



Enfermería del Trabajo

www.enfermeriadeltrabajo.com/revista

AET 
Asociación de Especialistas
en Enfermería del Trabajo

Volumen 4, Número 2, Abril 2014

Editorial

Nosotros ahora



Artículos originales

Conocimiento sobre el uso correcto de las mascarillas como medida preventiva frente al riesgo biológico por transmisión aérea y por gotas

Prevalencia de ansiedad y depresión en docentes

Evaluación de los factores psicosociales en profesionales de Atención Primaria de Salud

Caso clínico

Reimplante de miembro superior. Inserción al puesto de trabajo tras accidente laboral

Nuevos retos profesionales

El enfermero del trabajo en los centros educativos

Reseñas de salud laboral

Exposición laboral a ciclofosfamida en trabajadores sanitarios



ENFERMERÍA DEL TRABAJO

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

Coordinación

Manuel Romero Saldaña
 Ayuntamiento de Córdoba

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

Secretaría Técnica

Araceli Santos Posada
 Agencia Tributaria. Madrid

Consejo de Redacción

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

María Soledad Olmo Mora
 SESCAM. Puertollano

Javier Gracia Rivera.
 Sociedad Prevención Fremap. Córdoba

Paula Peña Salguero
 El Corte Inglés. Leganés

Isabel Hernández Maestre
 Banco de España. Madrid

Juan Ramón Quirós Jiménez
 Diputación Provincial de Jaén

Beatriz Herruzo Caro.
 Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir.

Manuel Sánchez García
 Diputación Provincial de Córdoba

Carmen Lameiro Vilariño
 Hospital Meixoeiro. Vigo

Consejo Asesor

M^a Ángeles Almenara Angulo
 El Corte Inglés. Marbella

Yolanda Raquel Lapeña Moñuz
 Fac. Ciencias Salud. Univ. Jaume I. Castellón

Francisco Bernabeu Piñeiro
 Facultad Enfermería. El Ferrol. A Coruña

Pablo J. López Soto
 Máster en Invest. CCSS y Biomédica Traslacional. Almería

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

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

José Ciercoles Prado
 Repsol. Madrid

Carlos Martínez Martínez
 Asoc. Española Enfermería Deportiva. Madrid

Cristina Cuevas Santos
 Ministerio Educación. Madrid

Alfonso Meneses Monroy
 Facultad Enfermería. Univ. Complutense. Madrid.

Julio De Benito Gutiérrez
 Hospital Clínico Universitario. Valladolid

Guillermo Molina Recio
 Facultad Enfermería. Córdoba

Óscar García Aboín
 Consejería Sanidad. Comunidad de Canarias

Ángela María Moya Maganto
 Seguros Santa Lucía. Madrid

Francisco José García Sánchez
 Facultad Enfermería. Ciudad Real. UCLM

María Cándida Pérez Gonzalves
 Hospital Universitario Ourense

María Jesús Pérez Granda
 CIBERES. Madrid

Cristina Santoyo Arenas
 El Corte Inglés. Málaga

Cristina García Vivar
 Facultad de Enfermería. Universidad de Navarra

Manuel Vaquero Abellán
 Facultad Enfermería. Córdoba

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

Diseño gráfico y maquetación: Leticia Calderón Santos

Revista Indexada en:



Enfermería del Trabajo

Revista científica de la Asociación de Especialistas en Enfermería del Trabajo

www.enfermeriadeltrabajo.com

S U M A R I O

Volumen 4, Número 2 Abril – 2014

Editorial

MC Godino González Nosotros ahora	44
--------------------------------------	----

Artículos originales

MI Rubio Martínez Conocimiento sobre el uso correcto de las mascarillas como medida preventiva frente al riesgo biológico por transmisión aérea y por gotas	45
A Castillo Martínez, R Fernández Pujazón, P López Jiménez Prevalencia de ansiedad y depresión en docentes.	55
R Alba Martín, MT Zafra Sánchez Evaluación de los factores psicosociales en profesionales de Atención Primaria de Salud	63

Casos Clínicos

J Ciércoles Prado, J Castro García Reimplante de miembro superior. Inserción al puesto de trabajo tras accidente laboral	71
---	----

Nuevos retos profesionales

J Vega Escaño, R de Diego Cordero El enfermero del trabajo en los centros educativos	76
---	----

Reseñas de salud laboral

Redacción Exposición laboral a ciclofosfamida en trabajadores sanitarios	80
---	----



Revista de Enfermería del Trabajo



AET

Asociación de Especialistas
en Enfermería del Trabajo



Editorial

Nosotros ahora

Autores

Godino González, C
Enfermera del Trabajo
Consejería de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio

Estamos viviendo una época de inflexión y transformaciones sociales muy rápidas, una situación en la que el sosiego y la reflexión tienen poco espacio.

Frecuentemente, sentimos un vacío moral, el desconcierto al perder un ritmo de progreso que parecía imparable, el sufrimiento, la incertidumbre y el desánimo de muchos, en definitiva, la falta de salud de la Humanidad. Esta circunstancia nos insta a la Enfermería a acudir a la primera línea de compromiso con la sociedad, puesto que el proteger la salud es la piedra angular de nuestra profesión.

A nuestro trabajo cotidiano velado y perseverante, dedicado al cuidado de la salud de todos sin distinción, se le ha exigido un compromiso más intenso en ocasiones especiales. Secularmente en situaciones bélicas, catastróficas, pandémicas... o en épocas de convulsión social como la presente, la contribución enfermera ha sido imprescindible en la restauración de un saludable equilibrio social.

Pensando en el legado que dejaremos a nuestros hijos y que atravesamos momentos decisivos, para nosotros, como profesionales concienciados, es un reto y una oportunidad promover los cambios que mejoren nuestro mundo y dependerá de la respuesta de todos que esta enfermedad social que llamamos crisis, camine a una sanación sin secuelas y no se precipite a un drástico y dramático tratamiento quirúrgico.

En esta tarea los enfermeros del trabajo tenemos mucho que aportar, puesto que, nuestra especialidad es precisamente preventiva. Reconocer tan comprometida situación supone para nosotros una ocasión de borrar equivocaciones e introducir cosas nuevas, hacer una pausa, no olvidar una buena formación, salir de la rutina, buscar con decisión nuevas vertientes y poder mostrarnos y servir a la sociedad en nuestra mayor plenitud profesional.

Debemos prepararnos para responder, adecuadamente, a lo que de nosotros se requiere, tanto en nuestra faceta de expertos en salud como en la de seres humanos. Pensar y reflexionar sobre respuestas posibles, averiguar lo esencial, compartir, confrontar puntos de vista, encontrar soluciones no inficionadas de prejuicios o fanatismos, no dejarnos llevar por la banalidad reinante de remedios rápidos y efímeros, buscar nuevas propuestas viables, alejadas de la contaminación de ideas y capaces de perdurar en el tiempo. Fijémonos en quienes nos precedieron, cuidadores de la salud como nosotros, que se comprometieron con su momento y circunstancias, que fueron capaces en la precariedad de trazar ambiciosos rumbos haciendo posible nuestra continuidad y dejando huellas indelebles en la Historia.

Artículo original

Conocimiento sobre el uso correcto de las mascarillas como medida preventiva frente al riesgo biológico por transmisión aérea y por gotas

Trazabilidad editorial

Recepción: 17-10-2013
Revisión por pares: 05-01-2014
Aceptación final: 19-01-2014

Autores

Rubio Martínez, MI
Enfermera Interna Residente del Trabajo
Unidad Docente Multiprofesional de Salud Laboral de la Región de Murcia
Área VI: Servicio Murcian de Salud

Correspondencia

María Isabel Rubio Martínez
Correo Electrónico: at.maribel@gmail.com

RESUMEN

Introducción

La formación en prevención de riesgos laborales en los servicios de urgencias es fundamental para lograr un buen cumplimiento de las medidas preventivas evitando las enfermedades profesionales y los accidentes de trabajo. El objetivo de este trabajo es valorar el nivel de conocimiento sobre el uso correcto de los equipos de protección respiratoria (mascarillas quirúrgicas y mascarillas de alta eficacia) del personal sanitario y no sanitario de un servicio de urgencias hospitalario, con el fin de establecer las actividades preventivas formativas correspondientes.

Material y métodos

Se ha realizado un estudio epidemiológico observacional transversal, cuyos datos se recogen mediante la cumplimentación de un cuestionario. De los profesionales que trabajan en el área de urgencias un 82 % respondieron a la encuesta, por tanto la población de estudio es de 177 trabajadores. Los análisis realizados consistieron en los contrastes de hipótesis a través de pruebas chi cuadrado y modelos de Anova.

Resultados

Los resultados arrojan un nivel insuficiente de conocimiento sobre el uso correcto de los equipos de protec-

ción respiratoria: el 29,9 % no respondió correctamente a ninguna pregunta. Los resultados están relacionados con la categoría profesional, las enfermeras obtienen una media más alta ($p= 0,007$), y con aquellos trabajadores que disponen del folleto explicativo acerca de estas medidas preventivas ($p<0,001$). Existen diferencias entre la formación recibida; el personal no sanitario es el que menos conocimientos posee ($p=0,002$).

Conclusiones

Se plantea la necesidad de dar una formación especializada sobre el uso correcto de los equipos de protección respiratoria frente al riesgo biológico de transmisión respiratoria y la revisión y actualización de la formación e información de los trabajadores.

Palabras clave: Equipos de protección respiratoria, Medidas preventivas, Valoración del conocimiento.

ABSTRACT

Introduction

Training in occupational hazards prevention in the emergency department is essential for successful implementation of preventive measures preventing occupatio-

nal diseases and accidents at work. The aim of this research work is to assess the level of knowledge and awareness about the correct use of personal respiratory protective devices (surgical mask and filtering face piece) of healthcare workers and non-healthcare staff of a hospital emergency department, in order to establish training for relevant preventive activities.

Materials and methods

A cross-sectional observational epidemiological study was conducted; the information has been collected through the completion of a questionnaire. 82% of the professionals who work in the area of emergency department responded to the survey, therefore the sample consisted of 177 hospital-based HCWs from de emergency department. Analyses consisted of the hypothesis contrasts through chi square chi-square test and Analysis of Variance models (ANOVA).

Results

Results show an insufficient level of knowledge about the correct use of personal respiratory protective devices: 29.9% did not answer any questions correctly. Results are related to the professional category, the nurses obtained higher average ($p = 0.007$), and those workers who have available explanatory brochures about these preventive measures ($p < 0.001$). Staff without specific training obtain worse results ($p = 0.002$).

Conclusions

It is necessary to provide with specialized training about the correct use about personal respiratory protective devices (surgical mask and filtering face piece) against the biological hazard associated to airborne transmission, (aerosol particles or droplets) and the revision and updating of the documentation of healthcare workers.

Key words: Respiratory protective devices, Preventive measure, Educational measurement, Knowledge in Healthcare worker.

Introducción

Las enfermedades de transmisión respiratoria tienen una alta incidencia en nuestro medio¹, a pesar de todos los avances técnicos y de tratamiento de los últimos años.

Dentro de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) las que presentan mayor número de casos son la gripe, varicela y tuberculosis respiratoria (TBC)^{2,3}. Por lo tanto, el riesgo biológico es uno de los riesgos laborales más importantes de los trabajadores en los centros sanitarios⁴.

Dentro del hospital, las condiciones de trabajo de los servicios de urgencia favorecen el riesgo de contraer estas infecciones debido a que en ellos se asiste a pacientes que aún no han sido diagnosticados, existe una alta presión asistencial, uso de técnicas invasivas, etc.^{5,6} También está el hecho de que el personal sanitario subestima el riesgo de transmisión por vía respiratoria⁷.

Los Centers for Disease Control and Prevention (CDC)⁸, institución de la que deriva la mayoría de políticas para la prevención de la infección dentro de los centros de salud, establecen dos niveles de aislamiento. El primero, está diseñado para la asistencia de todos los pacientes sin considerar su diagnóstico o sospecha de infección, son las “precauciones universales”. En el segundo nivel, están las “precauciones según el tipo de transmisión” que se añaden a las anteriores cuando se atiende a un paciente infectado o ante sospecha, por microorganismos de transmisión aérea, por gotas o por contacto con piel o superficies contaminadas. Las medidas específicas deben ser aplicadas en el momento en que se identifique o se sospeche una enfermedad infecciosa que pueda poner en peligro la salud de los usuarios y del personal asistencial.

Las medidas preventivas para evitar estas infecciones están basadas en los mecanismos de transmisión y pueden crear cierta confusión, pudiéndose dar el caso de infravaloración del riesgo, lo que da lugar a tomar medidas escasas y a la exposición al agente biológico. Y en otras ocasiones puede sobrevalorarse el riesgo, dando lugar a una actuación innecesaria, provocando en los trabajadores estrés y miedos innecesarios. Los CDC, en sus guías recomiendan dos equipos de protección respiratorios: mascarillas quirúrgicas y las mascarillas de alta eficacia. Los sistemas de protección respiratoria son muy similares en su forma, pero su utilización es distinta⁹.

La finalidad de cualquier protección respiratoria es interponer un sistema frente a las vías respiratorias que evite la entrada de contaminantes. Para conocer la protección respiratoria correcta ante cada situación, paciente diagnosticado o sospecha por infección respiratoria, debemos remitirnos al mecanismo de transmisión de las infecciones respiratorias: por gotas y vía aérea¹⁰.

En el aislamiento por gotas se utiliza la mascarilla higiénica, quirúrgica o de protección cónica. Este equipo no es un equipo de protección individual (EPI), ya que no proporciona el ajuste facial necesario para evitar la entrada de aire. La transmisión de estos microorganismos se produce mediante partículas mayores de 5 micras que la persona infectada expulsa al hablar, toser, estornudar y durante la aplicación de ciertas técnicas como broncoscopias y aspirado de secreciones. Este contagio requiere un contacto estrecho entre la fuente y el huésped receptor ya que las gotas, por su tamaño, no permanecen suspendidas en el aire y viajan normalmente a distancias menores de un metro. Algunos microorganismos que son transmitidos mediante esta vía son: *Haemophilus influenzae* tipo B, *Neisseria meningitidis*, *Bordetella pertussis*, virus sincitial respiratorio, virus parainfluenza, rinovirus, difteria, escarlatina, rubéola SARM¹¹. Su utilización está regulada por la Directiva de Productos Sanitarios transpuesta en España a través del Real Decreto 414/1996.

En la transmisión de microorganismos por vía aérea se forman los aerosoles que contienen partículas infecciosas de tamaño menor o igual a 5 micras. Debido a su tamaño, estas partículas pueden alcanzar los bronquiolos y alveolos pulmonares. Los microorganismos se mantienen más tiempo en el aire y dependiendo de las condiciones medio ambientales se pueden dispersar por las corrientes de aire, por eso es importante la prevención mediante el sistema de ventilación (presión negativa en la habitación). Algunos de estos gérmenes que se transmiten por esta vía son: *Mycobacterium tuberculosis*, virus de la varicela-zoster, virus del sarampión, virus de la viruela, *Legionella pneumophila*¹². La protección respiratoria necesaria es la mascarilla de alta eficacia con o sin válvula, que dispone de diferentes filtros según sus características. Están regulados por la Norma Europea EN 149:2001. Son equipos de protección individual (EPI), su utilización está regulada por el Real Decreto 773/1997, y su fabricación y comercialización por el Real Decreto 1407/1992.

En el ámbito de la prevención de riesgos laborales, obtener niveles de información y formación adecuada a los riesgos específicos del puesto de trabajo es primordial para conseguir una cultura preventiva. Según establece el artículo 19 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995, el trabajador debe conocer los riesgos a los que está expuesto y saber cómo actuar para evitarlos¹³. De ahí que se haya planteado como objetivo del presente estudio valorar el nivel de conocimiento de los trabajadores del Servicio de Urgencias sobre el uso correcto de los equipos de protección aérea (mascarillas quirúrgicas y mascarillas de alta eficacia). Una vez conocidas las necesidades de formación de este servicio, se podrá estimar

qué medio es el más óptimo, para así finalmente planificar las actividades formativas correspondientes.

Material y métodos

Se ha realizado un estudio epidemiológico observacional transversal. Los datos se recogen mediante la aplicación de un cuestionario original estratificado por categoría, dirigido a profesionales sanitarios (médicos adjuntos, médicos residentes, auxiliares de enfermería y enfermeras) y no sanitarios (celadores) del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario J. M. Morales Mesguer perteneciente al Servicio Murciano de Salud, Área VI de Salud, Vega Media de Segura de Murcia. El hospital presta asistencia pública sanitaria tanto primaria como especializada a una población de 242.058 habitantes, con una dotación de 420 camas atiende a toda la patología médico quirúrgica excepto la cirugía cardiaca, neurocirugía, pediatría, ginecología y maternidad. El cuestionario¹⁴ consta de tres partes:

- 1) Una primera parte donde se recogen variables socio-demográficas: edad, sexo, tipo de contrato, categoría profesional, antigüedad en el puesto y años de antigüedad en la profesión.
- 2) La segunda parte, donde se exponen 6 posibles situaciones clínicas debiendo señalar la respuesta correcta respecto al uso adecuado de las mascarillas. Esta parte está basada en un folleto explicativo del SPRL (Servicio de Prevención de Riesgos Laborales) de dicho hospital sobre la utilización de los equipos de protección individual. Se ha valorado entre 1 y 6 según el número de respuestas correctas (anexo).
- 3) Y la última parte, donde se consulta por la formación recibida acerca de los equipos de protección individual respiratorios y sus preferencias al respecto.

El procedimiento de recogida de datos se realizó durante los meses de septiembre y octubre de 2012, durante varios días y en varios turnos de trabajo. El cuestionario se realizó de forma autoadministrada, anónima y voluntaria, entregándose en sobres abiertos y para su recogida se utilizó un buzón que la responsable de enfermería del servicio puso a disposición de ese trabajo.

Los datos se expresan como medias y desviación estándar de las variables cuantitativas, y frecuencias absolutas y relativas, las cualitativas. La comparación entre variables se realiza mediante la aplicación de pruebas chi-cuadrado y ANOVA de un factor. Para el análisis de los datos se ha utilizado el programa SPSS versión 19.0.

Resultados

El Servicio de Urgencias consta de 216 profesionales. La muestra ha consistido en 177 encuestas respondidas, esto supone una participación de 82 %. De los 177 trabajadores encuestados del Servicio de Urgencias (Tabla 1) el 67,8 % de los profesionales son mujeres. El grupo de edad más representado es el de 31-40 años con un 31,6 %. El colectivo más numeroso es el de médicos residentes 30,5%, seguido de enfermeras con un 27,1 %. En lo concerniente a la antigüedad en el puesto de trabajo el grupo más numeroso, 31,1 %, tiene entre 1 y 5 años. Se observa que un 41,2 % lleva más de 10 años de antigüedad en la profesión.

Las respuestas correctas, que valoran el conocimiento sobre las medidas preventivas frente a accidentes biológicos respiratorios (Tabla 2), el 29,9 % no ha respondido correctamente a ninguna pregunta y el 5,6 % ha acertado las 6 preguntas propuestas. Valorando cada pregunta del cuestionario (Figura 1), se observa que el mayor número de ciertos, un 46,3 %, en la pregunta número 1. Y la pregunta con menos aciertos, un 20,5 %, es la número 2.

Al estudiar los niveles de conocimiento adquiridos en Prevención de Riesgos Laborales (PRL) sobre la utilización adecuada de las mascarillas según la categoría profesional (Tabla 3), es la de enfermera la que presenta un media superior 2,4 obteniéndose diferencias estadísticamente significativas (p=0,007). Los encuestados que disponen de folletos explicativos arrojan una media superior 2,7 alcanzando también diferencias estadísticamente significativas (p<0,001).

En lo concerniente a los equipos de protección respiratoria que dispone el Servicio de Urgencias, se aprecia que el 75,4 % del personal del servicio conoce los tipos de mascarillas que hay en su lugar de trabajo (Tabla 4). En cuanto a la formación recibida sobre las medidas preventivas frente a accidentes biológicos, el 75,6% no ha recibido formación en su puesto de trabajo, el 24,4 % declara haber realizado el curso on-line que el SPRL ofrece o haber realizado otro similar. Acerca de la disposición de un folleto explicativo sobre estas medidas preventivas, el 33,5% manifiesta que le han entregado un folleto explicativo sobre este tema, conservándolo un 22,7 %, así mismo un 40,9 % declara que no se le ha facilitado en ningún momento información al respecto, y por tanto el 66,5 % no dispone de ningún soporte escrito sobre estas medidas preventivas. En lo referente al medio de consulta, la mayoría de los encuestados, el 42 %, le preguntaría a un profesional del SPRL, el 32,2 %. En lo relacionado a cómo recibir esta actividad formativa el 65,3 % se inclina por la asistencia a un curso impartido por los profesiona-

les del Servicio de Prevención, considerando importante la necesidad de actualizar sus conocimientos sobre este tema, el 95,5 %.

Si se analiza la variable 'categoría profesional' y se la vincula con la formación recibida acerca del uso adecuado de las mascarillas en su puesto de trabajo, observamos que el colectivo de profesionales más numeroso que ha realizado el curso de PRL del hospital son los médicos residentes con un 16,7 % y las enfermeras con un 14,6 % existiendo diferencias estadísticamente significativas (p=0,002) (Tabla 5).

Tablas I: Datos sociodemográficos

Variable	n	%
Sexo		
hombre	56	31,6
mujer	120	67,8
Edad		
22-30 años	52	29,4
31-40 años	56	31,6
41-50 años	54	30,5
51-60 años	14	7,9
Categoría profesional		
celador	32	18,1
auxiliar enfermería	21	11,9
enfermera	48	27,1
médico residente	54	30,5
médico adjunto	21	11,9
Tipo de contrato		
eventual	43	24,3
fijo/interino	78	44,1
residente	54	30,5
Antigüedad en el puesto de trabajo		
menos de 1 año	53	29,9
1-5 años	55	31,1
6-10 años	40	22,6
más de 10 años	28	15,8
Antigüedad en la profesión		
menos de 1 año	29	16,4
1-5 años	44	24,9
6-10 años	30	16,9
más 10 años	73	41,2

Tabla II. Total de aciertos

Preguntas correctas	Frecuencia	%
0	53	29,9
1	37	20,9
2	43	24,3
3	11	6,2
4	14	7,9
5	9	5,1
6	10	5,6

Tabla III. Nivel de conocimientos sobre el uso adecuado de mascarillas y categoría profesional. Datos expresados en puntuaciones medias.

Variable	Media	Desviación típica	p
Sexo			
Hombre	1,5714	1,72529	0,24
Mujer	1,9083	1,78225	
Edad			
22-30 años	1,6923	1,86336	0'831
31-40 años	1,8929	1,74438	
41-50 años	1,8889	1,77686	
51-60 años	1,5	1,55662	
Categoría profesional			
celador	1,0313	1,09203	0'007
auxiliar enfermería	1,9048	1,84132	
enfermera	2,4792	1,81001	
médico residente	1,6111	1,86746	
médico adjunto	1,7143	1,76473	
Tipo de contrato			
eventual	1,7442	1,39886	0'468
fijo/interino	1,9872	1,87598	
residente	1,6111	1,86746	
Antigüedad en el puesto de trabajo			
< de 1 año	1,6792	1,59052	0'450
1-5 años	1,6182	1,77942	
6-10 años	2,175	1,73778	
> de 10 años	1,8571	2,08548	
Antigüedad en la profesión			
< de 1 año	1,5172	1,5951	0'324
1-5 años	1,5	1,62108	
6-10 años	1,9667	1,69143	
> 10 años	2,0274	1,92911	
¿Ha recibido formación acerca del adecuado uso de las mascarillas en su puesto de trabajo?			
Sí, curso Riesgo Biológico, PRL, on-line del FFI	2,3889	1,81947	0'170
Sí, en otros cursos de formación	1,8	1,68325	
No, nunca	1,551	1,75348	
No lo recuerdo	2,1143	1,79495	
¿Dispone de folleto explicativo acerca del adecuado uso de las mascarillas que proporciona el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de su hospital?			
Sí, lo tengo	2,75	2,19265	< 0'001
No, pero me lo han entregado en alguna ocasión	1,3158	1,24956	
No me lo han entregado nunca	1,4583	1,52849	
No lo recuerdo	1,6444	1,62586	

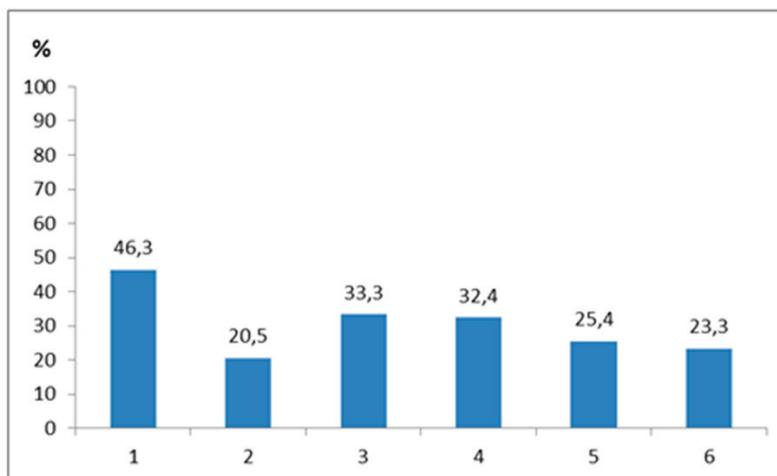


Figura 1. Aciertos por pregunta sobre el uso correcto de los equipos de Protección respiratoria (mascarillas quirúrgicas y mascarillas con filtro)

Conocimiento sobre el uso correcto de las mascarillas como medida preventiva frente al riesgo biológico por transmisión aérea y por gotas

Tabla IV. Valoración de la formación

Variable	n (%)
Señale qué tipo de mascarilla tiene en su puesto de trabajo	
Mascarilla higiénica o quirúrgica o de protección cónica	37 (21,1)
Respiradores con o sin válvula de exhalación	1 (0,6)
Todas	132 (75,4)
Ninguna	5 (2,9)
¿Ha recibido formación acerca del adecuado uso de mascarillas en su puesto de trabajo?	
Sí, curso Riesgo Biológico, PRL, on-line del FFI	18 (10,2)
Sí, en otros cursos de formación	25 (14,2)
No, nunca	98 (55,7)
No lo recuerdo	35 (19,9)
¿Dispone del folleto explicativo acerca del adecuado uso de las mascarillas, que proporciona el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de su hospital?	
Sí, lo tengo	40 (22,7)
No, pero me lo han entregado en alguna ocasión	19 (10,8)
No me lo han entregado nunca	72 (40,9)
No lo recuerdo	45 (25,6)
¿A quién preguntaría o dónde buscarías información sobre mascarillas?	
Supervisor/a	26 (14,8)
Compañero de trabajo	57 (32,2)
Folleto o carteles explicativos	49 (27,8)
Profesionales del Servicio de Prevención	74 (42)
Internet	30 (17)
¿Cómo le gustaría recibir la información acerca del adecuado uso de las mascarillas?	
Carteles o folletos explicativos	67 (38,1)
Curso impartido por profesionales formados en prevención	115 (65,3)
Curso on line	29 (16,5)
¿Le gustaría poder actualizar sus conocimientos en cuanto al adecuado uso de los Equipos de Protección Individual frente a agentes biológicos (guantes, mascarillas, pantallas de protección...)?	
Sí, considero importante ampliar mis conocimientos en este campo	168 (95,5)
No, porque considero que tengo la formación suficiente	1 (0,6)
No, porque considero que el tema no es importante	2 (1,1)
No sé qué opinar al respecto	5 (2,8)

Tabla V. Categoría profesional y formación recibida

¿Ha recibido información acerca del adecuado uso de las mascarillas en su puesto de trabajo?	Celador n (%)	Auxiliar enfermería n (%)	Enfermera n (%)	Médico Residente n (%)	Médico Adjunto n (%)	P
Sí, curso Riesgo Biológico, PRL, on-line del FFI	1 (3,1)	1(4,8)	7 (14,6)	9 (16,7)	0	0'002
Sí, en otros cursos de formación	2 (6,3)	4 (19)	8(16,7)	8 (14,8)	3 (15)	
No, nunca	29 (90,6)	10 (47,6)	18 (37,50)	26 (48,1)	14 (70)	
No lo recuerdo	0	6 (28'6)	15 (31,3)	11 (20,4)	3 (15)	

Discusión

Los resultados muestran que el conocimiento global sobre el uso correcto de la protección respiratoria es bastante bajo, un 29,9 % no ha respondido correctamente a ninguna situación clínica planteada, y el 5,6 % ha respondido correctamente a las seis escenas propuestas en el cuestionario. El conocimiento es un factor importante e influyente en la protección y prevención de los riesgos biológicos de los trabajadores, optimizando las decisiones ante los sucesos que los profesionales de centros hospitalarios se enfrentan día a día. Es necesario implementar estrategias de formación y programar su actualización periódica.

La pregunta con mayor número de aciertos es la que se refiere al tipo de protección respiratoria que debe usar el trabajador frente a un paciente con infección de transmisión aérea (Tuberculosis, varicela o sarampión). En contraposición la pregunta con menor número de aciertos es la que va dirigida hacia el tipo de protección que se debe proporcionar al paciente con infección de transmisión aérea (Tuberculosis, varicela y sarampión) cuando debe salir de la habitación, apreciándose que hay un conocimiento erróneo acerca del uso de estos equipos de protección respiratoria a utilizar en cada uno de los casos.

A pesar de que en la valoración obtenida se observa un déficit en el conocimiento general, la mayoría de los trabajadores poseen bastante conocimiento sobre la infección de la tuberculosis, esta diferencia en el resultado pone en evidencia que los trabajadores son conscientes del riesgo de contraer infecciones respiratorias por transmisión aérea, y de entre ellas la TBC, ya que la incidencia de la tuberculosis respiratoria en España para el año 2011 fue de 12,2 casos por cada 100.000 habitantes similares al año 2010. Concretamente en Murcia en el año 2011 hubo 178 frente al año 2010 que hubo 159².

Se observa que la categoría profesional con mayor número de aciertos es la de enfermería, datos que coinciden con una investigación en la que se valoró el cumplimiento de los protocolos de la CDC recomendados para el control de las infecciones respiratorias, que si bien evidencia que existe una falta de cumplimiento en todos los trabajadores, son las enfermeras las que arrojan un mayor cumplimiento¹⁵. En otro estudio similar que analiza el conocimiento sobre el uso adecuado de las mascarillas en centros hospitalarios, son también las enfermeras/os las que arrojan unos aciertos más elevados¹⁶, teniendo como posible explicación que es el personal con más riesgo porque debido a la naturaleza de sus tareas pasa más tiempo en contacto con el paciente. Esto conlleva a que este colectivo tenga mayor percepción del riesgo.

En un estudio de revisión que investiga la percepción de riesgo de los trabajadores de la salud a la exposición de infecciones emergentes respiratorias¹⁷, específica que existen varios factores que influyen en esta apreciación, algunos de ellos son: el sexo y la edad. Las mujeres perciben mayor riesgo, los trabajadores con menor edad son menos cumplidores porque subestiman los riesgos laborales para la salud. Sin embargo en el presente análisis no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas relacionando las variables edad, sexo, antigüedad en la profesión y en el puesto de trabajo.

En la categoría profesional, son las enfermeras las más cumplidoras en comparación con el resto de profesionales, los médicos residentes a pesar de haber recibido su formación en PRL sobre el riesgo biológico en el primer año de residencia, arrojan una de las puntuaciones más bajas, son profesionales que están empezando su especialidad y puede ser que centre sus intereses en temas relacionados con fisiopatología más que en las medidas preventivas básicas.

Se puede deducir que el nivel de conocimiento sobre el uso adecuado de las mascarillas está relacionado con la categoría profesional. Este hecho puede estar basado en la percepción del riesgo, ya que esta apreciación es uno de los factores más influyentes en el buen cumplimiento de las medidas preventivas junto con la experiencia de la efectividad de estas medidas¹⁸.

En relación al conocimiento, los resultados muestran que los trabajadores con menor formación en el uso de estos equipos son los celadores siendo también los que obtienen un menor número de aciertos. Ese colectivo no es personal sanitario y puede ser que por este motivo no se les incluya en la formación de prevención de riesgos del personal sanitario, sin embargo existe riesgo biológico en sus actividades, por ejemplo en el desplazamiento, movilización y transporte de pacientes.

A pesar de que se observan diferencias significativas en la consulta sobre la disposición de un folleto explicativo acerca de las medidas preventivas, esta medida parece ser insuficiente para alcanzar un nivel de conocimiento adecuado. En la literatura consultada, se han encontrado estudios que constatan que la formación pasiva, recomendaciones escritas, a través de internet es menos efectiva que las formaciones prácticas o dinámicas. Según estos autores, la formación presencial en donde se muestra cómo funcionan los equipos de protección, aumenta el uso correcto de los mismos, aunque no se sabe si es debido al nuevo conocimiento adquirido o a la nueva percepción del riesgo biológico a la que están expuestos.

Por lo tanto, las intervenciones más eficaces son las presenciales que tienen alguna forma de “feedback” y con cierta periodicidad. Así mismo, en vista de los resultados obtenidos no se puede desestimar la formación pasiva. No obstante, el poseer un buen conocimiento no siempre deriva en un buen cumplimiento de las medidas preventivas de manera que exposiciones sin consecuencias llevan a una apreciación errónea del riesgo¹⁹. En consecuencia, la formación no se debe limitar a la adquisición de información, sino que debe ir encaminada hacia crear actitudes preventivas correctas para que los trabajadores puedan ser autónomos en sus actuaciones frente al riesgo biológico.

Las diferentes referencias bibliográficas revisadas señalan que el conocimiento sobre el uso correcto de los equipos de protección respiratoria es importante, y sin ninguna duda necesario, pero insuficiente para su cumplimiento. Como se ha visto, el factor más influyente es el creer en la efectividad de las medidas preventivas basadas en experiencias previas, y sobre todo, tener conciencia sobre el riesgo biológico al que se está expuesto.

En vista de los resultados podemos concluir en la necesidad de iniciar acciones formativas para el personal sanitario y no sanitario del servicio de urgencias, ya que los datos demuestran que un alto porcentaje del personal desconoce cómo usar adecuadamente los Equipos de Protección Respiratoria. Los profesionales consideran importante actualizar sus conocimientos sobre estas medidas mediante la formación presencial en cursos impartidos por los profesionales del SPRL. Por tanto, desde el SPRL se plantea la necesidad de planificar unas actividades formativas periódicas sobre el uso correcto de los equipos de protección respiratoria frente al riesgo biológico de transmisión respiratoria, así como la revisión y actualización del folleto explicativo existente.

La principal limitación de este estudio es que el cuestionario utilizado no está validado. Así como las características del personal del servicio de urgencias; es muy rotativo tanto en turno como en su eventualidad. Son necesarias más investigaciones que determinen las mejores técnicas de formación para asegurar que los trabajadores aprenden lo que necesitan de manera que sepan protegerse a sí mismos y aplicar este conocimiento en su día a día. En futuras investigaciones en este tema se debería investigar factores que influyen en la percepción del riesgo, la apreciación errónea del riesgo etc. Además, la investigación es una necesidad urgente en PRL ya que nos proporcionará datos de evidencia para realizar los programas de prevención en riesgos laborales en los trabajadores.

Agradecimientos

Quiero agradecer a la UDM de Salud Laboral de la Región de Murcia, a las tutoras y jefa de estudios, a la UDICA (Unidad Docente de Investigación y Calidad) y al Dr. Carrillo por su ayuda en la realización de este trabajo.

Bibliografía

1. Boletín epidemiológico semanal. Vol. 20, N° 14 2012 Disponible en <http://revista.isciii.es/index.php/bes/article/view/750/846> consultado el 20 de enero de 2013
2. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Boletín Epidemiológico de Murcia. Volumen 32-N° 753-Junio 2012. Región de Murcia. 2011. Disponible en: URL: <http://www.murciasalud.es/bem> consultado el 21 de enero del 2013.
3. García Pina R, Gutiérrez Pérez E, García Ortúzar V, Navarro Sánchez C, García Fulgueiras A. Estadísticas Básicas de las Enfermedades de Declaración Obligatoria 2005-2010. Series de informes n° 63. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social, 2012. Disponible en: URL: www.murciasalud.es consultado el 21 de enero del 2013.
4. REAL DECRETO 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo. BOE n° 124 24-05-1997 disponible en http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Normativa/TextosLegales/RD/1997/664_97/PDFs/realdecreto6641997de12demayoprotecciondelostrabajadores.pdf consultado el 20 de diciembre del 2012
5. Benavent Nácher Salomé, Machí Alapont María, Moliner Sales Iván, Soto Ferrando Pedro. Evaluación de riesgo biológico en el Hospital Rey Don Jaime. Med. segur. trab. [revista en la Internet]. 20007 53(206): 9-14. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2007000100003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2007000100003>. Consultado el 20 de noviembre del 2012
6. Martínez de Ortiz de Zárate, M. Aspectos epidemiológicos de las infecciones de las Áreas de Urgencias. Rev. Emergencias 2001; 13:44-50.
7. Aghaizu A, Elam G, Ncube F, Thomson G, Szilágyi E,

- Eckmanns T, Poulakou G, Catchpole M. Preventing the next 'SARS' - European healthcare workers' attitudes towards monitoring their health for the surveillance of newly emerging infections: qualitative study. *BMC Public Health*. 2011; 8(11):541-552.
8. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings disponible en <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf> consultado el 30 de septiembre del 2012
9. Rodríguez Sánchez, J.C. ¡Al respirar debemos proteger a los demás y también protegernos nosotros! Recomendaciones del grupo de trabajo en riesgo biológico del CE-COVA. Disponible en: http://www.portalcecova.es/es/grupos/biologicos/enfermeros/trabajofinal_mascarillas_jaf_21_7_09.pdf consultado el 20 de octubre del 2012.
10. Hernández Calleja A. NTP 700: Precauciones para el control de las infecciones en centros sanitarios. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). Disponible en http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/601a700/ntp_700.pdf consultado el 30 de octubre del 2012.
11. Ticona Chávez E. Control de las enfermedades transmitidas por contacto y por aire en el hospital. *Rev Diagnóstico* 2009; 48:1 disponible en <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2009/ene-mar/16-20.html> consultado el 20 de septiembre del 2012.
12. Martí Solé MC, Alonso Espadalé RM, Constans Aubert A. NTP 571: Exposición a agentes biológicos: equipos de protección individual. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). Disponible en http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/501a600/ntp_571.pdf consultado el 21 de septiembre del 2012.
13. LEY 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. BOE nº 269 10-11-1995. Disponible en: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Normativa/TextosLegales/LeyPrevencion/PDFs/leydeprevencionderiesgoslaborales.pdf> consultado el 20 de diciembre del 2012
14. García López C, Lloret Torres R. Utilización de equipos de protección individual para la protección de enfermedades transmisibles por vía aérea. Recomendaciones para el trabajador en atención sanitaria. Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Hospital U. J. M. Morales Meseguer. Área VI de Salud, Vega Media del Segura de Murcia.
15. Turnberg W, Daniell W, Seixas N, Simpson T, Van Buren J, Lipkin E, Duchin J. Appraisal of recommended respiratory infection control practices in primary care and emergency department settings. *Am J Infect Control*. 2008; 36(4): 268-275.
16. García Arcones R, Hernando López A, et al. Conocimientos de los profesionales sanitarios sobre el uso adecuado de las mascarillas en el contexto hospitalario. *Enfermería del Trabajo*. 2013; 3: 38
17. Koh Y, Hegney DG, Drury V, Alice Lee. Comprehensive systematic review of healthcare workers' perceptions of risk and use of coping strategies towards emerging respiratory infectious diseases. *Int J Evid Based Healthc*. 2011; 9 (4):403-419.
18. Yassi A, Moore D, Fitzgerald JM, Bigelow P, Hon CY, Bryce E. Research gaps in protecting healthcare workers from SARS and other respiratory pathogens: an interdisciplinary, multi-stakeholder, evidence-based approach. *J Occup Environ Med*. 2005; 47(1):41-50.
19. Moore D, Gamage B, Bryce E, Copes R, Yassi A; Protecting health care workers from SARS and other respiratory pathogens: organizational and individual factors that affect adherence to infection control guidelines. *Am J Infect Control*. 2005; 33 (2):88-96



Anexo

CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL USO CORRECTO DE LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN RESPIRATORIOS

(Fuente: folleto sobre la utilización de equipos de protección individual para la protección de enfermedades transmisibles por vía aérea del SPRL del Hospital Universitario J.M. Morales Meseguer. Área VI de Salud, Vega Media del Segura de Murcia).

1- En el caso de tener un paciente con diagnóstico de enfermedad transmitida por vía aérea, prescripción de aislamiento aéreo (Tuberculosis pulmonar o laríngea, Varicela, Sarampión), ¿qué tipo de mascarilla debe utilizar el trabajador para prestar asistencia a ese paciente?

2- En el caso de tener un paciente con diagnóstico de enfermedad transmitida por vía aérea (Tuberculosis pulmonar o laríngea, Varicela/ Herpes Zóster, Sarampión), ¿qué tipo de mascarilla debe utilizar el paciente si tiene que salir de la habitación?

3- ¿Qué mascarilla recomendaría utilizar para las visitas que acceden a una habitación en la que hay una prescripción de aislamiento aéreo?

4- En caso de un paciente inmunodeprimido, ¿qué mascarilla utilizaría para atenderle?

5- ¿Qué mascarilla le pondría al paciente inmunodeprimido que se encuentra aislado y deba salir de la habitación?

6- En el caso de tener un paciente con diagnóstico de enfermedad transmitida por vía aérea y prescripción de aislamiento por gotas (Infección Meningocócica, Difteria, Faringitis Estreptocócica, Gripe, Rubéola, Parotiditis), ¿qué tipo de mascarilla utilizaría para su asistencia?



Artículo original

Prevalencia de ansiedad y depresión en docentes

Autores

Trazabilidad editorial
 Recepción: 07-10-2013
 Revisión por pares: 08-12-2014
 Aceptación final: 26-01-2014

Correspondencia
 Ana Castillo Martínez
 Correo Electrónico: anikacm@hotmail.com

Castillo Martínez, A
 Especialista en Enfermería del Trabajo. Máster en Ciencias de la Enfermería

Fernández Pujazón, R
 Especialista en Enfermería del Trabajo. Máster en Ciencias de la Enfermería

López Jiménez, P
 Residente de Enfermería del Trabajo
 Centro de Prevención de Riesgos Laborales de Huelva

RESUMEN

Introducción

Los trabajos de servicios humanos son más demandantes emocionalmente que otros tipos de trabajo y estas demandas emocionales se relacionan con riesgo de problemas psicosociales. La ansiedad y la depresión son un tema de salud destacado para los docentes. El objetivo del presente trabajo es describir la prevalencia de ansiedad y depresión en docentes de Huelva e identificar posibles factores influyentes.

Material y Métodos

Diseño observacional descriptivo transversal. El estudio se llevó a cabo con 359 docentes trabajando en centros públicos de Huelva, utilizando la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg.

Resultados

El 16,4% de los participantes presentaron ansiedad, el 15% depresión y el 9,2% ambas problemáticas simultáneamente. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del tipo de centro de trabajo.

Conclusiones

Es necesario destacar la presencia de problemática ansioso-depresiva entre los docentes participantes. Conveniría desarrollar intervenciones en este campo de la Salud

Laboral para prevenir y tratar estos trastornos, cuestión que no ha sido considerada en su justa medida por parte de Enfermería.

Palabras clave: ansiedad, depresión, docentes, salud laboral.

ABSTRACT

Background

Human service work is more emotionally demanding than other types of work and these emotional demands are related to a risk of psychosocial problems. Anxiety and depression are a prominent health issue for teachers. The aim is describe prevalence of anxiety and depression in teachers of Huelva and to identify factors influencing these levels.

Material and Methods

Observational, descriptive, cross-sectional design. The study was conducted with 359 teachers working in public centers of Huelva. The Goldberg Anxiety and Depression Scale was used.

Results

16,4% of participants showed anxiety, 15% of par-

ticipants showed depression and 9.2% of participants showed both disorders simultaneously. Statistically significant differences were found depending on the type of work center.

Conclusions

It is necessary to enhance the presence of anxious-depressive problems among the teachers participants. Interventions should be developed in the field of Occupational Health to prevent and to treat these disorders, an issue that has not been fairly considered by nursing staff.

Keywords: anxiety, depression, faculty, Occupational Health.

Introducción

Las actuaciones de Enfermería dentro del ámbito de la Salud Laboral resultan de fundamental importancia en la protección de la población trabajadora frente a problemas de salud, enfermedades y daños derivados de su trabajo. En las últimas décadas se ha desarrollado un gran interés por el estudio de los factores psicosociales relacionados con el trabajo y la repercusión de éstos sobre la salud de los trabajadores(1).

La presión a la que se ven sometidos los docentes desde diversos frentes deriva en la aparición creciente de patologías tanto de carácter físico como psicológico, de tal modo que cada vez se tiende a prestar mayor atención y preocupación por un problema que afecta tanto a la salud del profesorado, como a la calidad de la enseñanza(2).

Los trabajos de servicios humanos, entre los que se incluyen los docentes, tienen la particularidad de ser emocionalmente demandantes, con un continuo enfrentamiento con los problemas y sufrimientos de las personas con las que se trabaja(3). Así, los docentes constituyen uno de los colectivos profesionales más afectados por problemas de tipo psicológico(4).

En el contexto de la enseñanza, diversos factores contribuyen al desarrollo de problemáticas psicosociales: las reformas educativas, la gran diversidad de alumnado en un mismo centro, la falta de apoyo de compañeros y equipo directivo, las complejas relaciones con los padres, así como los problemas de comportamiento, la apatía, el bajo rendimiento o la falta de motivación por el aprendizaje de los alumnos(5,6). Concretamente, investigaciones previas refieren que los docentes experimentan depresión y ansiedad cuando están expuestos a estresores agudos y

crónicos(7).

La depresión y la ansiedad son trastornos psiquiátricos de alta prevalencia en el mundo y varían de acuerdo a las poblaciones o regiones geográficas entre el 5 y el 50%(8). Según la Organización Mundial de la Salud, se encuentran entre los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia a pesar de variaciones culturales en su ocurrencia y, en concreto la depresión, ocupa el cuarto lugar dentro de las patologías más prevalentes y se calcula que en el año 2020 se situará en el segundo lugar, por detrás de las patologías coronarias(9). Estas condiciones representan una carga social y económica al repercutir de manera importante en la calidad de vida de las personas afectadas y en su entorno laboral y social.

Una cuestión que es necesario abordar es cómo distinguir conceptualmente entre ansiedad y depresión. En este sentido, la ansiedad es identificada con un estado transitorio en el que los individuos se sienten amenazados, aprensivos, tensos y preocupados. Por su parte, la depresión se refiere a sentimientos de culpa, inutilidad, impotencia, y desesperanza, pérdida del apetito, humor depresivo, o trastornos del sueño(7). Eysenck et al.(10) refieren que la ansiedad ocurre debido al temor de un suceso amenazante inmediato o futuro (por ejemplo, un robo), mientras que la depresión tiene lugar debido a un suceso de pérdida (por ejemplo, la muerte de un ser querido).

La ansiedad y la depresión son síndromes relacionados, considerándose que tienen un origen común y que cualquiera de ellas puede predisponer a la otra. Es importante, pues, describir la presencia de ambas problemáticas de forma tanto individual como conjunta(8).

Los estudios de la bibliografía revisada suelen ser generales y aludir a diversos problemas de los docentes de distintos tipos de centros, en referencia a cuestiones relativas al estrés y el bienestar/malestar que presentan, en los que suelen incluirse evaluaciones de sintomatología ansiosa y/o depresiva, pero sin tratar el tema con exclusividad(3,5,7,11,12). Asimismo, cabe señalar la complejidad en la síntesis y comparativa de la información debido tanto a la misma generalidad de los estudios como a la variedad de los instrumentos de medición empleados.

Dentro de las investigaciones realizadas debemos considerar también aquellas que tratan sobre determinadas estrategias frente a estos problemas para la población docente, destacando los programas de entrenamiento en mindfulness (2,4,6,13). Concretamente en el ámbito de Enfermería debemos señalar a Casañas et al.(9), quienes desarrollaron una intervención grupal psicoeducativa en pacientes con sintomatología ansioso-depresiva.

En definitiva, debemos destacar que el estado de ánimo deficiente del personal es perjudicial para el desarrollo normal de su trabajo, de fundamental importancia en el caso que nos ocupa, y supone una pérdida en términos económicos. El mismo nivel de eficacia y eficiencia exigido en la enseñanza debería tenerse en cuenta en la planificación del trabajo de quienes la llevan a cabo, cuestión que todavía no ha sido considerada tal y como se merece. De ahí queda justificado y enmarcado el presente estudio, con el objetivo de identificar la prevalencia de ansiedad y depresión en los docentes de la provincia de Huelva, así como posibles factores relacionados.

Material y métodos

Se ha optado por un diseño observacional, a través de un estudio descriptivo transversal.

El presente estudio se llevó a cabo con aquellos docentes que impartían clase en diferentes centros educativos de la provincia de Huelva dependientes de la Junta de Andalucía y que habían acudido a reconocimiento médico en el Centro de Prevención de Riesgos Laborales de Huelva durante el año 2011.

Fueron excluidos del estudio los docentes que trabajaban en la Consejería de Educación (9 sujetos) y los que ocupaban puestos de liberado sindical (1 sujeto), por las características diferenciales de su labor. También se excluyeron aquellos casos en los que faltaba la Historia de Salud Laboral o la Escala de Ansiedad y Depresión (28 sujetos), así como aquellos en los que la cumplimentación de dicho instrumento era incompleta (23 sujetos). Encontramos 5 personas que estaban bajo tratamiento por patología mental y tampoco fueron incluidas en el estudio.

En la recogida de los datos, se procedió a la revisión de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg(14) adjunta en la Historia de Salud Laboral de los participantes, así como de otros datos sociodemográficos y laborales. Fueron solicitados los permisos pertinentes, garantizando en todo momento la confidencialidad y el anonimato de los participantes.

La Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg está validada en España(15), siendo un instrumento de fácil manejo y de una eficacia contrastada para la detección inicial de trastornos de depresión y/o ansiedad que ha sido ampliamente utilizado tanto en estudios epidemiológicos como con fines diagnósticos y preventivos(16).

Este instrumento se compone de dos subescalas independientes con 9 ítems de respuesta dicotómica (sí/no) en cada una de ellas. Las 4 primeras preguntas de cada subescala actúan a modo de precondition para determinar

si se deben intentar contestar el resto de preguntas. Concretamente, si no se contestan de forma afirmativa un mínimo de 2 preguntas de entre las preguntas 1-4, no se deben contestar el resto de preguntas de la primera subescala; mientras que en el caso de la segunda subescala es suficiente contestar afirmativamente a una pregunta de entre las preguntas 10-13 para poder proceder a contestar el resto de preguntas.

Los puntos de corte se sitúan en 4 o más para la subescala de ansiedad y en 2 o más en la de depresión, con puntuaciones tanto más altas cuanto más severo sea el problema (siendo 9 el máximo posible en cada una de las subescalas).

En cuanto al procesamiento y análisis de los datos, se llevó a cabo con el programa SPSS v.17.0. En primer lugar, se realizó una descripción a través de frecuencias y porcentajes (variables cualitativas), o a través de media, desviación típica y valores mínimo y máximo (variables cuantitativas). Para determinar las asociaciones con respecto a los trastornos de ansiedad y depresión se realizaron los test ANOVA o chi-cuadrado según correspondiera a las escalas de medida de las variables. En todos los casos el nivel de significación se estableció en $p < 0,05$.

Resultados

El número final de participantes fue de 359. El 30,6% eran hombres y el 69,4% eran mujeres. La media de edad fue de 43,8 años, con una desviación típica de 9,2 años, y un rango de 26-67 años. La media de experiencia laboral como docente fue de 17,3 años, con una desviación típica de 9,8 años, y un rango de 1-47 años.

El 63% de los docentes pertenecían a Centros de Educación Infantil y Primaria, el 31,9% a Institutos de Enseñanza Secundaria, el 3,4% a Centros Públicos Rurales, y un 1,7% a otros (Sección de Educación Permanente, Equipo de Orientación Educativa, Escuela Oficial de Idiomas). El 28,9% eran docentes de centros de Huelva capital, mientras que el 71,1% impartían sus clases en centros de otros lugares de la provincia.

El 16,4% de los participantes superaron el punto de corte en la subescala de ansiedad. Respecto a la subescala de depresión, el 15% de los que realizaron la encuesta superaron el punto de corte. Considerando ambas escalas de forma conjunta, superaron los puntos de corte un 9,2% de los participantes [Gráfico I].

Entre los hombres, un 11,8% superó el punto de corte para la subescala de ansiedad, un 11,8% para la subescala de depresión y 5,5% ambas de forma conjunta. Para las mujeres, estos valores se situaron en 18,5%, 16,5% y



10,8%, respectivamente [Gráfico II]. El sexo no mostró asociación significativa ni con la ansiedad, ni con la depresión, ni con ambas subescalas en conjunto ($p > 0,05$). Las medias de edad y de experiencia laboral fueron similares en aquellos que superaron los puntos de corte para las subescalas y en aquellos que no lo hicieron [Tabla I]. Las diferencias no fueron estadísticamente significativas en ninguno de los casos ($p > 0,05$).

Los resultados en función del tipo de centro se muestran en la Tabla II. Se encontraron asociaciones estadísticamente significativas cuando se comparó el grupo de

docentes trabajando en Centros Públicos Rurales frente a aquellos trabajando en cualquiera de los demás centros, tanto en el caso de la ansiedad ($\chi^2(359)=5,897$; $p=0,015$) como en el de la depresión ($\chi^2(359)=7,066$; $p=0,008$), así como para ambas problemáticas en conjunto ($\chi^2(359)=15,560$; $p < 0,001$).

Los docentes de centros de Huelva capital puntuaron ligeramente inferior en las subescalas con respecto a los pertenecientes a centros del resto de la provincia [Gráfico III]. Las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

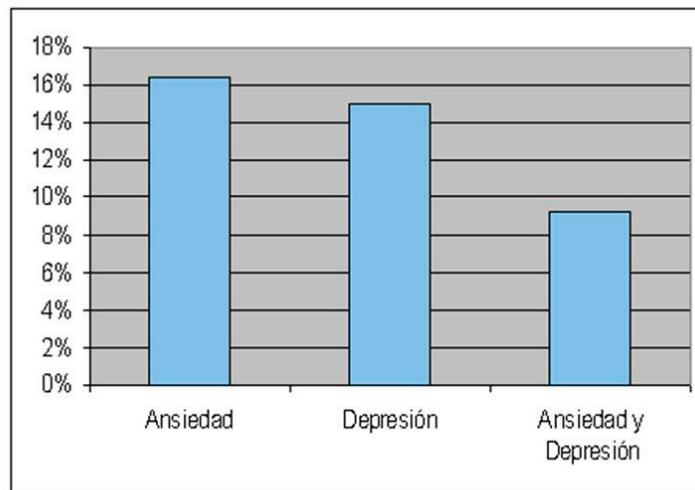


Gráfico I. Porcentaje de participantes que superaron los puntos de corte para cada subescala

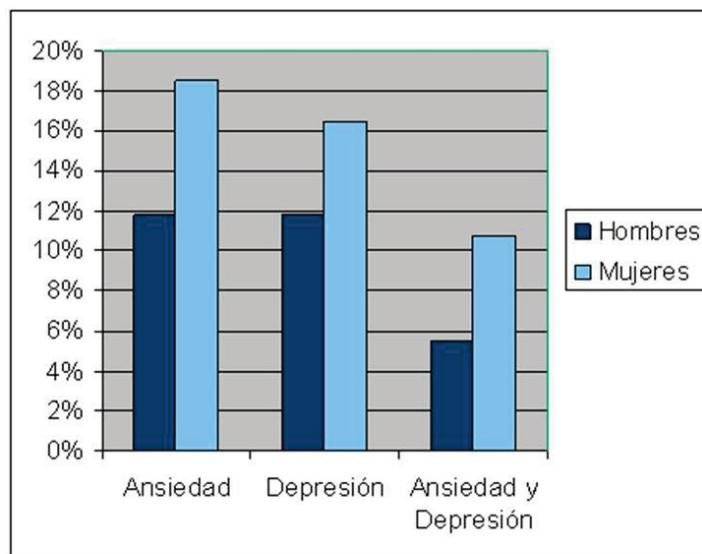


Gráfico II. Porcentaje de participantes que superaron los puntos de corte para cada subescala, en función del sexo.



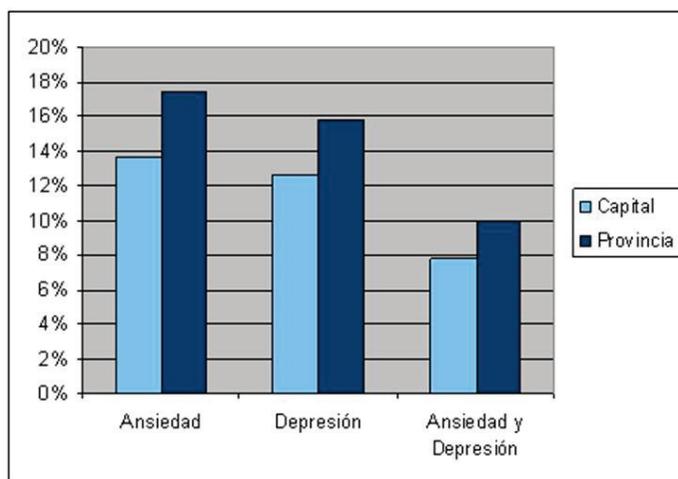


Gráfico III. Porcentaje de participantes que superaron los puntos de corte para cada subescala, en función de la ubicación del centro.

Ansiedad		<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación típ.</i>
<i>Edad</i>	No ansiedad	300	43,9	9,3
	Ansiedad	59	43,1	8,8
<i>Años de experiencia</i>	No ansiedad	300	17,3	9,8
	Ansiedad	59	17,2	9,7
Depresión		<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación típ.</i>
<i>Edad</i>	No depresión	305	43,7	9,3
	Depresión	54	44,3	8,7
<i>Años de experiencia</i>	No depresión	305	17,3	9,8
	Depresión	54	17,6	9,7
Ansiedad y Depresión		<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación típ.</i>
<i>Edad</i>	No	326	43,8	9,2
	Ansiedad y Depresión	33	43,4	9,1
<i>Años de experiencia</i>	No	326	17,3	9,8
	Ansiedad y Depresión	33	17,6	10,1

Tabla I. Edad y años de experiencia de aquellos participantes que presentaban ansiedad y/o depresión y de aquellos que no.

	Ansiedad	Depresión	Ansiedad y Depresión
Infantil y primaria	18,2%	16%	10,2%
Secundaria	9,6%	9,6%	3,5%
Centro Público Rural	41,7%	41,7%	41,7%
Otros	16,7%	16,7%	16,7%

Tabla II. Porcentaje de participantes que superaron los puntos de corte para cada subescala, en función del tipo de centro.

Discusión

Este trabajo supone un primer acercamiento al conocimiento de los trastornos de ansiedad y depresión entre los docentes de Huelva, así como a su perfil sociodemográfico y laboral. La idea que sirve de premisa esencial a la práctica de la Salud Laboral es que todos los problemas de salud relacionados con el trabajo son, por definición, susceptibles de prevención, ya que sus determinantes se encuentran precisamente en las condiciones de trabajo(17). Así, identificar tales problemas constituye un elemento fundamental de las actuaciones pertinentes a realizar.

Los resultados mostraron una presencia considerable tanto de ansiedad como de depresión entre nuestros participantes, superando los puntos de corte el 16,4% y el 15% de los sujetos respectivamente. A este respecto, es preciso considerar que las investigaciones previas presentan en su mayoría resultados similares, debiendo ser conscientes del uso de métodos diferentes de valoración a la hora de establecer comparativas.

En un estudio llevado a cabo en diversas empresas españolas de distinta actividad económica empleando el test GHQ-28, encontraron una prevalencia global de trastornos afectivos del 15,8%. Los autores reflejaron asimismo el aumento de la prevalencia a medida que se acentuaba el carácter de servicios de las empresas incluidas en su estudio(18).

Concretamente en el ámbito de la docencia, Galdeano et al.(5) encontraron que un 19,6% de los docentes de educación secundaria de centros públicos de Lleida presentaban una puntuación alta del test GHQ-28 de Goldberg (es decir, problemas de ansiedad, estrés o depresión). Por su parte, Cornejo Chávez(11) en su estudio sobre bienestar/malestar en docentes de educación secundaria de Chile, observó que un 6% de los participantes obtuvieron niveles altos al ser aplicado el test GHQ-12 de Goldberg. En otro estudio también realizado en Chile, los profesionales de escuelas especiales mostraron un nivel de riesgo medio de presentar cuadros de ansiedad o depresión, asimismo mediante el test GHQ-12 de Goldberg(12).

Respecto a nuestros participantes, cabe destacar especialmente el 9,2% de sujetos que presentaron ambas problemáticas de forma conjunta. Estos resultados están en la línea de estudios previos como el de Zimmerman et al.(19), quienes mostraron que más de la mitad de las incidencias de ansiedad y depresión eran comorbilidad o coexistían en el mismo individuo.

En cuanto al análisis en función del sexo, si bien no encontramos diferencias estadísticamente significativas,

debemos tener en cuenta que entre nuestros participantes se observa mayor presencia de estas problemáticas entre las mujeres que entre los hombres. Lois Verbrugge señalaba que el peor estado de salud de las mujeres se debía a riesgos adquiridos y aspectos psicosociales como el estrés físico y mental que produce la doble o triple jornada laboral que deben realizar, así como el trabajo emocional que constantemente realizan en su papel de cuidadoras de toda la familia y de su entorno, entre otras cuestiones(20). En concreto sobre la ansiedad y la depresión, Galdeano et al.(5) sostienen que en su estudio puede apreciarse la importancia del género en las puntuaciones, presentando las mujeres el doble de probabilidades de dar un test positivo que los hombres. Igualmente, De la Revilla et al.(21) encontraron que las mujeres tenían mayores puntuaciones del GHQ-28 que los hombres.

Por otro lado, ni la edad ni los años de experiencia estuvieron asociados con los trastornos de ansiedad y depresión en nuestro estudio. Sobre esta cuestión, Galdeano et al.(5) encontraron que la edad y los años de experiencia profesional estaban asociados de forma estadísticamente significativa con el resultado positivo del GHQ-28 en el análisis bivariado, pero desaparecía dicha relación en el análisis multivariado. Para Gimeno et al.(18), el riesgo de presentar un trastorno afectivo variaba en función del aumento de los años de antigüedad, aunque estas diferencias no fueron significativas.

Una posible explicación en este sentido la podemos encontrar en que si bien no difieren en cuanto a sus niveles de ansiedad y depresión, habría que valorar si las causas en todos los casos son las mismas. Los docentes más jóvenes y con poca experiencia laboral pueden padecer grados más elevados de estrés por no haber adquirido la experiencia necesaria para controlar el trabajo y los alumnos. Por su parte, en los profesores más mayores el problema es la propia enseñanza y las metodologías usadas(5).

Referente al tipo de centro en el que trabajaban nuestros participantes, hubo más sujetos que presentaron ansiedad y/o depresión en el caso de los Centros Públicos Rurales frente a todos los demás centros estudiados. No obstante, es preciso tener en cuenta el limitado número de participantes en ese grupo para extraer conclusiones al respecto. En cuanto a la ubicación, impartir clase en un centro de la capital o en otro lugar de la provincia no se relacionó significativamente con los trastornos de ansiedad y depresión, si bien eran algo inferiores en aquellos que trabajaban en la capital frente a los que lo hacían en

el resto de la provincia. Debido a la amplitud de centros implicados, resultaría adecuado estudiar más a fondo para clarificar estas cuestiones. En definitiva, sería conveniente replicar el trabajo con un mayor número de sujetos para considerar los puntos previamente comentados. Futuras investigaciones al respecto podrían recoger tanto esas como otras cuestiones para profundizar en los factores que influyen sobre los niveles de ansiedad y depresión de los docentes.

Este estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, es preciso tener en cuenta que trabajamos exclusivamente con aquellos sujetos que acuden a realizarse el reconocimiento de salud (que es de carácter voluntario, excepto en determinados supuestos). Esto podría estar condicionando nuestros resultados en función de las características de aquellos docentes que no acuden a realizarse el reconocimiento. En el mismo sentido, debemos considerar el número de sujetos excluidos por la falta de la documentación o por una incorrecta cumplimentación de la escala. Respecto al instrumento de medida utilizado, recurrimos a aquel empleado en el Centro de Prevención de Riesgos Laborales, debiendo tener en cuenta que se trata de una escala de cribaje y que, pese a que se determinan las preguntas con claridad, las respuestas solamente permiten la dicotomía. Finalmente, no podemos olvidar que los factores culturales y contextuales siempre limitan la generalización que se puede hacer de los resultados empíricos.

A modo de conclusión, es necesario destacar la presencia de problemática ansioso-depresiva entre la población docente estudiada, cuestión que puede llegar a afectar notablemente a la calidad de la imprescindible labor que llevan a cabo estos profesionales de la enseñanza. Se trata éste de un trabajo complejo por cuanto no sólo requiere el trato continuo con personas, sino que también supone contacto diario con los problemas de dichas personas que tienen como alumnos.

Debemos considerar que la relación entre el trabajo y la salud es compleja, bidireccional y puede dar lugar a efectos tanto positivos como negativos. De hecho, los problemas de salud relacionados con el trabajo son problemas con un impacto social y sanitario tan importante que debemos considerar la Salud Laboral como un área prioritaria dentro de la Salud Pública(17).

La prevención, detección y tratamiento de los problemas de salud mental en el ámbito laboral no es tarea sencilla debido a su carácter multidimensional, interviniendo factores personales, organizacionales y socioculturales. El abordaje de estos aspectos requiere, por tanto, de una

perspectiva multidisciplinar(22).

En este sentido, sería conveniente desarrollar intervenciones enfermeras en personas con sintomatología de ansiedad y depresión en la línea de la presentada por Casañas et al.(9). Resulta fundamental, pues, profundizar en su conocimiento y plantearse estrategias de actuación en este campo de la Salud Laboral, cuestión que no ha sido considerada en su justa medida por parte de Enfermería.

Bibliografía

1. Ponce CR, Bulnes MS, Aliaga JM, Atalaya MC, Huer-tas RE. El síndrome del quemado por estrés laboral asis-tencial en grupos de docentes universitarios. *Revista de Investigación en Psicología*. 2005; 8: 87-112.
2. Franco Justo C, Mañas Mañas I, Justo Martínez E. Re-ducción de los niveles de estrés, ansiedad y depresión en docentes de educación especial a través de un programa de mindfulness. *Revista Educación Inclusiva*. 2009; 2(3).
3. Madsen IE, Diderichsen F, Burr H, Rugulies R. Per-son-related work and incident use of antidepressants: re-lations and mediating factors from the Danish work environment cohort study. *Scandinavian journal of work, environment & health*. 2010; 36(6):435-44.
4. Franco Justo C, Mañas I, Cangas Díaz AJ, Moreno San Pedro E, Gallego J. Reducción del malestar psicoló-gico de los profesores a través de un programa de entre-namiento en mindfulness. *The Spanish Journal of Psychology*. 2010; 13(2):655-666.
5. Galdeano H, Godoy P, Cruz I. Factores de riesgo psi-cosocial en profesores de educación secundaria. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*. 2007; 10 (4): 174-180.
6. Mañas Mañas I, Franco Justo C, Justo Martínez E. Re-ducción de los niveles de estrés docente y los días de baja laboral por enfermedad en profesores de Educación Se-cundaria Obligatoria a través de un programa de entrena-miento en mindfulness. *Clínica y Salud*. 2011; 22(2).
7. Mahan PL, Mahan MP, Park NJ, Shelton C, Brown KC, Weaver MT. Work environment stressors, social support, anxiety, and depression among secondary school teachers. *American Association of Occupational Health Nurses Journal*. 2010; 58(5):197-205.

Enfermería del Trabajo 2014; 4: 55-62
 Castillo Martínez,A, Fernández Pujazón, R, López Jiménez, P
 Prevalencia de ansiedad y depresión en docentes

8. Osada J, Rojas M, Rosales C, Vega-Dienstmaier JM. Sintomatología ansiosa y depresiva en estudiantes de medicina. *Revista Neuropsiquiatría* 2010; 73 (1).
9. Casañas Sánchez R, Raya Tena A, Valls Colomer MM, Toribio Tomás MA, Ibáñez Pérez L, López Hervás A et al. Psicoeducación grupal en pacientes con ansiedad y depresión: intervención enfermera. *Revista Presencia*. 2009; 5(10).
10. Eysenck MW, Payne S, Santos R. Anxiety and depression: past, present, and future events. *Cognition and Emotion*. 2006; 20(2): 274-294.
11. Cornejo Chávez R. Condiciones de trabajo y bienestar/malestar docente en profesores de enseñanza media de Santiago de Chile. *Educación y Sociedad*. 2009; 30(107):409-426.
12. Muñoz Quezada MT, Lucero Mondaca BA. Evaluación de la salud mental en profesionales de escuelas especiales del Talca, Chile. *Psicología Conductual*. 2009; 17(2): 381-399.
13. Benn R, Akiva T, Arel S, Roeser RW. Mindfulness training effects for parents and educators of children with special needs. *Developmental Psychology*. 2012; 48(5): 1476-87.
14. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *British Medical Journal*. 1988; 297: 897-899.
15. Montón C, Pérez MJ, Campos R, García J, Lobo A. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Atención Primaria*. 1993; 12: 345-9.
16. Balanza S, Morales I, Guerrero J. Prevalencia de ansiedad y depresión en una población de estudiantes universitarios: factores académicos y sociofamiliares asociados. *Revista Clínica y Salud*. 2009; 20 (2).
17. Ruiz Frutos C, García AM, Delclòs J, Benavides FG. *Salud Laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales*. 3ª ed. Barcelona: Masson, 2007.
18. Gimeno D, Benavides FG, Benach J, Jarque S, Cambra S, Devesa J. Trastornos afectivos en la población laboral: ¿un problema emergente en salud laboral? *Medicina Clínica*. 2001; 116: 493-95.
19. Zimmerman M, McDermt W, Mattia JI. Frequency of anxiety disorders in psychiatric outpatients with major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2000; 157(8):1337-1340.
20. Valls Llobet C, Banqué M, Fuentes M, Ojuel J. Morbilidad diferencial entre hombres y mujeres. *Anuario de Psicología*. 2008; 39(1): 9-22.
21. De la Revilla L, De los Ríos AM, Luna JD. Utilización del cuestionario de salud de Goldberg (GHQ-28) en la detección de los problemas psicosociales en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria*. 2004; 33 (8): 417-22.
22. Mingote Adán JC, Del Pino Cuadrado P, Sánchez Alaejos R, Gálvez Herrer M, Gutiérrez García MD. El trabajador con problemas de salud mental. Pautas generales de detección, intervención y prevención. *Medicina y Seguridad del Trabajo*. 2011; 57(1): 188-205.

Agradecimientos

Al personal del Centro de Prevención de Riesgos Laborales de Huelva, especialmente al Área de Vigilancia de la Salud.

Artículo original

Evaluación de los factores psicosociales en profesionales de Atención Primaria de Salud

Autores

Alba Martín, R
Diplomada Universitaria en Enfermería

Zafra Sánchez, MT
Diplomada Universitaria en Enfermería

USM Reina Sofía, Córdoba

Trazabilidad editorial

Recepción: 10-12-2013
Revisión por pares: 14-01-2014
Aceptación final: 14-02-2014

Correspondencia

Raquel Alba Martín
Correo Electrónico: raquelalbamartin@satse.es

RESUMEN

Introducción

Actualmente la calidad, centrada en el usuario, deja atrás la importancia que tiene el profesional de enfermería como dador de cuidados. La “salud”, definida por la OMS como situación de completo bienestar bio-psico-social, implica que toda persona tiene necesidades, problemas, inquietudes.

Objetivo

Se planteó realizar una evaluación de los factores psicosociales en profesionales de atención primaria.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo transversal, cuyo tamaño muestral fue de 43 trabajadores elegidos al azar, mediante un muestreo aleatorio estratificado por categoría profesional y se pasó un cuestionario siguiendo el método del INSHT. Las variables dependientes fueron: carga mental, autonomía temporal, contenido de trabajo, supervisión-participación, definición de rol, interés por el trabajador y relaciones personales. Para el análisis de datos se utilizó el programa informático SPSS 19.0.

Resultados

Las puntuaciones medias más elevadas se registraron para la variable “carga mental”, como situación nociva,

con una puntuación media de 7,41. Conclusiones. Esta dimensión representa una prioridad en cuanto a las acciones correctoras a adoptar, principalmente en las categorías directivos y atención al público, haciendo hincapié en el ritmo de trabajo y en la fatiga percibida por los trabajadores.

Palabras clave: Factores psicosociales. Atención primaria. Trabajadores. Condiciones de trabajo. Salud laboral.

Introduction

Actually, quality focuses on user and is less important health professional as care giver. OMS’s definition as situation of full biopsychosocial welfare required that every person has needs, problems, concerns. So, the main objective was evaluated psychosocial factors that decrease human quality of people are working there.

Material and methods

By means of descriptive- cross study, with 43 workers of sample that we choose at random (stratified sampling by professional category). We gave them a self-administered questionnaire and the following items: mental workload, temporal autonomy, work content, supervision-participation, role definition, interest in worker and relationships. Using SPSS 19.0 to data analysis. Workers. Working conditions. Occupational health.

Results

To include the highest scores were to mental workload, with an average punctuation of 7,41.

Conclusions

This item represents a priority in corrective actions, mainly in directors and attention to the public categories, emphasizing in pace of work and perceived fatigue by workers.

Key words: Psychosocial factors. Primary health care.

Introducción

El concepto de “factores psicosociales” hace referencia a aquellas condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral y que están directamente relacionadas con la organización, el contenido de trabajo y la realización de la tarea, y que tienen capacidad para afectar tanto al bienestar o a la salud del trabajador como al desarrollo del trabajo¹.

La OMS considera que la salud no es solamente la ausencia de enfermedad sino una situación de bienestar físico, psíquico y social². En el área de los aspectos psicosociales, no es posible establecer relaciones tan claras y directas entre causas y consecuencias como en otros ámbitos de la prevención. El que estas relaciones sean menos evidentes es debido a que en la generación de problemas de carácter psicosocial concurren distintas variables con gran influencia como ciertas características del individuo o porque los efectos de los factores psicosociales pueden manifestarse diferidos en el tiempo³.

Sin embargo, esto no quiere decir que no esté suficientemente probada la relación entre unos factores psicosociales adversos y los problemas antes mencionados. Ante una determinada condición psicosocial adversa no todos los trabajadores desarrollarán las mismas reacciones. Ciertas características propias de cada trabajador determinarán la magnitud y la naturaleza tanto de sus reacciones como de las consecuencias que sufrirá. Así, estas características personales también tienen un papel importante en la generación de problemas de esta naturaleza. Tanto en el trabajo como fuera de él, las personas se ven expuestas a una gran cantidad de factores que ponen a prueba su capacidad de adaptación. Esta capacidad es limitada. De esta forma el efecto sinérgico o aditivo de esos factores sobre la persona van minando su capacidad de resistencia o de adaptación, de manera que, tal vez, un

aspecto sin importancia sea “la gota que desborde el vaso”, es decir, el que desencadene una reacción en la persona.

Las consecuencias perjudiciales sobre el bienestar del trabajador que se derivan de una situación en la que se dan unas condiciones psicosociales desfavorables son el estrés, la insatisfacción laboral, problemas de relación o desmotivación laboral. Respecto al desarrollo del trabajo puede observarse absentismo, aumento de la conflictividad laboral, abandonos voluntarios de la empresa por parte de los trabajadores, baja productividad, etc.⁴

La mejora de las condiciones de trabajo supone la acción conjunta de la dirección, de los trabajadores y sus representantes y los diversos servicios internos o externos a la empresa. Conviene recordar que el activo más valioso que contiene una empresa es el personal que trabaja en ella y contribuir a su motivación y satisfacción laboral es hacer más eficaz la misma.^{5,6}

La ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales⁷, dispone en su artículo 14 que el empresario deberá garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo; y en su artículo 15 d. que deberá adaptar el trabajo a la persona, en particular, en lo que respecta a la concepción de los puestos de trabajo, así como a la elección de los equipos y métodos de trabajo y producción, con miras, en particular, a atenuar el trabajo monótono y repetitivo y a reducir los efectos del mismo en la salud.

El presente estudio tiene por objeto realizar una valoración de los factores psicosociales en profesionales de Atención Primaria de Salud en Córdoba.

Material y métodos

Ámbito de Estudio

El centro de salud, perteneciente al distrito sanitario Córdoba, cuenta con una plantilla de 47 trabajadores organizados en un centro de trabajo principal compuesto por las siguientes áreas: administración, sanidad, conductores y limpieza. Período de estudio: desde junio a noviembre de 2013.

Población y muestra

La muestra estuvo compuesta por 43 profesionales de los 47 trabajadores totales del centro de salud, tras de

terminar el tamaño muestral ajustado a las pérdidas (2% sin respuesta).

Sujetos de estudio

Variables independientes: categoría profesional. (Tabla 1)

- Atención al público: número total trabajadores (6). Operadores de información y personal que realizaba su jornada laboral en puestos de ventanilla, combinando dichas tareas con otras internas de trabajos administrativos.
- Sanitarios: Total trabajadores (28). Funciones sanitarias propias e instructores de información.
- Personal subalterno: Total trabajadores (3). Celadores-Conductores.
- Personal directivo: Total Trabajadores (2). Director Médico y de Enfermería.
- Personal auxiliar: Total trabajadores (4). Resto de personal no encuadrado en los subgrupos anteriores.

Variables dependientes:

- Carga Mental: se entiende el grado de movilización, el esfuerzo intelectual que debe realizar el trabajador para hacer frente al conjunto de demandas que recibe el sistema nervioso en el curso de la realización de su trabajo. Este factor se valora a partir de los siguientes indicadores: las presiones de tiempo, esfuerzo de atención, la fatiga percibida, el número de informaciones que se precisan para la realizar la tarea y el nivel de complejidad de las mismas son dos factores a considerar para determinar la sobrecarga. Así, se mide la cantidad de información manejada y la complejidad de esa información.
- Autonomía Temporal: se pregunta al trabajador sobre la elección de ritmo o de la cadencia de trabajo y de la libertad que tiene para alterarlos si lo desea, así como con respecto a su capacidad para distribuir sus descansos.
- Contenido del Trabajo: hace referencia al grado en que el conjunto de tareas que desempeña el trabajador activan una cierta variedad de capacidades humanas, responden a una serie de necesidades y expectativas del trabajador y permiten el desarrollo psicológico de los trabajadores. Realización de tareas repetitivas o monótonas o en qué medida es un trabajo que resulta importante y motivador.
- Supervisión-Participación: se evalúa a partir de la valoración que el trabajador otorga al control ejercido por la dirección y el grado de participación efectiva de dicho trabajador y de la valoración de los distintos medios de participación.
- Definición de Rol: es evaluado a partir de dos aspectos fundamentales: La ambigüedad de rol (se produce cuando se da al trabajador una inadecuada información sobre su

rol laboral u organizacional) y la conflictividad de rol (se da cuando existen demandas de trabajo conflictivas o que el trabajador no desea cumplir). Pueden darse conflictos entre las demandas de la organización y los valores y creencias propias, conflictos entre obligaciones de distinta gente y conflictos entre tareas muy numerosas o muy difíciles.

- Interés por el Trabajador: hace referencia al grado en que la empresa muestra una preocupación de carácter personal y a largo plazo por el trabajador o bien si la consideración que tiene por el trabajador es de carácter instrumental y a corto plazo. La preocupación personal y a largo plazo tiende a manifestarse en varios aspectos: asegurando estabilidad en el empleo, considerando la evolución de la carrera profesional, facilitando información y formación a los trabajadores. Por ello, se evalúan aspectos relativos a la promoción, formación, información y estabilidad en el empleo.

- Relaciones Personales: es evaluado a través de tres conceptos: se indaga hasta qué punto es posible la comunicación con otros trabajadores; se hace referencia a la calidad de las relaciones que el trabajador tiene con los distintos colectivos con los que puede tener contacto y se valoran las relaciones que se dan generalmente en el grupo de trabajo.

Finalmente, se ha escogido el Método de evaluación del INSHT8, 9 por:

- 1) Ser un método que, en principio, permite su utilización en cualquier empresa independientemente de su tamaño o actividad, constituir una herramienta práctica y manejable para la empresa y ofrecer una información comprensible y útil, tanto en su cometido diagnóstico (tomar conciencia de la situación, evaluar situaciones concretas y localizar fuentes de problemas) como orientativo (diseñar cambios y priorizar actuaciones y hacer comparaciones de un grupo en dos momentos distintos o entre distintos grupos).
- 2) Tratarse de un método fiable (tanto desde el punto de vista de la consistencia interna como de la estabilidad de las medidas) así como validado estadísticamente (en relación con el criterio y con respecto al contenido.)

Herramienta de recogida de datos: Este método se vale de la aplicación de un cuestionario (que se elaboró expresamente para ello) y de un sistema de evaluación, ordenación y conceptualización particular para conocer las condiciones psicosociales de los mismos en el ámbito laboral. Los factores psicosociales analizados son los que se desglosan a continuación:

1. Carga mental (CM).
2. Autonomía temporal (AT)

3. Contenido de trabajo (CT)
4. Supervisión-Participación (SP)
5. Definición de rol (DR)
6. Interés por el trabajador (IT)
7. Relaciones personales (RP)

Criterios de valoración empleados: Este método presenta los resultados en dos formatos diferentes: el perfil valorativo y el perfil descriptivo. El perfil valorativo ofrece la media de las puntuaciones para cada uno de los factores psicosociales de los que consta este método.

Estas puntuaciones son trasladadas a un perfil gráfico (**tabla 2**), en el que se presenta una escala de valores comprendida entre 0 y 10 para cada factor. El perfil valorativo ofrece dichas escalas unidas por una línea quebrada. Cada punto de corte entre la citada línea y cada escala marca la puntuación media obtenida por la muestra elegida en cada factor para la mejora de los puestos (los valores numéricos se pueden observar en el gráfico). Asimismo, en este perfil se distinguen tres tramos diferentes que señalan distintas situaciones de riesgo:

- Situación **satisfactoria** (desde 0 a 4 puntos): Las condiciones existentes son adecuadas. No es necesario adoptar ninguna medida correctora.

- Situación **intermedia** (desde 4 a 7 puntos): Las condiciones existentes pueden generar molestias a un cierto número de trabajadores pero no son lo suficientemente graves como para demandar una intervención inmediata. Sin embargo, es una situación que es preciso subsanar en cuanto sea posible, ya que en el futuro, puede constituir una fuente de problemas. (figura 3)

- Situación **nociva** (desde 7 a 10 puntos): Los factores cuya puntuación esté comprendida en este tramo requieren una intervención en el plazo más breve posible. Es previsible que en esta situación exista entre los trabajadores una gran insatisfacción con su trabajo, una tendencia al incremento del absentismo o que aparezca sintomatología asociada al estrés.

Para cada factor, se indica debajo de cada escala, el porcentaje de trabajadores que se posicionan en cada uno de los tres tramos. El perfil descriptivo ofrece una información detallada de cómo se posicionan los trabajadores de la muestra elegida ante cada pregunta, permitiendo conocer el porcentaje de elección de cada opción de respuesta, lo cual permite obtener datos acerca de aspectos concretos relativos a cada factor. Esta información ayuda a orientar las acciones particulares que se han de emprender para la mejora de un determinado factor.

Resultados

En la evaluación se ha visto que el factor CM se encuentra comprendido en el rango considerado como nocivo (figura 1). Asimismo, se observa que varios factores como AT, CT, SP e IT se encuentran en el rango intermedio. Los factores DR y RP se encuentran en el rango satisfactorio. Factores que por ser correctos deben ser mantenidos en el rango en que actualmente están. Si analizamos el perfil descriptivo, a nivel del grupo completo del centro y teniendo en cuenta el bajo porcentaje de “sin respuesta” (2 %), obtenemos un valor para la CM de un 7,4 en el perfil valorativo. Este parámetro evaluado entre las preguntas 1-11 del cuestionario, nos reveló que:

- El 70 % del personal considera que casi todo el tiempo, debe mantener la atención.

- La recuperación de los retrasos se debe realizar durante el trabajo acelerando el ritmo, manifestado por el 61% de los trabajadores.

- El 38% manifiesta fatiga al finalizar la jornada, sumándose el 29% que afirma padecer fatiga frecuentemente.

Se debe tener en cuenta que dicho factor en el subgrupo personal directivo y atención al público, obtienen situaciones nocivas, y el resto de los subgrupos situaciones intermedias, haciendo constancia que el subgrupo sanitario se acerca al valor de situación nociva.

Otro factor a tener en cuenta dados los resultados obtenidos es la S-P ya que se encuentra comprendido en el rango considerado como situación intermedia, pero con la puntuación más alta del perfil valorativo 5,8 para esta situación, e incluso para el subgrupo de atención al público comienza a estar en la situación considerada como nociva y situación intermedia para el subgrupo de personal directivo. Este parámetro evaluado entre las preguntas 35-51 del cuestionario, reveló que:

- Más de la mitad del personal (51,9%) considera insuficiente la planificación y supervisión de los trabajos (figura 2).

- El 25% considera que no existe comité de empresa y el 21 % considera que es malo su funcionamiento.

- El 46 % de los trabajadores afirma que no se le considera a la hora de participar en el orden de operaciones a realizar en su trabajo, y el 48 % afirma que no se le considera en la resolución de incidencias, y a más de la mitad no se cuestiona su participación a la hora de planificar el trabajo ni en la distribución de las tareas.

Se debe hacer constancia de la proximidad al límite del subgrupo de atención al público en el factor autonomía temporal, a la situación de nociva. Esta circunstancia se

debe en principio al tipo de trabajo, ya que para el 46 % de los trabajadores de éste subgrupo debe sustituirle un compañero a la hora de realizar pausas. En cuanto a los factores de DR y RP los trabajadores del centro y en los subgrupos de personal subalterno, atención al público, personal de oficinas y sanidad, coincidieron dentro del rango satisfactorio.

Discusión

Ante una condición psicosocial adversa, no todos los trabajadores desarrollarán las mismas reacciones. Ciertas características propias de cada trabajador determinarán la magnitud de sus reacciones y las consecuencias que sufrirá.

La comparación con otros trabajos que han evaluado los factores psicosociales en profesionales de atención primaria se hace difícil ya que utilizan otros instrumentos de medida que no hacen referencia expresa a los mismos.

Aunque existen divergencias en el interés y métodos empleados por los estudiosos en este tema¹², éstos coinciden que el estrés laboral es el resultado de la interacción que la persona guarda con su medio de trabajo y cuando es percibido con sentido de ineficacia ante las demandas del entorno, se desata una situación que, de acuerdo al nivel de vulnerabilidad personal y grado de exposición, puede afectar gravemente la salud integral y por tanto la calidad de vida del trabajador^{13, 14, 18}.

Algunos trabajos se centran en estamentos profesionales concretos y de forma separada, obviando, en la mayor parte de los casos, al personal no sanitario^{12, 15}. Encontramos conclusiones similares en estudios realizados en otros países¹⁶. Este aspecto discrepa con la perspectiva multidisciplinar del trabajo en equipo que este nivel asistencial propugna y que, por tanto, afecta al correcto desarrollo de la labor asistencial. No obstante, puede explicarse si se piensa que médicos y enfermeros son los profesionales que mantienen mayor contacto con los pacientes¹⁷ y, por consiguiente, están más expuestos a estos factores de riesgo.

Como dato significativo, la interrelación con los compañeros, es valorada en otros estudios como la dimensión que más se asocia a estrés laboral, encontrando una razón de casi tres veces más posibilidades de mantener una salud mental óptima cuando la interacción social, así como los aspectos organizacionales, son considerados por el trabajador como sin riesgo¹⁴. Nuestros hallazgos se asemejan en cuanto a que los profesionales la perciben como situación satisfactoria y, por tanto, no se hace necesario adoptar ninguna medida correctora.

Consideraciones Éticas: Con el fin de conseguir un nivel de respuesta aceptable^{15, 18} y que fuesen lo más precisas y fiables posible se les recordó que el cuestionario era anónimo y que no contenía datos identificativos para garantizarlo; que debían responder con sinceridad y que la finalidad de su aplicación era el conocimiento del ambiente psicosocial del trabajo en la empresa para identificar aquellos aspectos desfavorables y promover su mejora.

Conclusiones

En la evaluación se ha visto que la dimensión Carga Mental responde a la puntuación media más elevada (7,4), principalmente en las categorías personal directivo, atención al público y sanitarios (6,9). Así, es prioritario dirigir acciones correctoras haciendo hincapié en el ritmo de trabajo (61% de los profesionales) y en la fatiga percibida (38%).

La dimensión Supervisión-Participación, percibida como riesgo intermedio total y, con la puntuación más alta para el personal de atención al público (7,2), requiere intervención preventiva, aunque no inmediata. Finalmente, las dimensiones Definición de Rol y Relaciones Personales nos proporcionan una valoración positiva por parte de los trabajadores y, por ser correctos, deben ser mantenidos en el rango que actualmente se encuentran.

Limitaciones

La normalización de las condiciones de aplicación es fundamental en toda investigación social en la que se utilice el cuestionario como técnica de recogida de datos. Su objetivo es, por una parte, garantizar que todos los sujetos reciban las mismas instrucciones y evitar que se den errores de medición debido a que los sujetos sean orientados de forma diferente a la hora de contestar. La información que se facilita al trabajador tiene que buscar la buena disposición y la colaboración de éste, dado que, tanto el esfuerzo que supone el contestar a un cuestionario como el hecho de no saber exactamente qué uso se hará de sus respuestas puede suscitar el desinterés o el recelo de los encuestados y a su vez, provocar una mala disposición a la hora de responder al cuestionario.

Por otra parte, únicamente se han analizado variables dependientes. Se plantea también la recogida de variables independientes (categoría profesional) por su posible asociación para futuras líneas de investigación. Destacar que los resultados obtenidos para una muestra de 43 profesio-



nales en un solo centro de salud, no serán representativos de toda la población de personas que trabajan en atención primaria.

Agradecimientos

“Por último dejar constancia de la colaboración y

ayuda recibida para la realización de este trabajo por parte de todos los empleados del centro y a quienes nos acompañaron en las visitas y, en especial, **a un gran profesional** que ha hecho posible la divulgación del mismo: Gracias Manuel”.

Tabla 1: Distribución muestral por categoría profesional

CATEGORÍA	Nº PROFESIONALES	%
Atención al público	6	13,95
Sanitarios	28	65,11
Celadores	3	6,97
Directivos	2	4,65
Auxiliares	4	9,30
TOTAL	43	100

Tabla 2: Recogida de datos

SUBGRUPOS	CM	AT	CT	SP	DR	IT	RP
P. Subalterno	I(4.81)	S(3.33)	S(3.17)	S(1.77)	S(1.02)	S(1.83)	S(0.83)
P. Directivo	N(7.86)	I(4.25)	S(3.64)	I(4.48)	I(4.30)	I(4.69)	S(1.88)
A. al Público	N(7.82)	I(6.15)	I(5.13)	N(7.17)	S(3.59)	I(5.09)	S(2.92)
P. Auxiliar	I(5.85)	S(3.00)	S(3.8)	S(2.52)	S(1.05)	S(1.75)	S(0.75)
P. Sanitario	I(6.93)	I(4.38)	S(3.71)	I(5.06)	S(1.08)	I(4.81)	S(2.00)

S = situación **Satisfactoria**

I = situación **Intermedia**

N = situación **Nociva**

CM=carga mental

AT=autonomía temporal

CT=contenido de trabajo

SP=supervisión-participación

DR=definición de rol

IT=interés por el trabajador





Figura 1: Resultados obtenidos en porcentaje

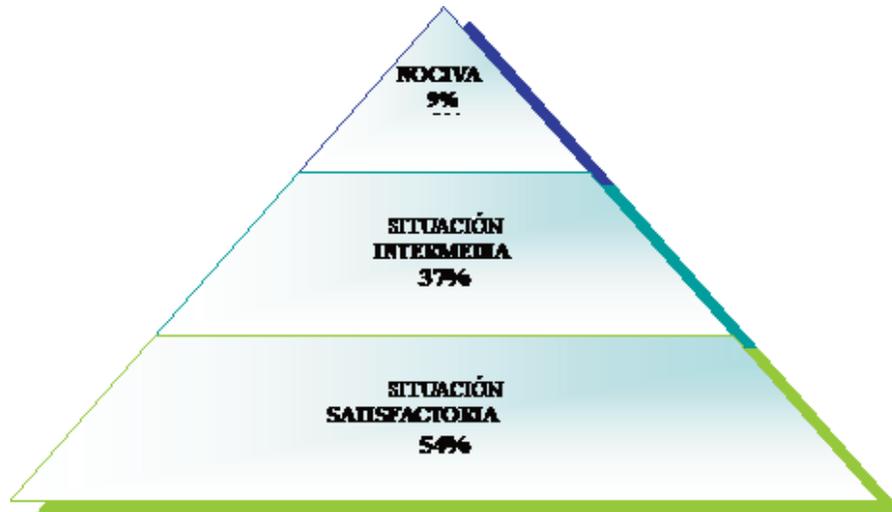


Figura 2: Supervisión-participación. Percepciones de los profesionales

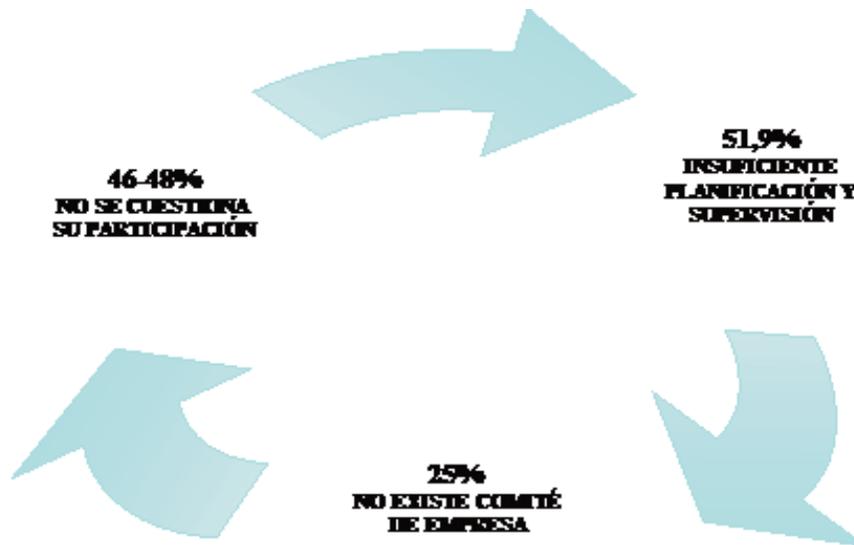


Figura 3: Ejemplo de medidas preventivas a adoptar



Bibliografía

1. Escribá V., Cárdenas M. “Estresores laborales y bienestar psicológico. Impacto en la enfermería hospitalaria”. 23:506-11. Revista ROL Enfermería. 2000.
2. Poupin B. Lauren. “El concepto de salud un nuevo paradigma”. Año 2(2):18-21. Horizonte Enfermero, 1991 primavera-verano.
3. Mingote Adán José C. “El cuidado del cuidador” Ed. Díaz de Santos. Madrid. 2003.
4. Grau A. “Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales”. 19 (6): 463-70. Gaceta Sanitaria.2005.
5. Atance JC. “Aspectos epidemiológicos del Síndrome de burnout en personal sanitario”. 71: 293-303. Revista Española de Salud Pública. 1997.
6. Maslow AH. “Motivation and personality”. 2ª Ed. New York: Harper and Bros Publishers. 1970.
7. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. (BOE n ° 269 de 10.11.95)
8. INSHT. Notas Técnicas de Prevención 926-937. Consultado en: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/NTP/926a937/926w.pdf>
9. Martín, F. y Pérez, J. Factores psicosociales: metodología de evaluación. Nota Técnica de Prevención 443. INSHT, 1997.
10. INSHT. NTP 780: El programa de ayuda al empleado (EAP): intervención individual en la prevención de riesgos psicosociales.
11. Organización Internacional del Trabajo/Organización Mundial de la Salud. Factores psicosociales en el trabajo: naturaleza, incidencia y prevención. Comité Mixto OIT/OMS sobre medicina del trabajo. Ginebra, 1984. Consultado en: http://biblioteca.uces.edu.ar/MEDIA/EDOCS/FACTORES_Texto.pdf.
12. Fernández San Martín M. I. et al. Estudio de la satisfacción y sus determinantes en los trabajadores sanitarios de un área de Madrid. Revista española de salud pública. Volumen n ° 6; 69:487-497. Noviembre-dic. 1995.
13. Delgado Pérez J.D. Evaluación de riesgos psicosociales de la policía local en la costa occidental de la provincia de Huelva. Revista Digital de Prevención. 28 Abril.
14. Valero Cruz. H., Caballero Poutou. “Efectos de la turnicidad laboral sobre la calidad del sueño y la percepción de salud”. 5 (1): 10-9. Revista Cubana de Salud y Trabajo. 2004.
15. De Asís Manchado López F., Molina Recio G., Romero Saldaña M., Vaquero Abellán M. Evaluación del síndrome de burnout en profesionales de atención primaria de salud de Córdoba. Medicina y seguridad del trabajo. Volumen n ° 197: 55-62. Dic. 2004.
16. Estrés organizacional y factores psicosociales laborales asociados a salud mental en trabajadores de atención primaria. Waxapa. Volumen 2, n ° 5 Julio-Dic. 2011.
17. Quirós AMB., Labrador EFJ. Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencias extrahospitalarias de la clínica Health Psychol. 2007; 7(2): 323-335.
18. Sánchez González R. Calidad de vida profesional de los trabajadores de atención primaria del Área 10 de Madrid. MEDIFAM. Volumen 13, n ° 4; 13: 291-296. Abril 2003.

Casos Clínicos

Reimplante de miembro superior Inserción al puesto de trabajo tras accidente laboral

Autores

Ciércoles Prado, J

jciercoles.gapm05@salud.madrid.org

Enfermero de Empresa en Repsol

Fraternidad Prevención y en la Unidad de Reimplante de miembro superior del Hospital Universitario La Paz (Madrid)

Castro García, J

Cirujano plástico adjunto del Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora

Complejo Hospitalario de Navarra

Pamplona

Resumen

En el medio laboral se pueden producir casos de amputaciones de miembros superiores, la actuación de equipos especializados en este tipo de cirugías, puede facilitar la reinscripción de estos trabajadores a la vida laboral otra vez, tras el accidente.

En este trabajo se presenta en caso de un varón de 38 años, que sufrió amputación de la mano izquierda a nivel transmetacarpiano y del primer dedo a nivel de la segunda falange, con una guillotina para cortar metal. La cirugía realizada y la rehabilitación le permitió volver a su puesto de trabajo.

Palabras clave: Reimplante, miembro superior, cirugía, rehabilitación, laboral.

Abstract

Upper limb amputations may occur in certain workplaces. Surgery teams specialized in such lesions can help integrate affected workers.

A case is presented of a 38 years old male who suffered a left hand transmetacarpal and first finger second joint amputation with a metal guillotine. Surgery and rehabilitation allowed him to return to his job.

Keywords: Reimplant, upper limb surgery, rehabilitation, employment.

Introducción

Desde Enero de 2008, funciona en el Hospital Universitario "La Paz" de Madrid, una Unidad de referencia en reimplantes de extremidades superiores. Esta unidad trabaja de forma sistematizada y con cobertura las 24 horas del día. Además de La Paz, los otros centros de referencia nacional son: el Hospital General Yagüe (Burgos), el Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla) y la Corporación Sanitaria Parc Taulí (Barcelona).

La Organización Nacional de Trasplantes coordina la logística del traslado del miembro amputado a los hospitales de referencia nacionales y concretamente en la Comunidad de Madrid lo coordina el Summa 112.

El Hospital Universitario La Paz cuenta con un equipo multidisciplinar dirigido por el Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora, en el que participan los servicios de Medicina Intensiva, Traumatología, Anestesiología y Reanimación. La unidad está formada por cirujanos plásticos, enfermeras y auxiliares de enfermería. También intervienen la coordinadora de trasplantes, supervisor/a de guardia, equipos de apoyo, celadores, jefe de personal subalterno de guardia, banco de sangre y laboratorio.

Reimplante

El reimplante está indicado en casos de una amputación completa o parcial del miembro superior hasta la V

deltoidea y los dedos, también se valoran amputaciones de miembro inferior, orejas, cuero cabelludo, pene, etc. Las limitaciones para el reimplante pueden venir dadas por el estado de salud del paciente (Ej. traumatismos graves que comprometan la vida del paciente, patologías concomitantes severas, etc.), o por mal estado o mala conservación del miembro amputado (aplastamientos severos, grandes avulsiones, lesiones térmicas distales, tiempos de isquemia prolongados etc.). En todo caso, no hay verdades absolutas y siempre hay que valorar individualmente cada paciente y cada caso, estudiando el mecanismo de la lesión, el estado del muñón y del miembro de amputación, el estado de salud, tiempo de isquemia, etc.

La conservación del miembro amputado es fundamental para su posterior reimplantación. La parte amputada se debe envolver en una gasa o compresa humedecida en suero e introducirla en una bolsa de plástico, la cual se coloca en un recipiente isotérmico con hielo, evitando así el contacto directo entre la extremidad y el hielo. No se debe manipular el extremo proximal (el muñón) salvo para la aplicación de un vendaje compresivo que frene la hemorragia.

Actuación

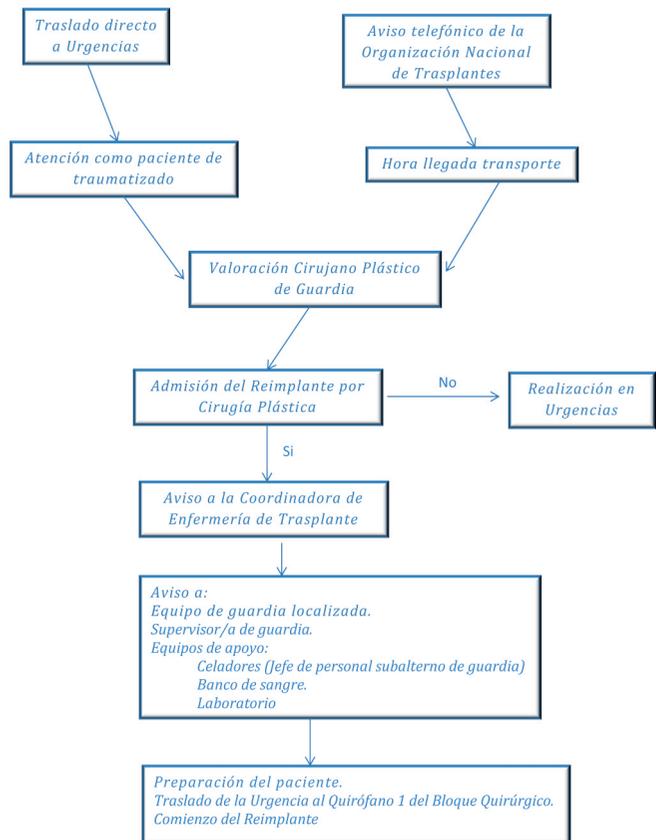
Aunque se trata de una cirugía de urgencia y no siempre reglada, es importante tenerlo todo protocolizado para no prolongar los tiempos de isquemia.

La recogida de información de estos pacientes suele ser difícil, al ser pacientes que ingresan provenientes de las urgencias, sin un historial clínico de referencia. Se realizará por parte de la enfermera circulante, una vez que el paciente llegue al quirófano, y le preguntará por sus antecedentes personales de enfermedades y de posibles alergias, tanto a medicamentos como a otros alérgenos, en especial al látex. También se recogerán datos de los informes de urgencias que aporte el paciente o sus acompañantes, aunque en ocasiones es difícil, pues podemos atender a pacientes de fuera de Madrid, por lo que es complicado que los familiares acudan antes de la intervención. Si el reimplante es fuera del horario laboral, en fin de semana o festivo, la coordinadora de trasplantes, una vez avisada por la Organización Nacional de Trasplantes o por el cirujano plástico de guardia, activa el protocolo de actuación.

La anestesia varía dependiendo del tipo de reimplante y de la duración de la intervención, en caso de prever que sea larga se suele hacer una anestesia general, en caso de ser un dedo, se puede utilizar una anestesia troncular.

En caso de ser una cirugía larga, se suele realizar un sondaje vesical al paciente para controlar la diuresis.

Protocolo de actuación ante un Reimplante de miembro superior



Material a preparar

- Instrumental de microcirugía.
- Motor de cirugía plástica, “Pen Driver” o “Core”.
- Bases: “Mano ósea”, “Mano”, “Mayor ósea”.
- Material para realizar Osteosíntesis, agujas de Kirschner”, fijadores externos, etc.
- Equipo de mano.
- Compresas de quemados, gasas, cánula de aspiración pequeña, aspirador, bisturí eléctrico, hojas de bisturí, cápsulas, etc.
- Suturas especiales de microcirugía.
- Microscopio con funda estéril.
- Material de anestesia y de reanimación.

Preparación en quirófano: lavado y posicionamiento

Antes que el paciente llegue al quirófano, tenemos que tener preparado el instrumental anteriormente citado, la medicación y el respirador, para realizar la anestesia, un recipiente con agua y clorhexidina jabonosa para lavar el

miembro afectado.

Cuando todo esta preparado el paciente viene trasladado desde las Urgencias de Traumatología a la primera planta del Bloque Quirúrgico, quirófanos de cirugía plástica. Cuando llega el paciente lo recibe la enfermera circulante con el anestesista, que recoge la información e intenta tranquilizar al paciente. La enfermera instrumentista, una vez lavada las manos y antebrazos, se pone la bata y los guantes estériles y prepara la mesa y el instrumental necesario, normalmente los cirujanos plásticos van preparando el miembro afectado. Una vez anestesiado el paciente, y lavada la zona afectada, se monta el equipo de mano y la funda del microscopio.

Si la cirugía dura más de 3 ó 4 horas, las enfermeras van rotando los puestos para evitar el cansancio. Una vez finalizada la intervención el paciente es trasladado con la enfermera circulante, anestesista y celadores a la Unidad de Cuidados Intensivos de la 4ª planta del edificio de Traumatología.

Proceso de Atención Enfermero (resumido)

Criterios de valoración enfermeros (CENES)

- Edad (0105)
- Dolor (0811)
- Alergias (2903)
- Tipo de riesgo laboral (2905)
- Nerviosismo (5) / Relajado (1) (3504)
- Ansiedad (3513)

Diagnósticos enfermeros (NANDA)

- Riesgo de infección (00004)
- Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal (00005)
- Deterioro de la integridad cutánea (00046)
- Riesgo de disfunción neurovascular periférica (00086)
- Dolor agudo (00132)
- Riesgo de sangrado (00206)

Resultados (NOC)

- Perfusión tisular: periférica (0407)
- Curación de la herida: por primera intención (1102)
- Preparación antes del procedimiento (1921)
- Nivel del dolor (2101)

Intervenciones (NIC)

- Administración de anestesia (2840)
- Asistencia quirúrgica (2900)
- Precauciones quirúrgicas (2920)
- Preparación quirúrgica (2930)
- Sondaje vesical (0580)

Reimplante de mano, a propósito de un caso

Paciente varón de 38 años que sufre amputación de la mano izquierda a nivel transmetacarpiano y del primer dedo a nivel de la segunda falange con una guillotina para cortar metal.

Recibimos la mano amputada en un recipiente con hielos tras dos horas de isquemia fría, el primer dedo no se pudo recuperar.

El paciente entró en quirófano a las 20:30 y la cirugía finalizo a las 8:30 del día siguiente. El equipo de quirófano estaba formado por 3 enfermeras, 1 auxiliar de enfermería, 2 cirujanos plásticos, 1 anestesista y 2 celadores.

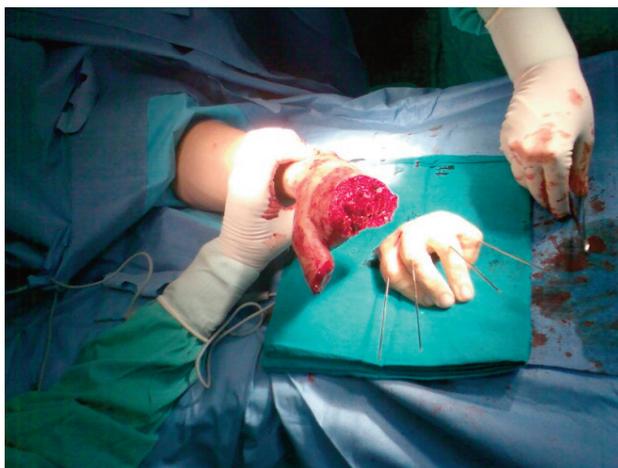
Inicialmente, se realizó desbridamiento de tejidos necróticos, limpieza del miembro afectado, localización y preparación de las estructuras vasculonerviosas. Se revascularizó la mano mediante anastomosis microquirúrgicas termino-terminales de las arterias comisurales y de las venas dorsales de la mano, también se llevaron a cavo neurorrafias de los nervios colaterales, osteosíntesis mediante agujas de Kirschner de los metacarpianos y tenorra-



fias de los tendones flexores profundos y extensores. La familia fue informada por el personal de enfermería cada tres horas de cómo se encontraba el paciente.



Una vez finalizada la cirugía, el paciente fue trasladado por el anestesista y la enfermera circulante a la Unidad de Cuidados Intensivos y de Quemados.





Postcirugía

La primera cura postquirúrgica se realizó a las 24 horas y posteriormente cada 48 horas.

El paciente fue inmovilizado durante 6 semanas, iniciando la rehabilitación dinámica tras la retirada de la férula y las agujas Kirschner. Inicialmente con ejercicios de movilización pasiva, manuales y mediante técnicas electromecánicas y posteriormente con ejercicios activos de flexoextensión. A los 6 meses de la intervención había recuperado el 80% de su movilidad original, lo que le permitía realizar la mayoría de las actividades ordinarias como conducir, escribir, y otras actividades manuales)

Nueve meses después de la intervención fue sometido a artrolysis de las articulaciones metacarpo-falángicas y a tenolisis de los extensores para la liberación de adherencias, mejorando aún más la capacidad funcional.

El paciente volvió a trabajar al año del accidente en un puesto de portero de una finca.



Nuevos retos profesionales

El Enfermero del Trabajo en los Centros Educativos

Autores

Vega Escaño, J
 Enfermero del Trabajo
 Sociedad de Prevención Asepeyo S.L.U.
 jvegaescano@spasepeyo.es

De Diego Cordero, R
 Enfermera del Trabajo
 Sociedad de Prevención Fraternidad Muprespa. S.L.U.
 rdediego@fraternidad-prevencion.com

Introducción

Los accidentes infantiles suponen la primera causa de muerte en niños de uno a catorce años. Durante estos años, los niños pasan gran parte del día en los centros educativos, por ello, la formación al profesorado y demás personal de estos centros en materia de prevención de accidentes y actuaciones de primeros auxilios en caso de emergencia es cada vez más importante. Es ahí donde el Enfermero del Trabajo se convierte en pieza fundamental.

Primeros auxilios en Centros Escolares

Dentro de nuestra labor como Enfermeros del Trabajo, está la formación en materia de Primeros Auxilios, que venimos desarrollando desde hace años. Entre nuestras "empresas cliente" están los centros escolares, que abarcan las enseñanzas de Educación Infantil, Primaria y Secundaria, así como la formación de Ciclos Formativos de Grado Medio y Superior.

Con idea de adaptarnos al colectivo al que impartir dicha formación, se llevó a cabo una revisión sobre los accidentes más comunes en los centros escolares, con idea de orientar la formación en Primeros Auxilios. Los accidentes más comunes son:

- Golpes y caídas
 - Caídas al mismo nivel
 - Caídas a distinto nivel
 - Golpes en la cabeza
 - Golpes en las extremidades
 - Golpes en el abdomen
 - Golpes en el tórax

- Golpes en la boca (posibilidad de pérdida de pieza dental)
- Golpes en la espalda
- Heridas
- Hemorragias
 - Hemorragias por la nariz
 - Hemorragias por el oído
- Quemaduras
- Mordeduras y picaduras
- Atragantamientos por cuerpos extraños
- Convulsiones febriles

Y en base a estas situaciones, se ha elaborado un temario adaptado que persigue una formación eficaz y da pautas a los profesionales de los centros sobre cómo actuar en estos casos.

Primeros Auxilios en centros escolares

- Obstrucción de la vía aérea
- Convulsiones
- Lipotimias
- Heridas y Hemorragias
- Traumatismos
- Quemaduras
- Intoxicaciones
- Reanimación Cardiopulmonar

Además, en el entorno del centro pueden ocurrir accidentes de tráfico, para lo que se lleva a cabo en los centros actividades de Educación Vial, y también se dan algunas pautas de Primeros Auxilios.

Y se instruye al personal de los centros en Reanimación Cardiopulmonar, por si la situación de peligro requiere esta intervención.

Uno más en el Equipo de Orientación Educativa: el caso andaluz

Los Equipos de Orientación Educativa en Andalucía están formados por grupos de profesionales que trabajan para la comunidad educativa, apoyando mediante la Orientación Escolar a los colegios de Educación Primaria y Secundaria de cada zona.

Estos equipos tienen su origen en la ya derogada Ley 14/1970 de 4 de Agosto que en sus artículos 9, 125 y 127 establece los Servicios e Orientación en los niveles de E.G.B., F.P., B.U.P. y C.O.U., y en los artículos 50 y 93 la del diagnóstico y orientación para aquellos alumnos necesitados de Educación Especial.

A partir de este marco legal, surge la Orden de 9 de Septiembre de 1.982, que regula la composición y funcionamiento de los Equipos Multiprofesionales y el Decreto 238/1983, de 23 de Noviembre (B.O.J.A del 3/12/83) por el que se crean los Equipos de Promoción y Orientación Educativa (EPOE).

Además, el Decreto 49/1988 de 24 de Febrero (B.O.J.A. de 26 de Abril de 1988) regula los Puestos Docentes de Carácter Singular, entre ellos el de Orientadores de EPOEs, y con fecha 29 de noviembre de 1995, se publica el Decreto 233/1995, por el que se regulan los Equipos de Orientación Educativa (EOEs).

El Decreto 147/2002 de 14 de mayo por el que se establece la ordenación de la atención educativa a los alumnos y alumnas con necesidades educativas especiales asociadas a sus capacidades personales junto con la Orden de 23 de julio de 2003, por la que se regulan determinados aspectos sobre la organización y el funcionamiento de los Equipos de Orientación.

No hay que olvidar que la Ley Orgánica de Educación, en su Capítulo I, Artículo 91, dice: “Las funciones del profesorado son, entre otras, las siguientes:

d) La orientación educativa, académica y profesional de los alumnos, en colaboración, en su caso, con los servicios o departamentos especializados”

Y en su Disposición adicional tercera: “Corresponde a las Administraciones educativas proveer los recursos necesarios para garantizar, en el proceso de aplicación de la presente Ley:

g) La existencia de servicios o profesionales especializa-

dos en la orientación educativa, psicopedagógica y profesional”.

Los Equipos de Orientación Educativa están formados por diferentes profesionales especializados: psicólogos, pedagogos, psicopedagogos, maestros de audición y lenguaje, médicos, trabajadores sociales y maestros de compensatoria.

En Andalucía, hay un total de 136 EOEs distribuidos de la siguiente manera:

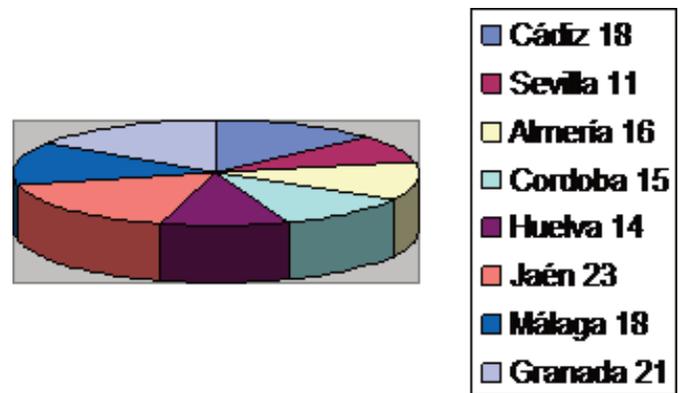


Figura 1. Distribución EOEs Andalucía. Fuente: Elaboración propia

Estos equipos tratan, entre otros temas, aquellos relacionados con las medidas que los profesionales del sector educativo deben tomar en situaciones de emergencia. Y es aquí donde se cierra el círculo y donde Enfermería del Trabajo se convierte en pieza fundamental en el refuerzo de estas pautas mediante la acción formativa, dando medidas de primeros auxilios, resolviendo dudas de los profesionales y sirviendo de apoyo y enlace; una actuación preciosa y fundamental.

Un ejemplo de trabajo en equipo

Durante esta labor formativa, uno de los temas que los profesionales de los centros venían planteando era el de las responsabilidades legales derivadas de estas actuaciones de primeros auxilios, referidas a aquel alumnado con enfermedades o problemas de salud crónicos (alergias, epilepsia, etc.). Para ello, los EOEs, han elaborado un Documento de Información y Consentimiento, que es rellenado por el padre/ madre o tutor/a del alumno/a que presente algún problema de salud frente al cual deba actuarse inmediatamente y que exime al personal de responsabilidades derivadas de dicha actuación:



Bibliografía

Accidentes en los centros escolares. Salud escolar: accidentes, enfermedades y fomento de hábitos saludables en el centro educativo. Guía para el profesorado. Obra Social Caja Madrid. Defensor del Menor de la Comunidad de Madrid.

Orden de 9 de septiembre de 1982 por la que se regula la composición y funciones de los equipos multiprofesionales dependientes del Instituto Nacional de Educación Especial.

Decreto 238/1983, de 23 de Noviembre (B.O.J.A del 3/12/83) por el que se crean los Equipos de Promoción y Orientación Educativa.

Decreto 49/1988 de 24 de Febrero (B.O.J.A. de 26 de Abril de 1988) regula los Puestos Docentes de Carácter Singular

Decreto 233/1995, por el que se regulan los Equipos de Orientación Educativa (EOEs).

Decreto 147/2002 de 14 de mayo por el que se establece la ordenación de la atención educativa a los alumnos y alumnas con necesidades educativas especiales asociadas a sus capacidades personales.

Orden de 23 de julio de 2003, por la que se regulan determinados aspectos sobre la organización y el funcionamiento de los Equipos de Orientación.

Ley Orgánica 2/2006, de 3 de Mayo, de Educación.





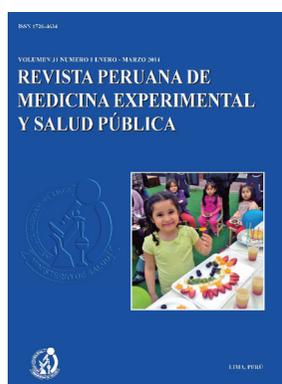
Reseñas de salud laboral

Evaluación de la exposición ocupacional a ciclofosfamida en nueve hospitales del Perú

Autores

Rosales-Rimache, JA

Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2012.Vol. 30 Núm. 4: 590-4



Introducción

Los citostáticos son sustancias citotóxicas diseñadas y utilizadas para causar disfunción celular, inhibiendo el crecimiento de las células cancerosas mediante la alteración del metabolismo y el bloqueo de la división y la reproducción celular, por lo

que se utilizan preferentemente (aunque no exclusivamente) en el tratamiento farmacológico de enfermedades neoplásicas (quimioterapia). Debido a su mecanismo de acción a nivel celular, pueden provocar efectos mutagénicos, carcinogénicos o teratogénicos.

La ciclofosfamida es un fármaco antineoplásico que también tiene propiedades inmunosupresoras. Pertenece a la familia de los fármacos alquilantes entre los que se encuentran el busulfan, clorambucil y melfalan

En el Perú, el principal tratamiento de cáncer es la quimioterapia basada en la administración de antineoplásicos o fármacos citostáticos cuyo uso es cada vez más cotidiano, lo que conlleva a que el personal que manipula estas sustancias químicas aumenten su riesgo de exposición.

El biomonitoreo ocupacional se constituye como la mejor herramienta para evaluar la exposición biológica a citostáticos, es también importante el monitoreo en ambientes de trabajo.

El método más específico y sensible para evaluar la exposición a citostáticos es la determinación de ciclofosfamida en orina (8-14); considerando que es el fármaco que

tiene mayor uso dentro de los esquemas de tratamiento antineoplásico.

El objetivo de la presente investigación fue evaluar la exposición ocupacional a ciclofosfamida, en cinco hospitales y establecer la exposición a ciclofosfamida en trabajadores de salud expuestos a citostáticos de nueve hospitales del Perú.

Material y métodos

Estudio observacional de tipo transversal, realizado en el año 2011, a partir de 96 trabajadores de salud que realizaban la preparación y formulación de las mezclas oncológicas. La población procedía de nueve hospitales pertenecientes a Lima y otras zonas de Perú.

Para la determinación ambiental se usaron paños húmedos embebidos en una solución de NaOH 0,03 M, después de haber concluido la jornada laboral, los cuales fueron tomados en 30 puntos distintos de cinco hospitales. El citostático analizado fue la ciclofosfamida expresada en cantidad del mismo por área muestreada (ng/cm²). El análisis de ciclofosfamida se realizó usando la metodología de cromatografía de gases-espectroscopia de masas. En cuanto al análisis biológico, las muestras de orina fueron colectadas durante un periodo de 24 h. Todas las muestras fueron almacenadas bajo congelación (-20 °C).

Resultados

El promedio del tiempo de exposición laboral en las personas evaluadas fue de 6,6 años, con un rango de 1 a





30 años, el 83,3% (80/96) de los participantes eran mujeres, el 44,8% (43/96) trabajaban en unidades de mezclas oncológicas y 55,2% (53/96) en el servicio de oncología. Se detectó la presencia de ciclofosfamida en orina en 67 trabajadores (concentración promedio de excreción: 74,2 ng/24 h), lo cual representa el 70% del total de la población evaluada. Basado en la excreción se puede clasificar la exposición total entre los hospitales, en términos de exposición alta ($>18,9$ ng/24 h), moderada (1,725 - 18,9 ng/24 h) y baja ($<1,725$ ng/24 h), con una frecuencia porcentual de 31,3; 26,0 y 42,7% respectivamente. Además, como parte de la evaluación ambiental, se encontró concentraciones de ciclofosfamida de 14,72, 14,98 y 5,12 ng/cm².

Discusión

Los resultados muestran una contaminación generalizada con ciclofosfamida.

Los niveles más altos de contaminación fueron hallados dentro de las cabinas de bioseguridad. La contaminación de estas superficies indica derrames durante la preparación de estos fármacos. El derrame ocurre principalmente durante la preparación cuando el fármaco es transferido desde los viales a las jeringas y desde las jeringas hacia los sistemas intravenosos (sistemas de venoclisis).

Sólo se evaluó un trabajador con cantidades superiores de ciclofosfamida al del promedio excretado por el total de trabajadores que corresponden a un hospital.

El riesgo de cáncer para los trabajadores del hospital 2, 3, 5 y 9 (un solo trabajador) está por encima del riesgo promedio que debería tolerarse.

El riesgo de cáncer para los trabajadores del hospital 1, 4 y 8, está por debajo del nivel de riesgo tolerable.

En general la exposición a ciclofosfamida y otros fármacos citostáticos debería evitarse tanto como sea posible y lo ideal sería que no se detectara la presencia de estos citostáticos en las muestras de orina.



REVISTA ENFERMERÍA DEL TRABAJO

NORMAS DE PUBLICACIÓN

Los **trabajos** se remitirán a la revista Enfermería del Trabajo a través del correo electrónico revista@enfermeriadeltrabajo.com, deberán ser **inéditos**, no habiendo sido enviados a ninguna otra publicación.

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

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

Los artículos originales, originales breves y de revisión serán sometidos a un proceso de peer review, o revisión por pares (por iguales), evaluados al menos por dos asesores con contrastada experiencia científica e investigadora del ámbito de la salud laboral y de la enfermería del trabajo. La revista Enfermería del Trabajo documentará todo el proceso de recepción, correspondencia con remitentes, evaluación y aceptación final del artículo, que estará a disposición de autores y organismos de evaluación.

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

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

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

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

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

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

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

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

Conviene dividir claramente los trabajos en apartados según el siguiente esquema:

Introducción: breve explicación necesaria para que el lector comprenda el texto que viene a continuación.

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

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

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

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

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

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

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

- Artículo ordinario (Inclúyase el nombre de todos los autores cuando sean seis o menos, si

son siete o más, anótese el nombre de los seis primeros y agréguese "et al"): Romero M. Valoración del cumplimiento de la quimioprofilaxis antituberculosa por la población reclusa del Centro Penitenciario de Jaén. Rev. Esp. Salud Pública 1997; 71: 391-399.

- Trabajo publicado por una corporación (autor no especificado): Comité internacional de Expertos en Litiasis. Medicina Renal 1996; 7: 105-114.
- Libros y otras monografías: Autor(es) personal(es) Eldenstein B. La Meningitis Viral. Buenos Aires: Editorial Corzo S.A. 1987: 170-174.
- Capítulo de un Libro Vera N. Vila J. Técnicas de Relajación. En/In Caballo V. Manual de terapia y modificación de conducta. Madrid. Siglo Veintiuno de España Editores, S.A. 3ª Ed. 1995: 161-181.

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

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

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

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

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

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

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

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

AET



**Asociación de Especialistas
en Enfermería del Trabajo**

20 años
en el cuidado de
la salud de los
trabajadores

AET



**Asociación de Especialistas
en Enfermería del Trabajo**

20 años
en el cuidado de
la salud de los
trabajadores

