REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:23 Página 1

Enfermería del Trabajo

AET Asociación de Especialistas en Enfermería del Trabajo

www.enfermeriadeltrabajo.com/revista

Volumen 2, Número 4, Octubre 2012

8as Jornadas Nacionales de Enfermería del Trabajo

Artículos originales

Estado ponderal y su relación con el tipo de trabajo y estilos de vida en población laboral

La transversalidad del género en la prevención de riesgos laborales

Validación de un cuestionario de autocuidados de salud bucodental en el medio laboral (ASBLA)

Formación
Calidad
Responsabilidad

Entrevista

Silvia Arranz y Alfonso Meneses, ganadores del premio-beca en investigación NANDA-I

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:23 Página 2

ENFERMERÍA DEL TRABAJO

Revista Científica de la Asociación de Especialistas en Enfermería del Trabajo
www.enfermeriadeltrabajo.com/revista

Coordinación

Manuel Romero Saldaña
Ayuntamiento de Córdoba

Antonio J. Déniz Hernández
Colegio Oficial de Enfermería de Las Palmas

Secretaría Técnica

Araceli Santos Posada
Agencia Tributaria. Madrid

Consejo de Redacción

José Manuel Corbelle Álvarez
Asociación Española de Enfermería del Trabajo. Madrid

María Soledad Olmo Mora
SESCAM. Puertollano

Javier Gracia Rivera.
Sociedad Prevención Fremap. Córdoba

Paula Peña Salguero
El Corte Inglés. Leganés

Isabel Hernández Maestre
Banco de España. Madrid

Juan Ramón Quirós Jiménez
Diputación Provincial de Jaén

Beatriz Herruzo Caro.
Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir.

Manuel Sánchez García
Diputación Provincial de Córdoba

Carmen Lameiro Vilariño
Hospital Meixoeiro. Vigo

Consejo Asesor

Mª Ángeles Almenara Angulo
El Corte Inglés. Marbella

Jerónimo Maqueda Blasco
Director E.N.M.T. ISC III. Madrid

Francisco Bernabeu Piñeiro
E. U. Enfermería. El Ferrol. A Coruña

Carlos Martínez Martínez
Asoc. Española Enfermería Deportiva. Madrid

María Dolores Calvo Sánchez
E. U. Enfermería y Fisioterapia. Salamanca

Alfonso Meneses Monroy
E. U. Enfermería. Univ. Complutense. Madrid.

Germán Carbajo García
Junta de Castilla La Mancha. Toledo

Guillermo Molina Recio
E. U. Enfermería. Córdoba

José Ciércoles Prado
Repsol. Madrid

Ángela María Moya Maganto
Seguros Santa Lucía. Madrid

Cristina Cuevas Santos
Ministerio Educación. Madrid

María Cándida Pérez Gonzalves
Hospital Universitario Ourense

Julio De Benito Gutiérrez
Hospital Clínico Universitario. Valladolid

María Jesús Pérez Granda
CIBERES. Madrid

Oscar García Aboin
Consejería Sanidad. Comunidad de Canarias

Cristina Santoyo Arenas
El Corte Inglés. Málaga

Cristina Godino González
Consejería MA, V y OT. Comunidad de Madrid

Manuel Vaquero Abellán
E. U. Enfermería. Córdoba

Edita: Asociación de Especialistas en Enfermería del Trabajo. Plaza de Mariano de Cavia, 4 28007 Madrid
Diseño gráfico y maquetación: Leticia Calderón Santos
ISSN 2174-2510
Depósito Legal: CO 288-2011
Indexación en plataforma SCIELO: En tramitación.

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:23 Página 3

Enfermería del Trabajo

Revista científica de la Asociación de Especialistas en Enfermería del Trabajo

www.revista.enfermeriadeltrabajo.com

S U M A R I O

Volumen 2, Número 4 Octubre – 2012

Editorial
J de Benito Rodríguez
VIII Jornadas Nacionales de Enfermería del Trabajo 237

Artículos originales
EM Artime Ríos, MI Alonso Calderón
Estado ponderal y su relación con el tipo de trabajo y estilos de vida en población laboral 239

R de Diego Cordero
La transversalidad del género en la prevención de riesgos laborales . . . 248

PM Peña Salguero, MS Olmo Mora
Validación de un cuestionario de autocuidados de salud bucodental en el medio laboral –ASBLA- 254

Con nombre propio
Entrevista a Silvia Arranz Alonso y Alfonso Meneses Monroy, ganadores del premio-beca en investigación NANDA-I 263

Formación Continuada
J González Caballero
Consumos de drogas. Una realidad sociolaboral con distintas líneas de actuación (II) 267

Prevención Global
J González Sánchez
Cáncer laboral: problemática de clasificación y registro en España . . . 274

Supuesto Clínico
AG Moreno Pimentel, A Meneses Monroy, M Hernández Martín
Plan de cuidados en un paciente con asma laboral (III): Paciente con incapacidad permanente total 278

Legislación y Salud Laboral
M Sánchez García
Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública 284

VIII Jornadas Nacionales de Enfermería del Trabajo 286

AET Asociación de Especialistas en Enfermería del Trabajo

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:23 Página 4

8as Jornadas Nacionales de Enfermería del Trabajo

Formación
Calidad
Responsabilidad

Valladolid 26 y 27 de octubre de 2012

Hospital Clínico Universitario

AET
Asociación de Especialistas en Enfermería del Trabajo

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:23 Página 5

Editorial

VIII Jornadas Nacionales de Enfermería del Trabajo

Autores

De Benito Rodríguez, J
Enfermero del Trabajo
Presidente del Comité Organizador

Como en una carrera de relevos, cuando se clausuran unas jornadas científicas, se abre la puerta a que se organicen las siguientes en otra ciudad. En este caso le ha tocado recoger el testigo a Valladolid y a mí como presidente del Comité Organizador iniciar el recorrido del tramo que me corresponde. Por ello, intentaré que siga firme mientras se desplaza a lo largo de esa gran pista, en la que relevo a relevo, esperemos llegue hasta alcanzar esa meta que, como corredores de fondo, tenemos clara aunque a veces imprecisa en el tiempo, ya que diversas "inclemencias" agitan la pancarta que indica que hemos conseguido nuestro objetivo.

Este símil, inspirado en los pasados juegos olímpicos, me hace reflexionar sobre el lema que los acompaña, "más rápido, más alto, más fuerte", que se puede aplicar también a muchas actividades de nuestra vida cotidiana y profesional.

Por esto, al organizar estas 8ª Jornadas Nacionales de Enfermería del Trabajo e idear un lema que las identifique, he pensado que nuestro "más rápido" se corresponde con la ***Formación***, que adquiere esa especial relevancia pues en este momento ha terminado de formarse la primera promoción de especialistas por la vía EIR y estamos en un proceso de implantación de unidades docentes en varias Comunidades Autónomas. Este proceso que hemos iniciado lentamente, tiene que conseguir esa rapidez y continuidad que nos permita consolidar y sobre todo aumentar ese número de especialistas.

En el caso del "más alto" le he buscado la correspondencia con la ***Calidad***, ya que mide nuestra altura como especialistas, consolidándose si integramos la calidad en nuestros procesos. Aunque ese concepto de calidad todavía no esté imbuido en muchas personas y sobre todo a nivel de las diferentes empresas y organizaciones en las que ejercemos, si está inmerso en la concepción de la profesión enfermera de la que partimos para entrar de lleno en nuestro campo como especialistas.

Por otra parte, el "más fuerte" se equipara en nuestro caso con la fuerza de la ***Responsabilidad***. Este concepto, que debería ser innato, en nuestro caso tiene dos vertientes, la inherente a nosotros mismos como individuos que ejercen una profesión que se fundamenta en el servicio, en este caso a los trabajadores, siendo la otra vertiente la que se deriva de la responsabilidad legal, marcada por las diferentes legislaciones que conforman nuestro ejercicio profesional, y como éste tiene implicaciones que nos ligan con otros profesionales con los que compartimos espacios e incluso competencias.

Por todo ello, este lema ***"Formación / Calidad / Responsabilidad"*** que acompaña al enunciado de nuestras 8ª Jornadas Nacionales, cobra en este momento una vigencia especial, ya que estamos en una encrucijada profesional, pues según por qué camino se dirijan nuestros pasos vamos a tener un destino diferente.

Es cierto que nuestra especialidad, desde hace muchos años, supone uno de los trabajos especializados más consolidados en la enfermería, pues con el Diploma de Empresa, gran cantidad de enfermeros/as han llenado ese gran espacio preventivo y asistencial de los trabajadores en nuestro país y en la mayoría de los casos sin el amparo del Sistema Público de Salud, pues se ha venido ejerciendo directamente en las empresas, en las mutuas, en servicios de prevención ajenos e incluso en la Administración Pública, donde se han forjado los elementos esenciales de la actual especialidad.

Ahora que el Sistema Público de Salud se ha hecho cargo de la formación por la vía EIR, es el momento de demostrar que esa formación que se nos ofrece es útil para mejorar el estado de salud de la población y redundará en un beneficio para el conjunto del Sistema Sanitario.Por eso creo que éste es un buen momento para solicitar a las

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:23 Página 6

Comunidades Autónomas, de las que dependen los diferentes Servicios de Salud, que se animen a constituir unidades docentes para formar especialistas, pues aunque la mayoría de los profesionales que obtengan la especialidad no se incorporen a los puestos de trabajo en los Servicios Sanitarios Públicos, si van a ser el soporte de un sistema preventivo y asistencial que repercute sobre millones de trabajadores que seguramente va a favorecer una mayor fluidez de los propios Servicios Públicos.

Para ello es imprescindible que como colectivo seamos capaces todos de trabajar en la misma dirección y asumir que es necesaria una formación constante, aplicarla con criterios de calidad y con ello conseguiremos convencer que nuestra presencia es necesaria y fundamental para el buen desarrollo de los Servicios de Prevención, aunque quienes redacten su estructura y funcionamiento, demuestren que no entienden todavía que somos un colectivo que parte de un Grado Universitario, tiene una Especialización por una de las vías de formación más importantes del mundo, la vía EIR, y con un campo profesional en permanente desarrollo. Nosotros lo sabemos, pero es importante que la sociedad en general y en especial los trabajadores, sepan valorar nuestra función, para que a su vez quienes tienen la capacidad para organizar y legislar sepan rentabilizar esa inversión que hacen sobre nuestra profesión.

Pero volviendo a nuestras jornadas nacionales, quiero mostraros que su contenido se basa en el lema que hemos escogido y en ese interés por mostrar varios aspectos de los que he relatado anteriormente; pues se han estructurado en mesas de trabajo que se corresponden con esta filosofía de consolidación de los logros obtenidos, de la realidad actual y sobre todo de una esperanza de futuro. En ellas, diferentes profesionales, todos ellos especialistas en lo temas que van a desarrollar, nos harán partícipes de sus conocimientos, que esperamos se complemente con la participación en los coloquios que se realizarán al término de cada una de las mismas.

Cuentan también estas jornadas con diversos talleres de trabajo, en los que diferentes expertos nos mostrarán sus conocimientos, que sin duda podremos aplicar en nuestras actividades cotidianas.

Pero no solo las actividades científicas deben traeros a Valladolid, pues para completar una visita a la parte más interesante y sobre todo histórica de la ciudad hemos programado, con la Fundación "Miguel Delibes", una visita guiada por la "Ruta del Hereje", que como sabéis es uno de los libros fundamentales de este gran escritor vallisoletano, y que trascurre en las zonas más históricas de la ciudad. Aunque el recorrido por sí mismo merece la pena, es muy conveniente haber leído antes esta gran obra y disfrutar rememorando las circunstancias en las que se vio envuelto Cipriano Salcedo, su protagonista con el resto de personajes reales y ficticios que la conforman. Y aunque alguno no se apunte a este recorrido, seguimos aconsejando su lectura.

También os animo a que participéis en la cena que tenemos programada el viernes por la noche, pues aunque la economía es una de las preocupaciones que tenemos más presentes en la actualidad, creo que se ha conseguido un ajuste de precio y calidad para realizarla en un entorno muy especial de nuestra ciudad, el hotel "Marqués de la Ensenada", instalado en una antigua fábrica de harinas donde se conservan antiguas máquinas y donde discurre, bajo cristales a nuestros pies, la corriente de agua del aliviadero del Canal de Castilla, que movía esta maquinaria, lo que lo convierte en un lugar bastante original.

Y por si fuera poco, aquellos que puedan creer en la "magia" de los números he de deciros que estamos presentando estas 8ª Jornadas en la ciudad en la que el número 8 es el que la define y que tiene unas propiedades que le garantizan el éxito (eso esperamos), por ello os definimos, con las reservas correspondientes (esto no es nada científico), algunas de las particularidades de este número. El ocho es un número que se define como fuerza, poder, dinero, ambición, responsabilidad.

En definitiva una ciudad que se integra en el número ocho y para ello nos podemos sorprender con la abundancia de datos que lo confirman: Octógono, nombre por el que se conocía por su forma al edificio que albergó la primera cárcel que tuvo Valladolid. Se encontraba en el lugar que ahora ocupa la Academia de Caballería. Ocho eran las puertas de la antigua muralla. Ocho son las torres en el escudo de la ciudad. La plaza del Viejo Coso tiene ocho lados, siendo la primera plaza de toros que tuvo la ciudad. La Fuente Dorada, una bella fuente coronada por ocho caños que coinciden con los ocho lados de la misma. Torre de la Catedral, no hace falta tener muy buena vista para apreciar los ocho lados de esta torre. Torre de la iglesia de San Salvador, de la misma forma los ocho lados siguen presentes. Panteón de hombres ilustres, ocho lados presiden el eterno descanso de los restos de los hombres que hicieron brillar con sus éxitos la ciudad.

Como veis, está última parte, entra dentro del concepto más lúdico y turístico, pero también necesario para que os animéis a participar en estas 8ª Jornadas Nacionales de Enfermería del Trabajo y compartir con todos los asistentes su contenido científico y también esos momentos tan necesarios para la relación personal.

¡Esperamos veros el 26 y 27 de octubre en Valladolid!

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:23 Página 7

Artículo original

Estado ponderal y su relación con el tipo de trabajo y estilos de vida en población laboral

Trazabilidad editorial
Recepción: 28-06-2012
Revisión por pares: 15-08-2012
Aceptación final: 07-09-2012

Correspondencia
Eva María Artime Ríos
Correo Electrónico: evartime@gmail.com

Autores

Artime Ríos,EM, Alonso Calderón, MI
Centro de Prevención de Riesgos Laborales
Delegación provincial de Málaga de la Consejería de Empleo

Resumen

Objetivo

Conocer en una muestra de trabajadores que se someten a vigilancia de la salud, la prevalencia de obesidad y sobrepeso, y su relación con el tipo de trabajo, nivel educativo y estilos de vida.

Metodología

Se incluyó a 453 trabajadores, que acudieron al Centro de Prevención de Riesgos Laborales de la provincia de Málaga a vigilancia de la salud. Se recogió información de variables sociodemográficas y del estilo de vida mediante cuestionario autoadministrado, y se midieron variables antropométricas relacionadas con el estudio.

Resultados

La prevalencia del exceso de peso fue del 55%, de este porcentaje un 39,5% corresponde a sobrepeso y un 15,5% a obesidad (IMC>30). Se observó, una diferencia estadísticamente significativa para el sobrepeso y obesidad en el grupo de trabajadores manuales. La relación entre el nivel de estudios y la prevalencia de sobrepeso u obesidad resultó inversamente proporcional.

Conclusiones

La mayoría de los factores de riesgo observados como contribuyentes al aumento del exceso de peso son modificables. Un aumento en el nivel educativo de la población podría contribuir a la reducción de la prevalencia de sobrepeso y obesidad.

Palabras Clave: Obesidad, Sobrepeso, Circunferencia de la cintura, Hábitos, Factores de riesgo.

Abstract

Objetives

We try to show the prevalence of obesity and overweight and its relation to the type of work, educational level and lifestyle in workers.

Methodology

453 workers, who came to the Malaga Centre of Prevention of Occupational Hazards for medical check-up, were included. Information was collected through self-administered questionnaire, on sociodemographic and lifestyle variables and using anthropometric measurements.

Results

55% of the workers population presented excess weight, corresponding to overweight and obesity (BMI> 30) 39.5% and 15.5% respectively. We observed a statistically significant difference for overweight and obesity in the group of manual workers. The prevalence of overweight and obesity was decreasing as the education level increased.

Conclusions

The majority of risk factors observed like contributors to increase weight are modifiable. An increased of the education level in the population may well contribute to a reduction in the prevalence of obesity and overweight.

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:23 Página 8

Key words: Obesity, Overweight, Waist circumference, Habits, Risk factors.

Introducción

La obesidad es la segunda causa de mortalidad prematura y evitable, después del tabaco(1,2). La magnitud del problema del exceso de peso en la población mundial es considerable, estimándose cifras en aumento desde 1980.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2008 había en todo el mundo 1400 millones de adultos (≥ 20 años) con sobrepeso, y de esta cifra 500 millones de adultos eran obesos(3).

La situación de la obesidad en España se sitúa en un punto intermedio entre los países del norte de Europa, Francia y Australia, con proporciones de obesidad más bajas, y EEUU y los países del este europeo, que presentan tasas más elevadas.

En un estudio realizado a nivel estatal sobre una muestra aleatoria de población no institucionalizada, conocido como estudio DORICA(4), se estima que la prevalencia de exceso de peso en España asciende al 54,7% en población adulta, entre 25 y 64 años, de este porcentaje un 15,5% padece obesidad y un 39,2% sobrepeso.

Andalucía, es una de las comunidades autónomas, junto a Murcia y las Islas Canarias donde se han observado las cifras más altas de obesidad y sobrepeso. En Málaga, la segunda ciudad mayor por población en Andalucía, con 1.287.017 habitantes según el censo de 2001, Soriguer F. et al(5) describen una prevalencia de obesidad de 28,8%. Sánchez Chaparro et al(6), observan que casi dos tercios de los varones (63,1%) y un tercio de las mujeres trabajadoras (29,2%) presentaban sobrepeso u obesidad.

Diferentes estudios ponen de manifiesto que en la población adulta española, la prevalencia de obesidad es más elevada en mujeres que en hombres, y aumenta con la edad. Un IMC elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, como son cardiopatía coronaria, diabetes mellitus tipo 2 o hipertensión arterial. Entre las causas de sobrepeso y obesidad destacan dieta con bajo consumo de frutas y verduras, y un contenido elevado de grasas, y sedentarismo(7).

El coste económico que implica la obesidad se ha estimado en el estudio prospectivo Delphi8, en 2500 millones de euros anuales, lo que supone casi el 7% del gasto sanitario. La mayor parte de estos costes son debidos a los cuidados de salud por patologías asociadas, pero también son atribuibles a costes indirectos, como bajas e indemnizaciones por incapacidades laborales, así como la mortalidad prematura, entre otros.

La obesidad origina nefastas consecuencias en la salud de las personas, siendo en gran parte prevenible adoptando hábitos de vida saludables. Las empresas deberían concienciar a sus trabajadores sobre las consecuencias de la obesidad, el sedentarismo y la no realización de ejercicio físico, siendo los especialistas de medicina y enfermería del trabajo, los encargados de detectar y abordar esta problemática desde los servicios de prevención.

Este trabajo pretende conocer la prevalencia de obesidad y de sobrepeso en una muestra de trabajadores en un servicio de prevención de riesgos laborales de la provincia de Málaga, y los objetivos se basan en:

1. Medir la prevalencia de obesidad y de sobrepeso en población laboral de la Junta de Andalucía en Málaga.
2. Analizar la relación entre la prevalencia de obesidad y el puesto de trabajo, el nivel de formación de los trabajadores, su estado civil y sus estilos de vida (consumo de tabaco, consumo de alcohol y actividad física).
3. Evaluar si la incorporación del índice cintura/cadera en el examen de salud laboral mejora el diagnóstico de obesidad, como buen indicador de obesidad central.
4. Estimar la proporción de obesos a partir de la distribución de la grasa abdominal, como parámetro complementario al IMC.

Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio epidemiológico observacional y descriptivo. Se invitó a participar a todos los trabajadores que acudieron a vigilancia de la salud al Centro de Prevención de Riesgos Laborales (CPRL) de la Junta de Andalucía en Málaga, en el período comprendido entre el 5 de mayo y el 17 de julio del 2011. El único criterio de exclusión fue la negativa de los trabajadores a participar en el estudio. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado.

Primeramente, se solicitó a los participantes que respondiesen un cuestionario, en el que se incluyeron variables sociodemográficas (sexo, edad, nivel de estudios, estado civil y puesto de trabajo), y del estilo de vida (consumo de alcohol, de tabaco y práctica de ejercicio físico). En el examen de salud laboral se recogieron las siguientes mediciones antropométricas: Índice de Quetelet, perímetro de cintura y relación cintura/cadera.

- El **puesto de trabajo** se ha recodificado a su vez en:

• Puestos Administrativos: Conformado por empleados de oficina, ocupaciones de gestión administrativa, jurídico-legal, de planificación y de informática.

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:23 Página 9

• Puestos Técnicos: Trabajadores con ocupaciones relacionadas con estudios universitarios de nivel superior o diplomado.
• Puestos Directivos: Ocupaciones de dirección en la administración pública: jefes, gerentes y administradores generales.
• Puestos Manuales: Incluye a auxiliares de clínica, trabajadores del sector servicios (personal de limpieza, cocinero, ayudante de cocina, vigilante, ordenanza, gobernanta y conserje); ocupaciones relativas al transporte, carpintería, albañilería, fontanería, mecánica, electricidad, área gráfica; ocupaciones de carga, almacenaje y bodegaje.

- **Hábito tabáquico**: siguiendo la clasificación de la OMS, se consideró fumadora a aquella persona que refirió fumar diariamente o bien ocasionalmente, cualquier cantidad de cigarrillos, cigarros puros, y/o pipas, y a aquella persona que llevaba menos de un año sin fumar. Un no fumador es aquel que refirió no haber fumado nunca y un exfumador el que refirió haber dejado de fumar hace más de un año. En fumadores se recogió el número de cigarrillos/día.

- Ingesta de alcohol: Se consideró bebedora a la persona que en el momento del estudio refirió beber cualquier cantidad de bebida alcohólica. Para el cálculo de la cantidad ingerida de alcohol, los gramos de alcohol consumidos se recogieron según la unidad de bebida estándar (UBE). Una UBE es igual a 10 gramos de alcohol. Se clasificó al sujeto bebedor, según la cantidad ingerida de alcohol como:
• Bebedor prudente si en el caso de los hombres no supera las 28 UBE de alcohol a la semana, o bien 16 UBE de alcohol a la semana si son mujeres.
• Bebedor moderado si en el caso de los hombres el consumo de alcohol a la semana es de 29 a 40 UBE, o de 17 a 28 UBE en el caso de las mujeres.
• Bebedor excesivo si el consumo es > 40 UBE de alcohol a la semana en varones o > 28 UBE en mujeres.

- Actividad Física: La práctica de ejercicio físico se clasifica por el tiempo de dedicación a la semana como leve (≤2 h), moderada (3-4 h) o intensa (≥5 h).

- El índice de masa corporal (IMC), se calculó dividiendo el peso en kilogramos entre el cuadrado de la talla en metros. Se considero sobrepeso el IMC entre 25 y 29,9 y obesidad el IMC≥30. Se pesó al paciente en bipedestación con ropa ligera y sin calzado.

- La circunferencia de la cintura se midió con una cinta métrica flexible, milimetrada, en el punto medio entre el punto inferior de la última costilla y el margen superior de la cresta iliaca. Se consideró, según criterios de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad, factor de riesgo cardiovascular valores superiores a 82 cm en mujeres y 95 cm en varones, y riesgo cardiovascular elevado la medición que excede de 102 cm en el varón y de 88 cm en la mujer. El perímetro de la cadera se midió con una cinta métrica flexible, en la zona bitrocantérea. Tanto para la medición de la circunferencia de la cintura como para la medición del perímetro de la cadera el trabajador se encontraba en bipedestación, sin ropa, relajado y la lectura se realizo al final de una espiración normal. El índice cintura-cadera (índice C/C) se calculo dividiendo el perímetro de la cintura entre el perímetro de la cadera ambos en centímetros. Se consideró factor de riesgo cardiovascular valores mayores a 1 en hombres y mayor a 0,85 en mujeres, siguiendo criterios de la OMS.

Análisis estadístico

El tratamiento de los datos se realizó con el programa estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) para Windows versión 15.0. Los resultados se expresaron como frecuencias absolutas. Las variables cuantitativas se presentaron como media y desviación estándar (DE), y las variables cualitativas como porcentajes (%). Se utilizó la prueba de significación estadística Chi-cuadrado de Pearson (X2) para la comparación entre variables cualitativas. El intervalo de confianza fue del 95%. En todos los contraste de hipótesis se utilizó un nivel de significación estadística $p<0,05$.

Resultados

Entre el 5 de mayo y el 17 de julio de 2011 se realizaron 735 reconocimientos médico-laborales. La población que dio su consentimiento y fue objeto del estudio fue de 453 trabajadores. La distribución por sexos fue de 263 mujeres (58,1%) y 190 hombres (41,9%). La distribución por edad, tipo de trabajo e IMC de la muestra estratificada por sexos se representa en la tabla 1. La edad media fue de 44,5 ± 8,5 años, siendo el grupo más numeroso el de los 41-50 años (43,5%). Destaca una mayor proporción de trabajadores en el grupo de técnicos en ambos sexos. Casi un 80% de los hombres y aproximadamente un 40% de las mujeres presentan sobrepeso u obesidad.

En cuanto a la relación entre peso y puesto de trabajo, se observó que el grupo de trabajadores manuales fueron

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:23 Página 10

quienes presentaron la tasa más elevada de sobrepeso y obesidad:51 personas (44,3%) presentaron sobrepeso y 31 (27%) obesidad (p=0,001). También se dio esta relación en el grupo de trabajadores directivos: 4 personas (44,4%) presentaron sobrepeso y 2 (22,2%) obesidad, pero debido a la escasa presencia de trabajadores de este grupo (n=9), se descartó su representatividad en el estudio.

En relación al nivel de estudios, 318 (71,1%) refieren tener estudios universitarios.

La prevalencia de sobrepeso y obesidad es mayor en personas con estudios primarios, educación secundaria obligatoria (ESO), bachiller y formación profesional (FP), que en el grupo con estudios universitarios. Un total de 35 (27,2%) trabajadores sin estudios universitarios presentaba obesidad, frente a 34 (10,7%) trabajadores con estudios universitarios (p<0,001).

Y en cuanto al estado civil, 330 (73%) refieren estar casados o con pareja estable. Tanto en hombres como en mujeres, se observa una prevalencia mayor de sobrepeso u obesidad en aquellos trabajadores casados o con pareja estable que en el grupo de divorciados o separados (p<0,001). En esta categoría se descartó el grupo de viudos por su escasa representación en el estudio (n=5).

Del cómputo total de trabajadores, 115 (25,4%) refieren ser fumadores, 131 (29%) ex fumadores y 206 (45,6%) refieren no haber fumado nunca. La media de años de abandono del hábito tabáquico fue de 12 ± 8,2 años. En la población fumadora la media del consumo de cigarrillos diarios fue de 11,3 ± 8,7 cigarrillos/día. La prevalencia de obesidad es mayor en las personas que abandonan el hábito de fumar (p=0,002) -Figura 1-, ya que 90 (68,7%) trabajadores que han dejado de fumar presentaron exceso de peso, mientras que de los no fumadores 94 (45,6%) y 64 (55,6%) fumadores presentan exceso de peso.

Un total de 389 trabajadores (86%) refieren ingerir alguna cantidad de bebida alcohólica, bien de forma esporádica o a diario. Por sexos, eran los hombres quienes en proporción ingerían más alcohol, considerándose bebedores un total de 180 (94,7%) frente a 209 (79,8%) mujeres (p<0,001). Algunos trabajadores (16 hombres y 50 mujeres) no cumplimentaron en la encuesta inicial la cantidad de alcohol ingerida. Los que sí cumplimentaron este dato, 158 hombres (96,3%) ingerían menos de 28 UBE de alcohol a la semana, frente a 158 (99,4%) mujeres, que ingerían menos de 16 unidades a la semana. Tan solo 1 (0,6%) mujer y 4 (2,4%) hombres eran bebedores moderados, y 2 (1,2%) hombres eran bebedores excesivos. La media de unidades de alcohol ingeridas a la semana fue de 6,6 ± 6,8 unidades. Un total de 25 (39,7%) trabajadores que refieren no ingerir alcohol, presentaron exceso de peso. En cambio, un total de 223 (57,3%) trabajadores que refieren beber cualquier cantidad de alcohol, presenta sobrepeso u obesidad. (p=0,073) (Figura 2)

En relación al ejercicio físico, un total de 322 (71,2%) refirieron realizar ejercicio físico. Por sexos, son los hombres quienes realizan la actividad física más intensa,dedicando ≥ 5 horas a ejercicio físico, un total de 82 (59%), frente a 52 (30,8%) de las mujeres (p<0,001). La media de horas de ejercicio realizado a la semana fue de: 5,0±3,9 horas. Por tipo de trabajo, son los grupos de trabajadores directivos y manuales los que más horas refieren dedicar a ejercicio físico a la semana (p=0,003). Un total de 81 (62,3%) de los trabajadores que no realizaba ejercicio físico presentaba sobrepeso u obesidad. Sin embargo, un total de 168 (52,2%) de los trabajadores que realizaba ejercicio físico, presentaba sobrepeso u obesidad (p=0,056).

El grupo de trabajadores manuales fueron los que presentaron los valores más elevados del índice C/C tanto en hombres como en mujeres, aunque en mayor proporción en mujeres (Tabla 2).

Siguiendo la clasificación de riesgo cardiovascular (RCV) propuesta por la SEEDO en función del perímetro abdominal, podemos ajustar los márgenes de riesgo, ya que considera que existe RCV a partir de 82 cm en mujeres y de los 95 cm en varones. Con ello observamos que en nuestra población existe un 6,2% de mujeres con un IMC normal y sin embargo con un perímetro abdominal por encima del deseable (presentando un 4,8% de ellas RCV moderado y un 1,4% RCV elevado). En los hombres, existe un 4% con un IMC normal, que presentan un perímetro abdominal con RCV moderado (Tabla 3).

Se ha valorado conjuntamente el IMC y el perímetro abdominal para determinar el riesgo relativo (RR) de presentar comorbilidades asociadas a la obesidad, obteniéndose que un 55,4% de las mujeres y un 26,6% de los hombres se encontraban fuera de riesgo, al menos en lo que se refiere al factor de riesgo individual que constituye la sobrecarga ponderal. Un 22,5% de las mujeres y un 46,3% de los hombres presentaban un RR ligeramente aumentado. Un 10,1% de las mujeres y un 12,8% de los hombres presentaban un RR aumentado. Un 7% de las mujeres y un 10,7% de los hombres presentaban un RR alto. Un porcentaje muy bajo (3,1% en mujeres y 3,7% en hombres) tienen RR muy alto de padecer comorbilidades asociadas a la obesidad (Tabla 4).

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:23 Página 11

Figura 1. Distribución de IMC según hábito tabáquico

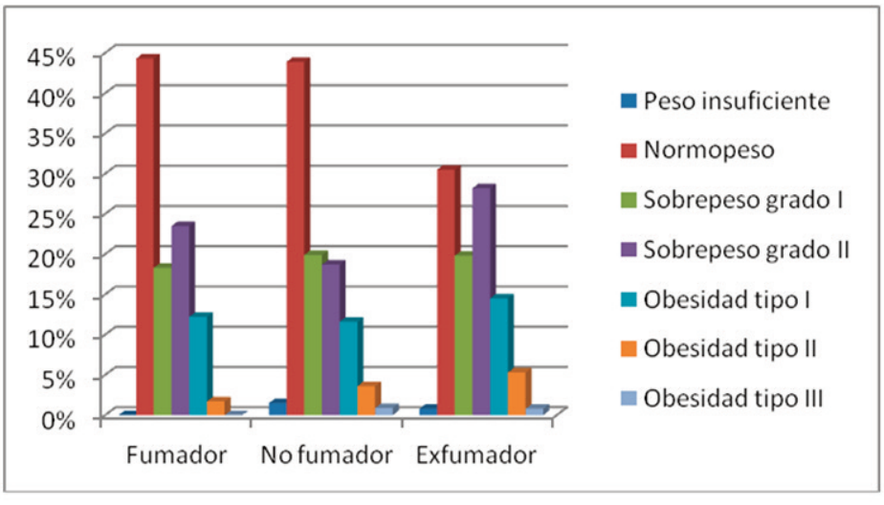
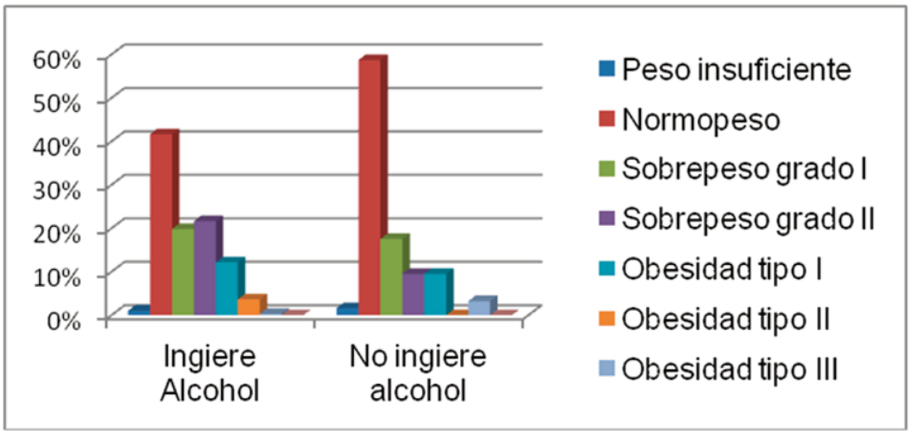


Figura 2. Distribución de IMC según ingesta de alcohol



REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:23 Página 12

Tabla 1. Distribución por edad, tipo de trabajo e IMC de la población estudiada estratificada por sexos.

	Hombres n=190 (41,9 %)	Mujeres n=263 (58,1%)	Total n=453
Edad media(años)	45,2±8,5	43,9±8,5	44,5±8,5
Administrativo	13 (6,8%)	41 (15,6%)	54 (11,9%)
Directivo	7 (3,7%)	2 (0,8%)	9 (2%)
Técnico	106 (55,8%)	169 (64,3%)	275 (60,7%)
Manual	64 (33,7%)	51 (19,4%)	115 (25,4%)
IMC 25-29,9	97 (51,1%)	82 (31,2%)	179 (39,5%)
IMC≥30	42 (22,1%)	28 (10,7%)	70 (15,5%)

Tabla 2. Diferencias por sexo y puesto de trabajo de acuerdo al valor crítico del índice cintura/cadera.

			Puesto de trabajo				
			Administrativo n=54	Técnico n=275	Directivo n=9	Manual n=115	
Índice C/C	Hombres	<1	11 (84,6%)	96 (92,3%)	5 (71,4%)	51 (79,7%)	p=0,071
		>1	2 (15,4%)	8 (7,7%)	2 (28,6%)	13 (20,3%)	
	Mujeres	<0,85	25 (61%)	97 (58,4%)	2 (100%)	21(41,2%)	p=0,075
		>0,85	16 (39%)	69 (41,6%)	0 (0%)	30 (58,8%)	

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 13

Tabla 3. Diferencias por sexo e IMC de acuerdo al valor crítico del perímetro abdominal.

			IMC								
			<18,5 n (%)	18,5-24,9 n(%)	25-26,9 n(%)	27-29,9 n(%)	30-34,9 n(%)	35-39,9 n(%)	40-49,9 n(%)	>50 n(%)	
Perímetro cintura	Hombres	≤ 95	0 (0%)	48 (96%)	34 (82,9%)	23 (41,8%)	1 (3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	p<0,001
		96-101	0 (0%)	2 (4%)	5 (12,2%)	21 (38,2%)	12 (36,4%)	1 (12,5%)	0 (0%)	0 (0%)	
		≥ 102	0 (0%)	0 (0%)	2 (4,9%)	11 (20%)	20 (60,6%)	7 (87,5%)	1 (100%)	0 (0%)	
	Mujeres	≤ 82	5 (100%)	137 (93,8%)	20 (41,7%)	7 (20,6%)	0 (%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	p<0,001
		83-87	0 (0%)	7 (4,8%)	18 (37,5%)	11 (32,4%)	0 (%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
		≥ 88	0 (0%)	2 (1,4%)	10 (20,8%)	16 (47,1%)	20 (100%)	6 (100%)	2 (100%)	0 (0%)	

Tabla 4. Riesgo relativo de la población a estudio de presentar comorbilidades asociadas a la obesidad.

	IMC (kg/m2)	Riesgo relativo a partir del perímetro de la cintura					
			Hombres ≤ 102 cm	Mujeres ≤ 88 cm		Hombres > 102 cm	Mujeres > 88 cm
Peso normal	18,5-24,9	Ninguno	50 (26,6%)	143(55,4%)	Ligeramente aumentado	0 (0%)	2 (0,8%)
Sobrepeso	25,0-29,9	Ligeramente aumentado	87 (46,3%)	56 (21,7%)	Aumentado	9 (4,8%)	25 (9,7%)
Obesidad	30,0-34,9	Aumentado	15 (8%)	1 (0,4%)	Alto	18 (9,6%)	18 (7%)
	35,0-39,9	Alto	2 (1,1%)	0 (0%)	Muy alto	6 (3,2%)	6 (2,3%)
Obesidad mórbida	>40	Muy alto	0 (0%)	0 (0%)	Muy alto	1 (0,5%)	2 (0,8%)

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 14

Discusión

En primer lugar, resaltar la elevada prevalencia de obesidad y sobrepeso. En nuestro estudio el 55% de los trabajadores presentaban exceso de peso, de este porcentaje un 39,5% presentaba sobrepeso y un 15,5% obesidad. Aranceta J. (*et al* 4) parecen llegar a cifras similares, estimando una prevalencia de exceso de peso de 54,7% en población adulta de entre 25 y 64 años en España, en un estudio realizado sobre muestras aleatorias representativas de la población de 9 comunidades autónomas (Andalucía, Baleares, Canarias, Cataluña, Galicia, Madrid, Comunidad de Murcia, País Vasco y Comunidad Valenciana), en el cual observaron que un 15,5% de la población padecía obesidad y un 39,2% sobrepeso. Soriguer F. (*et al 5)* obtienen cifras de obesidad más elevadas, observando una prevalencia del 28,8% de obesidad en una población de Pizarra (Málaga). Martínez Ros M.T (*et al9)* también obtienen una elevada prevalencia de exceso de peso en su estudio realizado en la Comunidad de Murcia en una muestra de 3091 personas de entre 18 y 65 años, con cifras que alcanzan el 61,4%.

La mayor prevalencia de sobrepeso y de obesidad fue encontrada en el grupo de trabajadores manuales. Rodríguez Martín A. (*et al10)* en un estudio realizado en Cádiz, también observan una elevada prevalencia de sobrepeso y obesidad, en trabajadores no cualificados y manuales. Ha sorprendido la alta prevalencia de exceso de peso en trabajadores directivos, quizás un sesgo por el pequeño tamaño de este grupo de trabajadores, no obstante si se ha considerado una llamada de atención suficiente como para ampliar el tamaño de la muestra y poder llegar a confirmarla o descartarla en estudios posteriores.

En nuestro estudio la prevalencia de obesidad fue mayor en personas casadas o con pareja estable, Soriguer F. (*et al5*) también observan una relación significativa entre la prevalencia de obesidad y el estado civil, encontrando un aumento de obesidad en personas jóvenes de hasta 45 años y casadas.

Se debe tener en cuenta que se trata de un grupo mayoritariamente con estudios universitarios, lo cual puede estar relacionado con que en el periodo de recogida de datos, acudieron a vigilancia de la salud un número importante de docentes. El bajo nivel de estudios, constituyó en nuestro trabajo, un factor relacionado con un el sobrepeso y la obesidad. Soriguer F. (*et al5)* observan en su estudio una prevalencia de obesidad seis veces mayor en personas sin estudios comparada con personas con estudios universitarios. Martínez Ros M.T (*et al9*) también observan que la prevalencia de obesidad es menor en todas aquellas personas con mayor nivel de estudios. Aranceta Bartrina J. (*et al7*) en una revisión de diversos estudios epidemiológicos realizados en España desde 1990 al año 2000 sobre obesidad concluyen que a menor nivel de instrucción la prevalencia de obesidad es más elevada.

El hábito tabáquico es otra variable que se relaciona con la obesidad. Aranceta Bartrina J. (*et al7)* observan en su estudio un aumento del riesgo de obesidad en las personas que abandonan el hábito de fumar.

En relación a la ingesta de alcohol, sea de forma diaria o esporádica, en nuestro estudio hemos observado una prevalencia mayor de bebedores, en trabajadores con sobrepeso o obesidad. Soriguer F. (*et al5)* observan en cambio, un mayor número de bebedores en los sujetos no obesos.

En nuestro estudio, el 71,2% refieren realizar ejercicio físico, lo que nos lleva a pensar que la variable ejercicio físico no esté bien recogida en el cuestionario. Según datos de la Encuesta Andaluza de Salud del 2007(11), el 43,1% de los andaluces mayores de 16 años no realiza actividad física en su tiempo libre y el 83,3% de la población andaluza ejercía un trabajo sedentario.

Conclusiones

La prevalencia de exceso de peso en los trabajadores de la Junta de Andalucía en Málaga resultó elevada (55%), correspondiendo un 39,5% a sobrepeso y un 15,5% a obesidad.

Existe una relación inversa entre la prevalencia de sobrepeso y obesidad y nivel de estudios. La prevalencia de obesidad fue mayor en trabajadores manuales en los que en muchos casos el nivel de formación es menor, por tanto los programas de reducción de peso tendrían que prioritariamente dirigirse hacia este colectivo de trabajadores.

La prevalencia de obesidad fue mayor en aquellos trabajadores casados o con pareja estable, por lo que cualquier intervención en programas de reducción de peso también debería tener en cuenta el estado civil de los sujetos.

La ingesta de alcohol es mayor en personas con sobrepeso u obesidad.

El hecho de tener un IMC normal no significa que no exista adiposidad abdominal y por tanto riesgo cardiovascular, especialmente en mujeres, por lo que se corrobora la utilidad de la medición del perímetro de la cintura, en los exámenes de salud.

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 15

A pesar de la limitación del tipo de estudio los hallazgos de este trabajo sugieren la necesidad de abordar la problemática del exceso de peso de población laboral en los exámenes de salud de los trabajadores que acuden a los servicios de prevención.

Bibliografía

1. Rubio M.A., Salas Salvadó J, Barbany M, Moreno B, Aranceta J, Bellido D, et al. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Rev. Esp. Obes. 2007; 7-48.

2. Mokdad A.H, Marks JS, Stroup D.F, Gerberding J.L. Actual causes of death in the United States, 2000. JAMA 2004; 291:1238-45.

3. World Health Organization. Obesity and overweight. WHO, 2012. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html. Último acceso 25 junio, 2012.

4. Aranceta J, Pérez Rodrigo C, Serra Majem L, Vioque J, Tur Marí J.A, Mataix Verdú J, et al. Estudio DORICA: Dislipemia, obesidad y riesgo cardiovascular. En: Aranceta J, Fox M, Gil B, Jover E, Mantilla T, Millán J, et al. Obesidad y riesgo cardiovascular. Estudio DORICA. Madrid: Panamericana; 2004. pp. 125 – 56.

5. Soriguer F, Rojo Martínez G, Esteva de Antonio I, Ruiz de Adana M.S, Catalá M, Merelo M.J., et al. Prevalence of obesity in south-east Spain and its relation with social and health factors. Eur. J. Epidemiol. 2004; 19: 33-40.

6. Sánchez Chaparro M.A, Román García J, Calvo Bonacho E, Gómez Larios T, Fernández Meseguer A, Sáinz-Gutiérrez J.C, et al. Prevalencia de factores de riesgo vascular en la población laboral española. Rev. Esp. Cardiol. 2006; 59: 421-30.

7. Aranceta Bartrina J, Serra Majem L, Foz Sala M, Moreno Esteban B, y Grupo Colaborativo SEEDO. Prevalencia de obesidad en España. Med. Clín. 2005; 125: 460-6.

8. Estudio prospectivo Delphi. Costes sociales y económicos de la obesidad y sus patologías asociadas (Hipertensión, hiperlipidemias y diabetes). Madrid. Gabinete de estudios Bernard – Krief, 1999: 51 – 66.

9. Martínez Ros M.T, Tormo M.J, Navarro C, Chirlaque M.D, Pérez Flores D. Extremely high prevalence of overweight and obesity in Murcia, a Mediterranean region in south-east Spain. Int. J. Obes. 2001; 25: 1372-80.

10. Rodríguez Martín A, Martínez Nieto J.M, Novalbos Ruiz J.P, Escobar Jiménez L. Overweight and obesity: The role of education, employment and income in Spanish adults. Appetite 2008; 51: 266-72.

11. Sánchez Cruz J.J, Sánchez Villegas P, Moya Garrido M.N, Mayoral Cortés J.M. La salud en Andalucía según las Encuestas Andaluzas de Salud (EAS): EAS-1999, EAS-2003 y EAS-2007. Encuesta Andaluza de Salud Pública. Granada, 2010.

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 16

Artículo original

La transversalidad del género en la Prevención de Riesgos Laborales

Trazabilidad editorial

Recepción:	04-07-2012
Revisión por pares:	16-08-2012
Aceptación final:	20-09-2012

Correspondencia
Rocío de Diego Cordero
Correo Electrónico: rodediego@gmail.com

Autores

De Diego Cordero, R
Enfermera del Trabajo
Mutua Fraternidad-Muprespa
Sevilla

Resumen

Plantear el hecho de tener en cuenta una mirada desde las corrientes de género en la Prevención de Riesgos Laborales puede, en un principio, parecer algo cuanto menos atrevido. No obstante, desde la década de los años cincuenta del pasado siglo, se está teniendo en cuenta la perspectiva de género como una transversal que se encuentra intrínsecamente unida no sólo a la vida social, cultural, familiar, sino también laboral de los individuos.

Palabras clave: género, prevención, comportamiento laboral, riesgos específicos.

Abstract

Discuss the fact of taking a view from gender currents in Health and Safety into account may seem a bit daring. However, since the fifties of last century, the gender perspective as a mainstreaming which is deeply related not only to social, cultural and family life, but also to individuals' working life is being considered.

Keywords: gender, prevention, work behavior, specific risks.

Introducción

Si entendemos "género" como un constructo social que pone de manifiesto las convenciones culturales, los roles y los comportamientos sociales que diferencian a las mujeres y los hombres y, por tanto, intenta diferenciar el sexo biológico de la forma en que la sociedad construye el "ser hombre" o "ser mujer", podemos inferir, por tanto, que esos comportamientos diferenciadores que determinan el género al que cada individuo pertenece están imbricados, de manera inevitable, con el comportamiento laboral, y por ello, al igual que existen diferencias entre géneros, existirán "distintos comportamientos laborales".

El seguimiento de esta línea es lo que ha llevado a plantear al género como un aspecto más a tener en cuenta en la prevención, pues, al igual que los aspectos sociales, económicos, culturales… influyen en ella, el género también determina el análisis de esta realidad laboral, un análisis que debe perseguir la consecución de la eficacia de las medidas adoptadas en este campo.

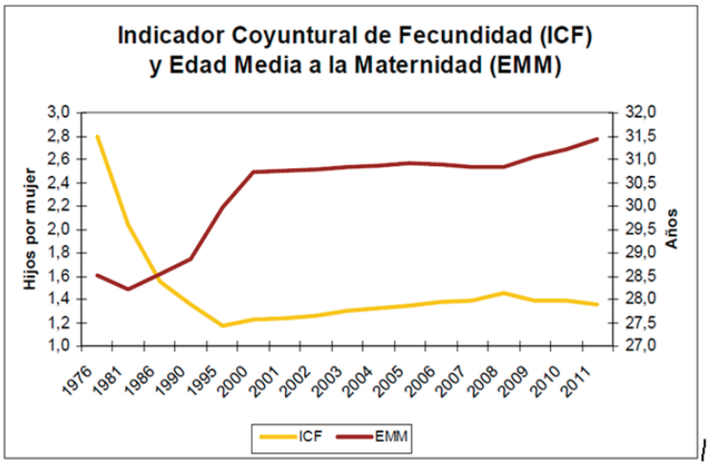
Material y métodos

Para poner en relación algunos de estos aspectos que de alguna manera conforman el género, han sido revisados datos del INE (Instituto Nacional de Estadística) referentes al año 2011, en el que pueden verse algunos de los aspectos que entran en juego y que influyen de manera directa o indirecta.

Si nos fijamos en el *Movimiento Natural de la Población* y en los *Indicadores Demográficos Básicos* publicados por el INE referentes al año 2011, obtenemos datos como una reducción en el número de nacimientos al 3,5% durante 2011; una elevación en la edad media de la maternidad hasta 31,4 años y un descenso a 1,35 hijos por mujer. Esto lleva inevitablemente a un descenso en la natalidad del 3,5% respecto a 2010.

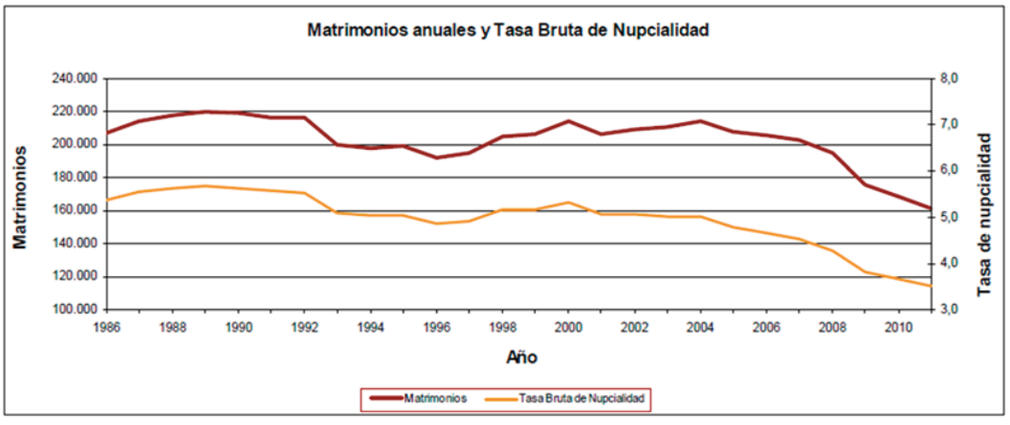
REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 17

Figura 1. Indicador Coyuntural de Fecundidad (ICF) y Edad Media de la Maternidad (EMM). Fuente: INE



Otro aspecto relacionado es el de la nupcialidad, que también ha experimentado un descenso del 4,4 % respecto a 2010. La edad media al matrimonio se estimó en 36,1 años para los hombres y 33 años para las mujeres.

Figura 2. Matrimonios anuales y Tasa Bruta de Nupcialidad. Fuente: INE



REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 18

De estos datos puede deducirse el cambio en el concepto de género que ya viene produciéndose hace años y que lleva al planteamiento de aspectos como los que se esbozan en este artículo.

Cambios en el estado civil, por ejemplo, y un aumento en la edad de contraer matrimonio, suponen cambios sociales que van a influir en todos los ámbitos y que deben tenerse en cuenta si queremos conseguir una perspectiva holística y global, dado que esto influye en el desarrollo de la persona y por tanto en otros ámbitos como el laboral. Esta citada tendencia de las últimas décadas a retrasar la edad de contraer matrimonio así como de tener hijos, está estrechamente unida al desarrollo profesional y laboral de los individuos; tener un trabajo estable y un salario fijo son dos cuestiones muy valoradas a la hora de plantearse estos cambios, unido al tiempo de dedicación a los hijos y a la conciliación de la vida familiar, entre otros.

Esto nos lleva a un escenario laboral distinto cada vez; se nos presenta otro "mapa": trabajadoras embarazadas cada vez mayores; cambios en al patrón de comportamiento de los individuos provocados por la búsqueda de la adecuación a horarios escolares, familiares; compatibilización con segundos o terceros empleos; disminución de la disponibilidad de los trabajadores a flexibilidad espacial y horaria, etc.…

De manera que, teniendo en cuenta todo lo expuesto, parece evidente que la perspectiva de género sea algo a tener en cuenta en nuestro ámbito de la Prevención de Riesgos Laborales, un campo vivo y dinámico, y que debe seguir ajustándose a la realidad social.

Sectores específicos

Con idea de ayudar a ver de una manera más clara y práctica todos los conceptos planteados hasta ahora, se presentan a continuación, datos referentes a una observación centrada en sectores laborales (principalmente aquellos tradicionalmente unidos al cuidado), en el que la influencia del género se hace evidente.

Según la EPA (Encuesta de Población Activa), publicada por el INE correspondiente a los años 2009 y 2010, los ocupados por ramas de actividad se distribuyen de la siguiente manera:

Tabla 3: Ocupados por ramas de actividad (% respecto del total de cada sexo. Fuente: EPA. INE

	2010		2009	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
A. Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	5,7	2,5	5,5	2,5
B. Industrias extractivas	0,4	0,0	0,4	0,0
C. Industria manufacturera	17,2	7,4	17,6	7,8
D. Suministro de energía eléctrica, gas, vapor y aire acondicionado	0,6	0,2	0,6	0,2
E. Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación	1,0	0,2	1,1	0,2

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 19

F. Construcción	14,7	1,7	16,4	1,8
G. Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos de motor y motocicletas	14,3	17,6	13,9	18,1
H. Transporte y almacenamiento	7,2	2,0	7,0	2,0
I. Hostelería	6,1	9,1	6,0	9,5
J. Información y comunicaciones	3,4	2,0	3,2	2,1
K. Actividades financieras y de seguros	2,4	2,6	2,5	2,6
L. Actividades inmobiliarias	0,4	0,5	0,4	0,6
M. Actividades profesionales, científicas y técnicas	4,2	5,1	4,1	5,1
N. Actividades administrativas y servicios auxiliares	3,8	6,1	3,7	6,2
O. Administración Pública y defensa; Seguridad social obligatoria	7,9	7,2	7,6	6,8
P. Educación	3,9	9,5	3,8	9,2
Q. Actividades sanitarias y de servicios sociales	3,0	12,9	2,9	12,3
R. Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	1,8	1,7	1,6	1,6
S. Otros servicios	1,2	3,2	1,2	3,4
T. Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico y como productores de bienes y servicios para uso propio	0,6	8,4	0,6	8,0
U. Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales	0,0	0,0	0,0	0,0

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 20

Aunque bien es verdad que hay otros sectores en los que la cifra de mujeres supera a la de hombres, donde más se acusa la diferencia es en las actividades relacionadas con la sanidad y aquellas referidas al trabajo doméstico.

Resultados

Analizando ésto desde una perspectiva de género, podemos ver que estos "sectores laborales feminizados" están íntimamente relacionados con lo que científicos sociales como Comas, D., Moreno I. o Palenzuela, P., ya apuntaban en la década de los noventa, y es que las representaciones ideológicas influyen en la forma en que las personas se integran en el mercado de trabajo, modelando sus preferencias por determinadas ocupaciones. Por lo tanto, incorporarse a estos sectores se debe a determinantes como:

• La vinculación entre el cuidado y la ayuda social como prácticas unidas a los contenidos que explican lo femenino, y cómo esto ha desembocado en una progresiva profesionalización de dichas prácticas.

• Perfiles académicos y profesionales demandados –psicólogos, trabajadores sociales, educadores…, que se caracterizan por una mayor presencia de mujeres, por esa relación también con el cuidado y la ayuda.

• Intereses personales con los que las mujeres se incorporan al mercado laboral, que les llevan a preferir desarrollar su actividad laboral en este tipo de empresas y actividades, pese a que constituyan a veces empleos de peor calidad y peor remunerados. El "prestigio social" de este tipo de empleos unido a la consideración del salario femenino como una "aportación secundaria y de menor importancia" con respecto al masculino (principal sustento) son algunas de las razones que justifican esta supremacía femenina.

Discusión

La medicina del Trabajo

Dentro de la Prevención de Riesgos Laborales, la especialidad de Medicina del trabajo, contempla las diferencias entre hombres y mujeres, aunque no en la totalidad de los aspectos que entran en juego cuando nos referimos al género ya que estas diferencias están basadas casi exclusivamente en rasgos biológicos que pueden influir en la exposición a determinados riesgos y por ende, en el daño a la salud provocado por los mismos.

Basados en estas diferencias biológicas, se conocen cifras de morbi-mortalidad diferentes entre hombres y mujeres, que ponen en evidencia las diferentes respuestas existentes frente a los estímulos, y por ello, frente al desarrollo de enfermedades. Así, enfermedades como la osteoporosis, cáncer de mama e incluso fracturas, muchas de ellas relacionadas con el sistema endocrino, son más comunes en mujeres que en hombres, por no mencionar las específicamente relacionadas con embarazo, parto o lactancia.

Sin embargo, no hay protocolos específicos que diferencien entre hombre y mujer en el ámbito de la Vigilancia de la Salud, tan sólo algunos elementos diferenciadores basados en las diferentes características anatómicas y fisiológicas entre sexos, algo que sigue muy lejos de lo que supone contemplar la realidad desde una perspectiva de género.

Bien es verdad, que en el plano del embarazo, parto y lactancia, los profesiones de la salud laboral contamos con unas pautas que nos ayudan a evaluar los riesgos, vigilar a la salud, adaptar los puestos, etc.… pero la base de todo ellos está en "problemas fisiopatológicos", causados por agentes, perfectamente detallados en un listado, que puede encontrarse en el Anexo VII de las Directrices para la evaluación de riesgos y protección de la maternidad en el trabajo, publicado por el INSHT, el pasado año 2011.

Sin embargo, como hemos visto, numerosos son los factores que intervienen y que no son tenidos en cuenta.

Quizá tengamos los sanitarios que empezar a crear herramientas que permitan cada vez más, abordar todos esos factores que se nos están quedando por el camino.

Como conclusiones, comentar que actualmente, como se ha expuesto, las diferencias entre géneros no van más allá de las diferencias biológicas, no atendiendo a otros aspectos que condicionan la vida de los trabajadores y trabajadoras y que, por tanto, influyen de manera directa en su actividad laboral, y por extensión, en la Prevención de los Riesgos Laborales.

Apostando por llevar a cabo una prevención específica e individual que condicione a su vez la implantación de medidas preventivas adaptadas a cada caso particular, debemos esforzarnos por conocer otros aspectos de la población trabajadora con idea de conseguir una visión holística, integradora y real, dando un paso más en nuestra disciplina. Y quizá tomar en cuenta la perspectiva de género sea un buen comienzo.

Bibliografía

1. INE Movimiento Natural de la Población e Indicadores Demográficos Básicos. En prensa 2012.

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 21

2. INE EPA (Encuesta de Población Activa) años 2009 y 2010. España; 2011.

3. Comas, D, Trabajo, Género y Cultura. La construcción de desigualdades entre hombres y mujeres. España: Icaria; 1995.

4. Moreno, I, Trabajo, ideologías sobre el trabajo y culturas del trabajo. España: Escuela Universitaria de Relaciones Laborales; 1997

5. Palenzuela, P, Trabajo, Objeto de estudio de la antropología. En:VII Congreso de Antropología Social Simposio III. Zaragoza 16-20 de septiembre de 1996. Aragón: Instituto aragonés de antropología 1996.p 215.

6. INSHT Directrices para la evaluación de riesgos y protección de la maternidad en el trabajo. España: INSHT; 2011

7. Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales (art. 26, modificado por la Ley 39/99). BOE núm. 269 de 10 de noviembre de 1995.

8. Ley 39/99 de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. BOE n 266 de 6 de noviembre de 1999.

9. Directiva 92/85/CEE del Consejo, de 19 de octubre de 1992, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en periodo de lactancia (transpuesta en su mayor parte por la LPRL).

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 22

Artículo original

Validación de un cuestionario de autocuidados de salud bucodental en el medio laboral- ASBLA

Trazabilidad editorial

Recepción:	18-07-12
Revisión por pares:	26-08-12
Aceptación final:	19-09-12

Correspondencia
Paula María Peña Salguero
Correo electrónico: paulapena@enfermeriadeltrabajo.com

Autores

Peña Salguero, PM
Servicio Médico de Empresa en El Corte Inglés
Enfermera Especialista del Trabajo
Licenciada en Odontología

Olmo Mora, MS
Servicio de Prevención de Riesgos Laborales SESCAM
Enfermera Especialista en Enfermería del Trabajo

Resumen

Introducción

La labor preventiva y educadora sanitaria de la enfermera del trabajo, así como su relación con grupos de población adulta sana hacen de este colectivo sanitario un medio muy adecuado para emprender programas orientados a fomentar hábitos saludables y elevar el nivel de salud de los trabajadores. Con este propósito, se ha llevado a cabo la elaboración de un cuestionario que nos permita conocer el nivel de autocuidados bucodentales de la población trabajadora. Los objetivos son: Diseñar y validar un cuestionario que sirva a la enfermería del trabajo como herramienta para evaluar el nivel de autocuidados de la cavidad oral de la población trabajadora.

Material y métodos

Se diseñó un cuestionario de 14 ítems escalonados de menor a mayor nivel de cuidados y se administró en un área sanitaria del Servicio de Salud de Castilla La Mancha. Se realizó una fase experimental o pilotaje mediante su aplicación a una muestra de 10 trabajadores. Se analizó la validez de contenido mediante la valoración por expertos utilizando un cuestionario con escala Likert. Posteriormente se evaluó la consistencia interna mediante Alfa de Cronbach. Finalmente se obtuvo un cuestionario definitivo de 11 ítems.

Resultados

Los datos obtenidos muestran que el cuestionario conseguido es una herramienta válida y fiable.

Conclusiones

La validación del presente cuestionario proporciona al enfermero del trabajo una herramienta de gran utilidad como medidora del nivel de autocuidados en salud bucodental de la población trabajadora.

Palabras Clave: Autocuidados, Salud Bucodental, Escala, Cuestionario.

Abstract

Introducction

Preventive and educational tasks performed by the occupational nurse and his or her relationship with adult healthy segments of the population make of these proffesionals a very apropriate way to undertake programs aimed to promote healthy lifestyle habits and improve the health level of the workers. With this purpose in mind, a questionnaire that allows us to know the level of oral selfcare of the working population was created. The objectives are: design and validate a questionnaire that the occupational nurse can use as a tool to evaluate the level of oral selfcare of the working population.

Methodology

A 14 items questionnaire sorted from low to high level of care was designed and distributed in an area of the Servicio de Salud de Castilla La-Mancha. An experimental phase or pilot was done over a sample of 10 workers. The validity of the content was analyzed by experts using the

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 23

Likert scale. Afterwards, internal consistency was evaluated by Alfa de Cronbach. Getting finally a 11 items questionnaire.

Results

The obtained data proves that the questionnaire is a valid and reliable tool.

Conclusions

The validation of the present questionnaire provides to the occupational nurse with a very useful tool to measure the level of oral selfcare (OS from now) of the working population.

Keywords: Self care, Oral health, scale, questionnaire.

Introducción

El estado de salud resulta de la interacción de un conjunto de determinantes como son la biología humana, los hábitos de vida y las creencias y actitudes de las personas, los entornos laboral y extralaboral, los servicios sanitarios, etc. Para gestionar la salud en el trabajo se debe combinar de forma dinámica y complementaria la reducción de los factores de riesgo y el desarrollo del bienestar físico, mental y social. La promoción de la salud en el trabajo supone un modelo de actuación que ayuda a conseguir estas metas1.

Teniendo como base la definición de promoción de la salud que aparecía en la carta de Otawa (OMS, Ginebra. 1986), la Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo **(ENWHP)** consensuó en el año 1997 la siguiente definición(2):

"La promoción de la salud en el trabajo es aunar los esfuerzos de los empresarios, los trabajadores y la sociedad para mejorar la salud y el bienestar de las personas en el lugar de trabajo". Esto se puede conseguir combinando actividades dirigidas a:

1. Mejorar la organización y las condiciones de trabajo.
2. Promover la participación activa.
3. Fomentar el desarrollo individual.

La eficacia de la promoción de la salud en el lugar de trabajo (3) ha sido ampliamente estudiada, existiendo un claro efecto positivo sobre la concienciación individual acerca de la salud y en la conducta, así como resultados de salud y sociales a largo plazo.

Según declara la Encuesta de Salud Oral en España de 2007 (4,5), llevada a cabo por el Consejo General de Dentistas, entre el 92-94% de la población adulta mayor de 35 años padece caries -ya sea tratada o en fase activa- , y el 85- 94% de ellos presenta algún problema relacionado con las encías.

Esta elevada prevalencia de patología bucodental en la población adulta española llama la atención, máxime por la capacidad que posee el autocuidado como agente modulador del estado de salud bucodental.

Se define autocuidado como el conjunto de "acciones que permiten al individuo mantener la salud y el bienestar y responder de manera constante a sus necesidades" "Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar." (Orem, 2001)(6).

Siendo la enfermería por excelencia, el profesional experto en cuidados, así como la enfermería del trabajo el especialista con fácil accesibilidad y capacidad de intervención sobre la población trabajadora, se consideró la idoneidad de nuestra posición como agentes preventivistas en materia de salud bucodental.

Con objeto de profundizar y conocer la situación de partida concreta de la población en la que se llevase a cabo la intervención, se pretendió elaborar un sistema objetivo de medición como herramienta para valorar el nivel de autocuidados bucodentales de los trabajadores. Entendiendo nivel como la medida de una cantidad con referencia a una escala determinada, el término nivel de autocuidados requería ser cuantificado. Para ello, fue necesario llevar a cabo el presente estudio, con la finalidad de validar un cuestionario de salud bucodental en el medio laboral.

Material y métodos

En primer lugar, se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos de amplia difusión del sector sanitario en busca de sistemas de medición formal que se adaptasen al objetivo marcado. Ante la inexistencia de los mismos, se planteó la necesidad de elaborar un cuestionario de medición del nivel de autocuidados bucodentales de la población trabajadora. Para ello, se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal mediante la selección, de forma aleatoria, de una muestra de trabajadores de un área sanitaria del Servicio de Salud de Castilla la Mancha.

Diseño del cuestionario. Se elaboró un cuestionario restringido/cerrado, que constaba de 14 ítems con respuesta múltiple y escalonada de menor a mayor nivel de cuidados. La estructura de los ítems se basó en los utilizados previamente para estudios sobre hábitos de salud buco

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 24

dental de la población española(7),aunque fue necesario adaptarlos para poder clasificar las respuestas en niveles de cuidados. Dentro del cuestionario, esos ítems se agruparon en 4 dimensiones: hábitos de higiene oral, estado de la cavidad oral, hábitos de salud bucodental y educación sanitaria, y para su elaboración, se marcaron las siguientes premisas: validez (que sirviera para medir lo que se pretendía medir), claridad (simple y de fácil utilización), fiabilidad (que fuese reproducible), sensibilidad (que fuese capaz de reflejar variaciones en la medición), aceptabilidad (que no causase molestias al sujeto examinado) y manejabilidad estadística (8,16).

Se dio una puntuación de 0 a 4 a las respuestas de cada uno de los ítems, siendo 0 el grado más bajo y 4 el máximo nivel de cuidados. De la suma de las puntuaciones resultaba un número entero que oscilaba entre 0 y 13. Se establecieron 3 rangos en función de la puntuación total obtenida, correspondientes al nivel de autocuidados de la salud bucodental, que eran: 0-5=Nivel de autocuidados bajo, 6-9=Nivel de autocuidados medio, y 10-13=Nivel de autocuidados alto.

Administración del cuestionario. En primer lugar, se realizó un pilotaje o fase experimental del cuestionario inicial mediante un ensayo a 10 trabajadores del SESCAM dentro del Área de Salud de Puertollano, que cumplimentaron la escala vía telefónica y de forma anónima. Posteriormente, y con objeto de corroborar la validez de criterio, se hizo evaluar dicha encuesta por un grupo de expertos seleccionando, de forma arbitraria, a 10 profesionales sanitarios relacionados con la materia, de los cuales 5 eran enfermeros del trabajo, 1 enfermero generalista, 1 higienista dental, 1 médico del trabajo, 1 odontólogo, y 1 farmacéutico, que respondieron tanto al cuestionario como a un test de valoración del mismo, que constaba de 9 preguntas para cuyas respuestas se estableció una escala Likert (anexo 1). Tras el análisis de los resultados obtenidos se elaboró el cuestionario definitivo (anexo 2). Se administró mediante correo electrónico a una nueva muestra de 50 trabajadores de SESCAM, seleccionados de forma aleatoria pertenecientes al Área de Salud de Puertollano. Elegir esta forma de administración nos permitió analizar inmediatamente los resultados tras la respuesta del encuestado, y evitar sesgos por interferencias en la entrevista con el encuestador. Anexo al formulario se facilitaron las instrucciones de participación a los encuestados (anexo 3).

Se utilizó el programa SPSS en su versión 15.0 para el tratamiento estadístico de los datos.

Resultados

A los datos obtenidos de la valoración de los expertos se les realizó la prueba W de Kendall (anexo 4), que mide el grado de asociación entre varios conjuntos de N entidades, es decir, el nivel de acuerdo entre los valoradores, y que demostró que no existe diferencia significativa entre los diez expertos para el conjunto de preguntas formuladas. Asimismo, el resultado del pilotaje con los trabajadores se analizó utilizando la prueba alfa de Cronbach (anexo 5), que cuantifica la consistencia interna, obteniendo un índice de 0,765 para una escala resultante de cuatro ítems cuantificables, los numerados como 1, 7, 9 y 11, dentro del cuestionario de 11, lo que indicó una alta fiabilidad como escala de medida. Para darle un nombre fácil de recordar y cómodo de usar se eligieron las siglas de ASBLA para denominar al cuestionario de autocuidados de salud bucodental en el medio laboral.

Discusión

Los resultados muestran que el cuestionario desarrollado en el presente estudio es un instrumento con suficiente validez y fiabilidad para medir el nivel de autocuidados en salud bucodental de la población trabajadora. La valoración del cuestionario por parte de los expertos es muy buena. El 97% de los profesionales encuestados contestaron con la máxima puntuación a la pregunta 1, demostrando que una amplia mayoría de los profesionales de la salud coinciden en la importancia de la valoración del autocuidado que los trabajadores tienen de su salud bucodental. El análisis factorial confirmó la existencia de 11 ítems, 3 menos de las propuestas inicialmente. Aún así, se demuestra la validez de constructo en las definitivas.

El cuestionario de autocuidados demostró tener una elevada consistencia interna =0,765. Por su fiabilidad y validez, este cuestionario puede ser utilizado tanto en investigación como en la práctica diaria. Al ser un cuestionario de sólo 11 ítems, su tiempo de administración es breve, lo que hace más factible su aplicación en la consulta de enfermería del trabajo, donde puede ser de gran utilidad para decidir qué intervenciones son necesarias dentro de un programa de salud bucodental.

Finalmente, a modo de conclusiones, indicar que tras el análisis e interpretación estadística, podemos afirmar que el cuestionario de la salud bucodental elaborado tiene un nivel de validez y de fiabilidad que le hacen ser considerado una escala de medición en salud.

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 25

La validación de dicha escala de medición en autocuidados de salud bucodental nos permite presentar una herramienta útil para clasificar el nivel en el que el trabajador se encuentra, ofreciendo información cuantificada que permita establecer una guía de actuación enfermera en el ámbito del cuidado de salud bucodental.

Bibliografía

1. Vaquero Puerta, JL. Manual de Medicina Preventiva y Salud Pública. Pirámide. 2009.

2. La promoción de la salud en el trabajo: cuestionario para la evaluación de la calidad. NTP 639. INSHT. Ministerio de Trabajo.

3. Ministerio de Sanidad y Consumo. La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud. Parte Dos. Madrid. 2000.

4. Consejo General de Dentistas. Encuesta de Salud Oral 2010. Análisis de la evolución de la salud oral de 1993 a 2010.

5. Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la I Región. Libro Blanco para profesionales Odontólogos y Estomatólogos. Madrid. 2007.

6.Autocuidado. En http: http://es.wikiversity.org/wiki/Autocuidado

7. Rioboo García, Rafael. Odontología Preventiva y Comunitaria- Tomo II. Madrid. 2002.

8. Burns, N. Grove, SK. Investigación en Enfermería. Madrid. 2005.

9. Andrés Iglesias JC, Andrés Rodríguez NF, Fornos Perez JA. Validación de un cuestionario de conocimientos sobre hipercolesterolemia en la farmacia comunitaria. Seguimiento Farmacoterapéutico 2005; 3(4): 189-196. (http://www.cipf-es.org)

10. JM Batista-Foguet, G Coenders. Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. Med Clin. Ed. Elsevier. Barcelona. 2004.

11. Puche, JFM. Validación de un cuestionario para la medición del clima organizacional en centros de salud. Atención primaria, La Rioja. 2004. (http://www.dialnet.unirioja.es)

12. Prieto L. Cuestionarios de salud: concepto y metodología. Atención primaria, 2001. La Rioja. (http://www.dialnet.unirioja.es)

13. Badia X. Cuestionarios de salud en España y su uso en atención primaria. Aten Primaria, 2001. (http://www.elsevier.es)

14. Martín Arribas, MC. Diseño y validación de cuestionarios.Instituto de Investigación de Enfermedades Raras. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

15. Gil Pascual, JA. Métodos de investigación en educación. Vol III. Análisis multivalente.

16. Llauger, MA; Contijoch, C. Autocuidados y atención primaria. Med Clin. Barcelona. 1997;19:267-70. - vol.19 núm 5.

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 26

Anexo 1: Test de valoración de expertos
*Obligatorio

1. ¿Consideras de interés valorar el nivel de cuidados en salud bucodental de los trabajadores? *

1 2 3 4 5
En total desacuerdo Totalmente de acuerdo

2. Las preguntas son sencillas y claras *

1 2 3 4 5
En total desacuerdo Totalmente de acuerdo

3. Los datos figuran bien ordenados, está bien estructurada. *

1 2 3 4 5
En total desacuerdo Totalmente de acuerdo

4. Las preguntas de este cuestionario abarcan todos los aspectos del cuidado en SBD que el paciente debe conocer. *

1 2 3 4 5
En total desacuerdo Totalmente de acuerdo

5. Los datos recogidos en el registro permiten saber el nivel de cuidados SBD del trabajador *

1 2 3 4 5
En total desacuerdo Totalmente de acuerdo

6. El paciente podrá comprender las preguntas de este cuestionario. *

1 2 3 4 5
En total desacuerdo Totalmente de acuerdo

7. El sistema de puntuación de las respuestas es adecuado. *

1 2 3 4 5
En total desacuerdo Totalmente de acuerdo

8. Dada la estructura y sencillez de la hoja de registro, puede ser cubierta en una entrevista corta con el paciente. *

1 2 3 4 5
En total desacuerdo Totalmente de acuerdo

9. Puede ser un elemento más de ayuda al profesional sanitario en su trabajo diario. *

1 2 3 4 5
En total desacuerdo Totalmente de acuerdo

OBSERVACIONES

Profesional sanitario *
A. Enfermero/a
B. Enfermero del trabajo
C. Odontólogo
D. Higienista dental
E. Médico del trabajo
F. Farmacéutico

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 27

Anexo 2: CUESTIONARIO SOBRE AUTOCUIDADOS DE SALUD BUCODENTAL EN EL MEDIO LABORAL- ASBLA	
DATOS PERSONALES	
Sexo	
Masculino	
Femenino	
Edad	
De 16-25 años	
De 26- 35 años	
De 36-45 años	
De 46- 55 años	
De 56- 65 años	
Más de 65 años	
Estudios que posee	
No poseo estudios	
Estudios primarios	
Bachillerato elemental / ESO / 14 años	
Bachillerato superior / BUP / COU / 18 años	
Estudios de Formación Profesional	
Estudios de grado-grupo A1	
Estudios de grado-grupo A2	
No sabe/no contesta	
DATOS LABORALES	
Turno de trabajo	
Turno partido (mañana y tarde)	
Turno fijo (jornada intensiva mañana, tarde o noche)	
Turno rotatorio (voy cambiando jornada intensiva mañana, tarde o noche)	
Turno fijo más atención continuada/extraordinaria	
Solo guardias/días sueltos	
Otros	
Durante el trabajo	
Nunca como nada, en todo caso algo líquido	
Como algo rápido y sigo trabajando, no tengo tiempo de más	
En función del turno de trabajo, a veces una comida principal (desayuno, comida, etc) o bien un tentempié	
Siempre hago una comida en el trabajo (sea desayuno, merienda, etc)	
¿Dispone usted de lugar adecuado para realizar la higiene dental durante el trabajo?	
Si	
No	
CUESTIONARIO SOBRE AUTOCUIDADOS	
Hábitos de higiene oral	
1. ¿Cuándo tiene usted costumbre de cepillarse los dientes?	
Nunca (0 puntos)	
Cuando me acuerdo, no a diario (1 punto)	
Una vez al día (2 puntos)	
Dos o tres veces al día (3 puntos)	
Cada vez que como algo o más de tres veces al día (4 puntos)	
2. ¿Suele cepillarse la lengua y mejillas?	
Si	
No	
3. ¿Se cepilla usted los dientes en el trabajo?	
Nunca	
Cuando me acuerdo	

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 28

Siempre que como algo	
4. ¿Suele usar seda o hilo dental?	
No, no sé lo que es y nunca lo he usado	
No, sé lo que es y cómo se utiliza pero no lo he usado	
Sí, lo uso esporádicamente, aunque no sé si lo hago bien del todo	
Sí, lo uso a diario y sé como se usa	
Estado de su cavidad oral	
5. ¿Cuántas piezas dentarias ha perdido? (No tenga en cuenta las perdidas por traumatismos o extracciones de piezas sanas)	
Todas o la mayoría	
He perdido entre 3 y 6 piezas dentales	
Sólo he perdido 1 ó 2 piezas dentales	
Conservo todas las piezas	
6. ¿Ha restaurado las piezas dentales perdidas?	
No he restaurado ninguna de las que me faltan	
Sólo he restaurado algunas	
Todas o casi todas las he restaurado	
No he perdido ninguna pieza dentaria	
Hábitos de salud bucodental	
7. ¿Con qué frecuencia asiste al dentista?	
Nunca he ido al dentista (0 puntos)	
De tarde en tarde, sólo cuando tengo algún problema (1 punto)	
Una o dos veces al año, pero generalmente cuando tengo algún problema (2 puntos)	
Una o dos veces al año, de forma preventiva (3 puntos)	
8. ¿Cada cuánto tiempo cambia su cepillo dental?	
Nunca	
Cuando está muy estropeado	
Una vez al año aproximadamente	
Cada seis meses más o menos	
Cada tres meses	
9. ¿Lleva consigo cepillo de dientes cuando come fuera de casa?	
Nunca (0 puntos)	
Sólo cuando viajo (1 punto)	
Siempre o casi siempre (2 puntos)	
Siempre, y llevo colutorio y/o seda dental (3 puntos)	
10. ¿Qué criterio sigue para comprar su cepillo dental?	
Cualquier cepillo me sirve	
Una marca o tipo de cepillo que conozco y me va bien	
Uno de buena calidad, que me aconseje el vendedor	
El que me aconseje un profesional sanitario	
Educación sanitaria	
11. ¿Ha recibido alguna vez consejos sobre hábitos saludables bucodentales?	
No (0 puntos)	
Sí, aunque nunca los llevo a cabo (1 puntos)	
Sí, aunque solo los sigo a veces (2 puntos)	
Sí, y los sigo con rigurosidad (3 puntos)	

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 29

Anexo 3: Instrucciones de participación a los encuestados

Adjunto se le hace entrega de una encuesta mediante la que usted participará en el proyecto "SALUD BUCODENTAL EN EL MEDIO LABORAL", elaborado con el objetivo de valorar el estado de salud y la concienciación sobre el cuidado bucodental y los factores de riesgo que existen en el medio laboral a este nivel.

Para poder incluir en el resultado los datos aportados es necesario que el formulario esté totalmente cumplimentado.

La participación en dicho proyecto es de carácter voluntario, pudiendo retirar su consentimiento en cualquier momento.

Los datos de identidad que nos facilita en la encuesta que le entregamos serán tratados de forma confidencial, sin que en ningún momento se reflejen en el resultado final del proyecto.

Le agradecemos su participación, quedando a su disposición para cualquier aclaración que estime necesaria.

D/Dª_____, con DNI_____, declaro que he sido informado del proyecto en el que voy a participar, y doy mi consentimiento para ser incluido en el mismo.

FECHA: FIRMA:

Anexo 4: Validez, prueba W KENDALL

VALIDEZ: PRUEBA W DE KENDALL

	Rango promedio
1. ¿Consideras de interés valorar el nivel de cuidados en salud bucodental de los trabajadores?	5,70
2. Las preguntas son sencillas y claras	4,65
3. Los datos figuran bien ordenados, está bien estructurada.	4,45
4. Las preguntas de este cuestionario abarcan todos los aspectos del cuidado en SBD que el paciente debe conocer.	5,70
5. Los datos recogidos en el registro permiten saber el nivel de cuidados SBD del trabajador	4,00
6. El paciente podrá comprender las preguntas de este cuestionario.	4,65
7. El sistema de puntuación de las respuestas es adecuado.	4,90
8. Dada la estructura y sencillez de la hoja de registro, puede ser cubierta en una entrevista corta con el paciente.	5,70
9. Puede ser un elemento más de ayuda al profesional sanitario en su trabajo diario.	5,25

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 30

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1. ¿Cuándo tiene usted costumbre de cepillarse los dientes?	7,96	5,073	,464	,761
7. ¿Con qué frecuencia asiste al dentista?	8,79	3,360	,663	,653
9. ¿Lleva consigo cepillo de dientes cuando come fuera de casa?	9,50	4,333	,604	,693
11. ¿Ha recibido alguna vez consejos sobre hábitos saludables bucodentales?	9,00	3,704	,577	,706

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,765	4

Estadísticos de contraste

N	10
W de Kendall[a]	,165
Chi-cuadrado	13,184
gl	8
Sig. asintót.	,106

a. Coeficiente de concordancia de Kendall

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 31

Con nombre propio

Entrevista a Silvia Arranz Alonso y Alfonso Meneses Monroy, ganadores del premio-beca en investigación NANDA-I

El pasado mes de mayo, la ciudad norteamericana de Houston acogió la Conferencia bienal 40º aniversario de NANDA-I. En esta conferencia, la Fundación Nanda comunicó los dos proyectos ganadores con subvenciones-becas para la investigación en la clasificación NANDA-I, en relación con el desarrollo del lenguaje, sus pruebas, su refinamiento y su uso.

Uno de los proyectos premiados recayó en dos miembros de la Asociación de Especialistas en Enfermería del Trabajo: Alfonso Meneses Monroy, profesor titular de la Facultad de Enfermería de la Universidad Complutense de Madrid; y Silvia Arranz Alonso, Enfermera del Trabajo. El proyecto llevó por título "Modelos conceptuales, metodología y lenguaje estandarizado en Enfermería del Trabajo".

En esta conferencia internacional, se conmemoraban los 40 años del nacimiento de NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), y resulta llamativo que goce de más antigüedad que la propia formación universitaria de Enfermería en España. Para vosotros, como expertos en taxonomía NANDA, ¿qué grado de difusión o uso posee NANDA-I entre la enfermería española, y más concretamente en la Enfermería del Trabajo?

Silvia. A día de hoy, podemos afirmar que la taxonomía de NANDA-Internacional es el lenguaje enfermero normalizado más empleado en el contexto español. Existen estudios que tratan de aportar información sobre el grado de utilización del mismo en distintos ámbitos de la enfermería y que lo sitúan en rangos tan amplios como entre el 40-60%. Estos estudios no se han aplicado hasta el momento en el ámbito de la Enfermería del Trabajo hasta la puesta en marcha del estudio de investigación que estamos desarrollando en la actualidad.

Alfonso. La difusión de NANDA entre la enfermería española es amplia, es la taxonomía de diagnósticos enfermeros más conocida y utilizada por la mayor parte de enfermeros españoles, además la mayoría de planes de cuidados están basados en NANDA. Respecto a su uso, si bien se ha incrementado en los últimos 10 años aún sigue existiendo un importante porcentaje de enfermeros que no la utilizan, en el caso de la enfermería del trabajo este porcentaje es mucho mayor.

¿Por qué motivos debemos utilizar diagnósticos enfermeros basados en esta taxonomía?

Silvia. Es importante que los enfermeros nos comuniquemos de una manera más clara y consensuada. El lenguaje estandarizado facilita el desarrollo de la ciencia enfermera, ya que todos podemos hablar con mayor precisión sobre nuestros cuidados. Permite hacer una enfermería más visible y consciente de nuestras competencias, en la que no importa tanto el contexto de actuación como los problemas enfermeros que atendemos.
La ventaja que tiene la taxonomía de NANDA-Internacional frente a otros lenguajes enfermeros normalizados, es su amplia trayectoria y su traducción a nuestro idioma.

Alfonso. La utilización de un lenguaje común proporciona indudables ventajas a una profesión, la taxonomía NANDA constituye ese leguaje común en el campo de la enfermería, además es una taxonomía reconocida y validada a nivel internacional.

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 32

¿Cuál es la última revisión de la NANDA? ¿Cuántos diagnósticos enfermeros existen y cuáles son los componentes del mismo?

Silvia y Alfonso. Cada 2 años NANDA-I lleva a cabo una actualización de los diagnósticos enfermeros que conforman la taxonomía NANDA-II. Es frecuente la revisión de algunos diagnósticos, inclusión de nuevas etiquetas o eliminación de aquellas que no permitan a la enfermera actuar de manera independiente. Estas actualizaciones son posibles gracias al trabajo e interés de muchos enfermeros clínicos de todo el mundo. La taxonomía actual corresponde a los años 2012-2014 y cuenta con un total de 216 diagnósticos enfermeros. Como novedades de este año, se ha retirado un diagnóstico enfermero, revisado 11 y añadido 16 nuevos diagnósticos. En los próximos meses se espera que se publique la actualización de la taxonomía II en castellano.

Los componentes de un diagnostico NANDA son principalmente la etiqueta (o nombre del diagnóstico), los factores relacionados o de riesgo (según se trate de un diagnóstico real o de riesgo) y las características definitorias.

¿Qué son las etiquetas NIC y NOC asociadas a los diagnósticos enfermeros?

Silvia y Alfonso. La Nursing Outcome Clasification (NOC) y la Nursing Intervention Clasifications (NIC) son clasificaciones de intervenciones y criterios de resultado de la práctica enfermera. En concreto, las NIC son las intervenciones enfermeras que se realizan sobre un paciente para alcanzar un resultado concreto reflejado con una etiqueta NOC. En un principio, puede resultar un poco complejo hasta que te acostumbras a manejar esta terminología, pero una vez que logras manejarla adecuadamente, te das cuenta de que es una forma de plasmar la actividad que realiza la enfermera y de valorar los resultados conseguidos con su intervención. Ambos lenguajes son una forma de integrar más el lenguaje de nuestra profesión en el marco del proceso enfermero (PE).

Desafortunadamente, no es habitual que la enfermería española, y más concretamente, enfermería del trabajo, sea premiada internacionalmente. ¿Cómo recibisteis la noticia? ¿Qué ha supuesto para vuestras vidas profesionales, académicas, personales, etc.?

Silvia. Tras enviar el proyecto de investigación a NANDA-I, Heather Herdman (Directora Ejecutiva de NANDA-I) nos informó que los proyectos de investigación premiados serían anunciados en la 40 Conferencia Bianual de Houston. Lamentablemente ninguno de los dos podíamos asistir a la misma y, cuando pasó la Conferencia y no contactaron con nosotros, pensamos que el proyecto no había resultado de su interés. De manera que la sorpresa fue mayúscula cuando Alfonso me telefoneó para comunicarme que había recibido una llamada de uno de los miembros de la junta directiva de AENTDE para notificarnos que el proyecto de investigación iba a contar con el respaldo de la NANDA-Internacional y que había sido premiado. AENTDE fue la encargada de entregarnos el premio, que recogió Alfonso en nombre de los dos.

Alfonso. Esperemos que ese aspecto vaya cambiando, ya que los enfermeros españoles estamos muy valorados internacionalmente, solo nos falta dar el paso a la investigación y ser capaces de liderar proyectos competitivos. La noticia fue una auténtica sorpresa; a mí me llamo la vicepresidenta de AENTDE para comunicármelo e inmediatamente llame a Silvia, sin duda ha supuesto una gran satisfacción y un reconocimiento al trabajo realizado.

¿Cómo os surgió la idea de realizar este proyecto?

Silvia. A día de hoy existen distintas herramientas que facilitan la práctica enfermera, tales como los modelos conceptuales, el proceso enfermero y los lenguajes enfermeros normalizados. A lo largo de los 12 años que llevo trabajando en distintos contextos de la enfermería, siempre he sentido que había una especie de abismo entre ellos y la enfermería clínica. Pero esa distancia creo que aumentaba más en una especialidad como la nuestra, en

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 33

la que trabajamos con población mayoritariamente sana y en un contexto muy distinto al hospitalario. Por ello surgió la idea de conocer en qué situación se encuentra la Enfermería del Trabajo respecto a estas herramientas, de manera que podamos tener una especie de fotografía, saber cuáles son nuestras necesidades y comenzar a trabajar en ellas. Cuando comenté estas inquietudes con Alfonso (mi tutor en el Trabajo Fin de Máster de Investigación en Cuidados de la Salud) le pareció una buena idea y me animó a llevar la investigación a cabo, así como a solicitar la beca de NANDA-I Foundation. También desde la AET se mostraron entusiasmados por la idea y nos ofrecieron su apoyo.

Alfonso. He de confesar que la idea del proyecto fue de Silvia. Ella planteó realizar como trabajo Fin de Máster de Investigación en Cuidados de la Salud de la Universidad Complutense, un estudio sobre la utilización del lenguaje enfermero en enfermería del trabajo. A mí me asignaron como tutor del trabajo y cuando Silvia se enteró de los premios de NANDA, le animé a solicitarlo.

¿Qué novedades incluye este proyecto que ha sido galardonado con una beca de investigación?

Silvia. Esta investigación aporta información sobre el uso de los lenguajes enfermeros estandarizados, modelos conceptuales y proceso enfermero en la Enfermería del Trabajo. Estamos hablando de herramientas enfermeras en auge y de una especialidad enfermera muy arraigada y desarrollada a nivel nacional e internacional, en la que nunca hasta el momento se había planteado conocer nuestro grado de utilización y necesidades como profesionales en estas materias. Por ello, la temática en sí es novedosa.

Alfonso. Sí, este proyecto es novedoso porque es de los pocos que intenta acercar una especialidad de enfermería, como es en este caso la enfermería del trabajo, a la utilización de la Taxonomía NANDA y porque va a permitir poner de manifiesto cuales son los principales problemas a los que se enfrentan los enfermeros del trabajo a la hora de utilizar el lenguaje enfermero.

¿Qué caracteriza o diferencia el diagnostico de enfermería del trabajo con respecto a otras especialidades enfermeras?

Silvia. Principalmente el tipo de población y problemas enfermeros que atendemos. En la Enfermería del Trabajo debería cobrar especial importancia los diagnósticos enfermeros NANDA-II de Riesgo, Salud y Promoción de la Salud.

Alfonso. En enfermería del trabajo la labor de la enfermera es especialmente sobre personas sanas con lo cual los Diagnósticos de promoción de la salud cobran especial importancia. También los Diagnósticos de riesgo son frecuentes entre los trabajadores y podrían incorporarse como parte de la estrategia preventiva del servicio de prevención. En esta línea se están llevando a cabo estudios para relacionar determinados diagnósticos de enfermería con, por ejemplo, la carga mental.

¿Cuándo debéis presentar las conclusiones del proyecto? ¿Podéis adelantar alguna impresión previa?

Silvia y Alfonso. Los resultados finales serán presentados en la 41 Conferencia bianual de NANDA-I en 2014. Así mismo, en las Jornadas que la AET celebrará en octubre de 2012, podremos aportar algún resultado preliminar y en 2013 en la Conferencia de la Asociación Norteamericana de Enfermería del Trabajo (AAOHN) en Las Vegas. Estos datos muestran, algo que ya intuíamos y es la escasa utilización entre enfermeros del trabajo del lenguaje enfermero. Pero pueden aportar información interesante acerca de cuáles son los motivos de la limitada utilización.

¿Qué sugerencias o consejos haríais llegar a las enfermeras del trabajo para facilitar o promover el uso de la metodología NANDA? (registros, bases de datos, formación en NANDA, etc.)

Silvia. Existen distintas bases de datos que a día de hoy pueden ayudarnos a emplear el uso de los lenguajes enfermeros estandarizados, tales como el Observatorio de Metodología Enfermera (http://www.ome.es/). También resulta de gran ayuda contar con un ejemplar actualizado de la taxonomía de NANDA-I así como un ejemplar de Interrelaciones NANDA-NOC-NIC. Ambos se encuentran en formato papel y electrónico, así que se hace más cómodo.

Como consejo, comentarles a nuestros compañeros que los diagnósticos de enfermería son más fáciles de lo que parecen. Cuando comenzamos a trabajar con ellos y a familiarizarnos, vemos que es más sencillo usar un lenguaje propio de la profesión que permite expresar exactamente lo que hacemos y por qué lo hacemos, y no depender de términos prestados de otras profesiones.

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 34

Alfonso. Sobre todo, yo aconsejaría quitarse el miedo y los complejos existentes a la hora de utilizarlos, además de formarse adecuadamente en terminología enfermera y estar abiertos a la posibilidad de incorporarla como parte de nuestro trabajo.

¿Estaríais dispuestos a guiar a las enfermeras del trabajo en el uso de esta metodología en sus unidades básicas de salud laboral, como por ejemplo, a través de la AET?

Silvia y Alfonso. Sería un placer poder llevar a cabo un proyecto como ese en colaboración con la AET. Nos gustaría aprovechar este momento para agradecer a la AET el apoyo prestado en esta investigación, así como a todos los compañeros que hasta la fecha han colaborado con sus respuestas a las encuestas que enviamos a través de boletín electrónico. Comentar también que próximamente realizaremos un reenvío de la encuesta para que todos aquellos compañeros que quieran participar, puedan hacerlo. ¡Os animamos a ello y a hacer más visible en la enfermería nuestro papel como enfermeros especialistas en Enfermería del Trabajo!

Finalmente, desde la revista Enfermería queremos presentaros nuestra admiración y felicitaros por vuestro magnífico logro profesional, a la espera de que no sea el último, y que sirva de estímulo para el resto de nuestra profesión. Muchas gracias.

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 35

Formación continuada

Consumos de drogas: Una realidad sociolaboral con distintas líneas de actuación(II)

Autores

González Caballero, J
Enfermero especialista en Enfermería del Trabajo
Instituto Nacional de Seguridad Social
Bilbao

Clasificación de las intervenciones

Las intervenciones y programas destinados a hacer frente al fenómeno de las drogodependencias y sus distintas manifestaciones configuran un amplio abanico de acciones cuyos destinatarios difieren respecto a su situación de consumo (abstinencia, consumo moderado y/o problemático o dependiente), su localización (ámbito laboral), su grado de vulnerabilidad según los riesgos a los que se pueda estar expuesto, y otras variables implicadas.

Atendiendo a los sectores productivos de población laboral destinatarios de los programas de intervención, las acciones se pueden clasificar en cuatro grandes categorías en orden creciente de especificidad(8):

- Universales. Son todas aquellas actuaciones dirigidas a la generalidad de la población laboral o a un grupo amplio de personas que no están identificadas a base a ningún factor de riesgo.
- Selectivas. Conjunto de acciones dirigidas a un segmento de trabajadores que según datos objetivos obtenidos a través de la práctica de reconocimientos médicos, absentismo, situaciones de incapacidad temporal u otro tipo de técnica de investigación, se hallen sometidos a factores de riesgo capaces de generar problemas relacionados con las drogas.
- Indicadas. Este tipo de acciones están dirigidas a personas que muestran consumos de drogas (tanto consumidoras como experimentadoras) y otros problemas de comportamiento. Están orientadas hacia personas de alto riesgo. El objetivo no es sólo la reducción del consumo de drogas, sino también la disminución de los problemas asociados, así como el retraso en el establecimiento de conductas de abuso de drogas.
- Determinadas. Se incluirán es esta categoría toda intervención preventiva, asistencial o de inserción destinada a trabajadores con problemas de drogodependencia, donde el riesgo se sitúa no ya en la posibilidad de establecer una adicción, sino en los riesgos para la salud y seguridad personal derivado del uso continuado de sustancias psicoactivas.

Este grado de especificidad en el desarrollo de programas de intervención en el marco del afrontamiento del problema de las drogas y las drogodependencias se halla en mayor grado dirigido a un eje de actuación primordial dentro del cometido de una UBS, la reducción de la demanda, en tanto que sus actuaciones se orientan hacia las personas que pueden hacer o hacen uso de drogas, y concretamente desde áreas de actuación más directa, áreas de prevención, asistencia e inserción.

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 36

Esquema de actuación en reducción de la demanda

Niveles de uso de las drogas	Tipo de acción/ Tipo de población	Estrategias/Metas	Áreas de Actuación
Grado de consumo. Variabilidad	*Pluralidad de acciones*	*Diversificación de metas*	*Integración en las actuaciones*
Abstinencia	Universal (prevención primaria)	Abstinencia (consumo cero)	Prevención
Experimentación	Selectiva (prevención secundaria)	Moderación (consumo responsable)	
Consumo moderado		Reducción de riesgos (consumo prudente)	
Consumo problemático	Indicada		Asistencia
Problema adictivo	Determinada (prevención terciaria)	Reducción de daños	Reinserción

Otras estrategias de actuación (9,10,11)

Son cuatro las estrategias de actuación que tendrán cabida en todas y cada una de las acciones a desarrollar:

- Impulsar la promoción y la educación para la salud como estrategias de cambio necesarias en las condiciones sociales, ambientales y laborales que favorezcan comportamientos saludables.
- Aplicar los criterios de reducción de riesgos y daños tanto en las áreas de prevención, asistencia, como de inserción laboral.
- Contemplar la perspectiva de género en todas las acciones para lograr una efectiva equidad.
- Impulsar, desarrollar e implementar la evaluación como rutina sistemática que permita el aprendizaje y mejora continua de las actuaciones y programas.

Promoción y educación para la salud

La promoción de la salud constituye un proceso social y político que abarca tanto las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de las personas, como las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y laborales, con el fin de mitigar el impacto o reforzar su efecto positivo tanto en la salud individual como colectiva de los trabajadores. Mediante este proceso las personas a título individual y sobre todo como grupo social pueden incrementar su control sobre los determinantes de salud y en consecuencia mejorarla.

Un instrumento especialmente importante para conseguir la participación individual es la educación para la salud. Su objetivo es transmitir información y fomentar la motivación, las habilidades personales y la autoestima, todo ello necesario para adoptar medidas que mejoren la salud. La educación para la salud se dirige tanto a personas individuales como a grupo o colectivos específicos. Esta forma de educación conlleva tanto la información relativa a los factores y comportamientos de riesgo, como la influencia de las condiciones sociales, ambientales y laborales que afectan a la salud y al uso racional del sistema de asistencia sanitaria.

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 37

Reducción de riesgos y daños

Puede definirse como el conjunto de estrategias, tanto individuales como colectivas, que se desarrollan en el área social, sanitaria y terapéutica, encaminadas a minimizar los efectos físicos, psíquicos y sociales, especialmente negativos, que pueden producir algunas formas de consumo de drogas o de las patologías asociadas al mismo. Asumir tales medidas implica la aceptación plena de la situación de la persona usuaria de drogas así como de su capacidad par la toma de decisiones responsables sobre su salud.

Objetivos:

- Abarcar el máximo número posible de consumidores y en particular a quienes no pueden o no quieren de momento dejar su consumo
- Mejorar su estado de salud y su situación sociolaboral
- Disminuir los riesgos y daños relacionados con el consumo de drogas y sus patrones de uso

Las intervenciones para alcanzar estos objetivos se caracterizan por:

- Adaptarse a las necesidades de las personas usuarias de drogas en lugar de pretender que éstos se adapten la oferta asistencial aumentando la accesibilidad a la misma.
- Promover modelos de búsqueda y acercamiento en vez de modelos de espera. Las acciones serán centrífugas buscando el acercamiento a la persona usuaria de drogas, más que centrípetas en las que la persona usuaria sea quien se acerque a la UBS.
- Ofrecer información y promover la educación sanitaria dirigida a un consumo de menos riesgo. Una información realista sobre las drogas, sus usos y sus problemas, tiene más posibilidades de hacer comprender sus efectos y los comportamientos de quienes las utilizan, que las campañas alarmistas.
- Promover la responsabilidad y participación en los programas de trabajadores como modelos de cambios saludables ya sea por su capacidad de liderazgo o porque ya no sean consumidores activos.
- Promover un marco legal y consensuado que favorezca la realización de estas intervenciones.
- Reconocer que el consumo de diferentes sustancias y las formas de uso se relacionan con diferentes tipos de daños y riesgos.
- Incorporar estrategias para motivar el cambio a aquellas personas usuarias con hábitos nocivos para su salud.

Perspectiva de género

Si bien los problemas de adicción son más prevalentes en los hombres que en las mujeres en una razón aproximada de 4/112, la proporción de hombres y mujeres que hacen uso de drogas legales tiende a igualarse, y en algunos casos como en el consumo de tabaco, se ha observado un mayor crecimiento del número de fumadoras respecto al de fumadores.

La expresión de los hábitos de consumo entre las mujeres, así como los desencadenantes o las consecuencias, tiene en gran medida confluencia con los factores determinantes del consumo entre los hombres, pero también existen características diferenciadoras que en muchos casos no han sido suficientemente atendidas.

Por ello todo programa de intervención debe abogar por:

- Un análisis de la realidad de las drogas y las drogodependencias teniendo en cuenta la variable sexo y las diferentes condiciones, situaciones y necesidades de hombres y mujeres.
- Una aplicación sistemática de dicha perspectiva en todas las acciones e intervenciones, y en todas las fases de análisis, planificación, ejecución y evaluación.

Evaluación

Se trata de una acción sistemática e instrumental que permitirá conocer el proceso y los resultados de las actuaciones que se desarrollen dentro del plan de intervención diseñado. Este conocimiento permitirá a su vez establecer una retroalimentación positiva en los diferentes proyectos de intervención propiciando una continua valoración y toma de decisiones.

La evaluación es un instrumento imprescindible para la gestión, puesto que sirve de fundamento a las actividades de planificación. A través de la evaluación obtenemos información precisa sobre su realización (evaluación de proceso), sobre el cumplimiento de los objetivos propuestos (evaluación de resultados), así como del impacto en las poblaciones diana y el total de los trabajadores.

Entre los indicadores a utilizar en la evaluación se deben distinguir cuatro básicos:

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 38

- Indicadores de prestación de servicios. Informarán de las acciones realizadas para incrementar la calidad de las actuaciones.
- Indicadores de proceso. Darán cuenta de las actividades llevadas a cabo a fin de conseguir los objetivos.
- Indicadores de resultados. Basados en el logro de los objetivos generales y específicos de cada programa.
- Indicadores de impacto. Tratarán de estimar el alcance de las medidas adoptadas en el conjunto del programa.

Datos básicos para elaborar estos índices:

- Número y tipo de entidades con las que se colabora.
- Número y tipo de programas en funcionamiento cada año.
- Número y tipo de acciones desarrolladas.
- Número de participantes destinatarios y personas atendidas.
- Número de participantes mediadores laborales.
- Número de actividades de formación para mediadores.
- Número de actividades de formación en grupos con riesgos laborales específicos.
- Número de actividades de formación destinada la totalidad de la población laboral.
- Materiales informativos generados y distribuidos.
- Siniestralidad laboral y absentismo por motivos de uso de sustancias en un año dado respecto a un año base.
- Número de personas derivadas a recursos asistenciales externos.
- Número de personas reinsertadas laboralmente
- Número total de profesionales.
- Total horas de dedicación de los profesionales.
- Número de reuniones.
- Presupuesto total.
- Presupuesto para actividades.

Vigilancia de la salud. Estudio de las condiciones de trabajo y su incidencia sobre la salud del trabajador(13)

En materia de drogodependencias se pueden observar:

- Indicadores indirectos: estrés, alteraciones del sueño, insatisfacción laboral, absentismo, determinaciones analíticas y entrevistas en la UBS. Estas observaciones puede indicar cuales son factores de riesgo y qué condiciones de trabajo pueden iniciar o mantener un consumo; a su vez estos indicadores facilitan datos sobre posibles consumos.

- Indicadores directos: técnicas analíticas de consumo de drogas.

Resumen del documento: Alcohol y drogas en el lugar de trabajo (OIT)(14,15,16,17)

Objetivo

Promover la prevención, la reducción y el tratamiento de los problemas vinculados al consumo de alcohol y otras drogas que se plantean en el lugar de trabajo.

Obligaciones generales de las autoridades competentes

Aspectos normativos. La legislación y la política de un país relativas a la prevención, reducción y tratamiento de los problemas relacionados con el consumo de alcohol y de drogas en el lugar de trabajo deberían establecerse tras consulta con expertos, organizaciones de empleadores y de trabajadores más representativas.

Accidentalidad laboral. La autoridad competente debería hacer acopio, mantener al día y publicar estadísticas de accidentes de trabajo en los que se haya determinado que el consumo de alcohol o de drogas ha sido uno de los factores.

Medidas preventivas. Basándose en las conclusiones de las investigaciones y en los datos estadísticos sobre los accidentes relacionados con el consumo de alcohol o de drogas, la autoridad competente debería adoptar las siguientes medidas para prevenir, reducir y tratar más eficazmente estos problemas en el futuro:

- Formular recomendaciones apropiadas para introducir cambios en la estructura normativa.
- Ofrecer información y asesoramiento técnico a las diversas empresas sobre la manera de tratar estos problemas.
- Preparar monografías y otras publicaciones sobre la manera de prevenir los accidentes relacionados con el consumo de alcohol o de otras drogas lícitas o ilícitas en las diversas industrias, ramas de actividad, estructuras de producción y categorías de ocupaciones expuestas particularmente a este riesgo

Tratamiento de las drogodependencias. En los reglamentos y las leyes elaborados por las autoridades competentes los problemas relacionados con el consumo de alcohol y de drogas deberían considerarse como problemas de salud y, por consiguiente, tratarse sin discriminación alguna como cualquier otra cuestión de salud en el trabajo y quedar dentro del alcance de los servicios de salud, según co

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 39

rresponda y sea factible. Los servicios de asistencia, tratamiento y rehabilitación constituyen elementos importantes en este ámbito.

Cumplimiento de la normativa vigente. La autoridad competente debería velar para que se cumplan la legislación y los reglamentos aplicables al consumo de alcohol y otras drogas en el lugar de trabajo por medio de inspecciones en el mismo, y adoptar medidas apropiadas para cerciorarse de que se apliquen esas leyes y reglamentos.

Apoyo institucional. La autoridad competente debería facilitar información y asesoramiento técnico a los empleadores y a los trabajadores respecto de los medios más eficaces para cumplir con las leyes y reglamentos aplicables al consumo de alcohol y de drogas en el lugar de trabajo.

Obligaciones y derechos generales de los empleadores

Garantía de unas condiciones laborales óptimas. De conformidad con la legislación y los reglamentos en vigor, los empleadores deberían garantizar buenas condiciones de seguridad y salud en el lugar de trabajo y adoptar medidas apropiadas, incluida una política global en materia de alcohol y drogas en el lugar de trabajo, para prevenir los accidentes y proteger la salud de los trabajadores.

Marco legislativo. Los empleadores también deberían respetar estrictamente las leyes y reglamentos, además de los relativos a la seguridad y salud en el trabajo, aplicables al consumo de alcohol y de drogas en el lugar de trabajo.

Instaurar modelos de buenas prácticas. Los empleadores deberían proceder de acuerdo con buenas prácticas administrativas, adoptar prácticas de empleo equitativas, organizar el trabajo de manera satisfactoria y trabajar para crear un medio ambiente de trabajo que no cause estrés ni exija esfuerzos físicos o mentales excesivos.

Importancia de las estrategias formativas e informativas. Los empleadores deberían adoptar medidas como la difusión de información, la enseñanza, la formación y la mejora de las condiciones de trabajo para eliminar los problemas vinculados al consumo de alcohol o de drogas en el lugar de trabajo.

Adoptar medidas preventivas. Los empleadores deberían tener el derecho de adoptar medidas apropiadas respecto de los trabajadores que tienen problemas relacionados con el consumo de alcohol y de drogas que afecten o puedan afectar con cierta probabilidad en la ejecución de sus tareas.

Colaboración interinstitucional. Los empleadores deberían colaborar con las autoridades si hay suficientes motivos para sospechar que se están llevando a cabo actividades con drogas ilícitas en el lugar de trabajo. Debería reconocerse que los empleadores no disponen de los medios necesarios para actuar como representantes de la ley y que carecen de formación y cualificación en materia.

El valor de la confidencialidad. Los empleadores deberían establecer un sistema para asegurar que se respete el carácter confidencial de toda la información que les faciliten en lo que atañe a los problemas relacionados con el consumo de alcohol o de drogas. Habría que comunicar a los trabajadores las excepciones a esta regla debidas a razones jurídicas o de ética profesional.

Búsqueda del consenso. Al elaborar las directrices y disposiciones aplicables al alcohol y las drogas en el lugar de trabajo, los empleadores deberían efectuar consultas y negociaciones con los trabajadores y sus representantes.

Búsqueda de asesoramiento externo. Los empleadores deberían poder consultar a profesionales competentes y utilizar sus servicios para asesorarse acerca de la elaboración y aplicación de políticas en materia de alcohol y de drogas en el lugar de trabajo, y deberían respetar la integridad de estos profesionales.

Obligaciones y derechos generales de los trabajadores y sus representantes

Conocimiento y cumplimiento normativo. Los trabajadores y sus representantes deberían respetar todas las leyes y reglamentos vigentes en materia de alcohol y de drogas en el lugar de trabajo.

Colaboración entre trabajadores y empresarios. Los trabajadores y sus representantes deberían colaborar con el empleador para prevenir los accidentes de trabajo debidos al consumo excesivo de alcohol o al abuso de drogas.

Evaluación de las condiciones de trabajo. Los trabajadores y sus representantes deberían colaborar con el empleador para mantener la seguridad y salud en el lugar de trabajo y señalar al empleador las condiciones que en el lugar de trabajo puedan promover, propiciar o redundar

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 40

en problemas relacionados con el consumo de alcohol y de drogas, y proponer medidas correctoras.

Diseño participativo del plan de intervención en drogas. Los trabajadores y sus representantes deberían colaborar con el empleador en la elaboración de una política en materia de alcohol y de drogas.

Aceptación de los acuerdos alcanzados. Los trabajadores y sus representantes deberían acatar las normas y los reglamentos establecidos por el empleador en materia de alcohol y de drogas en el lugar de trabajo, y participar activamente en la elaboración de esas normas y reglamentos mediante la consulta y la negociación cuando la ley o los convenios colectivos así lo exijan.

Participación activa. Los trabajadores y sus representantes deberían colaborar y participar en los programas de lucha contra el consumo de alcohol y de drogas que el empleador establezca en beneficio de los trabajadores.

Respeto a la intimidad. Los trabajadores y sus representantes deberían tener el derecho al respeto de su intimidad y de que toda injerencia en su vida privada en lo que atañe al consumo de alcohol o de drogas esté limitada, sea razonable y esté justificada.

Consulta a profesionales. Los trabajadores y sus representantes deberían poder consultar a profesionales competentes y utilizar sus servicios para asesorarse acerca de la elaboración y aplicación de políticas en materia de consumo de alcohol y de drogas en lugar de trabajo, y deberían respetar la integridad de estos profesionales.

Sugerencias finales: Elementos que pueden mejorar los programas de intervención en drogas en los centros de trabajo(18)

- Los programas deben estar recogidos en los convenios colectivos para que tengan estabilidad y permanezcan en el tiempo.
- Los programas deben estar integrados en el plan de prevención de riesgos laborales. Deben tener una integración real y no sólo formal.
- Los programas deben estar adaptados a la realidad de cada empresa y contar con la participación y el consenso de todos los estamentos.
- Deben estar integrados en todos los niveles de la línea jerárquica de la empresa y ser asumidos por toda la empresa. Es muy importante el compromiso del más alto nivel de la dirección.
- Deben asegurar la estabilidad en el empleo y la no sanción a los trabajadores que se acojan a ellos. Deben primero rehabilitar y luego reinsertar a los trabajadores que los hayan seguido.
- Deben incluir elementos de mediación para facilitar la detección precoz de los casos. Por tanto deben aportar la formación específica de los mediadores laborales.
- Deben proporcionar la atención especializada necesaria a los trabajadores con problemas de consumo. Dicha atención brindará fuera de la empresa pero con el apoyo y supervisión del programa.
- Deben ser evaluados. Hay que recoger tanto indicadores de salud individual, como otros indicadores generales de reducción de conflictos y absentismo entre otros.
- La prevención de las drogodependencias en la empresa pasa por una vigilancia de la salud colectiva de la plantilla de la empresa sujeta a protocolos de salud integral.
- La prevención de las drogodependencias en la empresa pasa también por la formación en drogas y otros temas de salud laboral, así como la formación y entrenamiento en habilidades sociales.
- En la prevención de las drogodependencias influye la cultura de la empresa en la que los problemas de consumo de drogas sean considerados como problemas de salud.

Bibliografía

1. Calatayud P, Marset M, Fuentes-Pilar JM. Drogas en el ámbito de la empresa. Un paso hacia la solución. Instituto Cántabro de Conductas Adictivas: 37-38, 2003.

2. Melero JC. Edex. Las drogas en la prevención de riesgos laborales. Gobierno Vasco, 1999.

3. Calatayud P, Marset M, Fuentes-Pilar JM. Drogas en el ámbito de la empresa. Un paso hacia la solución. Instituto Cántabro de Conductas Adictivas: 86-92, 2003.

4. Comisiones Obreras. Secretaría Confederal Medio Ambiente y Salud Laboral. Departamento de Drogodependencias. Material básico para la formación de mediadores sindicales en drogodependencias, 2003.

5. V Plan de drogodependencias de la Comunidad Autónoma de Euskadi, 2004-2008.

6. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Fraternidad Muprespa. Las drogas en la prevención de riesgos laborales, 2003.

7. Comisiones Obreras. Secretaría Confederal Medio Am

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 41

biente y Salud Laboral. Departamento de Drogodependencias. Orientaciones sobre intervención sindical en drogodependencias, 2002.

8. V Plan de drogodependencias de la Comunidad Autónoma de Euskadi, 2004-2008.

9. Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación. Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio del Interior. Madrid, 1997.

10. Estrategias nacional sobre drogas. Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio del Interior. Madrid, 2000.

11. Drogas +Información –Riesgos. Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio del Interior. Madrid, 2001.

12. V Plan de drogodependencias de la Comunidad Autónoma de Euskadi, 2004-2008.

13. Comisiones Obreras. Secretaría Confederal Medio Ambiente y Salud Laboral. Departamento de Drogodependencias. Orientaciones sobre intervención sindical en drogodependencias, 2002.

14. Organización Internacional del Trabajo. Medios contra el consumo de drogas y alcohol en el trabajo. Ginebra, 1987.

15. Organización Internacional del Trabajo. Papel de la OIT en la fiscalización del uso indebido de drogas. Conferencia internacional sobre el uso indebido y el tráfico ilícito de drogas. Ginebra, 1987.

16. Organización Internacional del Trabajo. Alcohol y drogas, programa de asistencia a los trabajadores. Ginebra, 1987.

17. Organización Internacional del Trabajo. Tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo. Ginebra, 1996.

18. González M.J, García A. Percepción de las empresas españolas ante el alcohol y otras drogas. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud. CCOO, 2006.

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 42

Prevención Global

Cáncer laboral: Problemática de su clasificación y registro en España

Autores

González Sánchez, J
Especialista en Enfermería del Trabajo
MC - SPA Sociedad de Prevención
Salamanca

Introducción

El padecer algún tipo de enfermedad cancerígena, afecta cada vez a un mayor número de personas en edades tempranas, coincidiendo en muchos casos con su edad laboral. Los factores de riesgo presentes en el trabajo, son causa frecuente de morbilidad y mortalidad en la población. Se estima que más del 16% de los procesos atendidos en centros de Atención Primaria de Salud, están probablemente relacionados con las condiciones de trabajo (1).

Gracias a la investigación y aparición de nuevas terapias, se ha producido un aumento en el número de personas que logran superar las enfermedades de origen cancerígeno y consiguen reincorporarse a su vida laboral anterior. Los cánceres de origen profesional, son la fuente de información más antigua y a la vez más eficiente para el descubrimiento de agentes cancerígenos (2,3). El control de la exposición laboral a factores de riesgo cancerígenos es factible, y si se realizan correctamente, pueden prevenir un considerable número de cánceres entre los trabajadores (4).

En lo referente a la vigilancia y control del cáncer de origen laboral, debemos reflejar que, España es un país con una reciente normativa en lo que a la vigilancia de la salud de los trabajadores se refiere. En el capítulo IV de la ley General de Sanidad de 1986 (5), se establecen criterios fundamentales respecto a la vigilancia de la salud de forma global, cuyo desarrollo posterior permitirá alcanzar los objetivos de la prevención de los riesgos laborales y la promoción de la salud física y mental de los trabajadores. En dicho capítulo también se indica la necesidad de investigar las condiciones de trabajo, vigilar y promover la salud de los trabajadores, informarles y formarles adecuadamente, pero no se hace referencia clara a actividades concretas dirigidas a actuar en la vigilancia del cáncer laboral.

Con la aparición en 1995 de la Ley de prevención de riesgos laborales (6), se inicia una actividad de vigilancia y control de factores de riesgo para la salud mucho más detallada, incluyéndose de forma especial los relacionados con el cáncer laboral, y añadiéndose aspectos normativos específicos como el Real Decreto 665/1997 (7), sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes cancerígenos durante el trabajo.

En el año 2004, el gobierno se comprometió con los agentes sociales, fuerzas políticas y comunidades autónomas, a impulsar acciones tendentes a reducir la siniestralidad laboral y mejorar de forma continua los niveles de seguridad y salud en el trabajo. Esto se plasmó en el documento "Estrategia española en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo 2007-2012" (8).

Es importante señalar que, pese a la situación de la crisis económica global que se está produciendo en los últimos años, y más en concreto en España, se sigan llevando a cabo medidas relacionadas con la vigilancia y control del cáncer laboral, ya que de no ser así, las consecuencias humanas y económicas que se podrían generar, serían fatales para la población trabajadora y el propio sistema nacional de salud.

Un caso especial respecto al cáncer laboral en España, lo constituye la exposición a amianto, y es que, aunque España no es un país productor de de este material, si es cierto que su uso fue excepcionalmente alto entre los años 1960 y 1984 (9), coincidiendo con una gran expansión de

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 43

que ello supone a los propietarios de los inmuebles.

Es precisamente la exposición a amianto, una actividad laboral que, actualmente cuenta con un protocolo de control y registro riguroso, iniciándose con el Registro de Empresas con Riesgo de Amianto (RERA), legalmente establecido para la inscripción obligatoria de cualquier empresa que realice actividades con amianto o materiales que lo contengan, otorgándose a cada comunidad autónoma la responsabilidad de continuar con este registro en su ámbito autonómico.

Se estima que un 25 % de los trabajadores en España están expuestos a carcinógenos en su lugar de trabajo, pero la magnitud real del cáncer por exposición laboral en nuestro país es desconocida (10).

Clasificación del cáncer laboral

Hasta no hace mucho tiempo, los cánceres ocupacionales se encontraban descritos en el grupo F del antiguo cuadro de Enfermedades Profesionales, en el sistema de la seguridad social del año 1978 (11). Se trataba de un cuadro de enfermedades profesionales que quedaba bastante obsoleto en relación a los tipos de trabajos y exposiciones a riesgos laborales actuales en el trabajador, e incluso en dicho cuadro no figuraba de forma específica el apartado de enfermedades provocadas por Agentes Carcinógenos, como ya figura en el actual Cuadro de Enfermedades Profesionales, que entró en vigor a partir del 1 de Enero de 2007 (12).

El hecho de haber tenido un cuadro de Enfermedades Profesionales antiguo y no actualizado, ha favorecido que múltiples patologías cancerígenas de origen laboral, no hayan sido diagnosticadas como tal, aparte de otros obstáculos importantes como la propia dificultad científica para catalogar como profesionales ciertas enfermedades, o la falta de existencia de apartados específicos en la cumplimentación de historias clínicas y partes de asistencia sanitaria del sistema nacional de salud, relacionados con aspectos ocupacionales y laborales del trabajador, que facilitasen la recogida de datos y clasificación de estas enfermedades.

Los motivos de este infra-diagnóstico son claros: "En España se consideran patologías de origen laboral, sólo a aquellas recogidas en la lista de enfermedades profesionales" que, además estén relacionadas con una actividad y causa concreta.

Este registro de enfermedades profesionales es actualmente, el único sistema oficial de vigilancia de patologías de origen laboral a nivel nacional, de ahí su importancia en el control del cáncer laboral.

Manolis Kogevinas (13), hace referencia en un artículo reciente, al grave problema en España con el reconocimiento de los cánceres de origen laboral y la escasa presencia de enfermedades profesionales en los registros oficiales.

Pese a que en general no se atribuye una cifra significativa a la aparición de tumores relacionados con el trabajo, se sabe que el cáncer laboral es cuatro veces superior a los muertos que provocan los accidentes de trabajo, mata lentamente, su prevención es posible y obligatoria, aunque diversas empresas no le presten la atención que se merece.

Algunas características condicionan que más de la mitad de los cánceres laborales sean diagnosticados y atendidos cuando el trabajador ya se ha jubilado (14), haciendo que su consideración como enfermedad profesional sea más difícil por diversos motivos como:

1. El largo periodo de latencia hace que sea difícil relacionar un cáncer con ocupaciones muy lejanas en el tiempo.
2. Escasa o nula recogida de los datos ocupacionales en la historia clínica.
3. Inexistencia en la mayoría de los casos de pruebas biológicas fácilmente aplicables en la práctica, con la consiguiente dificultad en el diagnóstico precoz del cáncer.
4. Muchas personas están expuestas a múltiples sustancias en el curso de su vida profesional, siendo difícil identificar las sustancias causantes.
5. La interferencia de factores extra-laborales (alimentación, tabaco, alcohol…) dificulta su reconocimiento profesional.
6. Los cánceres de origen ocupacional no difieren clínica ni histológicamente de los producidos por otras causas.

Registro de Tumores

Un Registro de Tumores es un sistema de información en el que se registran de forma continua y sistemática los tumores que se producen en un determinado grupo poblacional, recogiendo no sólo datos del propio tumor, sino también información del paciente y su manejo asistencial (15).

Estos datos son almacenados en unidades de información, que para cada registro tumoral reúna todos los datos en un mismo formato.

Por otro lado, los Registros de Tumores constituyen en sí mismo una importante fuente de información, en la que los datos son estudiados y procesados para suminis-

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 44

trar periódicamente informes globales, con información no individual sino colectiva (15).

La importancia de los registros hospitalarios de tumores (RHT), es que representan una fuente de información privilegiada para la evaluación del impacto de la actividad laboral en el desarrollo del cáncer, dado que una historia clínica hospitalaria integral, debería explorar aspectos relacionados con la profesión que haya podido ejercer el paciente a lo largo de su vida laboral.

Pero lamentablemente, pocos manuales de procedimiento de estos registros hospitalarios contemplan la ocupación principal como variable de interés, no figurando generalmente ni entre los datos mínimos esenciales de obligado cumplimiento, ni entre los mínimos recomendables.

Es por lo tanto prioritario que, teniendo en cuenta que los estudios que se van realizando en torno al binomio "cáncer y Trabajo" van poco a poco dando mayor importancia a esta relación, se dispongan de una serie de fuentes de información y registros, que ayuden a clarificar y cuantificar este problema.

Desde los servicios de prevención, disponemos en nuestras historias clínico-laborales, de apartados y cuestionarios reservados para anotar esta información, pero necesitamos que, datos tan sencillos como el registro del puesto de trabajo actual y anteriores, sean datos que se tengan también en cuenta de forma generalizada en la asistencia del sistema nacional de salud, tanto a nivel de Atención Primaria como Especializada.

Los dos Registros de Cáncer de población más antiguos que existen en España son: el de Zaragoza, creado en 1960 y el de Navarra que se creó en 1970.

En 1978, a través del Plan Nacional de Registros de Cáncer del Ministerio de Sanidad, se iniciaron cuatro registros en las provincias de Valladolid, Sevilla, Santa Cruz de Tenerife y Asturias, de los cuales únicamente mantiene su actividad el de Asturias (16).

Entre 1980 y 1990 iniciaron su actividad los registros de Tarragona (1980), Murcia (1982), Granada (1985) y País Vasco (1986) (16).

En España, en 1998, la Asociación Española Contra el Cáncer recoge un total de 60 Registros Hospitalarios de Tumores (17), aumentando a 68 en su publicación del 2001; de ellos, aproximadamente un 25% están adscritos al Servicio o Departamento de Anatomía Patológica y otros con dependencia de los Servicios de Oncología, Medicina Preventiva o Documentación Clínica. Algunos presentan autonomía propia o dependen directamente de las Comisiones de Tumores.

En la actualidad, y de forma global, España carece de un registro nacional de cáncer, aunque cuenta con 17 registros de tumores de base poblacional miembros de la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (18), de los que sólo algunos como el de Murcia, registran la ocupación y actividad profesional, información clave para poder realizar una adecuada identificación y registro de patologías laborales relacionadas con la exposición a agentes carcinógenos.

Por todo ello, es importante destacar que, una adecuada selección y recogida de información desde los primeros contactos del trabajador con el sistema nacional de salud, ya sea atención primaria o especializada, junto con la correspondiente información recogida en las mutuas y servicios de prevención, constituirán la base de una importante información epidemiológica, necesaria para poder llevar a cabo un adecuado control y vigilancia del cáncer laboral.

Bibliografía

1. Benavides FG, Castejón J, Gimeno D, Porta M, Mestres J, Simonet P. Certification of occupational diseases as common diseases in a primary health care setting. Am J Ind Med. 2005; 47: 176-80.

2. Kogevinas M., Rodríguez Suárez M., Adonina Tardón S., Cáncer Laboral en España. Institut Municipal d'Investigació Médica. Barcelona; 2005.

3. P. Sanz-Gallén, J. Izquierdo, A. Prat Marín. Manual de Salud Laboral, Cáncer laboral. Barcelona: Springer – Verlag Ibérica; 2001: 330-338.

4. García Gómez M, Kogeviñas M. Estimación de la mortalidad por cáncer laboral y de la exposición a cancerígenos en el lugar de trabajo en España en los años 90. Gac Sanit. 1996; 10:143-151.

5. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE número 102 de 29 de Abril de 1986: 15207-15224.

6. Ley 31/1995, de 8 de Noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. BOE núm. 269, de 10 de Noviembre de 1995.

7. Real Decreto 665/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes cancerígenos durante

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 45

el trabajo, con las modificaciones introducidas por el Real Decreto 1124/2000 y el Real Decreto 349/2003.

8. Estrategia española de Seguridad y salud en el Trabajo (2007-2012).
URL:http://www.isciii.es/htdocs/centros/medicinadeltrabajo/ultima_hora/EESST.pdf Consultado: 30/07/2012

9. Ferrer J., Martínez C. El diagnóstico de las enfermedades respiratorias causadas por asbesto.ArchBronconeumol.2008; 44:177–179.

10. Gonzalez CA, Agudo A. Occupational cancer in Spain.Environ Health Perspect. 1999; 107: 273-277.

11. Real Decreto 1995/1978, de 12 de mayo, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la seguridad social. BOE núm. 203 de 25 de agosto

12. Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro. BOE núm. 302 de 19 de diciembre.

13. Kogevinas M. El coste del cáncer laboral en España. Rev Esp Salud Pública 2012; 86: 125-126

14. Cantón Marín Mª J.: El trabajo y la Salud. Cap. II. pp. 251-263 En: Enfermería Comunitaria, conceptos de salud y factores que la condicionan. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España; 2000.

15. Zubiri, A., Cuchí, T., and Abadía, M. J.. Estadística Oncológica de la Fundación Científica de la Asociación Española contra el Cáncer. Años 1995 y 1996.; Madrid, Departamento Nacional de Estadística y Epidemiología de la Fundación Científica de la A.E.C.C.; 1998.

16. Navarro Sánchez C: Los registros de cáncer de población en España. En: Fundación Científica de la A.E.C.C. (edit.): Simposio sobre Registros de Tumores. Madrid, Fundación Científica de la Asociación Española Contra el Cáncer.; 1999: 45-52.

17. Izquierdo A, Vallmayor M, Cornellá J y cols. Registro de tumores hospitalario: utilidad, objetivos y funcionamiento. Medicina Integral 1990; 15: 24-28.

18. García AM, Gadea R, López V. Impacto de las enfermedades laborales en España ISTAS, 2007.

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 46

Enfermería del Trabajo 2012; II: 278-283
Moreno Pimentel, AG, Meneses Monroy, A, Hernández Martín, M
Plan de cuidados en un paciente con asma laboral (III): Paciente con incapacidad permanente total

Supuesto Clínico

Plan de cuidados en un paciente con asma laboral (III): Paciente con incapacidad permanente total

Autores

Moreno Pimentel, AG, Meneses Monroy, A, Hernández Martín, M
Universidad Complutense de Madrid
Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterápia y Podología
Departamento de Enfermería

Facultad de Medicina, Pabellón II 3ª planta
Avenida Complutense S/N 28040 MADRID

Resumen

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas que afecta a millones de personas en todo el mundo y que está demostrado que en muchos casos podría ser evitable y que en otros casos se lleva un mal control. De etiología variable, en nuestro caso, de origen laboral y tratamiento complejo, lo que pretendemos como profesionales de enfermería es que el paciente consiga un afrontamiento adecuado para minimizar las consecuencias de la enfermedad.

Este trabajo es un desarrollo de un plan de cuidados en tres procesos diferentes del asma, en el que tras una valoración de enfermería según los patrones funcionales de Marjory Gordon, se determinarán los diagnósticos prioritarios para el paciente, con el desarrollo de las intervenciones, actividades, criterios de resultados e indicadores para valoración del paciente al alta.

Abstract

Asthma is a chronic inflammatory disease of the airways that affects millions of people around the world and it is shown that in many cases may be preventable and that in other cases is poorly controlled. Variable etiology, in our case, occupational and complex treatment, what we want as nurses is that patients get a proper coping to minimize the consequences of the disease.

This work is a development of a plan of care in three different processes of asthma, in which after a nursing assessment according to Marjory Gordon's functional patterns, identify priority diagnosis for the patient, with the development of interventions, activities, performance criteria and indicators for assessment of patients at discharge.

Introducción

El asma laboral se define como un cuadro de obstrucción bronquial al flujo aéreo parcial o totalmente reversible, ya sea espontáneamente o con tratamiento, asociado a una hiperreactividad bronquial, provocado por la exposición a polvo, vapores, gases o humos presentes en el lugar de trabajo. (1)

El asma laboral es, por tanto, un "asma provocada por exposición ambiental en el lugar de trabajo".(2)

Se conocen más de 200 sensibilizadores, capaces de provocar asma ocupacional. En ella la inflamación de las vías aéreas y la broncoconstricción pueden estar causadas por una respuesta inmunitaria a estos agentes sensibiliza

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 47

dores,por efectos irritantes directos o por otros mecanismos no inmunitarios, aunque se cree que en la mayoría de los casos lo que se produce es una sensibilización del trabajador a estos agentes detectados.

En ocasiones lo que provoca la exposición en el trabajo a estos agentes es un "empeoramiento de la sintomatología de los trabajadores con asma preexistente" (2), es decir, un asma agravada por el trabajo (AAT), la cual es estudiada de manera independiente.

El asma ocupacional puede aparecer con o sin periodo de latencia, el cual hace referencia al tiempo que trascurre entre que el trabajador entra en contacto con la sustancia sensibilizadora y el inicio de los síntomas. Este tiempo es variable y aunque a veces es inferior a dos años, en aproximadamente el 20% de los casos es superior a 10 años.

Entre los trabajadores que están en riesgo de padecer asma laboral se encuentran: aserraderos, acabados de madera y carpinterías, ebanistería y fabricación de muebles. Una muestra de la magnitud que está alcanzando el problema del constante aumento de las enfermedades profesionales (3) es la cifra de aproximadamente 3.000 sustancias existentes en la actualidad que se estima son capaces de producir patología ocupacional (4).

La prevalencia del asma se sitúa entre el 5 y 14% de la población, de la que el porcentaje correspondiente a asma laboral podría ser entre el 2 y el 15%.

La creación del registro EROL (enfermedades respiratorias de origen laboral) está facilitando la realización de estudios y estadísticas acerca de la magnitud del problema de las enfermedades respiratorias ocupacionales por parte del Instituto Nacional de Silicosis (INS).

De estos estudios se deriva que en la mayoría de las Comunidades Autónomas de España el asma laboral representó la patología respiratoria ocupacional más frecuente.

La valoración del paciente, se realizará mediante los patrones funcionales de Marjory Gordon. Elegimos los patrones funcionales en la valoración de los pacientes, ya que al poder adaptarse y utilizarse con cualquier modelo de enfermería nos permite garantizar y facilitar la continuidad de los cuidados, con independencia del enfermero o servicio que trate al paciente.

La taxonomía utilizada será la NANDA, NOC y NIC (4-7)

Plan de cuidados en un paciente con asma laboral

Presentación del caso

Javier, de 50 años, desarrolla su actividad laboral como carpintero desde los 18 años en una importante empresa multinacional del sector de la madera). Debuta con asma ocupacional, asociado a la exposición a polvo de maderas tropicales hace nueve años (uno tras su divorcio). Presenta un agravamiento del asma que precisa un cambio de puesto de trabajo y la solicitud de una Incapacidad Permanente Total (IPT) para su puesto de trabajo habitual.

Valoración por patrones funcionales::

Patrón 1.- Manejo – Percepción de la salud

Describe el patrón percibido por el cliente de salud y bienestar y cómo manejar la salud. Incluye la percepción del estado de salud del individuo y su relevancia para las actividades actuales y planes de futuro. Se incluye la prevención de riesgos para la salud por parte del individuo y su comportamiento general de salud, así como la adherencia a actividades de promoción de salud física y mental, prescripciones médicas o enfermeras y seguimiento de cuidados.

El paciente no es fumador. Refiere tomarse "un cubata" después del trabajo para "liberar tensiones".

Actualmente está en tratamiento con un glucocorticoide inhalado a dosis altas más un agonista beta-2 adrenérgico de acción larga. También tiene pautado a demanda un agonista beta-2 adrenérgico de acción corta.

HTA sin tratamiento.

Sólo ha sido operado una vez de apendicitis cuando tenía 14 años.

Patrón 2.- Nutricional Metabólico

Describe el consumo de alimentos y líquidos relacionado con las necesidades metabólicas y los indicadores de aportes de nutrientes; se valora el estado de la piel, si hay alguna lesión, el pelo, uñas, membranas mucosas y dientes, medidas de la temperatura corporal, altura y peso.

Paciente con mala alimentación por exceso de grasas, refiere que a veces se salta comidas por "dejadez y vaguería" y en otras ocasiones come compulsivamente cuando siente ansiedad.

Peso: 95 Kg. Altura: 1,75 m. IMC: 31,02. Refiere haber aumentado de peso en los últimos tres meses, desde que ha sido cambiado de puesto de trabajo y desarrolla tareas administrativas.

No se observan lesiones en piel ni mucosas.

Patrón 3.- Eliminación

Se describe la función excretora intestinal, vesical y de la piel. Se incluye la regularidad percibida por el individuo de la función excretora, el uso de rutinas o laxantes

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 48

para la eliminación intestinal, y cualquier cambio o alteración en el patrón horario, forma de excreción calidad o cantidad. También se incluye cualquier ayuda empleada para controlar la excreción.

El paciente no presenta alteración en este patrón, tiene un hábito intestinal normal y no padece estreñimiento ni problemas en la eliminación urinaria.

Patrón 4.- Actividad – Ejercicio

En este patrón además de la actividad, el ejercicio, ocio y recreo incluye las actividades de la vida diaria que necesitan gasto de energía. También están incluidos el tipo, cantidad y calidad del ejercicio lo que describe el patrón típico del individuo. Se incluyen los factores que interfieren con el patrón deseado. Se hace hincapié en las actividades de elevada importancia o significación para el individuo.

Refiere no realizar actividad física o ejercicio alguno en la actualidad.

Refiere sensación de ahogo y fatiga con la actividad física leve.

Presenta un patrón espirométrico obstructivo severo.

Patrón 5.- Reposo – Sueño

Describe los patrones de sueño descanso y relax. Incluye los patrones de sueño y los periodos de descanso-relax durante las 24 horas del día. Incluye la percepción del individuo de la calidad y cantidad de sueño y descanso y la percepción del nivel de energía. También se incluyen las ayudas para dormir como medicación o rutinas para irse a dormir que emplea el individuo.

Refiere no dormir bien, le cuesta conciliar el sueño y se despierta continuamente por las noches. Refiere no dormir más de 2 horas seguidas y no más de un total de 4 ó 5 horas.

Patrón 6.- Cognitivo – Perceptual

Nos describe el patrón sensorioperceptual y cognitivo. Incluye la adecuación de la visión, audición, gusto, tacto y olfato, y la compensación o prótesis utilizadas para las alteraciones. Se incluye también las referencias de la percepción de dolor y cómo se trata éste. Además se incluyen las capacidades funcionales, como el lenguaje, la memoria y la toma de decisiones.

Refiere que últimamente le cuesta concentrarse, lo que le está llevando a tener problemas en el ámbito laboral que repercuten en su vida familiar.

Patrón 7.- Autopercepción – Autoconcepto

Nos determina las percepciones que uno tiene de sí mismo. Incluye las actitudes del individuo sobre sí mismo, la percepción de las capacidades, la imagen corporal, identidad, sentido de valía y patrón general emocional. Se incluye la postura corporal y movimiento, contacto ocular, voz y patrón de conversación.

Habla en voz baja y esquiva la mirada al hablar, se muestra nervioso e incómodo.

Refiere sentirse mal consigo mismo, "fracasado", tanto en su vida personal, por su divorcio y la relación con sus hijos, como por su situación laboral actual.

Refiere que ha sido siempre carpintero y que desde su nuevo puesto no se siente realizado. Refiere no sentirse capacitado para el desarrollo de sus nuevas funciones, al tener que usar herramientas que dice no saber manejar, como la informática, a pesar de estar recibiendo formación por la empresa.

Refiere que su "fracaso" laboral se une al sentimental, cuando se divorció, y está agravando su mala situación con sus hijos, con quienes ha empeorado la relación desde el agravamiento de su enfermedad.

Patrón 8.- Rol – Relaciones

En este patrón se incluye la percepción del individuo de los principales roles y responsabilidades en la actual situación de vida, la satisfacción o alteraciones en la familia, trabajo o relaciones sociales y las responsabilidades relacionadas con estos roles.

Desde su divorcio, hace trece años, vive solo, recibía frecuentes visitas de su hija mayor (25 años), con quien mantenía una buena relación, no siendo así con su hijo menor (22 años). Refiere que desde que se ha agravado su enfermedad y se le cambió de puesto de trabajo, ha llevado las tensiones a su vida privada, lo que le ha llevado a discutir asiduamente con su hija y que su relación se haya estropeado.

Patrón 9.- Sexualidad – Reproducción

Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad, así como el de la reproducción.

Desde hace un año refiere no mantener relaciones estables ni esporádicas.

Patrón 10.- Afrontamiento – Tolerancia al estrés

Describe el patrón general de adaptación y efectividad de éste en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas para la propia integridad, formas de manejar el es-

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 49

trés, sistema de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones

El paciente está angustiado, se siente sólo.

Patrón 11.- Valores – Creencias

Describe los patrones de valores, objetivos o creencias que guían las elecciones o decisiones. Incluye lo percibido como importante en la vida, calidad de vida y cualquier percepción de conflictos en los valores, las creencias o las expectativas que estén relacionados con la salud

El paciente se define como creyente. Católico, aunque ya no acude a misa ni reza.

Diagnosticos de enfermería

– DIAGNÓSTICO: ANSIEDAD 00146

Relacionado con cambio y funciones del rol y manifestado por desesperanza creciente, disminución de la productividad, incertidumbre, inquietud, insomnio y preocupación.

– DIAGNÓSTICO: BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL 00120

Relacionado con cambios del rol social y falta de reconocimientos o recompensas y manifestado por verbalizaciones autonegativas, evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar la situación o los acontecimientos y expresiones de desesperanza e inutilidad.

– DIAGNÓSTICO: DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR EXCESO 00001

Relacionado con el aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas y manifestado por un peso corporal superior en un 20% al ideal según la talla y constitución corporal y comer en respuesta a claves internas distintas al hambre.

– DIAGNOSTICO: SEDENTARISMO 00168

Relacionado con carencia de motivación e interés y manifestado por la elección de una rutina diaria de bajo contenido en actividad física.

– DIAGNÓSTICO: DETERIORO DEL PATRÓN DEL SUEÑO 00095

Relacionado con ansiedad y manifestado por tardar más de 30 minutos en conciliar el sueño, despertarse antes de lo deseado, quejas verbales de dificultad para conciliar el sueño y de no sentirse bien descansado y despertarse tres o más veces por la noche.

– DIAGNÓSTICO: IMPOTENCIA 00125

Relacionado con un estilo de vida desesperanzado y manifestado por apatía y expresiones verbales de carecer de control sobre la influencia sobre la situación y el resultado.

– DIAGNÓSTICO: DESESPERANZA 00124

Relacionado con estrés de larga duración y declive o deterioro del estado fisiológico y manifestado por falta de iniciativa, claves verbales y disminución de las emociones.

– DIAGNÓSTICO: INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES 00060

Relacionado con situaciones de transición o crisis y manifestado por cambios en la disponibilidad para el apoyo emocional, la satisfacción con la familia y la expresión de conflictos dentro de la familia.

– DIAGNÓSTICO: DESEMPEÑO INEFECTIVO DEL ROL 00055

Relacionado con enfermedad física y alteraciones de la salud y manifestado por adaptación inadecuada al cambio o transición, falta de confianza, ansiedad e insatisfacción con el rol.

– DIAGNÓSTICO: AFRONTAMIENTO DEFENSIVO 00071

Relacionado con falta de confianza en sí mismo e incertidumbre y manifestado por proyección de culpa o responsabilidad.

Aunque el paciente presenta varios diagnósticos de enfermería, en el momento actual de agravamiento de su situación y la declaración de Incapacidad Permanente Total (IPT) y cambio de puesto de trabajo, nos vamos a centrar en aquellos que son prioritarios en esta situación para el desarrollo de los objetivos (NOC) e intervenciones (NIC) a desarrollar. En conclusión, nos vamos a centrar en los

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 50

dos primeros diagnósticos expuestos, por considerarlos los más prioritarios.

Criterios de resultado

– NOC 1302 AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS

Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.

Indicadores:
130203: Verbaliza sensación de control: siempre demostrado.
130204: Refiere disminución del estrés: siempre demostrado.
130205: Verbaliza aceptación de la situación: siempre demostrado.
130208: Se adapta a los cambios en desarrollo: siempre demostrado.
130217: Refiere disminución de los sentimientos negativos: siempre demostrado.
130218: Refiere aumento del bienestar psicológico: siempre demostrado.

– NOC 1300 ACEPTACIÓN: ESTADO DE SALUD

Reconciliación con cambios significativos en las circunstancias de salud.

Indicadores:
130001: Tranquilidad: siempre demostrado.
130002: Renuncia al concepto previo de salud: siempre demostrado.
130004: Demostración de autorrespeto positivo: siempre demostrado.
130008: Reconocimiento de la realidad de la situación de salud: siempre demostrado.
130017: Se adapta al cambio en el estado de salud: siempre demostrado.

– NOC 1205 AUTOESTIMA

Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo.

Indicadores:
120501: Verbalización de la autoaceptación: siempre positivo.
120502: Aceptación de las propias limitaciones: siempre positivo.
120511: Nivel de confianza: siempre positivo.
120519: Sentimientos sobre su propia persona: siempre positivo.

– NOC 1305 ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL: CAMBIO DE VIDA

Respuesta psicosocial de adaptación de un individuo a un cambio de vida importante.

Indicadores:
130501: Establecimiento de objetivos realistas: siempre demostrado.
130504: Expresiones de utilidad: siempre demostrado.
130505: Expresiones de optimismo sobre el presente: siempre demostrado.

Intervenciones

– NIC 4700. REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Actividades:
Ayudar al paciente a reconocer la irracionalidad de ciertas creencias comparándolas con la realidad actual.
Ayudar al paciente a reemplazar las interpretaciones equivocadas de las situaciones, sucesos e interacciones estresantes por interpretaciones basadas más en la realidad.
Administrar tratamientos con aerosol, si está indicado.

– NIC 5230. AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO

Actividades:
Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel.
Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones, y a manejar su estilo de vida o su papel necesario en ella.
Ayudar al paciente a resolver los problemas de una manera constructiva.
Ayudar al paciente a identificar respuestas positivas de los demás.

– NIC 5400 POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA

Actividades:
Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo.
Reafirmar las virtudes personales que identifiquen al paciente.
Recompensar o alabar el progreso del paciente.

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 51

– NIC 5380 POTENCIACIÓN DE LA SEGURIDAD

Actividades:
Ayudar al paciente a identificar los factores que aumenten el sentido de seguridad.
Ayudar al paciente a utilizar las respuestas de capacidad de solución de problemas que han resultado con éxito en el pasado.
Discutir situaciones específicas o sobre personas que amenacen al paciente.

– NIC 5270 APOYO EMOCIONAL

Actividades:
Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
Identificar la función de la ira, la frustración y rabia que pueda ser de utilidad para el paciente.
Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

Bibliografía

1. Ruiz C, Gómez J, Marañón J, Tabar A, Medina F, Labarta Patologías de origen laboral. Fuden. Enfo Ediciones 2010; 4: 69-80

2. Comisión de Salud Pública. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Protocolos de Vigilancia Sanitaria Específica. Asma Ocupacional [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2000. Disponible http://www.msps.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/asma_laboral.pdf

3. Abú Shams J, Boldú J, tiberio G, Tabar A, Fernández – Infante B, Labarta N. Registro de enfermedades respiratorias de origen laboral en Navarra. Anales Sis San Navarra. 2005; 28, supl 1: 135-147

4. Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro.

5. Martínez- González C. Manual de Neumología Ocupacional. Madrid: Editorial Ergón; 2007.

6. Fisterra. Guía clínica. [04/09/2006]. Disponible en Web: http://www.fisterra.com/guias2/asma2.asp

7. Real Decreto 773/1997, 30 de mayo, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la utilización por los trabajadores de equipos de protección individual.

8. Berman A, Snyder SJ, Kozier B, Erb G. Fundamentos de enfermería. 8ª ed. Madrid: Pearson Educación; 2008.

9. GINA 2006. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention NHLBI/WHO Workshop Report. 2006. http: //ginasthma.com

10. Ribas Cacha AA, Aréjuela Torres JL, Borrego de la Osa R, Domingo Blázquez M, Morente Parra M, Robledo Martín J, Santamaría García JM. Valoración enfermera estandarizada. Clasificación de los criterios de valoración de enfermería. Madrid: Fuden; 2006.

11. NIPE. Patrones Funcionales de M. Gordon. [03/12/2010]. Disponible en Web:http://www.nipe.enfermundi.com/futuretense_cs/ccurl/NIPE/pdf/patrones_funcionales_mgordon.pdf

12. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2009-2011. Barcelona: Elservier; 2010.

13. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, Dochterman JM, Maas M, Moorhead S, Swanson E, editores. Interrelaciones NANDA, NIC y NOC. 2ª ed. Madrid: Elservier, 2007.

14. Moorhead Sue, Johnson M, Maas M, editoras. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 3ª ed. Madrid: Elservier, 2005.

15. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, editors. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elservier, 2009.

16. Gil Hernández F. Tratado de Medicina del Trabajo. Barcelona. Editorial: Masson; 2005.

16. GEMA 2009. Guia Española para el Manejo del Asma. 2009. http: http://www.gemasma.com/

17. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Barcelona: Elservier; 2009.

18. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Barcelona: Elservier; 2009.

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 52

Enfermería del Trabajo 2012; II: 284-285
Sánchez García, M
Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública

Legislación y Salud Laboral

Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública

Autores

Sánchez García, M
Enfermero del Trabajo
Excma. Diputación Provincial de Córdoba

Los antecedentes de la ley

Desde que hace 25 años se publicara la Ley General de Sanidad (1986), ya iba siendo hora de que, por fin, se modernizara y adecuara a la realidad sociopolítica del país. Y así lo debió de entender cuando hace un año que finalizó el mandato del anterior gobierno de la nación y a modo de despedida, lo hizo con la publicación en el BOE , durante el mes de octubre del 2011 con, nada menos, que con 9 Leyes, entre ellas, la General de Salud Pública, que nos ocupa.

Es evidente que la puesta en práctica de tan profusa "gestación jurídica", lleva aparejado su correspondiente financiación y que al estar los tiempos como estaban, se presuponía que iba a ser muy difícil el "alumbramiento" de la mayor parte de dichas leyes.

No solamente no se ha desarrollado esta Ley, sino que ha sido frenada por diversos reales decretos que se contraponen a ciertos contenidos dispuestos en ella y que, según el actual gobierno que tiene intención de modificarla, llevaría implícito grandes desembolsos económicos que por el momento no parece prudente realizar.

Contenido de la Ley

Para un mejor entendimiento sobre lo que regula esta ley, la podemos dividir en dos grandes apartados: el que denomino teórico-filosófico, que son aquellos artículos de la ley que inciden en el mejoramiento de la salud colectiva e individual en un estado social y moderno (derechos y deberes ciudadanos, promoción de la salud, prevención de problemas de salud, coordinación de la promoción de la salud…) y la parte que designo como "pragmática" o práctica, entre las que destacaría: la universalización de la asistencia sanitaria, la creación del Título Oficial de Psicólogo Clínico, la especialización de los profesionales sanitarios en salud pública (a pesar de existir para médicos las especialidades de Medicina Preventiva y Salud Pública y Medicina Familiar y Comunitaria, y para enfermeros la de Enfermería Familiar y Comunitaria), creación del calendario vacunar único para toda la nación, la creación de una cartera de servicios básica y común en el ámbito de la salud pública, con un conjunto de programas y actuaciones y una oferta de cribados poblacionales ,creación de un Centro Estatal de Salud que se encargará del asesoramiento técnico en materia de salud pública, etc.

La Salud Laboral en la Ley

En lo referente a la Salud Laboral, la ley le dedica específicamente tres artículos (32,33 y 34) y la alude en otros cuatro de ellos (20.4, 21.1, 22.2, y 23., apartados i y j).

El art. 32, define los objetivos de la salud laboral y reincorpora de forma clara y precisa que alcanza a "las patologías producidas o relacionadas con el trabajo".

El art. 33, define los diversos aspectos de la atención sanitaria en el ámbito de la salud laboral (nada nuevo que no estemos haciendo actualmente en las UBS) y por otra parte, describe las actuaciones que corresponden realizar, coordinadamente, entre la autoridad sanitaria y la laboral. Por último, el art. 34 nos recuerda que, como siempre, las organizaciones empresariales y de trabajadores participaran en la planificación, programación, organización y control de la gestión relacionada con la salud laboral.

Con relación a aquellos otros artículos de esta ley en la que se nos menciona en mayor o menor grado, hay que destacar la reserva legal que hace el art. 20.4 sobre la posibilidad de que "la normativa laboral pueda prever la realización de pruebas de cribado para detectar enfermedades derivadas del trabajo"; la aseveración prevista en el art. 21.1 sobre que "los reconocimientos médicos previos a la incorporación laboral solo se podrán realizar cuando así lo disponga la normativa vigente…" , el establecimiento por parte de "las Administraciones Sa-

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 53

nitarias de procedimientos de coordinación entre las actividades sanitarias publicas y los servicios de prevención…"(art. 22.2 y 23.1, i,j).

La Salud Pública en las autonomías

Tras la publicación de esta ley, se prevé que el resto de las autonomías procedan a modificar las suyas propias existentes hasta el momento. Así pues, la que más prisa se ha dado ha sido la Extremeña, que antes aun de que se publicara esta Ley Estatal (octubre 2011), ya habían publicado la suya (Ley 7/2011 BOE de 13-4-2011). Andalucía tiene también publicada su propia Ley de Salud Pública (Ley 16/2011 BOE 20-1-2012). El resto de las autonomías, también tienen ley de salud pública, aunque deberán adecuarla a la estatal: Murcia (1994), Rioja (2002), Aragón (2002), Valencia (2005), Galicia (2008), Cataluña (2009), Navarra (2010), Castilla-La Mancha (2010), Baleares (2010). En la actualidad, se encuentran en proceso de anteproyecto, bien para adecuarla o para propiciar las propias en: Aragón, Euskadi, Castilla-La Mancha y Baleares.

Nos queda la esperanza

Finalmente creo debemos ser moderadamente optimistas pues hay que esperar al desarrollo normativo y comprobar si las expectativas que esta ley ha levantado en los profesionales se adecuan a sus aspiraciones, aunque muchas de sus consideraciones no hayan sido tenidas en cuenta. Por otra parte también hay que esperar las posibles modificaciones al alza que el actual gobierno, cuando era oposición, manifestó que llevaría a cabo.

Confío en que con la participación de los afectados por esta ley: población, profesionales y administraciones públicas, el marco normativo que se configure en su desarrollo sirva para elevar la calidad de vida de todos.

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 54

Enfermería del Trabajo 2012; II: 286-293
VIII Jornadas Nacionales de Enfermería del Trabajo

VIII JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERIA DEL TRABAJO

Formación / Calidad / Responsabilidad

Días: 26 y 27 de octubre de 2012

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Aula "Misael Bañuelos"

Programa Preliminar
En tramitación de ACREDITACIÓN POR EL FOSA.

Comité de Honor:

Exmo. Sr, D. Antonio María Sáez Aguado
Consejero de Sanidad (JCyL)

Exmo. Sr, D. Tomás Villanueva Rodríguez
Consejero de Economía y Empleo (JCyL)

D. Eduardo García Prieto
Gerente Regional del Sacyl

D. Carlos Fernández Rodríguez
Gerente del Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Dª. Rafaela de las Héras Vicente
Directora de Enfermería del Hospital Clínico Universitario de Valladolid

D. Juan Luis Badallo León
Presidente del Iltre. Colegio Oficial de Enfermería de Valladolid

D. José Manuel Corbelle Álvarez
Presidente de la AET

D. Fernando Morato Ortiz
Ex - Presidente de la AET

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 55

Comité Científico:

Presidente:

Dª. Isabel Hernández Maestre
Vicepresidenta AET

Vocales:

Dª Araceli Tejedor Franco
Supervisora Formación de postgrado HURH

Dª Ángela Jiménez Mayoral
Supervisora Formación del HCUV

D. Manuel Romero Saldaña
Coordinador de la Revista Científica de la AET

D. Antonio Déniz Hernández
Coordinador de la Revista Científica de la AET

Dª. Ana Panadero García
Representante del Colegio oficial de Enfermería de Valladolid

D. Manuel Sanchez García.
Enfermero Especialista en Enfermería del Trabajo. Diputación de Córdoba.

Dª Beatriz Herruzo Caro.
Especialista en Enfermería del Trabajo. AET Córdoba.

DªCarmen Lameiro Vilariño
Especialista en Enfermería del Trabajo de UPRL H. Meixoeiro de Vigo. (CHVI)

Dº Mª Cándida Pérez Gonzálves.
Especialista en enfermería del trabajo.

D. Alfonso Meneses Monroy.
Doctor en Enfermería. U. Complutense de Madrid.

D. Cristina Santoyo Arenas.
Especialista en Enfermería del Trabajo. El Corte Inglés. Málaga.

Dª Mª Begoña García Ramírez.
Secretaria General de La Asociación Madrileña de Enfermería del Trabajo.

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 56

Enfermería del Trabajo 2012; II: 286-293
VIII Jornadas Nacionales de Enfermería del Trabajo

Comité Organizador:

Presidente:

D. Julio Francisco de Benito Gutiérrez
Enfermero del Trabajo. Servicio de P.R.L. del H.C.U.V.

Secretaría:

Dª Remedios Esteban Carpintero
Enfermera del Trabajo. Servicio de P.R.L. del H.U.R.H.

Vocales:

Dª Diana Castilla Perera
EIR de Enfermería del Trabajo

D. Teresa Rodríguez Vaca
EIR de Enfermería del Trabajo

D. Vicente Fernández Almazán
Enfermero del Trabajo

Dª Araceli Santos Posada
Secretaria general de la AET

Dª Gemma Arévalo Alonso.
Especialista en Enfermería del Trabajo. Tesorera de la Asoc.Madrileña de E. del Trabajo.

Dª Marta Hernández Martín.
Especialista en Enfermería del Trabajo. Vocal Asoc. Madrileña de E. del Trabajo.

Dª Paula Peña Salguero.
Especialista en Enfermería del Trabajo. El Corte Inglés. Madrid.

Dª Mª Ángeles Almenara
Especialista en Enfermería del Trabajo. AET Málaga.

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 57

Entidades colaboradoras:

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO
C/ Ramón y Cajal, 3
47005 - VALLADOLID

COLEGIO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE VALLADOLID

FUNDACIÓN MIGUEL DELIBES

gsk GlaxoSmithKline

A.M.A. agrupación mutual aseguradora
LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

renfe Dirección General de Viajeros

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 58

Enfermería del Trabajo 2012; II: 286-293
VIII Jornadas Nacionales de Enfermería del Trabajo

Programa científico permanente:

Exposición de posters en el pasillo de acceso al "Aula Bañuelos" durante la duración de las jornadas

Programa científico:

VIERNES 26:

9 h. Entrega de documentación: En el vestíbulo del aula "Misael Bañuelos"

10 h. Inauguración de las Jornadas:

Presentación de las Jornadas por el Comité Organizador

Conferencia Inaugural

"Las enfermedades infecciosas en el trabajo"
Prof. Dr. José Mª Eiros Bouza
Catedrático de Microbiología de la UVA

11 h. Café descanso: En el Aula "C"

11,30 h Mesa 1: Experiencia de la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Laboral tras la 1ª promoción de EIR del Trabajo.
Coordina: D. Javier Sebastián Pacheco
Vocal de la Comisión Nacional de la especialidad de E del T

- La Unidad Docente Multiprofesional de Salud Laboral
D. Julio F. de Benito Gutierrez.
Tutor Coordinador de la U.D.M.S.L. de CyL

- Experiencia de la Tutoría E.I.R. del Trabajo
Dª Remedios Esteban Carpintero.
Tutora del Dispositivo Docente del H.U.R.H.

- Valoración de la 1ª Promoción E.I.R. del Trabajo
Dª Diana Castilla Perera
1ª promoción de E.I.R. del Trabajo

Coloquio

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 59

12,45 h **Mesa 2: Estudio y valoración de las diversas modalidades de prestación de cuidados de la Enfermería del Trabajo.**
Coordina: Mª Victoria Marín Úbeda
Especialista en Enfermería del Trabajo. SP Red Electrica Española.

- Análisis del Accidente laboral en la empresa
D. Bernardino Rivero Guinaldo
Enfermero del Trabajo Experto en Servicio de Empresa

- Servicio de Prevención Ajeno
Dª Marta Hernández Martín
Servicio de prevención MGO

- Enfermería del Trabajo en la Administración Pública
Dª. Marisol Olmo Mora
Enfermera del Trabajo del Servicio de P.R.L. del SESCAM

Coloquio

14,00 h **Comida de Trabajo en el comedor universitario "Alfonso VIII"**

16,000 h **Mesa de Debate 3: La encrucijada jurídica de la Enfermería del Trabajo en la actualidad.**
Coordina: José Manuel Corbelle Álvarez
Presidente de la AET

- La salud y el trabajo en la Constitución Española
Porf. D. Juan Mª Bilbao Ubillos
Catedrático de Derecho Constitucional de la UVA

Debaten sobre el tema:

- Dª Mª Dolores Calvo Sánchez
Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia de Salamanca

- Dª Cristina Godino González
Asesora Jurídica de la AET

- Dª Ángel Mª Moya Maganto
Seguros Santa Lucía - Madrid

Coloquio

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 60

17,30 h **Talleres Formativos:** Aulas del H.C.U.V.

- Escuela de Espalda
D. Ángel García García. Enfermero de Empresa

- Vacunaciones en adultos
Dr. Miguel Ángel González Roca. Laboratorios GSK

- Control de la visión en el medio laboral.

- Detección de Disfonías en trabajadores con esfuerzo vocal.
Dª Araceli Santos Posada. Logopeda y Foniatra.

- Salud bucodental en la empresa. Un reto en la prevención.
Dª Paula Peña Salguero. Odontóloga.

19,00h Visita guiada a la ciudad siguiendo la "Ruta del Hereje"

(Quien no haya leído este libro de Miguel Delibes, convendría que lo leyera para comprender esta ruta).

22,00h Cena de Gala: En un lugar singular de la ciudad.

SABADO 27:

10,00 h **Mesa 4:** Calidad en los procesos de la Enfermería del Trabajo.
Coordina: Manuel Romero Saldaña
Coordinador de la revista científica "Enfermería del Trabajo"

- La calidad en los procesos de asistencia sanitaria
Dª Mª Nieves Monje Curiel.
Supervisora de la Unidad de Calidad del H.C.U.V.

- ISO 9001: 2008 Una herramienta potente para la calidad
Dª Francisca Collantes Sampedro
Consultora de Calidad del H.C.U.V.

- Certificación del Sistema de Gestión de la Calidad en el Servicio de P.R.L. (ISO 9001)
Dr. Fernando Rescalvo Santiago
Jefe del Servicio de P.R.L. del H.C.U.V., Acreditado por AENOR

Coloquio

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 61

11,30 h **Mesa de comunicaciones orales**

Coordina: Dª Isabel Hernández Maestre
Vicepresidenta de AET

13,00 h **Mesa de Cierre de las Jornadas**

Presenta: D. Fernando Morato Ortiz
Ex - Presidente de la AET

- La Investigación cualitativa en la Enfermería Laboral
Drª Cristina García Vivar. Subdirectora Depmto de Enfermería.
Facultad de Enfermería de la Universidad de Navarra.

13,30 h **ENTREGA DE PREMIOS**

Presidente del Colegio Oficial de Enfermería de Valladolid

13,45 h **CLAUSURA DE LAS JORNADAS**

Presidente de la AET

14,00 h **DESPEDIDA CON VINO ESPAÑOL.**

Se va a solicitar la acreditación como actividad de formación para obtener los créditos correspondientes.

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 62

Cómo colaborar en la revista

Enfermería del Trabajo es la revista de la Asociación Española de Especialistas en Enfermería del trabajo. Nace con la ilusión y el esfuerzo de un gran grupo humano que quiere que todos y todas las enfermeras que formamos esta Asociación, seamos a su vez, parte intangible de la revista, y nos sintamos "in-corporados" en ella.

Nuestro objetivo es fomentar la investigación y divulgar el conocimiento científico, fundamentalmente, a toda la red de enfermería del trabajo, y de una forma más secundaria, a la comunidad científica en general.

La revista se indexará en la plataforma SCIELO (biblioteca científica electónica on line) dependiente en España del Ministerio de Sanidad, y que recoge las principales revistas científicas sanitarias de España e Iberoamérica, teniendo garantizada una difusión máxima e inmediata.

La revista está dirigida tanto a los enfermeros y enfermeras que componen esta asociación, como a todos los profesionales de la salud laboral que deseen compartir sus inquietudes científicas y técnicas.

Se trata de una revista que se presenta **abierta y participativa.**Somos conscientes de que el éxito de la misma, se fragua tanto en la **pluralidad** de sus autores, como en la **originalidad y actualización** de sus contenidos.

Para conseguir todo ello, necesitamos contar con tu colaboración, ya que de otra manera sería imposible y se convertiría en un proyecto inviable. Necesitamos que participes en la revista, aportando tus experiencias, conocimientos, investigaciones, etc.

La revista Enfermería del trabajo, a través de sus consejos de redacción y asesor, prestará la ayuda y apoyo necesarios para orientar y aconsejar sobre la realización de tus iniciativas, sugerencias, ideas, investigaciones, etc.
Puedes participar en cualquiera de los apartados que componen nuestra revista: editorial, artículos originales, originales breves, investigación enfermera, prevención global, casos clínicos, formación continuada, humanismo y enfermería, legislación, y agenda.
Para ello, mándanos tus sugerencias a **revista@enfermeriadeltrabajo.com,** y en breve nos pondremos en contacto contigo.

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 63

Normas de publicación

Los **trabajos** que se remitan a la revista Enfermería del Trabajo a través del correo electrónico (revista@enfermeriadeltrabajo.com). Deberán ser **inéditos**, no habiendo sido enviados a ninguna otra publicación.

Se adjuntará al trabajo una **carta de presentación y aceptación de las normas y condiciones de la revista, firmada por todos los autores.** En ella se informará sobre la no publicación previa del artículo ni envío actual a ninguna otra revista, junto a una descripción del material enviado.

Los trabajos pueden ser, **originales, originales breves, y demás apartados que componen la revista: casos clínicos, documentos de formación continuada, prevención global, legislación, metodología de la investigación, humanismo y enfermería.**

Los originales tendrán una extensión máxima de diez hojas DIN-A4, los originales breves tendrán una extensión máxima de cinco hojas DIN-A4, tanto en unos como en otros no se admitirán más de ocho autores.

Los casos clínicos y legislación tendrán una extensión máxima de 4 hojas DIN-A4.

Los documentos de formación continuada, metodología de la investigación, humanismo y enfermería, y prevención global tendrán una extensión máxima de 8 hojas DIN-A4.

Las extensiones máximas en páginas se refieren a textos que emplean **tamaño de letra de cuerpo diez y tipo de letra verdana.** Se remitirán con interlineado de 1,5 espacios, dejando un margen de 3 cm a izquierda y derecha. En el texto se evitarán las cursivas y las negritas. Las páginas irán numeradas correlativamente.

Los trabajos se enviarán en archivo de texto, preferiblemente WORD, y compatible con otros editores de texto.

En la primera página del artículo se indicarán, en el orden que aquí se citan, los siguientes datos:

Título del trabajo (en castellano y en inglés), inicial del nombre y primer apellido de los autores, nombre completo del centro de trabajo y dirección para la correspondencia sobre el artículo.

En la segunda página irá un resumen en español y en inglés que contendrá los aspectos más importantes de cada sección del trabajo: objetivo principal; una descripción breve del método y los resultados principales, resaltando la conclusión fundamental del estudio. **El resumen, habitualmente tendrá una longitud entre ciento cincuenta y doscientas cincuenta palabras y tras él se citarán hasta cuatro palabras clave en ambos idiomas. Utilícense para este propósito los términos de la lista de encabezamientos de materia médica «Medical Subject Headings» (MeSH) del "Index Medicus".**

Conviene dividir los trabajos en apartados según el siguiente esquema:
Introducción: breve explicación necesaria para que el lector comprenda el texto que viene a continuación.

Material y Métodos: se indica el centro donde se ha realizado experimento o investigación, el tiempo que ha durado, las características de la serie estudiada, el criterio de selección empleado en la muestra, las técnicas utilizadas, proporcionando los detalles suficientes para que una experiencia determinada pueda repetirse sobre la base de esta información. Se describirán con detalle los métodos estadísticos.

Resultados: se relatan, no interpretan, las observaciones efectuadas con el método empleado, expuestas con el complemento de las tablas y figuras.

Discusión: los autores tienen que exponer sus propias opiniones sobre el tema, significado y aplicación práctica de los resultados, consideraciones sobre una posible inconsistencia de la metodología o, por el contrario, razones por las que pueden ser válidos los resultados, relación con publicaciones similares y comparación entre las áreas de acuerdo y desacuerdo, así como indicaciones sobre futuras investigaciones sobre el tema.

Las citas bibliográficas se insertarán en el texto por orden de aparición. Se indicarán con número árabes entre paréntesis.

La bibliografía se presentará, al final del trabajo, en páginas independientes incluidas en la numeración general. Las referencias bibliográficas se enumeran consecutivamente siguiendo el orden en que se mencionan por primera vez en el texto.

La anotación bibliográfica se basará en la utilizada por el Index Médicus. Deberán elegirse citas bibliográficas muy representativas, procurando que sean fácilmente asequibles para el lector a quien se dirige la revista, y su número no deberá ser superior a veinte. Los trabajos deberán presentarse según las normas aprobadas por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (Normas Vancouver versión 2010), recogidas en Uniform Requeriments for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, cuya versión oficial se encuentra en www.ICMJE.org.

A continuación se dan unos ejemplos de formatos de citas bibliográficas:

- Artículo ordinario (Inclúyase el nombre de todos los autores cuando sean seis o menos, si son siete o más, anótese el nombre de los seis primeros y agréguese "et al"): Romero M. Valoración del cumplimiento de la quimioprofilaxis antituberculosa por la población reclusa del Centro Penitenciario de Jaén. Rev. Esp. Salud Pública 1997; 71: 391-399.
- Trabajo publicado por una corporación (autor no especificado): Comité internacional de Expertos en Litiasis. Medicina Renal 1996; 7: 105-114.
- Libros y otras monografías: Autor(es) personal(es) Eldenstein B. La Meningitis Viral. Buenos Aires: Editorial Corzo S.A. 1987: 170-174.
- Capítulo de un Libro Vera N. Vila J. Técnicas de Relajación. En/In Caballo V. Manual de terapia y modificación de conducta. Madrid. Siglo Veintiuno de España Editores, S.A. 3ª Ed. 1995: 161-181.

Se admitirán un **máximo de seis tablas y/o figuras**. Las figuras deberán quedar expuestas en forma clara y deberán permitir una interpretación correcta. Todas irán numeradas y deberán ir reseñadas en el texto según su orden de aparición. Todas las figuras se presentarán separadas del texto en formato de imagen (jpg, gif, etc.) y dentro de una carpeta aparte. Si son fotografías se seleccionarán cuidadosamente procurando que sean de buena calidad.

Las tablas se presentarán por separado, cada una como un de archivo de imagen (jpg, gif, etc.). Cada tabla requerirá de: numeración de la tabla con números romanos y título correspondiente. Se procurará que sean claras y sin rectificaciones.

Las siglas y abreviaturas se acompañarán siempre de una nota explicativa al pie.

Cuando se haya efectuado un estudio estadístico se indicará al pie de la tabla la técnica empleada y el nivel de significación si no se hubiera incluido en el texto de la tabla.

Los originales publicados pasarán a ser propiedad de la revista no devolviéndose los soportes físicos que fueran enviados.

Los artículos no aceptados se devolverán a la dirección del primer firmante.

El Consejo de Redacción de la revista no se hace responsable de los puntos de vista y afirmaciones sostenidas por los autores en sus comunicaciones.

Por cada trabajo publicado la Revista Española de Enfermería del Trabajo entregará gratuitamente al primer autor firmante tantos ejemplares como autores aparezcan en el artículo.

Se prohibirá la reproducción total o parcial de los artículos publicados, aun citando su procedencia, salvo autorización expresa, la cual se solicitará por escrito.

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 64

AET

Asociación de Especialistas
en Enfermería del Trabajo

REVISTA OCTUBRE:Maquetación 1 24/10/2012 16:24 Página 66