

Enfermería del Trabajo

International Journal of Occupational Health Nursing

<http://www.enfermeriadeltrabajo.com/ojs/index.php/et/>

**Volumen 7 - Número 2
Abril 2017**

Editorial

Mujer, Trabajo, Seguridad y Salud

Artículos Originales

Calidad del sueño del personal de enfermería. Comparativa entre profesionales con turnos de 8 y de 12 horas

Autodefensa de las agresiones verbales para el personal sanitario

Artículo de Revisión

Justificación bibliográfica del análisis de riesgos para los profesionales sanitarios en ambulancias de urgencia

Formación Continuada

IPAQ: Cuestionario Internacional de Actividad Física

Con nombre propio

Entrevista a Pablo M. Alles

ENFERMERÍA DEL TRABAJO

International Journal of Occupational Health Nursing

<http://www.enfermeriadeltrabajo.com/ojs/index.php/et/>

Editores

Manuel Romero Saldaña
Ayuntamiento de Córdoba

Alfonso Meneses Monroy
Facultad Enfermería de la Cruz Roja. Madrid

Consejo de Redacción

Silvia Arranz Alonso
Enfermera del Trabajo. Madrid

Carmen Lameiro Vilariño
Hospital Meixoeiro. Vigo

José Manuel Corbelle Álvarez
El Corte Inglés. Madrid

Antonio G. Moreno Pimentel
Sociedad Prevención Fremap. Madrid

Julio de Benito Gutiérrez
Hospital Clínico Universitario. Valladolid

María Novoa García
EMT. Madrid

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

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

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

Begoña García Ramírez
Enfermera del Trabajo. Madrid

Juan Ramón Quirós Jiménez
Diputación Provincial de Jaén

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

Manuel Sánchez García
Diputación Provincial de Córdoba.

Javier González Caballero
INSS. Bilbao

Manuel Vaquero Abellán
Facultad de Enfermería. Córdoba

Diseño gráfico y maquetación: Leticia Calderón Santos

Revista indexada en:



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

Enfermería del Trabajo

International Journal of Occupational Health Nursing

<http://www.enfermeriadeltrabajo.com/ojs/index.php/et/>

S U M A R I O

Volumen 7 Número 2 Abril – 2017

Editorial

Redacción

Mujer, Trabajo, Seguridad y Salud 28

Artículo Original

Palazón E, Sánchez JC

Calidad del sueño del personal de enfermería. Comparativa entre profesionales con turnos de 8 y de 12 horas 30

Artículo Original Breve

Gasco F, Martín FJ, Rodríguez A, Cruces S, López I, Varo R, Horno P

Autodefensa de las agresiones verbales para el personal sanitario 38

Artículo de Revisión

Arenal T, Belzunegui T

Justificación bibliográfica del análisis de riesgos para los profesionales sanitarios en ambulancias de urgencia 41

Formación Continuada

Carrera Y

IPAQ: Cuestionario Internacional de Actividad Física 49

Con Nombre Propio

Redacción

Entrevista a Pablo M. Alles. Fumabook: Manual para dejar de fumar 55

el suministro integral



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

Editorial

Mujer, trabajo, seguridad y salud

Redacción

En el primer cuatrimestre del año coinciden dos conmemoraciones muy destacadas, tanto en el ámbito social como laboral: el Día Internacional de la Mujer (8 de marzo) y de la Seguridad y Salud en el Trabajo (27 de abril). En las últimas fechas se han generado un gran número de eventos que han tenido como denominador común la reivindicación para la mujer de derechos sociales, laborales, culturales y biológicos.

Desde el punto de vista del trabajo, se estima que el 52% de las mujeres en edad laboral, están empleadas, y se observa que la incorporación, aportación y consolidación de las mujeres a la fuerza de trabajo sigue creciendo año tras año. A pesar de ello, existen marcadas diferencias de género en los patrones de empleo explicadas por un mercado laboral muy segregado por razones de sexo. La segregación significa discriminación, un estado patente de desigualdad donde un género está infra o sobrerrepresentado en la escena laboral de un país o ámbito territorial en relación a su participación en la estructura poblacional. Numerosos estudios han incidido que en la estructura de empleo de la UE persiste un alto nivel de segregación de género y nos alertan de las consecuencias y efectos perjudiciales para el empleo en sí, y para el género afectado.

La V Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo muestra una tasa media de empleo del 58,2% para las mujeres en la UE-27. Mientras que para los hombres esta tasa es del 70,1%. A pesar de esta marcada desigualdad, en el periodo de 1996 a 2011, se ha ido disminuyendo la brecha entre las tasas de ocupación masculina y femenina. Las políticas de empleo en la UE inciden negativamente sobre los contratos de trabajo para hombres y mujeres. Así por ejemplo, las mujeres suelen recurrir más al empleo parcial puesto que les permite conciliar mejor las obligaciones familiares y reproductivas con el trabajo. En 2008, 7 de cada 10 contratos a tiempo parcial fue ocupado por mujeres y, según datos del Observatorio Europeo de Empleo, en 2011 el 32% de las mujeres empleadas trabajaban a tiempo parcial.

La segregación de género en el mercado laboral conlleva la concentración de hombres y mujeres en determinados sectores y puestos de trabajo, afectando directamente sobre las condiciones de trabajo a las que están expuestas por razones de género y, en consecuencia,

sobre los riesgos a los que se ven sometidos que determinan la seguridad y salud de los trabajadores y trabajadoras: tasas de exposición a agentes físicos o químicos, riesgos de trastornos musculoesqueléticos, turnicidad y trabajo nocturno, riesgo psicosocial, etc. Pero quizá la brecha de género sea aún más considerable en la división del trabajo fuera del trabajo formal (remunerado), o sea, la responsabilización de las tareas que genera el entorno doméstico y familiar. Las mujeres asumen una mayor carga de trabajo que los hombres en este ámbito y, como resultado, esa desigualdad amenaza la salud física y mental de la mujer.

En la actualidad, la UE promulga un enfoque de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) basado el modelo de "género neutro", promoviendo la igualdad como norma, luchando activamente contra las diferencias de género explícitas. En un informe reciente de la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo se indicaron una serie de deficiencias en la política con implicaciones directas para la salud laboral de las mujeres. Por ejemplo, las directivas europeas de seguridad y salud no cubren a trabajadores domésticos (predominantemente mujeres); o las mujeres que trabajan de manera informal como las esposas o parejas de los hombres que trabajan en empresas familiares. Estos ejemplos subrayan algunas lagunas legales e indefensiones de las mujeres trabajadoras frente a las políticas de empleo y reivindican la necesidad de llevar a cabo las evaluaciones de impacto de género en todas las directivas de seguridad y salud existentes y futuras.

El fortalecimiento de la relación entre igualdad de género y SST, así como la participación activa de las mujeres en la toma de decisiones sobre el desarrollo e implementación de estrategias de SST, son de vital importancia para abordar la problemática de las condiciones de trabajo sobre la salud de las mujeres trabajadoras. Además, La investigación en salud laboral y la vigilancia de la salud de los trabajadores debe tener especial sensibilidad con los puestos de trabajo reales que los hombres y las mujeres desempeñan al objeto de evaluar fielmente la desigual exposición a los riesgos derivados del trabajo. Esto se puede lograr a través de las condiciones de trabajo que hay en su interior.

Referencias

Hassard J. Women at Work: An Introduction. University of London. UK Consultado el 3/03/2017 en: https://os-hwiki.eu/wiki/Women_at_Work:_An_Introduction

EU OSHA - Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, "Nuevos riesgos y las tendencias de la seguridad y salud de las mujeres en el trabajo", Comunidades Europeas, Luxemburgo, 2013.

European Commission, 'Report on equality between women and men: 2009', 2009

Artículo original

Calidad del sueño del personal de enfermería Comparativa entre profesionales con turnos de 8 y de 12 horas

Autores

Palazón E, Sánchez JC

Universidad Católica de Murcia (UCAM)

 Contacto: Dr. D. Juan Carlos Sánchez López juancarlossanchezlopez@gmail.com

Recibido: 15-07-2016	Trazabilidad editorial Revisado: 19-08-2016	Aceptado: 10-09-2016
----------------------	--	----------------------

Citar como:

Palazón E, Sánchez JC. Calidad del sueño del personal de enfermería. Comparativa entre profesionales con turnos de 8 y de 12 horas. *Revista Enfermería del Trabajo*. 2017. 7; 2: 30-37

RESUMEN

Introducción. En la actualidad está muy extendida la idea de que trabajar a turnos afecta a la calidad del sueño. Esta realidad no se limita a ser una percepción de la realidad sino que está avalada por la evidencia científica. El objetivo que plantea esta investigación es conocer qué tipo de turno de trabajo (el de 8 horas o el de 12 horas) afecta más a la calidad del sueño del personal de Enfermería. Resulta necesario investigar sobre este tema dado que no sólo es causa de afectación para la salud de los trabajadores sino que, por otra parte, da lugar a un aumento de incapacidades temporales y absentismo laboral.

Material y métodos. Se estudiaron a 107 enfermeras y auxiliares de enfermería de tres hospitales de la Región de Murcia, divididos en dos grupos (53 de turnos a 8 horas y 54 de turnos a 12 horas). Se utilizó el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (ICSP). Se ha llevado a cabo un análisis bivariante con Chi cuadrado a fin de establecer relaciones significativas entre los componentes medidos por el ICSP y el desarrollo de turnos de trabajo.

Resultados. Para ambos turnos se obtuvieron resultados negativos en cuanto a la puntuación total obtenida por el ICSP. En ambos casos se superó el valor de 5, que es considerado el límite entre buenos y malos dormidores. Para aquellos profesionales con turnos de 12 horas el valor fue de 6,3 mientras que para los trabajadores con turnos de 8 horas, se obtuvo un valor de 8,3 y, por tanto, su calidad de sueño fue peor. Se apreció una relación significativa entre trabajar en un turno u otro con seis de los siete com-

ponentes medidos con el ICSP (calidad del sueño subjetiva, latencia de sueño, duración del dormir, alteraciones del sueño, uso de medicamentos para dormir, disfunción diurna).

Conclusiones. Los turnos de 8 horas afectan a la calidad total de sueño en mayor medida que los turnos de 12 horas. Resulta necesario implementar programas de higiene del sueño a fin de mejorar la calidad del sueño, y por tanto, la calidad de vida de los trabajadores.

Palabras clave: Trastornos del sueño-vigilia, Trabajo por turnos, Enfermeros.

ABSTRACT

Introduction. Nowadays the idea that working in shifts affects the quality of sleep is very widespread, this reality is not limited to being a perception of reality but is supported by scientific evidence. The objective of this research is to know what type of work shift (8 hours or 12 hours) affects the quality of sleep of nursing staff. It is necessary to investigate this issue as it not only affects workers' health, but also leads to an increase in temporary incapacities and work absenteeism.

Material and methods. The work involved 107 people, members of the Nursing Staff of three hospitals in the Region of Murcia, divided into two groups (53 with work shift of 8 hours and 54 with work shift of 12 hours). We used the Pittsburgh Sleep Quality Index (ICSP). The bi-

variate analysis with Chi square was carried out in order to establish a significant relationship between the components measured by the ICSP and the relation with work shifts.

Results. For both types of work shifts, we obtain negative results in the score ICSP. In both cases the value of 5 is exceeded, which is considered the limit between good and bad sleepers. For those with shifts of 12 hours the value is 6.29, while for workers with shifts of 8 hours, it is even worse, 8.27, and therefore their quality of sleep is worse. There is a statistically significant relationship between working one shift or another with six of the seven components measured with ICSP (subjective sleep quality, sleep latency, duration sleep, sleep disturbances, use of sleeping pills, daytime dysfunction).

Conclusions. 8-hour shifts affect overall sleep quality to a greater extent than 12-hour shifts. It is necessary to implement sleep hygiene programs in order to improve the quality of sleep, and therefore, the quality of life of workers.

Key words: Sleep wake disorders, Shift Work, Nurses.

Introducción

El trabajo a turnos, como el desarrollado por buena parte de la profesión enfermera, altera los ritmos naturales del organismo, acarreado una serie de consecuencias negativas para la salud de los profesionales. Afecta a los ritmos circadianos y a los periodos de sueño naturales. Los efectos pueden ser terriblemente distorsionantes con la vida de la persona que los padece si alguno de estos aspectos se ve perturbado. En este sentido, el propio Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) refleja que el trabajo a turnos tiene efectos negativos en la calidad y cantidad de sueño del trabajador¹, genera sensación de somnolencia, puede afectar al rendimiento, incrementar los riesgos de accidentes debido a la fatiga y afectar a la salud negativamente². En esta línea, según la bibliografía, el trabajo a turnos es causa de problemas para iniciar y mantener el sueño, al tiempo que también causa insomnio debido a la alteración de los ritmos circadianos³⁻⁵.

Conforme a los resultados revisados en la bibliografía publicada, se puede afirmar que la calidad de sueño de los trabajadores repercute directamente en la salud de éstos⁶⁻⁸, lo cual ocasiona un aumento de la tasa de incapacidad temporal, siniestralidad laboral y absentismo⁹. La calidad del sueño es un fenómeno complejo que resulta difícil de definir y medir de forma objetiva. Por este motivo se han

desarrollado instrumentos subjetivos para su medición, como el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (ICSP)¹⁰.

El ICSP consta de 19 ítems sobre factores determinantes de la calidad de sueño. Al sumar las diferentes puntuaciones obtenemos una puntuación total que oscila entre 0 y 21 puntos. Sus autores determinan que si una persona supera la puntuación de 5 puntos (punto de corte establecido) se considera que su calidad del sueño es mala. A medida que este valor crezca se estimará que también disminuye la calidad del sueño del sujeto.

Como ya se ha mencionado la calidad del sueño de los trabajadores repercute en su salud y da lugar a un aumento de la tasa de incapacidad temporal (IT), siniestralidad laboral y absentismo. El personal de Enfermería no es una excepción a esta realidad, es por esto que, al objeto de implementar medidas encaminadas a mejorar dicha calidad, hemos de conocer en primera instancia, cómo es dicha calidad de sueño percibida atendiendo al tipo de turno de trabajo que desarrolla. Al objeto de centrar cuáles son los turnos de trabajo más habituales en nuestro medio partimos de los datos obtenidos por un estudio realizado en 2015 sobre más de 31.000 enfermeras de 12 países europeos. Aquí encontramos que un 50% realiza turnos de hasta 8 horas. Por otra parte, un 36% trabaja entre más de 8 horas y menos de 12 horas por turno. Y por último, el 14% restante hace turnos de 12 horas o más¹¹. Por tanto, el turno más extendido es el conocido como turno ecológico o anti-estrés, éste tiene varias alternativas aunque el modelo es simple, se basa en la continua repetición de mañanas, tardes y noches. A su vez, encontramos el de 12 horas, que divide la jornada en turnos de mañana y noche, si bien su uso está menos extendido.

El objetivo general de este estudio es conocer cuál es la percepción del personal de Enfermería en cuanto a la calidad de su sueño. Como objetivos secundarios se pretende conocer si existen diferencias significativas según tipo de turnos de trabajo y su relación en las diferentes dimensiones que componen la calidad de sueño.

Material y métodos

Diseño del estudio. Población y muestra.

Estudio epidemiológico observacional descriptivo y de corte transversal.

Los sujetos a estudio han sido los profesionales de Enfermería, tanto enfermeros como auxiliares, de tres hospitales de la región de Murcia: el Hospital de la Vega Lorenzo Guirao, Hospital Universitario Morales Mese -

guer y Hospital Universitario Reina Sofía. Dichos cuestionarios han sido respondidos de forma voluntaria y anónima en sesiones presenciales donde se informó de la finalidad de la misma. Para ser incluidos como sujetos del estudio se estableció como criterio que los trabajadores llevaran ejerciendo sus tareas, tanto en el ámbito hospitalario público como privado a turnos de 8 horas u 12 horas, durante al menos 6 meses. Por otro lado, se excluyó a aquellos sujetos que en el último año hubieran sufrido algún tipo de proceso de duelo. Se contactó con los responsables de los distintos servicios explicando el objetivo y el alcance del estudio. Los cuestionarios se entregaron a los trabajadores al inicio del turno y se recogían al final del mismo.

Variables del estudio y medición

Al margen de las variables vinculadas propiamente con la calidad de sueño de los trabajadores, se incluyeron otras como el sexo, la profesión (Diplomadas-Graduadas en Enfermería o Auxiliares de Enfermería) y la edad (estableciendo 4 cohortes para su categorización).

Se ha utilizando el cuestionario Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (ICSP), éste consta de 24 preguntas, si bien, solamente las respuestas para las primeras 19 se emplean para obtener la puntuación global. El cuestionario fue creado por Buysse y cols.¹⁰ en 1989 y posteriormente fue traducido y validado al español por Macías y Royuela¹² en 1996. El cuestionario pregunta sobre los horarios para dormir, eventos asociados al dormir -como las dificultades para empezar a dormir, despertares, pesadillas, ronquido, alteraciones respiratorias-, calidad del dormir, ingesta de medicamentos para dormir y existencia de somnolencia diurna. Los 19 ítems utilizados de la encuesta se agrupan en siete componentes que se califican con una escala de 0 a 3. Estos componentes son: calidad del sueño subjetiva, latencia de sueño, duración del dormir, eficacia de sueño, alteraciones del sueño, uso de medicamentos para dormir y disfunción diurna. La suma de los componentes da lugar a una calificación global, según sus autores una puntuación superior a 5 indica una mala calidad global del sueño, y a medida que este valor aumenta es indicativo dicha calidad se va deteriorando.

Análisis estadístico

Tras la recogida de los datos, éstos se incluyeron en una hoja de cálculo de Excel. Los resultados fueron procesados mediante el programa estadístico SPSS v. 22.0 (IBM SPSS Statistics 22.0). Por una parte se recogen las varia-

bles categóricas como frecuencias y porcentajes, y por otro lado se calcula en chi-cuadrado de las siete categorías que analiza el ICSP al objeto si conocer la relación de dependencia entre los resultados obtenidos para los trabajadores a 8 horas y los que trabajan 12 horas por turno. Para este cálculo se establece un intervalo de confianza del 95%. Para dicha prueba de independencia se estableció una hipótesis nula (H0), donde no se establece relación entre el turno de trabajo y las alteraciones del sueño (ambas variables son independientes), y por otra parte una hipótesis alternativa (H1) donde sí que se establece una relación entre la presencia de alteración en el sueño con el tipo de turno que se desarrolla.

Consideraciones éticas

Los datos obtenidos se han mantenido en todo momento bajo estrictos criterios de confidencialidad. A todos los encuestados se les informó de la finalidad del estudio, poniendo énfasis en la importancia de contestar con sinceridad, para que los valores y resultados obtenidos fueran representativos y fieles a la realidad, dando su autorización para participar en el mismo. Para la realización de esta investigación se han seguido los principios éticos promulgados por la Asociación Médica Mundial en la Declaración de Helsinki¹³.

Resultados

Se incluyeron 107 sujetos en el estudio de un total de 130 encuestas entregadas, lo que supone una tasa de respuesta del 82%. Los datos sociodemográficos obtenidos se presentan en la Tabla 1 con porcentajes y con valores absolutos entre paréntesis.

Tabla 1. Datos sociodemográficos

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS				
		Trabaja 8 horas	Trabaja 12 horas	Total
Sujetos		49,5%(53)	50,5%(54)	100%(107)
Sexo	Hombres	27,1%(29)	12,2%(13)	39,3%(42)
	Mujeres	22,4%(24)	38,3%(41)	60,7%(65)
Puesto de trabajo	Enfermería	29,9%(32)	19,6%(21)	49,5%(53)
	Auxiliar de Enfermería	19,6%(21)	30,9%(33)	50,5%(54)
Edad	De 18 a 30 años	8,4%(9)	8,4%(9)	16,8%(18)
	De 31 a 42 años	5,6%(6)	18,7%(20)	24,3%(26)
	De 43 a 54 años	23,4%(25)	20,5%(22)	43,9%(47)
	De 55 a 65 años	12,2%(13)	2,8%(3)	15%(16)
Habitualmente, ¿realiza un turno rotativo?	Sí	42,1%(45)	16,8%(48)	86,9%(93)
	No	7,5%(8)	5,6%(6)	13,1%(14)

De los 107 encuestados un 13% no desempeñan actualmente turnos rotatorios de manera habitual, es por esto que se decidió descartar los cuestionarios ICSP cumplimentados por estos participantes.

En la Tabla 2 se recogen los datos obtenidos sobre calidad del sueño total según turno de trabajo.

Tabla 2. Calidad del sueño total para turnos de 8 y 12 horas

CALIDAD DEL SUEÑO TOTAL			
		Para turnos de 8 horas	Para turnos de 12 horas
N	Válidos	45	48
	Perdidos	8	6
Media		8,3	6,3
Mediana		7	6
Moda		3	7
Desviación estándar		6,5	3,6
Varianza		41,7	12,6

En cuanto a la calidad del sueño total, según los datos recogidos para ambos tipos de turnos la calidad del sueño total es deficiente, al estar por encima de 5 que es el límite fijado por la herramienta (8,3 puntos para los turnos de 8 horas y 6,3 puntos para los turnos de 12 horas).

En la Tabla 3 se recogen los resultados obtenidos teniendo en cuenta los siete componentes que evalúa el ICSP.

Tabla 3. Datos obtenidos del ICSP, organizados por componentes a estudiar*

Componente 1: CALIDAD DE SUEÑO SUBJETIVA					
	Bastante buena	Buena	Mala	Bastante Mala	Total
8 horas	18,4%(17)	6,4%(6)	17,2%(16)	6,4%(6)	48,4%(45)
12 horas	8,6%(8)	34,4%(32)	4,3%(4)	4,3%(4)	51,6%(48)
Chi-Cuadrado		Grados de libertad		p-valor	
28,6		3		<0,001	
Componente 2: LATENCIA DEL SUEÑO					
	Bastante buena	Buena	Mala	Bastante Mala	Total
8 horas	7,5%(7)	23,7%(22)	6,4%(6)	10,8%(10)	48,4%(45)
12 horas	21,5%(20)	21,5%(20)	4,3%(4)	4,3%(4)	51,6%(48)
Chi-Cuadrado		Grados de libertad		p-valor	
9,2		3		<0,05	
Componente 3: DURACIÓN DEL DORMIR					
	+7 Horas	6-7 Horas	5-6 Horas	-5 Horas	Total
8 horas	18,3%(17)	6,4%(6)	12,9%(12)	10,8%(10)	48,4%(45)
12 horas	4,3%(4)	30,1%(28)	4,3%(4)	12,9%(12)	51,6%(48)
Chi-Cuadrado		Grados de libertad		p-valor	
26,4		3		<0,001	
Componente 4: EFICACIA DEL SUEÑO HABITUAL					
	+85%	75%-84%	65%-74%	-65%	Total
8 horas	28%(26)	6,4%(6)	4,3%(4)	9,7%(9)	48,4%(45)
12 horas	30,1%(28)	4,3%(4)	4,3%(4)	12,9%(12)	51,6%(48)
Chi-Cuadrado		Grados de libertad		p-valor	
0,8		3		0,85	

Componente 5: ALTERACIONES DEL SUEÑO					
	Ninguna vez	Menos de una vez a la semana	Una o dos veces a la semana	Tres o más veces a la semana	Total
8 horas	6,4%(6)	22,6%(21)	16,1%(15)	3,3%(3)	48,4%(45)
12 horas	0%(0)	38,7%(36)	12,9%(12)	0%(0)	51,6%(48)
Chi-Cuadrado	Grados de libertad			p-valor	
13,2	3			<0,01	
Componente 6: USO DE MEDICAMENTOS PARA DORMIR					
	Ninguna vez	Menos de una vez a la semana	Tres o más veces a la semana	Total	
8 horas	37,6%(35)	4,3%(4)	6,4%(6)	48,4%(45)	
12 horas	51,6%(48)	0%(0)	0%(0)	51,6%(48)	
Chi-Cuadrado	Grados de libertad			p-valor	
11,9	2			<0,01	
Componente 7: DISFUNCIÓN DIURNA					
	Ninguna vez	Menos de una vez a la semana	Una o dos veces a la semana	Tres o más veces a la semana	Total
8 horas	10,8%(10)	10,8%(10)	17,2%(16)	9,7%(9)	48,4%(45)
12 horas	21,5%(20)	25,9%(24)	0%(0)	4,3%(4)	51,6%(48)
Chi-Cuadrado	Grados de libertad			p-valor	
26,9	3			<0,001	

*Los valores obtenidos tienen un nivel de confianza del 95%.

Al llevar a cabo el estudio bivariante observamos que para seis de los siete parámetros estudiados hemos de rechazar la hipótesis nula al obtener un valor de $p < 0.05$. Por tanto, sí que existe relación entre el tipo de turno desempeñado con la calidad subjetiva del sueño, la latencia del sueño, la duración del dormir, las alteraciones del sueño, el uso de medicación para dormir o la disfunción horaria. Mientras que por otra parte, no existe relación entre el tipo de turno y la eficacia del sueño habitual.

Discusión

En los datos que hemos obtenido para la puntuación global de la calidad del sueño observamos que para ambos grupos (trabajadores con turnos de 8 y con turnos de de 12 horas) dicha calidad es negativa. Al obtener una puntuación superior a 5 podemos considerarlos, conforme indican los autores del instrumento^{10,11}, como malos dormidores. Este dato se encuentra en consonancia con el obtenido por Medina y Sierra⁸, aunque su estudio no se centra sobre trabajadores sanitarios, obtienen que aquellos que desarrollan turnos rotatorios arrojan puntuaciones superiores a 5, mientras que aquellos que tienen un horario

laboral convencional no alcanzan esa cifra y, por tanto, se consideran buenos dormidores. Estos resultados coinciden, a su vez, para profesionales sanitarios, con un reciente estudio sobre 108 enfermeras catalanas nos indica una cifra global de 7,8 para profesionales con turnos nocturnos¹⁴.

En un intento por diseccionar el efecto negativo de los turnos de trabajo sobre el sueño que hemos encontrado, y que, a su vez, está descrito en la bibliografía⁸, hemos de desarrollar un análisis de los diferentes componentes que mide el ICSP y en qué medida se relacionan éstos con el desarrollo de un turno de trabajo u otro. En los resultados que obtenidos se aprecia que para 6 de 7 elementos estudiados (calidad subjetiva del sueño, la latencia del sueño, la duración del dormir, las alteraciones del sueño, el uso de medicación para dormir o la disfunción horaria) sí existe una relación entre el tipo de turno que se realiza y los diversos componentes. Mientras que para la variable Eficacia del Sueño no existe relación de dependencia con el tipo de turno. Curiosamente, estos seis parámetros sobre los que hemos establecido relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) coinciden con los que Chen, Kuo y Chueh¹⁵ indican como subsidiarios de mejorar si se sigue un programa de higiene del sueño.

La escasez de trabajos que estudien la calidad de sueño en personal asistencial hospitalario a la que alude Rodríguez-Murillo¹⁴ da lugar a que sea muy compleja la comparación de resultados entre investigaciones. A su vez la presencia de estudios que profundicen sobre la calidad del sueño según el turno de trabajo es muy limitada y dan resultados dispares. Según un reciente estudio sobre enfermeras chinas¹⁶ el trabajo a turnos conlleva una peor calidad de sueño, incluso para aquellas que han trabajado en el pasado a turnos aunque en el momento actual ya no lo hagan. Mientras que por otra parte según un trabajo coreano¹⁷ no existen diferencias significativas en cuanto a la calificación global de la calidad del sueño entre enfermeras con turno fijo o rotatorios, encontrándose como única diferencia entre ambos la percepción del componente latencia de sueño, con una peor percepción para el grupo a turnos.

Conclusiones

La afectación de la calidad del sueño de los trabajadores que desarrollan su labor a turnos está patente tanto en la bibliografía como en la realidad de las unidades de cuidados. El abordaje de este problema ha de estar presente en la agenda de las gerencias y departamentos de salud. Los efectos para la salud del trabajo a turnos, así

como su repercusión en cuanto al aumento de la tasa de IT y la tasa de absentismo ha quedado constatado en la bibliografía.

Los resultados plantean importantes cuestiones que pueden ser de utilidad para administradores y empresarios, que deben ser conscientes de los efectos potenciales del agotamiento, que aumenta el riesgo de cometer errores e influye en la calidad de la atención sanitaria, el bienestar del empleado y la satisfacción del paciente.

En este estudio ha quedado constatado que el trabajo a turnos afecta a la calidad del sueño de los trabajadores, con una particularidad, y es que la calidad de aquellos que trabajar a turnos de 8 horas se encuentra más afectada que aquellos que trabajan a turnos de 12 horas. A pesar de que, apriorísticamente, se puede considerar que una jornada de 12 horas puede desencadenar un mayor número de alteraciones en el sueño debido a que es una jornada más prolongada, los resultados obtenidos en el presente estudio reflejan todo lo contrario. Los trabajadores con turnos de 8 horas (mañana, tarde y noche) presentan unas condiciones de calidad de sueño más comprometidas. Esto puede ser debido a que los cambios constantes de turno: de mañana a tardes; de tardes a noches; y de noches a mañanas, dan lugar a un constante cambio de horario en las rutinas de la vida diaria, y como consecuencia en los hábitos y horarios de descanso.

Por otra parte, de las siete variables estudiadas por el ICSP (calidad, latencia, duración, eficacia, alteraciones del sueño, uso de medicación para dormir y disfunción diurna) seis de ellas (todas menos la eficacia) guardan relación estadísticamente significativa con el turno de trabajo, es decir, se ven influenciadas por el hecho de trabajar 8 ó 12 horas. Dado que las características intrínsecas del trabajo en los centros sanitarios hace que sea imposible eliminar el trabajo a turnos, los gestores deben tomar medidas para disminuir este riesgo. Una buena herramienta es la de implementar programas de higiene del sueño, que según ha descrito la bibliografía están especialmente indicados para combatir los seis competentes vinculados con el desarrollo de un turno de trabajo u otro.

Otra de las conclusiones es que resulta imprescindible seguir investigando sobre ese tema a fin de dilucidar de los resultados obtenidos en nuestro trabajo se repiten en otros similares. Por otra parte, y centrándonos en nuestros propios resultados, se nos plantean nuevas líneas de investigación en el estudio. Estas líneas deben profundizar en los datos, para determinar si existen diferencias significativas según las variables demográficas, es decir, de

qué forma afecta a la calidad del sueño el sexo, la edad o el tipo de trabajo en concreto (enfermeras o auxiliares) entre otras variables.

Limitaciones

El estudio presenta limitaciones derivadas de la metodología utilizada, al tratarse de un estudio observacional, sus conclusiones no son definitivas en cuanto a la relación directa causa-efecto.

Referencias

- Nogareda C, Nogareda S. NTP 455 Trabajo a turnos y nocturno: aspectos organizativos. INSHT 1997.
- Vicente-Herrero MT, et al. Trabajo nocturno y salud laboral. *Rev Esp Med Legal* 2016;42(4):142-154.
- Ohayon MM, Lemoine P, Arnaud-Briant V, Dreyfus M. Prevalence and consequences of sleep disorders in a shift worker population. *Journal of Psychosomatic Research*, 2002;53:577-583.
- Czeisler CA, Walsh JK, Roth T, Hughes RJ, Wright KP, Kingsbury L, et al. Modafinil for Excessive Sleepiness Associated with Shift-Work Sleep Disorder. *N Engl J Med* 2005;353(5):476-486.
- Zubeidat I, Garzón, A. Un caso de insomnio por cambio de turno de trabajo. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud* 2003;3(2):381-397.
- Edel-Gustafsson UM, Kritz E, Bogren I. Selfreported sleep quality, strain and health in relation to perceived working conditions in females. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2002;16:179-181.
- Lammers Van der Holst HM, Van Dongen HPA, Kerkhof AG. Are individuals nighttime sleep characteristics prior to shift-work exposure predictive for parameters of daytime sleep after commencing shift work? *Chronobiology International* 2006;23:1217-1227.
- Medina AG, Sierra JC. Influencia del trabajo por turnos en el estado emocional y en la calidad del sueño. *Psicología y Salud* 2004;14:147-154.
- Romero-Saldaña M, Álvarez-Fernández C, Prieto A. Calidad de sueño en trabajadores a turnos-nocturnos y su relación con la incapacidad temporal y siniestralidad laboral. Un estudio longitudinal. *Revista Enfermería del Trabajo* 2016;6:1(19-27).
- instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989;28:193-213.
- Dall'Ora C, Griffiths P, Ball J, et al. Association of 12 h shifts and nurses' job satisfaction, burnout and intention to leave: findings from a cross-sectional study of 12 European countries. *BMJ Open* 2015;5:e008331.
- Macías JA, Royuela A. La versión española del índice 10. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new de calidad de sueño de Pittsburgh. *Informaciones Psiquiátricas* 1996;146:465-472.
- Declaración de Helsinki. Asociación Médica Mundial. Principios éticos para la investigación médica con sujetos humanos. Adoptada por la XVII Asamblea Mundial de la Asociación Médica Mundial. 1964. Helsinki, Finlandia.
- Rodríguez Murillo JA, Flores Fernández B, López Quiroga M, Argilés Miró N, Buj Pascual L, Prats Castellví N. Calidad del sueño del personal asistencial del turno de noche de un hospital de tercer nivel. *Metas Enferm* 2016; 19(4): 18-22.
- Chen PH, Kuo HY, Chueh KH. Sleep hygiene education: efficacy on sleep quality in working women. *J Nurs Res* 2010;18(4):283-9. doi: 10.1097/JNR.0b013e3181f8e3fd
- Zhang L, et al., Influencing Factors for Sleep Quality Among Shift-working Nurses: A Cross-Sectional Study in China Using 3-factor Pittsburgh Sleep Quality Index, *Asian Nursing Research* 2016. doi: 10.1016/j.anr.2016.09.002
- Lin, CH, et al. The quality of sleep of intensive care unit nurses working in different shift-work systems. *醫務管理期刊* 2013;14(2):128-146.

Artículo original breve

Autodefensa de las agresiones verbales para el personal sanitario

Autores

Gasco F, Martín FJ, Rodríguez A, Cruces S, López I, Varo R, Horno P
Área de Gestión Clínica Prevención y Salud Pública
Agencia Sanitaria del Bajo Guadalquivir

Contacto: D^a Francisca Gasco Fernández paqui.gasco@gmail.com

Recibido: 25-12-2016	Trazabilidad editorial Revisado: 28-01-2017	Aceptado: 14-03-2017
----------------------	--	----------------------

Citar como:

Gasco F, Martín FJ, Rodríguez A, Cruces S, López I, Varo R, Horno P. Autodefensa de las agresiones verbales para el personal sanitario. *Revista Enfermería del Trabajo*. 2017. 7; 2: 38-40

RESUMEN

Introducción. El número de personas con depresión aumentó más del 18% entre 2005 y 2015, según la Organización Mundial de la Salud, siendo la causa más grande de discapacidad en todo el mundo. Un Estudio, elaborado por el Consejo General de Enfermería, reflejó que un 33% de los enfermeros españoles había sufrido una agresión en los últimos 12 meses, de las cuales, un 29,3%, había sido verbal. En la Agencia Sanitaria del Bajo Guadalquivir (ASBG) detectamos un aumento de las agresiones verbales al personal sanitario, especialmente en Urgencias. Desde el Servicio de Prevención, mediante entrevistas personales, se constató que estos sucesos, dejaban “secuelas” psíquicas. El propósito de la actuación fue reducir el impacto psicosocial que produce la violencia laboral al personal sanitario. Se buscaba dotarles de mecanismos de defensa para enfrentar una agresión, tanto en el momento que se producen, como una vez ha finalizado, evitando posibles secuelas posteriores.

Material y métodos. Se implantó la realización de talleres prácticos de “Autodefensa para Agresiones Verbales” en todos los Hospitales de la ASBG, dirigido a todo los profesionales.

Resultados. El porcentaje de participación superó el 80% del total de los trabajadores a los que iba dirigido. Se obtuvo un índice de satisfacción global del Taller de 9,7 sobre una puntuación máxima de 10. El personal asistente, manifestó sentirse más capacitado para gestionar este tipo de conflictos.

Conclusiones. Creemos necesario dirigirse hacia una organización, en la que se forme previamente a los trabajadores, de modo que aprendan a autodefenderse de los posibles riesgos psicosociales que la organización pueda generar.

Palabras clave: Agresión, personal sanitario, Violencia laboral, Mecanismos de defensa

ABSTRACT

Background. The total estimated number of people living with depression increased by 18.4% between 2005 and 2015, according to the World Health Organization, being the single largest contributor to global disability (1). A study, prepared by the General Nursing Council, showed that 33% of Spanish nurses had suffered an aggression in the last 12 months, of which 29.3% had been verbal (2). At the Health Agency of the Bajo Guadalquivir (ASBG), we detected an increase in verbal aggressions to healthcare workers, especially in the emergency service. Health Prevention Service carried out interviews with the affected personnel, and noticed that once suffered such an episode of this workplace violence, psychic "sequels" remained in the professionals permanently.

The purpose of this action was to reduce the psychosocial impact of workplace violence on healthcare workers. It tried to supply with defense mechanisms to deal an aggression, when it is happening and once it is finished, in order to prevent psychological damage.

Material and methods. Self-Defense Workshops for Verbal Attacks were set up in all ASBG Hospitals in a functional way, aimed to all workers.

Results. The percentage of participation of the professionals exceeded 80% of the total of the workers to which it was originally designed, obtaining an overall satisfaction index of the Workshop of 9,7 with a maximum score of 10. The assistant said they felt more capable of managing this kind of conflict.

Conclusions. We consider essential to attend an organization, in which workers are trained in advanced, in order to learn to self-defend against the possible psychosocial risks that the organization may generate.

Keywords: Aggression; Healthcare workers; Workplace Violence; Defense Mechanisms

Introducción

Según las nuevas estimaciones de la prevalencia de la depresión, publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el número de personas que viven con depresión aumentó en más del 18% entre 2005 y 2015. La depresión es también la causa más grande de discapacidad en todo el mundo¹.

La Comisión Europea, en la Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo, publicó que más de la mitad de los trabajadores europeos afirmaban que trabajan a altas velocidades y con plazos ajustados³. En España, la VII Encuesta Nacional de condiciones de trabajo, realizada por el INHST, reflejaba que el 23,9% de los trabajadores señalaba que tenía mucho trabajo y se sentía agobiado, de los cuales un 33,8% correspondía a personal sanitario⁴. Según el resultado de la II Encuesta Andaluza del trabajo⁵, el estrés era la segunda causa de afecciones a la salud atribuidas al trabajo con un 39,8%.

Sonia Lupien afirmó que los cuatro factores que desencadenan estrés son: novedad, imprevisibilidad, sensación de descontrol y amenaza (incluso para nuestra personalidad)⁶. Cuantos más factores estén presentes, mayor probabilidad existe que aparezca estrés. En una agresión verbal a un profesional, están presentes estos cuatro factores de forma simultánea.

El Consejo General de Enfermería elaboró un Estudio sobre Agresiones en el que se mostraba que un 33% de los enfermeros españoles había sufrido una agresión física o verbal en los últimos 12 meses de los cuales, casi la totalidad, un 29,3%, lo había sido verbalmente².

Desde el Servicio de Prevención de la Agencia Sanitaria del Bajo Guadalquivir (ASBG) se detectó un aumento de las agresiones al personal sanitario, especialmente en el área de Urgencias. Estas son investigadas por el Servicio de Prevención propio, mediante entrevistas personales, con objeto de conocer tanto los factores físicos del entorno que la facilitaron, como el impacto psicosocial que produce en el personal.

La mayoría de ellas parecían poco importantes, ya que eran verbales y aparentemente no parecían tan peligrosas como las físicas. Sin embargo, después de realizar entrevistas con cada una de las personas agredidas, se constató que siempre se producían “secuelas” de tipo psíquico. Además, en la última evaluación psicosocial realizada se constató que el apoyo social percibido por los profesionales era bajo.

Existen protocolos y estudios enfocados a intervenir una vez que se ha producido la agresión, e incluso algunos para contrarrestar la conducta del agresor. Sin embargo,

no se suele intervenir directamente sobre el profesional, para evitar el daño psíquico que puede provocarle una agresión verbal.

Más allá de implantar medidas técnicas sobre el entorno de trabajo, en la ASBG se decidió intervenir sobre el propio trabajador, tanto si había sufrido agresión como si no. El propósito de la actuación fue reducir el impacto psicosocial que producen las agresiones verbales al personal sanitario, así como dotar a los profesionales de herramientas para enfrentar cualquier agresión de tipo verbal, tanto en el momento que se producen, como una vez que han finalizado, y evitar posibles secuelas psíquicas.

Material y métodos

Se implantó la realización de Talleres de Autodefensa para Agresiones Verbales, de carácter práctico, en todos los Hospitales de la organización.

Para la selección de los participantes, aunque inicialmente se pensó en el los puestos de trabajo con atención directa al público, se decidió finalmente ampliar a la totalidad de los trabajadores de la organización. De este modo podrían beneficiarse del taller implantado, tanto para utilizar las habilidades aprendidas frente a posibles agresiones verbales, como incluso para mejorar la comunicación interna entre profesionales.

La formación está enfocada en evitar que el profesional se sienta mal o culpable cuando se produce la agresión, y se elimine o minimice cualquier recuerdo negativo posterior de esta, una vez finalizada. Para ello se realizan grupos de trabajo, simulaciones y role-play que facilitan a los profesionales habilidades para actuar durante y después de sufrir una agresión verbal.

Resultados

La satisfacción global, por parte de los profesionales, del taller para “Autodefensa de las Agresiones Verbales” realizado, obtuvo una calificación de 9,7 sobre un máximo de 10.

El trabajador, asistente al mismo, manifiesta sentirse más capacitado para gestionar este tipo de conflictos, disminuyendo considerablemente el impacto psicosocial producido tras la agresión.

Discusión

Pensamos que este tipo de intervenciones directas sobre el profesional, mejorando sus habilidades personales para enfrentarse a los riesgos psicosociales, aumentará el sentimiento de protección que la organización ofrece.

Al encontrarse más seguros durante la realización de su trabajo, consideramos que se producirá una disminución del nivel de estrés en los profesionales, así como una reducción de las ausencias al trabajo.

Opinamos que la futura revisión de la evaluación de riesgo psicosocial que se realizará en nuestra organización, el índice de satisfacción frente a los factores de riesgo psicosociales, se verá reducido, especialmente el referente al apoyo social.

¿Podemos “sembrar” mediante la formación a trabajadores, las semillas de una “nueva organización”, en la que los profesionales aprendan a autodefenderse de los riesgos psicosociales?

Referencias

1. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders. [monografía en Internet] 2017. [acceso el 14 de marzo del 2017]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1>
2. Organización Colegial de Enfermería. Consejo General. Estudio sobre agresiones a la profesión enfermería. [monografía en Internet] 2012. [acceso el 16 de marzo de 2017] Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0446.pdf>
3. Comisión Europea. Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales. Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo. [monografía en Internet] 2002 [acceso el 14 de marzo del 2017].
Disponible en:
<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd46/estres.pdf>
4. Instituto nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. [monografía en Internet] 2011 [acceso el 14 de marzo del 2017]. Disponible en: [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS%20DE%20PUBLICACIONES/EN%20CATALOGO/OBSERVATORIO/Informe%20\(VII%20ENCT\).pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS%20DE%20PUBLICACIONES/EN%20CATALOGO/OBSERVATORIO/Informe%20(VII%20ENCT).pdf)
5. Instituto Andaluz de Prevención de Riesgos Laborales. II Encuesta Andaluza de Condiciones de Trabajo. [monografía en Internet] 2012. [acceso el 14 de marzo del 2017].

Disponible en: [http://juntadeandalucia.es/export/drupaljda/II%20Encuesta%20Andaluza%20de%20Condiciones%20de%20Trabajo\(1\).pdf](http://juntadeandalucia.es/export/drupaljda/II%20Encuesta%20Andaluza%20de%20Condiciones%20de%20Trabajo(1).pdf)

6. Centre on Studies of Human Stress [sede Web]*. Montreal: Instituto Universitario de Salud Mental de Montreal; 2016 [acceso el 16 de marzo del 2017]. Understand Your Stress. Disponible en <http://www.humanstress.ca/stress/understand-your-stress/sources-of-stress.html>

Artículo de revisión

Justificación bibliográfica del análisis de riesgos para los profesionales sanitarios en ambulancias de urgencia

Autores

Arenal T,

Complejo Hospitalario de Navarra y Alerta Servicios Socio Sanitarios

Belzunegui T

Complejo Hospitalario de Navarra

Contacto: D^a Tania Arenal Gota taniaarenal@hotmail.com

Recibido: 13-12-2016	Trazabilidad editorial Revisado: 29-12-2017	Aceptado: 23-02-2017
----------------------	--	----------------------

Citar como:

Arenal T, Belzunegui T. Justificación bibliográfica del análisis de riesgos para los profesionales sanitarios en ambulancias de urgencia. *Revista Enfermería del Trabajo*. 2017. 7; 2: 41-48

RESUMEN

Introducción. Esta revisión bibliográfica tiene como objetivo justificar y evidenciar la necesidad de un análisis de riesgos del transporte sanitario urgente español.

Metodología. Se realizó una revisión sistemática usando como bases de datos: Medline, Cochrane, Pubmed, Biblioteca de la UPNA, Google académico y Scopus. Los descriptores de búsqueda han sido: Ambulance, Paramedic, Nurse in Emergency, EMS (Emergency Medical Services), EMT (Emergency Medical Technician), Workplace Safety, Mental Health, Emergency Medical Services, Técnico en Emergencias Sanitarias, Urgencias extrahospitalarias, riesgos en las ambulancias y prevención ambulancias. Los criterios de inclusión que se han utilizado son artículos publicados en revistas con alta evidencia científica en inglés o español a texto completo^[1] y los criterios de exclusión, artículos publicados con anterioridad a 1990.

Resultados. Es inherente al personal del transporte sanitario urgente el manejo de cargas variables y pesadas durante su jornada laboral, adquiriendo posturas forzadas de rodillas y cuclillas cuando realizan una atención. También se encuentran expuestos a estresores psicológicos debidos de las atenciones urgentes, en las cuales en muchas ocasiones se encuentran rodeados de familiares y viandantes.

Conclusiones. Gracias a la revisión bibliográfica, hemos llegado a la conclusión de la existencia de riesgos y que todos los estudios se han realizado en otros países, por lo que, se evidencia la necesidad de realizar un estudio integral de riesgos laborales del transporte urgente español.

Palabras clave: Ambulancia, enfermera, riesgo y urgencia.

ABSTRACT

Introduction. This bibliographic review aims to justify and evidence the need for a risk analysis of urgent medical transport.

Methods. The methodology of this study has been systematic review of articles, using as databases: Medline, Cochrane, Pubmed, Google academic, UPNA library and Scopus. The search engines have been: Ambulance, Paramedic, Nurse in Emergency, EMS (Emergency Medical Technician), Workplace Safety, Mental Health, Emergency Medical Services, Emergency Medical Technician, Outpatient Emergencies, Risks in Ambulances and ambulance prevention. The inclusion criteria that have been used are articles published in journals with high scientific evidence in English or Spanish full text and exclusion criteria, articles published prior to 1990.

Results. As results, we have obtained that is inherent to the staff of the urgent medical transport The handling of variable and heavy loads during their working day, acquiring forced positions of knees and squats when they pay attention. They are also exposed to psychological stressors due to urgent care, in which they are often surrounded by family members and bystanders.

Conclusions. Thanks to the bibliographical review we have concluded the existence of risks and that all studies have been carried out in other countries, thus evidencing the need to carry out an integral study of occupational risks of urgent transport.

Keywords: Ambulance, nurse, risk and emergency.

Introducción

El Sistema Sanitario Español está estructurado en torno al Sistema Nacional de Salud, integra los recursos públicos en el servicio de salud de cada Comunidad Autónoma siendo a su vez la provisión de estos servicios de gestión mayoritariamente pública. El transporte sanitario se define como aquel que se realiza para el desplazamiento de personas enfermas, accidentadas o por razón sanitaria en vehículos especialmente acondicionados al efecto¹.

Los servicios de emergencia médica extrahospitalarios se definen como “una organización funcional que realiza un conjunto de actividades secuenciales humanas y materiales, con dispositivos fijos y móviles, con medios adaptados, coordinados, iniciados desde el mismo momento en el que se detecta la emergencia médica, que tras analizar las necesidades, asigna respuesta sin movilizar recurso alguno o bien desplaza sus dispositivos para actuar in situ, realizar transporte sanitario si procede y transferir al paciente al centro adecuado de tratamiento definitivo”².

En España, el transporte sanitario urgente se divide en dos tipos de ambulancias: Soporte Vital Avanzado o UVI móvil (tipo C) y Soporte Vital Básico (tipo B). Las ambulancias de Soporte Vital Básico deberán contar según el Real Decreto 836/20123, al menos, con un conductor que esté en posesión del título de formación profesional de técnico en emergencias sanitarias, previsto en el Real Decreto 1397/2007, de 29 de Octubre, o correspondiente al título extranjero homologado o reconocido y otro en funciones de ayudante que ostente, como mínimo, la misma titulación. Las ambulancias de Soporte Vital Avanzado, según el Real Decreto 836/2012, deberán contar, al menos, con un conductor que éste en posesión del título de formación profesional de técnico en emergencias sanitarias antes citado o correspondiente título extranjero homologado o reconocido, con un enfermero que ostente el título universitario de Diplomado en Enfermería o título de Grado que habilite para el ejercicio de la profesión regulada de enfermería, o correspondiente título extranjero homologado o reconocido. Asimismo, cuando la asistencia prestar lo requiera deberá contar con un médico que esté en posesión del título universitario de Licenciado en Medicina o título de Grado que habilite para el ejercicio de la profesión regulada de médico o correspondiente título extranjero homologado o reconocido.

En algunas comunidades autónomas debido a la dispersión geográfica y a la ausencia de ambulancias avanzadas con un tiempo de respuesta relativamente bajo, se

utiliza en la estrategia de la medicalización del transporte con el personal de Atención Primaria o centros de salud hasta llegada a destino (hospital de referencia) o con intercambio en ruta a ambulancias de Soporte Vital Avanzado⁴.

Por ejemplo, solo en Madrid capital los ciudadanos y las instituciones demandaron las unidades de SAMUR-Protección Civil para 109.570 sucesos relacionados con emergencias extrahospitalarias que ocurrieron en las vías y locales públicos de Madrid. El servicio de urgencias médicas 061 recibe en Barcelona 600.000 llamadas anuales.

Este estudio se inspira en la aplicación de la Ley 31/1995 del 8 de Noviembre de Prevención de Riesgos Laborales⁵ por la cual “se determinan unas garantías y responsabilidades para establecer un adecuado nivel de protección de los trabajadores frente a los riesgos derivados de las condiciones de trabajo” ya que este sector está expuesto a riesgos como jornadas excesivas, carga física, nocturnidad, estrés, exposición a riesgos biológicos, accidentes de tráfico, riesgos psicosociales, etc.

Referente al estrés por ejemplo, el tiempo de respuesta del SAMUR-Protección Civil es el tiempo que transcurre desde que la unidad asistencial es activada hasta que llegar al lugar del suceso. En 2015 se consiguió un tiempo de respuesta global de 7 minutos y 35 segundos (7 minutos y 43 segundos para las Unidades de Soporte Vital Avanzado y 7 minutos y 31 segundos para las Unidades de Soporte Vital Básico). En la actualidad, en Navarra entre el 60- 65% de la población se sitúa en la isócrona de 15 minutos de un Punto de Emergencias dotado con una ambulancia de SVA y entre el 90-95% de la población se sitúa en una isócrona de tiempo de llegada de 20 minutos de una ambulancia de SVB y en coordinación con Comunidades limítrofes se pretende lograr el 100%. El Dr. R. Adams Cowley describió y definió lo que él denominó la hora de oro; basándose en sus investigaciones llegó a la conclusión de que los pacientes que recibieron una asistencia definitiva poco tiempo después de una lesión, tenían una tasa de supervivencia superior a aquellos en los que se retrasaba la asistencia⁶.

Respecto a los riesgos psicosociales, es destacable un estudio realizado en Noruega que sugiere que factores relacionados con este tipo de trabajo como pueden ser el agotamiento emocional y el bullying pueden favorecer la ideación suicida⁷. Un estudio realizado en Dinamarca que obtuvo como resultados que la carga emocional que conlleva el trabajo en el transporte sanitario urgente genera

en los trabajadores un empobrecimiento de la salud mental y un deterioro en la calidad del sueño⁸. En la NTP 604, la literatura revisada muestra claramente que la alta tensión influye en la salud y la calidad de vida de diversas formas y ninguna de ellas beneficiosa⁹.

A nivel físico y detectable mediante pruebas cuantitativas el personal sanitario de las ambulancias presentan mayor frecuencia cardiaca y mayor tensión arterial¹⁰, además tienen niveles más elevados de noradrenalina y adrenalina¹¹ tras realizar una actuación médica de tipo urgente.

Es inherente al personal del transporte sanitario urgente el manejo de cargas variables y pesadas durante su jornada laboral, adquiriendo posturas forzadas de rodillas y cuclillas cuando realizan una atención, ya que dejan algunos de los equipos médicos en el suelo lo que obligan a mantener esta postura durante toda la atención¹².

El objetivo de la presente revisión bibliográfica es justificar y evidenciar que un análisis de riesgos del transporte sanitario urgente español es necesario. La hipótesis de partida es que los profesionales sanitarios que trabajan en la red sanitaria de transporte urgente en ambulancia se encuentran expuestos a diversos riesgos durante su jornada laboral y el conocimiento de factores que puedan conllevar un accidente o enfermedad de los trabajadores contribuye a evitarlo. Con el fin de llevar a cabo el siguiente estudio se revisaron 56 artículos relacionados con el tema y 57 leyes que se les aplican.

Material y métodos

Se realizó una revisión narrativa mediante búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos. El acceso a las bases de datos se ha llevado a cabo a través de la Biblioteca Virtual de la UPNA (Universidad Pública de Navarra) y se han consultado las siguientes: Medline, Cochrane, Pudmed, Google Académico, Scopus y los repositorios de la Biblioteca Pública de Navarra (UPNA).

El periodo de estudio ha sido desde Junio 2015 a Octubre de 2016, durante estos meses se ha realizado una búsqueda sistemática tanto en inglés como en castellano mediante los siguientes descriptores en salud: Ambulance, Paramedic, Nurse in Emergency, EMS (Emergency medical services), EMT (Emergency medical technician), Workplace Safety, Mental Health, Emergency Medical Services, Riesgos en ambulancias, Técnico en Emergencias Sanitarias, urgencias extrahospitalarias y prevención ambulancias. Se utilizó el fenómeno de bola de nieve para recopilar artículos que se encontraban relacionados con la búsqueda. En un primer lugar se inició la búsqueda con

descriptores en salud en castellano debido a que queríamos, en primer lugar, conocer la realidad Española, pero dada la escasa documentación encontrada decidimos utilizar palabras clave en inglés, con lo que obtuvimos más artículos que con la anterior búsqueda. Con fin de que la búsqueda fuera lo más actual posible se utilizaron alertas que facilita Scopus para que mes a mes informara de las nuevas publicaciones que aparecían en su base de datos con los motores de búsqueda introducidos.

En la revisión bibliográfica no se empleó estadística para procesar los resultados sino que se realizaron algunos criterios de exclusión para desestimar aquellos artículos publicados con anterioridad a 1990 ya que no se consideró adecuado retroceder tanto en la búsqueda bibliográfica porque el objetivo fue estudiar la realidad más reciente en relación a prevención de riesgos laborales en las ambulancias. También se excluyeron todos aquellos artículos que no hacían referencia a la prevención de riesgos laborales en las ambulancias sino en los hospitales ya que no es el ámbito del presente. Además, se han excluido aquellas publicaciones que no estuvieran redactadas en inglés o castellano dada la dificultad para comprender estos estudios por parte de los investigadores.

Criterios de inclusión: artículos publicados desde 1991 hasta 2016 en revistas consideradas de alta evidencia científica tanto en español o inglés. Todas estas publicaciones debían estar a texto completo y relacionadas con los riesgos en las ambulancias de urgencia.

Se seleccionaron 38 artículos que tenían relación con el tema de estudio, los cuales se citan en el apartado de resultados y discusión, donde además, se explican las conclusiones y su relevancia.

Además de los artículos para realizar esta justificación de la investigación se revisó la legislación española relacionada con el sector del transporte sanitario urgente en España. Estas leyes han ido surgiendo enlazadas a la lectura de artículos, de las propias leyes y de los convenios colectivos del sector.

Resultados

Respecto a la valoración ergonómica, en el Norte de Irlanda existe una alta prevalencia de jubilaciones anticipadas de profesionales sanitarios de ambulancias debido a trastornos musculoesqueléticos¹³, existiendo recomendaciones para el manejo de este problema¹⁴. La aparición de trastornos musculoesqueléticos crónicos implica largas bajas laborales y riesgos de sufrir una incapacidad laboral permanente¹⁰. Estudios realizados en Estambul basados

en registros indican que los EMTs tienen mayor riesgo de deterioro permanente y jubilación anticipada por razones de salud que otros servicios de salud personal, siendo las principales causas de discapacidad los trastornos musculoesqueléticos, circulatorios y mentales. Los informes indican también un número relativamente elevado de muertes profesionales asociadas a accidentes de transporte¹⁵.

Un estudio realizado en Noruega¹⁶ concluye que el nivel de dolor musculoesquelético y, en consecuencia, el nivel de búsqueda de ayuda de un quiropráctico fueron relativamente altos en los profesionales de las ambulancias. Según Conrad¹⁷, “la razón detrás de las pruebas de resistencia y la capacitación es que si las personas no tienen la fuerza o la resistencia adecuadas para realizar la tarea, el potencial de lesión musculoesquelética y discapacidad es significativamente elevado”. Asimismo, ratifican mediante pruebas de fuerza la importancia de una adecuada preparación física de los paramédicos para reducir las discapacidades que surgen debido a este trabajo. Las actitudes de los paramédicos sugieren que los hombres en este sector creen que las mujeres no se encuentran capacitadas para hacer ciertas funciones de este puesto de trabajo¹⁸.

En una investigación realizada en España, las variables independientes asociadas a un mayor riesgo fueron edad mayor de 45 años, antigüedad profesional superior a 15 años y sexo masculino¹⁹.

Los trabajadores de ambulancias se encuentran expuestos a estresores psicológicos debidos de las atenciones urgentes, en las cuales en muchas ocasiones se encuentran rodeados de familiares y viandantes^{13,20-22}. En algunas situaciones pueden conllevar amenazas y actos de violencia hacia la dotación de la ambulancia²³. El personal del transporte sanitario urgente según Allison²⁴, presentan mayor nivel de estrés que los trabajadores de los hospitales. Incluso un Gurevich²⁵ afirma que se encuentran sujetos a incidentes críticos, definidos como incidentes estresantes en el lugar de trabajo que evocan una angustia aguda y que pueden perjudicar el funcionamiento a corto o largo plazo.

Robert Karasek²⁶ observó que los efectos del trabajo tanto en la salud como en el comportamiento, parecían ser el resultado de la combinación de las demandas psicológicas laborales y de las características estructurales del trabajo relacionadas con la posibilidad de tomar decisiones y usar las propias capacidades.

Los niveles de estrés en el personal de EMS se manifestaron principalmente como angustia somática, secundariamente como estrés organizacional e insatisfacción laboral, y por último, como actitudes negativas ante el paciente²⁷. En Gran Bretaña, aproximadamente un tercio de la muestra de personal de ambulancias mostró altos niveles de psicopatología general, burnout y síntomas postraumáticos²⁸.

En Australia el personal de ambulancia presenta mayor nivel de estrés y fatiga²⁹. Los estresores son: trabajar con pacientes conocidos, estar solos (un solo trabajador) y mayor nivel de respuesta.

En las áreas rurales el porcentaje de accidentes es mayor, los tiempos de transporte son mayores, los accidentes mortales son 2 veces más que en las zonas urbanas, el estado de los pacientes es más severo, la supervivencia de los ataques cardíacos es menor por los largos tiempos de respuesta.

En Suecia se analizaron 52 vivencias de enfermeras y técnicos de 233 ambulancias y descubrieron que este personal se identificaba fuertemente con las víctimas y que es imposible prepararse para estos eventos porque son imprevistos³⁰. El personal refiere impotencia al no poder hacer a veces más por el paciente. Es importante permitir al personal hablar con los demás de sus sentimientos y para prevenir sería conveniente enseñarles a disminuir la identificación con los pacientes y aprender a tener medidas preventivas eficaces. Además, en el estudio realizado en Australia²⁴ señala que la fatiga en este sector causa errores en los cálculos y administración de fármacos, tiempos de reacción lentos, mala capacidad de conducción, mala capacidad para tomar decisiones y baja concentración. En Estados Unidos el 70% de los trabajadores de las ambulancias presentan al menos algún problema para dormir³¹. Existe una prevalencia de trabajadores^{32,33} que duermen menos de seis horas seguidas y muchos aseguran que su calidad de sueño es pobre. Tienen riesgo de contraer enfermedades infecciosas debido a la continua exposición a pacientes con enfermedades diferentes y contagiosas además trabajan en condiciones ambientales desfavorables, como es el frío, la lluvia, la nieve, el calor excesivo^{12,34}.

En Estados Unidos el 7% de los niños que son atendidos en urgencias son trasladados en ambulancia³⁵. Ir con sirenas sí que reduce el tiempo de llegada al hospital pero no se sabe con certeza si clínicamente es significativo. El Colegio Americano de Emergencias de los EMS en 2013

avisaron del uso de las sirenas y las luces basados en protocolos estandarizados que tienen en cuenta la situación y la evaluación del paciente. Es preciso estandarizar al máximo el uso de sirenas para hacer esta práctica más segura.

En un estudio realizado en las ambulancias de Chicago (49%) y en el 69% de las ambulancias estudiadas (71) se encontró *Staphylococcus aureus*, el 77% mostró resistencia al menos a un antibiótico y el 34% a dos antibióticos. Como resultado es alta la prevalencia de *Staphylococcus aureus* resistente a antibióticos. Es necesario usar técnicas específicas de limpieza, ya que estas bacterias se quedan en las superficies. Alves³⁶ describe la relevancia de la propia naturaleza de la urgencia incrementa la posibilidad de infección. En las cuatro primeras ambulancias que se estudiaron se encontraron 3 tipos distintos de microorganismos multirresistentes. Cuatro de las siete especies de bacterias patógenas encontradas eran patógenos nosocomiales y tres de cuatro eran resistentes a los antibióticos. Todos estos organismos eran susceptibles a los distintos agentes desinfectantes que usan los EMS. Los microorganismos se mantienen en las superficies de la ambulancia hasta que son inhalados, ingeridos, tocados o inoculados por un pasajero o por el personal sanitario. Una investigación realizada en España (Bilbao)³⁷, estudio transversal en 10 ambulancias en 2012, demostró que la desinfección de las mismas no es la óptima y que existe un riesgo de transmisión de microorganismos entre pacientes. Los microorganismos pueden colonizar al personal sanitario y el ambiente de la ambulancia. En ninguna ambulancia se llevaba jabón y lavamanos; en tres de ellas no llevaba hidroalcohol en la cabina del conductor, tres de ellas no había hidroalcohol en la cabina de atención al paciente, y lo más llamativo, en ninguna de ellas existía un protocolo estandarizado de limpieza y desinfección. Se detectaron microorganismos en el tirador de la puerta, en el volante y en el mango izquierdo de la camilla. La existencia de microorganismos no resistentes a limpiadores indica la ausencia de estándares de limpieza y falta de higiene de manos.

El artículo de Choon realizado en Corea³⁸, muestra que los actuales programas de control y prevención de las infecciones tienen limitaciones en los recursos y en las actividades. Entre Mayo y Junio de 2015 un total de 39 trabajadores se contagiaron del Síndrome Respiratorio del Medio Oeste. Los profesionales sanitarios son vulnerables a enfermedades como las transmitidas por sangre, *Staphylococcus aureus* meticilín resistente, virus Influenza y

Ébola. Hay falta de uso de equipos descontaminantes en las ambulancias y falta de check-list de descontaminación. En un estudio realizado en Estados Unidos en las cuatro primeras ambulancias que se estudiaron se encontraron 3 tipos distintos de microorganismos multirresistentes³⁹. Además, a la posibilidad de infección hay que añadirle la naturaleza propia del servicio que es la urgencia. Los microorganismos se mantienen en las superficies de la ambulancia hasta que son inhalados, ingeridos, tocados o inoculados por un pasajero o por el personal sanitario. Otro estudio realizado también en Estados Unidos determinaba la presencia de *Staphylococcus aureus* meticilín-resistente en ambulancias de zonas predominantemente rurales⁴⁰. La muestra era de 51 ambulancias, de las cuales, 25 dieron positivo. El *Staphylococcus aureus* es el responsable de enfermedades de la piel, de neumonía, de endocarditis, de osteomielitis, de bacteriemia y de sepsis. Su recomendación es que se vigile las prácticas de descontaminación con el fin de reducir las oportunidades potenciales de infección nosocomial. En otro estudio también realizado en el mismo país⁴¹, en una flota de 21 ambulancias, 13 de las 10 muestras tomadas dieron positivo para MARSAs (*Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina). Las zonas contaminadas fueron: el volante, la barra izquierda de la camilla, el cojín de la camilla, la zona de trabajo derecha del paciente y en el sistema de succión Yankauer. Como resultado se admitieron un grado importante de contaminación con MARSAs en las ambulancias por lo que consideran las ambulancias como un importante reservorio para transmitir infecciones a los pacientes. El MARSAs causa importante mortalidad y morbilidad sobre todo en los pacientes debilitados.

Discusión

Una de las principales limitaciones encontrada en este estudio es que la mayoría de las investigaciones finalizan en las conclusiones explicando que se necesitan más estudios para llegar a conclusiones más fehacientes. La declaración de consenso de la American Academy of Pediatrics, American College of Emergency Physicians, American College of Surgeons Committee on Trauma, Emergency Medical Services for Children, Emergency Nurses Association, National Association of EMS Physicians and National Association of State EMS Officials⁴² tienen como objetivo que la asistencia extra hospitalaria sea minimizar los daños multiorgánicos adicionales y tratar las afecciones potencialmente mortales mediante una serie de intervenciones bien delineadas y adecuadas orien-

tadas por principios que garantizan la seguridad de los pacientes. Queremos destacar una de sus conclusiones “para que la asistencia sanitaria de emergencia sea fiable y de alta calidad, la mejora de la calidad ha de ser constante y el seguimiento, integración y evaluación de todos sus componentes deben ser efectivos”. Por lo que debemos realizar una valoración constante de las ambulancias de urgencias justificado mediante la hora de oro y con una continua investigación e innovación de los recursos previendo siempre los riesgos que pueden tener tanto los trabajadores como los pacientes.

De todos los artículos que hemos revisado queremos destacar Dokucu⁴³ donde se desarrollan las medidas para mejorar el bienestar de los trabajadores entre las que se destacan: servicios sociales, mejores condiciones de trabajo, respetabilidad profesional, oportunidades para el desarrollo profesional, centros recreativos, organización de eventos, servicios de consejería, apoyo profesional y grupos de defensa.

Se deben reducir los niveles excesivos de estrés ocupacional que afectan a la salud del personal de las ambulancias, implementando medidas para prevenir lesiones y enfermedades profesionales y promover el bienestar psicológico y fisiológico como parte integral de la cultura organizacional en todos los servicios de ambulancia de urgencia.

Los programas de prevención y la prestación de apoyo adecuado en caso de lesión o enfermedad profesional son obligaciones de la organización. Se deben practicar entrevistas de evaluación de riesgos, exámenes de los efectos de eventos traumáticos, consultas del personal y entrenamientos para reducir las reacciones de estrés. Promover estrategias institucionales y gubernamentales para explorar las oportunidades de desarrollo profesional y reconocer la necesidad de mejorar el ambiente de trabajo, son pasos esenciales hacia transformaciones positivas.

En Japón, demostraron la necesidad de aumentar la educación y la promoción de formas de levantar a los pacientes con menor esfuerzo físico, ya que los niveles actuales son insuficientes¹³.

Los efectos a corto y largo plazo de intervenciones tales como la mejora del ambiente de trabajo físico, la integración de los entrenamientos en el curriculum básico de los técnicos en emergencias, la adición de módulos educativos sobre temas tales como el uso de equipos de protección personal (EPIs), habilidades de afrontamiento y modelos de comportamiento autoprotector pueden ser estudiados e implantados si la dirección de las empresas lo considera factible.

Es un punto clave a tener en cuenta por parte de la empresa, que los trabajos que impliquen riesgos especiales o tensiones físicas o mentales importantes tienen que estar definidos como tales en convenio colectivo o, en su defecto, por un acuerdo entre la empresa y los representantes de los trabajadores. En el cual se tendrán en consideración también los efectos y los riesgos inherentes al trabajo nocturno. Las organizaciones EMS tienen la responsabilidad de preparar a sus empleados para incidentes críticos y proporcionar estrategias postincidentales para mitigar sus efectos⁴⁴.

Gracias a la revisión bibliográfica realizada hemos llegado a la conclusión de la existencia de riesgos y que la gran mayoría de los estudios se han realizado en otros países, por lo que se evidencia la necesidad de realizar un estudio integral de riesgos laborales del transporte sanitario urgente español. De esta forma, se valorarán los riesgos y se determinarán las medidas correctoras posibles para minimizar los riesgos existentes. Además, respecto a los riesgos psicosociales sería conveniente realizar un estudio en España ya que la cultura y la dotación de personal de las ambulancias es distinta en nuestro país con respecto al resto de países de la Unión Europea y de otros continentes.

Referencias

1. España. Ministerio de la Presidencia. Real Decreto 1211 de 1990, septiembre 28, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley de Ordenación de los Transportes Terrestres. Madrid: Boletín Oficial del Estado; 1990.
2. A. Pacheco Rodríguez y otros. Servicios de Emergencia Médica Extrahospitalaria en España (I) Historia y Fundamentos preliminares. Emergencias.. Vol 10. Nº3. España. Mayo· Junio 1998.
3. España. Ministerio de la Presidencia. Real Decreto 836 de 2012, mayo 25, por el que se establecen las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera. Madrid: Boletín Oficial del Estado; 2012.
4. MSC Instituto de Información Sanitaria-Subcomisión de sistemas de información del SNS. Atención a la urgencia extrahospitalaria. España 2007.
5. España. Ministerio de la Presidencia. Ley 31 de 1995, noviembre 8, de prevención de Riesgos Laborales. Madrid: Boletín Oficial del Estado; 1995.

6. Caravaca C. Por fin llegó el turno de los técnicos en emergencias. Puesta al día en urgencias, emergencias y catástrofes 2009; 9 (1): 1-2.
7. Sterud T. Suicidal Ideation and Suicide Attempts in a Nationwide Sample of Operational Norwegian Ambulance Personnel. *Journal of Occupational Health* 2008; 50: 406-414.
8. Andersen JH, Hansen CD, Kyed M, Nielsen KJ, Rasmussen K. Physical and psicosocial work environment factors and their association with health outcomes in Danish ambulance personnel – a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2012; 12: 2458 – 534.
9. España. Ministerio de trabajo y asuntos sociales España. NTP 604: Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social (II); 2012.
10. Shapiro D, Jamner LD, Goldstein IB. Ambulatory stress psychophysiology: the study of “compensatory and defensive counterforces” and conflict in natural setting. *Psychosom Med* 1993; 55: 309-323.
11. Lehmann M, Dorges V, Huber G, Zollner G, Spori U, Keul J. [Behaviour of free catecholamines in blood and urine of ambulance men and physicians during quick responses]. *Int Arch Occup Environ Health* 1983; 51: 209 - 222.
12. Coral A, Criales M. Síntomas osteomusculares en el personal operativo de la empresa Emermédica S.A. Bogotá, 2012. Universidad del Rosario.
13. Rodgers L. A five- year study comparing early retirements on medical grounds in ambulance personnel with those in other groups of health service staff. Part I: Incidences of retirements. *Occup Med* 1998; 48: 7-16.
14. Arial M, Benoit D, Wild P. Exploring implicit preventive strategies in prehospital emergency workers: A novel approach for preventing back problems. *Applied Ergonomics* 2014; 45: 1003- 1009.
15. Dokucu A, Erdogan M, Tunaligil V. Determinants of General Health, Work- Related Strain, and Burnout in Public Versus Private Emergency Medical Technicians in Istanbul. *Workplace health & Safety* 2016; 64: 301- 312.
16. Daniell N, Gunther P, Merrett S. Effectiveness of powered hospital bed movers for reducing physiological strain and back muscle activation. *Applied Ergonomics* 2014; 45: 849-856.
17. Conrad KM, Johnson PW, Lavender SA, Meyer FT, Reichelt PA. Postural analysis of paramedics simulating frequently performed strenuous work tasks. *Applied Ergonomics* 2000; 31: 45-47.
18. Brien K, Jui J, Federiuk C, Schmidt T. Job satisfaction of Paramedics: The effects of gender and type of agency of employment. *Annals of emergency medicine* 1993; 22: 657- 662.
19. Ariz M, Ballesteros S, Lorrio S, Molina I. Contaminación acústica en el transporte sanitario urgente por carretera. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 2012; 35.
20. Broniecki M, Esterman A, Grantham H, May E. Musculoskeletal disorder prevalence and risk factors in ambulance officers. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation* 2010; 23: 165-174.
21. Adolfsson A, Berg S, Gifford M, Hugelius, Westerberg E, et al. Swedish Ambulance Managers’ Descriptions of Crisis Support for Ambulance Staff After Potentially Traumatic Events. *Prehospital and Disaster Medicine* 2014; 29: 589-592.
22. Ekeberg O, Hem E, Lau B, Sterud T. Suicidal Ideation and Suicide Attempts in a Nationwide Sample of Operational Norwegian Ambulance Personnel. *Journal of Occupational Health* 2008; 50: 406-414.
23. Blomquist M, Johansson I, Suserud B. Experiences of threats and violence in the Swedish ambulance service. *Accident and Emergency Nursing* 2002; 10: 127-135.
24. Allison EJ, Landis S, Point P, Whitley T. Specific Occupational Satisfaction and Stresses that differentiate paid and volunteer EMTs. *Annals of Emergency Medicine* 1987; 16: 676-679.
25. Gurevich M, Halpern J, Maunder R, Schwartz. The critical incident inventory: characteristics of incidents which affect emergency medical technicians and paramedics. *BMC Emergency Medicine* 2012; 12: 1-10

26. España. Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales España. NTP 603: Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social (I); 2001.
27. Cydulka R, Emerman C, Shade B, Kubincanek J. Stress levels in EMS Personnel: A national survey. *Prehospital and disaster medicine* 1997; 2: 136-140.
28. Alexander DA, Klein S. Ambulance personnel and critical incidents. *British Journal of psychiatry* 2001; 178: 76-81.
29. Paterson J, Pyper Z. Fatigue and mental health in Australian rural and regional ambulance personnel. *Emergency Medicine Australasia* 2016; 28: 62-66.
30. Jonsson A, Segesten K. The meaning of traumatic events as described by nurses in ambulance service. *Accident and Emergency Nursing* 2003; 11: 141-152.
31. Levine R, Loomis C, Pirrallo R, Woodson T. The prevalence of sleep problems in emergency medical technicians. *Sleep Breath* 2012; 16: 149-162.
32. Buysse D, Callaway C, Moore C, Patterson P, Suffoletto B, Yealy D, et al. Mobile phone text messaging intervention to improve alertness and reduce sleepiness and fatigue during shiftwork among emergency medicine clinicians: study protocol for the SleepTrackTXT pilot randomized controlled trial. *BioMed Central* 2014; 15: 1-10.
33. Aasa U, Ångquist K-A, Barnekow- Bergkvist M, Brulin C. Relationships between Work-related Factors and Disorders in the Neck-shoulder and Low-back Region among Female and Male Ambulance Personnel. *Journal of Occupational Health* 2005; 47: 481- 489.
34. Ekeberg O, Hem E y Sterud T. Health status in the ambulance services: a systematic review. *BMC Health Services Research* 2006; 6 (1472): 6963-82.
35. Burns MD, Matthew L, Hansen MD, Valenzuela S, Summers C, Van Otterloo J, et al. Unnecessary use of red lights and sirens in pediatric transport. *Prehospital Emergency Care* 2016; 1-8.
36. Alves, Bisell, Donald W, Richard A. Bacterial pathogens in ambulances: Results of unannounced simple collection. *Prehospital Emergency Care* 2008; 12: 218-224.
37. Ballesteros S, Eraso E, Ezpeleta G, Lorrio S, Quindós G, Varona A, et al. Detection and characterization of surface microbial contamination in emergency ambulances. *American Journal of Infection Control* 2016; 1-3.
38. Choon D, Soon H. Current Status of Infection Prevention and Control Programs for Emergency Medical Personnel in the Republic of Korea. *Journal of Preventive Medicine and Public Health* 2015; 330- 341.
39. Alves, Bissell, Richard A, Donald W. Bacterial Pathogens in Ambulances: Results of Unannounced sample collection. *Prehospital Emergency Care* 2008; 12: 218-224.
40. Brown R, Minnon J, Schneider S, Vaughn J. Prevalence of Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus in Ambulances in Southern Maine. *Prehospital Emergency Care* 2010; 14: 176-181.
41. Crumpecker C, Dunn T, Roline C. Can methicillin-resistant Staphylococcus aureus be found in an ambulance fleet?. *Prehospital Emergency care* 2007; 11: 241-244.
42. Declaración de consenso de American Academy of Pediatrics, American College of Emergency Physicians, American College of Surgeons Committee on Trauma, Emergency Medical Services for Children, Emergency Nurses Association, National Association of EMS Physicians and National Association of State EMS Officials. El equipamiento de las ambulancias. *Prehospital Emergency Care en Español*. Número 2.
43. Dokucu A, Erdogan M, Tunaligil V. Determinants of General Health, Work- Related Strain, and Burnout in Public Versus Private Emergency Medical Technicians in Istanbul. *Workplace health & Safety* 2016; 64: 301- 312.
44. Gurevich M, Halpern J, Maunder R, Schwartz. Downtime after Critical Incidents in Emergency Medical Technicians/Paramedics. *BioMed Research International* 2014, 1-7.

Formación continuada

Cuestionario Internacional de actividad física (IPAQ)

Autores
Carrera Y

La actividad física se ha convertido en los últimos años en un pilar para las estrategias y programas de salud pública, debido a los numerosos beneficios que conlleva su realización así como, a las consecuencias de la inactividad física, la cual se considera el cuarto factor de riesgo de la mortalidad mundial¹. El medio laboral es un lugar idóneo para la promoción de dicha actividad en los trabajadores.

Para unificar los criterios empleados en la valoración de las actividades físicas realizadas en todos los países, se han elaborado una serie de estándares. Uno de los instrumentos creados ha sido el cuestionario Internacional de Actividad Física IPAQ (International Physical Activity Questionnaire)².

A partir de 1996 expertos internacionales convocados por el Instituto Karolinska, la Universidad de Sydney, la Organización Mundial de la Salud (OMS), y los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), han trabajado en la elaboración, mejora e implementación de dicho instrumento, el cual se ha implementado por primera vez en Ginebra en el año 1998 y posteriormente en estudios europeos, americanos, asiáticos, africanos y australianos².

El IPAQ consta de 7 preguntas acerca de la frecuencia, duración e intensidad de la actividad (moderada e intensa) realizada los últimos siete días, así como el caminar y el tiempo sentado en un día laboral. Se puede aplicar mediante entrevista directa, vía telefónica o encuesta auto-cumplimentada, siendo diseñado para ser empleado en adultos de edades comprendidas entre los 18 y 65 años, existiendo dos versiones del mismo²:

- La **versión corta**, consta de 7 ítems y proporciona infor-

mación acerca del tiempo que la persona emplea en realizar actividades de intensidad moderada y vigorosa, en caminar y en estar sentado. Especialmente recomendada cuando en investigación se pretende la monitorización poblacional.

- La **versión larga** tiene 27 ítems y recoge información acerca de las actividades de mantenimiento del hogar, jardinería, ocupacionales, transporte, tiempo libre y actividades sedentarias. Al ser más larga y compleja que la versión corta, limita su uso en estudios de investigación.

Ambas versiones evalúan tres características de la actividad física (AF): **intensidad** (leve, moderada o vigorosa), **frecuencia** (días por semana) y **duración** (tiempo por día) ².

La actividad semanal se registra en Mets (Metabolic Equivalent of Task o Unidades de Índice Metabólico) por minuto y semana.




A continuación se muestran los valores Mets de referencia²:

- Caminar: **3,3 Mets**.
- Actividad física moderada: **4 Mets**.
- Actividad física vigorosa: **8 Mets**.

Para obtener el número de Mets debemos multiplicar cada uno de los valores anteriormente citados (3.3, 4 u 8 Mets) por el tiempo en minutos de la realización de la actividad en un día y por el número de días a la semana que se realiza.

Este cálculo está reflejado en la tabla I:

Tabla I: Cálculo de Unidades del Índice Metabólico (Mets)

<p>• 8 Mets x minutos de actividad intensa al día x días que se practica esa actividad en una semana.</p> <p>Actividad intensa </p>	<p>• 4.0 Mets x minutos de actividad física moderada al día x número de días a la semana que se realiza esa actividad</p> <p>Actividad moderada </p>	<p>• 3.3 Mets x minutos caminando al día x número de días que camina a la semana</p> <p>Caminar </p>
--	---	---

A modo de ejemplo: una persona que realiza balonmano (actividad intensa) 3 días a la semana una hora cada día, su índice será: 8 Mets x 60 minutos x 3 días= 1440 Mets.

Este cuestionario internacional clasifica el nivel de actividad realizado en tres categorías baja, moderada y alta.

Los sujetos que pertenecen al nivel alto o medio son cumplidores de las **recomendaciones de actividad de la OMS**, mientras que los del nivel bajo no las cumplen².

Respecto a las recomendaciones citadas, se organizan en 3 grupos en función de la edad³:

- 5 a 17 años: se recomienda mínimo sesenta minutos diarios de actividad moderada o vigorosa, siendo preferible que sea mayoritariamente aeróbica, aunque también es importante incorporar al menos veces a la semana actividades vigorosas que refuercen los músculos y huesos.

- 18 a 64 años: Cincuenta minutos semanales de actividad aeróbica moderada, setenta y cinco de actividad aeróbica vigorosa o una combinación equivalente de ambas. Las sesiones deberán ser de al menos diez minutos.

También se recomiendan actividades de fortalecimiento de los grandes grupos musculares dos o más veces a la semana.

- 65 años o más: Las mismas que el grupo anterior salvo las personas con movilidad reducida que deben realizar al menos tres días a la semana actividad física para mejorar su equilibrio y prevenir caídas

Mediante el empleo del cuestionario IPAQ podemos categorizar el nivel de actividad física de los trabajadores en bajo, moderado o alto según los criterios que se muestran en la Tabla I ²:

Tabla I: Niveles de actividad física según los criterios establecidos por el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ)

Bajo (Categoría 1)	No realiza ninguna actividad física.
	La actividad física que realiza no es suficiente para alcanzar las categorías 2 o 3.
Moderado (Categoría 2)	3 o más días de actividad física vigorosa durante al menos 25 minutos por día.
	5 o más días de actividad física moderada y/o caminar al menos 30 minutos por día.
	5 o más días de una combinación de caminar y/o actividad de intensidad moderada y/o vigorosa, alcanzando un gasto energético de al menos 600 Mets por minuto y por semana.
Alto (Categoría 3)	Realiza actividad vigorosa al menos tres días por semana alcanzando un gasto energético de 1500 Mets por minuto y semana.
	7 o más días por semana de una combinación de caminar y/o actividad de intensidad moderada y/o vigorosa alcanzando un gasto energético de al menos 3000 Mets por minuto y por semana.

En el ejemplo anteriormente comentado se sitúa en un nivel moderado de actividad ya que realiza 3 días a la semana actividad intensa y más de 25 minutos por día.

Asimismo el IPAQ entre sus resultados aporta el comportamiento sedentario en número de horas que las personas pasan sentadas en un día laboral, considerando conducta sedentaria si el individuo está más de 6 horas sentado al día⁴.

En la Encuesta Nacional de Salud en España en el año 2011/2012 se obtuvieron los siguientes resultados en la aplicación del IPAQ⁵:

- Un 33,6% de la población entre 18 y 69 años se sitúa en la categoría baja de actividad física.
- El 38,6% en la categoría media.
- Y un 27,8% en la alta.

En la categoría alta es en la que se registran mayores diferencias en cuanto al género, perteneciendo a esta categoría el 44,2% de los hombres y el 24,1% de las mujeres⁵.

Las personas que se sitúan en la categoría baja no siguen las recomendaciones elaboradas por la OMS. Por tanto un tercio de la población adulta española (31.3% de los hombres y 35.8% de las mujeres) no las cumplen⁵.

El cuestionario IPAQ puede ser una útil herramienta, dentro de las funciones de Promoción de la Salud realizadas por los Enfermeros del Trabajo. Su facilidad de

aplicación, sencillez, así como la posibilidad de poder conocer el nivel de actividad física de los trabajadores y adopción de medidas al respecto, hacen de este instrumento, validado a nivel internacional, un elemento a incluir en las actividades realizadas en los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales.

Finalmente, cabe señalar algunas limitaciones observadas durante la utilización del IPAQ:

- Las cuestiones que componen el cuestionario hacen referencia a los siete días previos a su realización, sin embargo la actividad física realizada en la última semana pudo estar influida por factores meteorológicos, circunstancias personales como enfermedades u otros aspectos que pueden conllevar a una representación inadecuada de los hábitos generales de actividad física de la persona, por lo que se podría modificar y considerar una semana tipo en lugar de los últimos siete días.

- Por otro lado, el IPAQ no diferencia los conceptos actividad física, ejercicio y deporte considerando únicamente en sus apartados el término actividad física. - Asimismo destaca la dificultad para precisar el número de horas que una persona está sentada en un día o realizando una actividad.

A continuación se muestra el citado cuestionario IPAQ:

ENCUESTA IPAQ: Actividades físicas en trabajadores

o **Actividades físicas "INTENSAS".**

Piense en todas las actividades intensas que usted **realizó en los últimos 7 días.**

Las actividades intensas son aquellas que implican un esfuerzo físico intenso y que le hacen respirar mucho más intensamente de lo normal. Por ejemplo:

INTENSAS

	Levantar pesos pesados		Cavar		Bicicleta a ritmo lixeiro (non a ritmo paseo), moderado ou rápido
	Trote ou jogging, camiñar en Costa pronunciada		Bicicleta estática a ritmo alto		Exercicios aeróbicos
	Balonmano		Squash		Facer pesas
	Fútbol		Nadar en xeral		Pádel (sen competir ou competindo)
	Tenis individual		Correr campo a través, carreira de orientación		Waterpolo

Piense sólo en aquellas actividades físicas que realizó **durante por lo menos 10 minutos seguidos.**

- o Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos realizó actividades físicas intensas tales como levantar pesos pesados, cavar, hacer ejercicios aeróbicos o andar rápido en bicicleta?

- Días por semana

- o Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total le dedicó a una actividad física **intensa** en uno de esos días?

Ejemplo: si practicó 20 minutos marque 0 horas e 20 minutos.

- Horas por día








- Minutos por día

- o **Actividades físicas "MODERADAS".**

Piense en todas las actividades moderadas que usted **realizó en los últimos 7 días.**

Las actividades moderadas son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado que le hace respirar algo más intensamente de lo normal.

MODERADAS

	Transportar pesos livianos		Tai chi
	Tenis dobles (non-competitivo)		Balle moderno, de discoteca
	Bicicleta ritmo paseo en chairó		Bicicleta estática esfuerzo moi lixeiro
	Balles de salón		

Piense sólo en aquellas actividades físicas que realizó **durante por lo menos 10 minutos seguidos**.

- o Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos hizo actividades físicas **moderadas** como transportar pesos livianos, andar en bicicleta a velocidad regular o jugar dobles de tenis? **Atención, no incluya caminar.**

- Días por semana

- o Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total le dedicó a una actividad física **moderada** en uno de esos días?

Ejemplo: si practicó 20 minutos, marque 0 horas e 20 minutos.

- Horas por día

- Minutos por día

- o **"CAMINAR"**

Piense en el tiempo que usted le dedicó a caminar **en los últimos 7 días**.

Esto incluye caminar en el trabajo o en casa, para trasladarse de un lugar a otro, o cualquier otra caminata que usted podría hacer solamente para la recreación, deporte, ejercicio u ocio.

- o Durante los últimos 7 días, ¿En cuántos caminó **por lo menos 10 minutos seguidos**?

- Días por semana

- o Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total le dedicó a **caminar** en uno de esos días?

- Horas por día

- Minutos por día

- o **SENTADO durante los días laborales**

La última pregunta es acerca del tiempo que pasó usted **sentado** durante los días hábiles de los últimos 7 días.

Esto incluye el tiempo dedicado al trabajo, en casa, en una clase y durante el tiempo libre.

Puede incluir el tiempo que pasó sentado ante un escritorio, visitando amigos, leyendo, viajando en autobús, sentado o recostado mirando la televisión.

- o Durante los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo pasó **sentado** en un día hábil?

- Horas por día

- Minutos por día

Referencias

1- Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud [monografía en Internet]. Suiza; 2010 [acceso el 7 de mayo de 2016]. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bits-tream/10665/44441/1/9789243599977_spa.pdf

2- Mantilla Toloza SC, Gómez Conesa A. El Cuestionario Internacional de Actividad Física. Un instrumento adecuado para el seguimiento de la actividad física poblacional. Rev Iberoam Fisioter Kinesol [revista en Internet] 2007 [acceso el 7 de mayo de 2016]; 10(1). Disponible en:
<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-iberoamericana-fisioterapia-kinesiologia-176-articulo-el-cuestionario-internacional-actividad-fisica-13107139>

3- Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud [sede Web]. Organización Mundial de la Salud; [acceso el 7 de mayo de 2016]. Disponible en:
http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/es/

4- Crespo Salgado JJ, Delgado Martín JL, Blanco Iglesias O, Aldecoa Landesa S. Guía básica de detección del sedentarismo y recomendaciones de actividad física en atención primaria. Aten Primaria [revista en Internet] 2015 marzo [acceso el 7 de mayo de 2016]; 47 (3). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria->

27-articulo-guia-basica-deteccion-del-sedentarismo-90388068

5- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Serie Informes monográficos nº 4. Actividad física, descanso y ocio [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014 [acceso el 7 de mayo de 2016]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/informes-Monograficos/Act_fis_desc_ocio.4.pdf

Con nombre propio

Entrevista a Pablo Manuel Fernández Alles

Autor del manual para dejar de fumar “Fumabook”

Autores
Redacción

¿Quién es el Pablo M. Alles?

Un Enfermero del Trabajo que desarrolla su labor en una entidad bancaria y Psicólogo por cuenta propia, pero sobre todo un actual No Fumador, con un pasado de más de 20 años encadenado al tabaco.

¿Qué te hizo escribir el manual para dejar de fumar, Fumabook?

Principalmente, el miedo que tenía a dejar de fumar y que hallo en los pacientes que me encuentro en mi ejercicio dentro de la Vigilancia de la Salud. Debo de reconocer que las fotografías que aparecen en las cajetillas de tabaco y la incesante información sobre datos estadísticos sobre probabilidades de padecer cáncer y enfermedades cardiovasculares, no conseguían persuadirme a la hora de dejar el tabaco, incluso tengo que reconocer que a veces me enojaba. Por ello, decidí plantear el problema de la adicción al tabaco desde otra perspectiva.

¿Cuál es esa otra perspectiva que refieres?

La del fumador. No quiero decir que la perspectiva médica no sea necesaria, ni mucho menos, es fundamental conocer el efecto que fumar provoca sobre la salud, pero que sí tenemos olvidada la visión particular del sujeto que fuma. Con mi libro, trato de cambiar la posición del objetivo y colocarlo en los ojos del fumador. Me parece un complemento esencial a todo lo que se había hecho hasta el momento contra el tabaco.

¿Por qué llegaste a esa conclusión?

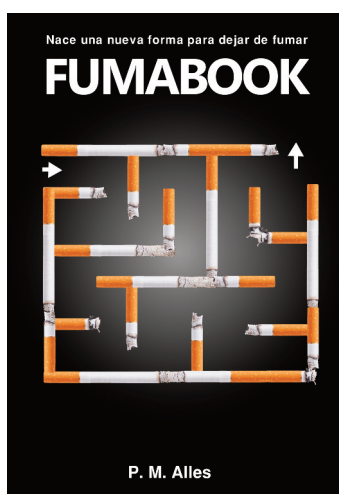
Por la conducta manifiesta del fumador. Lo podemos ver en el siguiente ejemplo. Hay un estudio de EEUU que revela que el 15% de los diagnosticados por cáncer de pulmón siguen fumando. Esto evidencia que hay algo más que debemos considerar y que no está incluido en la información que normalmente se le ha hecho llegar a los fumadores.

¿Y qué detecta esa nueva perspectiva situada en los ojos del fumador?

Miedo. Sólo eso.

¿A qué tiene miedo el fumador?

A su vida futura sin el tabaco. Simplemente, le da pavor.



¿Qué propone Fumabook desde su punto de vista?

Hacerle ver al fumador que ese miedo no es más que un camino repleto de espejismos, de miedos basado en hechos que nunca llegan a pasar. Dado que esto es muy fácil decirlo, pero muy difícil comprenderlo, fumabook proporciona al lector todas las claves para llevar un cambio profundo que le haga visualizar la realidad tal y como es. Hay un conjunto de creencias establecidas tanto a nivel social como individual en torno al mundo del tabaco que hay que derribar de una vez

por todas.

¿Qué encontrará de novedoso el lector?

Una explicación clara y sencilla del funcionamiento de la mente humana y cómo ésta es abordada y controlada por la nicotina. Para facilitar su comprensión, desarrollo una metáfora que hará que la lectura sea amena y efectiva. Y sobre todo, el uso de las redes sociales para acabar con el hábito. Esta es la gran novedad que ofrezco.

Una vez el fumador finalice tu libro, ¿podrá automáticamente y sin esfuerzos dejar de fumar?

En absoluto. El camino hacia la libertad, es un esfuerzo que tiene que realizar el fumador de una forma particular. Es un tránsito que debe efectuar de todas maneras sin excepción. No hay métodos ni fármacos que coloquen al paciente en un estado de independencia absoluta a la nicotina por arte de magia. Fumabook te dirige y te da las directrices para enfrentarte a ese sendero. Y para que no te sientas solo, te ofrece un acompañamiento guiado a tra-

vés de las redes sociales. Hacemos uso de las nuevas tecnologías para solventar un problema muy antiguo: la dependencia al tabaco.

¿Cuáles son esas herramientas tecnológicas? ¿Cómo aprovechas el uso de las redes sociales?

Todo lector de fumabook puede incorporarse de una forma gratuita y voluntaria pero completamente recomendable a “fumabook-grupo”, un lugar cerrado y privado dentro de Facebook donde podremos poner en práctica todo lo dicho en el manual, así como debatir, discutir y proponer todas aquellas cuestiones que vayamos viendo necesarias. Actualmente ya somos una gran familia donde interaccionamos bidireccionalmente a diario, compartiendo nuestras experiencias y aportando información complementaria al libro.

¿Qué les dirías a los fumadores que quieren dejar de fumar y no lo consiguen?

Que no pierdan la esperanza. Que no existen fumadores vagos, débiles o incapacitados. Todos podemos liberarnos del tabaco, sin lugar a dudas. Solo es necesario un cambio de perspectiva que no mire tanto al futuro, pues eso genera mucha ansiedad y miedo. Tenemos que centrarnos en el presente, facilitando las herramientas pertinentes que nos conduzcan al éxito. El mundo del fumador está conformado por un conjunto de falsas creencias que tenemos que eliminar. No es justo que millones de personas sigan viviendo atados a esa larga cadena.

¿Qué tiene que hacer el sujeto para dejar de fumar con tu método?

Una lectura pausada y reflexiva del manual, las veces que sean necesarias. Tenemos que reestructurar la mente del fumador, y eso no se hace con una simple lectura rápida. Además, debe realizar unos ejercicios muy simples y breves que propongo y, sobre todo, participar en “fumabook-grupo”. Esa es la clave fundamental, adoptar los muchos beneficios que tiene la terapia grupal.

¿Fumabook puede servir a los profesionales Sanitarios para ayudar sus pacientes?

El texto está escrito en un “idioma” para lograr entrar en la mente del fumador. Por ello es un libro hecho para fumadores. No obstante, recomendaría a cualquier enfermero o médico su lectura para facilitarle esa otra pers-

pectiva que ha estado hasta ahora ausente dentro del abordaje del tabaquismo.

¿Dónde puede el público adquirir fumabook?

Actualmente se encuentra editado por Terra Ignita Ediciones en versión en papel, pudiéndose solicitar en cualquier librería de España o en la web de la editorial. En papel y la versión digital puede adquirirse igualmente en Amazon.

¿Cómo pueden ponerse en contacto contigo los fumadores?

Si tienen alguna duda, pueden escribirme a autorfumabook@gmail.com o buscándome en Facebook (P.M. Alles). Si desean más información pueden visitar mi web www.fumabook.com.



Especialistas en equipos de la Unidad Básica de Salud



GERCLISA
Material geriátrico, clínico y sanitario

Para más información contacte con nosotros

GERCLISA CB
Móvil: 887 872 324
ventas@gerclisa.com

AET



**Asociación de Especialistas
en Enfermería del Trabajo**

