Enfermería del Trabajo

International Journal Occupational Health Nursing

www.enfermeriadeltrabajo.com/ojs/index.php/et/

Volumen 9 · Número 3 · Diciembre 2019

AET
Asociación de Especialistas en Enfermería del Trabajo

Editorial

Presencia de la Enfermería del Trabajo en las empresas (1903-1959), inicio de un compromiso social.

Artículos Originales

Burnout en profesionales de Enfermería de la Atención Primaria de Salud: una revisión sistemática.

Artículos de revisión

Agresiones sufridas por los estudiantes de Enfermería.

Turnicidad laboral irregular: riesgos para la salud.

Reseñas de salud laboral

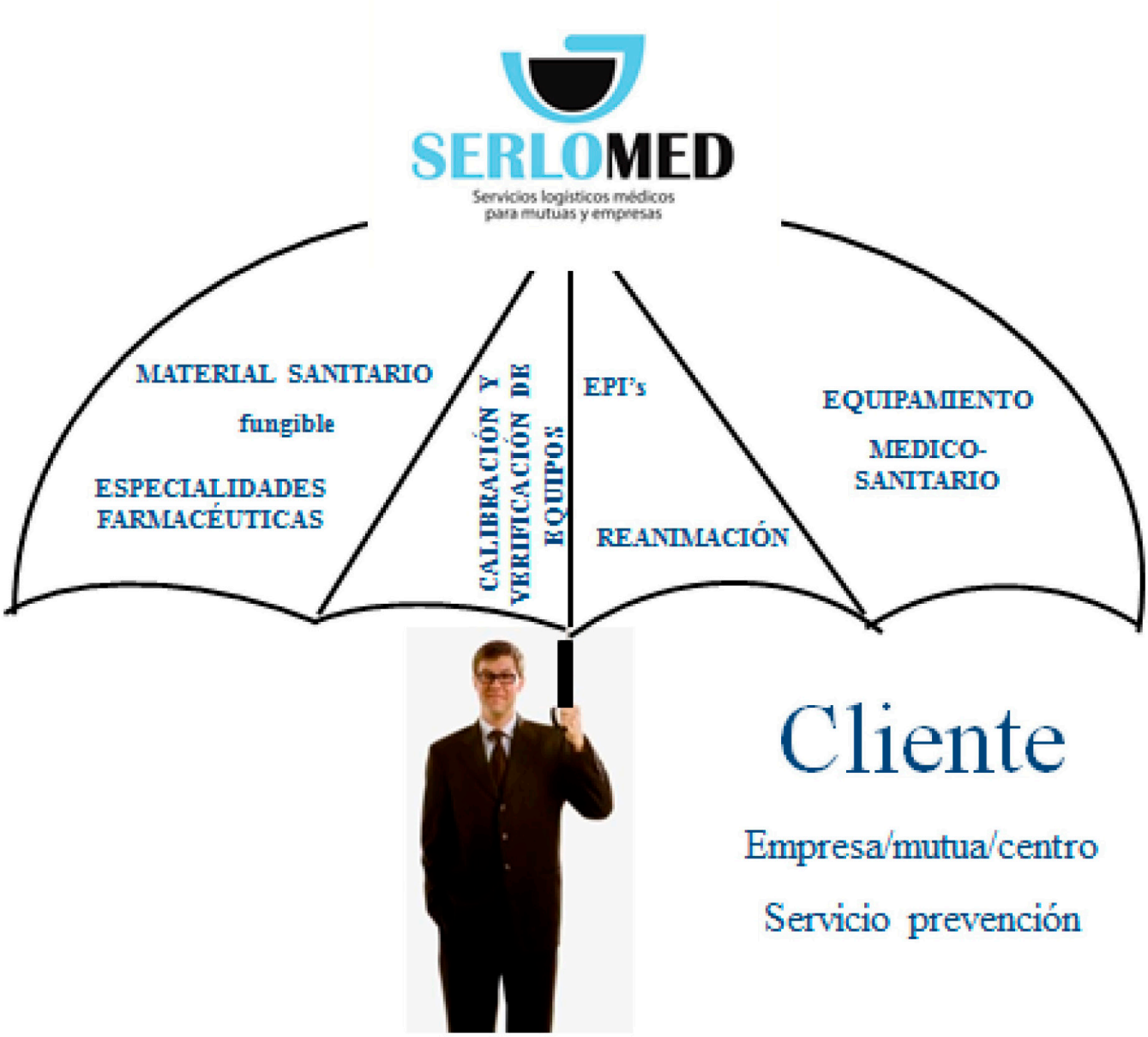
Asociación entre alta carga física de trabajo en agricultores de caña de azúcar en América Central y enfermedad renal.

Protocolos de investigación

Corrigendum: Elaboración y validación de un cuestionario para evaluar la satisfacción de los trabajadores con la vigilancia de la salud.

SERLOMED
Servicios logísticos médicos
para mutuas y empresas

el suministro integral



Primer Centro Proveedor de Suministros, Servicios y Asesoramiento, con plataformas en la Península y Canarias

ENFERMERÍA DEL TRABAJO

International Journal of Occupational Health Nursing

www.enfermeriadeltrabajo.com/ojs/index.php/et/

Editores

Manuel Romero Saldaña
Ayuntamiento de Córdoba

Rocío de Diego Cordero
Facultad Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla

Alfonso Meneses Monroy
Facultad Enfermería de la Cruz Roja. Madrid

Javier González Caballero
Instituto Nacional de la Seguridad Social. Bilbao.

Consejo de Redacción

Silvia Arranz Alonso
Enfermera del Trabajo. Madrid

José Manuel Corbelle Álvarez
El Corte Inglés. Madrid

Julio de Benito Gutiérrez
Hospital Clínico Universitario. Valladolid

Javier Gracia Rivera
Sociedad Prevención Fremap. Córdoba

Marta María Hernández Martín
AET. Madrid

Beatriz Herruzo Caro
Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir

Carmen Lameiro Vilariño
Hospital Meixoeiro. Vigo

Antonio G. Moreno Pimentel
Sociedad Prevención Fremap. Madrid

María Novoa García
EMT. Madrid

María Sociedad Olmo Mora
SESCAM. Puertollano

Paula Peña Salguero
El Corte Inglés. Madrid

Araceli Santos Posada
Agencia Tributaria. Madrid

Consejo Asesor

Mª Ángeles Almenara Angulo
El Corte Ingés. Marbella

Gema Arévalo Alonso
El Corte Inglés. Madrid

María Dolores Calvo Sánchez
Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Salamanca

José Ciércoles Prado
Repsol. Madrid

Antonio Javier Cortés Aguilera
Cabildo de Tenerife

Cristina Cuevas Santos
Ministerio Educación. Madrid

Francisco José García Sánchez
Facultad Enfermería. Ciudad Real

María Dolores García Perea
Hospital Virgen de la Macarena. Sevilla

Begoña García Ramírez
Enfermera del Trabajo. Madrid

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

Yolanda Raquel Lapeña Moñuz*Facultad Ciencias Salud. Univ. Jaume I. Castellón*

Pablo J. López Soto
Universidad de Córdoba

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

Carlos Martínez Martínez
Asoc. Española Enfermería Deportiva. Madrid

Guillermo Molina Recio
Facultad de Enfermería. Córdoba

María Cándida Pérez Gonzalves
Hospital Universitario Ourense

Juan Ramón Quirós Jiménez
Diputación Provincial de Jaén

Manuel Sánchez García
Diputación Provincial de Córdoba

Manuel Vaquero Abellán
Facultad de Enfermería. Córdoba

Revista indexada en:

REDIB Red Iberoamericana de Innovación y Conocimiento Científico · Dialnet · latindex · ENFISPO · ebibliotecasescam · CUIDEN · JUNTA DE ANDALUCIA CONSEJERÍA DE CULTURA · BibliotecaVirtualAndalucía

Edita: Asociación de Especialistas en Enfermería del Trabajo. Plaza de Mariano de Cavia, 4. 28007 Madrid
ISSN on line 2444-7226 ISSN printed 2174-2510 Depósito Legal: CO 288-2011

ENFERMERÍA DEL TRABAJO

Sumario

Volumen 9 ▪ Número 3 ▪ Diciembre 2019

Editorial

González Caballero, J.
Presencia de la Enfermería del Trabajo en las empresas (1903-1959), inicio de un compromiso social 5

Artículo Original

Luengo C, Hidalgo N, Jara G, Rivera R.
Burnout en profesionales de Enfermería de la Atención Primaria de Salud: una revisión sistemática 9

Artículos de revisión

García Ruiz J, García P.
Agresiones sufridas por los estudiantes de Enfermería 24

Ponga N, Pérez P.
Turnicidad laboral irregular: riesgos para la salud 30

Reseñas de salud laboral

Redacción
Asociación entre alta carga física de trabajo en agricultores de caña de azúcar en América Central y enfermedad renal 38

Summary

Volume 9. Issue 3. December 2019

Editorial

González Caballero, J.
Occupational Health Nursing presence in companies (1903-1959), beginning of a social commitment 5

Original article

Luengo C, Hidalgo N, Jara G, Rivera R.
Burnout in primary care nursing: a systematic review 9

Review articles

García Ruiz J, García P.
Aggressions suffered by nursing students 24

Ponga N, Pérez P.
Effectiveness of a training intervention for workers in Jaén with a high risk of Irregular turnicity: health risks 30

Occupational health reviews

Staff Redaction
Association between high physical workload in sugarcane farmers in Central America and kidney disease 38

EDITORIAL

Presencia de la Enfermería del Trabajo en las empresas (1903-1959), inicio de un compromiso social

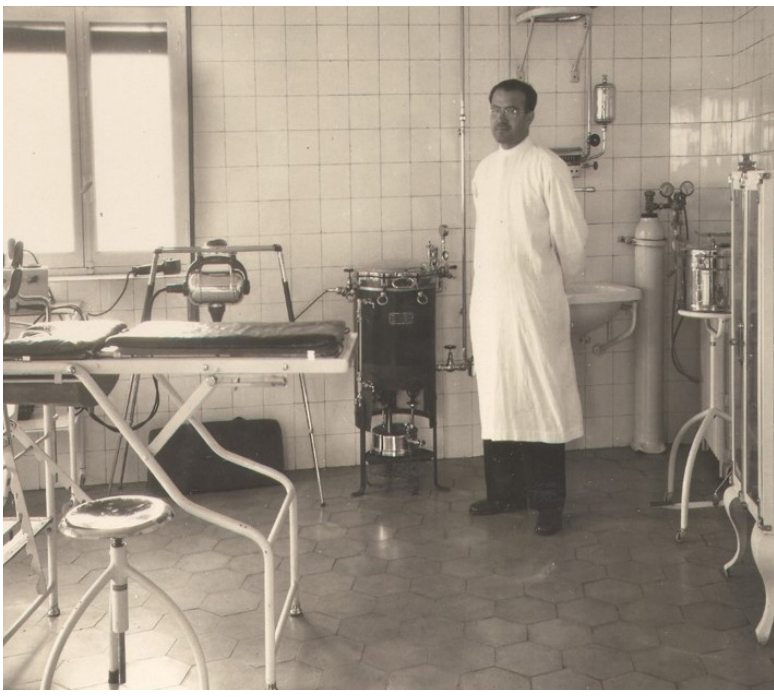
Dr. Javier González Caballero
Enfermero del Trabajo.
Servicio de Prevención y Salud Laboral. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Bilbao, España.

El humanista Henry E. Sigerist (1891-1957) propone escribir la historia de la humanidad a través de la historia del trabajo. El autor considera el carácter central que ocupa el trabajo en nuestra vida y la influencia que ejerce tanto en la esfera personal como de relación[1]. Con esta premisa, el espacio que ocupa la Enfermería del Trabajo es necesario en el proceso de mejora no sólo de las condiciones laborales sino en el aumento de la calidad de vida en el trabajo. De esta forma, considerando las capacidades profesionales del colectivo, su trayectoria y presencia activa en las organizaciones, la experiencia acumulada y el manifiesto compromiso en una atención integral a la población laboral, convierten a esta disciplina en una especialidad de profundo calado social.

En las siguientes líneas se describen algunos momentos de este devenir que retratan su compromiso. En la evolución histórica de la Enfermería del Trabajo, son varios los documentos donde se reclama de forma activa y reiterada la presencia de un practicante en determinados ámbitos de trabajo por la significativa siniestralidad laboral que presentan. El Reglamento de Colegiación voluntaria de Practicantes de Valencia (1903) demanda que se provean y doten de suficientes plazas de practicantes en zonas mineras[2]. De la misma forma, en las sucesivas Asambleas Nacionales de Practicantes de Medicina y Cirugía que tienen lugar entre 1903 y 1935, en el tenor de las reivindicaciones asoma un denominador común, se solicita la contratación donde pueda ser necesario de un médico y de un practicante en *empresas terrestres, industrias fabriles o sociedades de accidentes de trabajo* entre otras[3,4].

Las condiciones de trabajo explican en ocasiones el origen de las desigualdades en la protección de la salud en el trabajo. Conscientes de esta evidencia y su repercusión en el mantenimiento de los niveles de salud, estas peticiones colectivas se traducen en una iniciativa concreta. El Colegio Oficial de Sevilla crea una comisión en 1913 que *visitando fábricas y talleres, fuese contactando con la clase obrera, buscando que fuera tomando conciencia de la necesidad de pedir a sus patronos la existencia de practicantes en sus centros de trabajo laborales*[5], actuación que reiteran nuevamente en 1931[6]. Sin duda una forma de proceder visionaria que pretendía transmitir su ideario en las empresas venciendo las reticencias de la época. Fruto de esta iniciativa, en la compañía Catalana de Gas se convoca una huelga (1933) para demandar la presencia de un profesional en el botiquín de la empresa. Además, este mismo año tuvo lugar un congreso internacional de enfermeras en París y Bruselas; entre las ponencias presentadas una a destacar, *La enfermera en la industria*[6].

Los años 1933 y 1934 constituyen un hito clave para la especialidad, se publica el primer modelo de contrato que en adelante regulará el trabajo del practicante tanto en fábricas, talleres, oficinas y almacenes, como en mutualidades, clínicas y empresas dedicadas a la atención



EDITORIAL

de accidentes de trabajo. Su contenido determina el tipo de jornada, la permanencia en el centro, el tiempo destinado a las curas, las visitas domiciliarias a los accidentados, la obligación de acudir siempre en situaciones de urgencia, la remuneración económica según la dedicación y el número de trabajadores asignados, finalmente incluía las sanciones en base al tipo de falta cometida en el ejercicio de su profesión[7, 8, 9].

En enero de 1936, el presidente de la Federación Nacional de Colegios de la profesión señala su inquietud solicitando a las instituciones públicas... *la presencia necesaria de practicantes en botiquines de urgencia en fábricas y talleres*[10]. En abril de 1939 tras años de inactividad por la Guerra Civil, el Consejo Nacional retoma su cometido y celebra su Asamblea Nacional.

Entre otras conclusiones solicita la presencia de practicantes en todos los botiquines de empresa[11]. De forma

> **"Las fábricas o explotaciones que tengan más de 50 obreros, tendrán la obligación de tener un practicante titulado"**

paralela, el propio Consejo manifiesta su preocupación por los niveles que adquiere el intrusismo profesional para el colectivo. Se constata de manera reiterada la presencia de trabajadores autorizados a prestar servicios sanitarios en industrias. Esta realidad se traduce en constantes apelaciones ante las autoridades. La respuesta de la Dirección General de Trabajo es nítida (1941): *Las fábricas o explotaciones que tengan más de 50 obreros, tendrán la obligación de tener un practicante titulado*[12].

Las reiteradas peticiones tuvieron su traducción en los Estatutos de la profesión y de sus Colegios Oficiales (1945). En su contenido señala que los botiquines de fábricas, talleres, factorías y explotaciones industriales estarán a cargo de un practicante bajo la dirección de un médico[13]. Debido a la gran expansión industrial en esta época, este mismo año el Consejo General encargó una ponencia conjunta a los colegios provinciales integrantes. De título *Practicantes de la industria, fábricas y talleres*, trató de poner en valor la importancia de la presencia de un practicante al frente de los botiquines en los centros de trabajo y a su vez de promover el reconocimiento social del *Practicante de industria*[14].

Consecuencia de esta evolución, en 1949 el Ministerio de Trabajo crea una comisión específica que aprueba las condiciones de trabajo de los practicantes adscritos al Servicio Centralizado e intervengan en la asistencia de los obreros accidentados. En base a este criterio, los profesionales vinculados a este ámbito se clasifican como Practicante de guardia (presta atención de urgencia y realiza curas periódicas), Practicante de especialidades (colabora en la atención quirúrgica) y Practicante visitador (practica curas en el domicilio del accidentado que no pueda desplazarse al centro asistencial)[15].

Por último, la Agrupación Sindical Española de Enfermeras perteneciente al Sindicato de Actividades Diversas, celebra en Madrid una primera reunión nacional en 1953. Se aprobaron distintas propuestas sobre accidentes de trabajo, cuya prestación sería cubierta por la Mutualidad Nacional de Enfermeras con la aportación de una cuota mensual. También se propuso que las enfermeras afectadas de lesiones pulmonares contraídas en el ejercicio de su profesión (actuales enfermedades profesionales) tuvieran preferencia de ingreso en los sanatorios[16].

Finalmente, este periplo histórico concluye con la publicación de dos disposiciones que permitieron la creación de los Servicios Médicos de Empresa (1956)[17, 18], y su posterior desarrollo (1959)[19, 20], dos circunstancias determinantes en esta disciplina enfermera que oficializan su presencia en las organizaciones previo acceso a una formación específica.

Este relato de hechos denota entre otros aspectos el papel activo que la especialidad desempeña en su contexto laboral y manifiesta un compromiso inequívoco para garantizar el bienestar de las personas objeto de nuestros cuidados, la población laboral.

EDITORIAL

REFERENCIAS

1 Sigerist HE. Historical background of industrial and occupational diseases. Bull N York Acad Med 1936; 12: 597-609.

2 Reglamento de Colegiación voluntaria de Practicantes de la provincia de Valencia. Colegio Oficial de Enfermería de Madrid; 1903.

3 Boletín Oficial de los Practicantes de Medicina y Cirugía. Colegio de Madrid y de la Federación Nacional 1923; XIX: 181.

4 Boletín del Colegio Oficial de Practicantes en Medicina y Cirugía de Madrid y su provincia. Colegio Oficial de Practicantes en Medicina y Cirugía de Madrid y su provincia 1935; 317.

5 Gallardo C, Jaldón E, Villa V. La enfermería sevillana: el colegio y su historia 1900-1930. Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla; Sevilla, 1993.

6 Gallardo C, Villa V. La enfermería sevillana. El colegio y su historia 1931-1960. Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla; Sevilla, 1998.

7 Medicina y Cirugía Auxiliar. Órgano oficial del Consejo General de los Colegios oficiales de Practicantes de España 1946; VII: 5.

8 Medicina y Cirugía Auxiliar. Órgano oficial del Consejo General de los Colegios oficiales de Practicantes de España 1946; VII: 7.

9 Medicina y Cirugía Auxiliar. Órgano oficial del Consejo General de los Colegios oficiales de Practicantes de España 1947; VIII: 10.

10 Boletín del Colegio Oficial de Practicantes de Medicina y Cirugía de Madrid y su provincia. Colegio Oficial de Practicantes de Medicina y Cirugía de Madrid y su provincia 1936; 328.

11 Gallardo C, Villa V. La enfermería sevillana. El 11 colegio y su historia 1931-1960. Sevilla: Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla; 1998.

12 Boletín de los Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía. Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía 1941; II: 11.

13 Boletín Oficial del Estado. Orden de 26 de noviembre de 1945 por la que se aprueba el Reglamento y Estatutos provisionales del Consejo General de Auxiliares Sanitarios y de Colegios Provinciales respectivamente, así como los Estatutos del Consejo de Previsión y Socorros Mutuos. BOE núm. 339 de 5/12/1945. [Acceso 2 de diciembre de 2019]. Disponible en: http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1945/339/A03334-03343.pdf

14 Medicina y Cirugía Auxiliar. Consejo General de los Colegios Oficiales de Practicantes de España 1946; V: 2.

15 Boletín Oficial del Estado. Orden de 28 de marzo de 1949 por la que se aprueban las condiciones de trabajo de los practicantes que intervengan en la asistencia de los obreros accidentados. BOE núm. 95 de 5/4/1949. [Acceso 2 de diciembre de 2019]. Disponible en http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1949/095/A01550-01550.pdf

16 Orts ME. El primer Congreso Nacional de Enfermeras. Rev Enfermera 1953; 2.

17 Boletín Oficial del Estado. Decreto de 21 de agosto de 1956 por el que se organizan los Servicios Médicos de Empresa. BOE núm. 287 de 13/10/1956. [Acceso 6 de noviembre de 2019]. Disponible en: http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1956/287/A06497-06498.pdf

18 Boletín Oficial del Estado. Orden de 22 de diciembre de 1956 por la que se aprueba el Reglamento de los Servicios Médicos de Empresa. BOE núm. 361 de 26/12/1956. [Acceso 6 de noviembre de 2019]. Disponible en: http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1956/361/A08103-08106.pdf

19 Boletín Oficial del Estado. Decreto 1036/1959 de 10 de junio por el que se reorganizan los Servicios Médicos de Empresa. BOE núm. 148 de 22/6/1959. [Acceso 12 de noviembre de 2019]. Disponible en: http:// www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1959/148/A08873-08875.pdf

20 Boletín Oficial del Estado. Orden de 21 de noviembre 20 de 1959 por la que se aprueba el Reglamento de los Servicios Médicos de Empresa. BOE núm 284 de 27/11/1959. [Acceso 12 de noviembre de 2019]. Disponible en: http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1959/284/A15150-15158.pdf

La diabetes es uno de los principales desafíos de salud de nuestro tiempo. Hoy, 415 millones de personas viven con diabetes, y para 2040 este número podría aumentar a 642 millones. Dos tercios de estas personas viven en ciudades.[1]

Más de 90 años de liderazgo en la lucha contra la diabetes nos han enseñado que frenar esta pandemia requiere de un enfoque extraordinario.

La estrategia de Novo Nordisk para cambiar la diabetes es clara, junto con nuestros socios debemos abordar los factores de riesgo en entornos urbanos, asegurar el diagnóstico precoz, mejorar el acceso a la atención sanitaria y apoyar a las personas en la consecución de objetivos más ambiciosos en salud.

liderando el cambio para vencer a la diabetes

ES/CD/0318/0156

changing diabetes®

1. International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas.* 7th edn. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation. 2015.

novo nordisk®

ARTÍCULO ORIGINAL

Burnout en Profesionales de Enfermería de la Atención Primaria de Salud: una Revisión Sistemática

Autores:
Luengo Martínez C[1], Hidalgo Arriagada N[2], Jara Neumann G[3], Rivera Gutiérrez R[4]
1. Universidad del Bío-Bío/Departamento Enfermería, Chillán, Chile, cluengo@ubiobio.cl
2. Departamento de Educación, Negrete, Chile.
3.Centro de Salud Familiar, Los Ángeles, Chile.
4. Centro de Salud Familiar Nororiente, Los Ángeles, Chile.

Autor de correspondencia:
Dª Carolina Luengo Martínez
cluengo@ubiobio.cl

Trazabilidad editorial
Recibido: 10/01/2019 **Revisado: 02/02/2019** **Aceptado: 17/05/2019**

Citar como:
Luengo C, Hidalgo N, Jara G, Rivera R. Burnout en Profesionales de Enfermería de la Atención Primaria de Salud: una Revisión Sistemática. Revista Enfermería del Trabajo. 2019. 9; 3:124-138

Resumen

Introducción. Determinar el nivel de Burnout y sus factores asociados, en los profesionales de enfermería de la Atención Primaria de Salud.

Material y Métodos. Revisión sistemática de la literatura, a través del método SALSA de revisión y ajustada a la declaración PRISMA. Se seleccionaron 10 estudios según los criterios de elegibilidad y la evaluación de calidad metodológica.

Resultados. Existe un nivel disímil de Burnout en los diferentes países, con predominio de un nivel alto de Burnout. En relación a los factores asociados al síndrome, se encontraron variables sociodemográficas y laborales. Las dimensiones del Burnout Laboral con mayor incidencia son agotamiento emocional y despersonalización

Conclusiones. Se encontraron niveles altos de burnout en el profesional de enfermería, esto puede afectar la calidad en los servicios de atención primaria de salud, el conocimiento de esta problemática, puede servir a la hora de establecer estrategias de abordaje para su mejora y prevención.

Palabras clave. Burnout Profesional; Atención Primaria de Salud, Enfermeras, Revisión

Burnout in Nursing Professionals of Primary Health Care: a Systematic Review

Abstract

Introduction. To determine the level of Burnout and its associated factors in the nursing professionals of the Primary Health Care

Material and Methods. Systematic review of the literature, through the SALSA review method and adjusted to the PRISMA statement. Ten studies were selected according to the eligibility criteria and the methodological quality assessment.

Results. There is a dissimilar level of Burnout in the different countries, with a predominance of a high level of Burnout. In relation to the factors associated with the syndrome, sociodemographic and labor variables were found. The dimensions of the Labor Burnout with greater incidence are emotional exhaustion and depersonalization.

Conclusions. We found high levels of burnout in the nursing professional, this can affect the quality of primary health care services, knowledge of this problem, can be used when establishing strategies for improvement and prevention.

Keywords. Burnout, Professional; Primary Health Care, Nurses, Rewiev

ARTÍCULO ORIGINAL

INTRODUCCIÓN

La población mundial vive un proceso de modernización, que ha provocado cambios en diferentes aspectos de la vida diaria, incrementando la carga laboral, horarios de trabajo, imponiendo condiciones que exceden las habilidades y capacidades de las personas, lo que puede afectar la salud mental y el entorno del individuo[1]. Es así como, desde inicios del siglo XX surge el interés por conocer la manera en que el trabajo, afecta a la sociedad en general y en particular la salud de las personas en el ámbito laboral. Luego el trabajo debiera ofrecer oportunidades reales de logros personales, autorrealización, condiciones apropiadas para el bienestar de los trabajadores y un ambiente sano y seguro[2].

Los trabajadores de la salud, constituyen un grupo de alta vulnerabilidad para el desarrollo de problemas relacionados con el estrés en el trabajo, ya que están expuestos a situaciones desgastantes, con elevadas exigencias y múltiples factores de riesgo, así como la transferencia o carga emocional que reciben de los usuarios[3].

Un estudio realizado en trabajadores del sector público de salud en Chile, arrojó que la prevalencia de malestar mental fue de un 32,4%[2], encontrándose una asociación positiva entre el mal estado de salud mental y la presencia de estrés laboral; considerado como la respuesta nociva del individuo a consecuencia de las exigencias que sobrepasan las capacidades y recursos del trabajador[4], de no ser tratado a tiempo puede evolucionar a un síndrome de estrés crónico, conocido como Burnout Laboral[5]. En este sentido, Aranda[6] explica el Burnout Laboral como una enfermedad moderna, que se produce a consecuencia del estrés crónico de tipo laboral al que está expuesto todo trabajador, provocando ocasionalmente variaciones en la conducta, agresividad y motivación para realizar actividades, alterando simultáneamente la calidad de vida familiar, social y laboral de quienes padecen de este síndrome. Por otra parte, Schwartzmann[7] señala al Burnout como una entidad relacionada exclusivamente al trabajo, a diferencia de la depresión y de otros trastornos asociados como estrés agudo, indicando que debe considerarse como una enfermedad profesional donde las relaciones interpersonales disminuyen, reduciendo la habilidad para trabajar con otros, compañeros, superiores, usuarios, lo cual tensa las relaciones y provoca conflictos8. La evidencia señala que en Chile existe una prevalencia de Burnout del 30% en profesionales de salud de los niveles primario y secundario de atención, afectando principalmente a las mujeres, siendo el 83 % de los casos sintomáticos[2].

El origen de Burnout en los trabajadores en general y en específico en los del sector salud, reside en el entorno laboral y en las condiciones de trabajo y depende de variables sociodemográficas, individuales o entorno personal[9] y también por la exposición a múltiples factores de riesgo que afectan negativamente su bienestar, constituyendo un riesgo para la salud de éstos, provocando ausentismo, desmotivación, bajo desempeño laboral y en consecuencia, el deterioro en la calidad de la atención otorgada[3].

Este síndrome genera en el profesional síntomas que van desde el agotamiento físico, mental y emocional hasta relaciones conflictivas interpersonales[5]. Pudiendo afectar la organización, eficiencia y calidad en los servicios de atención primaria de salud.

Por tanto, teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto y considerando la escasa información existente de investigaciones realizadas en el nivel primario de Atención de Salud, se planteó como objetivo: determinar el nivel de Burnout y sus factores asociados, en los profesionales de enfermería de la Atención Primaria de Salud (APS), a través de una revisión sistemática de la literatura.

Material y métodos

Se realizó una revisión sistemática de la literatura científica, guiada por las preguntas *¿Cuál es el nivel de Burnout en los trabajadores de la Atención Primaria de Salud?* y *¿qué factores se asocian al Burnout en trabajadores de la Atención Primaria de Salud*?. Siguiendo las recomendaciones del método SALSA (por sus siglas en inglés Search, Appraisal, Synthesis and Analyses; búsqueda, evaluación, síntesis y análisis)[10], de revisión y ajustada a los requerimientos establecidos para las revisiones sistemáticas en la declaración PRISMA (por sus siglas en inglés, Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses; ítems de reporte preferidos para las revisiones sistemáticas y metaanálisis), para la presentación de información[11].

Estrategia de búsqueda (search): como estrategia de búsqueda para esta revisión se utilizaron los términos claves; obtenidos de los Descriptores de las Ciencias de la Salud (DeCS) y del Medical Subject Headings (MeSH): *Atención primaria* de Salud y su sinónimo en inglés (Primary Health Care) y en portugués (Atenção Primária a saude); enfermeras y enfermeros y su sinónimo en inglés (nurses) y portugués (Enfermeiras e Enfermeiros); y Agotamiento Profesional y su sinónimo en inglés (Burnout professional) y en portugués (Esgotamento Profissional), en las bases de datos: EBSCO, Web of Science, Pubmed, SCOPUS y Bireme (LILACS, IBECS, MEDLINE, SciELO).

Los operadores booleanos utilizados fueron de intersección AND, para establecer las operaciones lógicas entre los conceptos, NOT, para no incluir investigaciones de estrés laboral, ni realizadas en establecimientos hospitalarios y OR para recuperar documentos donde aparezca uno, otro o al menos uno de los argumentos indicados en el caso de agotamiento emocional o Burnout. Se usaron

ARTÍCULO ORIGINAL

los siguientes filtros: años publicación (2010- 2017), área de investigación (nursing), tipo de documento (artículo). Lenguaje (inglés, español o portugués). Disponibilidad de texto (abstract y full text), especies (humanos).

Criterios de elegibilidad:

Criterios de inclusión:

1) artículos originales y revisiones; 2) delimitación del idioma (castellano, inglés y portugués); 3) limitados a los últimos 7 años, y 4) relacionados con el tópico de revisión: "Burnout en profesionales de enfermería", disponibilidad de textos (full text), estudios de abordaje de diseño cuantitativo y cualitativo 5) que incluyeran en las investigaciones a profesionales de enfermería.

Criterios de exclusión:

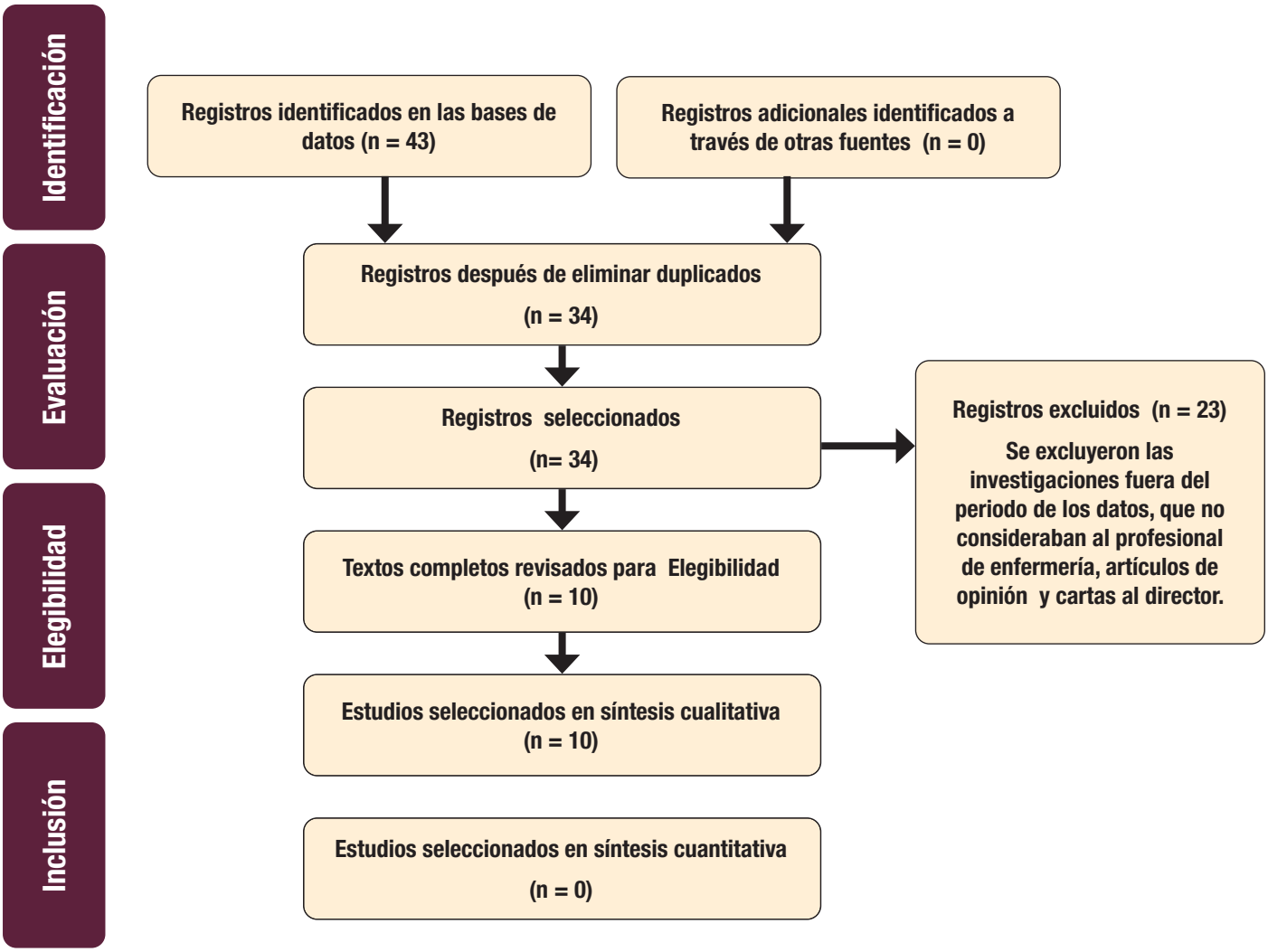
Se consideraron las investigaciones fuera del periodo de los datos, los artículos de opinión y cartas al director.

Extracción de datos, síntesis y análisis (Appraisal, Synthesis and Analyses):

De los 10 estudios seleccionados después de la aplicación de los criterios de elegibilidad y la evaluación de la calidad metodológica, se extrajeron los siguientes datos: país, unidad de análisis, tipo estudio, instrumentos, año, nivel de Burnout en trabajadores de la Atención Primaria de Salud (APS) y principales factores asociados al Burnout.

Para evaluar la calidad de los estudios, se utilizó el Instrumento llamado Efecctive Public Health Practice Projet (EPHPP). Es importante señalar que debido al acotado número de estudios que se rescataron, se decidió presentar todos los artículos que cumplieron con los criterios de elegibilidad, a pesar que presentarán una evaluación débil en calidad según el instrumento EPHPP. Los datos de los diferentes estudios fueron resumidos mediante una síntesis de tipo cualitativa- narrativa (Tabla 1), las distintas etapas de revisión se detallan en la figura 1.

Figura 1. Diagrama de flujo de la información del método SALSA aplicado a la revisión sistemática en estudio.



ARTÍCULO ORIGINAL

Aspectos éticos

Las autoras declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales. Asimismo se declara seguir los protocolos de derecho de autor de cada investigación citada. La valoración de cada estudio adjunto, se realizó de forma independiente, con la finalidad de evitar conflictos de interés.

RESULTADOS

Se confinaron 43 estudios, obteniéndose la muestra final de n =10 tras eliminar duplicados y aplicar los criterios de inclusión y exclusión. Los estudios se llevaron a cabo en España (n=4)[12-15], México (n=1)[16], Brasil (n=3)[17-19],Turquía (n=1)[20] e Irán (n=1)[21]. La información de los estudios analizados, se presentan en tabla 1.

Tabla 1. Características de los estudios incluidos.

Nª	Autor	País/año	Método y Objetivo	Participantes	Instrumento	Nivel Burnout	Factores asociados al Burnout	*EPHPP **CASPe
1	Gómez et al. (12)	España, 2017	Método: Revisión sistemática. Objetivo: Conocer los factores de riesgo y los niveles de Burnout en enfermeras de atención primaria.	Muestra final de 12 estudios cuantitativos	Fuentes de datos: Se consultaron CINAHL, CUIDEN, LILACS, Pubmed, ProQuest, ScienceDirect y Scopus. Las ecuaciones de búsqueda fueron: «Burnout AND community health nursing» y «Burnout AND primary care nursing», su equivalente en español y portugue	El Burnout en su nivel más alto, está presente en profesionales de Atención primaria. Burnout por dimensión: Nivel cansancio emocional: alto nivel presente entre el 23,3-31,3% de la muestra Nivel despersonalización: nivel alto en porcentajes menores al 15%. Nivel baja realización personal: prevalencias de bajo nivel 92,8%	A mayor edad la relación es estadísticamente significativa con presencia de Burnout Satisfacción laboral y variables del entorno obtuvieron relación con significancia estadística Un mayor nivel de ansiedad y depresión se relaciona con mayor nivel de Burnout	**Fuerte
	Jiménez et al.(13)	España, 2011	Estudio transversal y descriptivo Objetivo analizar el nivel de Burnout que presenta el personal de enfermería de Atención Primaria de Ávila y la influencia de diversos factores sociales, laborales y de salud en la aparición.	126 profesionales de enfermería de Atención Primaria	Cuestionario de 14 variables sociode- mográficas laborales y de salud. Maslach Burnout Inventory (MBI)	Alta incidencia (53%) de Burnout en la muestra estudiada. Burnout por dimensión: Cansancio Emocional nivel alto 24% de la muestra Desper- sonalización nivel alto Baja Autorre- alización ambas con un 29% de la muestra estudiada	Edad (más joven) Antecedentes de ansiedad o depresión Presiona asistencial Trabajar en medio rural se relaciona a mayor Burnout	*Débil

ARTÍCULO ORIGINAL

Nª	Autor	País/año	Método y Objetivo	Participantes	Instrumento	Nivel Burnout	Factores asociados al Burnout	*EPHPP **CASPe
	Vilà et al. (14)	España 2010	Método: Estudio Transversal multicéntrico con abordaje cuantitativo. Objetivo: Estimar la prevalencia de burnout y percepción de trabajo en equipo en los equipos de Atención Primaria (EAP) de Barcelona ciudad.	2398 profesionales de atención primaria en salud de Barcelona del Institut Català de la Salut (ICS). De ellos respondieron 879.	Para medir burnout, se utilizó Maslach burnout inventory (MBI). La percepción del trabajo en equipo y la valoración de jefaturas se midió con un cuestionario diseñado ad hoc	La prevalencia global, que considerada como la afectación de dos o más dimensiones, fue del 17,2%. Un 46,2% presentaron alterada como mínimo una de las tres subescalas, mientras que un 3,4% presentaba afectadas las 3 subescalas. En cuanto a las dimensiones del burnout, en la escala de agotamiento emocional, se obtuvo como resultado el 38,2%, despersonalización fue de un 23,8% y realización personal de los funcionarios, un 7,7%.	Las mujeres presentan más Agotamien o Emocional y los hombres menos Realización personal y más Despersonalización, sin que las diferencias sean estadísticamente significativas. En cuanto a la profesión, las enfermeras presentan el menor grado de burnout en todas las subescalas. Pero a nivel global son los segundos profesional s en presentar más dimensiones afectadas en grado alto, seguidos por el personal administrat vo, odontólogos y médicos. Las enfermeras que presentaron burnout refirieron sentir una peor valoración de sus jefaturas. Se observó mayor presencia de burnout cuando los profesionales exponían baja sensación de grupalidad y el hecho de ser trabajador fijo.	*Moderada

ARTÍCULO ORIGINAL

Nª	Autor	País/año	Método y Objetivo	Participantes	Instrumento	Nivel Burnout	Factores asociados al Burnout	*EPHPP **CASPe
	Navarro et al.(15)	España, 2013	Método: Estudio descriptivo transversal Objetivo: determinar la prevalencia Burnout en los trabajadores de Atención Primaria determinar las diferencias de prevalencia entre el personal médico, de enfermería, administrativos y evaluar las distintas variables sociodemo-gráficas y laborales asociadas.	178 Trabajadores de Atención Primaria, de los cuales personal médico, de enfermería y administrativos	Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) Cuestionario de elaboración propia, que recoge aspectos sociode-mográficos	La muestra arrojo en general un promedio alto de Burnout. La prevalencia en trabajadores de Atención Primaria fue del 39,3%. El mayor nivel de Burnout se observó en administrativos y los médicos de familia. Burnout por cada dimensión: Alto nivel cansancio emocional 15,7 % Alto nivel de despersonalización 18,5%. Alto nivel de baja autorrealización personal 25,6%	Sexo: masculino Consumo de psicofármacos Trabajar en área urbana con alta presión asistencial	*Débil
	Olvera et al. (16)	México, 2015	Método: Estudio observa-cional, descriptivo y transversal Objetivo: determinar la prevalencia de Burnout en los trabajadores de un Centro de Salud.	74 trabajadores, después de aplicar criterio de selección la muestra se redujo a 53 trabajadores de los cuales eran: médicos, enfermeras, técnico y administrativos.	Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)	El estudio arrojo alta prevalencia de Burnout, 22.6%. Burnout por dimensión Nivel desperso-nalización: muy alto 2.5% Nivel baja autorrea-lización: muy alto 20.6% Nivel agotamiento emocional: muy alto 24.4%	Solo dos variables se asociaron con Burnout: relación de pareja y exigencia laboral, sin embargo, los coeficientes de correlación fueron bajos.	*Moderada

ARTÍCULO ORIGINAL

Nª	Autor	País/ año	Método y Objetivo	Participantes	Instrumento	Nivel Burnout	Factores asociados al Burnout	*EPHPP **CASPe
	Silva et al. (17)	Brasil, 2014	Método: Estudio exploratorio y descriptivo, con abordaje cuantitativo Objetivo: investigar el efecto del Burnout sobre la calidad de vida de las enfermeras que trabajan en Atención Primaria en la ciudad de João Pessoa	60 enfermeros al aplicar criterio de inclusión el total de la muestra fue de 45 enfermeros todos trabajadores de atención primaria de salud de la Familia, en la ciudad de João Pessoa	Cuestionario sociode-mográfico Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), que consiste en 22 preguntas.	Los resultados arrojaron que: El Burnout afecta negativamente en la calidad de vida. El 11,1% de las enfermeras padecen Burnout, mientras que el 48,8% tiene alto riesgo de desarrollarlo Burnout por dimensión: Nivel de despersonalización: medio 48.9% Nivel de baja autorrealización: muy alto 60% Nivel de agotamiento emocional: alto 53,3%	Las variables relacionadas con Burnout son: Variables laborales relacionadas con el entorno de trabajo, como es la carga laboral	*Moderada
	Fernan-des et al (18).	Brasil, 2014	Método: descriptivo y correlacional, con abordaje cuantitativo. Objetivo: Evaluar agotamiento profesional entre trabajadores de la atención primaria de salud en tres municipios de la zona de la Mata Minera. Describir el burnout basado en alta identificación agotamiento emocional, desperso-nalización y baja realización personal. Analizar la existencia de asociación entre agotamiento profesional, aspectos socioeco-nómicos, demográficos y aspectos del trabajo.	149 profesionales de atención primaria en salud de tres municipio de Minas Gerais. De ellos 107 respondieron todo el instrumento.	Maslach burnout inventory (MBI). Instrumento psicométrico, con la finalidad de recaudar datos de aspectos individuales y sociod-emográficos.	Burnout por dimensión: Agotamiento emocional: se obtuvo como resultado que el 21,1% de los profesionales presento bajo nivel, 52,3% medios nivel y el 20,6%un alto nivel de agotamiento emocional. Despersonalización: se consideraron con niveles bajos de despersonalización 28,0% de los participantes, presentando niveles medios 50,0% y niveles altos 21,1%. Realización personal (n = 101) fue de 34,83.	Los hombres presentaron aproximadamente 2 veces más posibilidades de poseer una clasificación positiva en comparación con las mujeres. Los profesionales con 30 años o más revelaron 2,2 veces menos probabilidades de presentar agotamiento en comparación con los que tenían 29 años o menos. Primer trabajo en el área de Atención primaria de salud: presentan cerca de 4 veces más posibilidades de ser clasificados con agotamiento profesional.Uso de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos y antidepresivos	*Moderada

ARTÍCULO ORIGINAL

Nª	Autor	País/año	Método y Objetivo	Participantes	Instrumento	Nivel Burnout	Factores asociados al Burnout	*EPHPP **CASPe
	Palma et al.(19)	Brasil, 2015	Método: Transversal Objetivo: Evaluar la prevalencia de Burnout y factores asociados en profesionales vinculados a la Red de Atención Primaria de Salud de la ciudad de Aracaju	La muestra fue de 198 profesionales de la red de atención primaria a la salud, en la ciudad de Aracaju	Cuestionario de variables sociode-mográficas y de salud Cuestionario Inventario Maslach de Burnout	El resultado arrojo que: La prevalencia de Burnout en los profesionales fue baja el 7%, sin diferencia estadística entre las profesiones. Nivel de Burnout por dimensión: Cansancio emocional 64% alto. Despersonalización 50% alto Baja autorrealización 32% bajo	Las variables fueron Edad (menor edad), Exceso de horas de trabajo Insatisfacción laboral.	*Moderada
	Cagan et al. (20)	Turquía 2015.	Método: Transversal, cuantitativo. Objetivo: determinar la satisfacción laboral y los niveles de burnout de los trabajadores de atención primaria de salud en Malatya, Turquía.	142 médicos, 89 parteras, 72 enfermeras empleadas en los centros de salud de la familia y centros de salud comunitarios. Malatya centro de la ciudad, y 71 médicos, 64 parteras y 56 enfermeras empleadas en los distritos de la provincia. 186 de un total de 213 médicos y 232 de un total de 281 parteras y enfermeras.	Escala sociode-mográficas-laboral. La Escala de Satisfacción en el Trabajo de Minnesota Maslach burnout inventory (MBI).	La mediana de la puntuación personal de Maslach fue de 23. La mediana de la puntuación de agotamiento emocional fue de 15 La mediana de la puntuación de despersonalización fue de 3.	Se encontró que las puntuaciones de burnout de aquellos que percibían que su situación económica era pobre, o aquellos que no habían elegido personalmente el departamento donde trabajaban, fueron significativamente mayor. El agotamiento emocional y las puntuaciones de despersonalización de aquellos que no estaban felices en sus trabajos también se encontraron altos.	*Débil

ARTÍCULO ORIGINAL

Nª	Autor	País/año	Método y Objetivo	Participantes	Instrumento	Nivel Burnout	Factores asociados al Burnout	*EPHPP **CASPe
	Amiri et al. (21)	Irán 2013	Método: Transversal con abordaje cuantitativo. Objetivo: evaluar el nivel de desgaste entre los proveedores de atención primaria de salud y considerar los factores asociados con el burnout entre los proveedores de atención primaria de salud en el noreste de Irán.	548 proveedores de atención primaria de salud que fueron seleccionados al azar entre los que trabajan en Shahroud, Sabzevar, Neishabour, Bojnord (provincias ubicadas en el noreste de Irán).	Los instrumentos utilizados en el estudio incluyeron un cuestionario demográfico de 20 temas y el inventario de agotamiento Maslach (MBI)	Los hallazgos indican que el 41,8% de los participantes experimentaron bajos niveles de burnout (n = 229); El 52,7% tenía síntomas de niveles medios de burnout (n = 289) y el 5,5% padecía altos niveles de burnout (n = 30). La puntuación media del Burnout fue de 54.09 ± 27.23 las puntuaciones medias de los componentes de Burnout fueron 15.48 ± 13.58, 3.71 ± 5.36 y 35.49 ± 13.54 respectivamente para agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. El 35,7% de los proveedores de atención primaria de salud participantes tenían niveles promedio de alto agotamiento emocional, 49,6% presentaban altos niveles de falta de logros personales y 8,8% tenían altos niveles de despersonalización.	El agotamiento emocional se asoció significativamente con la edad, las experiencias laborales, el género, el interés en el trabajo y la satisfacción con el ingreso, pero cuando se analizó el burnout en sus tres dimensiones, el análisis mostro una relación estadísticamente significativa entre el burnout, las instalaciones del lugar de trabajo y el interés en el trabajo (p≤0,05), mientras que las relaciones entre burnout y otras variables incluyendo las universidades estudiadas, la edad, la satisfacción con el ingreso, la experiencia laboral, el género , el nivel de educación, el estado civil, el estado de la vivienda, el segundo empleo y el lugar de residencia no fueron significativos Hubo una asociación inversa significativa entre la despersonalización con interés en el trabajo y las instalaciones del lugar de trabajo. Finalmente, el interés en el trabajo se asoció con la reducción del logro personal. La falta de instalaciones en el lugar de trabajo puede aumentar el nivel de burnout en 1,8 veces.	*Débil

ARTÍCULO ORIGINAL

La tabla 1 muestra que los estudios fueron realizados en profesionales de enfermería y algunos incorporaron otros trabajadores de la Atención Primaria de Salud, como médicos, administrativos y auxiliares de enfermería.

> **"Respecto a la localización, los países con más Burnout en profesionales de enfermería de la atención primaria correspondieron a España"**

Respecto a la localización, los países con más Burnout en profesionales de enfermería de la atención primaria correspondieron a España, países del Medio Oriente, mientras que Brasil muestra niveles menores de Burnout, pero alto riesgo de padecerlo.

El mayor número de la muestra fueron estudios transversales y la selección de la muestra intencional. El nivel de evidencia de los estudios, medido a través del EPHPP y CASPe fue fuerte (n=1), moderado (n=5) y débil(n=4). El 100% de los estudios usaron el MBI Human Services Survey, como instrumento para medir el Burnout. El 70% de los estudios se publicaron en los 5 últimos años, por lo que es una evidencia reciente.

Referente a la pregunta *¿cuál es el nivel de Burnout en profesionales de enfermería de la Atención Primaria de Salud?,* los estudios rescatados evidencian calificaciones disimiles, con predominio del nivel alto (n=6), también se evidencio niveles regulares (n=2) y bajos (n=2) de Burnout en los profesionales de enfermería. Además, se observó que los profesionales de enfermería de la atención primaria de salud, presentaban alteraciones como mínimo en una de las tres dimensiones de clasificación del Burnout laboral: agotamiento emocional, despersonalización y cansancio emocional, de las cuales las con mayor incidencia corresponden a agotamiento emocional y despersonalización.

En relación a la pregunta *¿qué factores se asocian al Burnout en profesionales de enfermería de la Atención Primaria de Salud?*, se encontraron distintas variables tales como: las sociodemográficas (edad, relación de pareja, sexo, estudios) variables laborales (carga laboral, satisfacción laboral, antigüedad en el cargo, ingreso económico, organización), variables psicológicas (ansiedad y depresión).

DISCUSIÓN

A través de esta revisión, se ha podido conocer el nivel de Burnout de los profesionales de enfermería de la Atención Primaria de diferentes países, las áreas en que este síndrome se encuentra en rangos más elevados o deficientes y los factores que se han asociado al Burnout.

Si bien, se han realizado a nivel mundial múltiples estudios sobre el Burnout en enfermeras/os, el foco de estudio corresponde a los servicios hospitalarios. Evidenciándose escasa información de la realidad del Burnout en profesionales de enfermería pertenecientes a la Atención Primaria de Salud, es así como en esta revisión se rescataron sólo 10 estudios de la temática. Sumado a esto, no se encontraron investigaciones realizadas en Chile.

Al respecto diversos estudios[22-24] señalan que los profesionales de enfermería, dado el alto grado de relación con los pacientes, han sido identificados como uno de los grupos con mayor riesgo de desarrollar el síndrome. Por tanto, se deben considerar estudios no tan sólo en hospitales, sino que también en Centros de Salud Primaria de Atención.

Por otro lado, el Burnout, se puede evaluar usando cualquiera de varios modelos clásicos, que se encuentran en la literatura, pero el más usado en los estudios analizados fue el de Maslach y Jackson[25], que mide tres aspectos de este síndrome; Cansancio Emocional, Despersonalización y Baja Realización Personal. En este sentido, se observó que los profesionales de enfermería de la atención primaria de salud, presentaban alteraciones como mínimo en una de las tres dimensiones de clasificación del Burnout laboral. Es así como, los trabajadores/as que presentan altos niveles de Burnout, están asociados principalmente a un mayor cansancio emocional (CE) y despersonalización (DP). Según la literatura, esto podría deberse a que es un grupo que trabaja con los aspectos emocionales del cuidado del paciente, la enfermedad, angustia, incertidumbre[26]. Además está el factor de las condiciones de trabajo y las características del tipo de trabajo que el profesional de enfermería realiza[27], ya que se ha encontrado que las condiciones de trabajo inadecuadas tienen implicancias en la salud del profesional de enfermería, donde ambientes laborales evaluados como desfavorables por enfermeras/os se han asociado con agotamiento emocional[28].

Respecto al nivel general de Burnout, en los estudios revisados, existe un predominio del nivel alto de Burnout. Se torna imperativo el poder prevenir y ser capaz de responder de forma adecuada a las consecuencias derivadas de este síndrome, que como señalan San Juan et al.[22], se expresan a "nivel fisiológico, como falta de apetito, cansancio, insomnio, agotamiento, etc. nivel psicológico; cambios de actitud, irritabilidad, ansiedad, sentimiento de frustración, etc., y a nivel conductual; hostilidad,

incapacidad de concentración, conflictos, etc". Sumado a esto, se encuentran los costes económicos; disminución del rendimiento laboral, incremento de la accidentalidad, absentismo laboral, etc.[22,29]. Y finalmente niveles altos de Burnout, al generar desgaste físico y psicológico en el profesional de enfermería, podrían comprometer la calidad del cuidado[29] repercutiendo negativamente en la atención individualizada, holística e integral que se debe otorgar al usuario[22], dado que el Burnout, reduce la habilidad para trabajar con otros, aumenta los errores, provoca conflictos y falta de humanización en el cuidado[29,30]. Todo esto, puede llevar a insatisfacción usuaria, puesto que como indican Grazziano y Ferras[29], profesionales con Burnout buscan una mayor distancia con el usuario, "evitan el contacto o menosprecian a las personas que son la mira de la atención, caracterizando la dimensión de la despersonalización".

Por otro lado, parece ser que el Burnout es una tendencia a nivel mundial, que se ha transversalizado en diferentes países. Como se expuso previamente, no se rescataron en esta revisión estudios nacionales que midan en nivel de Burnout en profesionales de Enfermería en Atención Primaria, pero investigaciones evidencian en Chile una prevalencia de Burnout del 30% en profesionales de salud de los niveles primario y secundario de atención, afectando principalmente a las mujeres, siendo el 83% de los casos sintomáticos[2] y de acuerdo a datos aportados por el Ministerio del Trabajo chileno, el 47% de los profesionales de enfermería de servicios hospitalarios sufren síntomas de este síndrome[31]. Esto hace visible la importancia de realizar investigaciones de Burnout laboral en profesionales de enfermería, que incorporen a los centros de atención primaria de salud, para conocer esa realidad en específico. Considerando que los profesionales de enfermería de la atención primaria, establecen el primer vínculo con el usuario y el objetivo de la atención primaria es otorgar una atención equitativa y de calidad, centrada en las personas y sus familias, enfocada en lo preventivo y promocional[32]. Puesto que, al tener en consideración la calidad del cuidado que debe ser entregada al usuario, se torna esencial contar con un profesional de enfermería capaz de enfrentar los retos diarios de su labor y responder de forma oportuna y eficaz a las demandas del medio[28,33].

Referente a los factores relacionados al Burnout, en los estudios analizados se muestran varias relaciones entre el Burnout y diversas variables que se clasificaron para una mayor comprensión en sociodemográficas, laborales y psicológicas.

Con respecto a las variables sociodemográficas, algunos estudios determinaron que los trabajadores más jóvenes presentan menos Burnout y otros que a mayor edad más Burnout, por lo que al parecer independiente de la edad del profesional de Enfermería, puede desarrollar Burnout de igual manera. A este respecto, estudios realizados en hospitales, han identificado más prevalencia en los de mayor edad[22,34]. Similar situación a lo reportado por Jiménez et al.[13] en la Atención primaria, donde los profesionales de enfermería de mayor edad, presentaron Burnout grave, seguido por moderado a grave.

Por otro lado, los estudios analizados hacen referencia al aumento de Burnout en los profesionales de enfermería que perciben menores remuneraciones. En este sentido, es importante considerar que la remuneración percibida en relación a la carga laboral que enfrenta de forma diaria el trabajador, representa un factor de estrés importante, en muchas instancias la percepción de los trabajadores es que la carga laboral es mucho mayor a la remuneración recibida, generando desmotivación, problemas de relaciones interpersonales, de comunicación, desinterés por cumplir efectivamente la tareas encomendadas, entre otros[35].

Ahora, al igual que con la edad, no se logra un consenso en las investigaciones revisadas, en cuanto a si el sexo, cantidad de hijos y estado civil tiene una injerencia predominante en la aparición el Burnout. Al contrastar con investigaciones realizadas en recintos hospitalarios se observa que, los que tenían hijos evidenciaban niveles medios en la escala de cansancio emocional [34].

Otros estudios, también de hospital muestran una asociación positiva entre el número de hijos y Burnout[36-38]. Al respecto Grau[37], señala que la existencia de los hijos permite que "las personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia encontrada en los padres a ser personas más maduras y estables"; al igual que la implicación con los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y/o conflictos emocionales[38]. No se rescataron estudios que analicen estas variables en la Atención primaria de Salud,

ARTÍCULO ORIGINAL

en tanto es pertinente realizar estudios en esta área de atención de salud.

Respecto al sexo, Hernández[39] señaló en su estudio que este síndrome, afectó fundamentalmente a médicos de género femenino de la atención primaria y se detectó la presencia de síntomas de estrés en las enfermeras del mismo nivel de atención.

> **"Respecto a las variables laborales, los trabajadores con mayor antigüedad y con contrato fijo experimentan más cansancio emocional, ya sea por monotonía, estrés o sobrecarga laboral"**

Con respecto a las variables laborales, los trabajadores con mayor antigüedad y con contrato fijo experimentan más cansancio emocional, ya sea por monotonía, estrés o sobrecarga laboral. Luego, diversas investigaciones en enfermeras de establecimientos hospitalarios señalan que los profesionales que presentaban mayor antigüedad profesional obtuvieron puntajes más elevados para la dimensión cansancio emocional y para la puntuación total de Burnout[34]. Y que la antigüedad laboral resultó significante en relación con la despersonalización[38].

Al respecto, Alvares y Prieto[40], mencionan que, "el tiempo de ejercer la labor es un factor decisivo para presentar niveles altos de Burnout", puesto que los primeros años de ejercicio profesional, los profesionales son especialmente vulnerables, periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana.

En cuanto a las variables psicológicas, la presencia de Burnout se asoció con un mayor consumo de analgésicos, antidepresivos y ansiolíticos. En este mismo contexto, los trabajadores con niveles altos de ansiedad y depresión presentan mayores niveles de Burnout. Con esto se puede presumir, que ambientes de trabajos duros y hostiles entorpecen el desempeño laboral, desencadenando un estado de frustración, disminuyendo la calidad de vida y provocando deseos de abandono de la actividad laboral[41,42]. De ahí la importancia de llevar a cabo intervenciones que ayuden al personal a afrontar situaciones que desemboquen en el padecimiento del Burnout, dado las expectativas sobre el desempeño que deben tener los trabajadores en la asistencia a los usuarios[33].

Lo que muchas veces se contrapone en la realidad con la sobrecarga laboral del personal, falta de capacitación o de participación de profesionales en cursos de entrenamiento en temáticas o técnicas de autocontrol y regulación emocional, las que actuarían como un método de autocuidado, anticipándose a la eventualidad de aparición de la sintomatología, a través de programas de promoción y prevención ajustados a la demanda existente en el sector salud[5].

Es importante que, todo profesional tanto del sector de salud como desde otros sectores, conozca que existe el riesgo de padecer Burnout, pero más importante aún es generar espacios de autocuidado, así como políticas públicas que estén en constante revisión y actualización para promover y prevenir el desarrollo de éste síndrome.

Pero, como señalan Coloma y Molina, muchas de las medidas de gestión hospitalarias están encaminadas a mejorar la calidad asistencial y dejan en segundo plano las necesidades de sus trabajadores, por lo tanto, estos autores señalan que "es importante, generar estrategias de apoyo grupal, favorecer la capacitación y la comunicación entre los funcionarios y con la familia del paciente para evitar el desgaste profesional, favorecer el refuerzo positivo más allá de la carga asistencial o del entorno laboral"[31].

CONCLUSIONES

En los estudios revisados, existe un predominio del nivel alto de Burnout, asociado a factores principalmente sociodemográficos y laborales de índole psicológica. Es fundamental contar con políticas y planes, que permitan ayudar a los profesionales de enfermería de la APS a prevenir el Burnout y con esto mejorar no solo la calidad de vida individual, sino que una actuación a nivel macro de mejoramiento de la salud a nivel de población general, alcanzando de esta forma los estándares de salud establecidos en este nivel de atención.

Se concluye además, que existen escasas investigaciones, realizadas en el área de Atención Primaria de Salud, siendo necesario generar mayor cantidad de estudios en esta área.

Además, se torna en un factor fundamental el poder contar con redes de apoyo tanto a nivel de organización, como a nivel socio-familiar que puedan detectar a tiempo, comprender y apoyar durante el proceso que lleva este síndrome.

Se evidencia como limitación que, dado el escaso número de estudios en el tema de investigación en profesionales de enfermería, se incluyeron para análisis estudios que consideraban otros trabajadores de la APS, como médicos, administrativos y auxiliares de enfermería en algunos estudios, pero que incluyeran en las investigaciones a profesionales de enfermería. Por tanto los resultados de los mismos, no evidencian la exclusiva realidad de los profesionales de enfermería.

ARTÍCULO ORIGINAL

REFERENCIAS

1. Abreu F J. Síndrome de agotamiento emocional en profesionales de la unidad de cuidados intensivos. Multiciencias. 2011; 11(4): 370-377. Disponible en: file:///C:/Users/D-S-T/Downloads/art%C3%ADculo_redalyc_90421972006.pdf

2. Aldrete M, Navarro C, González R, Contreras M, Aldrete J. Factores Psicosociales y Síndrome de Burnout en Personal de Enfermería de una unidad de Tercer Nivel de Atención a la Salud. Ciencia y Trabajo. 2015; 17: 32-36. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cyt/v17n52/art07.pdf

3. Marrero ML, Román JJ, y Salomón AN. Estrés psicosocial como factor de riesgo para las complicaciones de la gestación y bajo peso al nacer. Revista Cubana Salud Pública.2014; 39 (1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v39s1/spu06513.pdf

4. Abdulghafour Y A, Bo-Hamra A, Al-Randi M S, Kamel M I, & El-Shazly M K. Burnout syndrome among physicians working in primary health care centers in Kuwait. Alexandria Journal of Medicine. 2011; 47(4): 351-357. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2090506811000650

5. Thomaé MN, Ayala E, Sphan MS. Etiología y prevención del síndrome de burnout en los trabajadores de la salud. Revista de Posgrado de la V Ia Cátedra de Medicina. 2006;(153). Disponible en: http://files.sld.cu/anestesiologia/files/2011/10/burnout-1.pdf (Consultado 28 mayo 2018)

6. Aranda C. El síndrome de Burnout o de quemarse en el trabajo: un conflicto en la salud de los profesionales. Revista de Investigación en Psicología. 2014; 14(2), 45-54. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ripsi/v14n2/a04.pdf

7. Schwartzmann L. Estrés Laboral. Síndrome de Desgaste (quemado),Depresión: ¿Estamos hablando de lo mismo? Cienc. Trab.2004;6 (14):174-184.

8. Apiquian A. El Síndrome de Burnout en las Empresas. Presentación realizada en el Tercer Congreso de Escuelas de Psicología de las Universidades Red Anáhuac. Mérida, Yucatán. 2007. Recuperado de https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-30022/sindrome%20burnout.pdf (Consultado 8 mayo 2019)

9. Fidalgo M. Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación. Ministerio de Empleo y Seguridad Social, Gobierno de España.2005 Recuperado del sitio web http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_704.pdf (Consultado 28 mayo 2018)

10. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gotzche PC, Loannidis JP, Clarke M, Devereaux PJ, Kleijnen J, y Moher D. The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. PloS Medicine. 2009; 6 (7). Disponible en : https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000100 (Consultado 28 mayo 2018)

11. Urrutia G. y Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. Medicina Clínica.2009; 135(11):507-511. Disponible en: http://www.laalamedilla.org/Investigacion/Recursos/PRISMA%20Spanish%20Sept%202010.pdf (Consultado 28 mayo 2018)

12. Gómez-Urquiza, Monsalve-Reyes, San Luis-Costas, Fernández-Castillo, Aguayo-Estremera y Cañadas-de la Fuente. Factores de riesgo y niveles de burnout en enfermeras de atención primaria: una revisión sistemática. Aten Primaria. 2017;49(2):77-85. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716301755

13. Jiménez B, Frutos L, y Blanco M. Síndrome de Burnout: Estudio de la Prevalencia y Factores de Riesgo en los Profesionales de Enfermería de Atención Primaria de Ávila. Revista Enfermería CyL.2011; 3(2): 13-24. Recuperado de: http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/60

14. Vilà M, Cruzate C, Orfila F, Creixell J, González M, Davins J. Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria. Elsevier .2015; 47(1): 25-31. Recuperado en: http://www.sciencedirect.com/science/

ARTÍCULO ORIGINAL

article/pii/S0212656714001498#

15. Navarro G, Ayechu D, Huarte L. Prevalencia del síndrome de burnout y factores asociados a dicho síndrome en los profesionales sanitarios de Atención Primaria. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN).2013 41(4):191-198. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-prevalencia-del-sindrome-del-burnout-S1138359314001270

16. Olvera-Islas R, Téllez-Villagra C, González-Pedraza A. Prevalencia de Burnout en trabajadores de un centro de salud. Elsevier. 2015; 22(2):46-49. Recuperado en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116300475

17. Silva E, Ribeiro S, Alves J, Bernadete de Sousa, M. Síndrome de agotamiento em Enfermeiros na Atención Básica: repercussão na qualidade de vida. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal.2014; 1384-1395. Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/5057/505750770007.pdf

18. Fernandes L, Tamires J, De Paula V, Medeiros P, Mota T. Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde. Scientific electronie library online.2014; 19(12). Recuperado en: https://scielosp.org/pdf/csc/2014.v19n12/4739-4750/pt

19. Palma, Prado, Santana, Prado J, Machado, Oliveira. Síndrome Burnout en profesionales de atención primaria. Red de Salud Aracaju, Brasil. Ciencia y Salud Pública.2015; 20:3011-3020.

20. Cagan O. Gunay O. The job satisfaction and burnout levels of primary care health workers in the province of Malatya in Turkey. Pakistan journal of medical sciences.2015; 31(3): 543-547. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4485267

21. Amiri M, Khosravi A, Eghtesadi AR, Sadeghi Z, Abedi G, Ranjbar M, et al. (2016) Burnout and its Influencing Factors among Primary Health Care Providers in the North East of Iran. PLoS ONE 11(12): e0167648. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167648

22. Sanjuan L, Arrazola O, García LM. Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería del Servicio de Cardiología, Neumología y Neurología del Hospital San Jorge de Huesca. Enferm. glob. [Internet]. 2014 Oct [citado 2019 Mar 07]; 13(36): 253-264. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000400013&lng=es

23. Quintanilla M. Prevalencia del síndrome del Burnout en las enfermeras de la unidad de paciente crítico del hospital del trabajador Santiago de Chile y una propuesta de intervención. Rev Chil Med Inten. 2004; 19(1): 33-37. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/292751403_Prevalencia_del_sindrome_de_Burnout_en_las_enfermeras_de_la_Unidad_de_Paciente_Critico_del_Hospital_del_Trabajador_de_Santiago_y_una_propuesta_de_intervencion

24. Molina JM, Abalos F, Jiménez I. Burnout en enfermería y atención hospitalaria. Enferm Clin. 2005; 15(5):275-282. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-burnout-enfermeria-atencion-hospitalaria-13080157

25. Maslach, C. Jackson, S. E & Leiter Michael P. (1981). Maslach Burnout Inventory Manual. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press. Recuperado en: https://www.researchgate.net/profile/Christina_Maslach/publication/277816643_The_Maslach_Burnout_Inventory_Manual/links/5574dbd708aeb6d8c01946d7.pdf

26. Barrios S, Arechabala Mª , Valenzuela V. Relación entre carga laboral y burnout en enfermeras de unidades de diálisis. Enferm Nefrol [Internet]. 2012 Mar [citado 2019 Mar 11]; 15(1): 46-55. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842012000100007&lng=es.

27. Ourcilleón A, Abarca C, Puentes M, Rodríguez P. Burnout en profesionales de Enfermería de Cuidados Intensivos. Revista Chilena de Medicina Intensiva. 2007; 22(2): 83-92. Disponible en: https://www.medicina-intensiva.cl/revistaweb/revistas/indice/2007-2/2.pdf

28. Luengo C, Sanhueza O. Condiciones de trabajo y su relación con la calidad del cuidado y salud del profesional de enfermería. Med Segur Trab (Internet) 2016; 62 (245) 368-380. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/

mesetra/v62n245/08_revision.pdf

29. Grazziano ES, Ferraz ER. Impacto del Estrés Ocupacional y Burnout en enfermeros. Enfermería Global. 2010; 18:1-20. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n18/revision1.pdf

30. Azam K, Khan A, Toqeer A. Causes and Adverse Impact of Physician Burnout: A Systematic Review. JCPSP. 2017; 27 (8): 495-501

31. Coloma M, Molina P. Síndrome de Burnout en el Equipo de Salud de una Unidad de Cuidados Intensivos, Concepción. Revista Chilena de Medicina Intensiva 2013; Vol 28(1): 13-18. Disponible en: https://www.medicina-intensiva.cl/revistaweb/revistas/indice/2013-1/pdf/3.pdf

32. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones para la implementación del modelo integral de salud familiar y comunitaria. Subsecretaria de redes asistenciales, división de atención primaria.2012 Recuperado de: http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf

33. Cruz,V. B., Austria-Corrales, F., Herrera-Kiengelher, L., & Carlos, J. Estrategias activas de afrontamiento: un factor protector ante el síndrome de burnout "o de desgaste profesional" en trabajadores de la salud. Neumol Cir Torax. 2010; 69(3), 137-142. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2010/nt103b.pdf

34. Melita A, Cruz M, Merino J M. Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la octava región, Chile. Cienc. enferm. [Internet]. 2008 Dic [citado 2019 Mar 11]; 14(2): 75-85. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532008000200010&lng=es.

35. Sos P, Sobrequés J, Segura J, Manzano E, Rodríguez C, García M, y Cebrià J. Desgaste profesional en los médicos de Atención Primaria de Barcelona. Medifam.200212 (10) Recuperado el 24 de julio 2017 en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002001000002

36. Castillo I, Torres N, Ahumada A, Cárdenes K, Licona S. Estrés laboral en Enfermería y factores asociados. Cartagena (Colombia). Rev Salud Uninorte [revista en internet] 2014; 30(1): [34-43]. [Acceso 13 de octubre de 2015] Disponible en: http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/5333/5590.

37. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Brga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de Burnout en el personal sanitario Hispanoamericano y español, 2007. Rev Esp en Salud Pública [revista en internet] 2009; 83(2): [215-230]. [acceso 04 de abril de 2015] Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v83n2/original1.pdf

38. F. Muñoz Sandra, Ordoñez-Villota Jessica Nayive, Solarte-Moncayo Martha Natalia, Valverde-Ceron Yesica Carolina, Villarreal-Castro Stephany, Zemanate-Perez Martha Liliana. Síndrome de Burnout en enfermeros del Hospital Universitario San José. Popayán. Revista médica Risaralda [Internet]. 2018 Jan [cited 2019 Mar 11]; 24(1): 34-37. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672018000100006&lng=en

39. Hernández, J. (2003). Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. Revista Cubana de Salud Pública, 29 (002), 103-110. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000200002

40. Alvaréz V, Lina P, Prieto B, Migdolia B. Prevalencia de desgaste profesional en personal de enfermería de un hospital de tercer nivel de Boyacá-Colombia. Rev Enf Global [revista en internet] 2013; (29): [7388]. [Acceso 12 de noviembre de 2015] Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/clinica4.pdf

41. Siguero, A. M., Pérez, M. G., González, M. A., & Cermeño, P. C. (2003). Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. Atención primaria, 31(9), 564-571. doi: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656703792178?via%3Dihub

42. Albino, L. P., Agüero, E. R., Martínez, L. S., & Vega, E. D. (2002). Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. Atención Primaria, 29(5), 294-302. doi: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656702705672

Revista Enfermería del Trabajo. 2019; 9:3(139-144)
ARTÍCULO DE REVISIÓN

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

Agresiones sufridas por los estudiantes de Enfermería

Autoras:
García-Ruíz Jordán Inmaculada, García Serrano Paula
Graduadas en Enfermería

Autor de correspondencia:
Dª Inmaculada García-Ruíz Jordá
igarciar@ucm.es

Trazabilidad editorial
Recibido: 9/01/2019 **Revisado: 07/12/2019** **Aceptado: 16/12/2019**

Citar como:
García-Ruíz J, García P. Agresiones sufridas por los estudiantes de Enfermería. Revista Enfermería del Trabajo 2019. 9; 3: 139-144

Resumen

Introducción. Los estudiantes de enfermería corren un alto riesgo de ser víctimas de varios tipos de violencia en el lugar donde realizan sus prácticas, que van desde la agresión verbal hasta la agresión psíquica. El objetivo principal es cómo prevenir las agresiones en los estudiantes de enfermería, junto con los factores que los predisponen.

Material y métodos: se trata de una revisión bibliográfica de la literatura publicada en un periodo inferior a cinco años, referente a las agresiones sufridas por los estudiantes de enfermería durante sus prácticas.

Resultados: se encontraron 18 artículos de los que fueron escogidos 7, una vez aplicados los criterios de inclusión y tras la lectura de estos.

Discusión: debido a la condición de los estudiantes de enfermería, se hace necesaria evaluar sus percepciones ante estas situaciones, contribuyendo a desarrollar un perfil de agresión en los entornos de atención de atención médica.

Conclusiones: los estudiantes de enfermería son propensos a convertirse en un grupo acosado por diversos factores como la escasa experiencia laboral y de habilidad para hacer frente a los conflictos en el entorno laboral. Por ello es importante saber su percepción y abordar nuevos métodos para luchar contra este tipo de agresiones.

Palabras clave: Agresión, estudiantes, factores de riesgo, prevención.

Assaults suffered by nursing students

Abstract

Introduction. Nursing students are at high risk of being victims of various types of violence in the place where they practice, ranging from verbal aggression to psychic aggression. The main objective is how to prevent attacks on nursing students, along with the factors that predispose them.

Material and methods: this is a literature review of the literature published in a period of less than 5 years, referring to the aggressions suffered by nursing students during their internship.

Results: 18 articles were found from which 7 were chosen, once the inclusion criteria were applied and after reading them.

Discussion: due to the condition of nursing students, it is necessary to evaluate their perceptions in these situations, contributing to develop a profile of aggression in health care settings.

Conclusions: Nursing students are prone to become a group beset by various factors such as poor work experience and ability to deal with conflicts in the workplace. Therefore, it is important to know your perception and address new methods to fight against this type of aggression.

Keywords: Aggression, students, risk factors, prevention.

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la violencia se define con un comportamiento humano que tiene una persona con la intención de usar fuerza para amenazar o dañar (emocional o físicamente) a otra, o incluso causar la muerte, es decir, la violencia a menudo se usa indistintamente con la agresión[1].

Las conductas violentas, dan como resultado dos consecuencias graves: comprometen relaciones respetuosas y disminuyen la calidad de la atención al paciente[2]. Puesto que la agresión y la violencia son subjetivas, las personas lo perciben y lo entienden de manera diferente.

El mobbing o acoso laboral ha sido identificado como un creciente factor de tensión laboral entre los profesionales sanitarios[3,4].

> **"El acoso laboral se ha documentado en numerosos lugares de trabajo, pero es especialmente preocupante en enfermería"**

El acoso laboral se ha documentado en numerosos lugares de trabajo, pero es especialmente preocupante en enfermería, donde parece ser uno de los grupos con mayor riesgo de incidentes agresivos y violentos durante su carrera profesional. El entorno sanitario no es inmune a la presencia de agresión y violencia y puede afectar a todos los niveles del personal[5,6].

Además se observa una conciencia creciente de que la violencia en el lugar de trabajo no es un fenómeno individual, sino un problema multifactorial más amplio, llegando a todos los órdenes del ser humano (social, económico, organizativo y cultural)[7].

Los alumnos de la carrera de Enfermería reciben la enseñanza teórica en la Universidad, intentando que en los centros hospitalarios se realice la integración de la teoría y la práctica.

De esta forma, adquieren destrezas, visualizan el trabajo en equipo, participan en el cuidado del paciente a través de las intervenciones que realiza el profesional de enfermería, dentro de la tarea asistencial de forma independiente e interdependiente y con el objetivo de lograr su recuperación física y psicológica; por lo que el hospital es una de las partes fundamentales en el desarrollo formativo de las enfermeras.

Por las anteriores razones, existe gran preocupación que el estudiante sea una víctima de violencia. Se le considera un sector altamente vulnerable, por ser joven, inexperta, estar en proceso de aprendizaje y ocupar el último eslabón en la cadena de poder[5].

La violencia se manifiesta de muchas formas, siendo la más visible la violencia física, a pesar de que la violencia psicológica, entendiéndola como el uso amenazas de recurso a la fuerza física, contra otra persona o grupo y la intimidación pueden dañar el estado físico, mental, espiritual, moral o social de la persona que lo sufre[7].

Algunas consecuencias negativas para este grupo son sentimientos de inseguridad, bajo rendimiento escolar, depresión, insomnio, ansiedad, ganas de abandono de la formación e incluso el suicidio. Y esto ocurre, a pesar del alto nivel de conocimientos por parte del personal sanitario, no solo de la administración de fármacos, sino también de sus efectos[4].

En la actualidad, las agresiones contra los profesionales sanitarios han ido aumentado a lo largo de los años, pasando a ser, un problema grave y debemos tener en cuenta, que lo estudiantes no están preparados para actuar frente a la agresión y quedan expuestos, pudiendo llegar a afectar a su papel profesional. La violencia debe ser un problema de salud pública porque afecta de manera grave a la salud, amenaza el desarrollo de los pueblos a nivel económico y social, la calidad de vida y el bienestar[4,8].

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

Tabla 1. Diagnósticos NANDA. Afrontamiento Ineficaz.

Fuente	Cadena
PUBMED	(("aggression"[MeSH Terms] OR "aggression"[All Fields]) AND ("students, nursing"[MeSH Terms] OR ("students"[All Fields] AND "nursing"[All Fields]) OR "nursing students"[All Fields] OR ("nursing"[All Fields] AND "student"[All Fields]) OR "nursing student"[All Fields])) AND ("loattrfull text"[sb] AND "2014/02/02"[PDat] : "2019/01/31"[PDat])
CINALH	aggression of nursing students
CINALH	bullying in nursing students

La evidencia muestra que muchas enfermeras han experimentado agresión y violencia en el entorno clínico y es indudable que estos incidentes pueden causar efectos físicos y psicológicos duraderos. Además la literatura nos indica que existe la necesidad de intervenir temprano frente a la violencia, con el objetivo de prevenirla y evitando el desarrollo de problemas mucho más graves[6,8,9].

El objetivo principal de este trabajo es conocer los factores de riesgo y los posibles mecanismos de prevención de las agresiones en los estudiantes de enfermería por parte de los usuarios a lo largo del periodo de prácticas, con el fin de elaborar protocolos y planes de actuación ante estas situaciones y disminuirlas en todo lo posible.

Materiales y métodos

El diseño del estudio es una revisión bibliográfica de la literatura científica referente a las agresiones sufridas por los estudiantes de enfermería durante sus períodos de prácticas. El trabajo se ha llevado a cabo en la Universidad Complutense de Madrid entre los meses de noviembre de 2018 y febrero de 2019.

Las principales fuentes de búsqueda han sido Pubmed, Scopus, Cinahl y ENFISPO, para obtener información, aunque no encontramos referencias en las bases de datos de Scopus y ENFISPO.

Como criterios de selección hemos incluidos artículos a texto completo, tanto en castellano como en inglés, publicadas en un rango no superior a los cinco años y guiado por el título y el resumen de estos.

Las palabras claves utilizadas han sido "agresión", violencia, "estudiante de enfermería" y sus respectivas en inglés (agression, violence, nursing student).

La cadena de búsqueda se recogerá en la siguiente tabla:

Resultados obtenidos.

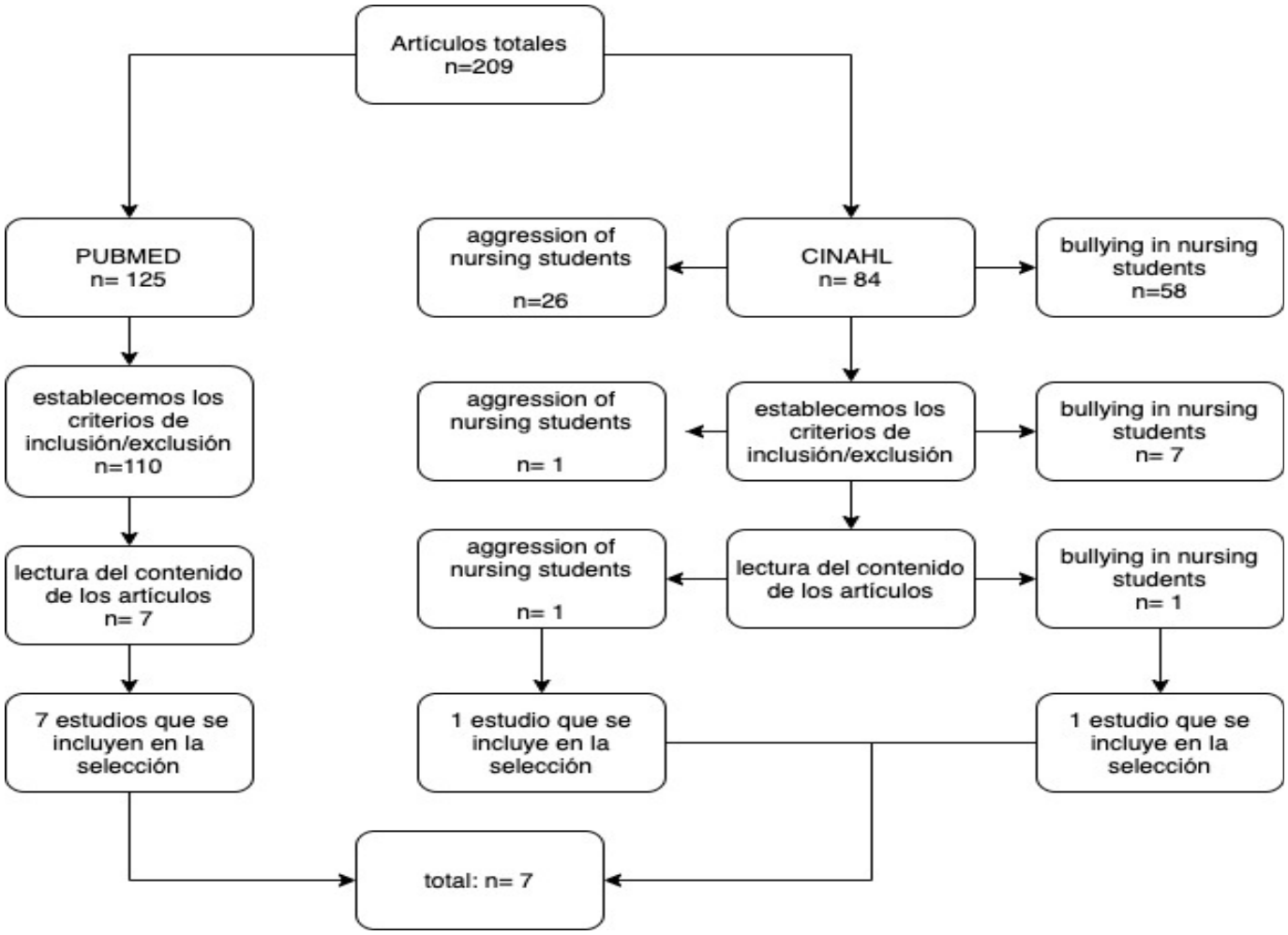
Tras la realización de la búsqueda obtuvimos 209 artículos relacionados con la temática de nuestro trabajo, tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión los resultados recogidos en la Tabla 2.

De los 118 artículos recogidos en las búsquedas bibliográficas, se realizó un primer cribado a través de la información que aporta el título. Una vez realizada esta primera selección, se lleva a cabo una lectura de los artículos restantes y se escogen aquellos que su información es relevante para el objeto estudiado, que en este caso se seleccionan 7 artículos finales. La metodología de elección de los artículos finales queda reflejada en el diagrama de flujo que mostramos a continuación.

Tabla 2. Resultados del cribado de artículos utilizados en la revisión.

Fuente	Datos obtenidos	Datos obtenidos con criterios de inclusión/exclusión	Datos elegidos
PUBMED	125	110	5
CINALH	26	1	1
CINALH	58	7	1

ARTÍCULOS DE REVISIÓN



En la Tabla 3 se presenta un resumen con los datos de los trabajos seleccionados para la revisión.

Discusión

Existen una gran cantidad de publicaciones que analizan conductas negativas como la violencia y los conflictos interpersonales en el lugar de trabajo.

Estas conductas pueden surgir por parte de otras enfermeras, gerentes de enfermería, otro personal médico y administrativo, pacientes y sus familias.

Los cambios que se han producido en la atención médica y la falta de un estándar de procesos y procedimientos, también mantienen este acoso.

La intimidación y el acoso involucran abuso verbal, físico, social o psicológico, de dicha persona[2,9].

Al igual que las enfermeras registradas, los estudiantes de enfermería corren el riesgo de exponerse a la agresión y al mobbing en el entorno clínico, con frecuencia este acoso se produce por parte de un superior.

En estudios realizados desde 2009, un tercio de 346 estudiantes de enfermería italianos informaron al menos una ocasión de violencia en su entorno clínico.

En Canadá, más del 88% de los 674 estudiantes informaron al menos una ocasión de comportamiento de acoso durante sus prácticas clínicas.

En los Estados Unidos, el 100% de los 129 estudiantes de enfermería encuestados habían experimentado acoso[10].

Thomas y Burk (2009) en un estudio descriptivo de las experiencias de los estudiantes de enfermería en Estados Unidos descubrieron que la principal fuente de angustia de los estudiantes eran los sentimientos de injusticia, es decir, que fueran groseros, sarcásticos, irrespetuosos y degradantes. Ante esta situación, los estudiantes se sintieron no deseados e ignorados por quienes tenían la responsabilidad de darles la bienvenida a la profesión[11,3].

Las estudiantes de enfermería son conscientes de que es probable que encuentren conductas violentas y al carecer de la capacitación y la confianza para responder, han empezado a pedir a los educadores que proporcionen formación respecto a la manera de responder ante dichas

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

Tabla 3. Descripción de los artículos seleccionados (N=7)

Autor (año)	País	Aspecto evaluado	Muestra	Instrumento
Sanner-Stiehr y Ward-Smith (2015)	Estados Unidos	Eficacia al responder a los comportamientos disruptivos.	N=129 Edad: 20-25 años	The Self-Efficacy to Respond to Disruptive Behaviors (SERDB)
Stephen Tee, Yeter Sinem Üzar Özçetin y MicheleRussell-Westhead (2015)	Reino Unido y Australia	Experiencias vividas por estudiantes de enfermería durante sus prácticas respecto al bullying.	N=657 Edad: 18-22 años	Encuesta transversal
Rhonda Maneval y Jane kurz (2016)	Estados Unidos	Estrategias de seguridad de los estudiantes de enfermería. A partir de una experiencia experimental.	N= 4 Años de búsqueda (2009-2015)	Revisión de la literatura científica de la hipótesis planteada.
Silva JL, Oliveira WA, Carlos DM, Lizzi EAS, Rosário R, Silva MAI. Intervention (2015)	Portugal	Intervención sobre el uso y desarrollo de las herramientas sociales.	N= 411 Edad 10-12 años	Cuestionarios control, pre-intervención y pos-intervención. 8 sesiones con contenido de mejora en el uso de las herramientas sociales
Lorraine Bhodraj y Mary Ann Jarvis (2017)	Sudáfrica	La percepción real de los estudiantes de las agresiones y su manera de actuar ante la adecuación de los recursos tras producirse una agresión.	N=31 Edad: 19-22 años	Cuestionario autoadministrado
Budden et al. y Tee et al (2016)	Australia y Reino Unido	Comparativa de vivencias de los estudiantes de enfermería respecto a la intimidación.	N=1394 Edad: 20-30 años.	The Student Experience of Bullying during Clin- ical Placement (SEBDCP).
Martin Hopkins, Catherine, M. Fetherston, Paul Morrison (2018)	Global	Impacto de la agresión y la violencia en los estudiantes de enfermería.	N= 14 artículos Años: 1982-2014.	Revision de la literature.

situaciones.

La formación en el aspecto clínico, en su conjunto puede verse afectada negativamente que tiene como consecuencia la disminución de la productividad en las unidades[10,12].

El absentismo y las tasas de rotación aumentan en los lugares de trabajo donde prevalecen los comportamientos de estas características.

Los estudiantes reclaman, una formación específica, respecto al control de situaciones, dentro del plan de estudios. El entrenamiento formalizado, facilita el desarrollo de habilidades para hacer frente a situaciones agresivas[13].

Conclusiones

Los estudiantes de enfermería tienen un alto riesgo de ser víctimas de varios tipos de violencia durante su estancia de prácticas, desde agresión verbal hasta agresión física.

Desde la perspectiva jerárquica cultural de las profesiones sanitarias, los estudiantes de enfermería son propensos a convertirse en un grupo acosado. La poca experiencia laboral, la falta de práctica y de habilidad para hacer frente a los conflictos en el entorno clínico, la edad y la personalidad del paciente han sido descritos como posibles factores de riesgo.

Es importante comprender las percepciones que tienen los estudiantes de enfermería acerca de las agresiones para utilizar métodos que puedan abordar la agresión.

La intervención temprana es necesaria para erradicar dichos comportamientos, respecto a la enfermería. Los estudiantes debieran tener formación práctica para ser capaces de reconocer e intervenir en problemas relacionados con el acoso.

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. La violencia [Internet]. Definición de la violencia. [citado 11 de febrero de 2019]. Disponible en: https://www.who.int/topics/violence/es/

2. Birks M, Cant RP, Budden LM, Russell-Westhead M, Sinem Üzar Özçetin Y, Tee S. Uncovering degrees of workplace bullying: a comparison of baccalaureate nursing students' experiences during clinical placement in Australia and the UK. Nurse Educ Pract. 2017; 25: 14-21.

3. Jarvis MA, Health MNM. Perceptions of district hospital resource adequacy for aggression management of mental health care users. Nurse Educ Pract. 2017; 19 (1): 118-30.

4. Molero Jurado MM, Pérez-Fuentes MC, Linares JJG. Acoso laboral entre personal de enfermería. Enfermería Univ. 2016;13 (2): 114-23.

5. Villela E, Arenas G. Acoso sexual a estudiantes de enfermería durante la práctica clínica: una mirada de género. Rayuela Rev Iberoam. 2011; (4): 41-5.

6. Mobbing entre el personal de Enfermería: ¿un problema que tiene solución? Actualidad. CODEM. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Madrid [Internet]. [citado 8 de diciembre de 2018]. Disponible en: https://www.codem.es/actualidad/mobbing-entre-personal-de-enfermeria-un-problema-que-tiene-solucion

7. Isasi M, Zurita G, Agrelo F, Dios C, Josefa D. Violencia sufrida y percibida por el personal de enfermería del Área Sanitaria Integrada de A Coruña. Enfermería Global 2015; 14 (3): 219-229.

8. Casas SB, Klijn TP. Percepción de violencia de usuarios hospitalizados en los servicios clínicos de un hospital público de la región de la Araucanía, Chile. Cienc y Enferm. 2009;15 (3): 29-43.

9. Silva JL da, Oliveira WA de, Carlos DM, Lizzi EA da S, Rosário R, Silva MAI, et al. Intervention in social skills and bullying. Rev Bras Enferm. 2018; 71 (3): 1085-91.

10. Hopkins M, Fetherston CM, Morrison P. Aggression and violence in healthcare and its impact on nursing students: a narrative review of the literature. Nurse Educ Today [Internet]. 2018; 62: 158-63.

11. Maneval RE, Kurz J. Nursing students assaulted: considering student safety in community-focused experiences. J Prof Nurs. 2016; 32 (3): 246-51.

12. Tee S, Üzar Özçetin YS, Russell-Westhead M. Workplace violence experienced by nursing students: a UK survey. Nurse Educ Today. 2016; 41: 30-5.

13. Sanner-Stiehr E. Responding to disruptive behaviors in nursing: a longitudinal, quasi-experimental investigation of training for nursing students. Nurse Educ Today. 2018; 68: 105-11.

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

Turnicidad laboral irregular: riesgos para la salud

Autoras:
Ponga Carpintero Noemí, Pérez Garvín Patricia
Graduadas en Enfermería. Universidad Complutense. Madrid

Autor de correspondencia:
Dª Noemí Ponga Carpintero
noeponga98@gmail.com

Trazabilidad editorial
Recibido: 9/01/2019 **Revisado: 07/12/2019** **Aceptado: 16/12/2019**

Citar como:
Ponga N, Pérez P. Turnicidad laboral irregular: riesgos para la salud. Revista Enfermería del Trabajo 2019. 9; 3: 145-152

Resumen

Objetivos: identificar las consecuencias negativas para la salud de los trabajadores con turnos irregulares y nocturnos.

Métodos: se realizó una revisión bibliográfica en cinco bases de datos correspondientes al periodo 2009-2019. Se obtuvieron 14 artículos, los cuales fueron agrupados en relación con el impacto negativo que se produce sobre la salud de los trabajadores.

Resultados: se encontró una relación entre los trabajos a turnos y una mayor prevalencia de problemas de salud cardiovasculares, cancerígenos, reproductivos, psicológicos, nutricionales y metabólicos y relacionados con el sueño.

Conclusiones: existe un gran número de estudios que abordan los problemas de salud que pueden aparecer en un trabajador por tener un horario laboral por turnos irregulares. Las alteraciones de salud más significativas que podemos encontrar son a nivel cardiovascular, digestivo, depresión, obesidad, riesgo de cáncer, problemas reproductivos... siendo algunos datos todavía limitados para evidenciar los resultados.

Palabras claves: horario de trabajo por turnos, factores de riesgo, enfermedad.

Irregular labor turnicality: health risks

Abstract

Objectives: to identify the negative consequences for the health of workers with irregular and night shifts.

Methods: a bibliographic review was carried out in 6 databases corresponding to the 2009-2019 period. Fourteen articles were obtained, which were grouped in relation to the negative impact on workers' health.

Results: There are a relation between shift work and a higher prevalence of cardiovascular, carcinogenic, reproductive, psychological, nutritional and metabolic and sleep-related health problems.

Conclusions: There are a large number of studies that tackle the health problems that may appear in a worker for having an irregular work schedule. The most significant health alterations that we can find are cardiovascular, digestive, depression, obesity, cancer risk, reproductive problems ... some data are still limited to show the results.

Keywords: shift work schedule, risk factors, disease.

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

INTRODUCCIÓN

El tiempo de trabajo se está convirtiendo en uno de los aspectos que más repercute directamente sobre la vida diaria y la salud de los trabajadores. La sociedad actual presenta trabajos que se ofrecen en una atención continuada como es el caso del ámbito hospitalario, entre otros. Esto ha obligado a ofrecer nuevos turnos de trabajos para que los trabajadores puedan adaptarse al contexto laboral en función de su vida diaria ya que estas condiciones laborales son modificables[1].

Los turnos de trabajo deben ser entendidos como una organización de la jornada diaria de trabajo donde las actividades son realizadas en diferentes horarios o en horarios fijos. La definición permite la incorporación de esquemas donde se mezclan el tiempo nocturno y el diurno, así como esquemas de cambios rotativos, que permiten al trabajador regresar con regularidad al turno diurno. Por ello los cambios de turnos van a influir de manera negativa en los ciclos fisiológicos que siguen un modelo rítmico y cíclico regidos a través del ciclo circadiano[2].

El ciclo circadiano está regulado a nivel central por el NSQ (núcleo supraquiasmático) que determina la intensidad del estímulo de luz (la luz es el estímulo sincronizador más importante), a través de su comunicación con neuronas fotosensibles de la retina (que expresan melanopsina). El NSQ sincroniza diariamente a diversos relojes circadianos localizados tanto dentro como fuera del Sistema Nervioso Central (SNC), por ejemplo, en órganos como hígado, tejido adiposo, glándulas suprarrenales, páncreas, riñón, corazón y el sistema músculo esquelético. Así como la alternancia de luz/oscuridad es el principal estímulo sincronizador para el NSQ, la ingesta de alimentos es también un estímulo sincronizador potente para los osciladores periféricos[3].

Algunos estudios científicos señalan que el tipo de turno laboral presenta de manera temprana alteraciones en los hábitos alimentarios, reducción de la magnitud de las oscilaciones circadianas y ultradianas en las concentraciones de insulina y/o leptina, y un mayor riesgo nutricional de padecer estados de sobrepeso u obesidad; por otro lado y de manera más tardía, presentan un mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles (resistencia insulina, diabetes, enfermedades cardíacas) y estados de fatiga que contribuyen a niveles reducidos de actividad física[4].

El principal objetivo de esta revisión bibliográfica es mejorar la evidencia acerca de la afectación bio-psico-social producida por los turnos laborales irregulares en los trabajadores.

METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en cinco bases de datos que son: Scielo, Pubmed, ProQuest, Dialnet, ElsevierScience.

Se han aplicado los siguientes criterios de elegibilidad: artículos publicados en los últimos diez años, entre 2009 y 2019 tanto en inglés como en español. Se excluyeron aquéllos que carecían de evidencia científica clara, los Trabajos de Fin de Grado y Trabajos de Fin de Máster de los alumnos de las diferentes universidades y los duplicados.

Pegunta PICOS. P: población de trabajadores a turnos irregulares y turnos nocturnos; I: no hay intervención; C: no hay comparación; O: afectación en la salud a nivel cardiovascular, digestivo, depresión, obesidad, riesgo de cáncer, problemas reproductivos... siendo algunos datos todavía limitados para evidenciar los resultados; S: estudios, cualquiera.

Primero se realizó una búsqueda general de “trabajar a turnos” o “shift work” de manera que se compararon los artículos y se extrajeron los efectos negativos en la salud más prevalentes en estos trabajadores.

Se definieron diferentes estrategias de búsqueda utilizando Descriptores "MeSH, DeCS" y términos libres. Las ecuaciones de búsqueda figuran en la tabla I.

Tabla 1. Estrategia de búsqueda.

Bases de datos	Descriptores y ecuación de búsqueda
SCIELO PUBMED PROQUEST WORLDCAT ELSEVIERSCIENCE	Shift Work Schedule AND Diseases. Shift Work Schedule AND Risk Factor. Shift Work Schedule AND Cardiovascular Diseases. Shift Work Schedule AND Digestive System Diseases. Shift Work Schedule AND Nutritional and Metabolic Diseases. Shift Work Schedule AND Sleep Wake Disorders. Shift Work Schedule AND Burnout, Psychological. Shift Work Schedule AND Cancer. Shift Work Schedule AND Reproductive Health.

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La tabla II refleja el número total de artículos encontrados en las diferentes bases de datos utilizadas. Tras una lectura inicial y resumen de artículos se han excluido aquellos que no cumplan los criterios de inclusión, citados anteriormente. A continuación se procedió a la lectura completa de los artículos y finalmente, se seleccionaron para esta revisión son 14 artículos.

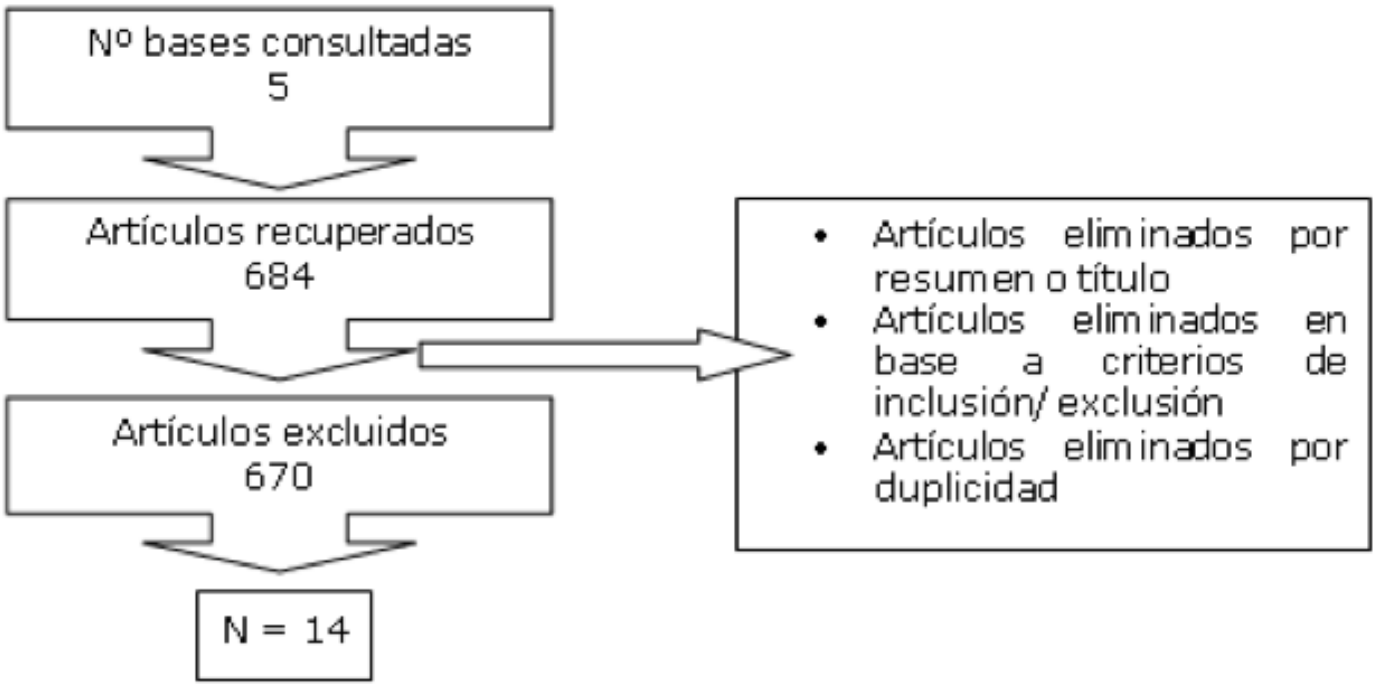
Por otro lado, los estudios recogidos han sido sometidos a una evaluación crítica mediante la declaración Prisma, al objeto de valorar la calidad de los mismos.

En el siguiente diagrama de flujo se detalla el proceso de búsqueda:

Tabla 2. Resultados obtenidos.

BASES DE DATOS	ARTÍCULOS RECUPERADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
Dialnet	80	2
Scielo	61	5
Pubmed	108	3
ProQuest	370	2
ElsevierScience	65	2
Total	684	14

Figura 1. Diagrama de flujo..



ARTÍCULOS DE REVISIÓN

Tabla 3. Tabla de resultados

AUTOR	MUESTRA	EDAD DE REFERENCIA	TIPO DE ESTUDIO	MEDIDA DE RESULTADOS	VARIABLES	RESULTADOS
Santana et al (2014)			Revisión bibliográfica			
López et al	126 trabajadores de fábrica. hombres:87 mujeres: 31	36, 6 ± 8, 6 años	Descriptivo transversal	Evaluados durante el año 2013 (enero–diciembre)	Hipertensión arterial, dislipemia, tabaquismo y obesidad	Dislipemia: 49.2% Sobrepeso: 45.2% Obesidad: 27.5% HTA: 42,1%
Chamorro et al (2018)			Revisión bibliográfica			
Ruiz et al (2010)	47 funcionarios en Hospital: 31: turno rotativo. 16: turno estable.	38,7- 44,7 años	Estudio de casos		IMC, pliegues cutáneos, colesterol, glucemia.	IMC (p=0.420) pliegues cutáneos: bicipital (p=0,259), tricipital (p=0,153), suprailiaco (p=0,068) colesterol total (p=0.46) glucemia (p=0.84)
Morris et al (2016)	14 participantes sanos, no fumadores, libres de drogas y medicamentos	20–49 años			Presión arterial, Frecuencia cardíaca, marcadores inflamatorios	PAS (p=0.90) PAD (p=0.001) FC (p <0.0001) Marcadores inflamatorios (p>0.05)
Vetter et al (2016)	189,158 mujeres inicialmente sanas	30-55 años	Estudio de cohorte prospectivo	24 años en los Estudios de Salud de Enfermeras	ECV (infarto miocardio, angina de pecho)	ECV (N=10.822)
Escobar et al (2016)			Revisión bibliográfica			
Sanchez et al (2017)			27.9 años			
Chamorro et al (2011)			27.9 años			
Tellez et al (2015)	326 trabajadores de una industria	27.9 años	27.9 años		Trastorno del sueño	ronquido (23.5%), seguido de insomnio (37.5%) y 3.9% de somnolencia excesiva

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

RIESGO CARDIOVASCULAR

Morris et al. (2016) concluyeron que el trabajo por turnos es un factor de riesgo para la hipertensión, la inflamación y las enfermedades cardiovasculares. Los trabajadores por turnos suelen tener una desalineación a nivel del ciclo circadiano lo que explica el aumento de la presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD) en 3.0 mm Hg y 1,5 mmHg, respectivamente .

Vetter et al (2016) a través de varios estudios de cohortes realizados a enfermeras que trabajaban en turno de noche, analizaron la probabilidad de desarrollar una enfermedad coronaria en relación con el número de horas de trabajo nocturno. La investigación concluyó que, entre las enfermeras registradas, se pudo asociar la mayor duración del trabajo nocturno con un aumento significativo de riesgo de sufrir una enfermedad coronaria. No obstante, confirmaron que se necesitan más investigaciones para explorar si la asociación está relacionada específicamente a las horas de trabajo o a las características individuales de cada mujer

Santana et al (2016) realizaron un estudio descriptivo transversal de factores de riesgo cardiovascular en 126 trabajadores donde observaron la alta prevalencia de hipertensión. También indicaron que otro factor de riesgo asociado con una alta prevalencia al turno de trabajo fue la dislipemia. Además se relaciona con estos trabajadores un aumento de infartos de miocardios, ictus isquémicos y eventos coronarios[2].

TRASTORNOS DIGESTIVOS Y ALTERACIONES DEL ESTADO NUTRICIONAL

Escobar et al. (2016) demostraron que los trabajadores con turnos rotatorios y nocturnos eran más propensos a padecer obesidad y alteraciones metabólicas debido a una pérdida del orden temporal interno. Estas alteraciones metabólicas pueden ser a consecuencia de que el trabajo nocturno aumenta los niveles de glucosa, leptina e insulina de manera que el riesgo de alcanzar un estado prediabético sea mayor. Estos cambios metabólicos son más llamativos en turnos fijos nocturnos ya que es cuando hay un bajo nivel de actividad, baja temperatura corporal y baja eficiencia para la absorción de nutrientes lo que favorece el sobrepeso y la obesidad .

Sánchez et al. (2017) concluyeron que el exceso de peso corporal también se debe a la mayor adquisición de calorías, proteínas, lípidos y excitantes como el café, tabaco... y menos hidratos de carbono en los turnos nocturnos. También suelen ser personas que tienden a prescindir de alguna de las tomas del día, siendo la más frecuente el desayuno. Todas estas alteraciones de la ingesta se ha comprobado que producen enfermedades del aparato digestivo como son: dispepsia, gastritis, digestiones pesadas, úlceras de estómago, flatulencia, aumento de peso, colitis, pirosis... Además, hay estudios que demuestran que la úlcera péptica es dos veces más frecuente entre las personas que trabajan por turnos que los que trabajan en horarios diurnos[8].

Sánchez et al. (2017) destacaron también la estrecha relación que existe entre el ciclo circadiano y metabólico ya que el alimento es un regulador de los ciclos circadianos

de manera que las horas de alimentación deben guardar una relación con los ciclos luz-oscuridad[8].

Chamorro et al. (2018) demostraron que el mantenimiento de horarios regulares de alimentación podría constituir un factor importante para una mejor utilización metabólica y estabilidad del peso corporal. De igual forma, Chamorro et al (2011) confirmaron que un inadecuado patrón de sueño podría contribuir a alteraciones metabólicas tempranas como puede ser la diabetes, ganancia de peso y riesgo de obesidad.

TRASTORNO DEL SUEÑO

Sánchez et al. (2017) reportaron que el sueño es un proceso fisiológico esencial donde se realizan las actividades de restauración, protección y homeostasis[8]. Durante este proceso se secreta la hormona del crecimiento, se fortalece el sistema inmunológico y facilita la consolidación de la memoria de corto a largo plazo.

Téllez et al. (2015) realizaron un estudio con una muestra de 326 trabajadores para evaluar la prevalencia de los trastornos del sueño en los trabajadores con diferentes turnos. El estudio reveló la correlación entre los hábitos que disminuyen la calidad y eficiencia del sueño, es decir, presentan un sueño no reparador con la salud. De esta manera, concluyeron que el horario de trabajo era una de las amenazas más importantes en la salud, seguridad y bienestar. Además, dentro de los trastornos de sueño se ha encontrado una prevalencia alta de personas que presentan ronquidos, pesadillas, somnolencia excesiva .

Sánchez et al. (2017) analizaron que no solo existen complicaciones a largo plazo como apneas, insomnios, parasomnias, hipersomnias), sino a las pocas horas del inicio del trabajo nocturno ya se empiezan apreciar una serie de signos y síntomas principalmente por la privación del sueño y el cansancio. La falta de sueño afecta al rendimiento laboral ya que hay una dificultad de concentración, de reacción, memoria, menor capacidad para adaptarse a nuevas situaciones debido al estado de fatiga crónica a la que se encuentran sometidos los trabajadores[8].

TRASTORNOS PSICOLÓGICOS

Sánchez et al. (2017) observaron que la falta de sueño provoca cambios psicológicos, como son: impaciencia, ansiedad, irritabilidad, depresión, estrés laboral

Téllez et al. (2015) realizaron un estudio entre 326 trabajadores en distintos turnos de trabajo para valorar la relación de calidad de sueño con el estrés y la depresión donde concluyen que hay una correlación positiva .

Deschamps et al. (2011) realizaron un estudio con población diana de profesionales sanitarios y concluyeron que con los turnos de trabajo y los trabajos nocturnos y guardias, aumenta el Síndrome de desgaste profesional (Burnout) .

TRASTORNOS ONCOLÓGICOS

En 2007 la International Agency for Research on Cancer evaluó la carcinogenicidad del trabajo por turnos y concluyó que "el trabajo por turnos que involucra la alteración circadiana es probablemente carcinogénico para los humanos"

Viswanathan et al. (2009) corroboraron que la melatonina tiene propiedades oncológicas. Los trabajadores nocturnos tienen niveles más bajos de melatonina, lo que pueden predisponerlos a desarrollar cáncer

En relación al cáncer de mama, Travis et al. (2016) citan diversos estudios como el de “UK Health and Safety Executive (contract number JN2995), Cancer Research UK (grant numbers C570/A16491 and C8221/A19170), and the Medical Research Council (grant numbers MR/K02700X/1 and MR/M012190/1)” en el cual investigan la incidencia del cáncer de mama en enfermeras de más de 20 años que han ejercido turnos nocturnos o irregulares a lo largo de su carrera profesional. En este estudio no hubo evidencias claras acerca de este emparejamiento, pues la presencia de otros factores de riesgos personales como los antecedentes familiares, predisponen a la mujer a padecer este tipo de cáncer y distorsionaron el estudio

Papantoniou et al. (2016) citan otro estudio realizado por MCC-Spain Study donde empleó la metodología de casos y controles de base poblacional en España. Este concluye en que el hecho de haber realizado alguna vez un trabajo nocturno, ya sea en un horario permanente o rotativo, en una variedad de ocupaciones, se asocia con un pequeño aumento del riesgo de cáncer de mama. El riesgo aumentó en subgrupos con características relacionadas con hormonas específicas, como tumores con receptores de hormonas positivo

Viswanathan et al realizaron un estudio donde observa que el cáncer de endometrio es uno de los más frecuentes en este tipo de trabajadores, mayoritariamente en trabajos nocturnos

TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA REPRODUCCIÓN

Sánchez et al. (2017) reportaron que las mujeres que trabajan en turnos de noche pueden obtener consecuencias negativas en su sistema reproductivo y en el desarrollo del bebé, esto se debe al alto estrés experimentado en este periodo combinado a las alteraciones hormonales que se producen en su organismo por las alteraciones del ritmo circadiano. Los resultados pueden ser abortos espontáneos, ciclos menstruales irregulares, influencia

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

negativa para la concepción. Por ello una persona embarazada no puede trabajar en turno nocturno

DISCUSIÓN

Después de analizar los estudios seleccionados y compararlos, se ha encontrado que existen similitudes entre los resultados.

Respecto al riesgo cardiovascular, los estudios de Morris et al., Vetter et al. y Santana et al. confirman una alta prevalencia de sufrir hipertensión arterial en los trabajadores. Además de los tres artículos seleccionados, únicamente los estudios de Santana et al. y Vetter et al. mencionan el alto riesgo de padecer enfermedades coronarias, infarto de miocardio. El estudio de Santana et al. es el único que relaciona el riesgo cardiovascular con el sobrepeso y la obesidad y los trabajos a turnos.

Los estudios encontrados sobre las alteraciones nutricionales afirman que una alteración del sueño o una disminución de horas de sueños están relacionado con un aumento de la obesidad y de riesgo de padecer diabetes. Los artículos[3,7,9] han evidenciado los resultados a través de estudios en humanos y roedores.

Ruiz et al. afirman que la obesidad sería un problema a largo plazo frente a Chamorro et que indican que es un problema a corto plazo. Además Sánchez et al. asocian el trabajo a turnos con enfermedades gastrointestinales.

Sánchez et al. y Téllez et al. hacen referencia a los trastornos del sueño a corto y largo plazo coincidiendo en las conclusiones.

En relación con las alteraciones psicológicas, existe evidencia científica que las relaciona con los turnos de trabajo. Los estudios analizados[8,10,11] afirman la relación entre la calidad del sueño y el estrés. Sánchez et al. y Tellez et al. se basan más en la relación con la depresión mientras que Deschamps et al. abordan el burnout.

Respecto al cáncer, Papantoniou et al Travis et al. y Viswanathan et al. relacionan la melatonina de forma directa, de manera que un trabajo nocturno produce una disminución de esta hormona que provoca un aumento de la probabilidad de cáncer. Cada autor, expone sus ideas sobre un tipo de cáncer pero ninguno tiene la evidencia suficiente para poder afirmar dicha relación.

Papantoniou et al. exponen en su estudio la relación de cáncer de mama y trabajo nocturno pero hay estudios que no han logrado describir esta relación ya que destacan otros factores más predisponentes en este tipo de enfermedades.

Ninguno de los artículos encontrados da importancia a las intervenciones llevadas a cabo para reducir la prevalencia de estos problemas. Sólo Santana et al. observa que la medicina preventiva y la vigilancia de la salud puede ser eficaz en la disminución de los episodios cardiovasculares.

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. La violencia [Internet]. Definición de la violencia. [citado 11 de febrero de 2019]. (1) Santana-Herrera J, Alfano T, Escobal-Machado A. Turnos de trabajo: ¿un factor de riesgo cardiovascular? Med. Segur. Trab. 2014; 60(234): 179-197. DOI: 10.4321/S0465-546X2014000100014

2 López S, Perdomo C. Oramas A, Gonzalez A. Factores de riesgo cardiovascular y turno de trabajo en una población laboral. Rev Cubana de Salud y Trabajo. 2016; 17(4): 42-45

3 Chamorro R, Farias R, Peirano P. Circadian rhythms, eating patterns and sleep: A focus on obesity. Rev. Chil. Nutr. 2018; 45 (3): 285-292. DOI:10.4067/s0717-75182018000400285

4 Ruiz de la F.M, Cifuentes M, Orieta B, Pamela S., Ximena R. Estado nutricional de trabajadores bajo turnos rotativos o permanentes. Rev. Chil. Nutr. 2010; 37 (4): 446-454. DOI: 10.4067/S0717-75182010000400005

5 Morris C.J, Purvis T.E, Hu K, Scheer FAJL. Circadian misalignment increases cardiovascular disease risk factors in humans. 2016; 113 (10): 1402-1411. DOI: 10.1073/pnas.1516953113

6 Vetter C, Devore EE, Wegrzyn L.R, Massa J, Speizer F.E, Kawachi I, et al. Association between rotating night shift work and risk of coronary heart disease among women. JAMA. 2016; 315 (16): 1726-1734. DOI: 10.1001/jama.2016.4454.

7 Escobar C, Ángeles-Castellanos M, Espitia E.N, Marinus R. La comida por la noche como factor inductor de obesidad. Rev. Mex. de Trastor. Aliment. 2016; 7 (1): 78-83. DOI: 10.1016/j.rmta.2016.01.001

8 Sánchez S, Nieto R.S, Perez J, Nieto U, Rico A. Turnicidad y alteraciones en la salud de los trabajadores sanitarios. En: Molero M et al. Acercamiento multidisciplinar a la salud. Almería: Asunivep; 2017: 207-211.

9 Chamorro R.A, Durán S.A, Reyes S.C, Ponce R, Algarín C.R, Peirano P.D. La reducción del sueño como factor de riesgo para obesidad. Rev. Méd. Chile. 2011; 139(7): 932-940. DOI: 10.4067/S0034-98872011000700017

10 Téllez A, Villegas D, Juárez D, Segura L.G. Sleep disorders and sleep quality in shift and daytime industrial workers. Universitas Psychologica. 2015; 14 (2): 695-705. DOI: 10.11144/Javeriana.upsy14-2.tcst

11 Deschamps A, Olivares SB, De la Rosa KL, Asunsolo A. Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del síndrome de burnout en médicos y enfermeras. Med Segur Trab. 2011; 57 (224): 224-241. DOI: 10.4321/S0465-546X201100030000

12 Papantoniou K, Castaño-Vinyals G, Espinosa A, Aragonés N, Pérez- Gómez B, Ardanaz E, et al. Breast cancer risk and night shift work in a case-control study in a spanish population. Eur J Epidemiol. 2016; 31 (9): 867-878. DOI: 10.1007/s10654-015-0073-y

13 Viswanathan A, Schernhammer E. Night shift work and the risk of endometrial cancer. Cancer Lett. 2009; 281 (1): 1-7 DOI: 10.1016/j.canlet.2008.11.002

14 Travis R.C, Balkwill A, Fensom G.K, Appleby P.N, Reeves G.K, Wang X, et al. Night shift work and breast cancer incidence: three prospective studies and meta-analysis of published studies. J Natl Cancer Inst. 2016; 108 (12). DOI:10.1093/jnci/djx002

RESEÑAS DE SALUD LABORAL

Asociación entre alta carga física de trabajo en agricultores de caña de azúcar en América Central y enfermedad renal

Staff Redacción

Redacción

Según la OMS, la mortalidad por enfermedad renal está experimentando un auge insólito en toda Mesoamérica. En el periodo comprendido entre 2005 y 2009, casi 3000 hombres fallecieron anualmente en la esta franja geográfica del continente americano. En algunos países como Nicaragua y El Salvador, desde el año 2000, la tasa de mortalidad en hombres causado por enfermedad renal aumentó un 500%, y supera en número de muertes a la suma conjunta de VIH/SIDA, diabetes mellitus y leucemia.

En los países desarrollados la principal causa de enfermedad renal es la diabetes y la hipertensión arterial. Entre las hipótesis etiológicas de enfermedad renal (no relacionada con diabetes ni hipertensión) que se manejan para estos países de América Latina, se hallan las condiciones de trabajo con exposición repetida a estrés térmico y deshidratación, ingesta de bebidas contaminadas con pesticidas, enfermedades infecciosas y consumo excesivo de fármacos antiinflamatorios no esteroides.

A continuación se muestran varios artículos procedentes de una revisión rápida sobre "enfermedad renal" y "trabajadores" en "américa latina" que intenta aportar más información sobre este trágico problema de salud laboral.

RESEÑA Nº 1. Workload and cross-harvest kidney injury in a Nicaraguan sugarcane worker cohort.

Hansson E, Glaser J, Weiss I, et al. Workload and cross-harvest kidney injury in a Nicaraguan sugarcane worker cohort. Occup Environ Med 2019;76:818–826. doi: 10.1136/oemed-2019-105986

Este estudio analizó la asociación entre la carga de trabajo y enfermedad renal en una cohorte trabajadores con diferentes niveles de demanda física, dentro de una explotación de caña de azúcar. Por otra parte, también pretendió evaluar si el programa de salud laboral para la prevención del estrés térmico era suficiente para reducir la enfermedad renal.

Una cohorte inicial de 545 trabajadores fueron estudiados durante la campaña de la caña de azúcar entre noviembre y abril. Al final de la campaña quedaron 427 empleados. Se hicieron cuatro grupos en función de la carga física de trabajo: baja, moderada, alta y muy alta. Se definió como lesión renal un incremento de 0.3 mg/dL o 1,5 veces el valor basal de creatinina sérica.

Se observó una asociación significativa entre los valores medios de la razón de filtrado glomerular y carga física de trabajo, siendo mayor ésta en aquellos trabajadores con mayor carga. La incidencia de lesión renal fue del 2% en el grupo de trabajadores con carga física baja-moderada frente al 27% de la categoría muy alta.

Por tanto, se concluye que los trabajadores expuestos a una carga física de trabajo más alta y peores condiciones de trabajo, presentaron mayor tasa de daño renal. Los programa de salud laboral dirigidos a la prevención de enfermedad renal deben ser potenciados para evitar daños irreversibles en los trabajadores.

RESEÑA Nº 2. Workload and cross-harvest kidney injury in a Nicaraguan sugarcane worker cohort.

Butler-Dawson J, Krisher L, Yoder H, Dally M, Sorensen C, Johnson R et al. Evaluation of heat stress and cumulative incidence of acute kidney injury in sugarcane workers in Guatemala. Int Arch Occup Environ Health. 2019; 92(7): 977–990. doi: 10.1007/s00420-019-01426-3

Los autores analizaron la eficacia de una intervención sobre hidratación en trabajadores de explotación de caña

RESEÑAS DE SALUD LABORAL

de azúcar de Guatemala, al objeto de prevenir enfermedad renal.

Se estudiaron 517 agricultores expuestos a estrés térmico durante el periodo de cosecha de la caña de azúcar, al inicio y al final de la temporada, en tres momentos diferentes: febrero, marzo y abril de 2017. La muestra estuvo dividida en tres grupos: trabajador de corte y siembra de caña de azúcar con origen local (primer grupo) y no local (segundo grupo); y otros trabajadores de la explotación (tercer grupo). Los autores definieron enfermedad aguda renal como un incremento de la creatinina sérica de 26,5 µmoles/L o del 50% o más sobre el valor basal. Se analizó la interacción del estatus de hidratación del trabajador sobre los valores de función renal.

Durante el estudio se produjo una intervención para incentivar el proceso de rehidratación de los trabajadores antes, durante y al finalizar su jornada de trabajo.

La prevalencia de deshidratación al final del turno de trabajo fue del 11% en febrero, 9% en marzo y 6% en abril. La incidencia acumulada de lesión renal aguda fue del 53% en febrero, 54% en marzo y 51% en abril, con un marcador de deshidratación (OR 1,24 IC 95% 1,02-1,52) y con la ingesta más bajo de bebidas isotónicas OR=0,94 IC 95% (0,89-0,99).

Como conclusiones, destacar que la deshidratación y el consumo insuficiente de agua y electrolitos son los factores de riesgo más importantes para la enfermedad renal aguda. Sin embargo, incluso los trabajadores de caña de azúcar bien entrenados e hidratados experimentan daño renal agudo rutinariamente. Si bien la hidratación es protectora y muy importante en estos trabajadores, hay que entender que otros factores de riesgo contribuyen a la aparición de enfermedad renal aguda y, por tanto, se deben poner en marcha estrategias preventivas para identificarlos y abordarlos estos trabajadores.

RESEÑA Nº 3. Acute Kidney Injury in Sugarcane Workers at Risk for Mesoamerican Nephropathy.

Kupferman J, Ramírez-Rubio O, Amador JJ, López-Pilarte D, Wilker EH, Laws RL et al. Acute Kidney Injury in Sugarcane Workers at Risk for Mesoamerican Nephropathy. Am J Kidney Dis. 2018(4):475-482. doi: 10.1053/j.ajkd.2018.04.014.

Como se ha indicado al principio de esta sección, la nefropatía mesoamericana es una forma de enfermedad

renal crónica de causa desconocida, afecta a trabajadores jóvenes en condiciones muy extenuantes. Los episodios repetidos de enfermedad renal aguda relacionada con el trabajo pueden provocar enfermedad crónica. Los autores plantearon como objetivo conocer mejor la carga y la historia natural de la lesión renal aguda en trabajadores a riesgo en la región de Mesoamérica.

Para ello, diseñaron un estudio transversal llevado a cabo en trabajadores de caña de azúcar, seguido de un estudio longitudinal con trabajadores que ya padecía daño renal agudo. Se incluyeron en el estudio un total de 326 trabajadores clasificados en cinco categorías laborales, con niveles basales normales de creatinina y sin historia anterior de enfermedad renal crónica.

Se especificó como daño renal agudo un incremento de creatinina en sangre igual o mayor a 0.3 mg/dL sobre su valor basal, o bien, cifras iguales o superiores a 1.3 mg/dL. Se determinó incidencia de enfermedad renal crónica a los 12 meses. En el análisis de datos, los investigadores usaron modelos de regresión lineal múltiple para conocer la asociación entre categoría laboral y función renal.

34 de los 326 trabajadores mostraron lesión renal aguda, con una mediana de creatinina sérica (al final de la cosecha) de 0.88 mg/Dl. La enfermedad renal aguda fue más frecuente entre los cortadores de caña comparado con otras categorías. Los sujetos con nefropatía aguda mostraron grados variables de recuperación de la función renal, con mediana de creatinina sérica para 6 y 12 meses de seguimiento de 1.25 y 1.27 mg/dL, respectivamente.

Como conclusión, el estudio demuestra una clara evidencia de que la enfermedad renal aguda es relativamente común durante el curso de la cosecha de caña de azúcar. En trabajadores con función renal normal antes de la cosecha, se observa un descenso de la función renal al finalizar la temporada de trabajo. Además, de los trabajadores con daño agudo, aproximadamente la mitad mostraban signos de enfermedad crónica a los 12 meses.

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Corrigendum: Elaboración y validación de un cuestionario para evaluar la satisfacción de los trabajadores con la vigilancia de la salud

Autores:
Acosta del Pino JM, Repullo Leiva S

Autor de correspondencia:
D. José Manuel Acosta del Pino
joseacosta1981@hotmail.com

Trazabilidad editorial
Recibido: 7/02/2019 **Revisado: 21/03/2019** **Aceptado: 04/04/2019**

Citar como:
Acosta JM, Repullo S. Elaboración y validación de un cuestionario para evaluar la satisfacción de los trabajadores con la vigilancia de la salud. Revista Enfermería del Trabajo. 2019. 9; 2:72-93

Resumen

Introducción. El punto de partida de todo proceso de mejora es conocer el nivel de satisfacción de los usuarios respecto a los diferentes factores o elementos que intervienen en la prestación del servicio, lo que ayuda a determinar cuáles son los puntos fuertes y débiles del mismo. El método más utilizado para la medida de la satisfacción son los cuestionarios.

Objetivos. Elaborar y validar un cuestionario que permita conocer el grado de satisfacción que tienen los trabajadores con la vigilancia de la salud.

Materiales y métodos. Inicialmente se ha realizado una revisión bibliográfica en PubMed, Embase, Web of Science, Scopus y Google Scholar dirigida a la búsqueda de cuestionarios validados que puedan ser utilizados para evaluar la satisfacción de los trabajadores con la vigilancia de la salud. La elaboración del cuestionario se realizará en dos fases, por un lado, se hará el diseño del cuestionario y por otro, la validación del mismo. La etapa de diseño del cuestionario se realizará formando un grupo de trabajo entre especialistas de Enfermería del trabajo y de Medicina del trabajo, y seguirá el método Delphi. En la etapa de validación se demostrará que el cuestionario cumple con las características de fiabilidad y validez.

Palabras Clave.

Vigilancia de la salud, cuestionario de satisfacción, salud laboral, validación.

Preparation and validation of a questionnaire to assess the satisfaction of workers with health surveillance

Abstract

Introduction. The starting point of any improvement process is to know the level of user satisfaction regarding the different factors or elements involved in the provision of the service, which helps to determine what are its strengths and weaknesses. The most used method for measuring satisfaction are the questionnaires.

Objectives. Develop and validate of a questionnaire to evaluate the grade of workers satisfaction with health surveillance.

Material and Methods. Initially has been carried out a systematic review in PubMed, Embase, Web of Science, Scopus and Google Scholar to find a validated questionnaires that can be used to evaluate the workers satisfaction with health surveillance. The preparation of the questionnaire will be carried out in two phases, on the one hand, the design of the questionnaire and on the other, the validation. The design stage of the questionnaire will be carried out by forming a working group between specialists in Occupational health, nurses and doctors, and will follow the Delphi method. In the validation stage it will be demonstrated that the questionnaire meets the characteristics of reliability and validity.

Keywords. Health surveillance, satisfaction questionnaire, occupational health, validation.

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

INTRODUCCIÓN

Según la Ley 31/1995, de 8 de noviembre los trabajadores tienen derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo (artículo 14), además el empresario garantizará a los trabajadores a su servicio la vigilancia periódica de su estado de salud en función de los riesgos inherentes al trabajo (artículo 22)[1].

El Real Decreto 843/2011, de 17 de junio, considera a la Unidad Básica Sanitaria (UBS), como la unidad elemental o mínima de dotación de recursos humanos de los servicios sanitarios de los Servicios de Prevención, constituida por un médico del trabajo o de empresa y un enfermero del trabajo o de empresa o a jornada completa[2]. La actividad sanitaria de los servicios de prevención incluye, entre otras y como principal actividad, a la vigilancia de la salud, que mediante procedimientos adecuadamente validados tiene como objetivo detectar sistemática y regularmente los signos y síntomas precoces de los daños derivados del trabajo, detectar las situaciones de riesgo, así como proponer las medidas preventivas necesarias[2].

La vigilancia de la salud consiste en la recogida sistemática y continua de datos acerca de un problema específico de salud; su análisis, interpretación y utilización en la planificación, implementación y evaluación de programas de salud[3]. Las medidas de vigilancia y control de la salud de los trabajadores se llevarán a cabo por personal sanitario con competencia técnica, formación y capacidad acreditada. Por lo tanto, es imprescindible realizar una vigilancia de la salud de calidad, que esté en evolución continua hacia la excelencia y la satisfacción de los usuarios. Se entiende por satisfacción a la sensación de cumplir satisfactoriamente una necesidad o deseo y comporta un sentimiento positivo percibido por la persona[4]. Algunos autores la definen como la coincidencia entre las expectativas y los resultados[5].

Para Avedis Donabedian (1966), la satisfacción es la medida del resultado de la interacción entre el profesional de la salud y el paciente. La satisfacción del paciente en relación con los servicios de salud es un punto básico para determinar la calidad de la atención sanitaria que se presta6. El mismo autor entiende la satisfacción del paciente, como una medida de eficacia e incluso de control objetivo de la calidad de los servicios de salud6. Aunque han transcurrido más de 50 años desde que por primera vez Donabedian hablara de la satisfacción de los pacientes, este concepto sigue vigente.

Medir la satisfacción es esencial para cualquier organización sanitaria y su conocimiento debería ser parte del programa estratégico de cada una de ellas[5].

Todos los modelos de gestión de la calidad en salud, desde el Ciclo evaluativo o de Mejora de Deming, hasta las normas ISO-9000, el sistema de acreditación de la JCAHO o el modelo europeo de excelencia de la EFQM, se basan en la evaluación continua para conseguir un producto de calidad y satisfactorio para los clientes (pacientes). Además, una de las similitudes en los cuatro modelos es la importancia de la orientación hacia el cliente (el paciente), que todos destacan como característica primordial y que debe basarse en información contrastada acerca de las preferencias, las expectativas y las tendencias en la opinión de los pacientes. Los planes de calidad, al tener en cuenta la satisfacción del paciente como uno de los principales objetivos a conseguir, recomiendan un mayor protagonismo de éstos y desarrollan un nuevo tipo de relaciones médico-paciente, evaluando los resultados de la atención sanitaria desde la perspectiva del paciente[7].

Justificación

La mejora de los servicios que se presta debe plantearse siempre desde el punto de vista de los usuarios. Un "servicio de calidad" es aquel que satisface las expectativas de quienes lo utilizan. Por tanto, es necesario, conocer su opinión y su grado de satisfacción. El punto de partida de todo proceso de mejora es conocer el nivel de satisfacción de los usuarios respecto a los diferentes factores o elementos que intervienen en la prestación del servicio, lo que ayuda a determinar cuáles son los puntos fuertes y débiles del mismo. La identificación por parte de los usuarios de estos puntos débiles y su correspondiente análisis son la base para mejorar cualquier actividad y/o servicio[8].

> **"El método más utilizado para la medida de la satisfacción son los cuestionarios, que permiten detectar aspectos susceptibles de mejora, insuficiencias o disconformidades"**

El método más utilizado para la medida de la satisfacción son los cuestionarios, que permiten detectar aspectos susceptibles de mejora, insuficiencias o disconformidades[7].

Evaluar la satisfacción mediante cuestionarios permitirá mejorar la calidad asistencial de las UBS, detectar las variables que afectan al nivel de satisfacción y conocer las causas de insatisfacción.

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Paciente	Intervención	Comparación	Outcome
Trabajadores	**Vigilancia de la Salud Laboral**		**Satisfacción**

Tras realizar una amplia búsqueda bibliográfica se ha concluido que no se dispone de ningún instrumento validado que sea útil para nuestro objeto de estudio.

Dada la necesidad de evaluar, desde una aproximación basada en la evidencia, la satisfacción de los trabajadores con la vigilancia de la salud impartida desde las UBS, se ha considerado que la mejor manera es elaborar una herramienta para ello. Con este objetivo se decide iniciar el diseño y la validación de la misma que se denominará **"Cuestionario sobre la Satisfacción de los trabajadores con la Vigilancia de la Salud (CSVS)"**.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Elaborar y validar un cuestionario que permita conocer el grado de satisfacción que tienen los trabajadores con la vigilancia de la salud realizada por las UBS a las que corresponden.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estudiar la validez y la fiabilidad que tiene el cuestionario objeto de estudio en España.
- Valorar la percepción que tienen los trabajadores sobre las tareas y actividades que llevan a cabo los profesionales de las UBS relacionadas con la vigilancia de la salud.
- Identificar y evaluar los aspectos susceptibles de mejora de las UBS.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

1.- Revisión sistemática

Inicialmente se ha realizado una revisión bibliográfica en PubMed, Embase, Web of Science, Scopus y Google Scholar dirigida a la búsqueda de cuestionarios validados que puedan ser utilizados para evaluar la satisfacción de los trabajadores con la vigilancia de la salud.

Pegunta PICO

Teniendo en cuenta que la búsqueda de estudios sobre la validación de cuestionarios relacionados con la salud laboral tiene ciertas dificultades, tales como, la falta de indexación de algunos artículos, así como a la utilización de nomenclatura no consensuada, la búsqueda incluye tanto lenguaje controlado Tesauro (términos MeSH o términos Emtree) como lenguaje natural (términos libres).

Se ha limitado temporalmente la búsqueda bibliográfica al periodo comprendido entre 2009 – 2018, ambos inclusive.

Tabla 1. Estrategia de búsqueda bibliográfica.

Estrategia de Búsqueda	PUBMED	EMBASE	SCOPUS	WEB OF SCIENCE
surveillance health AND patient satisfaction AND occupational health	**159 artículos**	**13 artículos**	**1305 artículos**	**3 artículos**
surveillance health AND satisfaction survey AND occupational health	**471 artículos**	**22 artículos**	**1610 artículos**	**4 artículos**
surveillance health AND satisfaction questionnaire AND occupational health	**482 artículos**	**21 artículos**	**1012 artículos**	**7 artículos**
surveillance health AND satisfaction AND surveys and questionnaires AND validation studies AND occupational health	**13 artículos**	**0 artículos**	**460 artículos**	**1 artículo**
"Patient Satisfaction AND "Occupational Health Services (MeSH major topic en Pubmed and Emtree major focus en Embase)	**6 artículos**	**24 artículos**	**394 artículos**	**114 artículos**

GOOGLE SCHOLAR

Search "Cuestionarios de satisfacción relacionados con la vigilancia de la salud"

Search "Cuestionarios de satisfacción relacionados con salud laboral"

Search "Cuestionarios de satisfacción relacionados con medicina del trabajo"

Search "Satisfaction questionnaires related to health surveillance"

Search "Satisfaction questionnaires related to occupational health"

Criterios de elegibilidad

a) Criterios de Inclusión:

- Artículos en los que se describa, utilice o valide alguna herramienta sobre la satisfacción de los usuarios con la vigilancia de la salud.
- Artículos en los que se evalúe la satisfacción de los usuarios con algún aspecto de las Unidades Básicas Sanitarias.
- Revisiones sistemáticas o informes técnicos donde se revise este tipo de instrumentos.

b) Criterios de Exclusión:

- Cualquier artículo, revisión sistemática o informe técnico que no evalúen la satisfacción de los usuarios con la vigilancia de la salud o con algún otro aspecto de la Unidades Básicas Sanitarias.

Tras realizar la lectura de los títulos y resúmenes de los artículos/estudios localizados mediante la estrategia de búsqueda en las bases de datos indicadas, se han seleccionado los que cumplen con los criterios de inclusión. Después de eliminar los que estaban repetidos han sido seleccionados 14 artículos (tabla 2), aunque ninguno de ellos ha sido considerado que es aplicable al objetivo de medida que se pretende valorar. Esto es debido, a que no reflejan la satisfacción de los trabajadores con la vigilancia de la salud o si lo reflejan, el cuestionario no

Tabla 2. Artículos seleccionados que cumplen los criterios de inclusión

ARTÍCULOS/ESTUDIOS SELECCIONADOS		
Autores	**Título**	**Objetivos**
Subirats-Cid P, Bretau-Viñas F, Vilardell-Ynaraja M, Carreras-Valls R, Sanchez E, Guixeras-Campos A, et al	¿Podemos medir la cultura preventiva? Elaboración y validación de un cuestionario de cultura preventiva	Obtener un instrumento de medida para evaluar la cultura preventiva en las instituciones hospitalarias en Cataluña
Alonso E, Cabeza P, Gutiérrez G, Pérez AR, Tomé P	Diseño y validación de un cuestionario de calidad de los cuidados de Enfermería del Trabajo en los Servicios de Prevención	Elaborar un cuestionario que nos permita conocer la percepción de los trabajadores sobre las actividades que realiza la enfermería del trabajo en los diferentes Servicios de Prevención.
Pérez MM	Satisfacción de los trabajadores en relación con la vigilancia de la salud	Realizar una revisión bibliográfica y proponer una propuesta de cuestionario de satisfacción
Guzik A, Menzel N, Fitzpatrick J, McNulty R	Patient satisfaction with nurse practitioner and physician services in the occupational health setting	Determinar si la satisfacción del paciente difería cuando la vigilancia de la salud era realizada por los enfermeros o por los médicos
Grooten WJA, Mullera M, Forsmanc M, Kjellbergc K, Toomingasc A, Olov B, et al	Health risk appraisals in Swedish occupational health service	Describir y explorar las evaluaciones de riesgos para la salud de los servicios de salud laboral sobre el estado individual y la satisfacción general de los trabajadores
Krakov A, Kabaha N, Azuri J, Moshe S	Impact of patients' access to medical records in occupational medicine	Examinar las ventajas y desventajas de proporcionar información médica oral y escrita a pacientes de salud laboral.

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

ARTÍCULOS/ESTUDIOS SELECCIONADOS		
Autores	**Título**	**Objetivos**
Boschman JS, van der Molen HF, Sluiter JK, Frings-Dresen M	**Improving occupational health care for construction workers: a process evaluation**	**Evaluar el proceso de vigilancia de la salud de los trabajadores de la construcción**
Savinainen M, Nyberg M	**Relationship between construction workers' musculoskeletal disorders and occupational health service activities**	**Determinar si existe una relación entre los trastornos musculoesqueléticos de los trabajadores de la construcción y las actividades realizadas desde las unidades de salud laboral**
Volker D, Zijlstra-Vlasveld MC, Brouwers EPM, van der Feltz-Cornelis CM	**Process evaluation of a blended web-based intervention on return to work for sick-listed employees with common mental health problems in the occupational health setting**	**Evaluar del proceso de una intervención combinada sobre el retorno al trabajo para los empleados enfermos con problemas de salud mental comunes en el entorno de salud laboral**
Leensen MC, Groeneveld IF, Rejda T, Groenenboom P van Berkel S, Brandon T, et al	**Feasibility of a multidisciplinary intervention to help cancer patients return to work**	**Evalúa la viabilidad de una intervención multidisciplinar que combina el asesoramiento laboral con el ejercicio físico para mejorar el regreso al trabajo de los pacientes con cáncer**
Baker A, Madan I	**Process quality indicators for general clinical occupational health practice**	**Desarrollar indicadores genéricos de calidad que puedan mejorar las actividades realizadas por los servicios de prevención de riesgos laborales para facilitar la vuelta al trabajo tras una baja laboral.**
Buck DF, Curley AL	**Developing and implementing a survey employer satisfaction**	**Desarrollar e implementar una encuesta para determinar la satisfacción de los empresarios con la atención brindada desde salud laboral a los trabajadores lesionados**
Hot I, Karlikaya E, Erdogan MS	**Survey of the opinions on the occupational health system in turkey expressed by patients of the istanbul hospital of occupational diseases**	**Examinar la opinión de los pacientes de un hospital de enfermedades profesionales sobre la calidad de la prestación de servicios de medicina laboral en Turquía**
Plomp HN, Ballast N	**Trust and vulnerability in doctor–patient relations in occupational health**	**Explorar la relación entre la confianza y la vulnerabilidad en la relación entre el médico del trabajo y sus pacientes**

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

está validado. De todas formas, dichos estudios han sido muy útiles ya que han proporcionado una base conceptual y metodológica que formará parte del nuevo instrumento de medida.

2.- Elaboración y validación del cuestionario

El proceso de construcción y validación de un cuestionario de medida es relativamente complejo y requiere el conocimiento teórico claro del aspecto que queremos medir, así como poseer conocimientos estadísticos avanzados y saber manejar programas informáticos para realizar las pruebas estadísticas[9].

La elaboración del cuestionario se realizará en dos fases, por un lado, se hará el diseño del cuestionario y por otro, la validación de este, demostrando a la vez que cumple con las características de fiabilidad y validez[10,11].

Fase de diseño del cuestionario

La etapa de diseño del cuestionario se realizará formando un grupo de trabajo entre especialistas de Enfermería del trabajo y de Medicina del trabajo. Gracias a la colaboración de la AET (Asociación de especialistas en Enfermería del Trabajo) y al INSST (Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo), el grupo estará formado por 20 UBS (Unidades Básicas Sanitarias), por lo tanto, serán un total de 40 profesionales pertenecientes a Servicios de Prevención de la Administración Pública, a Servicios de Prevención Propios de Empresas Privadas y a Servicios de Prevención Ajenos.

1.- Servicios de Prevención de la Administración Pública:

- Diputación de Córdoba
- Ayuntamiento de Córdoba
- Hospital Reina Sofía de Córdoba
- Distrito Sanitario de Córdoba
- Otros servicios de prevención de la Administración Pública

2.- Servicios de Prevención Propios de Empresas Privadas:

- El Corte Inglés
- Mahou
- Airbus
- Acerinox
- Otros servicios de prevención propios de empresas privadas

3.- Servicios de Prevención Ajenos:

- Quirón
- Aspy
- Otros servicios de prevención ajenos

> **La elaboración del cuestionario se realizará siguiendo el método Delph**
>
> **Este método es una técnica de recogida de información.**

La elaboración del cuestionario se realizará siguiendo el método Delphi. Este método es una técnica de recogida de información que permite obtener la opinión de un grupo de expertos a través de la consulta reiterada.

Las preguntas del cuestionario se decidirán por consenso, y se basarán en la búsqueda de la excelencia relacionada con la vigilancia de la salud a través de la satisfacción de los propios trabajadores. Además, se identificarán aquellos aspectos susceptibles de mejora.

En un primer momento el investigador principal ha elaborado un borrador del cuestionario de satisfacción con diferentes dominios, y con sus correspondientes ítems (Anexo I). Dicho borrador será entregado a cada uno de los expertos que calificará de 1 a 5 la idoneidad de cada dominio y de cada uno de sus ítems (siendo 1 total desacuerdo, 2 desacuerdo, 3 no estoy seguro, 4 de acuerdo y 5 totalmente de acuerdo).

Se realizará un total de 3 vueltas, en cada una de ellas se descartará y/o modificará los dominios e ítems que obtengan una puntuación inferior al percentil 10. Además, se seguirán las recomendaciones del panel de expertos hasta que se complete la redacción final de todos ellos, tal y como aparecerán en el cuestionario final.

Según estas premisas se redactarán los ítems del cuestionario. Cada ítem se intentará definir de forma clara valorando que cumpla los criterios de suficiencia, coherencia y relevancia[12].

El criterio de suficiencia define la utilidad para valorar el

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

aspecto que se pretende, el criterio de coherencia define la relación entre los ítems que miden una misma dimensión entre las diferentes materias y el criterio de relevancia define la especial significación del ítem en la materia que valora[12].

Para evaluar y posteriormente poder valorar los resultados de cada ítem, se utilizará una escala analógica tipo Likert (de 1 a 4, siendo 1 el grado de menor satisfacción y 4 el de mayor satisfacción). De esta forma se intentará evitar un sesgo habitual denominado "error de tendencia central" es decir, la tendencia a elegir las respuestas centrales entre las diferentes opciones.

EXCELENTE (4); BUENO (3); MALO (2); MUY MALO (1); NS/NC

El cuestionario será en formato autoadministrado y se cumplimentará por cada trabajador como máximo un mes después de recibir el informe de resultados del examen de salud realizado.

En el formato final será incluido un apartado con datos sociodemográficos de los trabajadores: edad, sexo, categoría profesional, tipo de contrato y antigüedad laboral.

Debido a la complejidad para calcular el tamaño muestral, se ha decidido que cada UBS obtenga las respuestas del cuestionario de 300 trabajadores (n= 300). Por lo que, si habrá 20 UBS participantes en el estudio, el tamaño muestral final será de 6000 trabajadores (N=6000). Se dispondrá de un periodo de tiempo de 6 meses para que cada experto obtenga los resultados

Aspectos éticos y legales que conciernen al estudio

Para cumplir con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales13 y con el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos14, se obtendrá de cada trabajador un consentimiento informado que seguirá el modelo disponible en el Anexo II. En todo momento se garantizará que el cuestionario sea confidencial.

El estudio no conlleva ningún riesgo puesto que no es necesaria ninguna técnica invasiva y tendrá que ser previamente aprobado por el Comité de Bioética (CBE) del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, centro de referencia del investigador principal.

Fase de validación del cuestionario

Para que un cuestionario se considere válido debe ser fiable, capaz de medir sin error, sencillo, debe poder detectar y medir cambios, ser adecuado para medir aquello que se pretende medir y reflejar el concepto que se quiere medir[12,15].

Evaluar las propiedades psicométricas de un instrumento es un criterio esencial para determinar su calidad. Por lo tanto, para valorar la precisión del cuestionario es fundamental determinar la fiabilidad y la validez[16].

1.- Fiabilidad

Es la propiedad que designa la constancia y precisión de los resultados que obtiene un instrumento al aplicarlo en distintas ocasiones. Evalúa el grado de consistencia en que un instrumento mide lo que debe medir16. Un instrumento es fiable cuando los resultados son comparables en situaciones similares.

La fiabilidad se mide en grados y se expresa en forma de coeficiente de correlación que varía de 0 (ausencia de correlación) a 1 (correlación perfecta). Según algunos autores, el margen aceptable para los coeficientes de fiabilidad se sitúa entre 0,7 y 0,9.

La fiabilidad se puede estimar por cuatro variables: la consistencia interna, la estabilidad, la equivalencia y la armonía interjueces[16]. El método utilizado depende de la naturaleza del instrumento.

- **La consistencia interna:** mide la homogeneidad de los enunciados de un instrumento indicando la relación entre ellos.

  Para calcularla se utilizará el **estadístico alfa de Cronbach**, que mide la correlación de los ítems dentro del cuestionario, valorando cómo los diferentes ítems del instrumento miden las mismas características[16].

  El rango del estadístico alfa de Cronbach oscila de 0 a 1. Valores elevados denotan una mayor consistencia interna. Según George y Mallery[17], el estadístico alfa de Cronbach por debajo de 0,5 muestra un nivel de fiabilidad no aceptable; entre 0,5 y 0,6 indica un nivel pobre; entre 0,6 y 0,7 indica un nivel débil; entre 0,7 y 0,8 hace referencia a un nivel aceptable; en el intervalo 0,8-0,9 indica un nivel bueno y si tomara un valor superior a 0,9 sería excelente.

- **La estabilidad:** Mide la constancia de las respuestas obtenidas en repetidas ocasiones, en las mismas condiciones y con los mismos sujetos[16].

  La estimación de la estabilidad se obtendrá con la

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

técnica del test-retest. Por lo que se utilizará en dos ocasiones diferentes el instrumento en una misma muestra de sujetos. (0-3 semanas después) y se compararán los resultados de ambos momentos. Para valorar la estabilidad mediante test-retest se utilizará el **coeficiente de correlación intraclase (CCI).**

- **La equivalencia:** Es otra manera de medir la fiabilidad de un instrumento cuando se dispone de dos o más versiones del mismo test. Se mide el grado de correlación entre las versiones aplicándolas sucesivamente a los sujetos en un mismo tiempo. En este caso, como no se dispone de más versiones del cuestionario no se medirá.

- **La armonía interjueces o variación interobservador:** Mide el grado de concordancia entre los resultados de dos o más observadores al medir las mismas variables o acontecimientos[16]. No se requiere evaluar porque es un cuestionario autoadministrado.

2. Validez

La validez explora en qué grado un instrumento mide lo que debería medir, es decir aquello para lo que ha sido diseñado. La validez es una pieza clave tanto en el diseño de un cuestionario como en la comprobación de la utilidad de la medida realizada.

La validez se evaluará a través de sus cuatro dimensiones: validez lógica, de contenido, de criterio y de constructo:

- **Validez lógica o aparente:** Se refiere al grado en que cada ítem mide de manera lógica lo que pretende medir. Se aplicará durante la fase de diseño del cuestionario según el juicio del grupo de expertos[11,12,18].

- **La validez de contenido:** Es un método relevante sobre todo cuando se diseña un instrumento. Evalúa de manera cualitativa si el cuestionario abarca todas las dimensiones del fenómeno que se quiere medir, ya que se considera que un instrumento es válido en su contenido si contempla todos los aspectos relacionados con el concepto que mid[e16,18]. Para ello es necesario tener una idea clara de los aspectos conceptuales que se van a medir. Un inconveniente de esta dimensión es que no suele estar disponible un listado correcto sobre el contenido del fenómeno que se va a medir y por lo tanto hay que establecerlo. Esto supone el riesgo de que no se incluyan todas las dimensiones. Para medir este tipo de validez se utilizará el método Delphi.

- **Validez de criterio:** Se establece la validez de criterio comparando el instrumento de medida con una prueba de referencia o Gold-Standard[18]. En este caso no disponemos de prueba de referencia, por lo que no se llevará a cabo.

- **La validez de constructo:** Es el grado en que una

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

medición se relaciona con otras mediciones de manera consistente con las hipótesis teóricas que definen el constructo que se quiere medir[15].

Para medirla se utilizará el análisis factorial, que agrupa las respuestas en función de factores subyacentes; por lo que en estos casos se la denomina validez factorial.

El análisis factorial es un análisis estadístico multivariante que reduce un conjunto de variables interrelacionadas en un número de variables comunes llamados factores[16].

Hay dos tipos de análisis factorial: el exploratorio y el confirmatorio. El exploratorio se utiliza cuando no se conocen previamente los factores definitorios de las variables y el confirmatorio cuando se parte de factores definidos "a priori" y se comprueba la adecuación de estos al constructo teórico[15]. Se realizará mediante el **índice de Kaiser Meyer Olkim (KMO)**, el cual indica el grado de intercorrelación de las variables; si es mayor de 0,7 se considera factible.

Concepto de factibilidad

La factibilidad mide si el cuestionario es asequible para el campo en el que se quiere utilizar[16]. Los aspectos que habitualmente se evalúan son: el tiempo que se requiere para cumplimentarlo, la sencillez y la amenidad del formato, la brevedad y claridad de las preguntas, así como el registro, la codificación y la interpretación de los resultados[16].

Esta característica es preciso medirla en distintas poblaciones para conocer si el instrumento es adecuado en sujetos en diferentes situaciones.

Se obtendrá mediante el cálculo del porcentaje de respuestas no contestadas y el tiempo requerido para rellenarlo.

La factibilidad también se medirá evaluando la percepción del usuario respecto a la facilidad de usar el cuestionario, así como la percepción del profesional respecto a su utilidad en la práctica clínica.

En primer lugar, se realizará una validación del cuestionario a nivel nacional.

Análisis de datos

Para el análisis estadístico de los datos de cada una de las pruebas de validación, se utilizará el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 25.

Se va a calcular el estadístico alfa de Cronbach, el coeficiente de correlación intraclase (CCI) y el índice de Kaiser Meyer Olkim (KMO).

Recursos e instalaciones necesarios para el desarrollo del estudio .

No se requiere uso de recursos ni de instalaciones especiales, salvo ordenador con el software informático (Excel, SPSS) para la explotación de los datos.

No se cuenta con financiación externa para el desarrollo del estudio.

REFERENCIAS

1. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales. Boletín Oficial del Estado, 10 de noviembre de 1995, núm. 269, pp. 32590-32611. [consultado 5 de junio de 2018]. Disponible en: https://bit.ly/1gSF4XA
2. España. Real Decreto 843/2011, de 17 de junio, por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención. Boletín Oficial del Estado, de 4 de julio de 2011, núm. 158, pp. 70693-70703. [consultado 5 de junio de 2018]. Disponible en: https://bit.ly/2KgNYit
3. Dolores M, Gómez S, Fàbrega MS, Ardanuy TP. Notas Técnicas de Prevención La vigilancia de la salud en la normativa de prevención de riesgos laborales. 2012;1. [consultado 5 de junio de 2018]. Disponible en: https://bit.ly/2xGTXGM
4. Fontova A. Estudio de la satisfacción de pacientes y profesionales en un servicio de urgencias hospitalario. TDX (Tesis Dr en Xarxa) [Internet]. 2015 May 19 [consultado 18 de octubre de 2018]; Disponible en: https://bit.ly/2EeUUvA
5. Bustamante P, Avendaño D, Camacho B, Ochoa E, Alemany FX, Romero MA, et al. Evaluación de la satisfacción del paciente con la atención recibida en un servicio de urgencias hospitalario y sus factores asociados. Emergencias [Internet]. 2013;25:171–6. [consultado 8 de junio de 2018]. Disponible en: https://bit.ly/2EfQ40Y
6. De Los Ríos JL, Ávila TL. Algunas consideraciones en el análisis del concepto: satisfacción del paciente. Investigación y Educación en Enfermería [Internet]. 2004;XXII(2):128-137 [consultado 8 de junio de 2018]. Disponible en: https://bit.ly/2Qq49QT

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

7. Montoya M, Valdés C, Rábano M, Artos Y, Cabello P, Castro N, et al. Variables asociadas a la satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis. Rev Soc Esp Enferm Nefrol [Internet]. 2009 Mar; 12(1): 19-25. [consultado 9 de junio de 2018]. Disponible en: https://bit.ly/2BcY7bZ
8. Gobierno de Navarra. Guía para medir la satisfacción respecto a los servicios prestados. [Internet]. 2009. [consultado 11 de junio de 2018]. Disponible en: https://bit.ly/2zThBCo
9. Martín MC. Matronas Profesión. [Internet]. Vol. 5, Matronas profesión, ISSN 1578-0740, Vol. 5, No. 17, 2004, págs. 23-29. Ediciones Mayo S.A; 2004 [consultado 13 de agosto de 2018]. Disponible en: https://bit.ly/2qVehBW
10. Sancanuto C, Jiménez-Rodríguez D, Tébar FJ, Hernández-Morante JJ. Traducción y validación de un cuestionario para la detección de trastornos del comportamiento alimentario en pacientes con diabetes mellitus. Med Clin (Barc) [Internet]. 2017 Jun 21 [consultado 17 de agosto de 2018];148(12):548–54. Disponible en: https://bit.ly/2QWQTQ1
11. Mokkink LB, Prinsen CAC, Bouter LM, De Vet HCW, Terwee CB. The COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments (COSMIN) and how to select an outcome measurement instrument. Braz J Phys Ther [Internet]. [consultado 17 de agosto de 2018]. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0143
12. Subirats-Cid P, Bretau-Viñas F, Vilardell-Ynaraja M, Carreras-Valls R, Sanchez E, Guixeras-Campos A, et al. ¿Podemos medir la cultura preventiva? Elaboración y validación de un cuestionario de cultura preventiva. Medicina y Seguridad del Trabajo. Número 250. 2018; [consultado 5 de septiembre de 2018]. Disponible en: https://bit.ly/2Dy0bOz
13. España. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Personales y garantía de los derechos digitales. Boletín Oficial del Estado, 6 de diciembre de 2018, núm. 294, pp. 119788-119857. [consultado 11 de diciembre de 2018]. Disponible en: https://bit.ly/2SKxSRj
14. Unión Europea. Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos. Diario Oficial de la Unión Europea L119, 4 de mayo de 2016, pp. 1-88. [consultado 3 de septiembre de 2018]. Disponible en: https://bit.ly/21hsPpq
15. Garcia M, Rodriguez F, Carmona L. Validacion de cuestionarios. Reumatol Clínica [Internet]. 2009 [consultado 5 de octubre de 2018]; 05(4):171–7. Disponible en: https://bit.ly/2BjjSrV
16. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales Á. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud?. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2011 Abr [consultado 6 de octubre de 2018]; 34(1): 63-72. Disponible en: https://bit.ly/2qVVpTB
17. George D, Mallery, P. SPSS/PC+ step by step: A simple guide and reference. Belmont, CA. Estados Unidos Wadsworth Publishing Company 1995. [consultado 7 de octubre de 2018]. Disponible en: https://bit.ly/2Ux43W2
18. Ramada-Rodilla, JM, Serra-Pujadas, C, Delclós-Clanchet, G. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. Salud Pública de México [Internet]. 2013; [consultado 15 de octubre de 2018]; 55(1):57-66. Disponible en: https://bit.ly/2DxeYZM
19. Alonso E, Cabeza P, Gutiérrez G, Pérez A, Tomé P. Diseño y validación de un cuestionario de calidad de los cuidados de Enfermería del Trabajo en los Servicios de Prevención. Med Segur Trab.2013; 59 (230) 26-49.

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

ANEXO I. Borrador del Cuestionario sobre la Satisfacción de los usuarios con la Vigilancia de la Salud (CSVS)

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad: _____ años *Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre*

Categoría profesional: _____

Tipo de Contrato: ☐ Plantilla ☐ Vacante (Interino) ☐ Eventual

Antigüedad Laboral (en la misma categoría Laboral): _____ años

ANTES DEL EXAMEN DE SALUD LABORAL

- *INSTALACIONES*

LIMPIEZA DE LAS INSTALACIONES

¿Cómo calificaría la limpieza y orden de las siguientes instalaciones?

Marcar con una X dentro del recuadro

	Excelente	*Bueno*	*Malo*	*Muy Malo*	*NS/NC*
1. Aseos y zonas comunes					
2. Secretaría					

ACCESIBILIDAD DE LAS INSTALACIONES

3. ¿Cómo calificaría la accesibilidad a la Unidad de Salud Laboral?

☐ *Excelente* ☐ *Bueno* ☐ *Malo* ☐ *Muy Malo* ☐ *NS/NC*

COMODIDAD/CONFORT DE LAS INSTALACIONES

¿Cómo calificaría la comodidad/confort de las siguientes instalaciones?

Marcar con una X dentro del recuadro

	Excelente	*Bueno*	*Malo*	*Muy Malo*	*NS/NC*
4. Sala de espera					
5. Secretaría					

▪ *ADMINISTRACIÓN*

OPINIÓN SOBRE LA ATENCIÓN DEL PERSONAL DE SECRETARÍA

6. ¿Cómo calificaría la actitud y disponibilidad del personal de secretaría que le ha atendido?

☐ *Excelente* ☐ *Bueno* ☐ *Malo* ☐ *Muy Malo* ☐ *NS/NC*

7. ¿Cómo calificaría la información y/o orientación que el profesional le ha trasmitido relacionado con las gestiones administrativas (documentos, lugares de presentación, etc.) en caso de haberlo necesitado?

☐ *Excelente* ☐ *Bueno* ☐ *Malo* ☐ *Muy Malo* ☐ *NS/NC*

8. ¿Cómo calificaría el tiempo de espera previo a ser atendido por el personal de secretaría?

☐ *Excelente* ☐ *Bueno* ☐ *Malo* ☐ *Muy Malo* ☐ *NS/NC*

9. ¿Cómo calificaría el grado de amabilidad /respeto del personal de secretaría que le ha atendido?

☐ *Excelente* ☐ *Bueno* ☐ *Malo* ☐ *Muy Malo* ☐ *NS/NC*

10. ¿Cómo calificaría el grado de confidencialidad mostrado, por el personal de secretaría, sobre los datos de su historia clínico-laboral?

☐ *Excelente* ☐ *Bueno* ☐ *Malo* ☐ *Muy Malo* ☐ *NS/NC*

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

OPINIÓN SOBRE EL PROCESO DE CITACIÓN:

11. ¿Cómo calificaría el método utilizado para la comunicación de su cita para realizarse la Vigilancia de la Salud?

☐ *Excelente* ☐ *Bueno* ☐ *Malo* ☐ *Muy Malo* ☐ *NS/NC*

12. ¿Cómo calificaría usted la atención recibida a la hora de darle la cita?

☐ *Excelente* ☐ *Bueno* ☐ *Malo* ☐ *Muy Malo* ☐ *NS/NC*

13. ¿Cómo calificaría la necesidad de confirmar la cita con antelación?

☐ *Excelente* ☐ *Bueno* ☐ *Malo* ☐ *Muy Malo* ☐ *NS/NC*

14. ¿Cómo calificaría el tiempo de demora desde solicitar la cita hasta la consulta?

☐ *Excelente* ☐ *Bueno* ☐ *Malo* ☐ *Muy Malo* ☐ *NS/NC*

DURANTE EL EXAMEN DE SALUD LABORAL

▪ *LIMPIEZA DE LAS INSTALACIONES*

¿Cómo calificaría la limpieza y orden de las siguientes instalaciones?

Marcar con una X dentro del recuadro

	Excelente	*Bueno*	*Malo*	*Muy Malo*	*NS/NC*
15.Consulta de Medicina					
16.Consulta de Enfermería					

▪ *COMODIDAD/CONFORT DE LAS INSTALACIONES*

¿Cómo calificaría la comodidad/confort de las siguientes instalaciones?

Marcar con una X dentro del recuadro

	Excelente	*Bueno*	*Malo*	*Muy Malo*	*NS/NC*
17. Consulta de Medicina					
18. Consulta de Enfermería					

▪ *PROFESIONALES SANITARIOS*

¿Cómo calificaría la actitud y disponibilidad de los siguientes profesionales que le han atendido?

	Excelente	*Bueno*	*Malo*	*Muy Malo*	*NS/NC*
19. Enfermero del trabajo					
20. Médico del trabajo					

¿Cómo calificaría la información y/o orientación, que cada uno de los siguientes profesionales, le han trasmitido en consulta relacionado con los procedimientos de vigilancia de la salud, en caso de haberlos necesitado (TES, embarazo, discapacitados, sospecha de enfermedad profesional, notificación de riesgo, AT/incidente, etc.?

	Excelente	*Bueno*	*Malo*	*Muy Malo*	*NS/NC*
21. Enfermero del trabajo					
22. Médico del trabajo					

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo calificaría el grado de información recibida relacionada con su examen de salud de los siguientes profesionales que le han atendido?

	Excelente	*Bueno*	*Malo*	*Muy Malo*	*NS/NC*
23. Enfermero del trabajo					
24. Médico del trabajo					

¿Cómo calificaría el tiempo que le ha dedicado cada uno de los siguientes profesionales?

	Excelente	*Bueno*	*Malo*	*Muy Malo*	*NS/NC*
25. Enfermero del trabajo					
26. Médico del trabajo					

¿Cómo calificaría el conocimiento sobre los riesgos de su puesto de trabajo de cada uno de los siguientes profesionales?

	Excelente	*Bueno*	*Malo*	*Muy Malo*	*NS/NC*
27. Enfermero del trabajo					
28. Médico del trabajo					

¿Cómo calificaría el conocimiento, de cada uno de los siguientes profesionales, sobre el instrumental/ aparataje del que disponía para la realización de su examen de salud?

	Excelente	*Bueno*	*Malo*	*Muy Malo*	*NS/NC*
29. Enfermero del trabajo					
30. Médico del trabajo					

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo calificaría la exploración y/o valoración de su estado de salud, realizada por cada uno de los siguientes profesionales, durante el examen de salud?

	Excelente	*Bueno*	*Malo*	*Muy Malo*	*NS/NC*
31. Enfermero del trabajo					
32. Médico del trabajo					

¿Cómo calificaría el interés mostrado, por cada uno de los siguientes profesionales, para resolver y solucionar sus problemas durante el examen de salud?

	Excelente	*Bueno*	*Malo*	*Muy Malo*	*NS/NC*
33. Enfermero del trabajo					
34. Médico del trabajo					

¿Cómo calificaría la resolución de sus dudas, de cada uno de los siguientes profesionales, sobre alguna cuestión relacionada con su examen de salud?

	Excelente	*Bueno*	*Malo*	*Muy Malo*	*NS/NC*
35. Enfermero del trabajo					
36. Médico del trabajo					

¿Cómo calificaría la duración de las pruebas complementarias realizadas por cada uno de los siguientes profesionales?

	Excelente	*Bueno*	*Malo*	*Muy Malo*	*NS/NC*
37. Enfermero del trabajo					
38. Médico del trabajo					

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo calificaría el grado de comprensión de la información que le ha proporcionado cada uno de los siguientes profesionales?

	Excelente	*Bueno*	*Malo*	*Muy Malo*	*NS/NC*
39. Enfermero del trabajo					
40. Médico del trabajo					

¿Cómo calificaría la información recibida, por de cada uno de los siguientes profesionales, sobre la evaluación de su estado de salud?

	Excelente	*Bueno*	*Malo*	*Muy Malo*	*NS/NC*
41. Enfermero del trabajo					
42. Médico del trabajo					

¿Cómo calificaría el tiempo de espera previo a ser atendido por cada uno de los siguientes profesionales?

	Excelente	*Bueno*	*Malo*	*Muy Malo*	*NS/NC*
43. Enfermero del trabajo					
44. Médico del trabajo					

▪ AMABILIDAD/RESPETO MOSTRADA POR LOS DISTINTOS PROFESIONALES

¿Cómo calificaría el grado de amabilidad /respeto de cada uno de los siguientes profesionales que le han atendido?

	Excelente	*Bueno*	*Malo*	*Muy Malo*	*NS/NC*
45. Enfermero del trabajo					
46. Médico del trabajo					

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

▪ *GRADO DE SEGURIDAD TRANSMITIDO POR LOS DISTINTOS PREFESIONALES QUE LE HAN ATENDIDO*

¿Cómo calificaría el grado de seguridad mostrado en consulta por parte de los siguientes profesionales?

	Excelente	*Bueno*	*Malo*	*Muy Malo*	*NS/NC*
47. Enfermero del trabajo					
48. Médico del trabajo					

▪ *GRADO DE CONFIANZA TRANSMITIDO POR LOS DISTINTOS PREFESIONALES QUE LE HAN ATENDIDO*

¿Cómo calificaría el grado de confianza mostrado en consulta por parte de los siguientes profesionales?

	Excelente	*Bueno*	*Malo*	*Muy Malo*	*NS/NC*
49. Enfermero del trabajo					
50. Médico del trabajo					

▪ *PROTECCIÓN DE DATOS*

¿Cómo calificaría el grado de confidencialidad mostrado, por los siguientes profesionales, sobre los datos de su historia clínico-laboral?

	Excelente	*Bueno*	*Malo*	*Muy Malo*	*NS/NC*
51. Enfermero del trabajo					
52. Médico del trabajo					

▪ *INTIMIDAD*

¿Cómo calificaría el grado intimidad que le han proporcionado los siguientes profesionales?

	Excelente	*Bueno*	*Malo*	*Muy Malo*	*NS/NC*
53. Enfermero del trabajo					
54. Médico del trabajo					

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

▪ *ESCUCHA ACTIVA MOSTRADA POR LOS DISTINTOS PROFESIONALES*

¿Cómo calificaría la disposición de cada uno de los siguientes profesionales para escucharle?

	Excelente	*Bueno*	*Malo*	*Muy Malo*	*NS/NC*
55. Enfermero del trabajo					
56. Médico del trabajo					

▪ *OPINIÓN SOBRE EL ESTADO DEL INSTRUMENTAL/APARATAJE*

¿Cómo calificaría la dotación del instrumental/aparataje con el que se le ha atendido en cada una de las siguientes consultas?

	Excelente	*Bueno*	*Malo*	*Muy Malo*	*NS/NC*
57. Enfermero del trabajo					
59. Médico del trabajo					

▪ *EDUCACIÓN/PROMOCIÓN DE LA SALUD*

¿Cómo calificaría las recomendaciones, relacionadas con la promoción de la salud, realizadas, por parte de los siguientes profesionales, durante el examen de salud?

	Excelente	*Bueno*	*Malo*	*Muy Malo*	*NS/NC*
59. Enfermero del trabajo					
60. Médico del trabajo					

DESPUÉS DEL EXAMEN DE SALUD LABORAL

▪ *INFORME DE VIGILANCIA DE LA SALUDatendido?*

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

61. ¿Cómo calificaría la rapidez del envío del informe sobre la vigilancia de la salud?

☐ *Excelente* ☐ *Bueno* ☐ *Malo* ☐ *Muy Malo* ☐ *NS/NC*

62.¿Cómo calificaría la comprensión del informe recibido tras la vigilancia de la salud?

☐ *Excelente* ☐ *Bueno* ☐ *Malo* ☐ *Muy Malo* ☐ *NS/NC*

63.¿Cómo calificaría la confidencialidad del informe recibido tras la vigilancia de la salud?

☐ *Excelente* ☐ *Bueno* ☐ *Malo* ☐ *Muy Malo* ☐ *NS/NC*

▪ EDUCACIÓN/PROMOCIÓN DE LA SALUD

64. ¿Cómo calificaría las actividades realizadas desde la Unidad de Salud Laboral relacionadas con la educación/promoción de la salud?

☐ *Excelente* ☐ *Bueno* ☐ *Malo* ☐ *Muy Malo* ☐ *NS/NC*

▪ PERIODICIDAD DE LA VIGILANCIA DE LA SALUD

65. ¿Cómo calificaría la periodicidad de la realización de los exámenes de salud?

☐ *Excelente* ☐ *Bueno* ☐ *Malo* ☐ *Muy Malo* ☐ *NS/NC*

▪ SATISFACCIÓN GENERAL

▪ SATISFACCIÓN GENERAL CON EL PROCESO DE CITACIÓN

66. En general, ¿Cómo calificaría su grado de satisfacción con todo lo relacionado con respecto a su cita en la Unidad de Vigilancia de la Salud (atención recibida, demora en la cita, tiempo de espera en consulta, etc.)?

☐ *Excelente* ☐ *Bueno* ☐ *Malo* ☐ *Muy Malo* ☐ *NS/NC*

▪ SATISFACCIÓN GENERAL CON LA ATENCIÓN TELEFONICA

67. En general, ¿Cómo calificaría su grado de satisfacción con la atención telefónica recibida desde la Unidad de Vigilancia de la Salud?

☐ *Excelente* ☐ *Bueno* ☐ *Malo* ☐ *Muy Malo* ☐ *NS/NC*

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

▪ *SATISFACCIÓN GENERAL CON LOS PROFESIONALES*

En general, ¿Cómo calificaría su grado de satisfacción con la atención recibida, por parte los siguientes profesionales?

	Excelente	*Bueno*	*Malo*	*Muy Malo*	*NS/NC*
68. Enfermero del trabajo					
69. Médico del trabajo					
70. Personal de Secretaría					

▪ *SATISFACCIÓN GENERAL CON LA VIGILANCIA DE LA SALUD*

71. En general, ¿Cómo calificaría su grado de satisfacción tras haberse realizado el examen de salud?

☐ *Excelente* ☐ *Bueno* ☐ *Malo* ☐ *Muy Malo* ☐ *NS/NC*

ANEXO II – CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO – INFORMACIÓN AL TRABAJADOR/A

Antes de proceder a la firma de este consentimiento informado, lea atentamente la información que a continuación se le facilita y realice las preguntas que considere oportunas.

Naturaleza

El objetivo del estudio es elaborar y validar un cuestionario que permita conocer el grado de satisfacción que tienen los trabajadores con la vigilancia de la salud realizada por las UBS a las que corresponden.

"Cuestionario sobre la Satisfacción de los usuarios con la Vigilancia de la Salud (CSVS)",

Importancia

Es de vital importancia valorar periódicamente el grado de satisfacción de los trabajadores relacionado con la vigilancia de la salud que se imparte desde los servicios de prevención a los que pertenecen.

Gracias a ello se podrán identificar todos aquellos aspectos que sean susceptibles de mejora, tales como, la atención o la calidad de las intervenciones realizadas.

Implicaciones

- La participación es totalmente voluntaria.

- El/la trabajador/a puede retirarse del estudio cuando así lo manifieste, sin dar explicaciones y sin que esto repercuta en su vigilancia de la salud.

- Todos los datos de carácter personal obtenidos en este estudio son confidenciales y se tratarán conforme a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos.

- La información obtenida se utilizará exclusivamente para fines específicos de investigación.

Riesgos de la investigación:

Ninguno previsible, puesto que, no es necesaria ninguna técnica invasiva. Si requiere información adicional se puede poner en contacto con nuestro personal sanitario.

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO – CONSENTIMIENTO POR ESCRITO

Yo, _____

· He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento

· He podido hacer preguntas sobre el estudio

· He recibido suficiente información sobre el estudio y he hablado con el personal sanitario informador: _____
_____

· Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio

· Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos.

· Se me ha informado de que la información obtenida sólo se utilizará para fines específicos de investigación

Comprendo que puedo retirarme del estudio o incluso no participar:

· Cuando quiera

· Sin tener que dar explicaciones

· Sin que esto repercuta en mi vigilancia de la salud

Presto libremente mi conformidad para participar en el proyecto titulado:

"Cuestionario sobre la Satisfacción de los usuarios con la Vigilancia de la Salud (CSVS)"

Firma del trabajador/a
(o representante legal en su caso)

Firma del profesional
sanitario informador

Nombre y apellidos:
Fecha:

Nombre y apellidos:
Fecha:

gCardio® damos + vida

El único tratamiento eficaz ante la muerte súbita es la **desfibrilación temprana** y aplicar la cadena de supervivencia de manera inmediata.

¿Está preparado para reanimar a una persona en parada cardiorrespiratoria?

En España **las posibilidades de sobrevivir a una parada cardíaca en la calle oscilan entre el 5% y el 10%**. Los primeros **8 minutos son vitales** para recuperar al paciente de una muerte súbita.

ATENCIÓN-->Si dispone de un desfibrilador Zoll AED Plus compruebe si está listo para su uso

1. Confirmar **que el DESA no tiene daños.**
2. Verificar **electrodos y sus fechas de vencimiento.**
3. Revisar **sus baterías.**
4. Verificar **indicador de estado.**
5. **Comprobar suministros adecuados.**
6. **Registro de la próxima revisión.**

Si desea más información para el mantenimiento de su equipo, **en gCardio le informamos sin ningún tipo de compromiso en nuestro número gratuito o a través del formulario de contacto.**

SERLOMED
Servicios logísticos médicos para mutuas y empresas

Nuestro principal OBJETIVO es DAR + VIDA

SERLOMED
Servicios logísticos médicos para mutuas y empresas

¿Sabías qué...?

La **muerte súbita** es la **principal causa** de **muerte** en nuestro país.

Este verano no dejes que nada te aparte de tus soñadas vacaciones. Consulta nuestros desfibriladores y descubre cómo puedes ser el **héroe de la psicina.** Con **gCardio** ¡Tienes el corazón contento! •info

Desfibrilador AED Plus de ZOLL

El **desfibrilador AED Plus** avisa mediante mensajes de voz cuando el **socorrista** debe "presionar con más fuerza" o la "compresión es correcta" y mediante su metrónomo también le indica la frecuencia de 100 compresiones por minuto recomendada

Diseñados para héroes inesperados •info

Con la colaboración de SERLOMED , en pos de una prevención de calidad.

AET

Asociación de Especialistas
en Enfermería del Trabajo