

Enfermería del Trabajo

www.enfermeriadeltrabajo.com/revista

AET 
Asociación de Especialistas
en Enfermería del Trabajo

Volumen 5, Número 3, Julio 2015

Editorial

**Liderazgo de Enfermería:
Gestión... de personas**

Artículos originales

**Supervisión de Enfermería:
aproximación cualitativa a un
perfil idóneo**

**Estrés laboral en Enfermería: la
escasez de personal actual en
cuidados intensivos**

Artículo de revisión

**Enfermería Transcultural en
Salud Laboral**

Caso clínico

**Plan de cuidados en Enfermería
del Trabajo. Caso práctico:
trabajador con depresión**

Prevención global

**Alerta sanitaria por ébola:
actuaciones realizadas en un
hospital de referencia**

Enfermería del Trabajo al día

**I Conference of Occupational
Health Nursing in Malaga**

**IX Conferencias Jornadas
nacionales de Enfermería del
Trabajo. Madrid**

ENFERMERÍA DEL TRABAJO

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

Editores

Manuel Romero Saldaña
Ayuntamiento de Córdoba

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

Co-Editora

Carmen Lameiro Vilariño
Hospital Meixoeiro. Vigo

Consejo de Redacción

Silvia Arranz Alonso
Enfermera del Trabajo. Madrid

Antonio G. Moreno Pimentel
Sociedad Prevención Fremap. Madrid

José Manuel Corbelle Álvarez
El Corte Inglés. Madrid

María Novoa García
EMT. Madrid

Julio de Bentio Gutiérrez
Hospital Clínico Universitario. Valladolid

María Soledad Olmo Mora
SESCAM. Puertollano

Javier Gracia Rivera
Sociedad Prevención Fremap. Córdoba

Paula Peña Salguero
El Corte Inglés. Madrid

Beatriz Herruzo Caro
Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir

Araceli Santos Posada
Agencia Tributaria. Madrid

Alfonso Meneses Monroy
Facultad Enfermería de la Cruz Roja. Madrid

Cristina Santoyo Arenas
El Corte Inglés. Málaga

Consejo Asesor

M^a Ángeles Almenara Angulo
El Corte Inglés. Marbella

Marta Hernández Martín
Enfermera del Trabajo. Madrid

Gema Arévalo Alonso
El Corte Inglés. Madrid

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

María Dolores Calvo Sánchez
Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Salamanca

Pablo J. López Soto
Universidad de Córdoba

José Ciercoles Prado
Repsol. Madrid

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

Antonio Javier Cortés Aguilera
Cabildo de Tenerife

Carlos Martínez Martínez
Asoc. Española Enfermería Deportiva. Madrid

Cristina Cuevas Santos
Ministerio Educación. Madrid

Guillermo Molina Recio
Facultad de Enfermería. Córdoba

Francisco José García Sánchez
Facultad Enfermería. Ciudad Real

María Cándida Pérez Gonzalves
Hospital Universitario Ourense

Cristina García Vivar
Facultad Enfermería. Navarra.

Juan Ramón Quirós Jiménez
Diputación Provincial de Jaén

Begoña García Ramírez
Enfermera del Trabajo. Madrid

Manuel Sánchez García
Diputación Provincial de Córdoba.

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

Manuel Vaquero Abellán
Facultad de Enfermería. Córdoba

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 5, Número 3 Julio - 2015

Editorial

Toledano M Liderazgo de Enfermería: Gestión... de personas	66
---	----

Artículos originales

Madrid PJ, Luna E, Benítez AM, Salas MJ, Madrid M, Romero M Supervisión de Enfermería: aproximación cualitativa a un perfil idóneo	68
---	----

Alba R Estrés laboral en Enfermería: la escasez de personal actual en cuidados intensivos	76
--	----

Artículo de revisión

Castillo A, Fernández R Enfermería Transcultural en Salud Laboral	82
--	----

Caso clínico

Reyes JF, Aguilar R Plan de cuidados en Enfermería del Trabajo. Caso práctico: trabajador con depresión	90
--	----

Prevención Global

Besteiro A, Pérez LA, Cuevas A, Lameiro C, Del Campo V. Alerta sanitaria por ébola: actuaciones realizadas en un hospital de referencia.	98
---	----

Enfermería del Trabajo al Día

Redacción I Jornada de Enfermería del Trabajo en la provincia de Málaga	102
--	-----

IX Jornadas Nacionales de Enfermería del Trabajo. Madrid	103
--	-----

Enfermería del Trabajo

Scientific Journal of the Association of Occupational Nurse

www.enfermeriadeltrabajo.com

S U M M A R Y

Volume 5, Issue 3 July – 2015

Editorial

Toledano M Nursing Leadership: Managing people	66
---	----

Original articles

Madrid PJ, Luna E, Benítez AM, Salas MJ, Madrid M, Romero M Nursing supervisory: Qualitative approach to the ideal profile	68
---	----

Alba R Job stress in nursing: shortage of staff present in intensive care	76
--	----

Review article

Castillo A, Fernández R Transcultural Nursing in Occupational Health	82
---	----

Clinical Case

Reyes JF, Aguilar R Care planning in Occupational Health Nursing: worker with depression.	90
--	----

Global Prevention

Besteiro A, Pérez LA, Cuevas A, Lameiro C, Del Campo V. Ebola health alert: actions carried out in a reference hospital	98
--	----

Occupational Health Nursing Day

Redaction Staff I Conference of Occupational Health Nursing in Malaga	102
--	-----

IX National Conferences of Occupational Health Nursing. Madrid.	103
---	-----



Editorial

Liderazgo en Enfermería: Gestión... de personas

Autores

Toledano Estepa, M
 Director Centro de Salud Levante Norte
 Córdoba
 Enfermero

En el sistema de salud se ha pasado de hablar del concepto de administración al concepto de gestión.

En la década de los años ochenta a nadie preocupaba diferenciar estos conceptos ya que, en diversas ocasiones, se usaban de forma indistinta. Pero es a partir de los ochenta y en la década de los noventa cuando el concepto de gestión adquiere un protagonismo relevante.

Administrar los servicios de salud no es tarea sencilla: ver al individuo, a la enfermedad y sus repercusiones políticas, económicas y sociales como un todo integral es muestra de que ha habido un cambio en la administración y organización de los sistemas de salud.

Generalmente, se reconoce que la función de un **gestor** consiste en planificar, organizar, dirigir y controlar los recursos financieros, humanos y materiales con la intención de atender, con la mejor eficiencia posible, los objetivos de la organización.

Por otro lado, se puede decir que la gestión de cuidados es un proceso dinámico en la toma de decisiones referido a la salud y al bienestar de las personas, considerando la utilización y distribución de recursos en un entorno de calidad que exige aplicar más criterios profesionales para dar respuesta a las necesidades de la población.

El gestor como líder del equipo

Los gestores enfermeros debemos trabajar, sobre todo, proponiendo proyectos enfocados ante problemas concretos para intentar responder a las necesidades de salud; supone una reorientación más personalizada de los servicios donde los valores de las personas tienen mayor protagonismo en decisiones relacionadas con su salud.

Diane Huber (1999) sostiene que: "El gestor enfermero es la combinación creativa de liderazgo, conocimiento y habilidades en gestión aplicados a la práctica, con la intención de organizar los servicios de atención de enfer-

mería, coordinar y dirigir la atención del usuario y crear un clima laboral positivo".

Consideramos que el líder debe tener en mente, como tarea inicial y fundamental, crear un ambiente sano tanto físico, mental e interpersonal que conduzca de forma consensuada al resto de compañeros a contribuir con sus esfuerzos para alcanzar los objetivos de la Institución.

Los enfermeros, en general, hemos adquirido competencias a través de la gestión de cuidados y estamos preparados para liderar este proceso.

El que exista liderazgo resulta esencial, sobre todo, cuando la coordinación de personas es importante o imprescindible para alcanzar los fines.

Liderar es muy complicado ya que al "jefe" se le exige por varios frentes: CLIENTE, ORGANIZACIÓN y PROFESIONALES, pero a pesar de ello nuestra misión es conseguir un equipo productivo y esto se puede llevar a cabo mediante:

Estructura: Contribuyendo a la realización de la tarea (lo "FÁCIL").

Energía: Facilitando el funcionamiento del grupo (lo "COMPLICADO"). Escuchar, fomentar la participación, integrar las necesidades individuales en las metas del equipo, dar reconocimiento, felicitar, gestionar los conflictos, desarrollar las relaciones entre los miembros...

Es por ello que la enfermería debe desarrollar un liderazgo asertivo mostrando confianza en uno mismo, autoestima, aplomo y comunicación segura y eficiente que permite establecer acciones para la resolución de las necesidades, tanto de nuestros usuarios como de nuestros compañeros. Creemos que es fundamental ser un referente profesional reconocido por los propios compañeros e indispensable para mejorar las condiciones y el desempeño laboral.

Debemos facilitar la cohesión del grupo bajo nuestro



ámbito de control, ayudar al desarrollo de la autonomía profesional, estimular la participación grupal, la motivación y el compromiso de los mismos, para buscar como equipo soluciones pertinentes a los problemas que afrontamos diariamente.

Tarea complicada ¿no? Además, el líder no puede olvidar jamás, como dice David Fischman, que si bien “la Autoestima es la profundidad del camino en espiral que nos lleva a ser líderes”, la mayor debilidad para un líder es no tener en cuenta la variable “Control del Ego” que daría al traste con todo lo expuesto anteriormente.





Artículo original

Supervisión de Enfermería: Aproximación cualitativa a un perfil idóneo

Autores

Madrid, PJ
 Diplomado en Enfermería. Hospital "Santa Bárbara" de Puertollano (Ciudad Real)
 Luna, E
 Diplomado en Enfermería
 Benítez, AM
 Diplomado en Enfermería
 Salas, MJ
 Diplomado en Enfermería. Atención Primaria de Salud. Gerencia de Área
 Integrada de Puertollano (Ciudad Real)
 Madrid, M
 Diplomado en Enfermería. Hospital "Valle de los Pedroches"
 Pozoblanco (Córdoba)
 Romero, M
 Diplomado en Enfermería

Trazabilidad editorial	
Recepción:	28-04-2015
Revisión por pares:	02-06-2015
Aceptación final:	06-07-2015
Correspondencia	
Pablo J. Madrid Franco pabloucir@hotmail.com	

Resumen

Este trabajo tiene como objetivo definir el perfil que deben poseer los candidatos/as a un puesto de supervisión de Enfermería, perfil que hemos definido previamente mediante métodos cualitativos (técnicas de grupo nominal) en 4 fases:

Primera fase: Describimos los rasgos que debe reunir un/a supervisor/a mediante técnicas cualitativas (Técnicas de grupo nominal - TGN), a través de varios grupos de supervisores.

Segunda fase: Empleamos un cuestionario con un número determinado de enfermeros/as polivalentes (aleatorio y anónimo), en el cual deben indicarnos su opinión sobre el resultado de la primera fase además de su nivel de concordancia o no, opinión que nos aportaría una información adicional.

Tercera fase: Concretamos el perfil supervisor cotejando las dos líneas de investigación anteriormente descritas, intercambiando información así como la jerarquía de preferencias de los rasgos aislados en la primera y segunda fase.

Cuarta fase: Aislamos el resultado del perfil idóneo, formado por 21 rasgos quedando divididos como sigue:

A- Características importantes (16 rasgos), obtenidas en la primera pregunta del cuestionario a enfermeros/as polivalentes.

B- Características muy importantes (3 rasgos), recogidas

en la segunda pregunta del cuestionario a enfermeros/as polivalentes y en 2 grupos de supervisores/as.

C- Características vitales (2 rasgos), nombradas en la primera y segunda pregunta a enfermeros/as polivalentes además de en todos los grupos de supervisores/as.

En base a todo lo anterior, representamos el perfil de supervisión que debe reunir todo/a enfermero/a para el desempeño de sus funciones, avalado por enfermeros/as de dicho colectivo y de todos los estamentos.

Palabras clave: Supervisión de enfermería, Perfil laboral, Investigación cualitativa, Técnica de grupo nominal, Cuestionarios.

Abstract

The aim of this work is to define the profile that candidates to be a supervisor nurse should have. This profile has been defined by means of qualitative methods (nominal group technics). This work has been deployed in four stages.

First stage: to define the features that a supervisor should using qualitative methods (nominal group) from the perspective of working supervisors.

In a second stage nurses were given a questionnaire to assess their opinion about the first stage results.



In third place we made up an ideal supervisor profile merging the results of the previous stages.

Fourth we show the results of the ideal profile :

- **Important features:** (16) taken from the first question of the nurses' questionnaire.

- **Very important features:** (3) taken from the second question of the nurses' questionnaire and two supervisors group.

- **Vital features:** (2) taken from the first and second question of the nurses' questionnaire and in all supervisors groups.

In this way we represent the ideal profile that a nurse should meet in order to perform the supervisor role, endorsed by the nurses.

Key words: Nursing, Supervisory, Job description, Qualitative research, Nominal group technique, Questionnaires.

Introducción

Son muchas las voces dentro de la enfermería actual que demandan más imparcialidad y objetividad en la elección de cargos de relevancia, entre ellos, los de supervisión de enfermería, que como cargo intermedio es de suma importancia para el buen desempeño de la organización.

Algunos servicios de salud comienzan a tener conciencia de esta importancia y realizan a priori una designación del puesto mucho más transparente y lógica¹ e incluso encontramos bibliografía al respecto^{2,3}, si bien ésta es una materia poco estudiada y por tanto, su bibliografía escasa. En el futuro, dicha designación debe de encaminarse en esa dirección por el bien de la organización, de la propia enfermería y sobre todo del usuario, razón de nuestra existencia como profesionales de la salud. Del mismo modo, es una lástima (y cuanto menos paradójico) que nos encontremos ante una escasez de instrumentos para elegir a esa persona que, en un principio, debe de ser la más cualificada para el desempeño de la supervisión. Finalmente, debemos de profundizar en la información relacionada con el contenido de este estudio (más investigación, publicaciones, congresos, etc.) como estrategia de desarrollo de la profesión⁴.

El estudio que se ha realizando, tiene su origen en nuestra experiencia profesional, en la cual, hemos visto el trabajo que realizan numerosos/as supervisores/as en los diferentes escenarios de la sanidad pública y privada, siendo su desempeño en algunas ocasiones muy acertado,

pero que desgraciadamente en otros casos acaba por ser nefasto, sin ningún criterio de relación interpersonal, empatía con los subordinados, una escucha activa nula, escasa motivación propia y hacia los demás, ausencia de comunicación verbal (por no hablar de la apatía en la no verbal), habilidades de relación y comunicación esenciales en la enfermería⁵.

La idea fue saber cuales eran las aptitudes-actitudes, características y/o el perfil de la supervisión mediante técnicas de grupo nominal (en adelante TGN), plasmar esa idea sobre papel y crear un cuestionario con las mismas para los enfermeros/as polivalentes. Acto seguido, dichos enfermeros/as nos deberían de dar su punto de vista sobre esta idea y cuáles eran las más importantes a su entender.

Posteriormente, se reagrupó la opinión de todos/as los/as supervisores/as obtenida mediante métodos cualitativos, procesamos las respuestas de los/as enfermeros/as en los cuestionarios y finalmente cruzamos los datos de ambos grupos, observando el grado de coincidencia o no de los mismos. Contrastada toda esa información, aislamos la opinión global y/o perfil de supervisión que debe poseer en su globalidad este subcolectivo de enfermería, el cual ha sido descrito en algunas bibliografías sobre supervisión enfermera en España⁶.

Material y métodos

1) Metodología de las técnicas de grupo nominal⁷.

Se seleccionó una fuente de información cualitativa para iniciar el trabajo, la técnica de grupo nominal (TGN). Se informó a las supervisoras/as del hospital "Santa Bárbara" de Puertollano por medio de la Dirección de enfermería, obteniendo así su apoyo explícito a la propuesta de realización del estudio, del mismo modo se les instó a la participación en el trabajo. Fueron un total de 14 supervisoras/as (10 mujeres y 4 hombres) de dicho hospital, los/as que respondieron positivamente a la convocatoria y formaron parte de esta primera fase del trabajo. Se formaron 3 grupos de supervisoras/as:

- un primer grupo de 6 supervisoras/as.
- un segundo grupo de 5 supervisoras/as.
- para concluir, un tercer grupo de 3 supervisoras/as.

Todos los grupos fueron citados el mismo día en distintas horas para minimizar al máximo la contaminación de resultados. La duración media de cada grupo fue de una hora aproximadamente, los miembros del grupo interaccionaron muy poco y aportaron sus decisiones de manera individual sumando después sus resultados y utilizando la votación como medio de conseguir una valoración

ción grupal. Se aislaron un total de 43 peculiaridades, las cuales fueron señaladas en todos los grupos de TGN, algunas de ellas coinciden con el perfil de supervisión desarrollado por el Ministerio de Salud pública de El Salvador y el de Perú^{8,9}, documentos de gran valor informativo en la descripción del perfil supervisor.

2) Encuestas a profesionales.

Se procesó toda la información de las TGN llevadas a cabo con los supervisores/as y decidimos pasarla por una consulta popular dentro colectivo de enfermería. Para ello, decidimos documentarnos para saber cual sería el mejor marco para la materialización de un cuestionario y sobre el desarrollo del mismo¹⁰. Se recogió dicha información en un cuestionario compuesto por tres preguntas de varias opciones de respuesta a través de la herramienta Google Docs, el cual fue enviado a los 300 profesionales que conforman en total la plantilla de enfermería de la Gerencia de Área Integrada de Puertollano, siendo aceptados los cuestionarios que fueron respondidos durante un mes. El cuestionario constaba de las siguientes divisiones:

- En la primera se hizo una breve descripción del trabajo que estábamos realizando a los profesionales de enfermería polivalentes (enfermeros/as sin cargo alguno), para que hubiese una mejor aceptación de la propuesta, mayor apoyo y una implicación más acentuada en el cuestionario y se recopilaron variables sociodemográficas tales como el sexo, la edad y los años de experiencia laboral.

- La segunda división, coincidía con la primera pregunta del cuestionario, en la que se detallaban las cuarenta y tres características recogidas por los/as supervisores/as en los tres grupos de TGN, instándoles a elegir 10 como máximo de las 43 características que desde su parecer, son elementales para la supervisión. Con ello, se pretendía verificar el nivel de coincidencia con la idea descrita por los/as supervisores/as, es decir, las once particularidades que resultaron más votadas en todos los grupos de las TGN, con las 10 que eligieron los enfermeros/as polivalentes entre todas las características seleccionadas (43).

- En la tercera parte, se encontraba la segunda pregunta del cuestionario, en la cual se daba a elegir a los/as enfermeros/as polivalentes un máximo de 5 características de las 11 que estipularon los/as supervisores/as como básicas e imprescindibles, todo ello con la finalidad de constatar nuevamente el nivel de concordancia o no de ambos grupos.

- Para poner fin al cuestionario, se enumeró la cuarta etapa que se correspondía a la tercera y última pregunta del mismo. En este apartado, se dejó un espacio en blanco sugiriéndoles a los/as enfermeros/as polivalentes que ano-

tasen los rasgos que a su entender, no se encontraban dentro de las 43 descripciones que los /as supervisores/as propusieron en todos los grupos de TGN. Así mismo, se instó a que las describieran brevemente y por orden de importancia para una mejor comprensión por nuestra parte.

3) Tabulación de los resultados del cuestionario.

La siguiente operación fue recopilar todos los datos del cuestionario de los/as enfermeros/as polivalentes, es decir, las respuestas que dieron en las cuatro fases de dicha consulta, datos personales, primera, segunda y tercera pregunta. Se reunieron los datos de las opiniones ofrecidas por los cuestionarios de los/as enfermeros/as polivalentes.

4) Análisis de datos con el programa SPSS V15.0 para determinar frecuencias.

Mediante este programa informático se determinaron las medias, frecuencias y/o porcentajes de todos los datos obtenidos en el cuestionario realizado a los/as enfermeros/as polivalentes.

Resultados

Tras la realización de los 3 grupos de TGN con los/as supervisores/as, un cuestionario de 3 preguntas de elección múltiple a enfermeros/as polivalentes, habiendo extrapolado los datos recabados, analizado toda la información obtenida y plasmado los datos gráficamente, se aisló un perfil de 21 rasgos que quedan divididos como sigue:

- Rasgos importantes (16 rasgos), que fueron aislados en la primera pregunta del cuestionario a enfermeros/as polivalentes, un elenco variopinto de aptitudes/actitudes que debe de poseer un supervisor, pero que en opinión del colectivo enfermero no son las más destacables: Capacidad de transmisión, accesible, habilidad social/comunicación, capacidad de relación, buen gestor, comprensivo, motivador, conecedor del servicio/trabajo, estimular/fomentar la formación, conecedor de los profesionales a su cargo, implicación con el personal, supervisar el trabajo, resolutivo, asumir caducidad del cargo y mediador en conflictos.

- Rasgos muy importantes (3 rasgos), recogidos en la segunda pregunta del cuestionario a enfermeros/as polivalentes y en 2 grupos de supervisores/as. Éstos fueron dialogante, organizador y liderazgo, características que suponían cierto grado de importancia, debiendo estar por tanto presentes en la persona que deba de desempeñar este puesto.

- Rasgos vitales (2 rasgos), elegidos en la primera y se-

gunda pregunta a enfermeros/as polivalentes además de en todos los grupos de supervisores/as. Éstas fueron justo/equitativo y responsable, las cuales fueron, según el sentir del colectivo, las 2 cualidades más importantes que todo supervisor debe poseer.

El cuestionario fue realizado a enfermeros/as polivalentes, siendo respondido por 57 de los 300 profesionales que conforman en total la plantilla de enfermería de la Gerencia de Área Integrada de Puertollano a través de la he-

rramienta (Google docs). La media de edad fue de 40,1 años y la media de tiempo de trabajo 16,5 años, con una desviación típica del 10,1 y 9,9 respectivamente, siendo el 90,1% mujeres y el 9,9% hombres, dato similar a la media de muchos países de Europa y del resto del mundo¹¹.

Finalmente y para una mejor comprensión de los datos obtenidos, los resultados obtenidos están representados en:

Tabla 1. Resultados obtenidos en los 3 grupos de supervisores/as con técnicas de grupo nominal

<u>Grupo/Importancia</u>	<u>Características Principales Señaladas</u>	<u>Puntuación - %</u>	<u>Nº votos supervisores</u>
1º - Puesto Nº 1	LIDERAZGO	28 - 31.1%	(6)
Nº 2	ORGANIZADOR	13 - 14.4%	(5)
Nº 3	RESPONSABLE	11 - 12.2%	(3)
Nº 4	CAPACIDAD DE TRASMISIÓN	7 - 7.7%	(3)
Nº 5	DIALOGANTE.	6 - 6.6%	(3)
2º - Puesto Nº 1	LIDERAZGO	14 - 23.3%	(3)
Nº 2	ACCESIBILIDAD	7 - 11.6%	(2)
Nº 3	JUSTO/EQUITATIVO	6 - 10.0%	(2)
Nº 4	RESPONSABLE	6 - 10.0%	(2)
Nº 5	HABILIDAD SOCIAL / COMUNICACIÓN	5 - 8.3%	(2)
3º - Puesto Nº 1	RESPONSABLE	13 - 28.8%	(3)
Nº 2	CAPACIDAD DE RELACIÓN	9 - 20.0%	(2)
Nº 3	JUSTO/EQUITATIVO	9 - 20.0%	(3)
Nº 4	BUEN GESTOR	5 - 11.1%	(3)
Nº 5	COMPRESIVO	4 - 8.8%	(1)



Figura 1. Resultados de la primera pregunta del cuestionario a enfermeros/as polivalentes

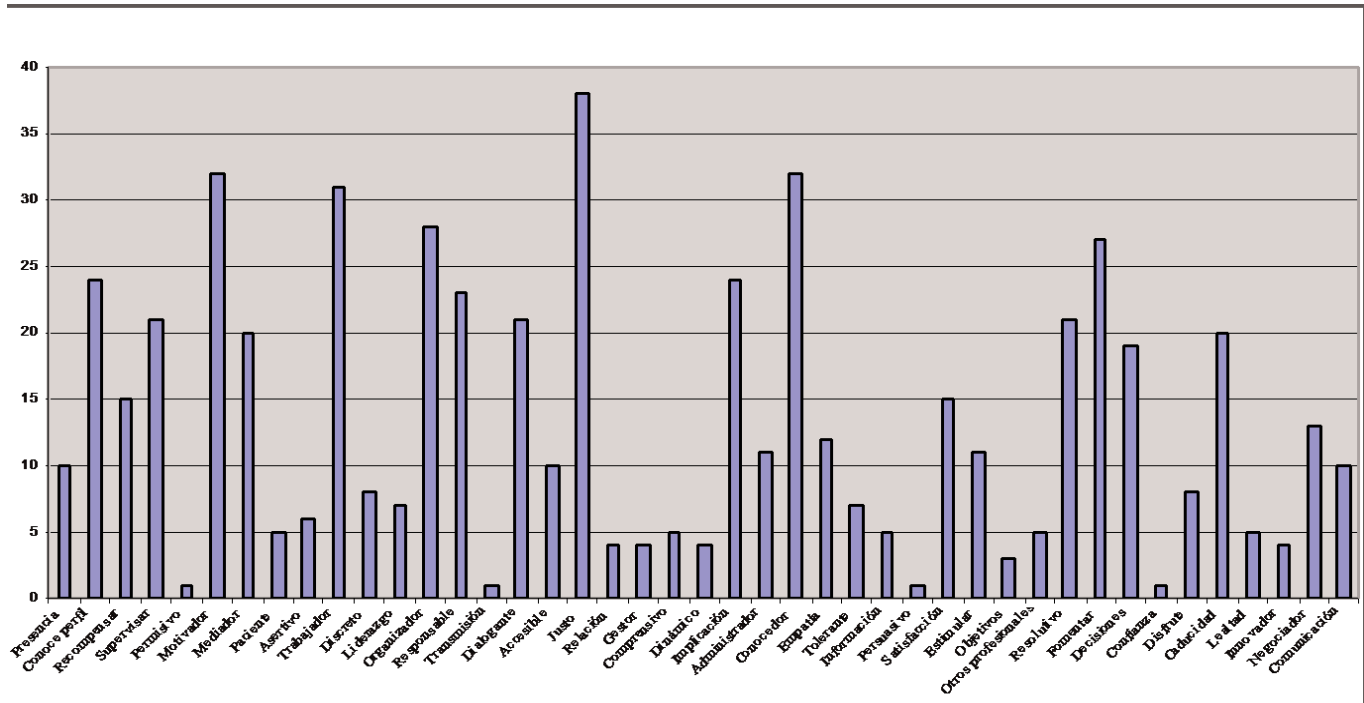


Figura 2. Resultados de la 2ª pregunta del cuestionario a enfermeros/as polivalentes

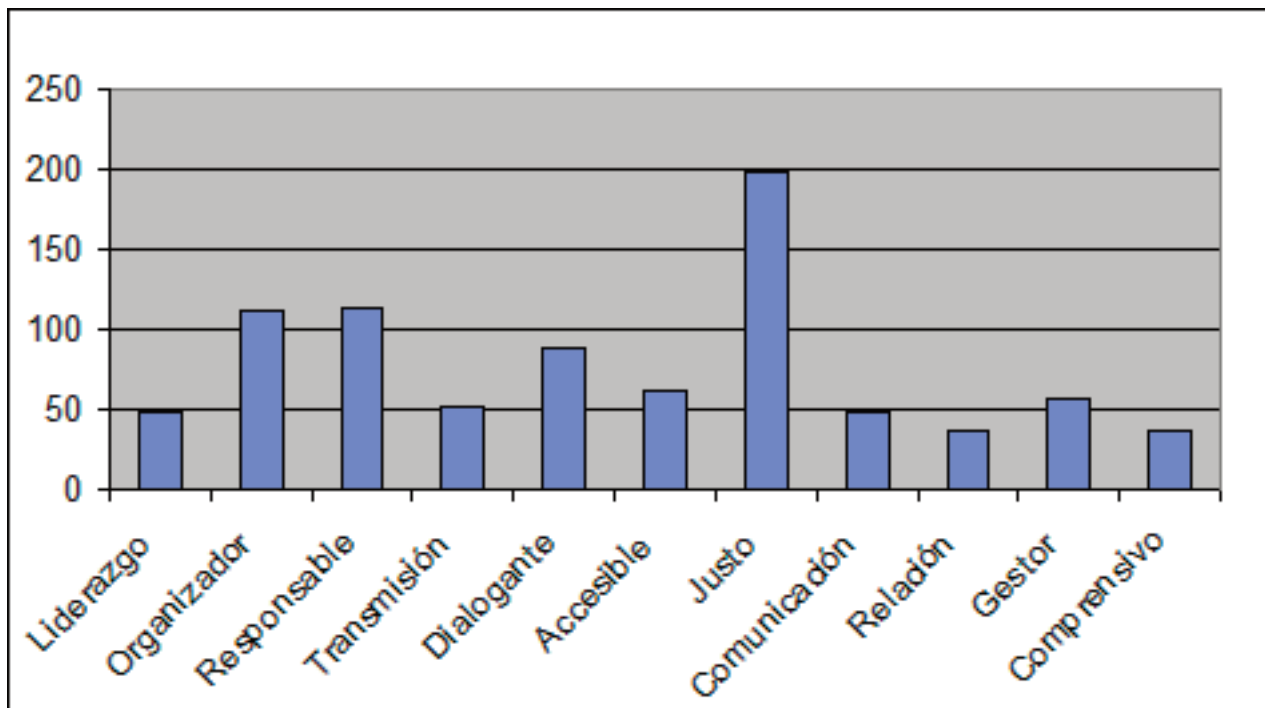


Tabla 2. Resultado final - 21 características que conforman el perfil idóneo

Características seleccionadas	Importantes	Muy importantes	Vitales
1	Capacidad de transmisión	Dialogante	Justo / equitativo
2	Accesibilidad	Organizador	Responsable
3	Habilidad social / comunicación	Liderazgo	
4	Capacidad de relación		
5	Buen gestor		
6	Comprensivo		
7	Motivador		
8	Concedor del servicio / trabajo		
9	Trabajador / colaborador en tarea asistencial		
10	Estimular / fomentar la formación		
11	Concedor del perfil de los profesionales a su cargo		
12	Implicación con el personal		
13	Supervisar el trabajo realizado		
14	Resolutivo		
15	Asumir la caducidad del cargo		
16	Mediador en posibles conflictos		

Discusión

Con este trabajo hemos determinado un perfil enfermero/a que ha sido descrito por el sentir de muchos/as profesionales de este colectivo. Para ello hemos empleado una metodología cualitativa basada en TGN que ha buscado, en todo momento, alcanzar el mayor grado de evidencia científica.

Son 21 rasgos los que forman dicho perfil supervisor, los cuales deberá cumplir en el mayor grado posible el/a futuro/a candidato/a a dicho cargo intermedio, perfil que debe ser requerido en pro de un mejor funcionamiento del sistema sanitario desde el punto de vista exógeno (con los usuarios) en general y endógeno (entre profesionales) en

particular. Así mismo, decir que los límites que nos ha planteado este trabajo han sido varios, si bien debemos de reconocer que el resultado global ha sido muy satisfactorio:

- Los grupos de TGN fueron formados por 14 supervisores/as, pero la forma de involucrarse de los/as mismos/as fue muy dispar, aportaron unos/as mucho más que otros/as a su consecución. Si el grado de interés mostrado hubiese sido elevado por parte de todos/as y su asistencia plena, posiblemente habrían aparecido una cantidad de rasgos mucho mayor que la resultante.

- Otra posible limitación del trabajo y la cual pudo significar una merma en la obtención de datos, está basada en la tercera pregunta del cuestionario a enfermeros/as polivalentes, pregunta en la que esperábamos obtener gran cantidad de información, pero en realidad el número de propuestas fue escaso. Creemos que un mayor aporte de ideas de los/as enfermeros/as sobre el perfil de la supervisión, hubiese tenido una contribución muchísimo más relevante sobre el resultado del trabajo.

- En la búsqueda de bibliografía sobre el perfil de supervisión realizada en la base de datos PubMed indexada en MEDLINE, nos encontramos ante una escasez de la misma relacionada con esta materia así como la ausencia de instrumentos para realizar una selección objetiva de dichos cargos intermedios en los cuales se designase a la persona que, en un principio, debería de ser la más calificada para el desempeño de la supervisión enfermera o al menos, cumplir con mayor acierto con el desempeño de la misma. Por este motivo, nos hemos propuesto en el futuro la materialización de un cuestionario para este cometido en nuestro próximo estudio, donde trataremos de realizar una herramienta de selección de cargos intermedios basada en el perfil ideal que hemos aislado en este trabajo, con la finalidad de introducir nuevos elementos para la selección de cargos intermedios de enfermería o de al menos complementar las herramientas ya existentes, en pro de la elección de la persona más idónea a desempeñar dicho puesto y de la excelencia enfermera.

Bibliografía

1. Servicio Andaluz de Salud. Decreto 75/2007 por el que se regula el sistema de provisión de puestos directivos y cargos intermedios de los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2007.

2. Teixedor M, Pont E, Ferrer C, Martí N, Cruz R, Vila E, Martínez D. Proyecto Leonardo da Vinci [Internet]. Bar-

celona: Marco de referencia profesional para la función de supervisor/a de enfermería de la demarcación piloto de Barcelona; 2003 [acceso el 7 de mayo de 2007]. Disponible en: http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/Leonardo_II_Cast.pdf

3. Sexton-Bardshaw D. Nurses' perception of the value of clinical supervision. *Paediatr Nurs*. 1999 Apr; 11(3): 34-7. PMID: 10542595 [PubMed – indexed for MED LINE]

4. Mompert García MP, Durán Escribano M. Administración y Gestión. DAE-Paradigma, 2001.

5. Tazón Ansola MP, García Campayo J, Aseguinolaza Chopitea L. Relación y comunicación. DAE-Paradigma, 2000.

6. Ibarra Fernández, AJ. Misión de la supervisión de enfermería [Internet]. Almería: Enfermería en cuidados críticos pediátricos y neonatales; 2007 [actualizada el 10 de agosto de 2007; acceso el 15 de abril de 2007]. Disponible en: <http://www.aibarra.org/enfermeria/Profesional/Supervision/mision/htm>

7. Lazzati SC, La técnica de grupo nominal. Módulo I.F.[Internet]. Perú: Mercado.com; 1996 [actualizada en el 2006; acceso el 26 de Junio de 2007]. Disponible en: <http://www.mercado.com.ar/mercado/mo/lazzati/CONCEP8/O5-96.asp>

8. Manual de supervisión de enfermería hospitalaria [Internet]. El salvador: Ministerio de salud pública y asistencia social-dirección de regulación-unidad de enfermería [actualizado en abril del 2006; acceso el 5 de febrero de 2007]. Disponible en: <http://www.mspas.gov.sv/regulación/pdf/manual/MANUAL%20DE%20SUPERVISI%C3%93N%20DE%20ENFERMERIA%20HOSPITALARIA.pdf>

9. Curso de gestión en las redes de establecimientos y servicios de salud: supervisión, monitoreo y evaluación [Internet]. Perú: Ministerio de Salud [actualizado en noviembre de 1998; acceso el 19 de marzo de 2007]. Disponible en: <http://www.minsa.gov.pe/publicaciones/pdf/ems.pdf>

10. Encuestas: metodología para su utilización [Internet]. España: Ministerio de trabajo y asuntos sociales; 2007 [acceso el 20 de Julio de 2007]. De Oncins de frutos M. NPT 283 [aproximadamente 16 pantallas]. Disponible en:



http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_283.htm

11. Servicio de Empleados y Trabajadores Intelectuales para la Remuneración Equitativa del Personal de Enfermería [Internet]. Suiza: Organización Mundial del Trabajo [actualizado en el 2000; acceso el 14 de septiembre del 2007]. Disponible en:
<http://ilo.org/public/spanish/dialogue/sector/papers/enferm4.htm>



Artículo original

Estrés laboral en Enfermería: La escasez de personal actual en cuidados intensivos

Trazabilidad editorial

Recepción: 22-04-2015
Revisión por pares: 20-05-2015
Aceptación final: 22-05-2015

Correspondencia

Raquel Alba Martín
raquelalbamartin@satse.es

Autores

Alba Martín, R
Enfermera
USM Hospital Universitario Reina Sofía
Córdoba

RESUMEN

Introducción: El objetivo de este estudio es determinar el nivel de estrés generado por la escasez de personal en la plantilla de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Reina Sofía de Córdoba.

Material y método: Estudio descriptivo observacional transversal. Se utilizó el cuestionario "Inventario de Estrés Laborales para Enfermería". Tamaño muestral: 106 enfermeros de la UCI. La pregunta número 8 de dicho cuestionario hace mención a la escasez de personal como estresor laboral para enfermería. Participaron 92. Período de estudio: enero-febrero de 2013.

Resultados: Se obtuvo una respuesta media de 4,2 (DE 1,0) sobre 5 y se identificó la escasez de personal como estresor laboral para el 92,4% de los trabajadores. Asimismo, afectaba más a mujeres que a hombres (92,3 % vs. 80 %) y a titulares (92,8 %), seguido de interinos (92,3%) y eventuales (91,6%). Las diferencias entre sexos fueron significativas (p=0.01).

Conclusiones: Nuestro estudio concluye que la escasez de personal genera estrés para el 92,4% de los profesionales de la UCI, lo que puede repercutir indirectamente en la calidad asistencial hacia el paciente y en el grado de satisfacción personal con el trabajo realizado. Los resultados obtenidos son superiores a los de otros estudios realizados sobre estresores laborales en enfermería.

Palabras clave: Estrés, cuidados intensivos, profesionales., escasez de personal.

ABSTRACT

Background: The aim of this study is to determine the

level of stress generated by staff shortages in nursing staff of the Intensive Care of the Reina Sofía Hospital in Córdoba.

Material and Methods: Cross-sectional descriptive study. The questionnaire "Inventory of Occupational Stressors for nursing" was used. Sample size: 106 ICU nurses. Question number 8 of the questionnaire mentions the shortage of personnel and labor stressors for nurses. It participated 92 of them. Study period: January-february in 2013.

Results: A mean response of 4.2 (SD 1.0) over 5 points was obtained and identified as a work stressor for 92.4 % of workers. It's also affected women than men (92.3 % and 80 % respectively) and holders workers (92.8%), followed by interim workers (92.3 %) and eventuales workers (91.6 %). Sex differences were significant (p=0.01).

Conclusions: Our study concludes that staffing shortages creates stress for 92.4 % of professionals in Intensive Care, which may have an indirect impact on the quality of care to the patient and the degree of personal satisfaction with the work done. The results are superior to those of other studies of occupational stress in nursing.

Keywords: Stress, intensive care, professionals, lack of staff.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el estrés como el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción. En términos globales se trata de un sistema de alerta biológico necesario para

la supervivencia. Cualquier cambio o circunstancia diferente que se presente puede generar estrés dependiendo, además, del estado físico y psíquico de cada individuo¹.

El estrés laboral se define como un conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo. Es un estado que se caracteriza por altos niveles de excitación y de angustia, con la frecuente sensación de no poder hacer nada frente a la situación².

Ciertos niveles de estrés pueden resultar beneficiosos, en muchos casos, para incrementar el rendimiento y mantener la salud. Desde este punto de vista, el concepto de estrés tendría dos acepciones: el "eustrés", el cual alude a una estimulación que el sujeto es capaz de afrontar eficazmente con consecuencias básicamente positivas, y el "distrés", que sería la experiencia excesiva y fuera del control del sujeto. Sin embargo, habitualmente se utiliza el término genérico de estrés para denominar la situación negativa en la que el sujeto no se siente con recursos para afrontar las excesivas demandas del medio^{3,4}.

Un determinado grado de estrés estimula el organismo y permite que éste alcance su objetivo, volviendo al estado basal cuando el estímulo ha cesado. Los problemas que genera el estrés surgen cuando se mantiene la presión y se entra en estado de resistencia.

Entre las circunstancias causales del estado de resistencia se encuentran la sobrecarga de trabajo, presiones económicas-sociales, ambientes laborales competitivos que, se perciben inconscientemente como una amenaza y hacen que las personas comiencen a percibir sensación de incomodidad. Cuando esta sensación se mantiene en el tiempo, se puede llegar a un estado de agotamiento, con posibles alteraciones funcionales y orgánicas¹.

El estrés se puede considerar patología laboral emergente con especial incidencia en el sector servicios y mayor riesgo en actividades que demandan dedicación personalizada⁵. Se entiende por factor estresante o estresor cualquier estímulo capaz de provocar una respuesta de estrés, siendo el estrés esa misma respuesta o reacción a un estresor⁶.

Dentro de las Ciencias de la Salud, enfermería se considera una profesión estresante, con una alta prevalencia de trastornos psicológicos que parecen estar relacionados con el estrés que a su vez se asocia con insatisfacción laboral, absentismo y frecuentes cambios de puesto de trabajo o abandono de la profesión⁷, sin embargo las causas más comunes de estrés encontradas en la bibliografía se relacionan con aspectos psicológicos y no parece existir impacto del estrés laboral sobre la actividad asistencial;

la información es más escasa en unidades médico-quirúrgicas que en unidades de pacientes críticos o urgentes. Por ello se justifica la necesidad de conocer los factores estresantes de forma específica.

El objetivo de esta investigación ha sido "determinar el nivel de estrés generado por la escasez de personal y evidenciar su relación con el tipo de contrato y de sexo entre el personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en Córdoba."

Material y métodos

Estudio descriptivo observacional transversal. La población de estudio fue la totalidad de enfermeras asistenciales en plantilla de la UCI del Hospital de Córdoba en enero de 2013 (Muestra de 106 enfermeras).

A dichas enfermeras se les entregó un cuestionario anónimo de datos personales en el que se les preguntaba la edad, el sexo y su situación laboral -Titular, Interino o Eventual-, junto con el Inventario de Estresores Laborales para Enfermería 11, priorizando los 12 primeros ítems (Se muestran en orden decreciente según la evidencia demostrada de mayor probabilidad de aparición en profesionales (Anexo).

Este Inventario de consta de 68 ítems referidos a situaciones potencialmente estresantes en el marco laboral de los profesionales sanitarios, en una escala tipo Likert con cinco alternativas de respuesta: 1- Ninguna Tensión; 2- Tensión Leve; 3- Tensión Moderada; 4- Bastante Tensión; 5- Mucha Tensión, que valoran en qué medida cada situación representa una fuente de estrés, tensión o irritabilidad en su trabajo actual.

Asimismo, tiene una consistencia interna que oscila entre 0,75 y 0,91 según la fórmula utilizada (Alpha de Cronbach, r de Winer o Theta de Cármines), y 0,78 de fiabilidad test-retest del total de la escala de 68 ítems. Este cuestionario permite asimismo conocer la puntuación del estrés total de los distintos profesionales. La pregunta número 8 de dicho cuestionario hace mención a la escasez de personal como estresor laboral para enfermería.

La recogida de datos se realizó en la misma unidad durante los meses de enero y febrero de 2013.

Resultados

Del total de 106 cuestionarios administrados se analizaron 92, con una tasa de respuesta total del 87% de participación. La edad media de las mujeres fue de 40,2 años y de los hombres 41,2 años. Distribuidos por sexo, fueron 52 mujeres y 40 hombres y por tipo de contrato 42 titula-



res, 26 interinos y 24 eventuales.

Total: n = 92; Media = 4,2 (1); Estresor Laboral Global (Indicador de corte igual o superior a 3): 92,4 % (Figuras 1 y 2).

Figura 1. Distribución muestral y hallazgos más significativos



Figura 2. Resultados del Indicador Global de Estrés

Distribución de las Respuestas

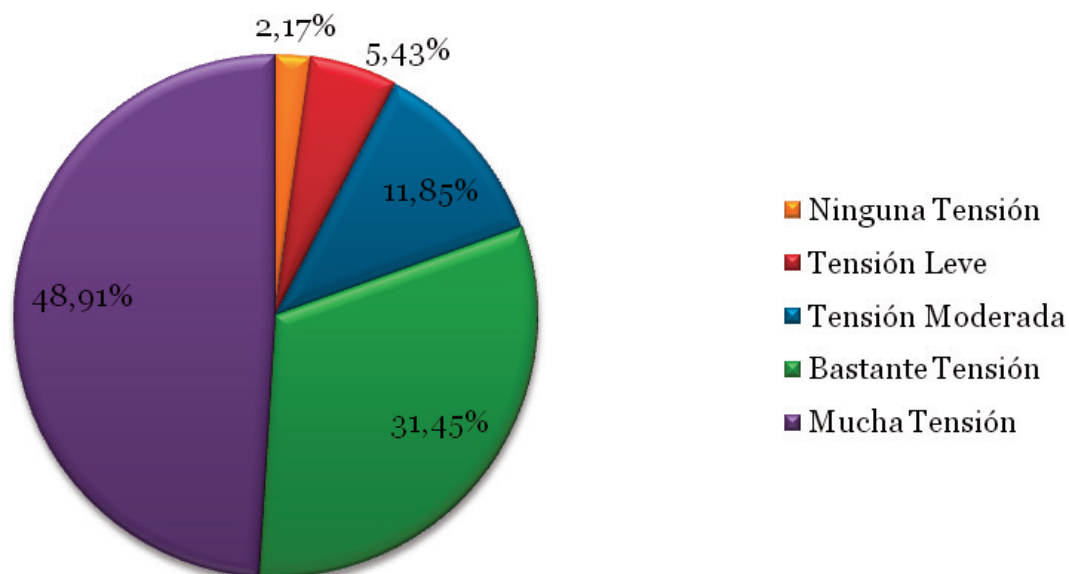


Figura 3. Distribución de respuestas según sexo y tipo de contrato (%)

DISTRIBUCIÓN DE LAS RESPUESTAS (%)	NT	TL	TM	BT	MT	ESTRESOR GLOBAL	MEDIA (DE)
MUJER (n=52)	1,9	2	13,5	32,7	50	92,3	4,2 (0,99)
VARÓN (n=40)	2,5	2,5	10	30	47,5	80	4,1 (1,1)
TITULAR (n=42)	2,4	4,7	9,5	35,7	47,7	92,8	4,2 (0,9)
INTERINO (n=26)	0	7,7	7,7	23	61,5	92,3	4,4 (0,94)
EVENTUAL (n=24)	4,2	20,8	45,8	33,3	37,3	91,6	3,9 (1,08)

-0- Ninguna Tensión: NT -1- Tensión Leve: TL -2- Tensión Moderada: TM -3- Bastante Tensión: BT
-4- Mucha Tensión: MT

Se observó que la puntuación media total fue de 4,2 (1). Para el 92,4 % de los encuestados el ítem de “Escasez de personal” es un estresor laboral. Asimismo, el 48,9 % considera que dicha escasez de personal le genera mucha tensión.

En cuanto al sexo, la puntuación media fue superior en mujeres que en hombres (4,2 vs. 4,1) y afecta más a las mujeres que a los hombres (92,3 % vs. 80 %). La respuesta Mucha Tensión también es más frecuente en mujeres que en hombres (50 % vs. 47,5%).

Según el tipo de contrato se observa una media superior en los interinos (4,4) en comparación con los titulares (4,2) y eventuales (3,9). Afecta más a los titulares (92,8 %), seguido de interinos (92,3 %) y eventuales (91,6 %). Por último, la respuesta “Mucha Tensión” fue más frecuente en interinos (61,5 %) en comparación con titulares (47,7 %) y eventuales (37,3 %).

Se establecieron correlaciones entre variables: sexo y grado de tensión, así como para el tipo de contrato, usando para ello el estadístico chi cuadrado. En el primer caso, existían diferencias significativas entre sexos con un grado de confianza del 95% y un valor chi cuadrado de 5,091 (p=0,01). En el segundo caso, obtuvimos un valor chi cuadrado de 8,907 (p>0,05), observando que no existían diferencias significativas entre el grado de tensión y el tipo de contrato.

Discusión

En los últimos 20 años, ha habido un creciente reconocimiento acerca de la influencia de estrés laboral en

profesionales de la salud. Tal ha sido su importancia que se evidencian, a modo de síntesis, hallazgos sobre estresores laborales específicos del desarrollo cotidiano de nuestra profesión¹¹ o acerca de la frecuencia de los mismos^{18,19}.

Esta investigación muestra unos resultados más preocupantes que ensayos clínicos llevados a cabo en hospitales y centros de salud de la provincia de Alicante. Así, en dicho estudio el ítem “Escasez de personal” obtuvo una media inferior de 3,8, y supuso un estresor laboral en el 85,4% de los encuestados, los cuales respondieron “Mucha Tensión” en el 34% de los casos. Tampoco se hallaron resultados significativos entre las variables de estudio “tipo de contrato”¹¹.

La edad media de los encuestados resultó inferior (34,9) a la de este estudio, encontrando semejanzas respecto a que la mayoría de los participantes realizaban funciones asistenciales, UCI entre ellas (88,6 %). En cambio, el nivel de tensión fue más elevado en varones (t=2,1; p=0.03).

En otro estudio efectuado en urgencias extrahospitallarias de una zona básica de Madrid, también se obtuvo una media inferior: 3,6 (1,06) para este estresor. En este caso no se desglosaron las respuestas de los encuestados ni se recogieron diferencias entre sexo o tipo de contrato para este estresor⁸.

Nuestros resultados coinciden en diversos aspectos con los de otros autores: la escasez de recursos esenciales se asemeja a lo que Hingley & Cooper denominaron “condiciones deficientes de trabajo”, prioritariamente implicados en la insatisfacción y el desgaste de los profesiona-

les^{16,20}. El estrés laboral en los enfermeros repercute directamente sobre la seguridad del paciente en una UCI ya que puede favorecer la presencia de errores en la praxis enfermera, aumento de las infecciones nosocomiales y/o neumonías asociadas a ventilación mecánica así como el desarrollo del síndrome de Burn-out⁹.

Es importante identificar estos estresores y la implementación de medidas para evitar sus consecuencias ya que repercute indirectamente en la calidad asistencial hacia el paciente y en el grado de satisfacción personal con el trabajo realizado^{14,15}.

En nuestra opinión, aspectos que requieren directamente de una intervención ergonómica por parte de las instituciones, a saber: la escasez de personal.

Conclusiones

A partir de los datos expuestos y, teniendo en cuenta los límites impuestos por nuestros objetivos, podemos concluir diciendo que: Una Unidad de Cuidados Intensivos está sujeta a elevados niveles de estrés y se muestra sensible a un posible estresor laboral como la escasez de personal. Esto parece afectar principalmente a mujeres y a interinos donde el grado de “Mucha tensión” se muestra más significativo. Un elevado nivel de estrés entre el personal de enfermería puede desencadenar en burnout y/o en un descenso de la calidad asistencial hacia el paciente así como en el grado de satisfacción personal con el trabajo realizado.

Agradecimiento

A todo el equipo que ha colaborado en este trabajo y, en especial, a todos los profesionales que hacen posible el avance de nuestra Enfermería y a quienes nos ayudan a divulgar nuestros conocimientos. Gracias de corazón.

Bibliografía

1. Torrades S. Estrés y burn-out. Definición y prevención. OFFARM 2007-Nov; 26(10):105. (Último acceso: 23/03/2015).
2. Moncada S, Llorens C. Factores psicosociales. En: Ruiz-Frutos C, García AM, Delclós J, Benavides FG, editores. Salud laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. 3ª ed. Barcelona: Masson SA; 2007. p. 397.
3. Peiró JM. El estrés laboral: una perspectiva individual y colectiva. Prevención, Trabajo y Salud 2001.

Sep; 13:18-38.

4. Peiró JM. Desencadenantes del estrés laboral. Madrid: Pirámide; 1999.

5. Cortés Díaz JM. Enfermedades profesionales causadas por agentes químicos, físicos, biológicos y carcinogénicos, por inhalación de sustancias y de la piel, Primeros auxilios. In: Cortés Díaz JM, editor. Técnicas de prevención de riesgos laborales. 9 ed. Madrid: Tébar; 2007. p. 631.

6. Cabanyes Truffino J. Personalidad, ansiedad y rendimiento. In: Polaino Lorente A, Cabanyes Truffino J, del Pozo Armentia A, editores. Fundamentos de psicología de personalidad. Fuenlabrada (Madrid): Rialp; 2003. p. 400.

7. Martín-Arribas MC, Santiago-Santos I, Rodríguez-Rodríguez F, Moreno-Casbas MT, De Andrés-Copa P, Casadevall-Doménech A, et al. Estrés relacionado con el trabajo y exposición laboral en enfermeras de la Comunidad de Castilla y León. Enferm. Clin. 2006; 16(3):119-26.

8. Bernaldo de Quirós M, Labrador FJ. Fuentes de estrés laboral en los servicios de urgencia de Atención Primaria. Atención Primaria, 2008;40; 104-105. Disponible en: <http://www.ucm.es/estres/monica-bernaldo-de-quiros>. (Último acceso: 23/02/2015).

9. Ruiz CO, Ríos FL. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. Int. J Clin. Health Psicol: número 40, volumen 1. 2004. P. 136-160. http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-100.pdf

10. Bernaldo de Quirós M, Labrador FJ. Relaciones entre estrés laboral, burnout y síntomas psicopatológicos en los servicios de urgencia extrahospitalaria del área 9 de Madrid. Anuario de Psicología Clínica y de la Salud 4; 2008: 53-61. Accesible en: http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_4_esp_53-61.pdf (Último acceso: 22/07/2014).

11. Ribera D, Cartagena E, Reig A, Romá M.T, Sans I, Caruana A. Estrés laboral y salud en profesionales de enfermería: Un estudio empírico en la provincia de Alicante. Universidad de Alicante. 1993: 78-81. Accesible en: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/4376/1/Reig_Ferrer_Estr%C3%A9s_laboral.pdf

12. Vaqué J. et al. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Resultados EPINE-EPPS. June 19, 2013.

Accesible en:

http://www.upf.edu/postgraubiomed/_pdf/msp/20122013/Guia_docent_MPH_2013_i.pdf

(Último acceso: 22/07/2014).

13- The Joanna Briggs Institute. 2013. Accesible en: <http://joannabriggs.org/> Consultado en «abril-mayo, 2014».

14. Bekemeier B. Nurses Utilization and Perception of the Community/Public Health Nursing Credential. Am J Public Health. 2009; 99(5): 944-949. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2667840/> (Último acceso: 23/07/2014).

15. Pericas Beltrán J, González Torrente S, de Pedro Gómez JE, Morales Asencio JM, Bennasar Veny M. Perception of Spanish primary health care nurses about evidence-based clinical practice: A qualitative focus group study. Int Nurs Review. 2014. DOI: 10.1111/inr.12075. (Última consulta: 23/07/2014).

16. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación

Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas-Relacionados con la Salud. 10ª Rev. (CIE-10). Madrid. OMS. 1992.

<http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume2.pdf>

17. “Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación”. Madrid; Ed. Elsevier España, S. A. 2012-2014. Disponible (Online) en:

<http://www.casadellibro.com/libro-diagnosticos-enfermeros-definiciones-y-clasificacion-2012-2014/9788490220269/2067570>

(Último acceso: 23/07/2014).

18. DEWE PJ. Investigating the frequency of nursing stressors: a comparison across wards. Soc. Sci. Med., 1988; 26 (3): 375-380.

19. DEWE PJ. (1989). Stressor frequency, tension, tiredness and coping: some measurement issues and a comparison across nursing groups. J. of Advanced Nursing, 1989; 14, 308-320.

20. HINGLEY P., COOPER C. L. & HARRIS P. Stress in nurse managers. Project paper nº 6. King’s Fund Publication Office: London. 1986.

ANEXO: “Inventario de Estresores Laborales para Enfermería”

A continuación encontrará una serie de cuestiones acerca de las situaciones que le pueden estresar en la práctica laboral Lee cada frase y puntúa de 0 a 4 (0: NADA; 1: ALGO; 2: MODERADA; 3: BASTANTE; 4: MUCHA TENSION) dependiendo de las preocupaciones de cada uno. No hay respuestas verdaderas ni falsas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la aquella que mejor describa su situación.

	0	1	2	3	4
	NADA- ALGO -MODERADO -BASTANTE- MUCHO				
1. Las consecuencias de mis errores para el enfermo					
2. Tratar con gente agresiva					
3. Ver morir a un paciente especial					
4. Recibir un sueldo no acorde con las responsabilidades de mi trabajo					
5. Los familiares exigentes e inquisitivos					
6. No trabajar de acuerdo con una planificación coherente					
7. Las decisiones/cambios que me afectan se toman desde arriba					
8. Escasez de personal					
9. Ver sufrir a los pacientes					
10. Ganar poco dinero (mayor calidad vida)					
11. Falta de apoyo (superiores)					
12. Insatisfacción laboral					

Fuente: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/4376/1/Reig_Ferrer_Estr%C3%A9s_laboral.pdf

Artículo de revisión

Enfermería Transcultural en Salud Laboral

Trazabilidad editorial

Recepción: 26-05-2015
 Revisión por pares: 03-06-2015
 Aceptación final: 10-06-2015

Correspondencia

Ana Castillo Martínez
 anacastimar@gmail.com

Autores

Castillo Martínez,A, Fernández Pujazón, R
 Especialistas en Enfermería del Trabajo. Máster en Ciencias de la Enfermería

Resumen

Hoy en día vivimos en una sociedad donde la convivencia de diversidad de culturas es cada vez más significativa, especialmente debido al fenómeno migratorio. Esta situación supone nuevos retos para la prestación de cuidados, incluyendo la atención enfermera en los diversos entornos laborales. Leininger, fundadora de la Enfermería Transcultural, sostiene que percibir que las culturas tienen diferencias y similitudes es esencial para ser un profesional culturalmente competente. El objetivo del presente trabajo es revisar la teoría de los cuidados culturales de Leininger y proponer su aplicabilidad en la atención en Enfermería del Trabajo. El Proceso de Atención de Enfermería es el método para aplicar el modelo y administrar cuidados organizados. En cada una de sus fases se hace necesario tener en cuenta las particularidades propias de actuación en el ámbito laboral, al mismo tiempo que se consideran las cuestiones más relevantes de referencia de los cuidados culturales. En definitiva, conociendo y respetando las prácticas culturales de las personas que son diferentes a nosotros podremos proporcionar una atención enfermera más adecuada y promover la provisión de cuidados integrales de calidad.

Palabras clave: Enfermería Transcultural, Atención de Enfermería, Salud Laboral, Enfermería del Trabajo.

Abstract

Nowadays we live in a society where the coexistence of diverse cultures is increasingly meaningful, specially due to the migratory phenomenon. This situation suppo-

ses new challenges for care provision, including nursing care in different work settings. Leininger, founder of Transcultural Nursing, points out that perceiving that cultures have differences and similarities is essential to be a culturally competent professional. The aim of this paper is to review Leininger's Cultural Care Theory and to propose its implementation in Occupational Health Nursing. The Nursing Care Process is the method to apply the model and to provide organized care. In each one of its phases, it's necessary to take into account the special features in work environment, at the same time that the most relevant issues of culture care are considered. In conclusion, knowing and respecting culture practices of people who are different from us, we'll be able to provide a more appropriate nursing care and to promote quality holistic care provision.

Keywords: Transcultural Nursing, Nursing Care, Occupational Health, Occupational Health Nursing

Introducción

En la actualidad, nos encontramos en una sociedad donde la convivencia de diversidad de culturas es cada vez más significativa, fundamentalmente por la afluencia continua de personas de otros países. El número total de migrantes internacionales ha aumentado en los últimos diez años y ha pasado de 150 millones en 2000 a 214 millones en la actualidad; en otras palabras, hoy una de cada 33 personas en el mundo es un migrante¹. En concreto en nuestro país, el número de extranjeros con certificado de

registro o tarjeta de residencia en vigor a 31 de diciembre de 2014 se situaba en 4.925.089².

Si bien salir del país de origen para establecerse en otro puede responder a múltiples motivaciones (académicas, políticas, etc.), la motivación laboral es la principal razón del fenómeno migratorio. Supone romper barreras culturales e idiomáticas, tradiciones y vínculos afectivos; planteando retos tanto en la sociedad de origen como en la receptora³. Influenciado por la cultura, el individuo responde de diferentes formas a las adversidades y a los diferentes sucesos de la vida y el curso normal de estas respuestas puede verse drásticamente modificado al experimentar un proceso migratorio⁴.

Es preciso considerar que estos grupos poblacionales están sometidos a la legislación española, forman parte de nuestro mercado de trabajo y comparten con la población trabajadora de nuestro país los mismos problemas relativos a la Salud Laboral. Sin embargo, el proceso de integración en una nueva sociedad puede suponer, además, factores de influencia específicos en su salud³. Existen cuestiones concretas tales como el estrés y los cambios producidos por las trayectorias migratorias, las rupturas de vínculos afectivos y sociales, las condiciones de trabajo precarias o la habitabilidad del alojamiento⁵. Asimismo, la revisión de la literatura apunta hacia una mayor accidentabilidad laboral en trabajadores inmigrantes³.

En este contexto, debemos tener presente la diversidad cultural existente en los ámbitos laborales en los que desarrollan su función las enfermeras del trabajo. Hablar de diversidad es hablar de diferencias⁶. Así, en la interacción entre los profesionales sanitarios y las personas atendidas son perceptibles diferencias entre su nivel social y educación, diferencias de género e, incluso, de edad. En el caso que analizamos, pueden existir también diferencias idiomáticas, con un fondo cultural distinto donde, según sus costumbres, educación y tradiciones, se definen otros conceptos e ideas sobre la enfermedad, etiología, diagnóstico y expectativas sobre la atención sanitaria y la solución de sus problemas de salud. Son las interferencias sociales de la distancia cultural amplia de Pendelton⁷.

Los nuevos retos que se derivan de esta situación hacen necesario mejorar la competencia cultural de los profesionales. Leininger⁸, fundadora de la Enfermería Transcultural, sostiene que las expresiones, significados, modelos y prácticas de cuidados culturales son diferentes y aún así, comparten características y algunos atributos universales. Así, percibir que las culturas tienen diferencias y similitudes es esencial para ser un profesional culturalmente competente.

La competencia cultural implica la aceptación y res-

peto por las diferencias culturales, sensibilidad para entender cómo esas diferencias influyen en las relaciones con las personas atendidas y habilidad para ofrecer estrategias que mejoren los encuentros culturales de acuerdo a las necesidades⁷. Para lograrla, es preciso partir del reconocimiento y apropiación de las bases teóricas de Enfermería, además de la aceptación de un cuidado cultural propio, logrando establecer desde el conocimiento, un plan de atención de Enfermería donde se logre la conjunción de cultura y bienestar⁹. El objetivo del presente trabajo es revisar la teoría de los cuidados culturales de Leininger y proponer su aplicabilidad en la atención en Enfermería del Trabajo.

Cuidados culturales: Teoría de la diversidad y la universalidad

La teoría de Madeleine Leininger procede de la Enfermería y de la Antropología, siendo reformulada desde una perspectiva transcultural de la asistencia a los seres humanos¹⁰. Tras cinco décadas de estudio e investigación, se ha establecido como una teoría importante, relevante y dominante en Enfermería y también ha sido utilizada por otras disciplinas relacionadas con la salud para proporcionar una atención transcultural a personas de diferentes culturas⁸.

Leininger se basa en la convicción de que los individuos de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidados que desean o necesitan¹⁰. La teoría ayuda a descubrir y documentar el mundo de las personas atendidas y utiliza sus puntos de vista "émic" (perspectiva de la persona atendida), sus conocimientos y sus prácticas en conjunción con una visión "étic" apropiada (conocimiento profesional), como base para adoptar acciones y decisiones profesionales coherentes con los modos culturales¹¹.

Según esta teoría, las enfermeras no pueden separar las visiones del mundo, la estructura social y las creencias culturales acerca de la salud, el bienestar, la enfermedad o los cuidados cuando trabajan con culturas en la que estos conceptos mantienen una estrecha relación¹⁰. Leininger sostiene que los elementos que distinguen de forma genuina a la Enfermería de otras disciplinas se basan en un conocimiento y una práctica asistencial basada en la cultura, considerando que los cuidados son la esencia de la Enfermería⁸ [Figura 1].

En este sentido, si la enfermera conoce y utiliza adecuadamente los valores, expresiones y modelos de cuidados de las personas, familias, grupos o comunidades, la asistencia que brinde será coherente con el entorno cultu-



ral y, por tanto, beneficiosa. Por el contrario, aparecerán síntomas de conflictos culturales, insatisfacción y tensión cuando los cuidados no concuerden con los valores, creencias y estilos de vidas de las personas atendidas^{8,10}.

Asimismo, Leininger diseñó un Modelo del Sol Naciente [Figura 2] para describir los principales componentes de su teoría. En este modelo, en la mitad superior encontramos los componentes de la estructura social y los factores de visión del mundo que influyen en la asistencia y en la salud a través del lenguaje, la etnohistoria y el contexto ambiental. Además, estos factores influyen en los sistemas genéricos, profesionales y de Enfermería, situados en la parte central del modelo. Las dos mitades com-

ponen un sol completo como representación del universo que han de considerar las enfermeras para saber valorar en toda su magnitud la asistencia y la salud de los seres humanos. A partir de ahí, pueden contemplarse tres clases de asistencia que permiten predecir las acciones y decisiones de las enfermeras: preservación y/o mantenimiento de los cuidados culturales, adecuación y/o negociación de los cuidados culturales, y rediseño y/o reestructuración de los cuidados culturales¹⁰.

En definitiva, esta teoría sostiene que se debe considerar que los estilos de vida, creencias, valores y prácticas culturales son poderosas formas de conocer y atender a las personas de diferentes culturas⁸.

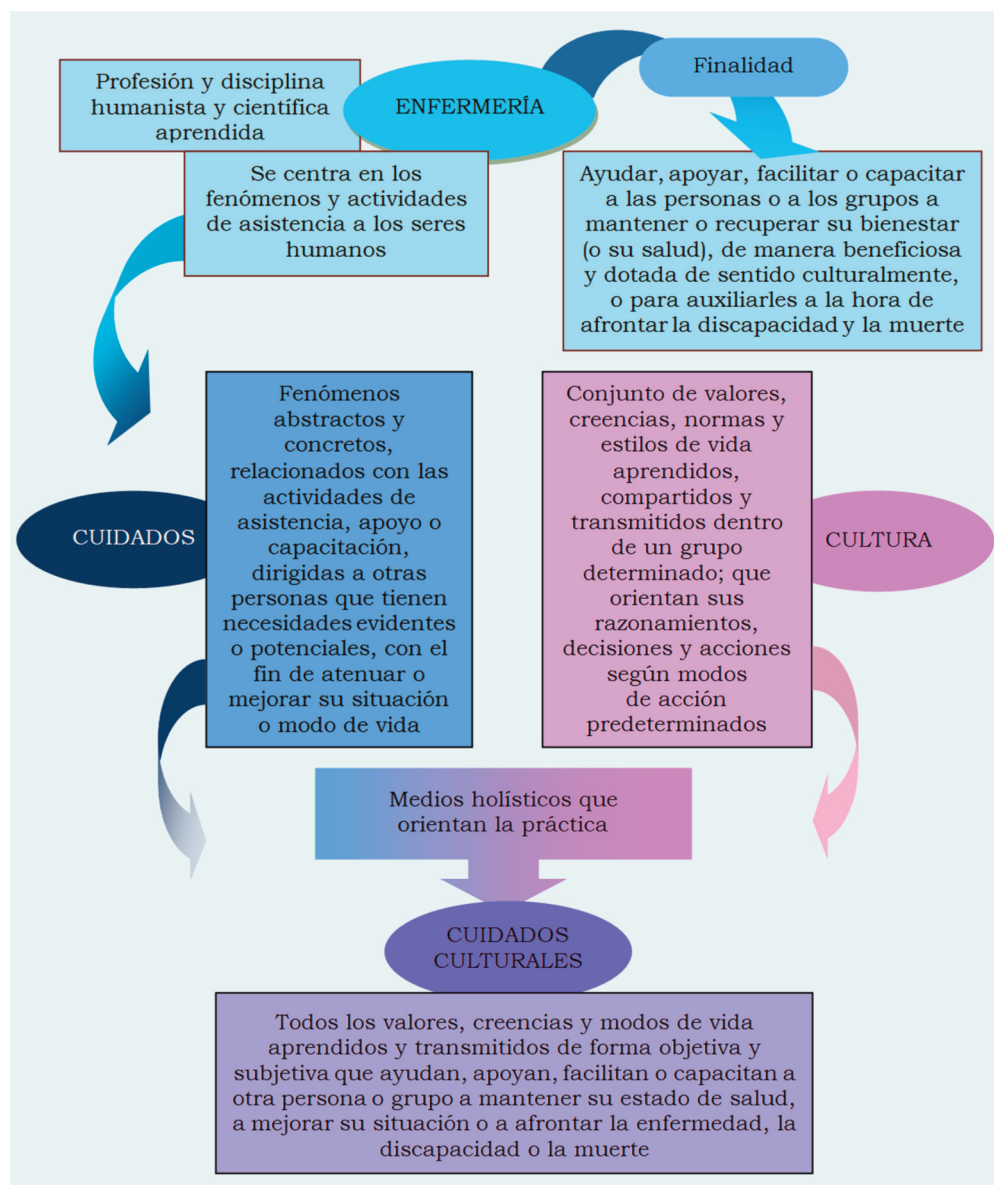


Figura 1. Esquematación de conceptos formulados por Leininger



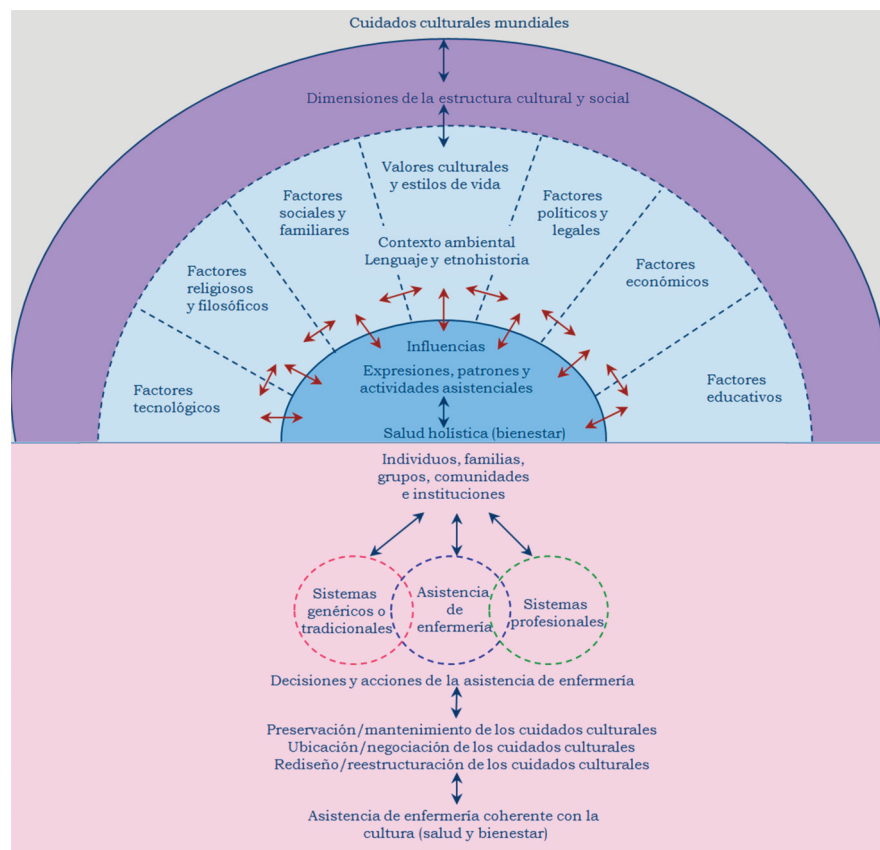


Figura 2. Modelo del Sol Naciente de Leininger

Fuente: Fig 29-1. Modelo del Sol Naciente de Leininger, que representa la teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales. Marriner-Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías en Enfermería. 5ª ed. Madrid: Elsevier España; 2003, pág. 450.

Proceso de Atención de Enfermería en Salud Laboral

La presencia de un profesional que cuida la salud de los trabajadores, que tiene como objetivo protegerla, promover hábitos saludables y prevenir problemas de salud relacionados o potenciados por la actividad laboral, se convierte a día de hoy en una realidad incuestionable. Existen diferentes textos legales que argumentan la necesidad de cuidar la salud de la población trabajadora, como la Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/95 o el Reglamento de los Servicios de Prevención 39/97¹². El profesional que ha de asumir este papel es la enfermera del trabajo en sus diferentes ámbitos de desempeño, ya sea a nivel preventivo o asistencial, haciendo uso de la metodología enfermera y actuando bajo un modelo de cuidados. El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es el método para aplicar el modelo y poder administrar cuidados organizados; al aplicar el PAE se favorece la comunicación y se aporta calidad a los cuidados enfermeros¹³.

La Salud Laboral es un área un tanto particular ya que la población a la que se asiste son trabajadores, con eda-

des comprendidas en el periodo de una vida laboral normal y con una serie de patologías y necesidades que frecuentemente van a estar relacionadas con su actividad y tipo de trabajo¹⁴. Así, la Enfermería del Trabajo desarrolla sus funciones con una casuística especial, tanto por los problemas enfermeros a los que se enfrenta como por el entorno de trabajo¹⁵.

Atendiendo a la definición del PAE como "la aplicación del método científico en la práctica asistencial que permite a los profesionales de Enfermería prestar los cuidados de una forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática"; podemos afirmar que, en Salud Laboral, se trataría de la prestación de cuidados en los que irán incluidas actividades asistenciales, docentes, gestoras, investigadoras y preventivas por parte de las enfermeras del trabajo hacia los trabajadores de su empresa o servicio de prevención, permitiendo realizar su tarea de forma más completa y eficaz¹⁶.

A este respecto, debemos considerar el estudio de

Arranz Alonso y Meneses Monroy¹⁵, realizado con 40 participantes con el objetivo de describir el grado de utilización de los modelos conceptuales, los planes estandarizados de cuidados y el lenguaje estandarizado que llevan a cabo los especialistas en Enfermería del Trabajo. En sus resultados preliminares, los autores señalan que sólo el 50% de los participantes utiliza lenguaje estandarizado, y destacan que un 70% de ellos no utiliza un modelo conceptual. Encuentran, además, que el principal motivo de la no utilización de estos elementos es la falta de práctica y la falta de especificidad de los mismos para ser utilizados en Enfermería del Trabajo.

Teniendo en cuenta que un elevado número de los problemas de salud, reales o potenciales, que presenta la población trabajadora pueden estar relacionados con su actividad laboral y que se tiene el privilegio de conocer un aspecto como es el entorno laboral y los riesgos laborales a los que está expuesto el trabajador, es preciso aprovechar este conocimiento para abordar la salud y los cuidados de una forma holística. Para ello es fundamental aplicar el PAE para realizar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática¹².

Integrando los cuidados culturales en Enfermería del Trabajo

Con el fin de proporcionar una atención integral, es preciso desarrollar los cuidados de forma que se considere el componente cultural. En cada una de las fases del PAE, debemos tener en cuenta las particularidades propias en el ámbito laboral, al mismo tiempo que consideramos las cuestiones más relevantes de referencia de los cuidados culturales [Figura 3].

1. Valoración. La valoración en Salud Laboral no debería diferir de cualquier valoración de Enfermería realizada en otros ámbitos profesionales, pudiendo ayudar a localizar los problemas enfermeros, reales o potenciales, de la población trabajadora¹². En esta etapa se recoge y examina la información sobre el estado de salud del trabajador, buscando evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que pueden generar problemas de salud¹⁶.

Al mismo tiempo, considerar los fundamentos de la teoría de los cuidados culturales permite profundizar en la detección de las necesidades reales y, por tanto, en la posterior formulación de diagnósticos apropiados para el caso que se presente. En este sentido, a la hora de realizar la valoración es preciso tener en cuenta diferentes elementos del Modelo del Sol Naciente:

A. Componentes de la estructura social y cultural y factores de la visión del mundo que influyen en la asistencia a través del lenguaje, la etnohistoria y el contexto ambiental.

B. Información de los individuos, los grupos y/o las instituciones acerca de los significados, expresiones, patrones y actividades asistenciales específicos de la cultura.

C. Sistemas genéricos o tradicionales y sistemas profesionales existentes en la cultura. Cuanto mayores son las diferencias entre los valores asistenciales populares y los propios de la atención profesional, más patentes serán los indicios de conflictos y tensiones culturales¹⁰.

2. Diagnóstico. Las enfermeras del trabajo son profesionales que pueden y deben utilizar los diagnósticos enfermeros en el campo en el que desarrollan sus funciones y competencias, para una mejor y más eficaz atención hacia el trabajador. En Salud Laboral adquiere una importancia especial el uso de los diagnósticos potenciales, permitiendo detectar situaciones problemáticas antes de que se produzcan y, por tanto, pudiendo tomar las medidas preventivas para evitarlas¹⁶.

En esta fase, no debemos olvidar que es preciso identificar problemas que sean coherentes con la cultura puesto que aquellos diagnósticos que no tienen en cuenta los factores culturales producen resultados desfavorables, en ocasiones con consecuencias graves¹⁰.

3. Planificación/Ejecución. Tras la valoración y la formulación de los diagnósticos pertinentes, se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados que conduzcan al trabajador a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. Debemos tener presente que es necesaria una adecuada planificación conforme a los riesgos laborales a los que están expuestos los trabajadores¹⁶. La fase de ejecución va a consistir en la puesta en práctica del plan de cuidados, llevando a cabo las actividades tanto sanitarias como preventivas, y teniendo en cuenta siempre unas prioridades en base a las necesidades y posibilidades del trabajador¹⁴.

En relación a la aplicación de los cuidados culturales, Leininger⁸ especifica tres formas para determinar el nivel de las acciones y decisiones enfermeras:

A. Preservación y/o mantenimiento: acciones o decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación, que ayudan a las personas de una cultura a preservar y/o mantener creencias y valores asistenciales beneficiosos o a afrontar discapacidades y la muerte.

B. Adecuación y/o negociación: acciones o decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación o capaci-

tación, que ayudan a las personas de una cultura a adaptarse y/o negociar con otros una asistencia culturalmente congruente, segura y efectiva para conseguir salud, bienestar o para afrontar discapacidades y la muerte.

C. Rediseño y/o reestructuración: acciones profesionales o decisiones mutuas de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación, que ayudan a las personas a reordenar, modificar o reestructurar sus estilos de vida por modelos de cuidados, prácticas o resultados de salud mejores (o más beneficiosos). La enfermera es conocedora del cuidado cultural y desarrolla actividades orientadas a ayudar a la persona a cambiar sus hábitos de vida, de forma que los nuevos hábitos sean significativos para ella.

En todo momento debe ser una asistencia coherente con la cultura, actuando las enfermeras como puente entre los sistemas genéricos y los sistemas profesionales. En este sentido, debemos considerar también la intervención

NIC 7330 intermediación cultural¹⁷, definida como la utilización a propósito de estrategias culturalmente adecuadas para establecer un puente o mediar entre la cultura de la persona atendida y el sistema sanitario biomédico.

4. Evaluación. En el ámbito de la Salud Laboral, se trata de la comprobación del estado de salud del trabajador y de la capacidad de desarrollo en su puesto de trabajo¹⁴.

La evaluación es el momento en el que la enfermera compara los resultados obtenidos de sus intervenciones con los objetivos de resultados que había formulado durante la planificación, formula un juicio e identifica los aspectos del plan que merecen ser revisados y ajustados¹⁸.

Debemos considerar que en esta última fase es preciso valorar la coherencia cultural del plan de cuidados establecido. Además, en ningún momento debemos olvidar que debe realizarse una evaluación continua tanto del estado del trabajador como de la eficacia del plan.



Figura 3. Proceso de Atención de Enfermería en función de los cuidados culturales

Conclusiones

La actuación enfermera en Salud Laboral, al igual que la prestación de cuidados en otros ámbitos de Enfermería, debe partir del conocimiento de los modelos conceptuales y la metodología enfermera y debe llevarse a cabo según el Proceso de Atención de Enfermería. De esta forma, se favorece la identificación de las necesidades reales de los individuos al mismo tiempo que se promueve la provisión de cuidados integrales de calidad.

La diversidad cultural existente en las sociedades actuales y, consecuentemente, en los diferentes entornos laborales en los que desempeñan su actividad las enfermeras del trabajo, hace necesaria la adquisición de competencias para proporcionar una atención a las personas acorde a su situación y cultura. La tendencia de los profesionales suele ser centrarse y actuar conforme a la propia cultura, no admitiendo otras concepciones o prácticas y sin llegar a valorar siquiera si son o no beneficiosas para el individuo. Las personas no pueden separarse de sus creencias y valores y no siempre cambian de conducta únicamente porque se les aconseje que deben hacerlo. La atención de Enfermería que no es coherente con la cultura, es fragmentaria y, por tanto, no podemos considerarla ni apropiada ni beneficiosa.

Conociendo y respetando las prácticas culturales de las personas que son diferentes a nosotros podremos desarrollar una actuación enfermera más adecuada. En la medida en que pretendamos lograr estas cuestiones, profundizar en la teoría de los cuidados culturales de Leininger proporciona conocimientos y herramientas de incuestionable valor. En definitiva, debemos considerar que integrar los cuidados culturales en el Proceso de Atención de Enfermería en Salud Laboral implicaría una mayor pertinencia y calidad en nuestro desempeño profesional.

Bibliografía

1. OBERAXE. Guía para la gestión de la diversidad cultural en medianas y pequeñas empresas. Ministerio de Empleo y Seguridad Social [acceso 14/03/15]. Disponible en http://explotacion.mtin.gob.es/oberaxe/inicio_descargaFichero?DatoId=4054
2. Observatorio Permanente de la Inmigración. Extranjeros Residentes en España a 31 de Diciembre de 2014. Ministerio de Empleo y Seguridad Social; 2014 [acceso 07/05/15]. Disponible en http://extranjeros.empleo.gob.es/es/Estadisticas/operaciones/con-certificado/201412/Residentes_Principales_Resultados_31122014.pdf
3. Galvez Herrer M, Gutiérrez García MD, Zapico Martínez N. Salud Laboral y salud mental en población trabajadora inmigrante. *Medicina y Seguridad del Trabajo*. 2011; 57(1): 1-262.
4. Norambuena Coloma K, Mendoza-Parra S. Los desafíos en salud del migrante para la Enfermería profesional. *Enfermería Global*. 2008 [acceso 14/03/15];14. Disponible en <http://revistas.um.es/eglobal/article/view-File/35951/34461>
5. Dirección General de Integración de los Inmigrantes. Plan Estratégico Ciudadanía e Integración 2011-2014. Ministerio de Trabajo e Inmigración [acceso 12/03/15]. Disponible en http://extranjeros.empleo.gob.es/es/Programas_Integracion/Plan_estrategico2011/pdf/PECI-2011-2014.pdf
6. OBERAXE. Guía para la gestión de la diversidad en entornos profesionales. Ministerio de Trabajo e Inmigración; 2011 [acceso 14/03/15]. Disponible en http://explotacion.mtin.gob.es/oberaxe/inicio_descargaFichero?bibliotecaDatoId=206
7. García Galán R [coordinador]. Manual de atención sanitaria a inmigrantes: guía para profesionales de la salud. Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2007 [acceso 12/03/15]. Disponible en http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csald/galerias/documentos/p_4_p_2_promocion_de_la_salud/materiales_publicados_inmigrantes/manualatencioninmigrantes.pdf
8. Leininger MM, McFarland MR. *Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory*. 2ª ed. Sudbury, MA: Jones and Bartlett; 2006.
9. Albornoz Mancera DM. La importancia de la transculturalidad en el conocimiento enfermero. *Parainfo Digital*. 2009 [acceso 15/04/15]; 7. Disponible en <http://www.index-f.com/para/n7/100d.php>
10. Marriner-Tomey A, Raile Alligood M. *Modelos y teorías en Enfermería*. 5ª ed. Madrid: Elsevier España; 2003.

11. Leno González D. Buscando un modelo de cuidados de Enfermería para un entorno multicultural. *Gazeta de Antropología*. 2006 [acceso 24/03/15]; 22(32). Disponible en <http://hdl.handle.net/10481/7118>

12. Arranz Alonso S, Carcedo Santos L. Metodología enfermera: una necesidad en Salud Laboral. *Revista Tesela*. 2010 [acceso 24/03/15]; 7. Disponible en <http://www.index-f.com/tesela/ts7/ts0007.php>

13. Moretón Calderón M. Ventajas e inconvenientes de la aplicación de los modelos de Enfermería en la práctica. Cantabria: Universidad de Cantabria; 2012 [acceso 24/03/15]. Disponible en <http://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/883>

14. González Sánchez J. Enfermería del Trabajo en la detección precoz de patologías laborales. Salamanca: Universidad de Salamanca; 2010 [acceso 24/03/15]. Disponible en: <http://gredos.usal.es/jspui/handle/10366/75259>

15. Arranz Alonso S, Meneses Monroy A. Resultados preliminares; Modelos conceptuales, Metodología y Lenguaje estandarizado en Enfermería del Trabajo. *Revista Enfermería del Trabajo*. 2013; 3(1):33

16. González Sánchez J. Aplicación del proceso de atención de Enfermería a la Salud Laboral. *Medicina y Seguridad del Trabajo*. 2011; 57(222):15-22.

17. McCloskey JC, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). 3ª ed. Madrid: Hartcourt; 2001.

18. Benavent Garcés A, Francisco del Rey C, Ferrer Ferrandis E. *Fundamentos de Enfermería*. Madrid: DAE; 2001.

Caso Clínico

Plan de cuidados en Enfermería del Trabajo

Caso práctico: trabajador con depresión

Autores

Reyes, JF

Enfermero UGC Salud Mental del Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Especialista en Enfermería del Trabajo

Profesor asociado de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Diputación Provincial de Málaga

Universidad de Málaga

reyesrevuelta@hotmail.com

Aguilar, R

Residente 2º año de la Especialidad de Enfermería en Salud Mental

UGC Salud Mental Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Málaga

Introducción

La depresión se constituye en uno de los diagnósticos psiquiátricos más habituales entre la población general¹, con una prevalencia-año estimada en España del 3,9% y una prevalencia-vida del 10,5%^{2,3}. En su etiología intervienen diversos factores genéticos, biológicos y psicosociales⁴. La depresión es una enfermedad incapacitante que altera la calidad de vida percibida y ocasiona un incremento en la utilización de los recursos sanitarios. Su impacto económico es importante. Algunos estudios la califican como la segunda enfermedad mental con mayores costes. Algunos estudios evidencian que los costes indirectos asociados a las pérdidas de productividad laboral son mayores que los costes sanitarios directos⁵⁻⁹. La incidencia de la depresión es tan relevante que la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que para el año 2020 la depresión ocupará la segunda causa de discapacidad a nivel mundial¹⁰.

En 2012 una encuesta llevada a cabo en toda Europa por la Asociación Europea para la Depresión (EDA) para valorar el impacto de la depresión en el trabajo, mostró que sólo un tercio de los trabajadores con depresión en Europa contaron a algún compañero de trabajo su problema de salud. Las razones predominantes que dieron los trabajadores con depresión para no revelar su estado fueron la posibilidad de ser estigmatizados y el miedo a

poner en peligro su puesto de trabajo. Esta misma encuesta reveló que uno de cada 10 directivos en Europa admitía que ante un trabajador con depresión no sabría como reaccionar y un tercio de ellos dijeron no poseer ningún recurso, información, o apoyos para tratar con empleados con depresión¹¹.

La depresión afecta proporcionalmente a muchos hombres y mujeres en edad de trabajar, produciendo un impacto significativo en la productividad de una empresa. Los trabajadores con depresión experimentan en más de un 94% de los casos síntomas cognitivos tales como problemas de concentración, indecisión, olvidos, reduciendo por tanto su nivel de desempeño por debajo del nivel esperado¹². En términos de presentismo, (costes de productividad sin ausencia del trabajo) los trabajadores con depresión pierden una media de 5.6 horas de trabajo a la semana⁹. En términos de absentismo, los trabajadores que sufren depresión incurrir en absentismo con más frecuencia que otros trabajadores, y cuando están de baja, lo están durante más tiempo. La duración media de una baja por depresión en Europa es de 36 días¹³.

Desde un punto de vista preventivo, la detección precoz y una atención temprana se convierten en imperativos para reducir el impacto de la depresión en el trabajo y sus costes asociados. El tratamiento de la depresión es

más exitoso cuando la enfermedad se diagnostica y se trata precozmente, por lo que es importante identificar trabajadores en situación riesgo y estar alerta ante síntomas de enfermedad mental en el trabajo. Un adecuado tratamiento asegura un 76% de la remisión de los episodios de depresión¹⁴.

Es importante que el Especialista en Enfermería del trabajo, junto al Médico del Trabajo, como referentes de salud en las organizaciones, se involucren directamente en actuaciones preventivas y terapéuticas en la empresa, actuando como facilitadores, consejeros y terapeutas, para apoyar a los empleados con depresión o en riesgo de padecerla.

En estos últimos años la práctica enfermera ha ido cambiando con la aplicación del proceso enfermero como método de prestación de cuidados y la incorporación de sistemas estandarizados de lenguaje propio: diagnósticos (Taxonomía NANDA: North American Nursing Diagnosis Association)¹⁵, intervenciones (Nursing Interventions Classification, NIC)¹⁶ y la última incorporación, la NOC (Nursing Outcomes Classification)¹⁷, que contiene criterios de resultado sensibles a la práctica enfermera con indicadores específicos.

Objetivo

El presente artículo tiene como objetivo diseñar un plan de cuidados de un trabajador con depresión, en el ámbito de la actuación del Especialista en Enfermería del trabajo, a través de un caso práctico ilustrativo.

Resultado

Presentación del caso práctico

C.R. es una cajera de 51 años, con más de 25 años de experiencia en el centro de trabajo, divorciada y desde hace más de 10 años, sin pareja y con dos hijas de 16 y 19 años que acude a la consulta de Enfermería del Servicio de Salud Laboral en la empresa que trabaja por insistencia de su jefe inmediato que la ha traído hasta nosotros. Le invito a pasar y sentarse. Permanece encogida, con ojeras, faz triste y llorosa. Nos desvía la mirada. Está despeinada, sin maquillar y su ropa está arrugada. Verbaliza con dificultad y en un tono muy bajo. Nos cuenta que lleva un tiempo que no come casi nada, que pasa todo el tiempo fuera del trabajo encerrada en su cuarto y acostada, dice sentirse muy sola y tener "ganas de morirse". Refiere que hace seis meses falleció su her-

mana mayor y desde entonces está muy triste. Constatamos revisando su historia clínica que hace tres años ya tuvo una baja de un mes de duración por un proceso depresivo.

En el último mes ha tenido dos episodios de incapacidad temporal que sumaron un total de nueve días de absentismo. En su último episodio de incapacidad temporal nos cuenta que fue llevada por sus hijas y atendida por su médico de cabecera en su centro de salud, que instauró un tratamiento con antidepresivos, que está tomando y está pendiente de acudir a psicoterapia. Nos dice que nadie sabe lo mal que lo está pasando, que todo se debe a su mala suerte, al destino, que no quiere hablar con sus compañeras, ni salir con sus amigas porque no quieren que piensen que es una fracasada, una inútil o que está loca. Siente mucho que sus hijas tengan que ocuparse de las tareas domésticas que ella no puede realizar y dice que a veces la culpan y le reprochan por ello. No quiere que nadie sepa su situación ni quiere darse más de baja porque teme que ello le pueda hacer perder su trabajo. Le preguntamos por el consumo de sustancias y nos comenta que no fuma pero que bebe alcohol en ocasiones y toma diazepam para poder dormir y olvidarse de sus problemas.

El mismo día acude una compañera de sección de C.R. a la consulta por un antigripal y aprovecho para preguntarle qué tal ve a su compañera C.R. Me cuenta que lleva varias semanas con ánimo muy bajo, que ha adelgazado bastante, que permanece aislada y apenas habla ni se relaciona con los compañeras, a pesar de lo extrovertida que ella ha sido siempre, que olvida cosas, se distrae, está indecisa y desorganizada, irritable con los clientes y en una ocasión estuvo a punto de accidentarse al caer un bulto de mercancía que manejaba en la caja. Están preocupados por ella porque sus jefes comentan que su rendimiento ha bajado y temen que pueda afectarle a su trabajo. Ya este mes en una ocasión no le cuadró el cambio de la caja al final del turno y le llamaron la atención por ello.

Llamamos por teléfono a su hija mayor que nos comenta que están preocupadas por su madre, que permanece todo el día decaída, encerrada en su cuarto, triste y culpándose por todo, que no tiene ganas de nada, que apenas se relaciona con ella y su hermana. No atiende el cuidado de la casa, no se maquilla, apenas se lava y tienen que insistirle en que tome la medicación ya que han comprobado que ha habido días que no se la ha tomado, ella dice que para qué se la va a tomar si no tiene sentido vivir.

Marco conceptual elegido

La actuación enfermera se fundamenta en una serie de teorías y marcos o modelos conceptuales que orientan sus funciones y práctica profesional. En el ámbito de la salud mental el **Modelo de Relaciones Interpersonales de Hildegard Peplau** es uno de los más utilizados y que mejor ayuda a desempeñar el rol profesional en toda su amplitud. La piedra angular de este modelo radica en el establecimiento y mantenimiento de la relación enfermera-paciente. Sin ella no podría ser útil y los cuidados resultarían ineficaces.

Este modelo considera a la enfermera como elemento esencial para lograr un proceso interprofesional terapéutico. Considera también, que la función del individuo es desarrollarse y crecer y que la de la enfermería es seguir un proceso educativo destinado a proporcionar apoyo a este desarrollo y crecimiento para alcanzar el máximo potencial con el fin de funcionar independientemente dentro de la sociedad.

La enfermedad es considerada una experiencia potencial de aprendizaje, siendo a través de una relación significativa sanitario/paciente desde donde ambos pueden aprender, desarrollarse y crecer aún más como personas. La salud es vista como una cualidad dinámica, que permite a la persona la experiencia potencial del bienestar físico y social y que confiere a esa persona la oportunidad de vivir bien y en armonía con los demás. Sugiere que es posible ayudar a los pacientes a descubrir nuevas estrategias de afrontamiento a fin de promocionar la salud siempre que las enfermeras seamos capaces de relacionarnos de una manera efectiva y con buenos conocimientos sobre la salud.

Valoración de Enfermería según patrones funcionales de M. Gordon

La valoración es el punto de partida y la base de todas las etapas siguientes de la actuación enfermera. Ha sido considerada un proceso continuo y dirigido hacia un fin que incluye diferentes acciones: obtención de información, interpretación de ésta y organización de toda la información reunida.

La organización de la información consiste en un ejercicio de síntesis para llegar a identificar el problema o problemas de la persona. Esta actividad puede ser muy compleja, debido que los profesionales de enfermería pueden poseer diferentes conocimientos, experiencia y marco teórico de referencia. Para evitar estas diferencias, es ne-

cesario disponer de una clasificación conceptual con operatividad en un formato de registro que unifique y proporcione uniformidad a la información recogida.

Entre las varias clasificaciones existentes elegimos la propuesta por **Marjory Gordon** a mediados de los 70 centrada en 11 patrones funciones de salud. Este modelo proporciona un formato de valoración estándar para los datos básicos, independiente de la edad, el nivel de cuidados o la enfermedad de la persona. La descripción y evaluación de estos patrones permite al enfermero determinar si la función de aquellos es positiva o, si por el contrario existe disfunción. Los problemas de salud detectados dan paso a los diagnósticos enfermeros sobre los cuales los enfermeros, en virtud de su formación y experiencia, están capacitados para tratar.

Patrón 1. Percepción de la salud

C.R. muestra un aspecto descuidado, sin peinar ni maquillar y con la ropa arrugada.

Durante la entrevista su actitud es de desesperanza, impotencia y culpa. Se muestra encogida, con faz triste y llorosa. Se aprecian ojeras.

No sigue el tratamiento prescrito, pues no lo considera necesario puesto que para ella no tiene sentido vivir.

Abusa de benzodiacepinas y alcohol secundario a la necesidad de paliar el “dolor espiritual” resultado de una autoevaluación negativa.

Patrón 2. Nutricional – metabólico

No presenta alteraciones en la deglución ni en la dentición.

Tampoco presenta náuseas, vómitos ni disfagia a sólidos o líquidos.

No tiene restricciones alimentarias ni alergia a ningún alimento.

Ha perdido 5 Kg. en los últimos dos meses, presentando un IMC de 19.3

Refiere haber perdido el apetito y sus hijas nos relatan que ya no hace de comer, y que cuando ellas lo hacen come, pero muy poco.

Patrón 3. Eliminación

No presenta alteraciones en la eliminación vesical ni intestinal.

Patrón 4. Actividad - Ejercicio

Se aprecia un cambio en sus habilidades cognitivas (memoria, atención) Se observan también olvidos y distracciones que le han ocasionado algunos problemas en el trabajo.

Poco a poco ha ido asistiendo cada vez menos a las actividades que realizaba (costura y pilates), hasta abandonarlas por completo.

Su nivel de actividad es muy reducido, conducta motriz algo inhibida. Se pasa todo el día en la cama, haciendo caso omiso a las propuestas de sus hijas por salir a pasear. Ha dejado de realizar las tareas domésticas, originándole esto algunas disputas con sus hijas.

En cuanto a la higiene, cada vez es más deficitaria.

Patrón 5. Sueño - Descanso

Pasa mucho tiempo en la cama, pero refiere no tener un sueño reparador y despertarse mucho antes de la hora debida, siéndole imposible volver a coger el sueño por lo que se encuentra muy cansada durante todo el día.

Hace uso de medicación para dormir (Diazepam 5 mg.).

Patrón 6. Cognitivo – Perceptivo

Se encuentra orientada temporo-espacialmente.

Pérdida de memoria y concentración debido a la ansiedad y a su estado depresivo, lo cual le lleva a estar indecisa, olvidadiza y cometer errores.

Esto a su vez le provoca más ansiedad por temor a perder su trabajo.

Discurso enlentecido, pobre y parco en palabras, con tono de voz bajo.

Patrón 7. Autopercepción – Autoconcepto

Durante la entrevista se muestra con los hombros caídos, cabizbaja, llorosa.

Tono de voz muy bajo y escaso contacto ocular. Sus movimientos se muestran enlentecidos.

Muestra un autoconcepto muy negativo. No quiere salir con sus amigas porque cree que la tacharán de fracasada, inútil o loca.

Refiere tener ganas de morirse y muestra una actitud de culpa e inferioridad.

Se aprecia aplanamiento afectivo.

- Reactividad emocional: Sentimientos escasos, tonalidad afectiva desagradable. Autoevaluación negativa, tradu-

ciéndose en una infravaloración.

-Sentimientos de su autoevaluación: inferioridad, culpabilidad, inutilidad, tristeza, impotencia, frustración y miedo a perder su trabajo.

Patrón 8. Rol relaciones

-Percepción sobre el rol y responsabilidades: insatisfactoria debida a la autoevaluación negativa de su competencial.

-Relaciones Familiares: percibidas de forma insatisfactoria. Aparecen sentimientos negativos y de culpa.

Divorciada desde hace más de diez años, sin pareja actual. Convive con sus hijas, de 16 y 19 años.

Su hermana mayor murió hace seis meses

-Relaciones Sociales: las actividades socioculturales y de ocio están disminuidas debido a una percepción personal distorsionada y a la valoración negativa de las capacidades personales. Apatía, pasividad.

-Condición laboral: problemas derivados de relaciones con compañeros y jefes inapropiadas, consecuentes a la falta de asertividad y seguridad en sí misma, lo cual conduce a relaciones insatisfactorias, comisión de errores y riesgo de accidentes. Teme perder el puesto de trabajo debido a ello y por eso no quiere darse de baja.

Patrón 9. Sexualidad – Reproducción

No valorable.

Patrón 10. Tolerancia al estrés

Episodios puntuales de tensión y ansiedad.

Sentimientos asociados negativos.

Estrategias de adaptación: inhibición, consumo de fármacos y alcohol para “olvidarse de sus problemas”.

Patrón 11. Valores – Creencias

No valorable.

TAXONOMÍA NANDA-NOC-NIC

Diagnóstico Enfermero:

**00055 DESEMPEÑO INEFECTIVO DEL ROL (laboral)
R/C BAJA AUTOESTIMA**

M/P VERBALIZACIONES DE JEFES Y COMPAÑEROS DE BAJO RENDIMIENTO LABORAL, COMI-



SIÓN DE ERRORES Y FALLOS, MOTIVACIÓN INADECUADA.

NOC (Resultados Indicadores)

1501 Ejecución del rol

- Indicadores:
- Capacidad para cumplir las expectativas del rol laboral.
 - Desempeño laboral adecuado.
 - Ausencia de fallos y errores.

NIC (Intervenciones)

5370 Potenciación del rol

- Actividades:
- Identificar y recuperar su rol anterior.
 - Enmarcar adecuadamente las características propias del rol de trabajadora para no mezclar otras actitudes que generen conflicto.
 - Refuerzo positivo del mantenimiento de desempeño habitual anterior a la aparición del trastorno.
 - Dialogar con la trabajadora sobre la importancia de la imagen en el trabajo y elaborar un plan para escoger la ropa, maquillaje y peinado adecuado a su condición de trabajadora de cara al cliente.
 - Enseñar a compañeros y jefes a manejar la situación de la trabajadora, mostrando tolerancia y ofreciendo ayuda.
 - Refuerzo positivo de las verbalizaciones de sentido de responsabilidad de la trabajadora.

Diagnóstico Enfermero:

**00052 DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL (POR DEFECTO)
 R/C AUTOCONCEPTO NEGATIVO
 M/P PERCEPCIÓN PESIMISTA DEL ENTORNO.
 INFORMACIÓN DIRECTA DE COMPAÑEROS DE TRABAJO Y FAMILIARES DE UNA INTERACCIÓN SOCIAL INEFICAZ CON COMPAÑEROS DE TRABAJO, FAMILIARES Y AMIGOS.**

NOC (Resultados Indicadores)

1503 Implicación social

- Indicadores:
- Interaccionar de forma adecuada con compañeros del trabajo.
 - Mantener relaciones satisfactorias con familia y amigos.
 - Participar en actividades de ocio.

1502 Habilidades de interacción social

- Indicadores:
- Relacionarse de forma adecuada.

NIC (Intervenciones)

5100 Potenciación de la socialización

- Actividades:
- Animar al paciente a restablecer relaciones.
 - Orientar sobre técnicas en habilidades sociales para establecer relaciones positivas.
 - Fomentar compartir problemas comunes con compañeros y familia.
 - Animar al paciente a cambiar de ambiente, como salir a caminar o ir al cine.

5400 Potenciación de la autoestima

- Actividades:
- Animar al paciente a identificar sus cualidades y puntos fuertes.
 - Fomentar el contacto visual para comunicarse e interactuar.
 - Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación.
 - Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.
 - Ayudar al paciente a que establezca objetivos realistas y acepte nuevos desafíos.
 - Enseñar al paciente a realizar autoafirmaciones positivas con las que se encuentre cómodo.

Diagnóstico Enfermero:

**00078 MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO
 R/C FALTA INTERÉS Y DE MOTIVACIÓN
 M/P VERBALIZACIÓN DE LA PACIENTE DE NO HABER REALIZADO LAS ACCIONES NECESARIAS PARA INCLUIR EL RÉGIMEN TERAPÉUTICO EN SUS HÁBITOS DIARIOS. FALTA DE POGRESO.**

NOC (Resultados Indicadores)

1609 Conducta terapéutica

- Indicadores:
- Cumple el régimen terapéutico recomendado.
 - Cumple los tratamientos prescritos

1813 Conocimiento del régimen terapéutico



Indicadores:

- Conocimiento del régimen terapéutico.
- Descripción de la medicación prescrita.
- Descripción del proceso de enfermedad.
- Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual.

NIC (Intervenciones)

5616 Enseñanza de medicamentos prescritos

Actividades:

- Informar al paciente del propósito y acción de cada medicamento.
- Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación.
- Instruir al paciente acerca de la dosis, vía de administración y duración de los efectos de cada medicamento.

5602 Enseñanza: proceso de enfermedad

Actividades:

- Describir el proceso de enfermedad
- Describir las posibles complicaciones
- Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y controlar el proceso de enfermedad.

Diagnóstico Enfermero:

**00035 RIESGO DE LESIÓN
R/C DIFICULTADES EMOCIONALES Y COGNITIVAS**

NOC (Resultados Indicadores)

1902. Control del riesgo

Indicadores:

- Supervisa los factores de riesgo laborales.
- Modifica sus hábitos de trabajo para reducir el riesgo.
- Adapta las estrategias de prevención y control del riesgo según es necesario.

NIC (Intervenciones)

6654 Vigilancia: seguridad

Actividades:

- Proporcionar el nivel adecuado de supervisión para vigilar a la trabajadora.

- Determinar la presencia y calidad de apoyo de compañeros de trabajo y jefes.

Diagnóstico Enfermero:

**00120 BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL
R/C SENTIMIENTOS DE INUTILIDAD
M/P EXPRESIONES DESESPERANZA Y VERBALIZACIONES AUTONEGATIVAS.**

NOC (Resultados Indicadores)

1205 Autoestima

Indicadores:

- Verbalizaciones de autoaceptación.
- Sentimientos positivos sobre su propia persona.
- Aceptación de las propias limitaciones.
- Mejora en la relación tanto con compañeros de trabajo como con familiares.

1201 Esperanza

Indicadores:

- Expresiones de confianza.
- Expresión de ganas de vivir.
- Expresión de creencia en sí mismo.
- Establecimiento de objetivos.

NIC (Intervenciones)

5400 Potenciación de la autoestima

Actividades:

- Animar al paciente a identificar sus cualidades y puntos fuertes.
- Fomentar el contacto visual para comunicarse e interactuar.
- Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación.
- Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.
- Ayudar al paciente a que establezca objetivos realistas y acepte nuevos desafíos.
- Enseñar al paciente a realizar autoafirmaciones positivas con las que se encuentre cómodo.

5270 Apoyo emocional

Actividades:

- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
- Proporcionar apoyo al paciente.
- Realizar afirmaciones enfáticas de apoyo.
- Animar al paciente a que exprese los sentimientos de tristeza o ansiedad. Identificar la función de utilidad que tiene la ira y la rabia.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.



Diagnóstico Enfermero:

00002 DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO

**R/C FALTA DE INTERÉS POR ALIMENTARSE
M/P INGESTA INSUFICIENTE DE NUTRIENTES
PARA SATISFACER LAS NECESIDADES METABÓLICAS**

NOC (Resultados Indicadores)

1004 Estado Nutricional

Indicadores:

- Relación peso / talla

NIC (Intervenciones)

1100 Manejo de la nutrición

Actividades:

- Consensuar el peso ideal a conseguir.
- Ayudar a proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos.
- Establecer dieta de preferencia, que se atenga a criterios de equilibrio nutricional.
- Establecer periodicidad de control de peso.
- Reforzar el aumento de peso, dentro de los límites.
- Reforzar autoimagen en la mejora del peso.
- Instruir sobre las características del trastorno depresivo en relación con la nutrición.

Diagnóstico Enfermero:

**00095 DETERIORO DEL PATRÓN DEL SUEÑO
R/C BAJO ESTADO DE ÁNIMO
M/P TIEMPO TOTAL DE SUEÑO INSATISFACTORIO**

NOC (Resultados Indicadores)

0004 Sueño

Indicadores:

- Duerme toda la noche ininterrumpidamente.
- Tiene un sueño eficiente y reparador.
- Se despierta descansado físicamente.
- Se despierta descansado mentalmente.

NIC (Intervenciones)

1850 Mejorar el sueño

Actividades:

-Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al sueño.

-Ayudar a eliminar situaciones estresantes antes de irse a la cama.

-Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño / vigilia del paciente.

-Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular u otras formas de inducción al sueño.

Conclusiones

Empezar a trabajar centrándonos en un modelo de enfermería y utilizando un lenguaje enfermero normalizado no es un reto inalcanzable para un especialista en Enfermería del Trabajo. Una vez familiarizados con él, veremos que no resulta tan complejo usar el lenguaje propio de nuestra profesión. Éste nos permitirá expresar exactamente qué hacemos y por qué lo hacemos. Nos ayudará a una aplicación más científica, estructurada y personalizada de los cuidados de enfermería, adecuándolos a las necesidades individuales de cada trabajador/paciente. Facilitará la investigación y nos dará más seguridad y satisfacción profesional propiciando tanto la autoevaluación del profesional como la evaluación de todo el proceso.

El Especialista en Enfermería del Trabajo trabaja con personas que en determinadas etapas de su vida pueden estar necesitadas de ayuda, siendo a través de la relación enfermera-paciente como esa enfermera, con una formación especializada, va a reconocer y responder adecuadamente a la necesidad de ayuda.

Practicar la relación interpersonal no solamente ayuda al trabajador sino que también ayuda a los profesionales a desarrollarnos y crecer.

Bibliografía

1. Thomas MR, Waxmonsky JA, Gabow PA et al. Prevalence of psychiatric disorders and costs of care among adult enrollees in a medicare HMO. *Psychiatr Ser*, 56 (2005), pp 1394-1401.
2. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Grupo ESEMeD-España, et al. Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study. *Med Clí (Barc)*. 126 (2006), pp 445-451.
3. ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. *Acta Psychiatr Scand*, 109 Suppl 420 (2004), pp. 38-46



4. Takahasi M, Tanaka K, Miyaoka H. Depression and associated factors of informal caregivers versus professional caregivers of demented patients. *Psychiatry Clin Neurosci*, 59 (2005), pp. 473-480.
5. Sobocki P, Lekander i, Borgstrom F, et al. The economic burden of depression in Sweden from 1997 to 2005. *Eur Psychiatry*, 22 (2007), pp. 146-152.
6. Shvartzman P, Weiner z, Vardy D, et al. Health services utilization by depressive patients identified by the MINI questionnaire in a primary care setting. *Scand J Prim Health Care*, 23 (2005), pp. 18-25.
7. Goetzel RZ, Hawkins k, Ozminkowski RJ, et al. The health and productivity cost burden of the "top 10" physical and mental health conditions affecting six large US employers in 1999. *J Occup Environ Med*, 45 (2003), pp. 5-14.
8. Sicras Mainar A, Navarro Artieda R, Rejas Gutiérrez J, et al. Comorbilidad y coste ambulatorio asociado a los pacientes con trastornos depresivos en un ámbito poblacional. *Fam Hosp*, 31 (2007), pp 101-105
9. Stewart WF, Ricci JA, Chee E. Cost of lost productive work time among US workers with depression. *JAMA* 289 (2003); 23: pp 3135-3144.
10. World Health Organization. The global burden of disease. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf. Accesado el 1 de abril de 2015.
11. IDEA. Impact of Depression at Work In Europe Audit Final Report. Ipsos Healthcare (2012).
12. Conradi HJ, Ormel J, de Jonge P. Presence of individual (residual) symptoms during depressive episodes and periods of remission: a 3-year prospective study. *Psychol Med* (2011); 41: pp 1165-1174
13. Evans-Lacko S, Knapp M. Importance of social and Cultural Factors for Attitudes, Disclosure and Time off Work for Depressions: Findings from a Seven country European Study on Depression in the Workplace. *PLOS One* (2014).
14. OECD. Sick on the job? Myths and Realities about Mental Health and Work (2012).
15. NANDA Internacional. Diagnósticos de enfermería. Definiciones y clasificación. Madrid. Elsevier; 2012-2014.
16. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5º edición. Madrid. Elsevier; 2013.
17. Johnson M, Bulechek G, Butcher HK, Dochterman JM, et al. Clasificación de intervenciones de Enfermería. 6º edición. Madrid. Elsevier; 2013.

Prevención Global

Alerta sanitaria por ébola: Actuaciones realizadas en un hospital de referencia

Autores

Besteiro, A, Pérez, LA, Cuevas, A, Lameiro, C, Del Campo, V
 Unidad de Prevención de Riesgos Laborales – Servicio de Medicina Preventiva
 Hospital Meixoeiro
 Estructura Organizativa de Gestión Integrada de Vigo
 Hospital Meixoeiro s/n 36200
 Vigo
 E-mail: ana.besteiro.egua@sergas.es

Introducción

En diciembre del año 2013 se inicia el peor brote de enfermedad por virus de Ébola de la historia. Un niño de dos años del remoto pueblo guineano de Meliandou enfermó, muriendo posteriormente. Se convierte así, en el paciente cero de un brote sin precedentes que ya ha matado a 10.462 personas en todo el mundo (según el último informe 2 de abril de la Organización Mundial de la Salud)¹, especialmente en África Occidental, concretamente en Guinea Conakry, Sierra Leona y Liberia y que ha provocado una emergencia de salud pública internacional. Actualmente, tanto los tratamientos experimentales como la inmunoterapia o la vacuna se encuentran en fase de estudio, no existiendo todavía resultados concluyentes al respecto.

A partir de la declaración de emergencia de salud pública internacional, todos los países comienzan a establecer medidas para controlar y prevenir la transmisión de la enfermedad. En España, el Ministerio de Sanidad elabora un Protocolo de Actuación frente a casos sospechosos de enfermedad por virus de Ébola (EVE)² con el fin de proteger la salud de la población y de los trabajadores expuestos. El Consejo Interterritorial de Salud designa inicialmente a 30 hospitales para la atención de pacientes sospechosos, reduciéndolos posteriormente a siete, que serían los encargados del tratamiento de los casos confirmados de Ébola en España, quedando 24 centros para atender únicamente a los sospechosos de estar contagia-

dos por el virus y a los contactos de alto riesgo. En estos centros, una vez confirmado el caso, el paciente será derivado a uno de los siete hospitales mencionados según criterios de cercanía, comunidad de residencia y la no coincidencia de más de un paciente al mismo tiempo.

En Galicia, el hospital de referencia para casos sospechosos es el hospital Meixoeiro, en Vigo. Tal designación supuso la realización de una serie de actuaciones y la implicación de una gran cantidad de profesionales.

Marco legal

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales³ tiene por objetivo: “promover la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la aplicación de medidas y la realización de las actividades necesarias para la prevención de los riesgos derivados del trabajo”. La EVE originó la realización de una serie de actuaciones con la finalidad de proteger a los trabajadores expuestos a ella, basándose para ello en la legislación existente sobre protección contra agentes biológicos⁴, equipos de protección individual^{5,6} y productos sanitarios⁷ y utilización de mecanismos de bioseguridad^{8,9}.

Manifestaciones clínicas

La EVE es una enfermedad vírica aguda grave que se

suele caracterizar por la aparición súbita de fiebre, debilidad intensa y dolores musculares, de cabeza y de garganta, lo cual va seguido de vómitos, diarrea, erupciones cutáneas, disfunción renal y hepática y, en algunos casos, hemorragias internas y externas, que suele progresar hacia la muerte. Hay que tener en cuenta que la EVE puede llegar a alcanzar una tasa de letalidad del 90%.

Mecanismo de transmisión y período de incubación

La transmisión se produce mediante:

- Contacto directo con sangre, secreciones u otros fluidos corporales, tejidos u órganos de personas vivas o muertas infectadas.
- Contacto directo con objetos que se han contaminado con fluidos corporales de los pacientes.
- Transmisión por contacto sexual: puede darse hasta tres meses tras el inicio de la clínica.
- Lactancia materna: se ha detectado la presencia de virus en la leche materna hasta al menos 15 días después del inicio de los síntomas.
- Además, la transmisión a los humanos también puede ocurrir por el contacto con animales vivos o muertos infectados.

El período de incubación es de 2 a 21 días. Durante el período de incubación, en el cual las personas están asintomáticas, no se transmite el virus.

Manejo de casos en el hospital Meixoeiro

El paciente con sintomatología compatible con Ébola puede ser detectado en diferentes niveles de atención del sistema de salud o en los puntos de entrada a un país. En ese caso, el paciente sospechoso de EVE debe ser transferido a uno de los hospitales de referencia designados (mediante ambulancia especialmente preparada, con cabina del conductor físicamente separada del área de transporte del paciente) que deben cumplir con las siguientes características para prevenir la transmisión del virus asociada a la atención a la salud:

- 1.- Instalaciones para el aislamiento por contacto.
- 2.- Personal capacitado en prevención y control de infecciones.
- 3.-Provisión adecuada de equipos de protección personal (EPI).
- 4.- Otras actuaciones.

1.- Instalaciones para el aislamiento por contacto

El hospital Meixoeiro dispone de dos habitaciones de aislamiento con sendas esclusas, en las que el paciente está constantemente vigilado a través de un sistema cerrado de televisión y en comunicación con el personal que lo atiende a través de un interfono.

Dichas habitaciones cuentan además, con un acceso independiente desde el exterior (foto 1).



Foto 1: Vista de una de las habitaciones de aislamiento desde la esclusa

2.- Personal capacitado en prevención y control de infecciones

Con el fin de lograr un grupo de trabajadores capacitados para atender a pacientes de estas características se llevó a cabo un plan de formación consistente en:

- Impartir sesiones informativas a personal de limpieza, laboratorio de microbiología y servicio de radiodiagnóstico.
- Impartir formación al personal designado y directamente implicado en la atención a estos pacientes. Este personal fue:
 - o Facultativos especialistas en medicina interna.
 - o Facultativos especialistas en cuidados intensivos de adultos.
 - o Facultativos especialistas en cuidados intensivos pediátricos.
 - o Personal de enfermería de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de adultos.
 - o Personal de enfermería de UCI pediátrica.
 - o Matronas.
 - o Celadores.

La formación de estos profesionales consiste en:

Primera fase: clases teóricas sobre la epidemiología de la enfermedad, especialmente sobre su mecanismo de transmisión y actuaciones necesarias para prevenir el contagio. Posteriormente, se continúa con clases prácticas sobre la colocación/retirada de los equipos de protección

individual en las esclusas de las habitaciones de aislamiento, con el fin de simular unas condiciones que reflejen lo más fielmente una situación real.

Segunda fase: se incluye un módulo de apoyo psicológico para afrontar la situación de estrés que provoca el sentimiento de amenaza y miedo al contagio de un virus para el que no hay un tratamiento eficaz y que es altamente letal, por tener que utilizar EPIS, algunos desconocidos, y por ser conscientes de la importancia de seguir rigurosamente un protocolo, sin cometer errores, que podrían tener consecuencias fatales. El curso psicológico también versa sobre cuestiones como la comunicación con familiares y con pacientes y aborda incluso aspectos relativos a la comunicación con pacientes extranjeros cuya lengua puede ser desconocida para los profesionales.

En esta segunda fase se vuelve a repetir el adiestramiento sobre la colocación/retirada de los EPI incluyendo para los enfermeros, la realización con los EPIs colocados simulaciones prácticas de extracción venosa, con brazos de muñecos (foto 2 y 3), tratando de representar una situación lo más real posible. Esta práctica es además fundamental, y una de las primeras que se realizarían sobre el paciente, puesto que se llevaría a cabo la extracción de sangre en dos tubos, uno para la determinación de Ébola y otro de Malaria, para ser enviados al laboratorio del Centro Nacional de Microbiología del Instituto de Salud Carlos III, que en 24 horas, tendría los resultados.

Para dicha práctica se utilizan materiales con dispositivos de bioseguridad, con el fin de garantizar la seguridad tanto del paciente como de los profesionales y en concordancia con la legislación vigente, tanto nacional como autonómica, sobre productos sanitarios con dispositivos de bioseguridad.

Foto 2



Foto 3



Fotos 2 y 3: Enfermeras realizando prácticas de extracción de muestras en habitación de aislamiento.

La formación mencionada es impartida por el Servicio de Medicina Preventiva-Unidad de Prevención de Riesgos Laborales, contando con la colaboración de dos profesionales de otros servicios:

- Para el módulo psicológico, con una psicóloga clínica de la Unidad de Paliativos de otro hospital del área sanitaria.
- Para la parte de las prácticas de extracción de muestras, con las supervisoras de enfermería de las UCI de adultos y pediátrica.

La formación práctica de colocación/retirada de los EPIS se organiza de forma que siempre se cuenta con un instructor para cada dos personas. De hecho, la asistencia al paciente se realizaría siempre en parejas (no necesariamente de la misma categoría profesional) y bajo la supervisión de otro profesional formado para ello.

3.- Provisión adecuada de EPI

Los EPI utilizados, según lo establecido en el Real Decreto 773/1997 relativos a su utilización, proporcionan una protección eficaz frente a los riesgos a agentes biológicos del grupo 4, y cumplen el Real Decreto 1407/1992, de 20 de noviembre, por el que se regulan las condiciones para la comercialización y libre circulación de los equipo de protección individual. Además, cuando dichos equipos vayan a ser usados con el paciente, cumplen el Real De-

creto 1591/2009, de 16 de octubre, por el que se regulan los productos sanitarios.

En concreto, los EPI utilizados son: traje de protección, gafas y/o pantalla facial, mascarillas, guantes y botas.

Además, se elabora un protocolo de colocación y retirada del traje basándose en las recomendaciones del Ministerio de Sanidad, en el de la Brigada de Sanidad del ejército de tierra español y de la Organización Mundial de la Salud, en función de los medios y las instalaciones disponibles.

4.- Otras actuaciones

Se realizaron también las siguientes actuaciones:

- Evaluación de riesgos laborales de los puestos de trabajo ocupados por los profesionales implicados.
- Vigilancia específica de la salud para valorar la aptitud psicofísica de los trabajadores en concordancia con las recomendaciones específicas para trabajadores expuestos del protocolo del Ministerio de Sanidad de actuaciones ante el virus de Ébola.
- Elaboración de un protocolo para hacer frente a accidentes de los que puede derivarse exposición al agente biológico, haciendo especial mención a las actuaciones a seguir en caso de contacto con mucosas e inoculación accidental.

Bibliografía

- 1.- World Health Organization. Ebola data Statistics. Latest available situation summary, 02 April 2015. Disponible en:
<http://apps.who.int/gho/data/view.ebola-sitrep.ebola-summary-latest?lang=en>
- 2.- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo de actuación frente a casos sospechosos de enfermedad por virus Ébola (EVE). Disponible en:
http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/ebola/documentos/20.01.2015_Protocolo_Ebola.pdf
- 3.- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. BOE nº 269, de 10-11-1995
- 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 nº 124, de 24-05-1997

5.- Real Decreto 773/1997, 30 de mayo, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la utilización por los trabajadores de equipos de protección individual. BOE nº 140, de 12-06-1997

6.- Real Decreto 1407/1992, de 20 de noviembre, por el que se regulan las condiciones para la comercialización y libre circulación intracomunitaria de los equipos de protección individual. BOE nº 311, de 28-12-1992

7.- Real Decreto 1591/2009, de 16 de octubre, por el que se regulan los productos Sanitarios. BOE nº 268, de 6-11-2009

8.- Orden ESS/1451/2013, de 29 de julio, por la que se establecen disposiciones para la prevención de lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector sanitario y hospitalario. BOE nº 182, de 31-07-2013

9.- Orden de 15 de septiembre de 2008 por la que se establecen e implantan los procedimientos de seguridad y el sistema de vigilancia frente al accidente con riesgo biológico en el ámbito de las instituciones sanitarias del Servicio Gallego de Salud. DOG nº 189, de 30-09-2008

Enfermería del Trabajo al día

I Jornada de Enfermería del Trabajo en la provincia de Málaga

Autores

Redacción

Más de medio centenar de profesionales de toda Málaga y Andalucía se dieron cita el pasado 23 de abril de 2015 en el Centro de Prevención de Riesgos Laborales de Málaga, donde se celebró la I Jornada de Enfermería del Trabajo en la provincia de Málaga, que con el lema “Una mirada hacia el futuro” organizó el citado Centro de Prevención de Riesgos Laborales, la Asociación de Especialistas de Enfermería del Trabajo y el Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Málaga.

Tras dar la bienvenida y presentar la jornada a cargo de D^a Marta Rueda Barrera, Delegada Provincial de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo de la Junta de Andalucía en Málaga; y D. Juan Antonio Astorga Sánchez, Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Málaga, se inició la sucesión de ponencias programadas para la tarde.

La primera ponencia llevó por título “Luces y sombras de la Enfermería del Trabajo tras 20 años de la promulgación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales: ¿hacia dónde vamos?”, llevada a cabo por D. José Manuel Corbelle Álvarez, Presidente de la AET (Asociación de Especialistas en Enfermería del Trabajo), donde identificó los principales retos que afrontará nuestra especialidad en los próximos años.

A continuación, el turno era para la profesora de la Facultad de Enfermería de Málaga, D^a Concepción Bilbao Guerrero, que tuvo que ausentarse por motivos de salud, y su ponencia fue presentada por D. Juan Francisco Reyes Revuelta, Enfermero del Trabajo y Profesor Asociado de la Facultad de Enfermería de la Diputación de Málaga (Universidad de Málaga), con el título “La formación pregrado de Enfermería en Salud Laboral”, reseñando que siguen existiendo en la actualidad, muchas Facultades de Enfermería en Andalucía que en sus planes de formación no recogen la Salud Laboral como asignatura.

Más tarde, D^a María Dolores Benot López, Presidenta de la Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería del Trabajo y Presidenta de la Subcomisión de Enfermería del Trabajo de la Unidad Docente Multiprofesional de

Salud Laboral de Andalucía, presentó la ponencia titulada “Formación del enfermero residente en la Especialidad de Enfermería del Trabajo”, donde subrayó el esfuerzo que la Junta de Andalucía ha realizado en los últimos años para que la formación del enfermero residente sea de máxima calidad y cuente con todas las garantías formativas tanto prácticas como teóricas.

Después de la pausa, D^a Susana Benítez Luque, Enfermera del Trabajo, expuso las funciones y tareas que definían el rol de Enfermería del Trabajo en un Servicio de Prevención Ajeno, y a continuación, D^a María Ángeles Almenara Angulo, Enfermera del Trabajo de El Corte Inglés de Marbella, que sustituyó a D^a Cristina Santoyo Arenas al ausentarse por motivos de salud, presentó la ponencia con título “Rol de Enfermería del Trabajo en un Servicio de Prevención Propio”, exponiendo la importante labor asistencial, preventiva, docente, investigadora, y de promoción de la salud que realiza Enfermería del Trabajo.

Para finalizar, D^a Encarnación del Águila Durán, en calidad de Directora del Centro de Prevención de Riesgos Laborales de Málaga, clausuró la Jornada, agradeciendo la participación de ponentes y profesionales.

Fotografía 1. Momentos de la I Jornada de Enfermería del Trabajo en la provincia de Málaga. En la foto, D^a María Ángeles Almenara, Enfermera del Trabajo de El Corte Inglés de Marbella, durante su exposición



Enfermería del Trabajo al día

IX Jornadas Nacionales de Enfermería del Trabajo

Autores

Redacción

Los días 29 y 30 de mayo, bajo el título de “Innovación y Evolución en Enfermería del Trabajo” se reunieron en Madrid Especialistas en Enfermería del Trabajo de toda España para compartir sus experiencias, inquietudes y visión de futuro sobre esta especialidad y el sector de la Prevención de Riesgos Laborales en nuestro País.

Las jornadas destacaron por el alto nivel de las ponencias, en las que participaron profesionales de reconocido prestigio y de las comunicaciones orales, por la diversidad de los temas tratados y por los interesantes debates generados tras las exposiciones de los integrantes de cada una de las mesas. Especialmente destacable fue la alta participación y el elevado nivel profesional y científico demostrado por los compañeros Enfermeros del Trabajo formados bajo el modelo EIR, poniendo de manifiesto la alta calidad de la formación en nuestra especialidad.

Las Jornadas contaron con una gran participación y aceptación por parte de empresas patrocinadoras y colaboradoras que resultó en un encuentro de gran aprovechamiento por parte de los asistentes y las citadas empresas.

Las jornadas comenzaron con un marcado tono internacional. Desde la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad de Guanajuato en León (México) se compartió con el auditorio el modelo formativo de esta especialidad en país latino americano.

Otros temas que se trataron en esta interesante primera jornada estuvieron muy relacionados con el deporte, las lesiones osteomusculares y el trabajo. Se presentó un estudio comparando los resultados del uso de Kinesiotape frente a tratamientos convencionales y desde el Centro de Alto Rendimiento de Sant Cugat del Vallés vinieron a compartir con los especialistas allí reunidos de la aplicación de la compresión y el vendaje en el ámbito laboral. En ambos casos quedó probada la eficacia de este tipo de tratamientos y como la investigación y la innovación en otros ámbitos, como el del deporte, pueden aplicarse a la salud laboral.

Uno de los aspectos más innovadores que se trataron

en estas jornadas estuvo relacionado con la formación. Desde la plataforma de formación On-Line SalusPlay se habló del concepto de los “Serious Game” aplicados a la formación continuada de los profesionales de enfermería. También relacionado con la promoción de la salud de los trabajadores se habló de la importancia y la aportación que gamificación puede hacer al ámbito de la Enfermería del Trabajo.

La integración de la psicología positiva en el ámbito laboral fue otra de las interesantes aportaciones que se realizaron durante estas jornadas. Sus beneficios tanto en el día a día como en la prevención de los factores de riesgo psicosocial.

La promoción de la salud tuvo un papel muy destacado en las jornadas. Manuel Palencia, del grupo Mahou–San Miguel aportó la experiencia de esta empresa en la creación de los entornos de trabajo saludables y los modelos de gestión de empresa saludable, del que son un referente tanto dentro como fuera de España. Muy relacionado con la promoción de la salud también se tuvo la oportunidad de conocer un interesantísimo estudio sobre el síndrome metabólico y la dieta mediterránea realizado por la Beatriz Herruzo del Servicio Andaluz de Salud.

Dentro del espíritu de innovación y evolución que marcaron las jornadas y constituyeron el lema de las mismas, se trataron aspectos menos convencionales, aunque cada vez con más respaldo científico. Terapias como la Medicina Tradicional China, la acupuntura y la biorregulación y su aplicación terapéutica tuvieron no solo un hueco en estas jornadas, sino un papel destacado, despertando el interés del auditorio y suscitando interesantísimos y enriquecedores debates entre los asistentes.

Las jornadas también sirvieron para actualizar y reparar las últimas innovaciones en técnicas como la realización de espirometrías. Esta técnica es fundamental en la Vigilancia de la Salud de la población trabajadora. Dentro del ámbito de la dermatología laboral se presentó un proyecto de estudio sobre el test epicutáneo y su influencia sobre el absentismo laboral debido a las dermatosis ocu-



pacionales.

Otro de los platos fuertes de las Jornadas abordó el uso de metodología de valoración enfermera en el ámbito de la Enfermería del Trabajo, demostrando que también en esta especialidad es posible dar el salto de la teoría a la práctica y demostrando la gran utilidad que para el desarrollo competencial e independencia de la Enfermería tiene la Metodología Enfermera.

Las Jornadas finalizaron con la Junta General de Socios en la que se produjo el relevo de la Junta Directiva. La Junta saliente, presidida por D. José Manuel Corbelle recibió las felicitaciones y agradecimiento de los socios por

los hitos alcanzados durante los años de su gestión entre los que se podría destacar la consecución del reconocimiento oficial de la Especialidad de Enfermería del Trabajo y el desarrollo del programa formativo de la misma. La nueva Junta Directiva de la AET estará presidida por Araceli Santos Posada, Julio de Benito Gutiérrez como Vicepresidente, Antonio Gabriel Moreno Pimentel como Secretario General y María Novoa García como Tesorera. En el próximo número de la revista (octubre de 2015) se hará un monográfico de estas IX Jornadas Nacionales, y donde se recogerán resúmenes de las ponencias y comunicaciones orales.

Fotografía 1. Momentos de las IX Jornadas Nacionales de Enfermería del Trabajo. En la foto, Dña. Ana Maria Castells Molero, Especialista en Enfermería del Trabajo. Servicio de Salud Laboral El Corte Inglés. Madrid.



The logo for AET (Asociación de Especialistas en Enfermería del Trabajo) features the letters 'AET' in a bold, blue, sans-serif font. To the right of the text is a red Maltese cross, a six-pointed star with concave sides.

AET

**Asociación de Especialistas
en Enfermería del Trabajo**

