://doi.org/10.1016/0271-7123(81)90087-0)

Horcajada, J. P., & Padilla, B. (2013). Endemia y epidemia. Investigación de un brote epidémico nosocomial. *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 31(3), 181-186. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2012.10.010>

Jaramillo Castell, F. (2020). ¿Qué supone la gestión de la salud mental del personal sanitario en la pandemia por COVID- 19? Recuperado 19 de octubre de 2020, de <https://www.easp.es/web/coronavirusysaludpublica/que-supone-la-gestion-de-la-salud-mental-del-personal-sanitario-en-la-pandemia-por-covid-19/>

Lluch, M^a Teresa. (1999). *CONSTRUCCION DE UNA ESCALA PARA EVALUAR LA SALUD MENTAL POSITIVA*.

Lluch, María Teresa. (2002). EVALUACIÓN EMPÍRICA DE UN MODELO CONCEPTUAL DE SALUD MENTAL POSITIVA. *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz*, 24.

- Luengo Martínez, C. E., Astudillo Araya, Á., & Contreras Contreras, S. (2014). Relación Entre los Cambios del Ambiente Laboral Ocasionados Postevento Sísmico del 27 Febrero 2010 y la Presencia de Ansiedad y Estrés Laboral en el Profesional de Enfermería. *Ciencia & trabajo*, 16(49), 1-8. <https://doi.org/10.4067/s0718-24492014000100002>
- Mesa Castro, N. (2019). Influencia de la inteligencia emocional percibida en la ansiedad y el estrés laboral de enfermería. *ENE*, 13. Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000300010
- Mingote Adán, J. C., Pino Cuadrado, P. del, Sánchez Alaejos, R., Gálvez Herrer, M., & Gutiérrez García, M. D. (2011). El trabajador con problemas de salud mental: Pautas generales de detección, intervención y prevención. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57, 188-205. <https://doi.org/10.4321/s0465-546x2011000500012>
- Ministerio de Sanidad. (2020a). *Información científica-técnica. Enfermedad por coronavirus, COVID-19*. Recuperado de <https://www.aemps.gob.es/>
- Ministerio de Sanidad. (2020b). *Medidas higiénicas para la prevención de contagios del COVID-19*. Recuperado de https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Medidas_higienicas_COVID-19.pdf
- Moreno-Sánchez, F., Fernanda, M., Rovirosa, C., Teresa, M., De León, A., & Elizondo Ochoa, Á. (2018). *Las grandes epidemias que cambiaron al mundo* (Vol. 63). Recuperado de <http://www.medigraphic.com/analesmedicos>
- Muñoz, C. O., Restrepo, D., & Cardona, D. (2016). Construcción del concepto de salud mental positiva: revisión sistemática. *Revista de Panamá de Salud Pública*, 39. Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2016.v39n3/166-173/>
- National Geographic. (2020). Grandes pandemias de la historia. Recuperado 29 de noviembre de 2020, de <https://historia.nationalgeographic.com.es/a/grandes-pandemias->

[historia_15178/7#slide-6#slide-6](#)

- National Institute of Mental Health. (2016). Los ensayos de investigación clínica. Recuperado 8 de mayo de 2021, de <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/los-ensayos-de-investigacion-clinica-y-usted-preguntas-y-respuestas/>
- Organización Mundial de la Salud. (2010). ¿Qué es una pandemia? Recuperado 22 de diciembre de 2020, de https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Salud mental en el lugar de trabajo. Recuperado 19 de diciembre de 2020, de http://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Actualización Epidemiológica Enfermedad por coronavirus (COVID-19)*. Recuperado de <https://covid19.who.int/>
- Orozco Montoya, S. (2018). *Conceptos Básicos en Infectología*.
- Ospino Nuñez, C. M. (2012). *CARACTERIZACION DE LA SALUD MENTAL POSITIVA EN MENORES*.
- Paiano, M., Jaques, A. E., Nacamura, P. A. B., Salci, M. A., Radovanovic, C. A. T., & Carreira, L. (2020). Mental health of healthcare professionals in China during the new coronavirus pandemic: an integrative review. *Revista brasileira de enfermagem*, 73(suppl 2), e20200338. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0338>
- Pollock, A., Campbell, P., Cheyne, J., Cowie, J., Davis, B., McCallum, J., ... Maxwell, M. (2020). Interventions to support the resilience and mental health of frontline health and social care professionals during and after a disease outbreak, epidemic or pandemic: a mixed methods systematic review. *The Cochrane database of systematic reviews*, 11. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013779>
- Preti, E., Di Mattei, V., Perego, G., Ferrari, F., Mazzetti, M., Taranto, P., ...

- Calati, R. (2020). The Psychological Impact of Epidemic and Pandemic Outbreaks on Healthcare Workers: Rapid Review of the Evidence. *Current Psychiatry Reports*, 22(8). <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01166-z>
- Rodríguez, A., Moreno, G., Gómez, J., Carbonell, R., Picó-Plana, E., Benavent Bofill, C., ... Mayol, E. (2020). Severe infection due to the SARS-CoV-2 coronavirus: Experience of a tertiary hospital with COVID-19 patients during the 2020 pandemic. *Medicina Intensiva*. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2020.05.018>
- Rogers, C. . (1963). *The Actualizing Tendency in Relation to "Motives" and to Consciousness*. University of Nebraska Press: Nebraska Symposium on Motivation.
- Salamanca Castro, A. B. (2018). *El aeiou de la investigación en enfermería* (2.^a ed.).
- Sebastián Rocchetti, N., Andrea Colautti, M., Inés Amarilla, D., Rovere, M., Rocchetti Laprida, N. S., & Fe, S. (2020). EFECTOS COLATERALES DE LA PANDEMIA POR COVID-19 PARA LA SALUD PÚBLICA CARTA A LA DIRECCIÓN. *Rev Esp Salud Pública* (Vol. 94). Recuperado de www.mscbs.es/resp
- Serrano-Ripoll, M. J., Meneses-Echavez, J. F., Ricci-Cabello, I., Fraile-Navarro, D., Fiol-deRoque, M. A., Pastor-Moreno, G., ... Gonçalves-Bradley, D. C. (2020). Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 277, 347-357. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.034>
- Suryavanshi, N., Kadam, A., Dhupal, G., Nimkar, S., Mave, V., Gupta, A., ... Gupte, N. (2020). Mental health and quality of life among healthcare professionals during the COVID-19 pandemic in India. *Brain and Behavior*, 10(11). <https://doi.org/10.1002/brb3.1837>
- Talevi, D., Socci, V., Carai, M., Carnaghi, G., Faleri, S., Trebbi, E., ... Pacitti, F. (2020). Mental health outcomes of the covid-19 pandemic. *Rivista di Psichiatria*, 55(3), 137-144. <https://doi.org/10.1708/3382.33569>
- Trumello, C., Bramanti, S. M., Ballarotto, G., Candelori, C., Cerniglia, L.,

- Cimino, S., ... Babore, A. (2020). Psychological adjustment of healthcare workers in Italy during the COVID-19 pandemic: Differences in stress, anxiety, depression, burnout, secondary trauma, and compassion satisfaction between frontline and non-frontline professionals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 1-13.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17228358>
- Vásquez-Dextre, E. R. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuropsiquiatría*. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v79n1/a06v79n1.pdf>
- Vázquez, C., & Hervás, G. (2008). *Psicología positiva aplicada*. Bilbao.
- Weiner, L., Berna, F., Nourry, N., Severac, F., Vidailhet, P., & Mengin, A. C. (2020). Efficacy of an online cognitive behavioral therapy program developed for healthcare workers during the COVID-19 pandemic: the REduction of STress (REST) study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04772-7>
- Yıldırım, M., Arslan, G., & Özaslan, A. (2020). Perceived Risk and Mental Health Problems among Healthcare Professionals during COVID-19 Pandemic: Exploring the Mediating Effects of Resilience and Coronavirus Fear. *International Journal of Mental Health and Addiction*.
<https://doi.org/10.1007/s11469-020-00424-8>

14. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	2021				2022										2023							
	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	
Finalizar la guía auto aplicada de mindfulness	■																					
Realizar el estudio piloto		■	■	■	■																	
Reunión para planificar la elaboración del proyecto.						■																
Inicio del estudio. Recogida de datos y selección de los participantes							■	■	■	■												
Realización de la intervención													■	■								
Análisis de los datos obtenidos															■	■						
Recogida de datos a los 3 meses de la intervención																		■				
Conclusiones y redacción del informe final																			■	■		
Presentación y publicación de los resultados																						■

15.PRESUPUESTO

Concepto	Descripción	Coste en euros
Material de oficina	<ul style="list-style-type: none">- Hojas- Bolígrafos, lápiz...- Libretas	200
Desplazamientos para gestionar la intervención	<ul style="list-style-type: none">- Centros hospitalarios- Entidades relacionadas	300
Asistencia a congresos	<ul style="list-style-type: none">- Congresos nacionales e internacionales	700
Publicación de artículos	<ul style="list-style-type: none">- 2 artículos en revistas de impacto JCR- Revisión y traducción de textos	5000
TOTAL		6200

16. ANEXOS

Anexo 1. Hoja de recogida de datos sociodemográficos

Para mantener la confidencialidad, el participante se identificará en todas las encuestas con sus últimos dígitos del DNI y la letra (ejemplo: 2715L)

Género: Hombre Mujer Otros

Edad: _____

Experiencia profesional en años/meses: _____

Tipo de jornada laboral: Jornada a tiempo completo Jornada a tiempo parcial

Reducción de jornada Otros

¿Has tenidos experiencias previas con la técnica del mindfulness? Si No

Si la respuesta es que sí, nómbralas:

Anexo 2. Hoja informativa para los participantes

Bienvenido, Bienvenida_____

Me complace presentarle este estudio de investigación que tiene como finalidad analizar la efectividad de una guía auto aplicada de mindfulness para mejorar la salud mental de los trabajadores.

Para la realización de esta investigación, se realizará previamente una recogida de datos de aquellos participantes que quieran formar parte del proceso, si se cumple con los criterios requeridos por el investigador, pasaran a formar parte del ensayo clínico.

La intervención constará en entregar una guía auto aplicada de mindfulness para mejorar los niveles de ansiedad y depresión de los trabajadores mediante actividades dedicadas hacia ellos. Estas actividades se aplicarán durante un periodo de 1 meses con 3 sesiones semanales, el investigador motivara y controlara el compromiso con el proyecto, ya que los resultados dependerán de la implicación de cada participante.

Los datos recogidos a lo largo de todo el proceso permanecerán en el anonimato, solo el investigador tendrá acceso a ellos.

Los resultados de esta investigación pueden ser muy útiles para promocionar nuevos métodos de aprendizaje para fomentar la salud mental de los profesionales sanitarios. Pero para llevarlo a cabo, necesitamos de su colaboración, teniendo en cuenta que, en cualquier momento, puede retirarse del estudio.

Quedo a la disposición de ustedes para las dudas que surjan o para información extra que necesiten saber.

Saludos cordiales,

Raquel Robles Muñoz

Investigadora Principal

Universitat Rovira i Virgili

e-mail: raquel.robles@estudiants.urv.cat

Anexo 3. Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (E.A.D.G) (Goldberg, Bridges, Duncan-Jones, & Grayson, 1988)

**Escala de ansiedad y depresión de Goldberg.
Escala E.A.D.G. (GOLDBERG y cols., 1998,
versión española GZEMPP, 1993)**

SUBESCALA DE ANSIEDAD

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?
3. ¿Se ha sentido muy irritable?
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

TOTAL ANSIEDAD: > 4

SUBESCALA DE DEPRESIÓN

1. ¿Se ha sentido con poca energía?
2. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas? (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

TOTAL DEPRESIÓN: > 3

La subescala de ansiedad, detecta el 73% de los casos de ansiedad y la de depresión el 82% con los puntos de corte que se indican.

Anexo 4. Cuestionario de salud mental positiva (M^a Teresa Lluch, 1999)

	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	CON BASTANTE FRECUENCIA	ALGUNAS VECES	NUNCA O CASI NUNCA
1 A mí, me resulta especialmente difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes distintas a las mías				
2 Los problemas me bloquean fácilmente				
3 A mí, me resulta especialmente difícil escuchar a las personas que me cuentan sus problemas				
4 me gusto como soy				
5 soy capaz de controlarme cuando experimento emociones negativas				
6 me siento a punto de explotar				
7 Para mí, la vida es aburrida y monótona				
8 A mí, me resulta especialmente difícil dar apoyo emocional				
9 tengo dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias con algunas personas				
10 me preocupa mucho lo que los demás piensan de mí				
11 Creo que tengo mucha capacidad para ponerme en el lugar de los demás y comprender sus respuestas				
12 veo mi futuro con pesimismo				
13 Las opiniones de los demás me influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones				
14 me considero una persona menos importante que el resto de personas que me rodean				
15 soy capaz de tomar decisiones por mí misma/o				
16 intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me suceden				
17 intento mejorar como persona				
18 me considero "un/a buen/a psicólogo/a"				
19 me preocupa que la gente me critique				
20 creo que soy una persona sociable				

	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	CON BASTANTE FRECUENCIA	ALGUNAS VECES	NUNCA O CASI NUNCA
21 soy capaz de controlarme cuando tengo pensamientos negativos				
22 soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol en las situaciones conflictivas de mi vida				
23.... pienso que soy una persona digna de confianza				
24 A mí, me resulta especialmente difícil entender los sentimientos de los demás				
25 pienso en las necesidades de los demás				
26 Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables soy capaz de continuar manteniendo mi equilibrio personal				
27 Cuando hay cambios en mi entorno intento adaptarme				
28 Delante de un problema soy capaz de solicitar información				
29 Los cambios que ocurren en mi rutina habitual me estimulan				
30 tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis profesores/jefes				
31 creo que soy un/a inútil y no sirvo para nada				
32 trato de desarrollar y potenciar mis buenas aptitudes				
33 me resulta difícil tener opiniones personales				
34 Cuando tengo que tomar decisiones importantes me siento muy insegura/o				
35 soy capaz de decir no cuando quiero decir no				
36 Cuando se me plantea un problema intento buscar posibles soluciones				
37 me gusta ayudar a los demás				
38 me siento insatisfecha/o conmigo misma/o				
39 me siento insatisfecha/o de mi aspecto físico				

Anexo 5. Encuesta de satisfacción

Esta encuesta consta de un total de siete ítems relacionados con la aplicación de la guía autoaplicada de mindfulness. Se quiere medir el nivel de satisfacción referentes al contenido de la guía, las actividades y la utilidad de la misma

Para cumplimentar el cuestionario marque con un círculo el valor numérico que representa para ti cada ítem, siendo 1 muy en desacuerdo y 5 muy de acuerdo, como especifica la siguiente tabla.

Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
-------------------	------------	--------------------------------	------------	----------------

El contenido de la guía ha utilizado un lenguaje apropiado	1 2 3 4 5
Las pautas de la guía son fáciles de realizar	1 2 3 4 5
Las actividades han sido interesantes	1 2 3 4 5
La realización de las actividades no ha supuesto una carga	1 2 3 4 5
La dificultad de las actividades ha sido adecuada	1 2 3 4 5
La guía ha sido útil para mejorar su salud mental	1 2 3 4 5
Repetiría la intervención con sesiones presenciales	1 2 3 4 5
En general la experiencia ha sido satisfactoria	1 2 3 4 5

Anexo 6. Guía auto aplicada de mindfulness dirigida a las enfermeras en la asistencia durante la pandemia en Covid-19

Número de sesiones

Las sesiones descritas a continuación se componen:

- Sesión 1. Céntrate en tu respiración
- Sesión 2. Elige canción
- Sesión 3. A moverse

Estas sesiones se repetirán hasta formar un total de 12 en un mes.

Duración y temporalización de las sesiones

Estas sesiones se realizarán durante la primera semana, a medida que vaya progresando la intervención ira aumentando el tiempo de duración, representado en la *Tabla 7. Progreso de las sesiones.*

Tabla 7. Progreso de las sesiones.

Tiempo	Setiembre/Octubre (2022)		
	1ª semana	2ª/3ª semana	4ª semana
10 minutos			
20 minutos			
30 minutos			

Sesión 1. Céntrate en tu respiración

Objetivo

- Observar el ritmo y la profundidad de la respiración para la mejora de la atención plena.

Material necesario

- Silla
- Espacio libre de ruidos
- Reloj

Procedimiento

En esta sesión se llevará a cabo la atención plena en la respiración. Ser conscientes de los mecanismos de inspiración y expiración.

Intención

- Reconocer la respiración, su ritmo y su profundidad
- Conciencia de los movimientos

Proceso

Tiempo

Se encontrará un sitio adecuado libre de personas y ruidos ambientales. Se debe tener cerca un reloj donde controlar el tiempo invertido en la sesión

2 min

Se cerraran los ojos y se centrara en el ritmo y profundidad de la respiración.

4 min

Una vez identificada la respiración, se procederá a modular su funcionamiento, dedicando 3 segundos a la inspiración y 6 segundos a la expiración.

4 min

Total

10 min

Sesión 2. Elige canción

Objetivo

- Identificar las emociones de manera activa mediante la música

Material necesario

- Reproductor de música (móvil, tableta, radio ...)
- Reloj

Procedimiento

En esta sesión se identificarán las emociones y sentimientos producidos al escuchar una canción nueva para la persona

Intención

- Escuchar de manera activa la canción
- Detectar las emociones encontradas

Proceso

Tiempo

Se elegirá cualquier sitio libre de interrupciones

2 min

La canción escogida será alguna que no se conozca previamente. Dejar sonar unos minutos de manera libre.

4 min

A medida que la canción vaya sonando identificar las emociones y sentimientos que nos produce su letra, ritmo, entonación, estilo...

4 min

Total

10 min

Sesión 3. A moverse

Objetivo		
- Utilizar los movimientos corporales para la mejora de la atención plena del cuerpo		
Material necesario	Procedimiento	Intención
- Espacio libre - Reloj	En esta sesión se realizarán movimientos corporales de manera consciente, en concreto estiramientos de los músculos.	- Fomentar la movilidad del cuerpo - Concentrarse en las partes del cuerpo
Proceso		Tiempo
Elegir un espacio que permita el movimiento libre, donde no exista ningún tipo de interrupción		2 min
Realizar estiramientos de las extremidades superiores de un lado a otro, sintiendo los músculos del cuerpo		4 min
Realizar estiramientos de la zona lumbar llevando las manos al suelo, identificando la tensión de los músculos de las piernas y la movilidad de la espalda.		4 min
Total		10 min

Anexo 7. Consentimiento informado

Proyecto de un ensayo clínica para evaluar la efectividad de la guía autoaplicada de mindfulness.

Investigadora: Raquel Robles Muñoz. Universidad Rovira i Virgili (Tarragona).

Nombre del participante: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal: _____

- He leído la hoja informativa para los participantes referente al proyecto mencionado más arriba y he sido informado sobre el procedimiento y los posibles riesgos y beneficios correspondientes.
- He dispuesto de tiempo suficiente para decidir si participar o no. Se me ha respondido a todas las preguntas sobre el proyecto de manera satisfactoria. He recibido una copia de la hoja informativa.
- Comprendo que puedo rechazar participar o abandonar el proyecto, en cualquier momento, sin tener que dar justificación.
- Declaro estar informado sobre la utilización de mis datos siguiendo Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Doy voluntariamente mi consentimiento para participar en este proyecto.

Signatura del participante:

Fecha y hora:

Signatura del investigador:

Fecha y hora: