

**Carolina Huertas Méndez**

**PROYECTO PSICOEDUCATIVO PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD  
OCUPACIONAL Y BIENESTAR EMOCIONAL DE LAS ENFERMERAS DE UNA  
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

**TRABAJO DE FIN DE MÁSTER**

**Dirigido por la Dra. Núria Albacar Riobóo**

**Máster en Investigación en Ciencias de la Enfermería**



**UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI**

**Tarragona**

**2023**

## **AGRADECIMIENTOS**

Me gustaría aprovechar este espacio para mostrar mis más profundos agradecimientos a todas aquellas personas que han hecho posible este trabajo de final de máster.

En primer lugar, a mi tutora de trabajo, Dra. Núria Albacar Rioboó gracias por su dedicación, tiempo y paciencia, ayudándome y aportándome ideas, además de guiarme, durante todo este curso, en los momentos de incertidumbre.

A mi familia y amigos, por su apoyo en los momentos de estrés, por enviarme tanto cariño y por escucharme cuando más lo necesitaba. En especial a mi hermana Mireia, por poder contar contigo siempre.

A mi segunda familia, Meghan, Mike y Stella, por acompañarme este precioso año en Canadá, por vuestro apoyo y cariño, por cuidarme y ofrecerme experiencias increíbles. Además de darme el tiempo y espacio que necesitaba para finalizar el proyecto.

A todos, gracias de corazón.

## ÍNDICE

|  |    |
|--|----|
| Resumen.....   | 8  |
| Abstract.....  | 9  |
| 1. Introducción y justificación .....  | 10 |
| 2. Marco conceptual .....  | 13 |
| 2.1 Contexto general de los aspectos laborales y psicosociales.....            | 14 |
| 2.2 Aspectos laborales y psicosociales .....                                   | 16 |
| 2.2.1 Bienestar laboral y calidad de vida .....                                | 16 |
| 2.2.1.1 Instrumentos de evaluación .....                                       | 17 |
| 2.2.2 Riesgos laborales y condiciones de trabajo .....                         | 17 |
| 2.2.2.1 Instrumentos de evaluación .....                                       | 21 |
| 2.2.3 Estrés laboral y <i>burnout</i> .....                                    | 22 |
| 2.2.3.1 Instrumentos de evaluación .....                                       | 23 |
| 2.3 Recursos laborales y personales para la prevención y promoción de la salud | 24 |
| 2.3.1 Recursos personales .....  | 24 |
| 2.3.1.1 Instrumentos de evaluación .....                                       | 26 |
| 2.3.2 Recursos laborales.....  | 26 |
| 2.4 Teoría del autocuidado.....  | 27 |
| 3. Revisión bibliográfica y antecedentes .....                                 | 29 |
| 3.1 Introducción .....   | 29 |
| 3.1.1 Objetivos de la revisión bibliográfica .....                             | 30 |
| 3.1.2 Bases de datos y fuentes documentales consultadas.....                   | 30 |
| 3.1.3 Descriptores .....   | 30 |
| 3.1.4 Criterios de inclusión y exclusión.....                                  | 31 |
| 3.1.5 Estrategias de búsqueda bibliográfica.....                               | 31 |
| 3.1.6 Resultados.....  | 32 |
| 3.1.7 Análisis .....   | 34 |
| 4. Aportaciones e interés del estudio.....                                     | 41 |
| 5. Objetivos e hipótesis .....   | 43 |
| 5.1. Objetivos.....  | 43 |

|  |     |
|--|-----|
| 5.1.1. Objetivo general .....  | 43  |
| 5.1.2. Objetivos secundarios.....  | 43  |
| 5.2. Hipótesis .....   | 43  |
| 6. Método .....  | 43  |
| 6.1. Diseño, metodología y justificación .....                               | 43  |
| 6.2. Población y muestra.....  | 44  |
| 6.2.1. Población objetivo/diana .....  | 44  |
| 6.2.2. Población de estudio/accesible .....                                  | 45  |
| 6.2.3. Diseño del muestreo .....   | 45  |
| 6.2.4. Tamaño de la muestra .....  | 45  |
| 6.2.5. Criterios inclusión y exclusión.....                                  | 45  |
| 6.3. Variables:.....   | 46  |
| 6.3.1. Variables dependientes.....   | 46  |
| 6.3.2. Variables independientes.....   | 46  |
| 6.4. Instrumentos recogida de información .....                              | 47  |
| 6.5. Proceso de la recogida de datos e intervención .....                    | 50  |
| 6.6. Análisis datos .....  | 56  |
| 7. Aspectos éticos .....   | 57  |
| 8. Aplicabilidad y utilidad de los resultados .....                          | 58  |
| 9. Limitaciones de la investigación .....                                    | 59  |
| 10. Bibliografía .....   | 60  |
| 11. Cronograma.....  | 81  |
| 12. Presupuestos.....  | 82  |
| 13. Anexos.....  | 85  |
| ANEXO I. Cuestionario datos sociodemográficos.....                           | 87  |
| ANEXO II. Cuestionario Positive and Negative Affect Schedule (PANAS .....    | 87  |
| ANEXO III. Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería (CDPE) .....   | 88  |
| ANEXO IV. Cuestionario <i>Mindful Attention Awareness Scale</i> (MAAS) ..... | 97  |
| ANEXO V: Intervención psicoeducativa .....                                   | 98  |
| ANEXO VI. Hoja de información para los participantes del estudio .....       | 112 |
| ANEXO VII. Consentimiento informado.....                                     | 116 |

## ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA de la revisión bibliográfica..... | 35 |
| Tabla 1. Términos de búsqueda .....                                  | 31 |
| Tabla 2. Intervención educativa.....                                 | 55 |
| Tabla 3. Cronograma.....   | 83 |
| Tabla 4. Presupuesto.....  | 85 |

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

ACT: Terapia de Aceptación y Compromiso

CDPE: Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería

CINAHL: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud

Eurofound: *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*

ICOH: Comisión Internacional de Salud Ocupacional

INSHT: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo

MAAS: *Mindful Attention Awareness Scale*

MeSH : *Medical Subject Headings*

MBSR: Mindfulness-Based Stress Reduction

NIOSH: *National Institute of Occupational Safety and Health*

OIT: Organización Internacional del Trabajo

OMS: Organización Mundial de la Salud

PANAS: *Positive and Negative Affect Schedule*

PRISMA: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis

SciELO: *Scientific Electronic Library Online*

SMT: Stress Management Training

SPSS: *Statistical Package for Social Science*

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

## RESUMEN

**Antecedentes:** En la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se haya la lucha entre la vida y la muerte de los pacientes hospitalizados, siendo para las enfermeras un trabajo altamente estresante y agotador, donde los cuidados deben de ser óptimos y seguros. Se ven envueltas en numerosas demandas físicas, emocional y cognitivas a lo largo de la jornada contribuyendo a la aparición de riesgos para la salud en las mismas.

**Objetivo:** Determinar si el impacto de una intervención psicoeducativa en salud ocupacional y el bienestar emocional mejora la calidad de vida en enfermeras de la Unidad de Críticos Intensivos.

**Método:** Se realizará un ensayo clínico de tipo analítico y longitudinal ambispectivo a las enfermeras de la UCI, con la creación de dos grupos, uno recibirá una intervención educativa acorde a la temática. Se realizarán las variables recogidas en cuestionarios realizados al inicio y al final del proyecto, para conocer los diferentes índices de agotamiento emocional, estrés laboral, personalidad resistente, estrategias de afrontamiento, las características basadas en la atención plena y el bienestar emocional. Siguiéndose los principios de la bioética, solicitándose la aprobación del Comité de Ética de Investigación Clínica del Hospital Joan XXIII. Cumpliéndose la ley de protección de datos.

**Aplicabilidad y utilidad:** La aplicabilidad de este estudio es la creación, desarrollo e implementación de un programa de educación dirigido a las enfermeras de la UCI, demostrando la importancia de instaurar formaciones sobre la salud ocupacional y el bienestar emocional entre las enfermeras de la UCI. Mejorando la calidad de atención del paciente y disminuyendo las bajas laborales por afectaciones psicológicas, y por consiguiente disminuyendo el gasto público.

**Palabras clave:** unidad de cuidados intensivos, enfermería, salud laboral, educación para la salud.

## **ABSTRACT**

**Background:** In the Intensive Care Unit (ICU) there is a struggle between life and death of hospitalized patients, being for nurses a highly stressful and exhausting job, where care must be optimal and safe. They are involved in numerous physical, emotional, and cognitive demands throughout the day, contributing to the appearance of health risks in them.

**Objective:** To determine if the impact of a psychoeducational intervention on occupational health and emotional well-being improves the quality of life of nurses in the Intensive Care Unit.

**Method:** An ambispective analytical and longitudinal experimental study will be carried out on ICU nurses, with the creation of two groups, one of which will receive an educational intervention according to the theme. Questionnaires will be carried out at the beginning and end of the project, to find out the different rates of emotional exhaustion, work stress, resistant personality, coping strategies, characteristics based on mindfulness and emotional well-being. Following the principles of bioethics of non-maleficence, beneficence, justice and autonomy and the criteria of the Clinical Research Ethics Committee of the Joan XXIII Hospital. Based on compliance with the data protection law.

**Applicability and utility:** The applicability of this study is the creation, development and implementation of an education program aimed at ICU nurses, demonstrating the importance of establishing training on occupational health and emotional well-being among ICU nurses. to improve the quality of life of nurses, with a better employment relationship, improving the quality of patient care and reducing sick leave due to psychological effects, and therefore reducing public spending.

**Keywords:** intensive care unit, nursing, occupational health, health education.

## 1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El mundo laboral esta inmerso en un proceso de cambios constantes a nivel de organización y gestión, entre ellos se hayan la globalización creciente, la innovación tecnológica en la información y la comunicación, la reorganización flexible o el impacto en la gestión de las diferentes crisis económicas. Los hechos sociopolíticos son los causantes de las transformaciones de los múltiples factores estructurales, siendo el sistema de salud susceptible a estos cambios.

La literatura científica demuestra la influencia de estos cambios sobre la salud ocupacional, el bienestar en el trabajo, la calidad de vida laboral y el rendimiento de los profesionales de la salud, con la aparición de riesgos emergentes y falta de seguridad en el trabajo. Los riesgos psicosociales están vinculados a el estrés laboral y la violencia, siendo reconocidos ampliamente como retos importantes para la salud y seguridad en el trabajo.

Según Morelos, Ramírez y Sánchez<sup>1</sup> “el trabajador de la salud (médicos, enfermeras, paramédicos, laboratoristas clínicos, etc.), por su actividad diaria está en riesgo de adquirir accidentalmente una enfermedad infecciosa. El contacto con pacientes, fluidos biológicos y el cultivo o aislamiento de microorganismos infecciosos durante el trabajo de laboratorio son factores que aumentan ese riesgo, y para disminuirlo se requiere de la aplicación de medidas preventivas o precauciones estándar de bioseguridad para cada una de sus actividades, por lo tanto, debe contar con el entrenamiento necesario”.

Teniendo presente la clasificación de los hospitales como centros de trabajo de alto riesgo por el *National Institute of Occupational Safety and Health* (NIOSH)<sup>2</sup>, se han identificado numerosos riesgos asociados a esta profesión, desde radiaciones ionizantes, agestes biológicos, manipulación de cargas y agentes citotóxicos, carga mental, violencia física y verbal, movilización de pacientes, *burnout*, *mobbing*, fatiga mental, etc<sup>3</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>4</sup> establece que: “los trabajadores de la salud son más vulnerables a los accidentes y a las enfermedades en el trabajo cuando se ven obligados a trabajar con escasez de personal y en unidades orgánicas precarias”.

En la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se haya la lucha entre la vida y la muerte de los pacientes hospitalizados, siendo para las enfermeras un trabajo altamente estresante y agotador, donde los cuidados deben de ser óptimos y seguros, realizados en el menor tiempo posible y sin margen de error. El entorno de trabajo, el mobiliario, el aparataje médico, el clima laboral, la tecnología, etc. junto con el trabajo realizado contribuyen a la aparición de riesgos para la salud en estos profesionales. Según datos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)<sup>5</sup>, “las enfermedades laborales y los accidentes relacionados con el trabajo ocasionan dos millones de muertes.”

Además, según la OMS<sup>6</sup>: “los riesgos laborales tales como traumatismos, ruidos, agentes carcinogénicos, partículas transportadas por el aire y riesgos ergonómicos representan una parte considerable de la carga de morbilidad derivada de enfermedades crónicas: 37% de todos los casos de dorsalgia; 16% de pérdida de audición; 13% de enfermedad pulmonar obstructiva crónica; 11% de asma; 8% de traumatismos; 9% de cáncer de pulmón; 2% de leucemia; y 8% de depresión”. En los datos proporcionado por el Ministerio de Trabajo y Economía Social<sup>7</sup> entre enero y septiembre de 2021, se reportaron 34.857 accidentes de trabajo, siendo la sección de actividades sanitarias y servicios sociales la cuarta posición con más casos reportados, con un aumento del 37,3% con respecto al año anterior, en el mismo periodo. Siendo Catalunya la segunda comunidad con más casos reportados en accidentes de trabajo en jornada con baja.

En el año 2002, los trabajadores del sector de la salud representaban aproximadamente treinta y cinco millones de personas a nivel mundial, lo que equivale a un 12% del mundo laboral<sup>8</sup> y, en consecuencia, ostentan un alto de

porcentaje de accidentes y enfermedades laborales<sup>9</sup>. En el caso de la enfermería, su principal actividad consiste en el tratamiento y el cuidado de enfermos, repercutiendo con problemas de salud laboral derivados del constante contacto físico y emocional que establecen con los pacientes. Los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística en el 2018<sup>10</sup>, en el Informe Sobre el Estado de la Seguridad y Salud Laboral de España indica una incidencia mayor de enfermedades profesionales en el ámbito de las actividades sanitarias. Entre ellas se encuentran: las enfermedades cardíacas isquémicas, los desórdenes mentales y las enfermedades del aparato locomotor, seguidas de las enfermedades de la piel.

Además, el equipo de enfermería de la UCI se enfrenta a diario al sufrimiento humano y la muerte, conviviendo con sentimientos ambiguos.<sup>11</sup> Estudios<sup>12,13</sup> han demostrado que la atención directa a personas enfermas, asociadas con condiciones labores precarias y la realización de tareas desagradables, afectan a la salud mental, contribuyendo a accidentes laborales y a la reducción de esperanza de vida.

En consecuencia, a la información mencionada anteriormente, se deberían proporcionar programas de salud dirigidos al personal que brinden un ambiente seguro, un ambiente de trabajo confortable, resguardándoles de las posibles lesiones. Con el conocimiento de qué implica la salud ocupacional y el bienestar emocional se pueden eliminar o reducir los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, así como mejorar la calidad de vida.

Durante el siguiente trabajo se utilizará el término de “enfermeras” para referirse a profesionales de ambos sexos, siendo el término más correcto, ya que el Consejo Internacional de Enfermeras o la Organización Mundial de la Salud así lo utilizan.

## 2. MARCO CONCEPTUAL

En cualquier tiempo o en cualquier lugar en que las personas han necesitado un cuidado, siempre ha habido una enfermera<sup>14</sup>, es por eso por lo que esta profesión es tan antigua como la misma civilización, dedicando sus acciones al cuidado colectivo de la salud.

Las enfermeras son un grupo de profesionales de la salud que experimentan un nivel de estrés relativamente alto. Esto a menudo se puede atribuir a una variedad de factores estresantes relacionados con el trabajo<sup>15</sup>, incluyendo una gran carga de trabajo, trabajo por turnos, falta de atención adecuada a la profesión de enfermería, escaso apoyo social, conflicto con los médicos, acoso y violencia, el tratamiento de la muerte, los pacientes y sus familias.

Las técnicas de gestión<sup>16</sup> del estrés han variado en un amplio espectro de enfoques, desde la gestión del entorno laboral hasta la reducción de las fuentes externas de estrés y la gestión de los factores intrapersonales de las personas.

Las enfermeras de la UCI se ven envueltas en numerosas demandas físicas, emocional y cognitivas a lo largo de la jornada, es por lo que dentro de la literatura se encuentran estudios dirigidos a evaluar la eficacia de intervenciones psicosociales. Entre ellos se encuentran formaciones dirigidas para promover e identificar las propias fortalezas, como es la teoría de las demandas y recursos laborales<sup>17</sup>, los autores presentan una teoría flexible, apta para aplicarse a diferentes entornos laborales y profesionales, ayudando a detectar el deterioro de la salud y el estado de motivación<sup>4</sup>. El SMT (Stress Management Training) es un entrenamiento para el manejo del estrés que utiliza técnicas cognitivo-conductuales de relajación y organización, mejora el bienestar de los trabajadores, incrementa las habilidades para afrontar el estrés y reducir las emociones negativas<sup>18</sup>. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)<sup>19</sup> presenta un enfoque psicoterapéutico que aborda el problema del sufrimiento psicológico alternado la base del detonante,

centrándose en cómo comprenden y perpetúan los profesionales sus dificultades a través del lenguaje. La ACT aumenta la flexibilidad psicológica<sup>20</sup>, alterando el contexto psicológico dentro del cual las personas experimentan sus pensamientos y emocionales. Demostrando eficacia en la mejora del bienestar y el rendimiento de los trabajadores. El Programa de Manejo del Estrés basados en la atención plena<sup>21</sup>, siendo este ampliamente aplicada en España con buenos resultados<sup>22,23</sup>, consiste en prestar atención al momento presente de forma intencional, sin juzgar, con una actitud de aceptación, poniéndose en practica con ejercicios formales, como sería la meditación, como informarles. Existe un programa estandarizado (programa de reducción del estrés basado en *mindfulness*).

## **2.1 Contexto general de los aspectos laborales y psicosociales**

El mundo laboral esta inmerso en un proceso de cambios constantes a nivel de organización y gestión, siendo el sistema de salud susceptible a estos cambios, ICOH<sup>24</sup> (Comisión internacional de Salud Ocupacional) define un subcomité específico para la Salud laboral de los trabajadores de la salud. Un estudio de ámbito mundial muestra que “hay 8 millones de trabajadores de la salud, donde cerca de dos tercios de estos (39,5 millones), prestan servicios de salud y el tercio restante (19,8 millones) son trabajadores de gestión y apoyo”.

En el ámbito de la salud estos cambios se realizan para mantener la calidad y la seguridad en el cuidado del paciente, pudiendo repercutir negativamente en la calidad de vida de los trabajadores y en las condiciones de trabajos, ya que los cambios constantes exigen a los profesionales altos niveles de atención y concentración, elevada responsabilidad, con cambios en los turnos o en los horarios de trabajo<sup>25,26</sup>.

Todas las profesiones llevan implícito un riesgo inherente debido a la misma naturaleza de la profesión y de la especialidad. Los profesionales de enfermería están expuestos a múltiples y variables riesgos laborales que no solo repercuten a

nivel de salud sino también en el desempeño profesional. Además de profesionales de una alta carga emocional y cognitiva, con una actividad laboral caracterizada por la presión, la precisión y la urgencia. Los últimos informes de la *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions* (Eurofound)<sup>27</sup> sobre las condiciones de trabajo en Europa señalan que la sobrecarga de trabajo es el principal estresor laboral.

La complejidad en la gestión de la sobrecarga del trabajo impacta negativamente en la salud y el bienestar de los trabajadores y en la dinámica de las organizaciones<sup>28,29</sup>. Las instituciones sanitarias, en consecuencia, están poniendo énfasis en la prevención y promoción de la salud psicológica y en el bienestar de los trabajadores. Estudios como el de Villalobos<sup>30</sup> aportan evidencia de la relación entre los riesgos psicosociales en el trabajo y el incremento de procesos mórbidos de los trabajadores, las bajas y el absentismo laborales.

El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT)<sup>31,32,33</sup> considera como factores de riesgo psicosocial en el trabajo las condiciones ambientales, como iluminación, ruido, temperatura<sup>34</sup>, y los factores relacionados con la organización y la gestión del trabajo, como pausas y descansos, horario de trabajo, turnos y trabajo nocturno, funciones y tareas, cargas asistenciales, formación, responsabilidad, desempeño del rol, comunicación en el trabajo, estilo de mando<sup>35</sup>, carga mental y cargas asistenciales de trabajo, relaciones interpersonales en el trabajo, condiciones de empleo y desarrollo de la carrera profesional. Cuando estas condiciones sobrepasan la capacidad de la persona para afrontarlas, pueden poner en peligro el sentido del trabajo, el bienestar laboral y la salud del trabajador<sup>36</sup>.

La salud ocupacional o salud en el trabajo debe ser una actividad orientada a la prevención, con la evaluación y control de los riesgos, con estrategias proactivas hacia la promoción de la salud en la población. Los informes de la *European Survey on Working Conditions*<sup>37</sup>, constatan el aumento de los contratos temporales de trabajo en Europa y la preocupación de los trabajadores de perder su empleo. Las

nuevas condiciones laborales comportan factores de riesgo psicosocial (sobrecarga laboral) y estresores (inestabilidad, presión laboral, etc.) que ocasionan en los trabajadores malestar, inseguridad, insatisfacción, ansiedad, estrés y *burnout*.

## **2.2 Aspectos laborales y psicosociales**

### **2.2.1 Bienestar laboral y calidad de vida**

Según la OMS la **definición de salud ocupacional**<sup>38</sup> es el “estado de bienestar físico, psicológico y social experimentado por las personas en su entorno de trabajo que las capacita para el desarrollo de sus proyectos y el logro de sus metas laborales”.

Se entiende por **bienestar**<sup>39</sup> el conjunto de juicios valorativos y de reacciones emocionales concernientes al grado en que la propia experiencia es vivida como satisfactoria, agradable y positiva.

El Instituto Nacional para la Excelencia Clínica del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, en su guía sobre la promoción del bienestar mental en el ámbito laboral, define el **bienestar profesional**<sup>40</sup>, como “un concepto dinámico en el cual la persona es capaz de desarrollar su potencial personal, trabajar productiva y creativamente, construir relaciones sólidas y positivas con los otros y hacer una contribución a la comunidad. El bienestar mental aumenta cuando una persona es capaz de cumplir sus objetivos personales y sociales y obtener un sentido de su tarea en sociedad”. Siendo un concepto próximo a la **calidad de vida laboral**<sup>41</sup> definida como “grado de satisfacción y bienestar físico, psicológico y social experimentado por las personas en su puesto de trabajo. Abarca una doble dimensión: objetiva, relacionada con las condiciones económicas, jurídicas, sociales, ecológicas, materiales y técnicas de trabajo; y subjetiva, asociada a las percepciones y valoraciones relativas a la propia experiencia laboral y a su contribución al desarrollo personal”.

Una experiencia laboral positiva y satisfactoria está relacionada con el bienestar en el trabajo y la calidad de vida laboral. Siendo la satisfacción laboral de los individuos una de las variables<sup>42</sup> relacionadas con el comportamiento organizacional y con la calidad de vida laboral, siendo este un aspecto vinculado a la comunicación, a la resiliencia, a el nivel socioeconómico y a la formación del profesional.

### **2.2.1.1 Instrumentos de evaluación**

Existen diferentes instrumentos para evaluar el bienestar laboral, la satisfacción en el trabajo y la calidad de vida laboral. El *Oxford happiness questionnaire*<sup>43</sup>, la escala de bienestar psicológico de Sánchez-Cánovas<sup>44</sup>, el cuestionario de bienestar laboral general<sup>45</sup>, el cuestionario de calidad de vida del profesional (CVP-35)<sup>46</sup>, son algunos de los instrumentos que han sido utilizados.

### **2.2.2 Riesgos laborales y condiciones de trabajo**

La Agencia Europea de la Seguridad y Salud en el Trabajo clasificó los factores psicosociales como uno de los riesgos laborales más importantes entre los trabajadores europeos. La combinación de estos con la precariedad de empleo, los horarios irregulares, la intensificación del ritmo de trabajo, la complejidad de las tareas, las exigencias cognitivas, emocionales y tecnológicas y el envejecimiento de la población activa agravan la situación<sup>47,48,49</sup>.

Las **condiciones de trabajo**<sup>50</sup> se definen como “el conjunto de circunstancias y características ambientales, materiales, técnicas, económicas, sociales, políticas y organizacionales que condicionan la actividad y las relaciones laborales, constituyendo a la vez factores de riesgo y también oportunidades de desarrollo positivo”. Pudiendo incidir en aspectos como la motivación, el compromiso, el rendimiento laboral, el abandono y el absentismo, es decir, los diferentes elementos del escenario laboral pueden funcionar como factores de protección psicosocial y el bienestar laboral o por lo contrario como factores de riesgo. Por **riesgo laboral**<sup>50</sup> se

entiende la “probabilidad de ocurrencia de patologías, lesiones o daños laborales imputables a algún aspecto de las condiciones de trabajo”

Los riesgos laborales pueden dar lugar a diferentes tipos de accidentes, enfermedades profesionales y efectos en la salud, clasificándose en diferentes grupos. No solo se reflejan los riesgos físicos, sino que cada vez se les da más importancia a los **riesgos psicosociales**<sup>51</sup>, siendo “la probabilidad de un impacto negativo en la salud, el bienestar y la calidad de vida laboral derivado de algún aspecto de las condiciones de trabajo”.

Tipos de riesgos en salud ocupacional<sup>51</sup>:

- **Riesgos físicos:** son aquellos que pueden generar un cambio en la salud de la persona, su entorno o ambiente. Son los más habituales y pueden ser provocados por: riesgos de tipo mecánico, riesgos de tipo luminoso o calorífico o riesgos derivador por los distintos tipos de energía (radiaciones, ultrasonidos o radiofrecuencia)
- **Riesgos biológicos:** es la exposición o el contacto directo de las personas con la fuente infecciosa, siendo agentes vivos o inertes capaces de producir enfermedades o reacciones alérgicas. La transmisión de estas infecciones se da a través de lesiones percutáneas (pinchazos) o contacto con sangre o fluidos corporales y por vía respiratoria, siendo los principales agentes virales contaminantes de las enfermeras la hepatitis B y C, el VIH y bacterias como la tuberculosis, el tétanos, entre otros.
- **Riesgos químicos:** es la exposición del individuo a agentes químicos capaces de producir enfermedades o reacciones alérgicas, siendo los jabones antisépticos de tipo clorhexidina al 2% o 4%, alcohol gel, alcohol medicinal, povidona yodada, etc., aquellos utilizados en los procesos de desinfección y esterilización, los citostáticos y los gases anestésicos. Estas pueden ocasionar irritaciones, procesos de sensibilización, daños sobre diversos órganos, malformaciones congénitas, mutaciones y cáncer.

El eczema alérgico profesional es uno de los procesos más frecuentes entre el personal sanitario.

- **Riesgos ergonómicos:** es la exposición del individuo a factores de riesgo que están asociados con la postura, la fuerza, el movimiento, las herramientas, los medios de trabajo y el entorno laboral. Las características del ambiente de trabajo pueden causar un desequilibrio entre el desempeño y la capacidad de los trabajadores causando lumbalgia. La actividad diaria de las enfermeras requiere una frecuente manipulación de los pacientes y la posición de pie prolongada, posturas incómodas como, por ejemplo: torsión o flexión del tronco, etc. y/o la marcha excesiva durante la jornada laboral. Estos representan los riesgos fisiológicos o de sobrecarga física.
- **Riesgos psicosociales:** es la exposición a diferentes fenómenos, situaciones o acciones en los ámbitos sociales, laborales, culturales, entre otras, donde su no correspondencia puede afectar la salud física y mental del trabajador, repercutiendo en su calidad de vida y en la producción en el trabajo.

Los factores de riesgo psicosocial relacionados con el trabajo de enfermería son:

- La fatiga muscular, generando disminución del rendimiento laboral, disminución de la fuerza y velocidad del movimiento, una mayor posibilidad de sufrir enfermedades cardiovasculares y patologías lumbares.
- La fatiga mental, generando sensaciones de malestar general, estrés, disminución de la autoestima y la motivación, irritabilidad y preocupación permanentes, insomnio, ansiedad y estados depresivos, alteraciones psicosomáticas (problemas digestivos, enfermedades cardiovasculares, mareos, dolores de cabeza, ausentismo laboral, tendencia a adicciones, como al alcohol, las drogas, entre otras; disminución de las funciones mentales superiores: atención, concentración, memoria y percepción)

- El trabajo por turnos, horas extras y la falta de períodos de descanso. Estos generan un aumento de los accidentes de trabajo, provocando una posible disminución del nivel de alerta y alteración del ritmo: sueño - vigilia, fatiga general y crónica. Limitaciones en la vida familiar y social, errores frecuentes en procesos muy sencillos y alternaciones nerviosas.
- **Riesgos ambientales:** son aquellos propios de la naturaleza: las tormentas, las lluvias, las inundaciones, los terremotos... Es decir, aquellos riesgos que no se pueden controlar y, en ese sentido, hay que ser previsible y prudente.

Para contribuir a mantener la salud de los trabajadores y así lo establece La Ley 31/1995, de 8 noviembre, de prevención de riesgos laborales<sup>52</sup>, los riesgos psicosociales deben evitarse o eliminarse, contribuyendo a la salud de los trabajadores. En esta constan los siguientes principios generales para realizar el cumplimiento del deber de protección: evitar los riesgos, evaluar los riesgos que no se puedan evitar, combatir los riesgos en su origen, adaptar el trabajo a la persona, tener en cuenta la evolución técnica, sustituir lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún riesgo, planificar la prevención, adoptar medidas que antepongan la protección colectiva a la individual y dar las debidas instrucciones a los trabajadores<sup>53</sup>.

Para la prevención de estos existen diferentes niveles de intervención:

- Institucional: adecuar la carga y el ritmo de trabajo al trabajador, rol profesional y autonomía, fomentar la comunicación entre los distintos niveles jerárquicos de la organización, estableciendo un clima de confianza y nuevos sistemas organizativos del trabajo.
- Equipos o servicios: Implantar sistemas de resolución de conflictos, favorecer la motivación laboral, facilitar la cohesión del grupo de trabajo, fijando espacios y tiempos de encuentro y potenciar la capacidad y la creatividad de los trabajadores.
- Individual: Incrementar la capacidad de adaptación a los estresores<sup>54</sup> y prevenir síntomas de malestar.

Los diferentes riesgos laborales y en concreto los riesgos psicosociales conllevan consecuencias negativas para la salud, creando un desequilibrio entre el profesional y su entorno laboral. Estas consecuencias se pueden traducir en la aparición de estrés laboral, *moving*, fatiga mental, conflictos, *burnout*, etc.

### 2.2.2.1 Instrumentos de evaluación

La evaluación de los riesgos psicosociales permite realizar el diagnóstico o identificación de los riesgos, requiriendo de un buen conocimiento de los diferentes aspectos de la organización.

Entre los instrumentos utilizados por las organizaciones sanitarias para la evaluación de los factores psicosociales encontramos el método ISTAS21<sup>55</sup> siendo una adaptación a la realidad española del método coPsoQ del cuestionario psicosocial de Copenhague y el cuestionario de factores psicosociales e identificación de situaciones de riesgo del Instituto Navarro de Salud Laboral<sup>56</sup>.

### 2.2.3 Estrés laboral y *burnout*

Según la Organización Mundial de la Salud, el estrés laboral es una situación generalizada a nivel mundial.

El **estrés laboral** es el “conjunto de reacciones emociones, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, del entorno o de la organización del trabajo”<sup>57</sup>. El estrés laboral influye negativamente en las relaciones interpersonales, familiares y laborales, afectando al rendimiento y a la productividad laboral. En los últimos años, se está presentando atención al **estrés colectivo**<sup>58</sup> que se presenta en ciertas unidades de trabajo y organizaciones, creándose un clima de estrés, con actitudes y emociones compartidas que van más allá del estrés individual.

La exposición repetida a incidentes críticos y eventos traumáticos en el lugar de trabajo se ha relacionado con la aparición del **estrés traumático secundario**. Este se refiere al conjunto de síntomas psicológicos que adquieren los profesionales por la exposición a personas que han vivido un trauma, causando pensamientos intrusivos, recuerdos traumáticos, pesadillas, insomnio, irritabilidad, labilidad emocional, fatiga, dificultad de concentración, evitación de personas y lugares, hipervigilancia y tristeza.<sup>59</sup> El **estrés moral** se experimenta cuando los trabajadores son incapaces de actuar acorde con lo que ellos creen que es ético, o cuando actúan de forma opuesta a sus valores personales y profesionales debido a la falta de autonomía en ciertas decisiones<sup>60,61</sup>.

La persistencia del estrés laboral puede desembocar en una acomodación psicológica del trabajo durante la jornada laboral, conllevando a la aparición del *burnout*. El **burnout** es concebido como “un estado de extrema fatiga psicológica, asociado al estrés laboral crónico, habitualmente asociado a la sobrecarga de trabajo y a un desequilibrio sostenido entre las demandas laborales y los recursos (personales y profesionales, materiales, técnicos y organizacionales) disponibles para afrontarlas con eficacia”. Siendo característico entre las profesiones asistenciales. Sus síntomas principales son los de agotamiento físico y emocional, tratamiento despersonalizado a las personas usuarias del servicio, indiferencia hacia la organización y sentimientos de alienación e ineficacia profesional<sup>62</sup>. En consecuencia, hay una disminución en la calidad de vida, así como un deterioro físico, cognitivo, emocional y conductual<sup>63</sup>. Repercutiendo en las organizaciones con un aumento significativo de retrasos, permisos y bajas por enfermedad; abdicación de las responsabilidades profesionales, accidentalidad laboral, interacciones sociales negativas, conflictos laborales, etc.

La **sobrecarga de trabajo**<sup>64</sup> se entiende como la experiencia laboral estresante determinada por “el estado en el que una persona trabajadora resulta o se siente incapaz de satisfacer eficaz y puntualmente las demandas cuantitativas y cualitativas de su tarea y la vivencia psicológicamente insatisfactoria de agenda

laboral saturada y llena de urgencias permanentes, expresada en términos de exceso de trabajo o de falta de tiempo para terminarlo todo o para realizarlo bien”.

### **2.2.3.1 Instrumentos de evaluación**

Entre los instrumentos para evaluar el estrés se encuentran los cuestionarios del estrés laboral de la Fundación Europea para la mejora de las condiciones de vida y de trabajo<sup>65</sup> y el cuestionario de salud general<sup>66</sup>. Para evaluar el *burnout* encontramos el Maslach burnout Inventory de Maslach y Jackson<sup>67</sup>, en sus diferentes versiones, y el Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería<sup>68</sup>, incluyendo ambas, además de evaluar la personalidad resistente y las estrategias de afrontamiento.

## **2.3 Recursos laborales y personales para la prevención y promoción de la salud**

Según Hobfoll<sup>69</sup>, las personas tienen una tendencia a retener, proteger y construir recursos para hacer frente a las demandas de su medio ambiente. Los recursos son aquellos objetos, características personales, condiciones o energías que son valorados por el individuo para alcanzar estos recursos. En el trabajo las demandas laborales pueden amenazar los recursos personales de los trabajadores provocando un agotamiento emocional e insatisfacción laboral.

### **2.3.1 Recursos personales**

- **Personalidad resistente:** el estrés no es una fuente de amenaza para todas las personas, por lo que algunos trabajadores pueden vivir las situaciones de estrés y cambio como algo inherente a la vida. Las personas con una personalidad resistente presentan una buena dimensión del compromiso, del reto y del control. Tienden a implicarse en todas las actividades, valoran sus metas y acciones, y poseen un gran sentido de la comunicación, ayudan a pensar y actuar en el transcurso de las acciones modificando el ambiente

para alcanzar sus metas y perciben los cambios como oportunidades para crecer y desarrollar habilidades<sup>70,71</sup>.

- **Competencias emocionales:** las enfermeras están expuestas diariamente a emociones intensas, procedentes de sus pacientes, familiares, de sus compañeras y de las suyas propias. Una gestión deficiente de estas puede entorpecer el trabajo<sup>72</sup>. Una inteligencia emocional desarrollada de las enfermeras se ha relacionado con menores niveles de *burnout*<sup>73</sup>. Competencias emocionales como la empatía, la expresión verbal de las emociones y la discriminación emocional están relacionadas con los niveles de dedicación y esfuerzo de su trabajo<sup>74</sup>.
- **Flexibilidad psicológica:** la flexibilidad psicológica es la habilidad para entrar en contacto con el momento presente y con los eventos internos negativos, como las emociones, pensamientos, sensaciones o memorias negativas, que aparecen en la experiencia diaria. Sin necesidad de escapar de ellos o evitarlos, y dirigiendo la conducta hacia las metas y valores que uno quiere conseguir en su vida personal y profesional<sup>75</sup>. Esto se relaciona con mayores niveles de satisfacción, energía, dedicación y absorción en el trabajo<sup>76</sup>, por lo contrario, la evitación de esta se relaciona con una mayor prevalencia de sufrir *burnout*<sup>77</sup>.
- **Atención plena (*mindfulness*):** se entiende como una estrategia de autorregulación que consiste en centrar la atención en la realidad del momento presente, a los estímulos internos y externos, aceptándola sin juicios y sin dejarse llevar por los pensamientos ni por las reacciones emotivas del momento. Implica una actitud que requiere mantener la atención en lo que ocurre «aquí y ahora», frente a la tendencia a dejar vagar la mente por los recuerdos del pasado o las anticipaciones del futuro<sup>78</sup>. Siendo beneficioso para favorecer la regulación emocional, mejorando la capacidad atencional y la capacidad amnésica (la memoria del trabajo)<sup>79</sup>.

El programa de entrenamiento más conocido en *mindfulness* es el MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) desarrollado por Kabat-Zinn en el Centro Médico de la Universidad de Massachusetts, ha dado resultados

favorables en el aumento de la satisfacción con la vida y relajación de estos profesionales, como también para disminuir los niveles de agotamiento emocional<sup>80</sup>. El MBSR es una intervención psico-educativa que tiene como finalidad reducir el estrés y malestar psicológico, y aumentar los niveles de atención plena. La intervención tiene una duración aproximada de 8 a 10 semanas a razón de una sesión semanal de 2 horas y media y con un máximo de 30 participantes en el grupo.

- **Recuperación del estrés:** La recuperación es el proceso por el cual el funcionamiento psicológico y fisiológico de los trabajadores vuelve a los niveles pre-estrés, y a través del cual la tensión se reduce, colocando al organismo en un estado psicológico y fisiológico capaz de seguir funcionando<sup>81</sup>.

Los profesionales pueden aliviar y recuperarse del impacto negativo del estrés durante su tiempo libre, cuando esto no se recupera se acumula la carga y aparece la fatiga laboral crónica<sup>82</sup>. Las experiencias de recuperación se refieren a los procesos psicológicos que se producen cuando los trabajadores ponen en marcha ciertas actividades, siendo según Sonnentag y Fritz<sup>83</sup>:

- el distanciamiento psicológico del trabajo: desconexión temporal del trabajo, no sólo a nivel físico, también a nivel mental
- la relajación: estado de baja activación tanto a nivel fisiológico como mental.
- la búsqueda de retos: realización de actividades que suponen un desafío para la persona.
- el control del tiempo libre: decidir en que actividades implicarse después de la jornada laboral.

### **2.3.1.1 Instrumentos de evaluación**

Para evaluar los recursos personales que se poseen encontramos la escala *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS)<sup>84</sup> se utiliza para medir las

características basadas en la atención plena o *mindfulness*, la escala *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS)<sup>85</sup> para medir el estado de ánimo o el bienestar emocional, la escala CDPE, comentada anteriormente, para medir la personalidad resistente y el Cuestionario de Aceptación y Acción<sup>86</sup> para medir la flexibilidad psicológica.

### 2.3.2 Recursos laborales

- **Apoyo de los compañeros:** el trabajo en equipo basado en la comunicación, apoyo y respeto mutuo es una de las mayores fuentes de satisfacción laboral entre estos trabajadores. El apoyo entre compañeros en estas unidades es crucial ya que exige de la colectividad, cooperación, compromiso y responsabilidad para trabajar en equipo<sup>87</sup>.
- **Apoyo del supervisor:** este apoyo puede conllevar acciones como reconocer la dimensión emocional de este trabajo, organizar actividades de ventilación emocional después de un evento estresante, dar sentido a los momentos difíciles, ofrecer *feedback* positivo a los miembros del equipo, o saber reconocer su labor<sup>88</sup>.
- **Apoyo de la organización:** proporcionando facilidades como la provisión de recursos materiales y humanos suficientes, reducir la burocracia y flexibilizar los procedimientos, proporcionar un ambiente seguro y confortable de trabajo o permitir la participación activa de todos los profesionales en las decisiones que pertenecen a su trabajo.

Para prevenir el agotamiento de los recursos personales y consecuencias negativas evocadas a la actividad laboral, se encuentran diferentes modelos y teorías de la enfermería que proporcionan herramientas para prevenirlo, entre ellas la Teoría del Autocuidado, compuesta por tres teorías relacionadas entre si: teoría del autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería.

## 2.4 Teoría del Autocuidado

En las disciplinas de enfermería se pueden identificar modelos y teorías, siendo las teorías menos abstractas que los modelos, las teorías facilitan su aplicación a la práctica. La inserción de estos programas en los estudios de enfermería ha conllevado al incremento del pensamiento científico sobre los problemas de cuidado.

Dorothea Orem fue la primera teórica que instauró la teoría del autocuidado, ofreciendo a las enfermeras herramientas para una atención de calidad basadas en las necesidades del autocuidado, proporcionando una mejor calidad de vida de los pacientes. Expone que ningún líder en enfermería ha tenido una influencia directa en su trabajo, sino que han sido las experiencias de enfermeras y la suya propia. Dorothea E. Orem presenta su teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: teoría del autocuidado: donde describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas, la teoría del déficit autocuidado: donde describe y explica cómo pueden ayudar a las enfermeras a ayudar a las personas y la teoría de los sistemas de enfermería: donde describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca la enfermería<sup>90</sup>.

Los conceptos y definiciones más relevantes en esta teoría son el **autocuidado**<sup>89</sup> concebido como “una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. Es una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo”, Dorothea Orem propone que el autocuidado nace de la experiencia propia y de un aprendizaje continuo, usando la palabra “**agente de autocuidado**”<sup>89</sup> para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado<sup>91</sup>. El **requisito de autocuidado**<sup>89</sup> como “un consejo formulado y expreso sobre las acciones que deben llevar a cabo puesto que, se

consideran necesarias para regular los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, de forma continua o en condiciones específicas.

El **cuidar de uno mismo**<sup>89</sup> requiere realizar una toma de conciencia del propio estado de salud, con un pensamiento racional para aprovechar la experiencia personal, normas culturales y de conductas aprendidas, realizando la **actividad de autocuidado**<sup>89</sup>, definida como “las acciones deliberadas e intencionadas que llevan a cabo las personas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo”. Teniendo en cuenta que pueden existir el déficit del mismo, definiéndose como “la relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica y las capacidades de autocuidado no son operativas o adecuadas para cubrir las necesidades.

Las **limitaciones del cuidado**<sup>89</sup> son las barreras o limitaciones para el autocuidado, es decir, la persona carece de conocimientos sobre sí misma o no desee adquirirlos. Y el **aprendizaje del autocuidado**<sup>89</sup> es el aprendizaje del autocuidado y de su mantenimiento continuo son funciones humanas. Con el aprendizaje y el uso del conocimiento para la realización de acciones de autocuidado, pudiendo ser cuidados internos o externos.

La teoría general del déficit de autocuidado es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas.

Teniéndose en cuenta las siguientes pautas<sup>89</sup>:

- “Examinar los factores, los problemas de salud y el déficit de autocuidado.
- Realizar la recogida de datos acerca de los problemas y la valoración del conocimiento, habilidades motivación y orientación del cliente.
- Analizar los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería.
- Diseñar y planificar la forma de capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de salud.”
- Poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidado u orientador, contando con la participación del cliente.

Las acciones prácticas de las enfermeras se basan en tres sistemas<sup>90</sup>: el sistema de compensación total donde la enfermera desarrolla al completo las medidas de autocuidado, el sistema de compensación parcial desarrolla algunas medidas de autocuidado, compensa las limitaciones y ayuda al paciente, y el sistema educativo y de apoyo regulando el ejercicio y el desarrollo de la actividad de autocuidado.

Esta teoría aporta la realidad y la importancia del autocuidado, promoviendo acciones educativas que promuevan y mantengan de manera autónoma la salud de las enfermeras.

### **3. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y ANTECEDENTES**

#### **3.1 Introducción**

Con el objetivo de conocer las medidas utilizadas para mejorar la salud ocupacional y el bienestar emocional dirigido a enfermeras de UCI, se realiza una revisión, basándose en la evidencia científica existente en la actualidad sobre el tema presentado. Se realizó una revisión narrativa con un total de 40 artículos procedentes de 4 bases de datos: PubMed, Cochrane Library Plus, Cuiden Plus, Cinahl (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*), y SciELO (*Scientific Electronic Library Online*). Utilizándose diferentes ecuaciones, con los operados booleanos: AND y OR, así como el entroncamiento (\*).

Las técnicas de recolección de datos para la extracción de los datos de los artículos de investigación encontrados, se analizaron independientemente los siguientes elementos: Características básicas de publicación (año, autor, diseño de investigación), características de la muestra y tipo de intervención.

El método de análisis de datos de los estudios incluidos fue analizado por lectura crítica, describiendo los resultados de las distintas investigaciones de manera sintetizada. Los resultados de búsqueda se representaron mediante el diagrama Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA); los datos cualitativos fueron reportados por descripción simple. Esta culminó con 825

resultados correspondientes a las diferentes bases de datos, siendo seleccionados un total de 40 artículos. Agrupando la información en: los factores de riesgo y las consecuencias que esto comporta en los diferentes ámbitos de la vida diaria, las diferentes medidas para solucionar estos factores en las enfermeras de la UCI, además de las técnicas de recolección de datos utilizadas.

### **3.1.1 Objetivos de la revisión bibliográfica**

#### Objetivo general

- Describir las medidas utilizadas para mejorar la salud ocupacional y el bienestar emocional dirigido a enfermeras de UCI

#### Objetivos específicos

- Determinar los factores de riesgo laborales, durante la jornada laboral, presentes en enfermeras de UCI y sus posibles efectos.
- Identificar técnicas de autocuidado para la mejora de salud ocupacional y bienestar emocional y sus beneficios dirigidos a las enfermeras de la UCI.
- Identificar los instrumentos de medida utilizados.

### **3.1.2 Bases de datos y fuentes documentales consultadas**

Las bases de datos utilizadas para realizar la investigación han sido PubMed, Cochrane Library Plus, Cuiden Plus, Cinahl (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*), y SciELO (*Scientific Electronic Library Online*).

### **3.1.3 Descriptores**

Para delimitar los descriptores, se utilizó thesaurus de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y el *Medical Subject Headings* (MeSH).

Los términos de búsqueda se detallan en la tabla 1, clasificados según el idioma:

| Inglés                        | Castellano                      |
|-------------------------------|---------------------------------|
| <i>Intensive Care Units</i>   | Unidades de Cuidados Intensivos |
| <i>Nursing</i>                | Enfermería                      |
| <i>Occupational health</i>    | Salud laboral                   |
| <i>Stress,</i>                | Estrés                          |
| <i>Quality of life</i>        | Calidad de vida                 |
| <i>Nurse</i>                  | Enfermera                       |
| <i>Emotional intelligence</i> | Inteligencia emocional          |
| <i>Health education</i>       | Educación para la salud         |
| <i>Burnout</i>                | <i>Burnout</i>                  |

**Tabla 1. Términos de búsqueda**

### 3.1.4 Criterios de inclusión y exclusión

Antes de realizar la búsqueda bibliográfica, se establecieron los criterios de inclusión y exclusión transversales para todas las bases de datos consultadas.

#### **Criterios de inclusión**

- Publicaciones de los últimos 10 años, desde 2011 hasta el 2021.
- Relación de la publicación con los objetivos planteados.
- Publicaciones gratuitas completas.
- Estar publicados en español o inglés.

#### **Criterios de exclusión**

- Relatos de un caso.
- Opiniones de expertos.
- Publicaciones con escaso nivel metodológico.
- Escaso respaldo bibliográfico.

### **3.1.5 Estrategias de búsqueda bibliográfica**

El periodo de búsqueda bibliográfica estuvo comprendido entre el mes de octubre de 2021 hasta el mes de noviembre de 2021.

Los operadores booleanos utilizados fueron AND y OR, para combinar los términos de búsqueda. Los entroncamientos que se utilizaron fueron (\*), en las bases de datos PubMed y CINAHL, para recuperar una palabra desde la raíz y sus derivaciones, por ejemplo, se utilizó con la palabra “nurs\*” para incluir las palabras derivadas con esa raíz (*nurse, nursing...*).

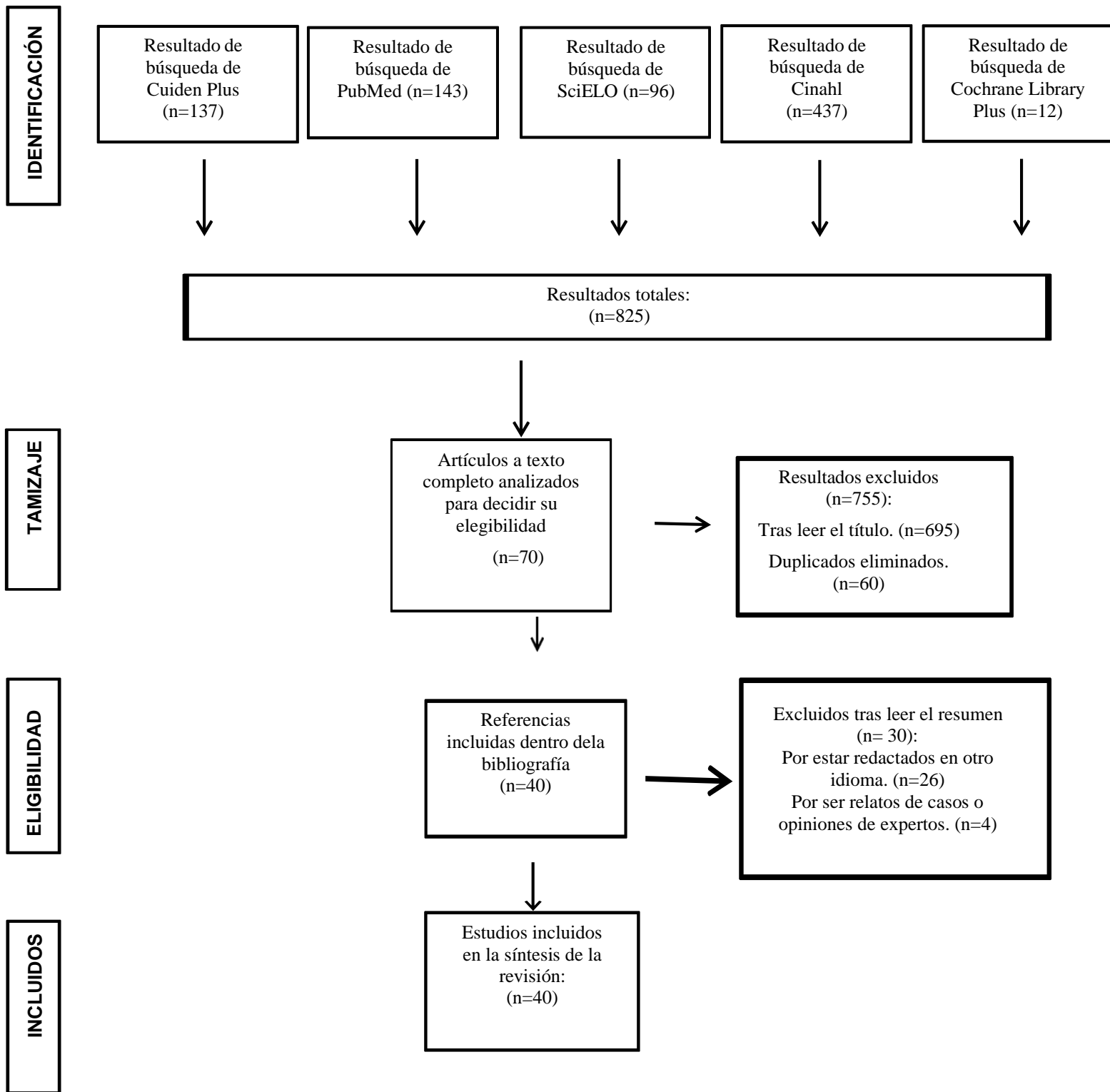
### **3.1.6 Resultados**

La búsqueda bibliográfica culminó con 825 resultados correspondientes a las diferentes bases de datos.

Se realizó la lectura del título y resumen de los resultados de búsqueda de los artículos preseleccionados, y de esta manera determinar el tipo de publicación, posterior a lectura crítica, se identificó los trabajos pertinentes con respecto a la temática planteada, a los objetivos de la publicación y a los criterios de inclusión de esta; fueron elegidos un total de 40 resultados de búsqueda.

En la Figura 1, se presenta el diagrama de flujo PRISMA de esta revisión bibliográfica.

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA de la revisión bibliográfica.



**Nota:** Fuente: Elaboración propia

### 3.1.7 Análisis

#### Introducción del análisis

Esta revisión bibliográfica permite conocer los factores de riesgo, así como las consecuencias que esto comporta en los diferentes ámbitos de la vida diaria de las enfermeras, presentándose las diferentes medidas para solucionar estos factores. Las unidades de cuidados intensivos son servicios en los que las situaciones de emergencia son continuas, retado así la inteligencia emocional de las enfermeras, como también la capacidad de trabajo en equipo, la comunicación y la capacidad de reacción. Existen factores de riesgo en la salud ocupacional y emocional en las enfermeras, que acarrear consecuencias no tan solo en sus vidas personales sino también en la atención hacia el paciente.

#### Análisis de los artículos

Factores de riesgo y sus efectos durante la jornada laboral, presentes en enfermeras de UCI.

La revisión de los estudios realizados, publicada en 2021<sup>92</sup> y 2015<sup>93</sup>, en el ámbito occidental reflejaron alteraciones en los niveles de: estrés, ansiedad, depresión, del sueño y presencia de *burnout*. La jornada laboral prolongada, la concentración y el estado de vigilancia permanente que requiere este servicio, el contacto con el sufrimiento y la muerte empeoran el estado psicológico de los profesionales. Las enfermeras de la UCI, en comparación con otras especialidades de enfermería, demostraron una mayor prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión haciendo referencia a el deseo explícito de cambiar de departamento<sup>94</sup>. A demás, a menudo trabajan con escasez de personal, con una sobrecarga de trabajo y realizan horas extraordinarias excesivas. Planteándose abandonar la profesión en un alto porcentaje de veces si se les diera la oportunidad.

Son los profesionales más jóvenes y con menos experiencia los más vulnerables al estrés<sup>95</sup> y los más susceptibles a los excesos de jornada diaria y a una carga alta de trabajo. A nivel general, estos hechos produjeron trastornos emocionales y baja satisfacción laboral.

Altos niveles de cansancio emocional se relacionaron con factores personales<sup>95</sup>: ser soltero y cuidar a los niños, y factores laborales: jornadas laborales largas, mala calidad de vida laboral y falta de tiempo para dedicarse al autocuidado. Siendo este más latente durante la pandemia de COVID-19, según un estudio en las enfermeras de Arabia Saudí<sup>96</sup>, mostró que el 41% estaban experimentando agotamiento moderado o alto.

Las enfermeras de UCI con altos niveles de ansiedad y depresión han mostrado altos niveles de burnout<sup>97,98,99,100</sup>. En una revisión sistemática sobre las respuestas disfuncionales entre las enfermeras de la UCI<sup>101</sup> reveló una prevalencia de ansiedad entre 10,2% y 32% de las enfermeras y una prevalencia de síntomas depresivos entre el 11% y 31%. Se determinó unos niveles de estrés alto<sup>102,103</sup> y con una prevalencia del 61% entre las enfermeras. Aproximadamente el 99,9% mostraba síntomas de ansiedad. Hubo una correlación completa entre el estrés y la ansiedad, y una correlación sustancial entre el estrés y la depresión, el estrés y el agotamiento y el estrés y la baja satisfacción laboral<sup>104,105</sup>.

Durante la práctica laboral, las enfermeras se enfrentan a un entorno laboral agotador y desfavorable que deteriora la calidad de vida del profesional, sumando un desinterés y frustración que provoca el abandono del puesto de trabajo. La percepción<sup>106</sup> que presentan en las diferentes dimensiones personales, siendo: la calidad de vida, el bienestar económico, los amigos, la vida familiar y hogar, la pareja, el ocio, los medios de comunicación, el vecindario y comunidad, la religión, la salud. Se identificó poca disponibilidad de tiempo para realizar actividades de ocio, de pareja, recreativas y deportivas con la familia y amigos, así como para usar los medios de comunicación con fines informativos o de ocio.

En el caso del *burnout*, oscilando entre un 49,3% y el 58%<sup>107,108</sup> la prevalencia del agotamiento general mostrada por los trabajadores de la UCI. A partir de una revisión sistemática y un metaanálisis realizado en 2021<sup>109</sup>, se observó que a prevalencia del agotamiento varía entre los países y los sistemas de salud donde se realizaron los estudios. Este síndrome afecta directamente a la atención del paciente<sup>110</sup>.

Los factores asociados al *burnout* y a la baja satisfacción laboral son<sup>111,112</sup>:

- Los factores intrapersonales: la antigüedad, la edad y el sexo, la nacionalidad, la historia médica
- Los factores interpersonales: las relaciones entre enfermeras y los otros trabajadores, el estilo de liderazgo, las relaciones entre enfermeras y los pacientes
- Los factores extra-personales:
  - Factores relacionados con el trabajo: la naturaleza del trabajo, la sobrecarga del trabajo, la relación con la muerte
  - Factores relacionados con las instituciones: la falta de apoyo, el salario, el sistema de recompensas y promoción laboral

Una de las causas que afecta a esta situación, es el horario de trabajo circular. Se halló un estudio<sup>113</sup> que pretendía determinar si un sistema de turnos rotativos está asociado con cambios en la secreción de hormonas en las enfermeras y, posteriormente, cambios en su estado mental, concluyendo que el horario de trabajo circular de las enfermeras de UCI está relacionado con una desregulación tanto del ritmo circadiano, de la secreción hormonal, como de otros parámetros relacionados con la salud física y mental. Los efectos psicosomáticos de esas variaciones fueron los trastornos del sueño, aumento de la tensión, el estado de ánimo depresivo, los trastornos cognitivos y una tensión constante en la vida personal y social.

Una mayor prevalencia de los síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en las enfermeras de UCI promovieron aparición de alteraciones del sueño, irritabilidad, inquietud, sentimientos de ira o irritación y tensión muscular<sup>114</sup>. Los sucesos causantes de este estrés fueron: la muerte hospitalaria, el abuso verbal de otras enfermeras, médicos y familiares de pacientes hospitalizados, las heridas abiertas extensas, el sangrado masivo o heridas graves, la atención a personas con baja esperanza de vida, la reanimación cardiopulmonar (CPR), los sentimientos de incompetencia y la alta proporción de pacientes hospitalizados por enfermeras.

Continuado con agentes estresores, otra de las situaciones que pone en riesgo la salud mental de las enfermeras es la fatiga que producen las alarmas y las falsas alarmas en una UCI<sup>115</sup>. El número de alarmas generadas por una UCI durante 48 horas fue de 2.184, de las cuales el 36,2% fueron significativas, mientras que el 63,8% restante fueron falsas.

A nivel físico<sup>116</sup>, el dolor lumbar parece estar vinculado a una amplia variedad de elementos asociados, como factores ambientales, biomecánicos, organizacionales, personales, genéticos, psicosociales, fisiológicos y financieros. La reorganización del trabajo mediante estudios ergonómicos es necesaria para mejorar el entorno laboral y prevenir el dolor lumbar.

En cuanto a los efectos de los equipos de protección individual utilizados en la UCI<sup>44</sup> causan calor, dolores de cabeza, lesiones cutáneas, malestar en el pecho y disnea.

En cuanto a los efectos adversos de los equipos de protección individual utilizados en la UCI<sup>117</sup> causan calor, dolores de cabeza, lesiones cutáneas, malestar en el pecho y disnea.

Describir las técnicas de autocuidado utilizadas para mejorar la salud ocupacional y el bienestar emocional y sus beneficios dirigidos a enfermeras de UCI.

La inteligencia emocional es una forma de inteligencia social. Aquellos con mayor nivel de inteligencia emocional son más capaces de lidiar con desafíos de la vida y

tener una mejor salud mental. Un estudio realizado en 2013<sup>118</sup> mostró efectos positivos de la enseñanza de los componentes de la inteligencia emocional en la salud general de las enfermeras de la UCI, ya que trabajan con un alto nivel de exigencia psicológica. Un estudio<sup>119</sup> con el objetivo de investigar la relación entre la seguridad psicológica y la inteligencia moral, dado que la seguridad psicológica de las enfermeras está vinculada a la inteligencia moral, un nivel óptimo de inteligencia moral puede reducir la excesiva ansiedad asociada con las reacciones de las personas. Esto se puede lograr eligiendo el comportamiento y la creación de una atmósfera de comprensión en las relaciones amistosas. La observación de los valores morales y la ética trae una sensación de seguridad psicológica para el lugar de trabajo y una posterior mejora en calidad asistencial.

Se realizó un estudio<sup>120</sup> con el objetivo de investigar los efectos de tres programas educativos basados en habilidades sobre el estrés y la ansiedad entre las enfermeras de UCI. Los hallazgos respaldaron la efectividad de los programas para reducir el estrés percibido y el estado de ansiedad. Como también la efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual<sup>121</sup> para este.

El uso del diario<sup>122</sup> mejora la ansiedad y la depresión en pacientes y en familiares demostrando ser una herramienta útil. Este resulta una práctica extendida en Suecia, Suiza, Italia, Australia, Austria, Dinamarca, Afganistán, Francia, Noruega, Portugal, Reino Unido y EE. UU.

Un ambiente de comunicación abierta y respetuosa puede ayudar a combatir el agotamiento, ya que permite a todo el equipo que se sientan valorados y apreciados, lo que puede mejorar su sentido de identidad y logro personal<sup>123</sup>.

La aromaterapia<sup>124</sup> no tiene ningún efecto sobre los niveles de ansiedad de las enfermeras, pero los descansos de 10 o 15 minutos que pasaban en una habitación silenciosa, iluminada y espaciosa tuvieron efectos positivos y, por lo tanto, disminuyeron sus puntajes de ansiedad. En otro estudio<sup>125</sup> se evaluaron los efectos

de la implementación del tiempo de silencio en una unidad de cuidados intensivos médico-quirúrgicos sobre los niveles de luz, ruido y estrés de las enfermeras resultado con una disminución de los niveles de estrés. El tiempo de silencio es una intervención de ahorro de energía que se realiza fácilmente para promover un entorno de trabajo saludable.

Por último, la intervención de ejercicios de yoga<sup>126</sup> fue eficaz para mejorar la calidad de vida de los enfermeros que trabajan en UCI.

### Instrumentos de medida utilizados.

Destaca el Maslach Burnout Inventory para medir los niveles de burnout en todos los artículos donde se quiso determinar la variable.

Se utilizaron instrumentos de medida como el Índice de Trabajo de Enfermería<sup>99</sup>, Nurses' Critical Care Stressor Questionnaire<sup>120</sup>, Escala de Estresores Laborales<sup>95</sup>, Cuestionario de JBeili, para medir el ámbito y los factores laborales estresantes. El Perceived Stress Questionnaire<sup>120</sup>, el Cuestionario de Osipow<sup>121</sup>, Cohen Perceived stress scale (PSS)<sup>122</sup>, el cuestionario de Sintomatología del estrés en Bacarro y Nurse Stress Index<sup>112</sup>, para conocer los niveles de estrés.

Para medir los niveles de depresión se utilizó el Inventario de Depresión de Beck<sup>119</sup>.

Escala de inteligencia moral de Lennick y Kiel para conocer la inteligencia moral y escala de seguridad psicológica de Edmonson para conocer la seguridad psicológica<sup>119</sup>. Self Reporting Questionnaire<sup>97</sup> para conocer los trastornos mentales comunes. Professional Quality of Life(ProQOL)<sup>105</sup> para conoce la fatiga, el agotamiento y la satisfacción por compasión.

The Borg Rating of Perceived Exertion para determinar resistencia de los músculos extensores de la columna vertebral, junto con el Cuestionario adaptado de actividades relacionadas con el trabajo para dolor y/o lesión relacionados con el

trabajo<sup>116</sup>. Cuestionario de Información Personal desarrollado por el investigador para conocer los datos sociodemográficos.

Para los artículos con metodología cualitativa se utilizó el Nvivo Software para la recolección y análisis de datos.

## Conclusiones

Las unidades de cuidados intensivos son servicios en los que las situaciones de emergencia son continuas, haciendo que las emociones estén a flor de pie. Existen factores de riesgo en la salud ocupacional y emocional en las enfermeras, que acarrear consecuencias no solo en sus vidas sino también en la atención hacia el paciente.

Las consecuencias de los factores de riesgo son el estrés, la ansiedad, la depresión, la alteración del sueño y el burnout. La jornada laboral prolongada, la concentración y estado de vigilancia permanente, el contacto con el sufrimiento y la muerte empeoran el estado psicológico. Los diferentes factores están relacionados entre sí, ya que los síntomas de ansiedad y depresión están involucrados con altos niveles de burnout. La consecuencia de estos síntomas en los profesionales, sin poner una solución, acarrea deterioros en la calidad, crenado desinterés y frustración, afectando a la calidad asistencial.

Existen diferentes factores asociados a estos problemas, como son los factores intrapersonales, los interpersonales y los extrapersonales, demostrando la importancia de valorar y cuidar en la medida de lo posible todos los ámbitos de la vida diaria.

Entre las medidas que han sido efectivas para mejorar la salud ocupacional y el bienestar emocional, se encuentran la inteligencia emocional mejorando la salud general de las enfermeras, los programas educativos basados en habilidades sobre el estrés y la ansiedad, como también la Terapia Cognitivo Conductual o el uso de

un diario. Crear un ambiente de comunicación abierta y respetuosa, así como también un horario en el que existan períodos de silencio durante 10-15 minutos. Por último, se demostraron beneficios de la práctica del yoga.

Para determinar dichas variables se utilizaron una variedad interesante de instrumentos de medida, destacando el uso del Maslach Burnout Inventory en todos los artículos para medir el estrés.

Esta revisión bibliográfica permite conocer los factores de riesgo, las consecuencias que esto comporta en los diferentes ámbitos de la vida diaria, así como diferentes medidas para solucionar estos factores en las enfermeras de la UCI. Además de los instrumentos de medida utilizados en estos para determinar las diferentes variables.

#### **4. APORTACIONES E INTERÉS DEL ESTUDIO**

Las enfermeras esta sometida a una alta presión debido a la naturaleza de sus tareas diarias, haciendo frente a demandas físicas, emocionales y cognitivas, procedentes de diversos factores laborales, institucionales, interpersonales e intrapersonales. La exposición diaria a estas demandas puede poner en compromiso los recursos emocionales y cognitivos, incidiendo directamente en la calidad asistencial.

Estudios sobre la importancia del autocuidado de las enfermeras, siendo la teoría de Dorothea Orem la que aporta la realidad y la importancia del autocuidado, promoviendo acciones educativas para mantener de manera autónoma la salud de las enfermeras. Siendo medidas eficientes para la mejora de la salud ocupacional y el bienestar emocional y, en consecuencia, la atención hacia el paciente.

Con el propósito de mejorar los protocolos educativos sobre salud ocupacional y bienestar emocional, es imprescindible realizar nuevas líneas de intervención donde se brinden las competencias y habilidades necesarias para afrontar las diferentes situaciones que se presentan en la jornada laboral, las formaciones dirigidas a identificar y la promoción de sus fortalezas.

La finalidad de este proyecto es demostrar estadísticamente la mejora de la calidad de vida de las enfermeras, tras la realización de intervenciones psicoeducativas, sobre inteligencia emocional, las relaciones interpersonales y la comunicación, así como recomendaciones de práctica del yoga en sus tiempos de ocio, proporcionado técnicas de autocuidado.

Los resultados de la investigación serán de utilidad para mejora de la calidad de vida de las enfermeras y en consecuencia la calidad asistencial, influyendo positivamente en el clima laboral y las relaciones interpersonales. Estas intervenciones son altamente valoradas, ya que el rediseño del trabajo en demandas laborales en la UCI, del funcionamiento de este, o del horario laboral, implicaría un cambio radical del funcionamiento global de la unidad, siendo en proceso lento y costoso.

De este estudio se espera que contribuya a la implementación de las formaciones en los diferentes ámbitos de enfermería durante la jornada laboral, ya que tiene una buena replicabilidad y escalabilidad, por lo que su extensión a nuevas zonas hospitalarias es factible. Siendo esto de gran utilidad para demostrar si los resultados son realmente extrapolables y útiles para su implementación a nivel generalizado.

Todos estos argumentos apoyan la importancia del estudio a nivel teórico, profesional y social.

## **5. OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

### **5.1 Objetivos**

#### **5.1.1 Objetivo general**

- Determinar si el impacto de una intervención psicoeducativa en salud ocupacional y el bienestar emocional proporciona herramientas de autocuidado en enfermeras de la Unidad de Críticos Intensivos.

#### **5.1.2 Objetivos secundarios**

- Determinar las características sociodemográficas de la muestra.
- Diseñar de la intervención psicoeducativa.
- Comparar la sensación de *burnout* al inicio de la intervención y a los 3 meses.
- Comparar el bienestar emocional al inicio de la intervención y a los 3 meses.
- Comparar el estrés laboral al inicio de la intervención y a los 3 meses.
- Identificar el índice de estrategias de afrontamiento al inicio de la intervención y a los 3 meses.
- Identificar el índice de personalidad resistente al inicio de la intervención y a los 3 meses.
- Determinar las características sobre la atención plena al inicio de la intervención y a los 3 meses.

### **5.2. Hipótesis**

Una intervención psicoeducativa realizada en enfermeras de la Unidad de Críticos Intensivos mejora la salud ocupacional y el bienestar emocional.

## **6. MÉTODO**

### **6.1. Diseño, metodología y justificación:**

Con el objetivo de conocer si el impacto de una intervención educativa en salud ocupacional y el bienestar emocional mejora la calidad de vida en enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos de Joan XXIII, se ha diseñado un proyecto siguiendo una metodología cuantitativa y cualitativa. Para ello se realizaría un ensayo clínico de tipo analítico y longitudinal ambispectivo que pretendería evaluar la mejora del estado de salud ocupacional y bienestar emocional pre y post intervención educativa en el caso del grupo de intervención, comparándolo con el grupo control.

Se entiende por ensayo clínico, de acuerdo a la Conferencia Internacional de Armonización<sup>127</sup> como “cualquier investigación en sujetos humanos dirigida a descubrir o verificar los efectos clínicos, farmacológicos y/u otros efectos farmacodinámicos de un producto en investigación, identificar cualquier reacción adversa al producto en investigación (perfil de seguridad), estudiar la absorción, distribución, metabolismo y excreción de un producto en investigación y establecer la eficacia del producto en investigación para una indicación terapéutica, profiláctica o diagnóstica determinada.”

Siendo el ensayo clínico aleatorio el diseño de investigación más riguroso para estudios de intervenciones. En este tipo de estudios se determina si existe una relación causa-efecto entre un tratamiento y el resultado.

El estudio tendría una duración aproximada de 36 meses en total. El ensayo clínico tendría una duración de 24 meses y se desarrollaría tras la aprobación del Comité de Ética de Investigación Clínica del hospital.

## **6.2. Población y muestra**

### **6.2.1. Población objetivo/diana**

La población diana de este estudio estaría formada por las enfermeras de la UCI.

### **6.2.2. Población de estudio/accesible**

La población de estudio estaría formada por las enfermeras de la UCI del Hospital Joan XXIII, ubicado en Tarragona, Cataluña, siempre y cuando cumpliera los criterios de inclusión y de exclusión.

### **6.2.3. Diseño del muestreo**

La técnica de muestreo sería de tipo no probabilístico y de conveniencia, ya que no interviene el azar y es el investigador quien decide los individuos que deben formar parte del estudio según el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión<sup>128</sup>.

### **6.2.4. Tamaño de la muestra**

Para poder llevar a cabo el estudio es necesario disponer de información referente a los participantes que se seleccionarán para llevar a cabo la intervención, por lo que es necesario la utilización de métodos que permitan reconstruir modelos de la población total.

Según datos del Hospital Joan XXIII, actualmente, hay 132 enfermeras trabajando en la UCI. Para determinar el tamaño de la muestra del estudio<sup>129</sup> se utilizaría el programa de análisis estadístico Epidat 4.2. En el caso que se

determinara un nivel de confianza del 95%, con un error de selección del 5% en la muestra, con una proporción esperada del 50%.

Se necesitarían 62 enfermeras voluntarias para participar en el proyecto, dividiéndose en dos grupos de 31 enfermeras cada uno, definiéndose como grupo A y grupo B.

### **6.2.5. Criterios inclusión y exclusión**

#### Criterios de inclusión

- Enfermeras del Hospital Joan XXIII de Tarragona.
- Mínimo de 5 meses trabajando en UCI pre-estudio.
- Contrato en la UCI durante el estudio.
- Una asistencia del 80% del grupo intervención.
- Aceptación de la participación voluntaria.

#### Criterios de exclusión

- Estar en periodo vacacional durante la recogida de datos.
- Estar de baja laboral.

### **6.3. Variables**

Las variables que se utilizarían son las siguientes:

#### **6.3.1. Variables dependientes:**

- Agotamiento emocional o *burnout*: Variable cualitativa ordinal.
- Estrés laboral: Variable cualitativa ordinal.
- Personalidad resistente: Variable cualitativa ordinal.
- Estrategias de afrontamiento: Variable cualitativa ordinal.
- Características basadas en la atención plena: Variable cualitativa ordinal.
- Bienestar emocional: Variable cualitativa ordinal.

### 6.3.2. Variables independientes

- Características demográficas:
  - Edad en años: Variable cuantitativa discreta
  - Sexo: Variable cualitativa nominal
  - Estado civil: Variable cualitativa nominal
  - Tipo de contrato: Variable cuantitativa nominal
  - Tipo de jornada: Variable cualitativa nominal
  - Horario laboral: Variable cualitativa nominal
  - Número de hijos: Variable cuantitativa discreta
  - Años de experiencia: Variable cuantitativa continua
  - Años de experiencia en el mismo puesto: Variable cuantitativa continua
  - Tiempo que lleva en el mismo centro: Variable cuantitativa continua
  - Turno de trabajo: Variable cualitativa nominal
  - Tipo de jornada: Variable cuantitativa continua

### 6.4. Instrumentos recogida de información

A partir de los instrumentos de recogida de información se valoraría el bienestar emocional con la escala *Positive and Negative Affect Schedule*. Se recogerían las variables sociodemográficas a partir de un cuestionario adecuado y personalizado. El estrés laboral, la personalidad resistente, las estrategias de afrontamiento y el agotamiento emocional se recogerían a partir del Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería y, por último, las características basadas en la atención plena, con el cuestionario *Mindful Attention Awareness Scale*.

A continuación, se describen los diferentes cuestionarios:

Cuestionario para la recogida de las variables sociodemográficas (Anexo I) donde se recoge la siguiente información: Edad en años, sexo, estado civil, tipo de contrato, tipo de jornada, horario laboral, número de hijos, años de experiencia, años de experiencia en el mismo puesto, tiempo que lleva en el mismo centro, turno de trabajo y tipo de jornada.

Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)<sup>130</sup> (Anexo II) creado por Watson, Clark y Tellegen, en 1988, es una de las escalas públicas más utilizadas para medir el estado de ánimo o el bienestar emocional.

Se utilizaría la nueva versión PANAS, validación al español realizada por López-Gómez, et al., en 2015. Siendo El coeficiente alfa de Cronbach de 0,92 para la Escala de afecto positivo y de 0,88 para la Escala de afecto negativo<sup>131</sup>. Pudiéndose comprar su versión en formato online en la Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud<sup>132</sup>.

Se basa en una gama completa de experiencias afectivas, reflejándose en dos dimensiones, el estado de ánimo positivo y el negativo, considerándose constructos separados, de modo que una persona puede experimentar emociones tanto positivas como negativas simultáneamente. Fue diseñado para medir el efecto en varios contextos y en diferentes momentos, pudiendo ser el presente, el pasado o un promedio. Se utilizaría para medir el bienestar emocional en su versión española. Este consta de 20 ítems, 10 que miden el efecto positivo y 10 que miden el efecto negativo, constando de 5 ítems con un formato de respuesta tipo Likert del 1 (nada o muy levemente) y 5 (extremadamente). El puntaje más bajo que se puede obtener es 20 y el más alto es 100. La escala se compone de dos sub-escalas cada una referente al tipo de emociones (Escala de Afecto positivo y Escala de Afecto Negativo), en dónde altas puntuaciones en cada una de las subescalas sugieren alta presencia de emociones positivas o negativas en el sujeto.

Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería (CDPE)<sup>70</sup> (Anexo III) es un instrumento diseñado por Moreno, Garrosa y González en el 2000, para la evaluación específica del desgaste profesional en el colectivo de enfermería.

Se utilizaría la versión original, ya que es un instrumento fiable, validado y altamente utilizado. Se hallaron índices de fiabilidad elevados y validez del constructo, siendo el coeficiente alfa de Cronbach por encima de 0,82 en cada uno de los ítems.

Este considera la aparición del desgaste profesional como resultado de un contexto laboral: por parte de la misma profesional, las características individuales y el tipo de afrontamiento adoptado, es decir, el desgaste profesional depende de la vulnerabilidad o resistencia del sujeto y de su incapacidad para valorar de una manera activa y positiva las fuentes potenciales del estrés. Se utilizará para una visión general del proceso de desgaste de las enfermeras, con antecedentes específicos, valorando estrés laboral actual, la personalidad resistente y las estrategias de afrontamiento que se poseen. Este consta de 174 ítems distribuidos en 4 escalas, siendo la escala de antecedentes, la escala de síndrome de burnout, la escala de personalidad resistente y afrontamiento y la escala de consecuencias. Con una escala de tipo Likert, con un rango del 1 (totalmente desacuerdo) al 4 (totalmente de acuerdo).

El cuestionario esta configurado por las siguientes escalas, con un total de 174 ítems:

- Interacción conflictiva, con 12 ítems, en estos se valoran los problemas y contrariedades surgidas en la interacción con los médicos, pacientes y familiares.
- La sobrecarga, con 15 ítems, donde se valora el exceso de demandas cuantitativas y cualitativas que se exigen en función de la capacidad, el tiempo y los recursos disponibles para llevarlas acabo.
- El contacto con la muerte y el dolor, con 8 ítems, donde se recoge el grado en que las enfermeras se sientes afectados por el contacto con los enfermeros que sufren, se encuentran en estado terminal o mueren.

- La ambigüedad del rol, con 6 ítems, valora la claridad de la información sobre el rol laboral y organizacional de los enfermeros.
  - La monotonía de la tarea, con 4 ítems, hace referencia a la variedad y la monotonía de la tarea.
  - Falta de cohesión, con 6 ítems, valorando el nivel de unión y de armonía que existe entre los compañeros de trabajo.
  - La supervisión, con 11 ítems, se muestra el grado en la enfermera percibe apoyo e interés por parte de sus supervisiones, se siente valorado, etc.
  - El desgaste profesional a partir del: Agotamiento emocional, con 12 ítems, la despersonalización, con 12 más y la falta de realización personal, con 5 ítems.
  - La personalidad resistente a través de un índice global, con la medida de las dimensiones que la integran, siendo: El compromiso, con 7 ítems, el reto, con 7 ítems, el control, con 7 ítems.
  - El afrontamiento, evaluando 3 estrategias básicas para hacer frente al estrés, siendo: La búsqueda de apoyo social, con 3 ítems, el afrontamiento directo, con 4 ítems, la evitación, con 4 ítems.
  - Los consecuentes, a partir de: Las consecuencias psicológicas, con 23 ítems, las consecuencias organizacionales, con 13 ítems, las consecuencias socio-familiares, con 5 ítems, las consecuencias físicas, con 10 ítems.
- *Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)*<sup>133</sup> (Anexo IV) creada por Brown y Ryan en 2003, es un instrumento que se utiliza para medir las características basadas en la atención plena o *mindfulness*, es decir, la capacidad del individuo de estar atento y consciente de la experiencia del momento presente en la vida cotidiana. Se utilizaría la versión española, por López Maya, 2015<sup>134</sup>. Presenta una adecuada validez convergente con la Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ). Con unos índices de fiabilidad de alfa de Cronbach = 0.89, con buena estabilidad temporal y replica de la estructura unifactorial original. Siendo de uso público.

En su versión española constando de 15 ítems con un formato de respuesta tipo Likert del 1 (casi nunca) y 6 (casi siempre). Midiendo la frecuencia del estado de *Mindfulness* en la vida cotidiana, con o sin entrenamiento de esta capacidad; la puntuación se obtiene a partir de la media aritmética o promedio del total de los ítems, en el cual las puntuaciones elevadas indican mayor estado de *Mindfulness* o conciencia plena.

### **6.5. Proceso de la recogida de datos e intervención**

Al comienzo del estudio se haría conocimiento del proyecto y el reclutamiento voluntario de las enfermeras, este reclutamiento se realizaría durante la jornada laboral, explicando durante los primeros 10-20 minutos del turno, en que consiste el proyecto y las formaciones. Este reclutamiento se realizaría durante 1 mes en los diferentes turnos laborales para llegar al máximo de enfermeras. Una vez reclutadas a los participantes, se procedería a la explicación del proyecto y la firma del consentimiento informado.

Se le asignaría a cada sujeto un código de estudio que consistiría en un número, para poder identificar a cada participante. El total de los participantes se dividiría en dos grupos de manera aleatoria, siendo el grupo A quien reciba las sesiones formativas y el grupo B quien no reciba ninguna sesión.

Se realizarían los cuestionarios pre-intervención, a todas las enfermeras, en una sala de formación de las instalaciones del Hospital Joan XXIII, fuera de la jornada laboral, por parte de un miembro del equipo de investigación.

Se realizarían dos sesiones psicoeducativas donde se proporcionarían conocimientos y técnicas a utilizar en las diferentes situaciones durante la jornada laboral. Estas sesiones durarían 2 horas cada una, siendo un total de 4 horas. Agregando 1 sesión post intervención para realizar los cuestionarios pasado 1 mes,

a todas las enfermeras que participan en el proyecto, hayan o no recibido la formación. La primera intervención, de 2 horas de duración, serían impartidas a las enfermeras del grupo de intervención durante un período de 2 semanas, adaptándose a los diferentes horarios, siendo necesaria la asistencia a una sesión. La segunda sesión psicoeducativa, de 2 horas de duración, se realizaría dos semanas después de la primera sesión, estando disponible durante 2 semanas en diferentes horarios.

A continuación, se detalla la organización y metodología que se seguiría en las formaciones, no obstante, en el Anexo V se desarrolla con detalle la intervención educativa y sus diferentes sesiones.

#### 1. Primera sesión psicoeducativa

Sería una sesión educativa de 2 horas de duración, durante la primera sesión se realizaría la presentación y explicación del taller. Se citarían a los dos grupos de enfermería para realizar los cuestionarios y la firma de los documentos, entre ellos el consentimiento informado. Todo el material se presentaría en formato de dossier individual para cada enfermera, de manera que se pueda repasar y releer en casa si lo desean. Comprometiéndose a no ser compartido con el resto de personal de enfermeras mientras dure el estudio.

Esta primera sesión se adaptaría a los diferentes horarios de las enfermeras y estaría disponible para realizarse durante 2 semanas. Una vez realizados los cuestionarios se invitaría a las enfermeras del grupo control a abandonar la sala, quedándose en ella las enfermeras del grupo de intervención, procediendo a la sesión educativa. Una vez finalizado el estudio se invitaría a las enfermeras del grupo control a participar en un curso donde se repetiría la intervención. Se abordarían diferentes conceptos y las diferentes técnicas de afrontamiento.

Conocimientos ha impartir:

- Conceptos básicos sobre la salud ocupacional y el bienestar emocional, el estrés, *burnout*, calidad de vida laboral, los riesgos laborales, haciendo énfasis en los riesgos psicosociales.
- Explicación de la Teoría del Autocuidado, abordando en que consiste, cómo aplicarla en el mundo laboral y los beneficios que aporta.
- Taller sobre inoculación del estrés: con el objetivo de proporcionar a las enfermeras habilidades y destrezas que les permitan disminuir la tensión y afrontar el estrés.
- Taller sobre técnicas de respiración: facilitando a las enfermeras una forma adecuada de respirar para que en una situación de estrés se ponga en practica, mejorando así el funcionamiento de los órganos y un menos gasto energético, mejorando los efectos de ansiedad, fatiga, control de la actividad emocional, etc.

Al finalizar esta sesión se pediría a los participantes que se lean la información para la siguiente sesión, de manera que en la próxima sesión se exponga de manera más breve la teoría y se ponga en práctica la técnica de ACT y atención plena.

## 2. Segunda sesión psicoeducativa

Sería una sesión educativa de 2 horas, disponible durante dos semanas.

Esta sesión informativa se realizaría 2 semanas después de la última, dando tiempo a las enfermeras para asimilar los conceptos y las diferentes técnicas.

Conocimientos ha impartir:

- Explicación de los recursos personales, entre ellos se encuentran la personalidad resistente, las competencias emocionales, la flexibilidad psicológica y la atención plena.
- Introducción más amplia a la atención plena, sentimientos y emociones.
- Taller sobre la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): con el objetivo de promover la “flexibilidad” de las enfermeras para aceptar los eventos privados incomodos, para elegir una dirección con previa

valoración y para pasar a la acción. Siendo A: *Accept* (Aceptar), *Choose* (Elegir), *Take Accion* (Actuar). Trabajar la aceptación de los eventos internos negativos y ayudar a las enfermeras a entrar en contacto con sus valores y metas personales a partir de la atención plena.

Un mes después de la última sesión informativa se citarán a todas las enfermeras en un periodo de 2 semanas, adaptándose a los diferentes horarios, para la realización de los cuestionarios post-intervención. Con un total de 16 semanas. En la Tabla 2 se detalla la organización en tiempo y en conceptos de las 2 sesiones formativas.

Tabla 2. Intervención educativa

| <b>INTERVENCIÓN EDUCATIVA AL LAS ENFERMERAS DE LA UCI. INTERVENCIÓN 1.</b>   |   |               |
|--|---|---------------|
| Tiempo de duración de la actividad: 120'   |   |               |
| <b>Objetivos</b>   |   |               |
| <p><b>Objetivo general:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Determinar si el impacto de una intervención psicoeducativa en salud ocupacional y el bienestar emocional mejora la calidad de vida en enfermeras de la Unidad de Críticos Intensivos.</li> </ul> <p><b>Objetivos específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mejorar la calidad de vida de las enfermeras a partir del conocimiento en salud ocupacional y bienestar emocional</li> <li>○ Mejorar el manejo del estrés a partir de talleres sobre el manejo del estrés y técnicas de respiración.</li> <li>○ Aumentar el nivel del autocuidado a partir del conocimiento de la Teoría del Autocuidado</li> </ul> |   |               |
| <b>Contenidos</b>  |   |               |
| <b>Conceptos</b>   | <b>Procedimientos</b>   |               |
| -Salud ocupacional, bienestar emocional, el estrés, <i>burnout</i> , calidad de vida laboral, los riesgos laborales y psicosociales<br>-Teoría del Autocuidado<br>-Taller sobre inoculación del estrés<br>-Taller sobre técnicas de respiración  | Actividades teóricas y prácticas<br>Información               |               |
| <b>Descripción de la actividad</b>   | <b>Técnica</b>  | <b>Tiempo</b> |
| -Presentación del equipo de investigación.<br>-Presentación del proyecto<br>-Objetivos del taller en el mismo día  | Sesión introductoria  | 10'           |
| -Exposición de los diferentes conceptos teóricos: salud ocupacional, bienestar emocional, el estrés, <i>burnout</i> , calidad de vida laboral, los riesgos laborales y psicosociales<br>-Teoría del Autocuidado  | Exposición  | 15'           |
| Exposición y práctica sobre inoculación del estrés   | Exposición y experimentación                                  | 40'           |
| Exposición y práctica sobre técnicas de respiración.   | Exposición y experimentación                                  | 40'           |
| -Síntesis de la sesión.<br>-Resolución de dudas.<br>-Informar de la 2n intervención.<br>-Despedida.  | Puesta en común.<br>Compromiso con la estrategia consensuada. | 15'           |
| <b>Evaluación</b>  |   |               |
| Mediante la retroalimentación de los participantes mediada por los creadores de la actividad.  |   |               |

**INTERVENCIÓN EDUCATIVA AL LAS ENFERMERAS DE LA UCI. INTERVENCIÓN 2.**

Tiempo de duración de la actividad: 120'

**Objetivos**

**Objetivo general:**

- Determinar si el impacto de una intervención psicoeducativa en salud ocupacional y el bienestar emocional mejora la calidad de vida en enfermeras de la Unidad de Críticos Intensivos.

**Objetivos específicos:**

- Mejorar la calidad de vida de las enfermeras a partir del conocimiento en salud ocupacional y bienestar emocional
- Promover la “flexibilidad” de las enfermeras para aceptar eventos incómodos.

**Contenidos**

| Conceptos  | Procedimientos  |        |
|--|---|--------|
| Explicación de los recursos personales: personalidad resistente, competencias emocionales, flexibilidad psicológica y atención plena.<br>Introducción a la atención plena, sentimientos y emociones.<br>Taller sobre la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) | Actividades teóricas y prácticas<br>Información               |        |
| Descripción de la actividad  | Técnica   | Tiempo |
| Presentación del equipo de Investigación.<br>Objetivos del taller en el mismo día.   | Charla introductoria  | 10'    |
| -Exposición de los diferentes conceptos teóricos: personalidad resistente, competencias emocionales, flexibilidad psicológica y atención plena.<br>-Introducción a la atención plena, sentimientos y emociones.  | Exposición  | 15'    |
| -Exposición y práctica en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y atención plena.  | Exposición y experimentación                                  | 80'    |
| -Síntesis de la sesión.<br>-Resolución de dudas.<br>-Despedida.  | Puesta en común.<br>Compromiso con la estrategia consensuada. | 15'    |

**Evaluación**

Mediante la retroalimentación de los participantes mediada por los creadores de la actividad.

## **6.6. Análisis datos**

Se realizaría un análisis transversal, observacional y descriptivo de todas las variables sociodemográficas y de los cuestionarios de CDPE, PANAS Y MAAS. Utilizando medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas, como son la edad en años, el tipo de contrato, el número de hijos, los años de experiencia o el tipo de jornada y valores absolutos y frecuencias para las variables cualitativas, como el agotamiento emocional, el estrés laboral, la personalidad resistente, las estrategias de afrontamiento, las características basadas en la atención plena y el bienestar emocional. Sometiéndose los datos al test de Kormogorov-Smirnoff para determinar si siguen una distribución normal o no, y determinar los test estadísticos pertinentes para asociar las variables.

Los cuestionarios están formados por variables cualitativas que siguen una distribución multinomial por lo que se utilizará la prueba de chi-cuadrado con un nivel de confianza del 95% para analizar los resultados en los dos momentos determinados. Siendo de interés el análisis de la personalidad resistente y las estrategias de afrontamiento con los niveles de agotamiento emocional y estrés laboral. Así como la relación entre las características basadas en la atención plena y el bienestar emocional, con los niveles de agotamiento emocional y estrés laboral.

El análisis de datos estadísticos se realizará mediante la utilización de programa EXCEL y/o PSPP.

## **7. ASPECTOS ÉTICOS**

Para llevar a cabo este proyecto se seguirían los principios de la bioética de no maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía<sup>136</sup>.

Basándose en el cumplimiento de la ley de protección de datos, Reglamento General de Protección de Datos (RGPD)<sup>137</sup>, con vigencia des del 24 de mayo del 2018, con carácter de cumplimiento obligatorio a nivel Europeo.

Con previo registro del ensayo clínico, se solicitaría la aprobación del Comité de Ética de Investigación Clínica del Hospital Joan XXIII, el consentimiento sería y cumpliría todos los criterios requeridos por dicha institución. Todas las enfermeras recibirían una hoja de información sobre el estudio y firmarían el consentimiento informado, avalando los aspectos éticos de la confidencialidad y la participación voluntaria. Se seguirían los principios éticos de la Declaración de Helsinki (1964)<sup>138</sup>, donde se recogen los principios éticos que guían la comunidad médica, de utilización del consentimiento informado, respeto, derecho de autodeterminación individual y el derecho de tomar decisiones informadas. Se solicitaría el permiso a los autores de los cuestionarios utilizados.

Se garantizaría el anonimato y la confidencialidad de los datos obtenidos de las enfermeras. Los datos extraídos en el transcurso de este estudio únicamente se usarían para los objetivos propuestos por el mismo, tratándose los datos de manera que no se pudieran relacionar con una persona física e individual.

El equipo investigador se comprometería a comunicar los resultados obtenidos en el estudio, tanto los favorables como los desfavorables.

En los anexos se adjunta los modelos pertinentes a este apartado:

- Hoja de información para los participantes del estudio (Anexo VI).
- Consentimiento informado (Anexo VII).

Además, se seguirían los principios determinados por el Código de Núremberg (1947)<sup>139</sup>, donde se recogen los principios que rigen la experimentación con seres humanos, consentimiento voluntario, libertad de abandono en todo momento y en cualquier fase del estudio. Se evitaría el sufrimiento físico y mental, se protegería la privacidad y el bienestar de las enfermeras.

## **8. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS**

Mediante la creación e implementación de este proyecto de investigación se pretende extraer un análisis preliminar en el que se demuestre la importancia de instaurar formaciones sobre la salud ocupacional y el bienestar emocional entre las enfermeras de la UCI.

Este estudio pretende sentar las bases para la realización de un estudio clínico en la ciudad de Tarragona, con el objetivo de demostrar la hipótesis planteada en la investigación.

La aplicabilidad de este estudio es la creación, desarrollo e implementación de un programa de educación dirigido a las enfermeras de la UCI. Su implantación puede ser tanto hospitalaria, durante la jornada laboral, en las instalaciones que proporciona el hospital. Esta intervención proporcionaría el conocimiento sobre conceptos básicos sobre salud ocupacional y bienestar emocional, así como, talleres y terapias de afrontamiento de las diferentes situaciones durante la jornada laboral, en consecuencia, se mejoraría la calidad de vida de las enfermeras, con una mejor relación laboral, mejorando la calidad de atención del paciente y disminuyendo las bajas laborales por afectaciones psicológicas, y por consiguiente disminuyendo el gasto público.

Además, tras su implantación, se podría continuar ampliando el programa formando a las enfermeras de las diferentes unidades del hospital. Ya que la importancia de cuidar a quien nos cuida es crucial para mantener un sistema sanitario de calidad y eficiente.

## **9. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

Las posibles limitaciones de este estudio pueden ser la falta de asistencia a las formaciones por parte las enfermeras, a pesar de proporcionar flexibilidad horaria que se proporcionaría, la realidad es que existen diferentes imprevistos.

Entre ellos se encuentran la posibilidad de estar en periodo de vacaciones durante el periodo de recogida de datos, diferentes tipos de baja laboral, ya sea por enfermedad de un familiar, por enfermedad de la propia enfermera, etc. La posibilidad de despidos, traslados de unidad por necesidades del hospital, así como también traslados de centro, excedencias, etc. Esto puede suponer que no se consiga la asistencia a ambas sesiones, por consiguiente, la no realización de los cuestionarios.

Al ser un estudio fuera de la jornada laboral se puede dar el caso de falta de compromiso o dificultad de disponibilidad horario, ya sea por larga distancia de casa al hospital, responsabilidades familiares, otros compromisos laborales, etc.

El número de enfermeras de esta unidad es limitado, sería interesante realizar el estudio en otras UCI de diferentes poblaciones para asegurar la extrapolación de los resultados.

## 10. BIBLIOGRAFIA

1. Ramírez R, Morelos R, Sánchez G, et al. El trabajador de la salud y el riesgo de enfermedades infecciosas adquiridas. Las precauciones estándar y de bioseguridad. 2014 [citado 2021 Nov 11];57(4):34–42. Disponible en: [https://www.mendeley.com/catalogue/9c58b409-c11e-38f1-ad22-fc565bb4b750/?utm\\_source=desktop&utm\\_medium=1.19.8&utm\\_campaign=open\\_catalog&userDocumentId=%7Be7febbac-3f8f-314a-b65c-020a7037559c%7D](https://www.mendeley.com/catalogue/9c58b409-c11e-38f1-ad22-fc565bb4b750/?utm_source=desktop&utm_medium=1.19.8&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7Be7febbac-3f8f-314a-b65c-020a7037559c%7D)
2. Borges A. Personal de enfermería: condiciones de trabajo de alto riesgo. Salud de los Trabajadores [Internet]. 1998 [citado 2021 Dic 11];6(2). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6464197>
3. Cremades J. Factores laborales estresantes en profesionales de enfermería que trabajan en unidades hospitalarias con pacientes ingresados por problemas médicoquirúrgicos: una revisión bibliográfica. Revista Científica de Enfermería [Internet]. 2011 [citado 2021 Nov 11];(2). Disponible en: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/44831/1/RECIEN\\_02\\_05.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/44831/1/RECIEN_02_05.pdf)
4. Tennessee L, Padilla M. Salud y seguridad de los trabajadores del sector salud: Manual para gerentes y administradores. PAHO [Internet]. 2015 [citado 2021 Dic 11]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51600>
5. Organización Internacional del Trabajo. Comunicado conjunto OIT/OMS El número de accidentes y enfermedades relacionados con el trabajo sigue aumentando OIT y OMS recomiendan aplicar estrategias de prevención. 2005 [citado 2021 Dic 14]. Disponible en: [http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS\\_006102/lang--es/index.htm](http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_006102/lang--es/index.htm)
6. Organización Mundial de la Salud. Protección de la salud de los trabajadores [Internet]. 2017 [citado 2021 Dic 14]. Disponible en: <https://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/protecting-workers'-health>
7. Gobierno de España. Estadísticas de Accidentes de Trabajo. [Internet]. 2021 [citado 2021 Nov 12]. Disponible en:

<http://www.mitramiss.gob.es/estadisticas/eat/welcome.htm>

8. Galíndez L, Rodríguez Y. Riesgos Laborales de los Trabajadores de la Salud. Salud de los Trabajadores [Internet]. 2007 [citado 2021 Nov 11];15(2):67-69. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375839287001>
9. Banchs R, González P, Llacuna J. Boletín de prevención de riesgos laborales para la Formación Profesional. Instituto Nacional Seguridad e Higiene en el Trabajo [Internet]. 2012 [citado 2021 Nov 11];56. Disponible en: <https://www.insst.es/documents/94886/160426/Año+12.+Número+56.+RIESGOS+LABORALES+DEL+PERSONAL+SANITARIO/f2525187-1fcc-462f-a38f-0a237656acec>
10. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Informe sobre el estado de la seguridad y salud laboral en España. 2018 [citado 2021 Nov 11]. Disponible en: <http://cpage.mpr.gob.es>
11. Shimizu HE, Ciampone MH. As representações dos técnicos e auxiliares de enfermagem acerca do trabalho em equipe na unidade de terapia intensiva. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2004 [citado 2021 Nov 27];12(4):623-630. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15651646/>
12. Bernice RK. Stress and Burnout of Nursing Staff Working with Geriatric Clients in Long-Term Care. Journal of Nursing Scholarship [Internet]. 2005 [citado 2021 Nov 27];37(4):381-2. Disponible en: <https://www.proquest.com/docview/236337343?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true>
13. Sentone A, Gonçalves F. Sofrimento no trabalho: significado para o auxiliar de enfermagem com dois vínculos empregatícios. Ciências Biológicas e da Saúde [Internet]. 2002 [citado 2021 Nov 27];23(1), 33-38. Disponible en: [https://scholar.google.com/scholar\\_lookup?title=Sofrimento%20no%20trabalho:%20significado%20para%20o%20auxiliar%20de%20enfermagem%20com%20dois%20v%C3%ADnculos%20empregat%C3%ADcios&author=A.%20D.%20D.%20S](https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Sofrimento%20no%20trabalho:%20significado%20para%20o%20auxiliar%20de%20enfermagem%20com%20dois%20v%C3%ADnculos%20empregat%C3%ADcios&author=A.%20D.%20D.%20S)

entone%20&author=A.%20F.%20F.%20Gon%C3%A7alves&publication\_year=2002

14. Hernández JM. Historia de la enfermería: un análisis histórico de los cuidados de enfermería. McGraw-Hill Interamericana de España [Internet]. 1995 [citado 2021 Nov 12];53–81. Disponible en:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=210002>
15. Dianat I, Azemi S, Abdollahazade F, et al. Does self-efficacy mediate the relationship between occupational stress and mental health problems? A study among nursing professionals. Health Promot Perspect [Internet]. 2021 [citado 2021 Dic 22];11(3):344-350. Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8501481/>
16. Mimura C, Griffiths P. The effectiveness of current approaches to workplace stress management in the nursing profession: an evidence based literature review. Occup Environ Med [Internet]. 2003 [citado 2021 Nov 30];60(1):10-15. Disponible en:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12499451/>
17. Bakker B, Demerouti E. La teoría de las demandas y los recursos laborales. Rev. psicol trab organ [Internet]. 2013 [citado 2021 Dic 16]; 29(3):107-115. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1576-59622013000300003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1576-59622013000300003&lng=es)
18. Richardson K, Rothstein R. *Effects of occupational stress management intervention programs: A meta-analysis*. Rev psicol trab organ [Internet]. 2008 [citado 2021 Dic 7]; 13(1), 69–93. Disponible en:  
<https://psycnet.apa.org/record/2008-00533-007>
19. Hayes S, Strosahl K, Wilson G. Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. Guilford Press. 1999. Disponible en:  
<https://psycnet.apa.org/record/1999-04037-000>
20. Flaxman P, Bond F. A randomised worksite comparison of acceptance and commitment therapy and stress inoculation training. Behavior Research and

- Therapy [Internet]. 2010 [citado 2021 Dic 20]; 48(8), 816–820. Disponible en: <https://contextualscience.org/flaxman>
21. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice* [Internet]. 2003 [citado 2021 Dic 15]; 10(2), 144–156. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/2003-03824-002>
  22. Amutio A, Martínez-Taboada C, Hermosilla D, Delgado LC. Enhancing relaxation states and positive emotions in physicians through a mindfulness training program: A one-year study. *Psychol Health Med* [Internet]. 2015 [citado 2021 Dic 20]; 20(6):720-731. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25485658/>
  23. Franco Justo C. Reducción de los niveles de estrés y ansiedad en médicos de Atención Primaria mediante la aplicación de un programa de entrenamiento en conciencia plena (mindfulness). *Aten Primaria* [Internet]. 2010 [citado 2021 Dic 20]; 42(11):564-570. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20129713/>
  24. Centro de Ergonomía Aplicada. Salud y Riesgos Laborales del Personal Sanitario (Enfermería) y Sociosanitario (Auxiliares y Gerocultores). CENEA [Internet]. 2020 [citado 2021 Nov 12]. Disponible en: <https://www.cenea.eu/salud-laboral-personal-sanitario-enfermeria/>
  25. Mansilla F. Manual de riesgos psicosociales en el trabajo: Teoría y práctica: Cómo influyen los factores de riesgos psicosociales en el trabajo y su prevención. España: Editorial Académica Española; 2012.
  26. Lavoie-Tremblay M, Bonin JP, Lesage AD, et al. Contribution of the psychosocial work environment to psychological distress among health care professionals before and during a major organizational change. *Health Care Manag* [Internet]. 2010 [citado 2021 Dic 12];29(4):293–304. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21045581/>
  27. Eurofound. Primeros resultados: Sexta Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo. Eurofund [Internet]. 2015 [citado 2021 Dic 13]. Disponible en:

<http://www.eurofound.europa.eu/es/publications/resume/2015/working-conditions/first-findings-sixth-europe>.

28. Suárez M, Asenjo M, Sánchez M. Job satisfaction among emergency department staff. *Australas Emerg Nurs J*[Internet]. 2016[citado 2021 Dic 16];20(1):31–6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27789232/>
29. Bruyneel L, Li B, Ausserhofer D, et al. Organization of hospital nursing, provision of nursing care, and patient experiences with care in Europe. *Med care Res Rev* [Internet]. 2015 [citado 2021 Dic 16];72(6):643–64. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26062612/>
30. Villalobos F, Gloria H. Vigilancia epidemiológica de los factores psicosociales. Aproximación conceptual y valorativa. *Cienc Trab* [ Internet]. 2004 [citado 2021 Dic 13];(14):197–201. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-420807>
31. INSHT. Introducción a la prevención de riesgos laborales de origen psicosocial. Documento divulgativo. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2001.
32. INSHT. Psicopsicología en el trabajo. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 1996.
33. INSHT. La carga mental de trabajo. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2002.
34. Applebaum D, Fowler S, Fiedler N, et al. The impact of environmental factors on nursing stress, job satisfaction, and turnover intention. *J Nurs Adm* [Internet]. 2010[citado 2021 Nov 23];40(7–8):323–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20661062/>
35. Riahi S. Role stress amongst nurses at the workplace: Concept analysis. *J Nurs Manag*[Internet]. 2011 [citado 2021 Nov 20];19(6):721–31. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2834.2011.01235.x>
36. Arterman A, Colom J, Gabilondo A, et al. La salut i el benestar dels professionals sanitaris en l'entorn laboral. Guia de bones pràctiques per a institucions, equips i professionals. Departament de Salut. Barcelona [Internet]. 2012 [citado 2021 Nov 15]. Disponible en:

<http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/Drogues/Destacats/Arxius/Guia%20Salut%20i%20benestar.pdf>

37. Eurofound. Primeros resultados: Sexta Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo. [Internet]. Eurofund; 2016 [citado 2021 Dic 13]. Disponible en: <http://www.eurofound.europa.eu/es/publications/resume/2015/working-conditions/first-findings-sixth-europe>.
38. World Health Organization. Entornos Laborales Saludables: Fundamentos y Modelo de la OMS. Contextualización, Prácticas y Literatura de Apoyo [Internet]. 2010 [citado 2021 Nov 15]: 144. Disponible en: [http://www.who.int/occupational\\_health/evelyn\\_hwp\\_spanish.pdf](http://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf)
39. World Health Organization. Entornos Laborales Saludables: Fundamentos y Modelo de la OMS. Contextualización, Prácticas y Literatura de Apoyo [Internet]. 2010 [citado 2021 Nov 15]. p. 147. Disponible en: [http://www.who.int/occupational\\_health/evelyn\\_hwp\\_spanish.pdf](http://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf)
40. NICE. Mental wellbeing at work. National Institute for Health and Clinical Excellence [Internet]. 2009 [citado 2021 Nov 15]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph22/resources/mental-wellbeing-at-work-pdf-1996233648325>
41. Blanch JM. Procesos psicosociales en el empleo, el desempleo y el subempleo. UOC [Internet]. 2016 [citado 2021 Nov 15]. Disponible en: [http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/78829/2/Psicolog%C3%ADa%20social%20del%20trabajo%20y%20las%20relaciones%20laborales\\_M%C3%B3dulo%201\\_Dimensi%C3%B3n%20psicosocial%20del%20trabajo.pdf](http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/78829/2/Psicolog%C3%ADa%20social%20del%20trabajo%20y%20las%20relaciones%20laborales_M%C3%B3dulo%201_Dimensi%C3%B3n%20psicosocial%20del%20trabajo.pdf)
42. Zheng Z, Gangaram P, Xie H, et al. Job satisfaction and resilience in psychiatric nurses: A study at the Institute of Mental Health, Singapore. Int. J. Environ. Res. Public Health Nursing [Internet]. 2017 [citado 2021 Nov 15];26(6), 612–619. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28160378/>

43. Hills P, Argyle M. The Oxford Happiness Questionnaire: A compact scale for the measurement of psychological well-being. *Pers Individ Dif*. 2002;33(7):1073–82.
44. Sánchez-Cánovas J. Escala de bienestar psicológico. Madrid: TEA; 1998.
45. Blanch JM, Sahagún M, Cantera L, Cervantes G. Cuestionario de Bienestar Laboral General: Estructura y Propiedades Psicométricas. *Rev Psicol del Trab y las Organ*. 2010;26(2):157–70.
46. Lizán L. Características métricas del Cuestionario de Calidad de Vida Profesional. *Gac Sanit*. 2004;18(6):489–489.
47. Lavoie M, Bonin JP, Lesage AD, et al. Contribution of the psychosocial work environment to psychological distress among health care professionals before and during a major organizational change. *Health Care Mang* [Internet]. 2010 [citado 2021 Nov 15];29(4):293–304. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21045581/>
48. Arterman A, Colom J, Gabilondo A, et al. La salut i el benestar dels professionals sanitaris en l'entorn laboral. Guía de bones pràctiques per a institucions, equips i professionals. Departament de Salut. [Internet]. 2012 [citado 2021 Nov 15]. Disponible en: <http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/Drogues/Destacats/Arxius/Guia%20Salut%20i%20benestar.pdf>
49. Hassard J, Teoh K, Cox T, et al. Calculating the cost of work-related stress and psychosocial risks. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo [Internet]. 2014 [citado 2021 Nov 23]. Disponible en: <https://osha.europa.eu/en/publications/calculating-cost-work-related-stress-and-psychosocial-risks/view>
50. Blanch JM, Sahagún M, Cervantes G. Estructura factorial del cuestionario de condiciones de trabajo. *Revista Psicológica del Trabajo y las Organizaciones* [Internet]. 2010 [citado 2021 Nov 15];26(3):175–89.
51. Flores M, Mileni E, Paucara M, et al. Riesgos ocupacionales en el profesional de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital

- Nacional de Lima [Tesis Doctoral]. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2015. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/568?locale-attribute=en>
52. BOE. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. Boletín Oficial del Estado, nº 269, (10 noviembre 1995). [citado 2021 Dic 20] [Internet]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1995/11/10/pdfs/A32590-32611.pdf>
53. Mansilla F. Manual de riesgos psicosociales en el trabajo: Teoría y práctica: Cómo influyen los factores de riesgos psicosociales en el trabajo y su prevención. España: Editorial Académica Española; 2012.
54. Britt T, Buchda V, Launder S, et. al. Stress and Health. [Internet]. 2012[citado 2021 Nov 23]; 28: 11-22. Disponible en: <https://www.researchgate.net/journal/Stress-and-Health-1532-2998>
55. Moncada S, Llorens C, Navarro A, Kristensen TS. ISTAS21: Versión en lengua castellana del cuestionario psicosocial de Copenhague (COPSOQ). Arch Prev Riesgos Labor. 2005;8(1):18–29.
56. Lahera M, Góngora JJ. Factores Psicosociales. Identificación de situaciones de riesgo. Navarra: Fondo de publicaciones del Gobierno de Navarra; 2002.
57. Larrabee JH, Wu Y, Persily C, et al. Influence of stress resiliency on RN job satisfaction and intent to stay. West J Nurs Res [Internet]. 2010[citado 2021 Nov 23];32(1):81–102. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19915204/>
58. Peiró JM, Lira E. Estrés laboral: nuevas y viejas fórmulas. Salud laboral: riesgos laborales psicosociales y bienestar laboral. En: Moreno B, y Garrosa E, eds. Salud laboral: riesgos laborales psicosociales y bienestar laboral. Madrid: Pirámide, 2013; 103-122. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4400658>
59. Moreno B, Carmona I, Blanco L, et al. Trauma y Trabajo: El Estrés Traumático Secundario. En: Moreno-Jiménez B, y Garrosa E, eds. Salud laboral: riesgos laborales psicosociales y bienestar laboral. Madrid: Pirámide, 2013; 197-220.

60. McClendon H, Buckner EB. Distressing situations in the intensive care unit: a descriptive study of nurses' responses. *Dimens Crit Care Nurs* [Internet]. 2007 [citado 2021 Nov 12]; 26(5): 199-206. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17704676/>
61. Sanz AI, Demerouti E, Gálvez MH. La conciliación de la vida laboral y la familiar. En: Moreno-Jiménez B, y Garrosa E, eds. *Salud laboral: riesgos laborales psicosociales y bienestar laboral*. Madrid: Pirámide, 2013; 419-436.
62. Blanch JM. Procesos psicosociales en el empleo, el desempleo y el subempleo. UOC [Internet]. 2016 [citado 2021 Nov 15]. Disponible en: [http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/78829/2/Psicolog%C3%ADa%20social%20del%20trabajo%20y%20las%20relaciones%20laborales\\_M%C3%B3dulo%201\\_Dimensi%C3%B3n%20psicosocial%20del%20trabajo.pdf](http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/78829/2/Psicolog%C3%ADa%20social%20del%20trabajo%20y%20las%20relaciones%20laborales_M%C3%B3dulo%201_Dimensi%C3%B3n%20psicosocial%20del%20trabajo.pdf)
63. Dirlam J, Zheng H. Job satisfaction developmental trajectories and health: A life course perspective [Internet]. Vol. 178, *Social Science & Medicine*. Elsevier Ltd; 2017 [citado 2021 Nov 23]. p. 95–103. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953617300473>
64. Blanch JM. Procesos psicosociales en el empleo, el desempleo y el subempleo. UOC [Internet]. 2016 [citado 2021 Nov 15]. Disponible en: [http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/78829/2/Psicolog%C3%ADa%20social%20del%20trabajo%20y%20las%20relaciones%20laborales\\_M%C3%B3dulo%201\\_Dimensi%C3%B3n%20psicosocial%20del%20trabajo.pdf](http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/78829/2/Psicolog%C3%ADa%20social%20del%20trabajo%20y%20las%20relaciones%20laborales_M%C3%B3dulo%201_Dimensi%C3%B3n%20psicosocial%20del%20trabajo.pdf)
65. INSHT. *Cuestionario de estrés laboral*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2001.
66. Goldberg DP. *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. London: Oxford University Press; 1972.
67. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav*. 1981;2:99–113.
68. Moreno B, Garrosa E, González JL. El desgaste profesional de enfermería. Desarrollo y validación factorial del CDPE. *Arch Prev Riesgos Labor* [Internet].

- 2000 [citado en 2021 Enero 2]; 3, 1: 18-28. Disponible en: [https://archivosdeprevencion.eu/view\\_document.php?tpd=2&i=1023](https://archivosdeprevencion.eu/view_document.php?tpd=2&i=1023)
69. Hobfoll SE. Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *Americ Psycho* [Internet]. 1989 [citado 2021 Nov 15]; 44(3): 513-524. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2648906/>
70. Moreno B, Garrosa E, González JL. El Desgaste profesional de enfermería. Desarrollo y validación factorial del CDPE. *Archivo Prevención Riesgos Laborales* [Internet]. 2000 [citado 2021 Nov 14];3(1):18-28. Disponible en: [https://archivosdeprevencion.eu/view\\_document.php?tpd=2&i=1023](https://archivosdeprevencion.eu/view_document.php?tpd=2&i=1023)
71. Blanco M, Carmona I, Moreno B, et al. Estrés y bienestar en profesionales de enfermería intensiva dentro del ámbito de la donación y el trasplante de órganos: una propuesta desde la psicología de la salud ocupacional. *Med Segur Trabj* [Internet]. 2018 [citado 2021 Dic 12];64(252):244–62. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0465-546X2018000300244&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2018000300244&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
72. Blanco LM, Demerouti E, Hernández EG, et al. Positive benefits of caring on nurses' motivation and well-being: A diary study about the role of emotional regulation abilities at work. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2015 [citado 2021 Nov 13]; 52(4): 804-816. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25627792/>
73. Görgens G, Brand T. Emotional intelligence as a moderator in the stress-burnout relationship: a questionnaire study on nurses. *J Clin Nurs* [Internet]. 2012 [citado 2021 Nov 14]; 21(15-16), 2275–2285. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22788561/>
74. Garrosa E, Moreno B, Rodríguez A, et al. Role stress and personal resources in nursing: A cross-sectional study of burnout and engagement. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2011 [citado 2021 Nov 13];48(4):479-489. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20828694/>
75. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, et al. Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *J Consult*

- Clin Psychol [Internet]. 1996 [Citado 2021 Nov 16];64(6), 1152–1168. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8991302/>
76. Ruiz F, Odriozola P. Versión española del Cuestionario de Aceptación y Acción Relacionado con el Trabajo (WAAQ)= The Spanish version of the Work-related Acceptance and Action Questionnaire (WAAQ). Psicothema [Internet]. 2014 [citado 2021 Nov 13];1(26):63-68. Disponible en: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=4161>
77. Losa M, Becerro de Bengoa V, Salvadores P. The relationship between experiential avoidance and burnout syndrome in critical care nurses: A cross-sectional questionnaire survey. Int J Nurs Stud [Internet]. 2010 [citado 2021 Nov 13]; 47(1): 30-37. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19625023/>
78. Kabat J. Mindfulness meditation: What it is, what it isn't, and its role in health care and medicine. Comparative and psychological study on meditation. Netherlands: Eburon; 1996. Disponible en: [https://www.fs.usda.gov/rmrs/sites/default/files/documents/Kabat-Zinn%20%281996%29%20-%20Mindfulness%20meditation%20-%20what%20it%20is%20what%20it%20isn%27t\\_0.pdf](https://www.fs.usda.gov/rmrs/sites/default/files/documents/Kabat-Zinn%20%281996%29%20-%20Mindfulness%20meditation%20-%20what%20it%20is%20what%20it%20isn%27t_0.pdf)
79. Glomb T, Duffy M, Bono J, et al. Mindfulness at work. Research in Personnel and Human Resources Management [Internet]. 2011 [citado 2021 Nov 16]; 30:115-157. Disponible en: [https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/S0742-7301\(2011\)0000030005/full/html](https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/S0742-7301(2011)0000030005/full/html)
80. Patricia A, Poulin M, Corey S, et al. Mindfulness training as an evidenced-based approach to reducing stress and promoting well-being among human services professionals. International Journal of Health Promotion and Education [Internet]. 2008 [citado 2021 Nov 13];46(2):72-80. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14635240.2008.10708132>
81. Demerouti E, Bakker A, Geurts SA, et al. Daily recovery from work-related effort during non-work time. En: Sonnentag S, Perrewé P, Ganster D, eds. Current perspectives on job-stress recovery. Emerald Group Publishing, 2009;85-123. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/2010-12072-003>

82. Geurts S, Sonnentag S. Recovery as an explanatory mechanism in the relation between acute stress reactions and chronic health impairment. *Scandinavian journal of work, environment and health* [Internet]. 2006 [citado 2021 Nov 11];32(6):482-492. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17173204/>
83. Sonnentag S, Fritz C. The Recovery Experience Questionnaire: development and validation of a measure for assessing recuperation and unwinding from work. *Journal of Occupational Health Psychology* [Internet]. 2007 [citado 2021 Nov 16]; 12(3): 204-221. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/6201016\\_The\\_Recovery\\_Experience\\_Questionnaire\\_Development\\_and\\_Validation\\_of\\_a\\_Measure\\_for\\_Assessing\\_Recuperation\\_and\\_Unwinding\\_From\\_Work](https://www.researchgate.net/publication/6201016_The_Recovery_Experience_Questionnaire_Development_and_Validation_of_a_Measure_for_Assessing_Recuperation_and_Unwinding_From_Work)
84. Carlson LE, Brown KW. Validation of the Mindful Attention Awareness Scale in a cancer population. *J Psychosom Res* [Internet]. 2005 [citado en 2021 Enero 2];58(1):29-33. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15771867/>
85. Tran V. Positive Affect Negative Affect Scale (PANAS). In: Gellman M.D., Turner J.R. (eds) *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. Springer [Internet]. 2013 [citado en 2021 Enero 2]. Disponible en: [https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007%2F978-1-4419-1005-9\\_978#howtocite](https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007%2F978-1-4419-1005-9_978#howtocite)
86. Valencia P. El Cuestionario Breve de Evitación Experiencial: ¿una alternativa viable al aaq-ii? *Pensando Psicología* [Internet]. 2018 [citado en 2022 Abril 13];14(24). Disponible en: <file:///Users/carolinahuertas/Downloads/ScioEdiciones,+2412-5777-1-PB.pdf>
87. Martins J, Robazzi MLC. Nurses' work in intensive care units: feelings of suffering. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2009 [citado 2021 Nov 19]; 17(1): 52-58. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/3cn7nFVBTxnGCg7HxqLWk/?lang=en>
88. Matesanz R. Guía de Buenas Prácticas en el proceso de la Donación de Órganos. Organización Nacional de Trasplantes [Internet]. 2011 [citado 2021 Nov 22]; 1:1-65. Disponible en: <https://fundadeps.org/wp->

content/uploads/eps\_media/recursos/documentos/255/GUIA\_BUENAS\_PRACTICAS\_DONACION\_ORGANOS.pdf

89. Navarro Y, Castro M. Modelo de dorothea orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enfermería Global* [Internet]. 2010 [citado 2021 Dec 12];(19). Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412010000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es4](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es4)
90. Schaurich D, Crossetti MG. Produçãodo conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. *Escola Anna Nery* [Internet]. 2010 [citado 2021 Nov 14];14(1):182-88. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452010000100027&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000100027&lng=es&nrm=iso&tlng=pt)
91. Mainieri JA. Prevenir la enfermedad es la mejor estrategia para mejorar la salud. *Acta Médica Costarricende* [Internet]. 2011[citado 2021 Dec 2021]; 53(1). Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-60022011000100005](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022011000100005)
92. Danet A. Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. *Medicina Clínica* [Internet]. 2021 [Citado 2021 Nov 12] ;156(9):449–458. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7775650/>
93. Karanikola M, Giannakopoulou M, Mpouzika M, et al. Dysfunctional psychological responses among Intensive Care Unit nurses: a systematic review of the literature. *Revista da Escola Enfermagem da USP* [Internet]. 2015 [citado 2021 Dec 12];49(5):847–57. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342015000500847&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000500847&lng=en&tlng=en)
94. Kontogeorgou I, Varounis C, Vasilopoulos G, et al. Job Satisfaction Among Intensive Care Unit and Emergency Department Nurses in Greece. *Perioper Nurs* [Internet]. 2017 [citado 2021 Dic 7];6(3):158–70. Disponible en:

<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=128156678&site=eds-live>

95. Torralba M, Carrilero C, Toro J, et al. Estresores laborales en enfermeras de la unidad de críticos y urgencias durante la pandemia COVID-19. *Revista Presencia* [Internet]. 2021 [citado 2021 Nov 13]; 17. Disponible en: <http://ciberindex.com.sabidi.urv.cat/index.php/p/article/view/e13247/e13247>
96. Almubark R, Almaleh Y, BinDhim N, et al. Monitoring Burnout In The Intensive Care Unit And Emergency Department During The Covid-19 Pandemic: The Saudi Arabian Experience. *Middle East J Nurs* [Internet]. 2020; [citado 2021 Dic 7];14(2):12–21. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=146888868&site=eds-live>
97. Lima JL, Reis L, Silva R, et al. Estrés y factores psicosociales en el trabajo de enfermeros intensivistas. *Enfermería Global* [Internet]. 2017 [citado 2021 Nov 23]; 48: 80-93. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n48/1695-6141-eg-16-48-00080.pdf>
98. Lopes FJ, Ferraz ER. Estrés de los enfermeros de UCI en Brasil. *Enfermería Globar* [Internet]. 2011 [citado 2021 Dec 12];10(22). Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412011000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
99. Panunto MR, Guirardello EB. Professional nursing practice: environment and emotional exhaustion among intensive care nurses. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2013 Jun [citado 2021 Dec 12];21(3):765–72. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692013000300765&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000300765&lng=en&tlng=en)
100. Teixeira C, Ribeiro O, Fonseca AM, et al. Burnout in intensive care units -- a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: a descriptive correlational multicentre study. *BMC Anesthesiol* [Internet]. 2013 [citado 2021 Dic 7];13(1):38–68. Disponible en:

<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=104116040&site=eds-live>

101. Karanikola M, Giannakopoulou M, Mpouzika M, Kaite CP, Tsiaousis GZ, Papathanassoglou ED. Dysfunctional psychological responses among Intensive Care Unit nurses: a systematic review of the literature. *Revista Escola de Enfermagem* [Internet]. 2015 [citado 2021 Nov 30];49(5):847-857. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26516757/>
102. Kumar A, Pore P, Gupta S, et al. Level of stress and its determinants among Intensive Care Unit staff. *Indian J Occup Environ Med* [Internet]. 2016 [citado 2021 Dic 7];20(3):129–32. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=122250094&site=eds-live>
103. Machado DA, Figueiredo NMA, Velasques S, et al. Cognitive changes in nurses working in intensive care units. *Revista Brasil Enfermeria* [Internet]. 2018 Feb [citado 2021 Dec 12];71(1):73–9. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000100073&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000100073&lng=en&tlng=en)
104. Saravanabavan L, Sivakumar MN, Hisham M. Stress and Burnout among Intensive Care Unit Healthcare Professionals in an Indian Tertiary Care Hospital. *Indian J Crit Care Med* [Internet]. 2019 [citado 2021 Dic 7];23(10):462–6. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=144390328&site=eds-live>
105. Mooney C, Fetter K, Gross BW, et al. A Preliminary Analysis of Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue with Considerations for Nursing Unit Specialization and Demographic Factors. *J Trauma Nurs* [Internet]. 2017 [citado 2021 Dic 7];24(3):158–63. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=123137152&site=eds-live>

106. Canovas C, Calidad de vida del personal de enfermería de unidades de cuidados intensivos de Santa Marta, Colombia. *Revista Colombia Enfermería* [Internet]. 2012 [citado 2021 Nov 24]; 15:10-18. Disponible en: <https://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/article/view/2132/1604>
107. Gualano MR, Sinigaglia T, Lo Moro G, et al. The Burden of Burnout among Healthcare Professionals of Intensive Care Units and Emergency Departments during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* [Internet]. 2021 [citado 2021 Nov 25]; 18 (15): 8172. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8346023/>
108. Moura RS, Carvalho Saraiva FJ, Dos Santos RM, et al. Stress, burnout and depression in nursing professionals in intensive care units. *Enfermería Glob* [Internet]. 2019 [citado 2021 Dec 12];18(2):79–123. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/337321>
109. Ramírez S, Romero JL, Suleiman N, et al. Prevalence, Risk Factors and Burnout Levels in Intensive Care Unit Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health* [Internet]. 2021 [citado 2021 Nov 25]; 18, 11432. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8583312/>
110. Robles A, Ramirez M, Ruiz M. Síndrome de Burnout en Unidades de Cuidados Intensivos. Prevalencia y Factores de Riesgo en Personal de Enfermería. *Parainfo Digital* [Internet]. 2016 [citado 2021 Nov 27]; 25. Disponible en: <http://www.index-f.com.sabidi.urv.cat/para/n25/pdf/316.pdf>
111. Alzailai N, Barriball L, Xyrichis A. Burnout and job satisfaction among critical care nurses in Saudi Arabia and their contributing factors: A scoping review. *Nursing Open* [Internet]. 2021 [citado 2021 Dic 2]; 8(5): 2331-2344. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8363385/>
112. Alves C, Barilli SLS, Specht AM, et al. Burnout Syndrome prevalence among nursing technicians of an Adult Intensive Care Unit. *Revista Brasil Enfermería* [Internet]. 2021 [citado 2021 Dic 13];74. Disponible en:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672021001000202&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672021001000202&tlng=en)

113. Rodrigues VMCP, Ferreira S. Stressors in nurses working in Intensive Care Units. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2011 [citado 2021 Dic 13];19(4):1025–32. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692011000400023&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000400023&lng=en&tlng=en)
114. Henrich NJ, Dodek PM, Gladstone E, Alden L, Keenan SP, Reynolds S, et al. Consequences of Moral Distress in The Intensive Care Unit: A Qualitative Study. *Am J Crit Care* [Internet]. 2017[citado 2021 Dic 7];26(4):e48. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=123660870&site=eds-live>
115. Lewandowska K, Weisbrot M, Cieloszyk A, et al. Impact of Alarm Fatigue on the Work of Nurses in an Intensive Care Environment-A Systematic Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* [Internet]. 2020 [citado 2021 Dic 04]; 17(22): 8409. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7697990/>
116. Petersen R de S, Marziale MHP. Low back pain characterized by muscle resistance and occupational factors associated with nursing. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2014 [citado 2021 Dic 13];22(3):386–93. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/5b9ZZmdYZ7G6mwGnCWkHrxm/?lang=en>
117. Unoki T, Sakuramoto H, Sato R, et al. Adverse Effects of Personal Protective Equipment Among Intensive Care Unit Healthcare Professionals During the COVID-19 Pandemic: A Scoping Review. *Open Nursing* [Internet]. 2021 [citado 2021 Nov 14]; 7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8216406/>
118. Sharif F, Rezaie S, Keshavarzi S, et al. Teaching emotional intelligence to intensive care unit nurses and their general health: a randomized clinical trial. *Int J Occup Environ MedMedicine* [Internet]. 2013 [citado 2021 Dic 13];4(3):141-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23860544/>

119. Mahmoudirad G, Khoshbakht H, Sharifzadeh G, et al. Relationship between Moral Intelligence and Psychological Safety among Emergency and Intensive Care Unit Nurses. *Heal Spiritual Med Ethics J* [Internet]. 2020 [citado 2021 Dic 7];7(1):2–8. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=144349383&site=eds-live>
120. Saffari M, Bashar FR, Vahedian-Azimi A, et al. Effect of a Multistage Educational Skill-Based Program on Nurse's Stress and Anxiety in the Intensive Care Setting: A Randomized Controlled Trial. *Behavioral Neurology* [Internet]. 2021 [citado 2021 Dic 10]; 26(2021):8811347. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33986878/>
121. Fadaei M, Torkaman M, Heydari N, et al. Cognitive behavioral therapy for occupational stress among the intensive care unit nurses. *Indian J Occup Environ Med* [Internet]. 2020 [citado 2021 Dic 7];24(3):178–82. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=147733754&site=eds-live>
122. Muñoz MP, Villanueva C, Alonso S, et al. Uso y efectos terapéuticos de los diarios en Unidades de Cuidados Intensivos. *Index de Enfermería* [Internet]. 2020 [citado 2021 Dic 13];29(4):230–4. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962020000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
123. Colbenson GA, Ridgeway JL, Benzo RP, et al. Examining Burnout in Interprofessional Intensive Care Unit Clinicians Using Qualitative Analysis. *Am J Crit Care* [Internet]. 2021 [citado 2021 Dic 7];30(5):391–6. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=152184298&site=eds-live>
124. Eren NB, Oztunc G. The Effects of Aromatherapy on the Stress and Anxiety Levels of Nurses Working in Intensive Care Units. *Int J Caring Sci* [Internet]. 2017 [citado 2021 Dic 7];10(3):1615–23. Disponible en:

<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=127731955&site=eds-live>

125. Riemer HC, Mates J, Ryan L, et al. Decreased Stress Levels In Nurses: A Benefit Of Quiet Time. *Am J Crit Care* [Internet]. 2015[citado 2021 Dic 7];24(5):396–402. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=109825698&site=eds-live>
126. Rostami K, Ghodsbin F. Effect of Yoga on the Quality of Life of Nurses Working in Intensive Care Units. *Randomized Controlled Clinical Trial. Investigación y Educación Enfermería* [Internet]. 2019 [citado 2021 Nov 30];37(3): e06. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31830404/>
127. Medina EU, Riveros ER, Pailaquilén RMB. Ensayo clínico para la enfermería basada en evidencia: un desafío alcanzable. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2011 [citado 2022 Mar 29];24(3):419–25. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002011000300018&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000300018&lng=es&tlng=es)
128. Seoane T, Martín JLR, Martín-Sánchez E, Lurueña-Segovia S, Alonso Moreno FJ. Capítulo 5: Selección de la muestra: técnicas de muestreo y tamaño muestral. *Semer - Med Fam* [Internet]. 2007 Aug 1 [citado 2022 Mar 29];33(7):356–61. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1138359307739151>
129. Muñiz-García J, Santiago-Pérez MI. ¿Cuántos pacientes selecciono para mi estudio? *Angiología*. 2006;58(2):145–50.
130. Tran V. Positive Affect Negative Affect Scale (PANAS). In: Gellman M.D., Turner J.R. (eds) *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. Springer [Internet]. 2013[citado en 2021 Enero 2]. Disponible en: [https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007%2F978-1-4419-1005-9\\_978#howtocite](https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007%2F978-1-4419-1005-9_978#howtocite)

131. López I, Hervás G, Vázquez C. Adaptación de la “Escala De Afecto Positivo y Negativo” (PANAS) en una muestra general española. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual* [Internet]. 2015 [citado en 2022 Abril 2];23(3); 529-548. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/287391848\\_Adaptacion\\_de\\_las\\_Escalas\\_de\\_afecto\\_positivo\\_y\\_negativo\\_PANAS\\_en\\_una\\_muestra\\_general\\_espanola](https://www.researchgate.net/publication/287391848_Adaptacion_de_las_Escalas_de_afecto_positivo_y_negativo_PANAS_en_una_muestra_general_espanola)
132. Adaptación de las “Escalas de afecto positivo y negativo” (PANAS) en una muestra general española. *Behavioral Psychology* [Internet]. [citado 2022 Mar 30]. Disponible en: <https://www.behavioralpsycho.com/producto/adaptacion-de-las-escalas-de-afecto-positivo-y-negativo-panas-en-una-muestra-general-espanola/>
133. Carlson LE, Brown KW. Validation of the Mindful Attention Awareness Scale in a cancer population. *J Psychosom Res* [Internet]. 2005[citado en 2021 Enero 2];58(1):29-33. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15771867/>
134. Soler J, Tejedor R, Feliu-Soler A, Pascual JC, Cebolla A, Soriano J, et al. Original Psychometric proprieties of Spanish version of Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Evaluación Actas Esp Psiquiatr*. 2012;40(1):19–26.
135. León Correa FJ. Foundations and Principles of Clinical, Institutional and social Bioethics. *Acta bioeth*. 2009;15(1):70-78.
136. Agencia Española de Protección de Datos. [internet]. Madrid. Disponible a: <https://www.aepd.es/es>.
137. Manzini Jorge Luis. Declaración de helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta bioeth*. [Internet]. 2000 [citado 2022 Mar 23]; 6(2): 321-334. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2000000200010&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2000000200010&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2000000200010>.
138. Gaudlitz H M. Reflexiones sobre los principios éticos en investigación biomedica en seres humanos. *Rev. chil. enferm. respir*. [Internet]. 2008 [citado 2022 Mar 23] ; 24( 2 ): 138-142. Disponible en:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482008000200008&lng=es)

73482008000200008&lng=es.

[http://dx.doi.org/10.4067/S0717-](http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482008000200008)

73482008000200008.

139. World Health Organization. Entornos Laborales Saludables: Fundamentos y Modelo de la OMS. Contextualización, Prácticas y Literatura de Apoyo [Internet]. 2010 [citado 2021 Nov 15]. p. 144. Disponible en: [http://www.who.int/occupational\\_health/evelyn\\_hwp\\_spanish.pdf](http://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf)
140. Personal de Healthwise. Manejo del estrés: Ejercicios de respiración para relajación. Cigna [Internet]. 2021 [citado 2022 Ener 21]. Disponible en: <https://www.cigna.com/es-us/individuals-families/health-wellness/hw/temas-de-salud/manejo-del-estr-uz2255>



## 12. PRESUPUESTOS

Para la ejecución de este proyecto de investigación se precisan los siguientes recursos:

- Recursos humanos: para el desarrollo de la investigación como diplomada/graduada en enfermería, con una formación previa en salud mental y en la técnica de ACT y atención plena, realizaría la intervención educativa al grupo de intervención, además de realizar la recogida de datos a partir de los diferentes formularios.
- Recursos materiales: el hospital cuenta con salas adaptadas para la intervención psicoeducativa que ceden al personal para formación de manera gratuita, dichas salas cuentan con los equipos necesarios, entre ellos proyector, ordenador, así como también el mobiliario pertinente. Se adquirirá material de oficina, como se muestra en el presupuesto de la Tabla 4. Para el análisis de los datos se utilizará el programa Epidat 4.2 y SPSS 7.5.
- Difusión: gran parte del presupuesto se destina a la difusión y conocimiento del proyecto. Entre ellos se encuentra el permiso de revista, con la necesidad de la traducción y corrección a diferentes idiomas, la publicación de los resultados y la participación en diferentes congresos.

Tabla 4. Presupuesto

| Producto  | Unidad de Medida   | Unidades | Costes Unidad € | Coste Total €  |
|---|--------------------|----------|-----------------|----------------|
| <b>Infraestructura</b>  |                    |          |                 |                |
| Sala para la intervención educativa*                                  | 1                  | 30       | 0               | 0              |
| <b>Recursos humanos</b>   |                    |          |                 |                |
| Investigador adjunto  | euros/hora         | 40       | 0               | 0              |
| <b>Bienes y servicios</b>   |                    |          |                 |                |
| <b>Material inventariable</b>   |                    |          |                 |                |
| Internet y tarifa de teléfono   |                    | 36       | 0               | 0              |
| Ordenador   |                    | 1        | 0               | 0              |
| Teléfono  |                    | 1        | 0               | 0              |
| Proyector*  |                    | 1        | 0               | 0              |
| <b>Material no inventariable</b>                                      |                    |          |                 |                |
| Folios  | 500 folios/paquete | 1        | 3,5             | 3,5            |
| Fotocopias  |                    | 500      | 0,03            | 15             |
| Bolígrafo   |                    | 20       | 1,5             | 30             |
| Programas Informáticos  | Euro/mes           | 2        | 100             | 2400           |
| <b>Viajes</b>   |                    |          |                 |                |
| Dietas  | euros/día          | 9        | 20              | 180            |
| Transporte en coche   | euros/km           |          | 0,3             | 50             |
| <b>Difusión</b>   |                    |          |                 |                |
| Asistencia a congresos  |                    | 3        | 500             | 1500           |
| Traducción de artículos   |                    | 3        | 500             | 1500           |
| Corrección de la traducción   |                    | 3        | 200             | 600            |
| Publicación de los resultados   |                    | 3        | 2000            | 6000           |
| <b>Coste total</b>  |                    |          |                 | <b>12278,5</b> |
| *Costes asumidos por la entidad en la que se realiza la investigación |                    |          |                 |                |

### **13. ANEXOS**

#### **ANEXO I. Cuestionario datos sociodemográficos**

Edad en años:

Sexo:

Estado civil:

Tipo de contrato:

Tipo de jornada:

Horario laboral:

Número de hijos:

Años de experiencia:

Años de experiencia en el mismo puesto:

Tiempo que lleva en el mismo centro:

Turno de trabajo:

Tipo de jornada:

## ANEXO II. Cuestionario Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)

A continuación, se indican una serie de palabras que describen diversos sentimientos y emociones. Lea cada una de ellas y conteste con una cruz indicando hasta que punto Ud. Suele sentirme habitualmente de la forma que indica cada expresión.

|                                  | Nada o muy ligeramente | Un poco | Moderadamente | Bastante | Mucho |
|----------------------------------|------------------------|---------|---------------|----------|-------|
| 1. Interesado/a por las cosas    |                        |         |               |          |       |
| 2. Angustiado/a                  |                        |         |               |          |       |
| 3. Ilusionado/a o emocionado/a   |                        |         |               |          |       |
| 4. Afectado/a                    |                        |         |               |          |       |
| 5. Fuerte                        |                        |         |               |          |       |
| 6. Culpable                      |                        |         |               |          |       |
| 7. Asustado/a                    |                        |         |               |          |       |
| 8. Agresivo/a                    |                        |         |               |          |       |
| 9. Entusiasmado/a                |                        |         |               |          |       |
| 10. Satisfecho/a consigo mismo/a |                        |         |               |          |       |
| 11. Irritable                    |                        |         |               |          |       |
| 12. Despierto/a                  |                        |         |               |          |       |
| 13. Avergonzado/a                |                        |         |               |          |       |
| 14. Inspirado/a                  |                        |         |               |          |       |
| 15. Nervioso/a                   |                        |         |               |          |       |
| 16. Decidido/a                   |                        |         |               |          |       |
| 17. Concentrado/a                |                        |         |               |          |       |
| 18. Agitado/a                    |                        |         |               |          |       |
| 19. Activo/a                     |                        |         |               |          |       |
| 20. Miedoso/a                    |                        |         |               |          |       |

### ANEXO III. Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería (CDPE)

A continuación, se presentan una serie de cuestiones con las que podrá estar de acuerdo o no. Por favor, marque con una cruz la casilla que mejor describa su opinión según la siguiente escala de respuesta:

1 = Totalmente En Desacuerdo.

2 = En Desacuerdo.

3 = De Acuerdo.

4 = Totalmente De Acuerdo.

|  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| 1. De cara a los pacientes el medico es el protagonista, los/as enfermeros/as están totalmente subordinados a ellos.                     | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. A los/as enfermeros/as se nos considera como subordinados del médico, sin autonomía o responsabilidad, como "un/a chico/a para todo". | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Los/as enfermeros/as que tenemos tareas distintas dentro de mi planta nos llevamos mal.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. La gente de mi servicio se esfuerza en ayudar a los recién contratados para que estén a gusto.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Los detalles para la elaboración de las tareas no se dan o se dan de una manera vaga.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Los supervisores animan a los/as enfermeros/as para tener confianza en sí mismos cuando surgen problemas.                             | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Me aburre la rutina diaria.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Los médicos no tienen en cuenta nuestras opiniones respecto al paciente.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. La monotonía de mis tareas como enfermero/a me causa apatía por este trabajo.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Mis superiores no me dan ninguna información sobre si he hecho el trabajo bien o mal.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Sólo recibo alguna comunicación sobre el desarrollo de mi trabajo cuando hago algo mal.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. El ambiente en mi servicio es bastante impersonal.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Puedo contar los problemas personales a mis compañeros.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. En este trabajo siempre te critican, nunca te reconocen lo   | 1 | 2 | 3 | 4 |

que haces.

|   |         |
|---|---------|
| 15. Creo que tengo demasiadas tareas que realizar a la vez.   | 1 2 3 4 |
| 16. El equipo técnico para poder realizar mi trabajo es insuficiente.   | 1 2 3 4 |
| 17. Las condiciones físicas de mi lugar de trabajo son insuficientes para la realización del mismo.                           | 1 2 3 4 |
| 18. Creo que la planificación que me dan sobre el trabajo es clara.   | 1 2 3 4 |
| 19. La gente de mi servicio cada uno va por su lado.  | 1 2 3 4 |
| 20. Me he sentido agobiado/a por mi trabajo debido a la escases de personal.  | 1 2 3 4 |
| 21. Siento una sobrecarga en mi trabajo debido a la escases de personal.  | 1 2 3 4 |
| 22. Cuando un enfermero/a comete un fallo, las críticas se generalizan a todos nosotros.                                      | 1 2 3 4 |
| 23. A mis superiores no les importas nada, ni tú mismo ni el trabajo que realizas.  | 1 2 3 4 |
| 24. Los supervisores sólo muestran interés por lo que nos pasa cuando les afecta directamente a ellos.                        | 1 2 3 4 |
| 25. Las relaciones con mi supervisor sólo son de tipo profesional.  | 1 2 3 4 |
| 26. Los pacientes y/o familiares te piden cosas como si las tuvieras que hacer por obligación.                                | 1 2 3 4 |
| 27. Cuando surge algún contratiempo o error en el tratamiento del paciente, éste y/o sus familiares nos culpabilizan de ello. | 1 2 3 4 |
| 28. Cuando un enfermero/a comete un fallo, las críticas se generalizan a todo lo que realizamos.                              | 1 2 3 4 |
| 29. Me afectan las complicaciones en el cambio de salud de los pacientes.   | 1 2 3 4 |
| 30. Me afecta no tener medios suficientes para dar a los pacientes (terminales) buena calidad de vida.                        | 1 2 3 4 |
| 31. Me duele que los pacientes no reciban visitas de sus familiares.  | 1 2 3 4 |
| 32. Me afecta ver como un familiar del paciente sufre por éste.   | 1 2 3 4 |
| 33. La información de cómo llevar a cabo mi trabajo, por parte de mis superiores es poco clara.                               | 1 2 3 4 |
| 34. Tengo trabajo en exceso debido a la calidad de mis pacientes.   | 1 2 3 4 |

|  |         |
|--|---------|
| 35. Las órdenes que se me dan son vagas y ambiguas.                                      | 1 2 3 4 |
| 36. Las órdenes que me dan mis superiores son poco sistemáticas.                         | 1 2 3 4 |
| 37. Me afecta ver morir a un paciente con el que he pasado el proceso de la enfermedad.  | 1 2 3 4 |
| 38. Mis superiores reconocen que me esfuerzo en el trabajo.                              | 1 2 3 4 |
| 39. Se me felicita por la buena realización de mi trabajo.                               | 1 2 3 4 |
| 40. Creo que en mi planta no existe el trabajo en equipo.                                | 1 2 3 4 |
| 41. Las interrupciones e imprevistos en mi trabajo están a la orden del día.             | 1 2 3 4 |
| 42. El trabajo diario exige demasiada responsabilidad.                                   | 1 2 3 4 |
| 43. me afecta aplicar tratamiento dolorosos.   | 1 2 3 4 |
| 44. No se valora el trabajo que realizamos.  | 1 2 3 4 |
| 45. A lo largo del día tengo que hacer tareas que no son de mi competencia.              | 1 2 3 4 |
| 46. Continuamente tengo interrupciones en mi trabajo.                                    | 1 2 3 4 |
| 47. Los médicos no te dan apoyo de verdad, temen que les quites el protagonismo.         | 1 2 3 4 |
| 48. Los médicos se dirigen a mí en tono autoritario.                                     | 1 2 3 4 |
| 49. En mi trabajo no existen suficientes descansos.                                      | 1 2 3 4 |
| 50. Tengo que atender a demasiados pacientes.  | 1 2 3 4 |
| 51. Los médicos nos echan las culpas de sus propios errores.                             | 1 2 3 4 |
| 52. Los pacientes/familiares nos culpan de lo que les pasa.                              | 1 2 3 4 |
| 53. Me falta tiempo para acabar mi trabajo.  | 1 2 3 4 |
| 54. Creo que una jornada de trabajo no da de sí para cumplir con todo mi trabajo diario. | 1 2 3 4 |
| 55. Los pacientes y/o familiares te tratan como si fueras su enfermero/a particular.     | 1 2 3 4 |
| 56. Considero que las tareas que se me asignan están bien                                | 1 2 3 4 |

planificadas.

|  |         |
|--|---------|
| 57. Me afecta bastante la muerte de un paciente joven.   | 1 2 3 4 |
| 58. Me afecta el cuidado de un paciente en condiciones críticas o terminales.  | 1 2 3 4 |
| 59. Creo que las tareas que realizo son monótonas.   | 1 2 3 4 |
| 60. Creo que las tareas que realizo son repetitivas.   | 1 2 3 4 |
| 61. Recibo más órdenes de los supervisores que apoyo.  | 1 2 3 4 |
| 62. Me agobia el realizar tantas tareas a la vez.  | 1 2 3 4 |
| 63. Nadie me considera, me siento como "un/a criado/a para todo".  | 1 2 3 4 |
| 64. Siento que no influyo de manera positiva en la vida de otras personas.   | 1 2 3 4 |
| 65. Creo que me voy alejando emocionalmente de mis pacientes.  | 1 2 3 4 |
| 66. Voy al trabajo cansado/a y vuelvo de él cansado/a, me cuesta ir a trabajar.  | 1 2 3 4 |
| 67. Al final de la jornada laboral estoy agotado/a.  | 1 2 3 4 |
| 68. A veces pienso que los pacientes no se merecen el esfuerzo que les dedico.   | 1 2 3 4 |
| 69. Necesito un cambio, me siento desmotivado por el trabajo diario.   | 1 2 3 4 |
| 70. Cuando los pacientes no mejoran intento hacer mi trabajo lo más rápido posible e intento evitar el contacto con ellos. | 1 2 3 4 |
| 71. Muchas veces me siento agotado/a física y mentalmente.   | 1 2 3 4 |
| 72. Estoy harto/a de esforzarme en dar mi opinión y que no me escuchen.  | 1 2 3 4 |
| 73. Intento despersonalizar al máximo el trato con los familiares de los pacientes, y si puedo evito el contacto.          | 1 2 3 4 |
| 74. Respecto a mis pacientes, no me implicó en sus problemas; es como si no existieran.                                    | 1 2 3 4 |
| 75. Trato a mis pacientes de forma diferente según la conducta de los mismos.  | 1 2 3 4 |
| 76. Me siento escéptico/a ante los problemas de mis pacientes.   | 1 2 3 4 |
| 77. No hay que implicarse, la culpa de que el paciente esté en el hospital no es mía.                                      | 1 2 3 4 |

|  |         |
|--|---------|
| 78. A veces me siento cansado/a, sin ganas de hacer nada o de esforzarme.  | 1 2 3 4 |
| 79. Me siento quemado/a con mi trabajo.  | 1 2 3 4 |
| 80. siento que me alejo emocionalmente de mi trabajo.  | 1 2 3 4 |
| 81. Creo que me he endurecido con el trato de los pacientes.   | 1 2 3 4 |
| 82. Siento que el trabajo día a día en el hospital me desgasta.  | 1 2 3 4 |
| 83. Estoy deseando que llegue la hora de salida.   | 1 2 3 4 |
| 84. Algunas veces, te da igual que los pacientes estén mejor o peor atendidos.                                       | 1 2 3 4 |
| 85. Siento que mi trabajo no sirve para nada.  | 1 2 3 4 |
| 86. La muerte de un paciente no me afecta emocionalmente.  | 1 2 3 4 |
| 87. Siento que mi autoestima está por los suelos.  | 1 2 3 4 |
| 88. Me desborda el trabajo, parece que no voy a dar más de sí.   | 1 2 3 4 |
| 89. Me siento quemado/a después de un día de trabajo.  | 1 2 3 4 |
| 90. Haces lo justo para que la persona esté atendida.  | 1 2 3 4 |
| 91. Me siento inútil.  | 1 2 3 4 |
| 92. Me gusta que haya una gran variedad en mi trabajo.   | 1 2 3 4 |
| 93. Tengo una gran curiosidad por lo novedoso tanto a nivel personal como profesional.                               | 1 2 3 4 |
| 94. Mi trabajo cotidiano me satisface y hace que me dedique totalmente a él.   | 1 2 3 4 |
| 95. Considero que el trabajo que realizo es de valor para la sociedad y no me importa dedicarle todos mis esfuerzos. | 1 2 3 4 |
| 96. Frecuentemente siento que puedo cambiar lo que podría ocurrir mañana a través de lo que estoy haciendo hoy.      | 1 2 3 4 |
| 97. Aunque me esfuerce no se consigue nada.  | 1 2 3 4 |
| 98. Mis propias ilusiones son las que hacen que siga adelante con la realización de mi actividad.                    | 1 2 3 4 |
| 99. Realmente me preocupo y me identifico con mi trabajo.  | 1 2 3 4 |

|   |         |
|---|---------|
| 100. Aún cuando suponga mayor esfuerzo, opto por los trabajos que suponen para mí una experiencia nueva.    | 1 2 3 4 |
| 101. En mi trabajo profesional me atraen aquellas tareas y situaciones que implican un desafío personal.    | 1 2 3 4 |
| 102. No importa lo que me empeñe, a pesar de mis esfuerzos no suelo conseguir nada.                         | 1 2 3 4 |
| 103. La mejor manera que tengo de alcanzar mis propias metas es implicándome a fondo.                       | 1 2 3 4 |
| 104. A menudo trabajo a duro, pues es la mejor manera para alcanzar mis propias metas.                      | 1 2 3 4 |
| 105. La mayoría de las veces mis jefes o superiores toman en consideración lo que yo tenga que decir.       | 1 2 3 4 |
| 106. No me esfuerzo en mi trabajo, ya que, cualquier forma, el resultado es el mismo.                       | 1 2 3 4 |
| 107. Siento que si alguien trata de herirme poco puedo hacer para intentar pararle.                         | 1 2 3 4 |
| 108. En la medida que puedo trato de tener nuevas experiencias en mi trabajo cotidiano.                     | 1 2 3 4 |
| 109. En mi trabajo me atraen preferentemente las innovaciones y novedades en los procedimientos.            | 1 2 3 4 |
| 110. La mayoría de las veces no merece la pena que me esfuerce ya que haga lo que las cosas nunca me salen. | 1 2 3 4 |
| 111. Aunque hagas un buen trabajo jamás alcanzarás las metas.   | 1 2 3 4 |
| 112. Dentro de lo posible busco situaciones nuevas y diferentes en mi ambiente de trabajo.                  | 1 2 3 4 |
| 113. Ante una situación conflictiva me mantengo firme y peleo por lo que quiero.                            | 1 2 3 4 |
| 114. Ante un problema intento olvidarme de todo.  | 1 2 3 4 |
| 115. Manifiesto mi enfado a las personas responsables del problema.   | 1 2 3 4 |
| 116. Si un problema me atañe personalmente tomo decisiones comprometidas.                                   | 1 2 3 4 |
| 117. Cuando tengo problemas suelo buscar a alguien a quien poder contárselos.                               | 1 2 3 4 |
| 118. Cuando tengo problemas procuro no quedarme parado/a sino actuar.                                       | 1 2 3 4 |
| 119. Dejo los problemas de lado tratando de tomar perspectivas de la situación.                             | 1 2 3 4 |
| 120. Cuando tengo dificultades le cuento a alguien cómo me siento.  | 1 2 3 4 |

|   |         |
|---|---------|
| 121. Cuando estoy en dificultades acepto la simpatía y comprensión de alguna persona.                               | 1 2 3 4 |
| 122. Ante situaciones problemáticas, sigo adelante como si no hubiera pasado nada.                                  | 1 2 3 4 |
| 123. Cuando me enfrento a un problema rehúso pensar en él durante mucho tiempo.                                     | 1 2 3 4 |
| 124. Algunas veces, tengo ganas de cambiar de profesión.  | 1 2 3 4 |
| 125. Me gustaría dejar la profesión por un tiempo o cambiar a otros servicios.                                      | 1 2 3 4 |
| 126. Mi trabajo me vuelve irritable con la familia.   | 1 2 3 4 |
| 127. Mi trabajo me impone una vida familiar restringida.  | 1 2 3 4 |
| 128. Algunas veces, he tenido pensamientos de abandono de mi trabajo.   | 1 2 3 4 |
| 129. No me ilusiona tanto el trabajo como antes.  | 1 2 3 4 |
| 130. Evito implicarme en trabajos que no me atañen directamente.  | 1 2 3 4 |
| 84. Algunas veces, te da igual que los pacientes estén mejor o peor atendidos.                                      | 1 2 3 4 |
| 131. Cuanto más tiempo pasa me implico menos, hago mi trabajo pero hay muchas cosas que podría hacer y no las hago. | 1 2 3 4 |
| 132. Algunas veces tengo ganas de tirar la toalla.  | 1 2 3 4 |
| 84. Algunas veces, te da igual que los pacientes estén mejor o peor atendidos.                                      | 1 2 3 4 |
| 133. He tenido deseos de abandonar la profesión.  | 1 2 3 4 |
| 134. A veces, siento indiferencia ante trabajos que no se han realizado correctamente.                              | 1 2 3 4 |
| 135. Mi trabajo hace que tenga que dejar de lado otras actividades.   | 1 2 3 4 |
| 136. Cuanto más tiempo pasa, mi interés por el trabajo disminuye.   | 1 2 3 4 |
| 137. Si pudiese, si tuviera seguridad laboral y económica, cambiaría de profesión.                                  | 1 2 3 4 |
| 138. Noto que ya no me implico en el trabajo como antes.  | 1 2 3 4 |
| 139. Cuanto menos hagas, mejor: se te reconoce lo mismo.  | 1 2 3 4 |
| 140. Mi profesión está afectando negativamente mis relaciones   | 1 2 3 4 |

fuera del trabajo.

|  |         |
|--|---------|
| 141. Mi trabajo hace que mi actividad social sea menor.                        | 1 2 3 4 |
| 84. Algunas veces, te da igual que los pacientes estén mejor o peor atendidos. | 1 2 3 4 |
| 142. El trabajo está afectando desfavorablemente a mi salud.                   | 1 2 3 4 |
| 143. he tenido la sensación de no encontrarme bien.                            | 1 2 3 4 |
| 144. He padecido frecuentes dolores de cabeza.                                 | 1 2 3 4 |
| 145. He tenido problemas musculares.   | 1 2 3 4 |
| 146. He tenido trastornos en la presión arterial.                              | 1 2 3 4 |
| 147. He tenido problemas de tipo circulatorio.                                 | 1 2 3 4 |
| 148. He padecido frecuentemente palpitaciones, taquicardias.                   | 1 2 3 4 |
| 149. He padecido frecuentes mareos.  | 1 2 3 4 |
| 150. He notado un aumento de la tensión muscular.                              | 1 2 3 4 |
| 151. Me he sentido poco feliz o deprimido/a.                                   | 1 2 3 4 |
| 152. He venido viviendo sin esperanza.   | 1 2 3 4 |
| 153. He pensado en la posibilidad de "quitarme de en medio".                   | 1 2 3 4 |
| 154. Me noto preocupado/a e incluso obsesionado/a por temas laborales.         | 1 2 3 4 |
| 155. Estoy irritable y me enoja si las cosas no salen a mi gusto.              | 1 2 3 4 |
| 156. Me siento ansioso/a y tenso/a al ir a trabajar cada día.                  | 1 2 3 4 |
| 157. me he sentido agotado/a y sin fuerzas para nada.                          | 1 2 3 4 |
| 158. He tenido temor a caerme desmayado/a en un sitio público.                 | 1 2 3 4 |
| 159. He perdido confianza en mí mismo/a.                                       | 1 2 3 4 |
| 160. Me noto nervioso/a y a punto de "explotar" constantemente.                | 1 2 3 4 |

|   |         |
|---|---------|
| 161. Me siento incapaz de tomar decisiones.   | 1 2 3 4 |
| 162. Me reprocho mis dificultades.  | 1 2 3 4 |
| 163. Me despisto fácilmente.  | 1 2 3 4 |
| 164. He tenido ansias de llorar, correr o esconderme.                                       | 1 2 3 4 |
| 165. Me siento siempre sobreexcitado/a.   | 1 2 3 4 |
| 166. Estoy hipersensible a la crítica.  | 1 2 3 4 |
| 167. Los problemas familiares o del trabajo me afectan fácilmente.                          | 1 2 3 4 |
| 168. Me despierto cansado/a.  | 1 2 3 4 |
| 169. Tengo problemas de sueño.  | 1 2 3 4 |
| 170. Me despierto demasiado temprano y soy incapaz de volverme a dormir.                    | 1 2 3 4 |
| 171. He pasado noches inquietas o intranquilas.   | 1 2 3 4 |
| 172. He tenido algunos problemas de tipo sexual.  | 1 2 3 4 |
| 173. He notado que últimamente soy más propenso/a a tener algún tipo de accidentes menores. | 1 2 3 4 |
| 174. He notado la imposibilidad de estarme quieto/a.  | 1 2 3 4 |

#### **ANEXO IV. Cuestionario *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS)**

Se presenten una serie de afirmaciones sobre su experiencia diaria. Por favor, use la escala de 1 a 6 para indicar lo frecuente o infrecuentemente que usted experimenta cada situación. Responda de acuerdo con lo que realmente refleja su experiencia y no a lo que usted piensa que debería ser. Puntúe cada ítem separadamente y no deje ninguno sin contestar:

| 1            | 2                  | 3              | 4                | 5               | 6          |
|--------------|--------------------|----------------|------------------|-----------------|------------|
| Casi siempre | Muy frecuentemente | Algo frecuente | Algo infrecuente | Muy infrecuente | Casi nunca |

|  |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 1. Podría sentir una emoción y no ser consciente de ella hasta más tarde.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Rompo y derramo cosas, por no poner atención, o por estar pensando en otra cosa.                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Encuentro difícil estar centrado en lo que está pasando en el presente.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Tiendo a caminar rápido para llegar a donde voy sin prestar atención a lo que experimento durante el camino.          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Tiendo a no darme cuenta de sensaciones de tensión física o incomodidad hasta que realmente captan mi atención.       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Me olvido del nombre de una persona tan pronto me lo dicen por primera vez.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. Parece como si “funcionara en automático” sin demasiada consciencia de lo que estoy haciendo.                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. Hago las actividades con prisas, sin estar realmente atento a ellas.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. Me concentro tanto en la meta que deseo alcanzar que pierdo contacto con lo que estoy haciendo ahora para alcanzarla. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. Hago trabajos o tareas automáticamente, sin darme cuenta de lo que estoy haciendo.                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Me encuentro a mí mismo escuchando a alguien por una oreja y haciendo otra cosa al mismo tiempo.                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. Conduzco en “piloto automático” y luego me pregunto por qué fui allí.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. Me encuentro absorto acerca del futuro o el pasado.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. Me descubro haciendo cosas sin prestar atención.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. Pico sin ser consciente de que estoy comiendo.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

## ANEXO V: Intervención psicoeducativa

Determinar las carencias personales de cada profesional para una posterior formación específica e individualizada es inviable, por lo que se realizarían dos sesiones psicoeducativas donde se proporcionarían conocimientos y técnicas a utilizar en las diferentes situaciones presentes durante la jornada laboral. Estas sesiones durarían 2 horas cada una, siendo un total de 4 horas. Agregando 1 sesión post intervención para realizar los cuestionarios pasado 1 mes.

Las intervenciones serían impartidas a las enfermeras pertinentes del grupo de intervenciones y duraría alrededor de 6 semanas.

### Primera sesión psicoeducativa

Sería una sesión educativa de 2 horas de duración, durante la primera sesión se realizaría la presentación y explicación del taller. Se citarían a los dos grupos de enfermería para realizar los cuestionarios y la firma de los documentos, entre ellos el consentimiento informado.

Todo el material se presentaría en formato de dossier individual para cada enfermera, de manera que se pueda repasar y releer en casa si lo desean. Comprometiéndose a no ser compartido con el resto de personal de enfermeras mientras dure el estudio.

Esta primera sesión se adaptaría a los diferentes horarios de las enfermeras y estaría disponible para realizarse durante 2 semanas.

Una vez realizados los cuestionarios se invitaría a las enfermeras del grupo control a abandonar la sala, quedándose en ella las enfermeras del grupo de intervención, procediendo a la sesión educativa. Se abordarían diferentes conceptos y las diferentes técnicas de afrontamiento.

Conocimientos impartidos:

- Conceptos básicos sobre la salud ocupacional y el bienestar emocional, el estrés, *burnout*, calidad de vida laboral, los riesgos laborales, haciendo énfasis en los riesgos psicosociales.
- Explicación de la Teoría del Autocuidado, abordando en que consiste, cómo aplicarla en el mundo laboral y los beneficios que comporta.
- Taller sobre inoculación del estrés: con el objetivo de proporcionar a las enfermeras habilidades y destrezas que les permitan disminuir la tensión y afrontar el estrés.

- Taller sobre técnicas de respiración: facilitando a las enfermeras una forma adecuada de respirar para que en una situación de estrés se ponga en práctica, mejorando así el funcionamiento de los órganos y un menor gasto energético, mejorando los efectos de ansiedad, fatiga, control de la actividad emocional, etc.

Al finalizar esta sesión se pediría a los participantes que se lean la información para la siguiente sesión, de manera que en la próxima sesión se exponga de manera más breve la teoría y se ponga en práctica la técnica de ACT y atención plena.

### Segunda sesión psicoeducativa

Sería una sesión educativa de 2 horas, disponible durante dos semanas.

Esta sesión informativa se realizaría 2 semanas después de la última, dando tiempo a las enfermeras para asimilar los conceptos y las diferentes técnicas.

Conocimientos impartidos:

- Explicación de los recursos personales, entre ellos se encuentran la personalidad resistente, las competencias emocionales, la flexibilidad psicológica y la atención plena.
- Introducción más amplia a la atención plena, sentimientos y emociones.
- Taller sobre la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): con el objetivo de promover la “flexibilidad” de las enfermeras para aceptar los eventos privados incómodos, para elegir una dirección con previa valoración y para pasar a la acción. Siendo A: *Accept* (Aceptar), *Choose* (Elegir), *Take Accion* (Actuar). Trabajar la aceptación de los eventos internos negativos y ayudar a las enfermeras a entrar en contacto con sus valores y metas personales a partir de la atención plena.

Un mes después de la última sesión informativa se citarán a todas las enfermeras en un periodo de 2 semanas, adaptándose a los diferentes horarios, para la realización de los cuestionarios post-intervención.

Con un total de 16 semanas.

Los diferentes conocimientos que impartir en cada intervención del programa serían la siguiente:

Conceptos básicos:

- Salud ocupacional: “estado de bienestar físico, psicológico y social experimentado por las personas en su entorno de trabajo que las capacita para el desarrollo de sus proyectos y el logro de sus metas laborales”.
- Bienestar emocional: el conjunto de juicios valorativos y de reacciones emocionales concernientes al grado en que la propia experiencia es vivida como satisfactoria, agradable y positiva.

El Instituto Nacional para la Excelencia Clínica del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, en su guía sobre la promoción del bienestar mental en el ámbito laboral, define el **bienestar profesional**, como “un concepto dinámico en el cual la persona es capaz de desarrollar su potencial personal, trabajar productiva y creativamente, construir relaciones sólidas y positivas con los otros y hacer una contribución a la comunidad. El bienestar mental aumenta cuando una persona es capaz de cumplir sus objetivos personales y sociales y obtener un sentido de su tarea en sociedad”

- Estrés: es el “conjunto de reacciones emociones, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, del entorno o de la organización del trabajo”. El estrés laboral influye negativamente en las relaciones interpersonales, familiares y laborales, afectando al rendimiento y a la productividad laboral. En los últimos años se está presentando atención al **estrés colectivo** que se presenta en ciertas unidades de trabajo y organizaciones, creándose un clima de estrés, con actitudes y emociones compartidas que van más allá del estrés individual.
- *Burnout*: un estado de extrema fatiga psicológica, asociado al estrés laboral crónico, habitualmente asociado a la sobrecarga de trabajo y a un

desequilibrio sostenido entre las demandas laborales y los recursos (personales y profesionales, materiales, técnicos y organizacionales) disponibles para afrontarlas con eficacia. Especialmente característico de profesiones asistenciales, entre sus síntomas principales figuran los de agotamiento físico y emocional, tratamiento despersonalizado a las personas usuarias del servicio, indiferencia hacia la organización y sentimientos de alienación e ineficacia profesional”. En consecuencia, hay una disminución en la calidad de vida, así como un deterioro físico, cognitivo, emocional y conductual<sup>14</sup>. Repercutiendo en las organizaciones con un aumento significativo de retrasos, permisos y bajas por enfermedad; abdicación de las responsabilidades profesionales, accidentalidad laboral; interacciones sociales negativas, conflictos laborales, etc.

- Calidad de vida laboral: “grado de satisfacción y bienestar físico, psicológico y social experimentado por las personas en su puesto de trabajo. Abarca una doble dimensión: objetiva, relacionada con las condiciones económicas, jurídicas, sociales, ecológicas, materiales y técnicas de trabajo; y subjetiva, asociada a las percepciones y valoraciones relativas a la propia experiencia laboral y a su contribución al desarrollo personal”.

Una experiencia laboral positiva y satisfactoria está relacionada con el bienestar en el trabajo y la calidad de vida laboral. Siendo la satisfacción laboral de los individuos una de las variables relacionadas con el comportamiento organizacional y con la calidad de vida laboral, siendo este un aspecto vinculado a la comunicación, a la resiliencia, a el nivel socioeconómico y a la formación del profesional.

- Riesgos laborales
  - **Riesgos físicos:** son aquellos que pueden generar en cambio en la salud de la persona, su entorno o ambiente. Son los más habituales y pueden ser provocados por: riesgos de tipo mecánico, riesgos de tipo luminoso o

---

<sup>1</sup> Dirlam J, Zheng H. Job satisfaction developmental trajectories and health: A life course perspective [Internet]. Vol. 178, Social Science & Medicine. Elsevier Ltd; 2017 [citado 2021 Nov 23]. p. 95–103. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953617300473>

calorífico o riesgos derivador por los distintos tipos de energía (radiaciones, ultrasonidos o radiofrecuencia)

- **Riesgos biológicos:** es la exposición del individuo a agentes vivos o inertes capaces de producir enfermedades infecciosas o reacciones alérgicas, producidas por el contacto directo de las personas con la fuente infecciosa. La transmisión de estas infecciones se da a través de lesiones percutáneas (pinchazos) o contacto con sangre o fluidos corporales, parenteral, secreciones infectantes y por vía respiratoria, siendo los principales agentes virales contaminantes del personal de enfermería son la hepatitis B y C, por VIH y por bacterias como la tuberculosis, el tétanos, entre otros.

- **Riesgos químicos:** es la exposición del individuo a agentes químicos capaces de producir enfermedades infecciosas o reacciones alérgicas, producidas por el contacto directo de las personas con la fuente infecciosa. Siendo los jabones antisépticos de tipo clorhexidina al 2% o 4%, alcohol gel, alcohol medicinal, povidona yodada, etc., aquellos utilizados en los procesos de desinfección y esterilización, los citostáticos y los gases anestésicos, los más comunes.

Estas pueden ocasionar irritaciones, procesos de sensibilización, daños sobre diversos órganos, malformaciones congénitas, mutaciones e inclusive cáncer.

El eczema alérgico profesional es uno de los procesos más frecuentes entre el personal sanitario.

- **Riesgos ergonómicos:** es la exposición del individuo a factores de riesgo que están asociados con la postura, la fuerza, el movimiento, las herramientas, los medios de trabajo y el entorno laboral. Las características del ambiente de trabajo pueden causar un desequilibrio entre el desempeño y la capacidad de los trabajadores causando lumbalgia. La actividad diría de las enfermeras requiere una frecuente manipulación de los pacientes y la posición de pie prolongada, posturas

inconfortables como, por ejemplo: torsión o flexión del tronco, etc. y/o la marcha excesiva durante la jornada laboral. Estos representan los riesgos fisiológicos o de sobrecarga física.

- **Riesgos psicosociales:** es la exposición a diferentes fenómenos, situaciones o acciones en los ámbitos sociales, laborales, culturales, entre otras, donde su no correspondencia puede afectar la salud física y mental del trabajador, repercutiendo en su calidad de vida y en la producción en el trabajo.

Los factores de riesgo psicosocial relacionados con el trabajo de enfermería son:

- La fatiga muscular, generando disminución del rendimiento laboral, disminución de la fuerza y velocidad del movimiento, en consecuencia, una mayor posibilidad de sufrir enfermedades cardiovasculares y patologías lumbares.
  - La fatiga mental, generando sensaciones de malestar general, estrés, disminución de la autoestima y la motivación, irritabilidad y preocupación permanentes, insomnio, ansiedad y estados depresivos, alteraciones psicosomáticas (problemas digestivos, enfermedades cardiovasculares, mareos, dolores de cabeza, ausentismo laboral, tendencia a adicciones, como al alcohol, las drogas, entre otras; disminución de las funciones mentales superiores: atención, concentración, memoria y percepción)
  - El trabajo por turnos, horas extras, la falta de períodos de descanso. Estos generan un aumento de los accidentes de trabajo, provocando una posible disminución del nivel de alerta y alteración del ritmo: sueño - vigilia, fatiga general y crónica. Limitaciones en la vida familiar y social, errores frecuentes en procesos muy sencillos y alternaciones nerviosas.
- **Riesgos ambientales:** son aquellos propios de la naturaleza: las tormentas, las lluvias, las inundaciones, los terremotos... Es decir,

aquellos riesgos que no se pueden controlar y, en ese sentido, hay que ser previsible y prudente.

Los riesgos psicosociales en el trabajo deben eliminarse o evitarse en lo posible. En esta constan los siguientes principios generales para realizar el cumplimiento del deber de protección:

- Evitar los riesgos.
- Evaluar los riesgos que no se puedan evitar.
- Combatir los riesgos en su origen.
- Adaptar el trabajo a la persona.
- Tener en cuenta la evolución técnica.
- Sustituir lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún riesgo.
- Planificar la prevención.
- Adoptar medidas que antepongan la protección colectiva a la individual.
- Dar las debidas instrucciones a los trabajadores<sup>41</sup>.

Para la prevención de estos existen diferentes niveles de intervención:

- Institucional

- Adecuar la carga y el ritmo de trabajo al trabajador, rol profesional y autonomía.
- Fomentar la comunicación entre los distintos niveles jerárquicos de la organización, estableciendo un clima de confianza.
- Nuevos sistemas organizativos del trabajo.

- Equipos o servicios

- Implantar sistemas de resolución de conflictos.
- Favorecer la motivación laboral.
- Facilitar la cohesión del grupo de trabajo, fijando espacios y tiempos de encuentro.
- Potenciar la capacidad y la creatividad de los trabajadores.

- Individual

- Incrementar la capacidad de adaptación a los estresores.<sup>2</sup>

– Prevenir síntomas de malestar.

### Teoría del Autocuidado

Dorothea Orem fue la primera teórica que instauró la teoría del autocuidado, siendo esta un punto de partida que ofrece a las enfermeras herramientas para una atención de calidad. Proponiendo que el autocuidado nace de la experiencia propia y de un aprendizaje continuo. El **autocuidado** concebido como “una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. Es una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo<sup>89</sup>”

Dorothea E. Orem presenta su teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: teoría del autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería<sup>90</sup>.

Define el autocuidado universal como un punto de común denominador en todas las personas que abarca aire, agua, actividad física, etc. Son fundamentales para la prevención de riesgos y para la comunicación interpersonal con el entorno. El autocuidado del desarrollo como quienes promocionan condiciones y necesidades básicas para la madurez y la vida evitando que ocurran condiciones adversas, pudiendo llegar a disminuir los efectos de estas circunstancias interrumpiendo el proceso evolutivo o de desarrollo del ser humano en sus diferentes etapas de vida. Y el autocuidado para la desviación de salud como todos aquellos relacionados con las condiciones de vida y salud.

Dorothea E Orem usa la palabra agente de autocuidado para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera

agentes de autocuidado. Concebida como “la capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado. Los individuos que saben satisfacer sus propias necesidades de salud tienen una agencia de autocuidado desarrollada capaz de satisfacer su necesidad de autocuidado”<sup>91</sup>.

El **cuidar de uno mismo** requiere realizar una toma de conciencia del propio estado de salud, con un pensamiento racional para aprovechar la experiencia personal, normas culturales y de conductas aprendidas. Las **limitaciones del cuidado** son las barreras o limitaciones para el autocuidado, es decir, la persona carece de conocimientos sobre sí misma o no desee adquirirlos. Y el **aprendizaje del autocuidado** es el aprendizaje del autocuidado y de su mantenimiento continuo son funciones humanas. Con el aprendizaje y el uso del conocimiento para la realización de acciones de autocuidado, pudiendo ser cuidados internos o externos.

Un punto importante por considerar en esta teoría es la promoción y el mantenimiento de la salud a través de acciones educativas, además de la capacidad que debe tener el profesional de enfermería de definir en qué momento el paciente puede realizar su propio autocuidado y cuando debe intervenir para que el mismo lo logre.

### Taller sobre inoculación del estrés

Con el objetivo de proporcionar a las enfermeras habilidades y destrezas que les permitan disminuir la tensión y afrontar el estrés.

El primer paso sería elaborar una lista personal de situaciones estresantes para cada uno de nosotros. Se ordenaría desde los ítems menos estresantes hasta los más estresantes.

Una vez elaborada se aprendería a evocar cada una de estas situaciones en la imaginación y a relajar la tensión mientras se visualiza claramente la situación estresora, se podría realizar en grupo, en el caso de ser una situación en común o de manera individual.

Por último, se invitaría a los profesionales a practicarlo en situaciones reales para poco a poco conseguir la total inoculación.

### Taller sobre técnicas de respiración

Facilitando a las enfermeras una forma adecuada de respirar para que en una situación de estrés se ponga en práctica, mejorando así el funcionamiento de los órganos y un menor gasto energético, mejorando los efectos de ansiedad, fatiga, control de la actividad emocional, etc.

La respiración abdominal es fácil de realizar y es muy relajante.

“Ejercicio a realizar en casa:

1. Siéntese o acuéstese en una posición cómoda.
2. Coloque una mano sobre el abdomen justo debajo de las costillas y la otra mano sobre el pecho.
3. Respire hondo por la nariz y deje que el abdomen le empuje la mano. El pecho no debería moverse.
4. Exhale a través de los labios fruncidos como si estuviese silbando. Sienta cómo se hunde la mano sobre su abdomen y utilícela para expulsar todo el aire hacia afuera.
5. Realice este ejercicio de respiración entre 3 y 10 veces. Tómese su tiempo con cada respiración.
6. Note cómo se siente al final del ejercicio.

Próximos pasos:

Una vez que haya dominado la respiración abdominal, se recomienda que intente uno de estos ejercicios de respiración más avanzados. Intente los tres y vea cuál funciona mejor para usted:

- Respiración 4-7-8

- Respiración completa
- Respiración matinal

#### Respiración 4-7-8

Este ejercicio también utiliza la respiración abdominal para ayudarle a relajarse. Puede realizar este ejercicio sentado o recostado.

1. Para comenzar, coloque una mano sobre el abdomen y la otra sobre el pecho, al igual que en el ejercicio de respiración abdominal.
2. Respire profunda y lentamente desde el abdomen y cuente en silencio hasta 4 a medida que inhala.
3. Contenga la respiración y cuente en silencio del 1 al 7.
4. Exhale por completo a medida que cuenta en silencio del 1 al 8. Intente sacar todo el aire de los pulmones para cuando llegue a 8.
5. Repítalo entre 3 y 7 veces o hasta que se sienta tranquilo.
6. Note cómo se siente al final del ejercicio.”<sup>140</sup>

#### Explicación de los recursos personales, atención plena, sentimientos y emociones.

- **Personalidad resistente:** el estrés no es una fuente de amenaza para todas las personas, por lo que algunos trabajadores pueden vivir las situaciones de estrés y cambio como algo inherente a la vida. Las personas con una personalidad resistente presentan una buena dimensión del compromiso, del reto y del control. Tienden a implicarse en todas las actividades, valoran sus metas y acciones, y poseen un gran sentido de la comunicación, ayudan a pensar y actuar en el transcurso de las acciones modificando el ambiente para alcanzar sus metas y perciben los cambios como oportunidades para crecer y desarrollar habilidades.<sup>68</sup>
- **Competencias emocionales:** las enfermeras están expuestas diariamente a emociones intensas, procedentes de sus pacientes, familiares, de sus compañeras y de las suyas propias. Una gestión deficiente de estas puede entorpecer el trabajo<sup>72</sup>. La inteligencia emocional de las enfermeras se ha relacionado con menores niveles de *burnout*<sup>73</sup>. Competencias emocionales como

la empatía, la expresión verbal de las emociones y la discriminación emocional se encuentra relacionada con los niveles de dedicación y esfuerzo de su trabajo<sup>74</sup>.

- **Flexibilidad psicológica:** la flexibilidad psicológica es la habilidad para entrar en contacto con el momento presente y con los eventos internos negativos, como las emociones, pensamientos, sensaciones o memorias negativas, que aparecen en la experiencia diaria, sin necesidad de escapar de ellos o evitarlos, y dirigiendo la conducta hacia las metas y valores que uno quiere conseguir en su vida personal y profesional<sup>75</sup>. Esta se relaciona con mayores niveles de satisfacción, energía, dedicación y absorción en el trabajo<sup>76</sup> por lo contrario, la evitación de esta se relaciona con una mayor prevalencia de sufrir *burnout*<sup>77</sup>.
- **Atención plena (*mindfulness*):** se entiende como una estrategia de autorregulación que consiste en centrar la atención en la realidad del momento presente, a los estímulos internos y externos, aceptándola sin juicios y sin dejarse llevar por los pensamientos ni por las reacciones emotivas del momento. Implica una actitud que requiere mantener la atención en lo que ocurre «aquí y ahora», frente a la tendencia a dejar vagar la mente por los recuerdos del pasado o las anticipaciones del futuro<sup>78</sup>. Siendo beneficioso para favorecer la regulación emocional, mejorando la capacidad atencional y la capacidad amnésica (la memoria del trabajo)<sup>79</sup>.

El programa de entrenamiento más conocido en *mindfulness* es el MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) desarrollado por Kabat-Zinn en el Centro Médico de la Universidad de Massachusetts, ha dado buenos resultados en el aumento de la satisfacción con la vida y relajación de estos profesionales, como también para disminuir los niveles de agotamiento emocional. El MBSR es una intervención psico-educativa que tiene como finalidad reducir el estrés y malestar psicológico, y aumentar los niveles de atención plena. La intervención tiene una duración aproximada de 8 a 10 semanas a razón de una sesión semanal de 2 horas y media y con un máximo de 30 participantes en el grupo.

- **Recuperación del estrés:** La recuperación es el proceso por el cual el funcionamiento psicológico y fisiológico de los trabajadores vuelve a los niveles pre-estrés, y a través del cual la tensión se reduce, colocando al organismo en un estado psicológico y fisiológico capaz de seguir funcionando<sup>80</sup>.

Los profesionales pueden aliviar y recuperarse del impacto negativo del estrés durante su tiempo libre. Cuando esto no se recupera se acumula la carga y aparece la fatiga laboral crónica<sup>81</sup>. Las experiencias de recuperación se refieren a los procesos psicológicos que se producen cuando los trabajadores ponen en marcha ciertas actividades de recuperación y son, según Sonnentag y Fritz<sup>82</sup>:

- el distanciamiento psicológico del trabajo: desconexión temporal del trabajo, no sólo a nivel físico, también a nivel mental
- la relajación: estado de baja activación tanto a nivel fisiológico como mental.
- la búsqueda de retos: realización de actividades que suponen un desafío para la persona.
- el control del tiempo libre: decidir en que actividades implicarse después de la jornada laboral.

#### Taller sobre la Terapia de Aceptación y Compromiso y la atención plena.

Conseguir la promoción de la “flexibilidad” de las enfermeras para aceptar los eventos privados incómodos, para elegir una dirección con previa valoración y para pasar a la acción. Siendo A: *Accept* (Aceptar), *Choose* (Elegir), *Take Accion* (Actuar).

Trabajar la aceptación de los eventos internos negativos y ayudar a las enfermeras a entrar en contacto con sus valores y metas personales a partir de la atención plena.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)<sup>19</sup> presenta un enfoque psicoterapéutico que aborda el problema del sufrimiento psicológico alternando la base del detonante, centrándose en cómo comprenden y perpetúan los profesionales sus dificultades a través del lenguaje. La ACT aumenta la flexibilidad psicológica<sup>20</sup>, alterando el contexto psicológico dentro del cual las personas experimentan sus pensamientos y emocionales. Demostrando eficacia en la mejora del bienestar y el rendimiento de los trabajadores. El Programa de Manejo del Estrés basados en la atención plena<sup>21</sup> siendo este ampliamente aplicada en España con buenos resultados<sup>22,23</sup>, consiste en prestar atención al momento presente de forma intencional, sin juzgar, con una actitud de aceptación, poniéndose en practica con ejercicios formales, como sería la meditación, como informarles. Existe un programa estandarizado: programa de reducción del estrés basado en *mindfulness*.

El participante de la investigación con conocimiento en la terapia ACT y *mindfulness* trataría de identificar las barreras emocionales que impiden alcanzar una vida plena y satisfactoria. Se analizaría la ineficiencia y consecuencias de la evitación experiencial y se ofrecería la estrategia de aceptación emocional como alternativa.

Se introduciría la practica de la atención plena como forma de conseguir estar en el presente con una actitud de aceptación hacia los eventos internos negativos, integrándose los ejercicios de ACT y *mindfulness*.

## **ANEXO VI. Hoja de información para los participantes del estudio**

Titulo del estudio: Proyecto de aprendizaje para la promoción de la salud ocupacional y bienestar emocional del personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos

Promotor del estudio: Carolina Huertas Méndez

Servicio: Unidad de Cuidados Intensivos

Centro: Hospital Joan XXIII de Tarragona.

Este documento tiene por objeto ofrecerle información sobre un estudio de investigación en el que le invitamos a participar en una investigación sobre intervenciones educativas para la promoción de la salud ocupacional y el bienestar emocional de las enfermeras, como usted, de la unidad de cuidados intensivos. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación del Hospital Joan XXIII.

Si decide participar en el mismo, debe recibir información personalizada del investigador, leer antes este documento y hacer las preguntas que precise para comprender los detalles sobre el mismo.

La participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o, si por lo contrario acepta hacerlo puede cambiar de parecer retirando el consentimiento en cualquier momento sin dar explicaciones.

### ¿Cuál es el propósito del estudio?

En este estudio se pretende conocer si realizar intervenciones educativas al personal de enfermería mejora el bienestar y la calidad de vida laboral en enfermeras de la Unidad de Críticos Intensivos.

### ¿Por qué me ofrecen participar?

Este estudio se realizará entre las enfermeras de la UCI de Joan XXIII.

### ¿En que consiste mi participación?

Se realizarán dos sesiones educativas y unos cuestionarios en una sala habilitada en el hospital. Estas sesiones tratarán sobre el bienestar emocional y la salud ocupacional, no solo a nivel teórico sino también a nivel práctico, con la finalidad de proporcionarte herramientas para mejorar tu calidad de vida.

La participación tendrá una duración de 5 horas, dividida en 2 horas para cada sesión educativa, y 1 hora para la realización de los cuestionarios en dos periodos diferentes.

Estas intervenciones serán fuera del horario laboral y en distintos días adaptándose a los diferentes turnos.

### ¿Obtendré algún beneficio por participar?

No se espera que obtenga un beneficio directo por participar en el estudio.

La investigación pretende descubrir como afectan las intervenciones educativas en los aspectos mencionados anteriormente, por lo que esta información podría ser de utilidad en el futuro.

No obstante, la información proporcionada en las diferentes sesiones puede ser aplicada beneficiándose personalmente.

### ¿Recibiré la información que se obtenga del estudio?

Si lo desea, se facilitará un resumen del estudio.

### ¿Se publicarán los resultados de este estudio?

Los resultados de este estudio serán remitidos a publicaciones científicas para su difusión, pero no se transmitirá ningún dato que pueda llevar a la identificación de los participantes.

### ¿Cómo se protegerá la confidencialidad de los datos?

El tratamiento, comunicación y cesión de sus datos se hará conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter

personal. En todo momento podrá acceder a sus datos, oponerse, corregirlos o cancelarlos, solicitándolo ante el investigador.

El equipo investigador y las autoridades sanitarias tendrán acceso a todos los datos escogidos para el estudio, pudiéndose transmitir a terceros, siempre y cuando no se pueda identificar la información personal. En el caso de que alguna información sea transmitida a otros países, se realizará con un nivel de protección de los datos equivalente a la normativa exigida por nuestro país.

Los datos serán recogidos y conservados hasta terminar el estudio, siendo codificados por el equipo investigador, siendo este quien pueda conocer a quien pertenece.

¿Cómo puedo contactar con el equipo investigador de este estudio?

Usted puede contactar con Carolina Huertas Méndez en el teléfono \*\*\*\*\* o el correo electrónico [\\*\\*\\*@gmail.com](mailto:***@gmail.com)

Muchas gracias por su colaboración.

## **ANEXO VII. Consentimiento informado**

Investigador principal: Carolina Huertas Méndez

Título proyecto: Proyecto de aprendizaje para la promoción de la salud ocupacional y bienestar emocional del personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos

Centro: Hospital Joan XXIII de Tarragona.

Datos del participante

Nombre:

Persona que proporciona la información y la hoja de consentimiento

Nombre:

1. Declaro que he leído la Hoja de Información al Participante sobre el estudio citado.
2. Se me ha entregado una copia de la Hoja de Información al Participante y una copia de este Consentimiento Informado, fechado y firmado. Se me han explicado las características y el objetivo del estudio, así como los posibles beneficios y riesgos de este.
3. He contado con el tiempo y la oportunidad para realizar preguntas y plantear las dudas que poseía. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.
4. Se me ha asegurado que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.
5. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento de este, por cualquier razón.

Doy mi consentimiento para la participación en el estudio propuesto

No doy mi consentimiento para la participación en el estudio propuesto

Firmo por duplicado, quedándome una copia.

Fecha:

Firma del participante:

“Hago constancia que he explicado las características y el objetivo del estudio y sus riesgos y beneficios potenciales a la persona cuyo nombre aparece escrito más arriba. Esta persona otorga su consentimiento por medio de su firma fechada en este documento.”

Fecha:

Firma del Investigador o la persona que proporciona la información y la hoja de consentimiento: