



ELIN MIEDICA, S.L.

ELECTRONICA E INFORMATICA MEDICA

SI HABLAMOS DE PREVENCIÓN HABLE CON ELIN MEDICA

SERVICIO DE PREVENCIÓN

En la relación de equipos nos basamos en, " los criterios técnicos para la acreditación y autorización de los servicios de prevención " publicados en el B.O. de Navarra nº 50, pero consensuado entre todas las autonomías.

VIGILANCIA DE LA SALUD

Programa informático MEDTRA (Medicina del Trabajo), gestiona todas las actividades relativas a la salud del trabajador, recibe la información de los equipos médicos (audiómetro, espirómetro, c.visión) y los incorpora directamente a la historia del trabajador.

Equipos de reconocimiento: Ekg, Espirómetros, Control visión, Audiómetros y Cabina, envían la información al MEDTRA.

Instrumental y pequeño aparataje (báscula, oto-oftalmoscópio, fonendo...).

SEGURIDAD E HIGIENE Y ERGONOMIA

Programa informático: SEHTRA (Seguridad e Higiene trabajo). Comparte los ficheros de los riesgos en el puesto de trabajo, accidentes, altas - bajas con el MEDTRA; gestiona la seguridad, la higiene y la ergonomía.

Equipos de medición, los exigidos en el B.O. de Navarra.

OTROS EQUIPOS DE INTERES

- Rehabilitación : mecano, hidro, electroterapia

- RX y ecografías.

- Desfibrilador : 2kg peso

Avda. San Adrian, 40 Ionja

Tfno: 94 422 34 76 Fax: 94 444 72 02

48003 BILBAO

Avda. Reina Victoria, 68 1°

Tfno: 91 534 21 61 Fax: 91 534 40 19 28003 MADRID

E-mail: elinmedica @ euskalnet.net

EDITORIAL:



Hace ya diez años cuando empecé a asumir responsabilidades como colaborador del Colegio de Enfermería de

Madrid recuerdo que en esos momentos ante el problema que teníamos muchos enfermeros que no habíamos tenido opción a realizar el curso de Empresa y si el de "Especialistas en Medicina/ATS Enfermería del Trabajo" la única solución razonable que veíamos era la de la Especialidad que implicaba el reconocimiento por una Autoridad académica de las diferentes formaciones de Enfermería en Salud Laboral.

El primer escollo que surgió fue la imposibilidad de convalidar dos formaciones diferentes: Una impartida por una autoridad académica, la Universidad y la otra por una entidad Sanitaria, el INSALUD.

Ya desde el año 1959 el diploma de Empresa era la única habilitación legal para ejercer nuestra actividad y el poseer otras formaciones en Salud Laboral independientemente de quien las impartiese no significaba mas que tener problemas con la OSME y en algunos casos la pérdida del puesto de trabajo.

Cuando iniciamos nuestra andadura como Asociación en las diferentes Jornadas que organizamos la formación fue siempre un tema recurrente y ya entonces nosotros apostabamos por una Especialidad que viniese a solucionar los problemas de las diferentes formaciones existentes ya que incluso en estos momentos habían aparecido los títulos propios de las Universidades, sumando otra titulación más al problema.

La larga tramitación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales fue un paréntesis que lo único que hizo fue acrecentar nuestras dudas al contemplarse en su artículo 22 -vigilancia de la salud- la necesidad de ser realizada ésta por "personal sanitario con competencia técnica, formación y capacidad acreditada". Cualquiera de estos tres aspectos seria suficiente para hacer correr ríos de tinta, se nos requiere una capacidad para tratar los múltiples aspectos multidisciplinares que hemos de afrontar. Una formación específica sanitaria que debe ser reconocida en todas las Comunidades Autónomas. Y una capacidad acreditada que nos obligaría a mantenernos al día mediante un sistema de formación continuada, supervisada, que garantice su seriedad.

En esos momentos y a la vista de los proyectos de Reglamento de los Servicios de Prevención, en los cuales nunca apareciamos los enfermeros de empresa, nos dirigimos al Ministerio de Sanidad haciéndole ver el problema que supondría para la Salud de los Trabajadores nuestra desaparición y la necesidad de contar con una formación post-grado de calidad que cumpliese con lo exigido por la Ley de Prevención de Riesgos Laborales en su artículo 22 y así poder alcanzar las expectativas marcadas por la misma.

La aparición del Reglamento de los Servicios de Prevención, en el aspecto formativo, no hizo sino consolidar la anterior situación, si bien el alcance de su disposición derogatoria nos hizo temer lo peor al derogarse la Orden de 21 de noviembre de 1959 -reglamento OSME- en el cual se contemplaba específicamente nuestra formación como enfermeros de empresa.

Al aparecer la primera Resolución del INSALUD convocando los cursos regulares de Empresa nos dirigimos al entonces Presidente Ejecutivo del mismo, Sr. Nuñez Feijoo y dentro de éste intercambio epistolar en dos ocasiones, diciembre de 1997 y agosto de 1999, nos manifestó su acuerdo y apoyo en nuestras pretensiones, la creación de la Especialidad, estableciendo el INSALUD contactos con el Consejo Nacional de Especialidades de Enfermería a éste fin.

Sería la Organización del Primer Encuentro Nacional de Enfermería en Prevención de Riesgos Laborales, que tuvo como marco la entonces recien estrenada sede del Consejo General de Colegios de Diplomados en Enfermería los días 24 y 25 de abril de 1998. Donde presentamos la ponencia "La formación del Personal Sanitario de los Servicios de Prevención -Profesionales de

Enfermería- y en la cual como es lógico presentamos la primera Propuesta para una Formación Especializada en Enfermería en Salud Laboral.

En la cual proponiamos el nombre de "Enfermería del Trabajo", así como otras diez consideraciones que servirian de base para que el grupo de trabajo que se creo "ad hoc" en el seno de la Asociación llegase a elaborar hasta tres borradores de propuestas de desarrollo de la Especialidad de Enfermería del Trabajo y Salud Laboral.

En la Conferencia inaugural, pronunciada por don Máximo González Jurado, resalto la importancia del momento para los profesionales de Enfermería que se dedican a la Salud Laboral. También anunció la modificación de los estatutos de la Organización Colegial y así dar cabida en los órganos de representación a una actividad profesional como la nuestra que si bien no está contemplada como especialidad en el Real Decreto 992/1987, por su propia historia de formación y de exigencia de esta diplomatura postgrado para el ejercicio profesional, nos situaba al mismo nivel de exigencia legal que las especialidades desarrolladas.

En Julio de 1999 se ultimó el tercer borrador de propuesta de desarrollo de la Especialidad de Enfermería del Trabajo y Salud Laboral, siendo entregado el mismo en los Ministerios de Sanidad y Consumo, Educación y Ciencia, Trabajo, al Presidente de la Organización Colegial de enfermería y a la Presidenta del Comité Asesor de Especialidades de Enfermería. Asimismo se remitió a los Sindicatos de clase y al de Enfermería. Toda esta difusión fue acompañada de al menos quince cartas presentando nuestra propuesta.

Será con el Mandato de la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo para la creación del Grupo de trabajo denominado de "Profesionales Sanitarios" en mayo de 1999, y después de remitirles un informe sobre la situación socio laboral, profesional y formativa de los profesionales de la Enfermería de Empresa, cuando se conseguiria que en la ponencia y en las conclusiones de su trabajo se reconociese la necesidad de "la creación de la Especialidad de Enfermería de Salud Laboral como vía mas adecuada para garantizar la formación de estos profesionales"

En febrero de este año Don Federico Durán López, presidente del Consejo Económico y Social, a petición del Presidente del Gobierno, presentó el informe: La Seguridad y la Salud en el Trabajo en España".

En el punto quinto, apartado segundo propone "Mejorar la calidad de la formación...de la enfermería de empresa, conforme las propuestas que, en este sentido ha realizado la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo"

En el seno del Ministerio de Sanidad y Consumo desde el año 1996 hemos ido manteniendo contactos regulares con el Subsecretario, el Director General de Salud Pública, la Subdirectora General de Formación Sanitaria. Fruto de esto y con el nombramiento del actual Subsecretario de Sanidad y Consumo, Sr. Sánchez Fierro, persona muy concienciada con la salud laboral con la que ha mantenido estrechos vínculos, hay que recordar que fue gerente de AMAT. Se ha conseguido que en la comparecencia que tuvo en octubre pppdo.. en el Congreso de los Diputados declarase como uno de los objetivos del Ministerio de Sanidad y Consumo el desarrollo de la Especialidad de Enfermería del Trabajo.

Como colofón a esta silenciosa labor hay que recordar que la Ministra de Sanidad y Consumo y el Presidente de la Organización Colegial de Enfermería el 13 de febrero de 2001 firmaron el Acuerdo Marco de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Consejo General de Enfermería, en el cual acuerdan en su punto tres, párrafo tercero la modificación del catálogo de Especialidades de Enfermería, mediante la adición de la nueva especialidad de Enfermería de Salud Laboral...

Fernando Morato Ortiz.

1 ammarm

asociación espanola de enfermeri TRACATO Y SALLO LACORAL

> CONSISTO DE DIRECCION Remando Morato Ortiz

CONFIGURE REDICATION Country Claudited Alfredo de Andres (simos

Cristina Godino Genzalez (Media Cristina Godino Genzalez (Media Felica Alzaide Figueroba (Cordoba) Teresa Giene Bezzda (Tarragona) Sara Aloneo Blaeco (Madrid) Félix Fernández Salvador (Madrid) Javier González Caballero (Bilbao) Ramón González de la Lastra (Madrid) Pere Torres | Costa (Barcelona) Josune Martin Izaula (Vitoria) Araceli Santos Posada (Madrid) Lina Sustatxa Ortega (Bilbao) Cándida Pérez Gonzálvez (Ore

REDACCION VIPUE

SUMARIO

a long

Congreso Internacional de ANET

Amieulo, Evaluación del Síndrome de . Burnout en personal de Enfermerta de Emprese.

Ortomal: El Rundo en el medio ocupaetonal a Riesco Real é potendal ? HERETO CALLERY

Logisma Congreso de Temegona.

Pag - 13

Articulo. Alteraciones visuales USO GE PIVIDI UIT OFFICIALE

Pag.- 20

FOHNEU. Reunión de Primavera en Copenhague.

Pag. - 26

SPAÑOLA DE ENFERMERÍA O Y SALUD LABORAL. AET.

Asociación Nacional. AET Presidente: Fernando Morato Ortiz ano de Cavia, 4. 28007. Madrid. 629.911.241 Asociación Asturiana. AAET te: Esperanza Alonso Jimenez. n. ppal ext. izq. 33004. Oviedo. 679.996.451 Asociación Catalana, ACIT Presidente: Jordi Ferrer Soto. Cl Rossello, 229. 4º 1ª A. 08008. Barcelona. 93.217.75.73.

Delegación Córdoba. Presidente Felisa Alcalde. 679.159.535 ón Jaén. Presidente Juan de Dios Cózar. 953.569.161



las Jornadas Internacionais **ANET**

"Saude no Trabalho - um conceito positivo e multidimensional"

2 a 4 Maio 2001



Margarida Rasteiro, representante portuguesa ante FOHNEU durante su intervención.

Del 2 al 4 de Mayo se han celebrado en Oporto las primeras jornadas internacionales de la ASOCIACION NACIONAL DE LOS ENFERMEROS DEL TRABAJO PORTUGUESES. Bajo el título de la Salud en el Trabajo un concepto positivo y multidisciplinar nuestros compañeros portugueses debatieron sobre diferentes aspectos profesionales. La Enfermería del Trabajo Española estuvo representada por el Presidente del Comité Científico de la AET que pronunció una conferencia sobre la Situación de la Enfermería del Trabajo en España.

La Enfermería del Trabajo en Portugal presenta un gran número de similitudes con respecto a la Enfermería del Trabajo en España. Aunque la formación en Enfermería Laboral en Portugal proviene de la salud comunitaria, el co-

lectivo profesional reclama desde hace algún tiempo un formación específica en el campo de la Enfermería Laboral. En una linea similar a la que la AET defiende hace tiempo en nuestro pais.

Los conceptos preventivos que la legislación portuguesa plantea emanan de las mismas fuentes comunitarias que la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. La multidisciplinaridad en la prevención, elevar el nivel de salud de los trabajadores, así como mejorar la seguridad y la higiene en el trabajo sin olvidar conceptos psicosociales, nos permite ver la prevención de los riesgos con una visión supranacional en la que los profesionales de la Enfermería del Trabajo debemos desarrollar un papel importante.

Diferencias en el grado formativo (licenciatura en Portugal, diplomatura aún en España) también estan presentes y permiten ser un campo de unificación de criterios para un futuro.

Los campos de investigación desarrollados y presentados en la Jornadas indican un alto nivel de trabajo en el que los colegas portugueses están implicados.

Las áreas temáticas sobre las que se planificaron las Jornadas Internacionales de la ANET, fueron:

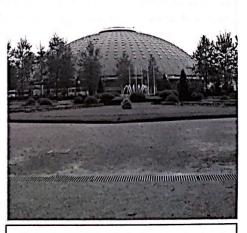
-La Enfermería del Trabajo a la vanguardia de la salud laboral

- -Actualización en Salud Laboral y Gestión Ambiental.
- -La Calidad en Seguridad y Salud en el Trabajo.
- -Prevención de Riesgos Laborales en el Medio Hospitalario y en la Administración Pública.
- -Responsabilidad Profesional ante los accidentes de Trabajo
 - -Burnout
 - -La Enfermería del Trabajo en Brasil y España
- -Cursos paralelos de Ruido y Traumatologia en el medio laboral.

Los criterios generales quedaron claros a lo largo de las Jornadas: El Enfermero del Trabajo debe ser el primer eslabón en la promoción de la salud y en la planificación preventiva.

Queremos desde estas páginas agradecer a Fernanda Bastos, Presidente de las Jornadas, y a Vitor Brasileiro,

Presidente de la ANET, la oportunidad que han brindado a la AET para poder compartir y exponer nuestras inquietudes proyectos en el campo de la Enfermería del Trabajo, y felicitar a todos los que participaron en la organización por la brillantez de su trabajo y las atenciones prestadas.



Palacio de Cristal de Oporto, junto al recinto donde se celebraron las jornadas

Nº7. El Termómetro 5



EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE ENFERMERÍA DE EMPRESA

AUTORES:

- -Margarita Olmedo Montes. Profesora Dpto de Personalidad, evaluación y tratamiento psicológico de la Facultad de Psicología de la UNED.
- -Angel Maria Moya Maganto. Enfermera de Empresa, Santa Lucía S.A. Auditora y Técnico Superior de Prevención en Ergonomía y Psicosociología, Consultoría de Cantabria S.L. Vicepresidenta del Comité Científico de la AET.
- -Miguel Angel Santed Germán. Profesor Dpto de Personalidad, evaluación y tratamiento psicológico de la Facultad de Psicología de la UNED.
- -Valentín Fernandez Tubau. Psicólogo. Especialista universitario en psicopatología y Salud.
- -Jose Manuel Corbelle Alvarez. Enfermero de Empresa, El Corte Inglés S.A. Tecnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales. Presidente del Comité Científico de la AET
- -Jesús María Sola Villafranca. Enfermero de Empresa.
- -Alfredo de Andrés Ramos. Psicólogo. Enfermero de Empresa, Banco de España. Comité Científico de la AET.

CORRESPONDENCIA:

emoya58@hotmail.com



Angel Maria Moya Maganto, uno de los autores de este artículo

RESUMEN:

Desde que surgió el concepto de burnout propuesto por Freudenberger y a través de su desarrollo dicho síndrome ha estado vinculado a ciertas profesiones entre las que cabe destacar el personal sanitario. Sin embargo, en la presente investigación se presentan datos que muestran como el tipo de profesión en sí (en este caso la enfermería) no es una variable decisiva en el desarrollo de burnout.

Los datos fueron recogidos mediante el cuestionario MBI en dos muestras de enfermeros, unos que trabajan en el ámbito hospitalario y otros que lo hacen en enfermería del trabajo y salud laboral, mostrándose en este último grupo, niveles de burnout significativamente más bajos que en el primero.

Otras variables tanto laborales, demográficas o conductuales, no parecen ejercer influencia en el desarrollo del síndrome. Así pues, a partir de este trabajo se deja abierto el camino para investigar aquellos factores inherentes al contexto hospitalario, como puede ser el trato con pacientes difíciles, la falta de adecuación entre los recursos disponibles y las soluciones requeridas, o la organización del trabajo que pueden llevar a generar la respuesta de burnout.

PALABRAS CLAVE:

Burnout, enfermería, empresa, salud laboral.

Estudios realizados por diferentes sectores, sobre todo en personal de enfermería de Hospitales y de Atención Primaria, indicaban la alta incidencia del síndrome del Burnout entre el colectivo de enfermeras.

Un artículo aparecido en prensa nacional el 8 de Octubre del año 98, mencionaba un estudio realizado por un sindicato de enfermería en el que el 47% de los Enfermeros del S.A.S., padecía este síndrome. (Podríamos estar hablando de más de 8.000 afectados).

El Comité Científico de la A.E.T., se puso en marcha, pues si nos ocupamos en las empresas de los trabajadores, alguien debía informar a los enfermeros del riesgo laboral que supone el estrés crónico y de la aparición de estas nuevas enfermedades derivadas del ejercicio de la profesión de enfermería.

Con estos antecedentes, se comienza un estudio a nivel nacional, avalado por la Universidad y dirigido por un Doctor en Psicología, para respetar rigurosamente la metodología científica y conocer el nivel de afectación real de los enfermeros de empresa afiliados a nuestra A.E.T., de esta patología.

Es importante conocer que el Tribunal Supremo, a finales del Año 2.000, ratifica una Sentencia Anterior del Tribunal Superior de Justicia del Pais Vasco, considerando que el Síndrome del Burnout, es accidente de trabajo.

Después de dos años de estudio, se demuestra en el siguiente artículo, presentado recientemente por miembros del Comité Científico de la Asociación en el XII Congreso Nacional de Salud Laboral de la Función Pública que se celento a final de mayo y primeros de junio, que los enfermeros de empresa, no sólo de la población general, según podréis comprobar en las tablas de los tres paráción) que mide el cuestionario que se pasó a los afiliados.



Desde aquí, nuestro agradecimiento a todos los compañeros que colaboraron enviando su encuesta, pues sin ellos este estudio, que tendrá una importante repercusión tanto Nacional como internacional, pues demuestra la incidencia que las variables organizaciones suponen para la aparición de este síndrome, no hubiera sido posible.

El constructo de burnout fue desarrollado por Freudenberger (1974) con la finalidad de describir un tipo de estrés que surge, generalmente, en profesionales vinculados a labores asistenciales o de servicios, al experimentar un agotamiento de energía, debido a que se sienten sobrepasados por los problemas de los demás.

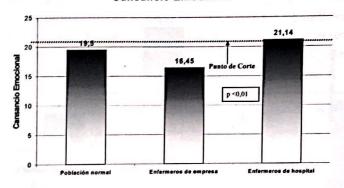
Desde entonces, de acuerdo con Schaufeli, Maslach y Marek (1993), en el estudio del burnout, se han producido dos periodos claramente diferenciados. El primero de ellos, supuso una etapa en la que proliferaron distintas formulaciones y aproximaciones clínicas e intuitivas al fenómeno. El acontecimiento que dio paso al segundo periodo fue la aparición del Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1981) como instrumento de evaluación, lo cual permitió la realización de diferentes tipos de investigaciones acerca del desarrollo de dicho síndrome y los factores asociados al mismo.

En esta última cuestión, es decir, en los factores asociados al burnout, está centrado el presente trabajo, en el que se trata de aportar información, por un lado, de las variables laborales (como el tipo de empresa donde se ejerce la profesión, la cantidad de horas trabajadas a la semana, el turno, el tipo de contrato etc.) que pudieran ejercer alguna influencia en su desarrollo y, por otro, de las diferentes variables personales y conductuales que pudieran estar relacionadas con el síndrome.

Con relación al tipo de empresa donde se ejerce la profesión cabe decir que, a pesar de que el fenómeno de burnout se encuentra asociado a múltiples profesiones y que no queda circunscrito únicamente al personal sanitario, la idea de que existe una fuerte relación entre el ejercicio de la enfermería y el desarrollo de tal síndrome se ha venido comentando desde que la aparición de dicho concepto tomase auge en los años ochenta de la mano de los trabajos presentados por Maslach y Jackson. Sin embargo, el presente estudio tiene como meta aportar información acerca de la escasa relevancia que tiene el ejercicio de la profesión de enfermería en sí, como desencadenante del síndrome de burnout.

Para ello se ha evaluado tal síndrome en un colectivo de enfermeros de empresa especializados en Servicios de Prevención. La muestra se ha obtenido a través de un listado censado de enfermeros miembros de la Asociación Española de Enfermería del Trabajo y Salud Laboral, de los cuales 94 profesionales (54 mujeres y 40 hombres, de edades comprendidas entre los 22 y los 61 años, media = 39,56, Dt = 8,97) responden al cuestionario incluido en la revista de dicha Asociación, "El Termómetro", difundida en el mes de junio de 1999. Los datos obtenidos mediante este procedimiento se comparan con los resultados procedentes de un estudio

Medias de las puntuaciones en la dimensión Cansancio Emocional



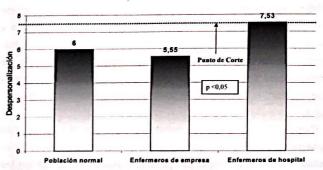
de semejantes características realizado por Olmedo, Santed, Jiménez y Gómez en el año 2000, esta vez recurriendo al personal de enfermería (13 hombres y 54 mujeres, distribuidos en un rango de edad de 21 a 54 años, media =37,21, Dt =7,68) del Hospital del INSALUD de Albacete.

En ambos casos el instrumento utilizado para evaluar el síndrome de burnout es el Inventario de Burnout de Maslach (MBI); en la versión y adaptación española realizada por Seisdedos -TEA. Dicho cuestionario consta de 22 ítems, distribuidos en tres escalas denominadas cansancio emocional (9 ítems), despersonalización (5 ítems) y realización personal en el trabajo (8 ítems). En ambos estudios se empleó la forma de frecuencia, según la cual los sujetos valoran cada ítem del cuestionario con una escala tipo Likert en la que identifican la frecuencia con la que han experimentado la situación descrita durante el último año. Esta escala de frecuencia tiene 7 puntos que van de 0 (nunca) a 6 (todos los días).

A través del análisis de los datos utilizando el estadístico "t" de Studen, se puso de manifiesto la diferencia significativa entre las medias en las tres dimensiones que engloba el burnout, en los dos colectivos anteriormente mencionados.

Así, para la dimensión de Cansancio Emocional encontramos en el colectivo de enfermeros de empresa una media de 16,45 (Dt = 10,56) y en el colectivo de hospital la media fue de 21,14 (Dt = 11,42) (t = -2,678; p = 0,008); para la variable de Despersonalización las medias fueron 5,55 (Dt = 5,53) y 7,53 (Dt =

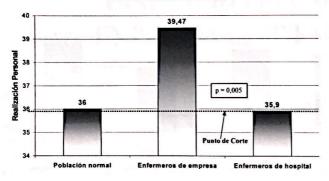
Medias de las puntuaciones en la dimensión
Despersonalización



N°7. El Termómetro



Medias de las puntuaciones en la dimensión Realización Personal



5,56) respectivamente (t = -2,258; p = 0,025). Finalmente en la dimensión de realización personal las medias fueron de 39,47 (Dt = 7,65) para el primer grupo y de 35,9 (Dt = 8,46) para el segundo (t = 2,822; p = 0,005). En este punto hay que tener en cuenta que una mayor puntuación en realización personal indica niveles más bajos de burnout.

Como se aprecia a lo largo de este artículo, el colectivo de enfermeros de empresa dedicados a servicios de prevención no mostró en ninguna dimensión (Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal) valores por encima de la media existente en la población normal. Los datos referentes a la población normativa han sido extraídos de la baremación del cuestionario MBI en población española, realizada por Seisdedos y que figura en el manual de dicho cuestionario. De esta forma que podemos concluir que, en general, el grupo formado por los enfermeros de empresa no se encuentra afectado por el síndrome de burnout. En cambio, los resultados procedentes del colectivo de enfermería que trabaja en el hospital, son congruentes con los procedentes de otros estudios donde se pone de manifiesto las altas tasas de dicho síndrome en el personal sanitario.

Los datos expuestos hasta el momento parecen indicar que son los factores organizacionales y del desempeño del puesto en el ambiente hospitalario, los que juegan un papel más relevantes en la aparición del síndrome.

Diversos trabajos que con anterioridad se han dedicado al estudio de las variables que podían influir en el hecho de que el personal de enfermería fuese especialmente vulnerable al síndrome de burnout habían citado entre otras posibilidades: el trato diario y continuo con personas deprimidas y moribundas, la sobrecarga de trabajo, el conflicto y la ambigüedad de rol, los turnos rotativos y los trabajos nocturnos que perturban el ritmo biológico de los trabajadores, las cargas de trabajo familiares (ya que el 80% de los profesionales son mujeres), la alta responsabilidad de las tareas que realizan, el alto índice de contratación temporal y la impotencia ante la enfermedad.

Parece claro, a la luz de nuestros resultados que, entre esta amalgama de variables, cobran especial relevancia aquellas vinculadas al trabajo de hospital, ya que, supuestamente, serían las que desencadenan las diferencias encontradas entre los dos colectivos cuya evaluación venimos comentando. Sin embargo, con el ánimo de profundizar más en esta cuestión, en el presente trabajo evaluamos también la influencia sobre las tres dimensiones del burnout de algunas de las variables citadas (como las cargas de trabajo familiares, el tipo de contratación, el turno de los enfermeros, la cantidad de horas trabajadas a la semana, y la cantidad de personas a las que tienen que atender diariamente) y otras que estimamos, igualmente relevantes, por ejemplo, variables de carácter sociodemográfico y conductuales. En este sentido, los resultados fueron contundentes: ninguna de las variables investigadas mostró influencia en ninguna de las dimensiones del burnout.

Tales datos resultan congruentes con los procedentes de algunas investigaciones realizadas en este campo de estudio, otras en cambio, resultan discordantes. Vamos a detenernos brevemente en estas comparaciones.

VARIABLES EVALUADAS EN EL PRESENTE TRABAJO

Variables. Laborales	Turno (diurno, nocturno, rotativo) Número de horas laborables por semana Tipo de contrato (fijo y eventual) Número de personas que atiende diariamente Veteranía en el trabajo
Socio demo graficas	Edad Sexo Estado Civil Hijos
Hábitos	Número de horas dedicadas a la realización de tareas domésticas. Práctica de ejercicio físico. Práctica de técnicas de relajación. Hoobies.

VARIABLES LABORALES COMPARACIÓN DE NUESTROS RESULTADOS CON LOS PROCEDENTES DE OTROS ESTUDIOS

Turno (diurno, nocturno, rotativo)
Daniel y Pérez (1999): Los turnos rotativos y nocturnidad incrementan burnout
Número de horas laborables por semana
Meseguer y González (1996) no hallan diferencias
Tipo de contrato (fijo y eventual)
Manzano (1998); personal fijo menos burnot, G ^a Izquierdo (1991) no halla diferencias
Número de personas que atiende diariamente
No localizado ningún estudio que haya evaluado esta variable
Veterania en el Trabajo
Cordes y Dougherty (1993): con la veteranía disminuye e burnout; Daniel y Pérez (1999)

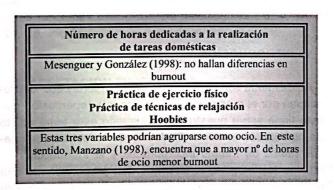
8 Termómetro. Nº 7.



VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS COMPARACIÓN DE NUESTROS RESULTADOS CON LOS PROCEDENTES DE OTROS ESTUDIOS



HÁBITOS PERSONALES COMPARACIÓN DE RESULTADOS CON LOS PROCEDENTES DE OTROS ESTUDIOS



Mención especial merecen estos últimos resultados procedentes de analizar el efecto que, sobre las dimensiones del burnout, tienen algunos hábitos llevados a cabo por las personas y que, en principio, se consideran útiles como amortiguadores de tal síndrome. Es el caso del ejercicio físico, la práctica de técnicas de relajación o yoga o incluso la tenencia de aficiones o hobbies. En nuestro estudio los datos reflejan que tales prácticas no ejercen una influencia significativa en los niveles de burnout. Sin embargo, esto no quiere decir que su efecto no aparezca en otras muestras con altos niveles del síndrome, resultando útiles como estrategias de intervención.

En definitiva, a partir de los resultados de este trabajo podemos concluir subrayando la relevancia que, en el desarrollo del burnout, tienen los factores organizacionales y las características del puesto de trabajo.

Este dato resulta particularmente interesante de cara a rediseñar aquellos puestos laborales que actualmente están desempeñando colectivos considerados vulnerables al burnout, dotándolos, en la

medida de lo posible, de condiciones semejantes a las que disfrutan los enfermeros de empresa. En este sentido, queda abierto un campo de investigación dirigido a dilucidar cuáles son las variables que muestran relación con el síndrome de burnout y que aparecen diferencialmente en el desempeño de la enfermería en un hospital y en otro tipo de empresa.

BIBLIOGRAFIA

-Apells, A. (1998). Estrés Laboral, agotamiento y enfermedad. En J. Buendía (Ed.) p.p. 119-128). Estres Laboral y Salud. Madrid; Biblioteca Nueva.

-Buceta, J.M. y Bueno, A.M. (1995) Ambitos de la intervención psicológica para controlar el estres e incrementar la salud. En J.M. Buceta y A.M. Bueno (Eds.). Psicología y Salud: Control del Estres y Trastomos Asociados (p.p. 25-49). Madrid: Dykinson.

-Buendía, J. (1993) Estres y Psicopatología. Madrid: Pirámide.
-Gil-Monte, P., Peiró, J.M., Valcarcel, P. (1995). El Síndrome de
Burnot entre profesionales de Enfermería: Üna perspectiva desde
los modelos cognitivos de Estres Laboral. En L. Gonzalez, A. de la
Torre y J. de Elena (Comps). Psicología del Trabajo y de las
Organizaciones, Gestión de Recursos Humanos y Nuevas
Tecnologías. Salamanca: Eudema.

-Gil-Monte, P., Peiró, J.M., Valcarcel, P. (1993). Estres de Rol y Autoconfianza como variables antecedentes en el Síndrome de Burnot en profesionales de Enfermería. En L. Mundate y M. Barón (Comps.). Gestión de Recursos Humanos y Calidad de Vida Laboral. Sevilla: Eudema.

-Manzano, G. (1998) Estres en personal de enfermería. Tesis Doctoral. Bilbao. Universidad de Deusto.

-Manzano, G., y Ramos, F. (1999). La despersonalización: Clave para identificar el sindrome de Burnot en personal de enfermería. Enfermería Científica, 206-207. 63-7.

-Maslach, C, y Jackson, S.E. (1997) MBI Inventario "Burnot" de Maslach (manual). Sindrome del quemado por estres laboral asistencial. Madrid: TEA

-Maslach, C, y Jackson, S.E. (1995) The role of sex family variables in Burnot. Sex roles, 12(7-8), 837-851

-Mclean, A. (1974). Occupational Sress. Sprinfield, IL: Thomas.

-Meseguer, A., Gonzalez, R. y Calatayud, E. (1996). Enfermería, Burnout y unidades de alto riesgo. Enfermería Clínica, Vol 6, (6) 249-254

-Mingote, J.C. (1997). Sindrome "Burnout". Sindrome de desgaste profesional. Monografías de Psiquiatría. № 5. Septiembre-Octubre.

-Peiró, J.M. (1992) Desencadenantes del Estres Laboral. Madrid: Eudema.

-Renedo,P.,Canteras, M., Santonja, F., y Cerezo, M. (1989) Imagen social de la enfermería. Revista Rol 130, 31-37.

-Schutz, I. y Long, U. (1988). Confirmatory factor analysis, validation and revision of a teacher Stress Inventory. Educational and Psychological Measurement, 48, 2, 497-511.

-Zabala, J., y Ruano, M.L. (1992). Satisfaccion en el trabajo de enfermería. Enfermería Científica, 119, 13-17.

Nº7. El Termómetro



EL RUIDO EN EL MEDIO OCUPACIONAL: ¿RIESGO REAL O POTENCIAL?

AUTORES:

PALENZUELA SÁNCHEZ, FCA (*1); SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, PILAR (**); LÓPEZ CÁRDENAS, JOSÉ LUIS (***); REYES REVUELTA, JUAN FCO (****1). Diplomados en Enfermeria de Empresa

(*) CARREFOUR "Los Barrios".(Cádiz). (**) PREVENTOR. Algeciras (Cádiz). (***) TORRAS PAPEL. Algeciras (Cádiz). (****) CARREFOUR "Alameda" y "Rosaleda". (Málaga).

(1) Técnicos Sup. Prev. Riesgos Laborales. Especialidad Ergonomía y Psicosociología.

CORRESPONDENCIA:

Francisca Palenzuela Sánchez. Servicio Salud Laboral CARREFOUR "Los Barrios".

Ctra. Cádiz-Málaga, Km 113. CP 11370. Los Barrios, Cádiz. Tíno: 956 62 90 25, FAX: 956 62 90 07.

RESUMEN:

El ruido ha sido uno de los contaminantes físicos de más alto riesgo para la salud estudiado y citado en la literatura. El presente estudio, revisa los efectos adversos que el ruido presenta sobre la salud en el medio laboral, los diferentes aspectos tanto psiquicos como físiológicos que puede inducir, así como la diferente forma de afectar dependiendo de su nivel y frecuencia.

PALABRAS CLAVE:

Ruido, medio ocupacional, afectación psicofisiológica.

ABASTRACT:

Noise is one of most physical pollutant that has been studied. The present study reviews the adverse effects of occupational noise, the disparity evident in both physical-psychilogical reacetions and which variables might modulate the effects of this pollutant.

KEY WORDS: Occupational noise, physical and psychological reactions, modulator variables.



1.- INTRODUCCIÓN

Actualmente son cada vez más las personas que se preocupan por el medio ambiente físico y la repercusión que
éste tiene sobre nuestra Salud, siendo este tema objeto
de numerosos estudios. El desarrollo industrial, los nuevos ritmos de trabajo incorporados y la introducción de
nuevas tecnologías, si bien nos han proporcionado una
manera de trabajar más cómoda, también han contribuido
a modificar el ambiente que nos rodea de manera negativa, representando una amenaza para nuestro equilibrio
físico y psíquico.

En el medio laboral, cualquier actividad desempañada se va a producir bajo determinadas condiciones, cambiantes generalmente, y que son denominadas Condiciones de Trabajo. Estas condiciones pueden ser consideradas como factores de riesgo que, en algún momento, pueden ocasionar alguna Patología Laboral. Así, entre los factores que contribuyen a perjudicar el bienestar del trabajador, la OMS incluye el ruido como uno de los contaminantes físicos de más alto riesgo para la Salud.

El ruido, sonido molesto e indeseado originado por ondas acústicas de intensidades y frecuencias desproporcionadas, presenta una dualidad de enfoque en su enunciado. Por una parte, la definición omsobjetiva lo contempla como un fenómeno físico compuesto de elementos puramente acústicos, como son la intensidad (medida en

ORIGINAL: EL RUIDO EN EL MEDIO OCUPACIONAL.

decibelios (dB) A) y el tono (medido a su vez en Hertzios (Hz)), mientras que algunas variables psicológicas como las diferencias individuales en la capacidad acústica, la sensibilidad subjetiva y algunos factores de personalidad nos conducen a la expresión subjetiva de su definición, contribuyendo, por ello, a que el ruido presente perfiles únicos y diferentes para cada persona.

La zona audible, que varia según la persona y la edad, oscila entre 0 y 120 dB A. A partir de 90 dB A se empieza a notar la molestia, mientras que 120 dB A es considerado como el umbral de dolor e implica serio peligro de padecer una hipoacusia. Muchos trabajadores de todo el mundo experimentan exposiciones peligrosas, muy por encima de los 85 ó 90 dB A. El Departamento de trabajo de Estados Unidos ha calculado que, sólo en las industrias de fabricación, casi medio millón de trabajadores se ven expuestos diariamente a niveles medios de ruido de 100 dB A o más, y más de 800.000 a niveles de entre 95 y 100 dB A. Si bien, el efecto más importante y conocido que se genera tras esta exposición al ruido es la pérdida de la capacidad auditiva (2, 11, 14, 17, 19), no es el único, pues existen claros indicios que hacen pensar en la capacidad de éste para producir, en mayor o menor medida, alteraciones en otras funciones biológicas y/o psicológicas (3, 4, 16, 24, 24, 26, 29, 35).

2. AFECTACIÓN FISIOLÓGICA

A. DETERIORO AUDITIVO

El deterioro auditivo inducido por ruido es muy común, pero a menudo suele subestimarse porque no provoca efectos visibles ni, en la mayoría de los casos, dolor. La observación y el estudio de colectivos de trabajadores sometidos a ruido, sobre todo industrial, han podido poner de manifiesto la relación directa entre la exposición al ruido y los trastomos auditivos, de tal manera que la sordera por traumatismo sonoro ocupa el tercer lugar entre las enfer-

	ACUSIA VS ACÚSTICO
HIPOACUSIA	TRAUMA ACÚSTICO
✓ Intensidad < 120 dB	✓ Intensidad > 120 dB
Tiempo exposición prolongado	Tiempo exposición puntual

ALTERACIONES FISIOLÓGICAS

DESEQ. PRESIÓN FREC.
CARDIACA

Total Sistólica

Total Cortisol

Tot

medades profesionales. Esta afectación auditiva puede originarse de dos formas diferentes, teniendo en cuenta las variables intensidad del ruido y tiempo de exposición al mismo. Así, si la intensidad no excede de 120 dB, pero el tiempo de exposición es prolongado, estas células sufren fisiológicamente, originándose lo que denominamos hipoacusia inducida por ruido. En principio, esta pérdida auditiva suele ser gradual y pasa inadvertida, aparece como sintoma inicial el acúfeno al término de la jornada laboral y llega un momento en que el deterioro resulta incapacitante. Cuando prevalece la intensidad o presión (>120 dB) por encima del tiempo de exposición, se produce un daño mecánico llamado trauma acústico -que a diferencia del anterior ocurre instantáneamente (2,19) y no hay afectación del área conversacional (500 - 3000 Hz).

B. OTRAS ALTERACIONES

Además del deterioro auditivo, algunos estudios indican la existencia de una activación del sistema neuroendocrino, que dan como resultado aumentos significativos de catecolaminas. (6, 13), de cortisol (6, 32) así como de epinefrina (35), entre otros, lo cual puede ocasionar desequilibrios en la homeostasis.

Igualmente, son numerosas las investigaciones acerca de la influencia del ruido sobre la presión arterial (PA) y la frecuencia cardíaca (FC). Con respecto al primer parámetro, la mayoria de los estudios sostienen que existe una relación significativa entre el ruido y la PA, de forma que se produce un aumento de ésta como consecuencia de la exposición al ruido (6, 12, 14, 26, 27, 33); si bien, otros sólo han hallado relación con la PA sistólica (2), ó con la PA diastólica (21).

En cuanto a la FC, los hallazgos obtenidos hasta el momento son algo más contradictorios. En un estudio realizado por. Melamed et al. 1993 (21): los autores ponen de manifiesto la existencia de un aumento en la FC ante exposiciones a ruidos constantes o bien, ante ruidos intensos

ORIGINAL: EL RUIDO EN EL MEDIO OCUPACIONAL.

El Termometro II



de corta duración; dato que se corrobora con los estudios realizados por Rövekamp. 1983 y Fehm et al. 1993; Sin embargo, en otros no se ha podido constatar alteración alguna como consecuencia de la exposición (1, 2, 16, 25)

Otro punto en el que sería necesario profundizar es el referente al efecto perjudicial del ruido, tanto para la audición como para la salud en general, combinado con otras

variables. Aunque los efectos combinados del ruido con los turnos rotatorios se conocen bien y se sabe que da como resultado un aumento en la frecuencia de absentismo laboral, tanto por enfermedad como por accidentabilidad, según los estudios de Melamed et al. 1992; Lercher, P; Hortnagl, J; kofler, W W. 1993; Bas Sarmiento, P et al, 1997, crece la preocupación por la combinación del ruido con los productos químicos industriales. No hay aún suficientes estudios publicados que hayan podido constatar que los disolventes aumenten su carácter neurotóxico cuando se combinan con altos niveles de ruido (Suter, A.H., 1998).



Continuando en el ámbito de la salud física, se han apreciado modificaciones sobre el sistema respiratorio: en muchas casos, los trabajadores tienen que esforzarse por comprender y comunicarse por encima del ruido con gritos, que pueden ocasionarle una afonía, nódulos u otras anomalías a nivel de cuerdas vocales (Suter, A. 1998); sobre el sistema digestivo se han descrito síntomas como ardores y dispepsias. Otras alteraciones conocidas serían: dolor de cabeza (Biley, F C. 1994; Scharff, L; Turk, D C; Marcus, D A. 1995; irritación ocular (Nelson, N A; Kaufman, J D; Burt, J; Karr, C. 1995) y facial (Nordstrom, K; Norback, D; Akselsson, R. 1995), cambios miocinéticos (Curio, I; Michalak, R. 1993) y retraso en la cicatrización de las heridas (Biley, F C. 1994).

3. AFECTACIÓN A NIVEL PSICOSOCIAL

Son muchas las investigaciones que reflejan las consecuencias nocivas del ruido en el ámbito psicosocial. (3, 4, 9, 10, 11, 13, 14, 20, 21, 23, 29). Gran parte de ellas han llegado a la conclusión de que el ruido actúa invadiendo el

espacio vital de la persona, convirtiéndose en una fuente generadora de tensión y de estrés, además de provocar depresión y aislamiento. Sin embargo, no comparten estas afirmaciones los siguientes autores: Kryter, K D. 1970; Hartikaine Sorri, AL; Kirkinen, P; Sorri, M; Anttonen, H; Tuimala, R. 1991; Stansfeld; S A; Sharp, D S; Gallacher, J; Babisch, W. 1993, los cuales no han podido poner de manifiesto la existencia de morbilidad psicológica alguna como

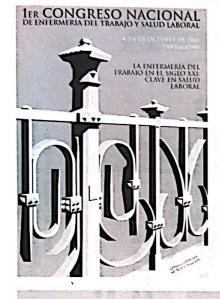
consecuencia de la exposición al

A medida que va aumentando la pérdida auditiva, el afectado comienza a retraerse de las relaciones sociales en su trabajo. Algunas investigaciones sostienen que en ambientes ruidosos es menos probable que las personas se ayuden unas a otras y más probable que presenten comportamientos antisociales que van a repercutirle en su rendimiento laboral (Sutter, 1992). Los efectos del ruido sobre el rendimiento laboral se han estudiado tanto en laboratorio como en condiciones reales de trabajo. Los resultados han demostrado que cuando el tipo de trabajo es intelectual, las capacidades de concentración, de atención y de

memoria son las que resultan más afectadas (se produce una disminución en las mismas), de manera que, cuanto más complejas sean las tareas a realizar, mayor es la probabilidad de que se produzcan fallos en su ejecución, sobre todo en personas expuestas durante largo tiempo al ruido. También se ha podido poner de manifiesto que el ruido suele tener escasos efectos sobre el rendimiento de trabajos repetitivos y monótonos e incluso lo mejora en algunos casos si es de nivel bajo o moderado (Suter, HA, 1998). En cambio, en colectivo de trabajadores sometidos a ruido industrial se ha comprobado que, cuando el ruido proviene de maquinaria en constante funcionamiento, si se ve alterada la calidad del rendimiento y se evidencia un mayor número de errores en la tarea. Con respecto a estudios realizados en el ámbito hospitalario (casi todos ellos de la unidad de cuidados intensivos y del área quirúrgica), se observa que, en ocasiones, el ruido está por encima de los niveles máximos tolerables recomendados por la O. M. S. (65 dB). Si bien en el estudio de Kam, P C; Kam, A C: Thompson, J F. 1994 se considera el equipamiento técnico (alarmas, sistemas de aspiración...) y las conversaciones

El Termómetro

ORIGINAL: EL RUIDO EN EL MEDIO OCUPACIONAL.



1^{er} CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO Y SALUD LABORAL

Tarragona 4-5-6 de Octubre de 2001

PALAU DE CONGRESOS PONS D'ICART S/N. 43004 TARRAGONA

CONGRESO

COMITE DE HONOR

PRESIDE

S.M. la Reina Doña Sofía

COMPONENTES

Honorable Sr. Jordi Pujol i Soley Presidente de la Generalitat de Catalunya

Excma. Sra. Celia Villalobos Talero Ministra de Sanidad y Consumo

Excmo. Sr. Juan Carlos Aparicio Pérez Ministro de Trabajo

Ilmo. Sr. Joan Miquel Nadal i Malé Alcalde de Tarragona

Honorable Sr. Eduard Rius i Pey Conseller de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya

Honorable Sr. Lluis Franco i Sala Conseller de Treball de la Generalitat de Catalunya

Ilmo. Sr. Lluis Bohigas Santasusagna Director General de Planificación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo

Ilma. Sra. Mª José Martinez Lapeña

Degana del Consell de Col.legis de Diplomats Universitaris d'Infermeria de Catalunya

Iltre. Sra. Olga Sala Fomós Presidenta del Col.legi de Diplomats Universitaris d'Infermería de

Ilmo. Sr. Josep Mariné i Grau President de la Diputació de Tarragona

Sr. Joan Carula Civit Delegat Territorial de Sanitat y Seguritat Social de Tarragona

Sra. Montserrat Güel Anglés Delegat Territorial de Treball de Tarragona

PRESIDENTE:

Sr. Jordi Ferrer Soto

COPRESIDENTE:

Sr. Fernando Morato Ortiz

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidenta: Copresidentes:

Vicepresidente: Vocales:

Sra. Teresa Gene Escoda Sr. Jesús Berrahondo Ramírez Sr. Jesús Mari Sola Villafranca Sr. Pere Boix Castarlenas Sr. José Mª Camps Balagué Sra. Rosa García García Sr. Antonio Gonzalez Sabate Sr. Javier Heras Caballero Sr. Rafael Niñerola Guerra Sra. Mª Jesús Rosell Cantón

Sr. Ángel San Martín Gil

Sr. Miguel Solsona Valero

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidenta: Copresidentes:

Vicepresidente:

Vocales:

Sra. Gurutze Aguirre-Alava Miren Sra. Esperanza Mª Alonso Jiménez Sr. José Manuel Corbelle Alvarez Sr. Lluis Valero Subirós Dr. Manuel Baselga Montes Sr. Jaume Corominas Bernet

Sr. Alfredo de Andrés Ramos Sr. Antonio García Campo Dr. Eduardo Mascias Saracho Sra. Berta Sanchís Ramos Sra. Montserrat Teixidó Freixa

TESORERÍA:

Sr. Angel Manuel Hemández Guardia

SECRETARÍA:

Sra. Rosa María Martínez Montesinos

CONVOCA

-Asociación Española de Enfermería del Trabajo y Salud Laboral -Associació Catalana d'Infermeria del Treball i Prevenció de Riscos Laboráis

ORGANIZA

 -Associació Catalana d'Infermeria del Treball i Prevenció de Riscos Laboráis -Consell de Col.legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya

CONTENIDO DEL PROGRAMA

lueves 4/10/2001

Recogida de Documentación

Retos futuros de la Enfermería del Trabajo" Conferencia Inaugural: SALA AUGUST 12:00-12:30

Presidente de la Asociación Española de Enfermería del Trabajo y Salud Laboral Sr. Fernando Morato Ortiz.

Inauguración Oficial 12:30-13:00

Presentación de Posters. 13:00-13:30

Sr. Alfredo de Andrés Ramos. Comité Evaluador:

Asociación Española de Enfermería del Trabajo y Salud laboral Sr. Antonio García Campo

Asociació Catalana d'Infermería del Treball i Prevenció de Riscos

Sr. Lluis Valero Surirós.
Asociació Catalana d'Infermería del Treball i Prevenció de Riscos Sr. Miquel Solsona Valero.

Asociació Catalana d'Infermería del Treball i Prevenció de Riscos

Comida de trabajo

"La Enfermería del Trabajo en los Servicios de Prevención Moderador: Sr. Angel San Martin Gil. 16:00-18:30

Asociació Catalana d'Infermería del Treball i Prevenció de Riscos "Funciones de la Enfermería en los Servicios de Prevención en la Administración Pública"

D.U.E. y T. Sup. en Prevención de Riesgos. de Prevención del S. Nayarro de Salud Osasunbidea. PAMPLONA S. de Prevención del S. Navarro de Salud Osasunbidea. PAMPLONA "Personal de Enfermería en los Servicios de Prevención Ajenos" Sr. Jesús Berraondo Ramirez.

OVIEDO de Prevención, Mutua de Accidentes de Trabajo (MADIN). D.U.E. y T. Sup. en Prevención de Riesgos. "Papel de Enfermería en un Servicio de Sra. Esperanza Alonso Jimenez.

D.U.E. y T. Sup. en Prevención de Riesgos. CEOE-CEPYME-Cantabria. SANTANDER Sra. Fernanda Luna Ortiz de Zárate

Prevención de la CEOE-PYMES."

recientemente declarado Patrimonio de la Humanidad. Patrocinado por la Visita cultural guiada al Conjunto Monumental Romano, Concejalía del Patrimonio Artístico del Ayuntamiento de Tarragona. 18:30-20:00

Miquel Nadal i Malé en el recinto de las Murallas Romanas de Tarragona. Recepción por el Ilmo. Alcalde de Tarragona, Sr. D. Joan

Muestra de Folklore Tarraconense patrocinado por la

Concejalía de Cultura del Ayuntamiento de Tarragona.

Viernes 5/10/2001

Wesa 2

09:30-11:00

'Aspectos sociolaborales de la Enfermería del Trabaio" "REPRESENTANTE DEL SINDICATO CCOO" "REPRESENTANTE DEL SINDICATO SATSE" "REPRÉSENTANTE DEL SINDICATO UGT" Moderador: Sr. Angel M. Hernández Guardia. D.U.E. v T. Sup. en Prevención de Riesgos

Pausa. Café 11:00-11:30

11:30-14:00

Sra. Pilar Isla Pera. D.U.E. Directora del Departamento de Enfermeria "Planes de educación para la salud en el ámbito laboral" Asociación Aragonesa de Medicina y Enfermería Laboral. "Estrategias para la Educación en la Salud Laboral" Moderador: Sr. Jorge Juan Guillen Valero.

"La formación en Seguridad y Salud para la Enfermería Laboral".
Sra. María Dolores Solé Gómez. INSHT. BARCELONA. "La formación en Salud Laboral en el siglo XXI" de Salud Pública E.U.E. Bellvitge. BARCELONA

Profesora Titular de la E.U.E. Rovira y Virgili. TARRAGONA "Presente y futuro de la formación de Enfermeria de Sra. Rosa María Queralt Casanova. D.U.E., Dra en Peda

Dr. Manuel Baselga Montes. Responsable del Area de Salud Laboral del Institut d'Estudis de la Salut. Departament de Sanitat Seguretat Social. BARCELONA: Salud Laboral en Cataluña"

Comida de Trabajo 4:00

Moderadora: Sra. Mª Jesús Rosell Cantón. Asociación Asturiana de Enfermeria del Tabajo y Salud Laboral 6:00-17:30 Comunicaciones Libres

Pausa. Café 7:30-18:00

✓ Moderador. Sr. Jesús Mª Sola Villafranca. Asociación Cantabra de Enfermería del Tabajo y Salud Laboral Comunicaciones Libres 18:00-19:30

Comité Evaluador:

Presidenta del Comité Científico del Congreso Sr. José Manuel Corbelle Alvarez Sra. Gurutze Aguirre Alava.

Presidente del Comité Científico de la Asociación Española de Asociación Asturiana de Enfermería del Tabajo y Salud Laboral Enfermería del Trabajo y Salud laboral Sra. Mª Jesús Rosell Cantón.

Cena de Gala. (OPCIONAL)

22:00

Asociación Cantabra de Enfermería del Tabajo y Salud Laboral

Sr. Jesús Mª Sola Villafranca

Sábado 6/10/2001

09:30-12:00

Mesa 4

Actividades de la Enfermería en los protocolos Moderador: Sr. Julio de la Asunción Nadal. Sociedad de Enfermería en Salud Laboral de vigilancia de la salud

de la Comunidad Valenciana

D.U.E., Diplomado en Enfermería de Salud Laboral. Servicio de "Coordinación de la Vigilancia de la Salud dentro Sr. Antonio Melero Silvestre. del Servicio de Prevención

Prevención de la Mutua de Accidentes de Trabajo de Tarragona "El papel de Enfermería en el Análisis Ergonómico" (MATT). TARRAGONA

Servicio de Prevención Valeo Iluminación. JAEN D.U.E. y T. Sup. en Prevención de Riesgos. Sr. Juan de Dios Cózar López

Sra. María Victoria López Clemente. D.U.E., Diplomado en Enfermeri "Importancia de la Enfemería en la Elavoración de Protocolos" Sorporación Parc Tauli. Sabadell. BARCELONA. de Salud Laboral. Servicio de Prevención

Conferencia Magistral 2:00-12:30 "Las competencias profesionales en salud laboral: Una perspectiva internacional e interdisciplinaria"

Director Southwest Center for occupational and Environmetal Health Escuela de Salud Pública de Texas. Dr. Jordi Delclos Clanchet

Houston. Texas. EEUl

Clausura y Conclusiones 12:30-12:45

Presidente del 1^{er} Congreso Nacional de Enfermería del Trabajo y Salud Laboral Sr. Jordi Ferrer Soto

Entrega de Premios

Mejor comunicación oral Dotado con 125.000 pts

Mejor Poster -Dotado con 75.00 pts.

13:30

"Universal Studios Port Aventura" Visita al Parque Temático (OPCIONAL)

10:00 Termómetro. Nº 7.

$\overline{}$
~
_
•
$\overline{}$
$\mathbf{\circ}$
_
_
•
-
111
폰
\sim
_
7
_
_
_
Ō
•
∞ .

Datos personales:

pellidos	Apellidos	Apellidos
ombre	Nombre	Nombre
Dirección		Directión
ocalidad	Localidad	o D
Provincia	Telf. particular	Provincia Telf. particular
Lugar de trabajo		oiedera de trabaio
Теі.	Fax	Tel. Fax
e-mail	ZIF.	e-mail
Marcar con una X el hotel escogido:	escogido:	¿Asistirá a la cena de clausura? □ SI □ NO
нотег	TIPO DE HABITACIÓN	Cuotas de inscripción: PRORROGADO HASTA EL 3
CIUTAT DE TARRAGONA****	☐ Habitación doble uso individual (11.900 Ptas). ☐ Habitación doble (14.200 Ptas)	Antes 30 de junio Despu
IMPERIAL TARRACO****	☐ Habitación doble uso individual (11.900 Ptas). ☐ Habitación doble (14.700 Ptas).	enfermería del trabajo 🔲 35.000 Ptas. 🔲 45.00 No socios 😅 45.000 Ptas. 😅 55.0
LAURIA***	☐ Habitación doble uso individual (8.400 Ptas). ☐ Habitación doble (13.100 Ptas).	Estudiantes enfermería
URBIS***	☐ Habitación doble uso individual (8.600 Ptas). ☐ Habitación doble (10.700 Ptas).	NOTA: el precio no incluye la cena de clausura ni la visita a Port A
echa de entrada	Fecha de entrada Fecha de salida Núm. de noches	Forma de pago:
Nombre del acompañante		☐ Cheque extendido a favor del 1 Congreso Nacional de Enfermer salud Laboral
open of case		☐ Transferencia al número de cuenta 0081 0172 92 0001167223 de E
ronna de pago: Cheque extendido a favor de viajes Cyberland.	e viajes Cyberland.	Cancelaciones:
1 Transferencia al número de c	☐ Transferencia al número de cuenta 2081 0261 38 5213000524 de Caixa Penedés	A las anulaciones de inscripción realizadas por escrito o fax antes or les será devuelto el 50% de su importe. Las que se reciban después no tandrán derecho a reambalco alumo, neco ci a toda la documento a reambalco alumo, neco ci a toda la documento.
Ptas. X	Ptas. Xnúm. de noches = TOTALPtas.	Congreso

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

Datos personales:

Apellidos			
Nombre			
Dirección			
Localidad		C.P.	
ProvinciaTelf. particular	. Telf. p	articular	
Lugar de trabajo			
Tel Fax	. Fax		
e-mailNIF	NF.		
¿Asistirá a la cena de clausura?		ON [

Luotas de inscripción:	PRORROGADO HAS	PRORROGADO HASTA EL 30 DEJULIO DE 20	20
	Antes 30 de junio	Después 1 de julio	
ocios asociaciones nfermería del trabajo	☐ 35.000 Ptas.	☐ 45.000 Ptas.	
lo socios	☐ 45.000 Ptas.	☐ 55.000 Ptas.	
studiantes enfermería	☐ 15.000 Ptas.	☐ 15.000 Ptas.	
compañantes	☐ 15.000 Ptas.	☐ 15.000 Ptas.	
IOTA: el precio no incluye	IOTA: el precio no incluye la cena de clausura ni la visita a Port Aventura	ta a Port Aventura	OS

20

ía del Trabajo y

Sanc de Sabadell

del 27 de julio is de esta fecha intación del

Remitir este boletín debidamente cumplimentado y acompañado del cheque o copia de la transferencia a la secretaría técnica:

REUNIONS I CIENCIA S.L.

C/Calabria, 273-275 Entlo. 1º - 08029 BARCELONA - Tel. 93 410 86 46 - Fax 93 430 32 63 e-mail: reunionsciencia@reunionsciencia.es

VIAJES CYBERLAND

Remitir este boletín debidamente cumplimentado y acompañado del cheque o copia de la transferencia a Viajes Cyberland:

Maria Cristina, 36 - 43002 Tarragona - Tel. 977 22 44 01 - Fax 977 22 29 38 e-mail: cybervia@tinet.fut.es

NORMAS DE PRESENTACION

- El plazo máximo de admisión se acabará el 29 de Junio de 2001.
- Se admitirán comunicaciones libres (ORALES y POSTERS).
- El Comité se reserva el derecho de variar la asignación y podrá decidir la prestación oral o en forma de poster de las comunicaciones.
- Se enviará el original de resumen y tres copias, según el modelo del reverso, a: Secretaría Técnica:
 REUNIONS I CIENCIA, S.L.

Calabria, 273-275, entl. 1ª- 08029 Barcelona

No se admitirá el envío de trabajos por fax.

Se ruega adjuntar el trabajo en disket 3 l/2 en WP 5.0 o superiores, para facilitar su impresión en el libro de comunicaciones y ponencias.

- 4.-Para la elaboración del resumen se ha de tener en cuenta.
- 4.1.Autores: Máximo 6; cabe destacar que el que presente la comunicación deberá estar inscrito en el congreso. Se ha de poner el nombre, dirección y teléfono del responsable.
- 4.2.Título: En mayúsculas (máximo dos líneas).
- 4.3.Extensión y estructura del resumen: se ha de incluir en el espacio destinado en el reverso. Debe ser concreto y comprensible. No deberá figurar el nombre del centro ni la localidad. Tienen que presentarse los siguientes apartados:
- -Objetivos: conviene señalar el principal y el secundario, en caso de haber más de uno.
- -Diseño: Tipo de estudio.
- -Ámbito de estudio.
- -Sujetos: selección de la/s muestra/s.
 -Resultados: cualificar los de más importancia con datos estadísticos adecuados.
- Conclusiones: resaltar los aspectos justificados por los resultados del estudio.
- 4.4.Si se usan abreviaturas, el término completo seguido de la abreviatura, debe preceder a su primer uso.
- 4.5. Podrá utilizarse el catalán o castellano indistintamente en la redacción del resumen.



16 Termómetro. Nº 7.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

REMITIR ANTES DEL 29 DE JUNIO DE 2001

PRORROGADO HASTA EL 30 DE AGOSTO DE 2001

Centro			
Nombre y di	rección para la co	orrespondencia	
Ciudad).P
		e-mail	
		Número de registro (A rellenar por la organización)	
		Número de registro (A rellenar por la organización)	

Comunicación:	Oral	Póster	Indistintamente

entre los miembros de la plantilla como algunas de las fuentes mayores de ruido (algunas veces los ruidos intermitentes llegaron a superar los 100 dB), los resultados de Meyer Falcke, A; Rack, R; Eichwede, F; Jansing, P J. 1994, indicaron que las conversaciones entre los miembros de la plantilla prevalecían mucho más sobre el ruido originado por los instrumentos. Las consecuencias más inmediatas como resultado de estas exposiciones son una falta de concentración

del personal para realizar las tareas así como una comunicación insuficiente

4. ¿QUÉ VARIABLES PUEDEN ESTAR MODULANDO SU EFECTO?

Hasta la fecha, el conjunto de los efectos psicofisiológicos comentados anteriormente no incide por igual en todas las personas. Los resultados de las diversas investigaciones dan pie a pensar que existen una extensa lista de variables que pueden modular el efecto del ruido. Nuestro trabajo profundizará sólo en algunas de ellas.

1.-La sensibilidad individual al ruido (grado de molestia): Se acepta como un factor de riesgo, aunque dado su carácter subjetivo, es de difícil demostración. Parece ser que algunos sujetos expuestos a bajas intensidades pueden verse afectados mientras que otros expuestos a altos niveles no. (Melamed et al. 1992; Curio, I et al. 1993;

Stansfeld, S A et al. 1993), esto es, aquellos individuos más sensibles tendrían mayor probabilidad de estar afectados con respecto a aquellos que no lo son. Este grado de molestia puede estar relacionado con el entorpecimiento de la comunicación verbal y del rendimiento laboral anteriormente descrito.

2.-La habituación al ruido: podría pensarse que al cesar la estimulación, se eliminarían los efectos nocivos, pero parece ser que las consecuencias del ruido son más duraderas, aún cuando éste no está presente. Existen pruebas de que con la exposición, el organismo pasa por una serie de cambios que persisten, aunque la persona se crea adapta-



da. Si bien la mayoría de estos efectos parecen transitorios, con la exposición continuada algunos han demostrado ser crónicos. Varios estudios realizados en el ámbito industrial apuntan en esta dirección, mientras que otros no muestran efectos significativos (Rehm 1983; Van DijK 1990)

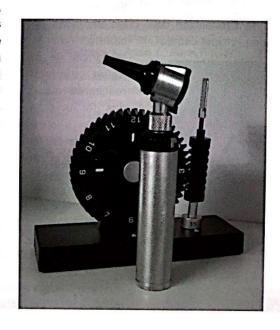
Según el trabajo de Sutter (1992), si los trabajadores suelen soportar los primeros días o semanas de exposición, suelen tener la sensación de "haberse

habituado" al ruido, sin percatarse de que lo más probable es que hayan empezado a sufrir una pérdida temporal de la audición, que disminuye su sensibilidad auditiva durante la jornada laboral (habituación intraestímulo) y que a menudo persiste durante la noche, resultado que se corrobora con el estudio de Melamed et al. 1992 y 1993 que afirma que algunas personas rinden menos en algunas actividades que realizan después de la exposición al ruido.

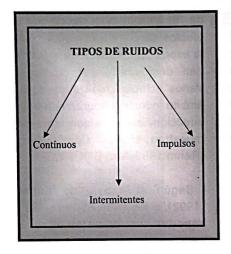
3.-La edad: A medida que la edad avanza, parece ser que también lo hace la sensación de molestia al ruido. La pérdida auditiva inducida por ruido llega a ser permanente y, sumada a la que se produce a consecuencia de la edad, podemos ver cuadros de depresión y aislamiento en personas de mediana edad y mayores, aunque esto se contrarresta con estudios en animales jóvenes que sugieren lo contrario (7).

4.-Naturaleza del ruido: A la hora de establecer criterios

que valoren la mayor o menor nocividad de un ruido, hay que considerar ante qué tipo del mismo estamos. Suele ser menos lesivo para nuestro organismo la exposición a un ruido estable (llamado también continuo) e incluso a un ruido intermitente fijo (en el que se producen caídas bruscas hasta el nivel ambiental de forma intermitente. volviéndose a alcanzar el nivel superior fijo) o a uno intermitente variable (sucesión de diferentes niveles de ruidos estables), que a un ruido de impulso o de impacto, pues se produce una elevación brusca del nivel de ruido en un tiempo inferior a 35 milisegundos y por tanto genera una reacción ines-







perada de sobresalto. Sin embargo,
para una misma
energía sonora y a
niveles relativamente bajos, el ruido de
impulso parece no
ser más perjudicial y quizás lo sea
menos- que el ruido
continuo.

5.-Enfermedad del oído medio: Cabe suponer una mayor fragilidad coclear

cuando existe una pérdida auditiva neurosensorial, pero no existen, hasta la fecha, evidencias suficientes.

5. MEDIDAS PREVENTIVAS

A nivel estatal, existen organismos dedicados a controlar la normativa que regula el nivel de ruido permitido y el tiempo máximo aconsejable de exposición al mismo. El NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health) establece que exposiciones continuas de 8 horas al día, a niveles de 85 dB A suponen una aceptación de riesgo del 10-15%. En España, aunque para el ámbito laboral a nivel industrial se adopta la barrera de los 85 dB A (Villanueva Besteiro, JL), trabajos con exposición a un ruido contínuo de nivel sonoro equivalente o superior a 80 dB A, durante 8 horas diarias o cuarenta horas semanales, pueden desencadenar una hipoacusia inducida por ruido (Real Decreto 1995/1978, de 12 de Mayo).

La ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos laborales establece como criterio principal comba-



tir los riesgos en su origen, evitarlos y evaluar aquellos que no puedan ser evitados. La protección de la salud del trabajador frente a lor riesgos laborales, en este caso el ruido, debe ir más allá de la corrección a posteriori de situaciones de resgos ya manifestadas, planificando la prevención desde el mismo momento del diseño empresarial. Para prevenir los efectos perjudiciales del ruido sobre los trabajadores será preciso elegir con cuidado instrumentos, métodos de medición y procedimientos que permitan evaluar el ruido al que se vean expuestos. Controlar el ruido en su origen, viendo qué causas lo provocan y actuando sobre ellas (foco emisor, medio de difusión...) sería una de las primeras medidas preventivas a adoptar.

Será importante, también, evaluar los diferentes tipos de ruidos (continuo, intermitentes o de impulsos), distinguir los ambientes ruidosos y considerar las diversas situaciones laborales. Además, no sólo habrá que adoptar medidas indispensables para la prevención, sino que también habrá que hacer de éstas una condición necesaria para el correcto funcionamiento de las empresas.

Los esfuerzos deben ir encaminados a inculcar una verdadera *cultura preventiva* empresarial, ofreciendo al trabajador una adecuada información de su puesto de trabajo, de los riesgos que este conlleva, y de las medidas que tiene a su alcance para evitar la materialización de esos riesgos.

De esta manera, haciendo partícipe al trabajador mediante la información y la formación, se podría favorecer un cambio de actitud favorable para aplicar las medidas preventivas.

Del mismo modo, desde el Servicio de Salud Laboral de las empresas, en cuanto a la Vigilancia de la Salud, deberán realizarse medidas del nivel de



audición, una exploración otoscópica correcta y tener muy en cuenta los antecedentes laborales del trabajador. Es importante la realización de audiometrías prelaborales y periódicas, que nos garantice el correcto funcionamiento del oído y que nos ayude a establecer criterios de prevención, sobre todo si el trabajador presenta una lesión auditiva anterior.

6. CONCLUSIONES

Hay algo claramente obvio en lo que coinciden, hasta la fecha, todos los estudios: la existencia de una relación

18 El Termómetro

ORIGINAL: EL RUIDO EN EL MEDIO OCUPACIONAL.

directa entre la exposición al ruido en el ámbito laboral y los trastornos auditivos, no siendo los resultados tan evidentes cuando se analizan otros efectos como P.A., FC., algunas respuestas psicológicas (estrés...). Por tanto, se hace patente la necesidad de investigaciones dirigidas específicamente al estudio del ruido ocupacional en el ámbito industrial, que analicen las repercusiones en la salud, tanto a corto como a largo plazo. En este sentido, la exposición al ruido ocupacional en combinación con productos químicos industriales, así como las variables que pueden estar modulando el efecto de éste sobre las personas, se merecen un estudio en profundidad, pudiendo ser una línea a seguir en futuras investigaciones.

Por otra parte, hay que reflejar la dificultad metodológica inherente a este tipo de invetigaciones, que quizás conlleve a la disparidad de hallazgos encontrados hasta la fecha. Algunos estudios se han podido llevar a cabo bajo unas condiciones, por ejemplo controlando sólo una o dos variables moduladoras, y otros similares controlando muchas de ellas, por lo que los resultados obtenidos diferirán considerablemente.



BIBLIOGRAFIA

- 1. -Baker, C F; Garvin, B J; Kennedy, C W; Poliuvka, B J. (1993): "The effect of environmental sound and communication on C C U patients' heart rate and blood pressure", Res Nursing Health, Vol 16 (6), pp.415-21.
- 2. -Bas Sarmiento, P; Paublete Herrera, M; Gala Leon, F; Lupiani Giménez, M; Díaz Rodríguez, M; Guillén Gestoso, C; Palenzuela Sánchez, F*. (1997): "Efectos psicofisiológicos del ruido en el trabajo ".Psicología del trabajo y de las organizaciones, Abril 1998.
- 3. -Biley, F C. (1994): "Effects of noise in Hospitals", British Journal Nursing, Vol 3 (3), pp.110-
- 4. -Clark, W W: (1992): "Hearing: the effects of noise", Otolaringol Head Neck Surg, Vol 106 (6), pp.669-76.
- 5. -Curio, I; Michalak, R. (1993): "Results of a lowaltitude flight noise study in Germany: acute extraaural effects", Schriftenr Ver Wasser Boden Lufthyg, vol 8, pp. 307 - 21.
- 6. -Fehm wolfsdorf, G.; Soherr, v.; Arndt, R.; Kern, W.; Fehm, H.L.; Nagel, D. (1993): "Auditori reflex thrsolds elevated by stress-induce cortisol secretion", Psychoneuroendocrinology, Vol. 18 (8), pp.579 89.
- 7. -Gaynés Palou, E; Goñi González, A.(1991): "Hipoacusia laboral por exposición a ruido: Evaluación clínica y diagnóstico", Notas técnicas de prevención. vol 287.
- 8. -Hartikaine sorri, AL.; Kirkinen, P.; Sorri, M.; Anttonen, H.; Tuimala, R. (1991): "No effect of experimental noise exposuse on human pregnancy", Obstet-gynecol, Vol. 77 (4), pp. 611-5.
- 9. -Heerwagen, JH.; Hevbach, JG.; Montgomery, J.; Weimer, WC. (1995): "Environmental design, work ande well being: managing occupational stress through changes the workplace environment", Aaohn J, Vol. 43 (9), pp.458 68.
- 10. -Hodge, B.; Thompson, JF. (1990): "Noise pollution in the operating theatre", Lancet, Vol. 335 (8694), pp. 891 4.
- 11. -Horvath, SM.; Bebi, JF. (1990). "Heat, cold,

- noise and vibration", Med Clin North Am, Vol. 74 (2), pp. 515-25.
- 12. -Ising, H.; Rebentisch, E.; Poustka, F.; Curio, I. (1990): "Annoyance and helath risk caused by military low-altitude flight noise", Int Arch Occup Environ Health, Vol. 62 (5), pp. 357 63.
- 13. -Ivanovich, E; Kolorava, D. (1993): "An estimamation of prevalence of risk factors for the cardiovascular system among female telefhone operators", Probl-Khig, vol. 18, pp 79-88
- 14. -Jimenez Alejo, M.(1989): "¿Nos afecta el ruido?", Rol, Vol. 129, pp. 38 -40.
- 15. -Kam, PC.; Kam, AC.; Thompson, JF. (1994): "Noise pollution in the ansthetic an intensive care environen", Anaesthesia, Vol. 49 (11), pp. 982 -6.
- 16. -Kriter, KD. (1970): "The effects of noise on man", New York: Academic Press.
- Lankatilake, k.n. (1990): "Estudio del ambiente térmico e iluminación de una fundición de acero y sus efectos sobre la salud", Ceylan-Med-J, vol. 35
 Sep, pp 109-17.
- 18. -Lercher, D.; Hortnagl, J.; Kofler, WW. (1993). "Work noise annoyance and blood pressure: combinep effects with stressful working conditions", Int Arch Occup Environ Health, Vol. 65 (1), pp. 23 8.
- 19. -Magnavita, V.; Arslan, E.; Benini, F. (1994): "Noise exposure in neonatal intensive care units", Acta Otorhinolaryngol Ital, Vol. 14 (5), pp. 489 501.
- 20. -Melamed, S.; Rabinowitz, S.; Green, MS. (1994): "Noise exposured, noise annoyance, use of hearing protection decives and distressamong blue-collar Worker", Scand J Work Environ Health, Vol. 20 (4), pp. 294 300.
- 21. -Melamed, S.; Hariri, G.; Green, MS. (1993): "Type a behavior, tension, and ambulatory cardiovascular reactivity in workers exposed to noise stress", Psychosom Med, Vol. 55 (2), pp. 185 -92.
- 22. -Meyer Falcke, A.; Rack, R.; Eichwede, F.; Jansing, P.J. (1994): "How noisy anaesthesia and intensive care medicine?. Quantification of the patients' stress", Eur J Anaesthesiol, Vol. 11(5), pp. 407 11.
- 23. -Nelson, NA.; Kaufman, JD.; Burt, J.; Karr, C. (1995): "Health symptoms and the work environment in four nonproblem lunited States office buildinggs",

- Scand J Work environ Health, Vol. 21 (1), pp. 51 9. 24. -Norstrom, K.; Norback, D.; Akselsson, R. (1995): "Influence of indoor air quality and personal factors on the sick building syndrome (SBS) in swedish geriatric hospital", Occup Environ Med, Vol. 52 (3), pp. 170 6.
- 25. -Onen, SH.; Onen, F.; Balilly, D.; Parquet, P. (1994): "Prevetion and treatment of sleep disorders thou regulation of sleeping habits", Presse Med, Vol. 23 (10), pp. 485 9.
- 26. -Pichot, P. (1992): "Noise sleep and behavior", Bull Acad Natl Med, Vol. 176 (3), pp.393 9.
- 27. -Rövekamp,1993 en : Vera, Mª N.; Vila, J.; Godoy, .(1991): "Efectos psicológicos del ruido y su repercusión sobre la salud: una revisión", Revista de Psicología de la Salud, Vol. 3. 2, 3 - 41.
- 28. -Scharff. L.; Turk, AC.; Marcus, DA. (1995): "Triggers of Headache episodes and coping responses of headache diagnostic groups", Headache, Vol. 35 (7), pp. 397 403.
- 29. -Soulairac, A. (1992): "Noise: neuro-endocrine aspects", Bull Acad Natl Med, Vol.176 (3), pp.401-5.
- 30. -Standfeld, SA.; Sharp, DS.; Gallacher, J.; Babisch, W. (1993): "Road traffic noise, noise sensitivity and psychological disorder", Psychol Med, Vol. 23 (4), pp. 977 - 85.
- 31. -Sutter, H.A. (1998): "Naturaleza y efectos del ruido", Enciclopedia de Salud y Seguridad en el trabajo, Vol 2, cap. 47, pp 2-5. '
- 32. -Testa, R.; Bass, A.; Piantanelli, L.; Coppa, G.; Recchioni, A.; De Sio, G.; Testa, I.; Bonfigli, AR.; Di Polo, P. (1994): "Blood catecholamine levels and lymphocyte", Boll Soc Ital Biol Sper, Vol. 70 (8-9), pp. 193 - 8.
- 33. -Tomei, F.; Tomao, E.; Baccolo, TP.; Papaleo, B.; Alfi, P (1992):" Vascular effects of noise", Angiology, Vol. 43 (11), pp. 84 94.
- 34. -Tomei, F.; Tomao, E.; Papaleo, B.; Bacculo, TP.; Alfi, P.(1991): "Study of some cardiovascular parameters after chronic exposure to noise", International Journal of Cardiologil, Vol. 33, pp. 393 -400
- 35. -Topf, M. (1992): "Effects of personal control over hospital noise on sleep", Res Nurs Health, Vol. 15 (1), pp. 19 28.

ORIGINAL: EL RUIDO EN EL MEDIO OCUPACIONAL.

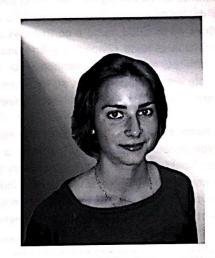


ALTERACIONES VISUALES POR USO DE PVD UN PROBLEMA DE SALUD

Por: Victoria Marín Úbeda Enfermera de Empresa Técnico Superior en Ergonomía y Seguridad

> LUCENT TECHNOLOGIES. ESPAÑA Madrid

> > Correspondencia: E. mail:aet@tinet.org



Se está empezando a comprobar que no sólo los trabajadores de cadenas de montaje o tareas manuales se exponen a riesgos derivados de su trabajo.

Con los cambios industriales han surgido nuevos sectores, múy

numerosos, cuya población trabajadora se enfrenta a sus propios riesgos y consecuencias. Los profesionales de las oficinas que trabajan diariamente con ordenadores sufren también los efectos del trabajo sobre su salud. No se caracterizan por la gravedad de las consecuencias pero sí por la frecuencia de aparición. No se trata de poner en práctica medidas de seguridad para proteger la salud, sino medidas de prevención y educación sanitaria desde el diseño del puesto.

Las alteraciones visuales por el uso continuado con PVD se está convirtiendo en uno de los problemas de salud más consultados en las Unidades de Salud Laboral. Los diversos estudios realizados sobre estas nuevas patologías y las conclusiones establecidas no justifican la relación causa-efecto entre el uso de PVD y las pérdidas de visión o problemas de la refracción.

La naturaleza ha diseñado el sistema visual humano para trabajar habitualmente de lejos y desempeñarse a corta distancia durante periodos limitados de tiempo. La tecnología nos ha impuesto el uso de nuestro sistema visual en ámbitos reducidos durante largos periodos, exigiendo un rendimiento de cerca elevado. Al someterlo a estos sobreesfuerzos aparecen manifestaciones que

expresan el estado de tensión del sistema visual.

Cuando se observa un objeto lejano, el ojo se encuentra relativamente relajado, cuando se observa un objeto de cerca se ponen en funcionamiento diferentes subsistemas a fin de mantener el objeto enfocado. Se produce un gasto de energía adicional que genera cansancio y malestar. Es la FATIGA VISUAL.

A pesar de la similitud lingüística, no se debe confundir con la Vista Cansada o Presbicia, que se define como la degeneración del cristalino con el paso de los años y da lugar a una disminución para ver de cerca. Esta aparece en casi todas las personas a partir de los 40 años.

El trabajo con PVD somete al sistema visual a combinaciones de convergencias, movimientos y cambios de enfoque variados y continuos. En un corto espacio de tiempo el ojo cambia de perspectivas, de fondos, de contrastes y de distancias. Se entiende así que el mantenimiento de la tensión ocular para un trabajo eficiente desemboque en FATI-GA VISUAL.

Es una alteración funcional de carácter reversible y tem-





poral. Que aparece por el exceso de requerimientos de los reflejos pupilares y de acomodación-convergencia, para conseguir una imagen neta en la retina.

La sensación de pérdida de visión, se traduce por un conjunto de signos y síntomas oculares y extra oculares:

·Inflamación local con sensación de presión ocular, pesadez, picor o quemazón, enrojecimiento palpebral y disminución del parpadeo y lagrimeo. Aparece la necesidad de frotarse los ojos y signos de somnolencia.

·La visión se vuelve borrosa o doble, con intolerancia a la luz, percepción de halos de colores alrededor de los objetos y dificultad para enfocar desde diferentes distancias.

Se presentan también síntomas asociados, como cefaleas, vértigos, sensación de ansiedad o cervicalgias.

En la génesis de la fatiga visual participan dos tipos de factores: extrínsecos, ligados al medio laboral, e intrínsecos, relacionados con las características del propio individuo.

La prevalencia de estas alteraciones y su desaparición durante los periodos de descanso, indican que los factores laborales juegan un papel relevante en la aparición de dichas manifestaciones. Sin embargo el confort, la satisfacción personal y el desempeño de las tareas están afectados por factores que se interrelacionan.

Tiene influencia el tipo de trabajo (entrada de datos, adquisición de datos, comunicación interactiva, procesamiento de texto, programación, diseño...), el tipo de persona (condiciones de salud, alteraciones visuales anteriores, grado de exigencia...), el diseño del equipo (superficies de pantallas planas, contrastes y colores adecuados; sillas ergonómicas y regulables en función de las características antropométricas de cada trabajador; mesas amplias; reposapiés y portadocumentos si se consideran necesarios; colores y materiales que no produzcan deslumbramientos o contrastes nocivos...), el ambiente de trabajo (ventilación, temperatura, humedad, iluminación, ruido...) y el entorno del trabajador (organización de trabajo, turnos, horas, pausas, relaciones verticales y horizontales).

En este caso, el objetivo es dar al trabajador una serie de pautas y recomendaciones, que estando a su alcance conseguirán reducir o retrasar la aparición de la fatiga visual. Se orientarán hacia la mejora del entorno de trabajo y no hacia el diseño del puesto.

Las modificaciones en la organización del trabajo son, en

muchos casos, más difíciles de introducir, pues se requiere esfuerzo y dedicación individual. Pero hay que proponérselo

RECOMENDACIONES GENERALES:

·El equipo que suponga máximo trabajo visual se situará en el centro de la zona del campo visual.

·El material u otros elementos de trabajo que sean manejados o consultados simultáneamente deberán colocarse a la misma distancia (pantalla- portadocumento).

·Las malas condiciones de visión, los colores disarmónicos y las diferencias de luminancia entre los equipos de trabajo deberán evitarse.

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS:

·El trabajo con PVD se deberá organizar de manera que se pueda interrumpir por medio de pausas o cambios de actividad, para conseguir un reposo de los mecanismos de acomodación de los ojos.

·La actividad continuada no deberá exceder las 4 horas, más si no se alterna con otras tareas.

·Las pausas se establecerán con una periodicidad establecida y una duración determinada (entre 15 y 5 min), en función del tipo de tarea y la intensidad de trabajo.

·Los descansos breves y frecuentes son más efectivos que los largos y menos frecuentes.

Durante las pausas es bueno abandonar el puesto y moverse, estirarse, dirigirse a una ventana y mirar objetos lo más lejanos posible. Igualmente pueden existir puntos de reposo visual como cuadros o plantas, fácilmente identificables, para fijar la vista de vez en cuando.

·Las gafas bifocales, utilizadas corrientemente, están mal adaptadas para el trabajo con ordenadores, dado que están previstas para la lectura y escritura (25-40 cm) y para la visión lejana (60 m.). Los

trabajadores portadores de estas lentes deben evitar dichas tareas.

Es recomomendable parpadear de forma regular para evitar la sequedad ocular. Si es necesario lubrificar los ojos con lágrimas artificiales o Suero fisiológico.

En cualquier caso, si las molestias persisten desde hace tiempo, estará indicado derivar a un oftálmologo.

N°7. El Termómetro 21



Quemados por el trabajo Los profesionales de la sanidad y la enseñanza son los más vulnerables al estrés ocupacional

Desmotivación, apatía, carencia de expectativas de promoción, agotamiento físico y mental, pérdida de energía y sensación de frustración son algunos de los sentimientos del trabajador quemado o afectado por el síndrome del desgaste profesional, que en psiquiatría se enmarca en los trastornos

adaptativos crónicos. Los trabajos y profesiones que exigen entrega, implicación, idealismo y servicio a los demás

son los más proclives a generar este tipo de estrés ocupacional. El síndrome del quemado se asocia a mayores tasas de divorcio, suicidio, depresión, cambio de trabajo, abuso de alcohol y otras drogas, así como a menores expectativas de vida. Los profesionales de la sanidad, la enseñanza v los servicios sociales son los más vulnerables.



El fenómeno del trabajador quemado empezó a estudiarse en Estados Unidos en los trabajadores que prestaban servicios humanos, especialmente en sanitarios. Pero no son los únicos afectados: les siguen muy de cerca el personal de enfermería, maestros y profesores, bomberos, trabajadores

sociales, personal de equipos de rescate...Son los "empleados de cuello blanco", como los designa Francisco Alonso-Fernández, catedrático de Psiquiatría de la Universidad Complutense de Madrid, en su libro Psicopatología del trabajo: "Son los que desarrollan una actividad intermedia entre los trabajos intelectuales y los manuales. Son trabajadores

en permanente contacto con los demás, agobiados por las demandas del público y controlados por la dirección".

Fue en 1974, cuando el psiquiatra Herbert Freudenberger,

que atendía a toxicómanos en un hospital de Nueva York, empezó a observar cómo muchos de sus compañeros, jóvenes e idealistas, al cabo del año de trabajo sufrían una gran desmotivación y una progresiva pérdida de energía hasta llegar al agotamiento, así como síntomas de ansiedad y depresión. Lo denominó el síndrome del quemado (burnout sydrome, según la expresión original en inglés), terminología que dos años después acuñó la psicóloga social

Christine Maslach y que utilizaban de forma coloquial los abogados californianos para describir el proceso gradual de pérdida de responsabilidad profesional y desinterés cínico entre sus colegas.

Trastorno de adaptación

Según Alonso-Fernández, el trabajador quemado sufre un síndrome de agota-

miento profesional, que se estudia dentro de los trastornos de adaptación, y en el que confluyen factores de personalidad y factores ambientales. Prefiere hacer extensivo este cuadro a todas las profesiones, aunque unas tengan muchos más riesgo que otras. Así, según el tipo de

estrés que genere la ocupación laboral, establece una clasificación de los trabajadores quemados: estrés de la competitividad (afecta principalmente a empresarios, directivos); de la creatividad (propio de escritores, artistas,investigadores); de la responsabilidad y entrega (médicos, enfermeras); de

las relaciones (servicios en contacto directo con las personas: profesores, funcionarios, vendedores); de la prensa (periodistas); de la expectativa (servidores del orden); del miedo (trabajadores de alto riesgo, fuerzas del orden) y del aburrimiento (trabajos parcelarios, mecánicos, rutinarios,



monótonos). "Existen además otros estresores o agentes determinantes del estrés: organización autoritaria y alienante, desplazamiento penoso del hogar al trabajo, inseguridad laboral, temor a perder el empleo, preocupación económica... Todo ello configura un entramado de fenómenos que dan lugar a un trastorno adaptativo crónico, que a menudo acaba en una depresión con unas caractarísticas muy definidas. Es una depresión anérgica, en la que no se da un humor depresivo, pero sí una falta de ilusión y de motivación y un agotamiento físico y mental que no desaparece con el descanso", explica este especialista en psiquiatría.

Presión psicológica

Un editorial publicado, en 1994, en la revista científica The Lancet destacaba que los sanitarios presentan un riesgo doble de suicidio respecto a la población general, porque

tienen una presión psicológica superior a la de otros profesionales de igual nivel ocupacional.

Desde hace poco más de 10 años el síndrome del desgaste profesional es objeto de debate en los foros científicos de psiquiatría, según José Luis Caballero, especialista del servicio de Psiquiatría del hospital Puerta de Hierro de Madrid. "Precisamente", apun-

ta, "porque el personal sanitario, como el docente, es especialmente vulnerable a este trastorno de adaptación". A juicio de Caballero, hay además especialidades más duras que otras, como "la oncología, que siempre está en contacto con el dolor y la muerte". Pero este especialista considera que las decepciones y desilusiones en el trabajo deben irse "reciclando y adaptando a un estilo de vida en el que las expectativas no superen la realidad, puesto que, de lo contrario, el punto final es la depresión".

Porque, según indica, el sujeto que se siente desgastado profesionalmente "tiende a neurotizarse, a rumiar constantemente su problema y se lo lleva a todas partes, por lo que nunca desconecta". Así, su vida gira alrededor del trabajo y de la profunda insatisfacción que le produce.

Aparece entonces bajo rendimiento, desinterés, falta de iniciativa, pérdida de ilusiones por promocionarse y desmotivación.

A tenor de lo que recomiendan los expertos, cuando este cuadro adaptativo interfiere de lleno en la vida cotidiana no sólo laboral, sino también familiar y social, es preciso consultar a un especialista. "El trabajo ha pasado de ser una tarea a cargo de esclavos y menesterosos a convertirse en uno de los ejes de nuestra vida, de manera que para desarrollarse hoy como persona es fundamental disponer de una actividad laboral, que además proporciona capacidad económica, algo indispensable para la independencia y la libertad", afirma Francisco Alonso-Fernández, catedrático de Psiquiatría de la Universidad Complutense de Madrid. Si, como recuerda este especialista en una revisión histórica, el trabajo en la Edad Media era algo deleznable, que "todos hacían lo imposible por eludir", con la Reforma protestante, a finales del siglo XVI, pasó a ser algo honroso.

No obstante, según Alonso-Fernández, uno de los países que siguió oponiendo más resistencia a la introducción del

trabajo en la cultura occidental España, que en el siglo XVII "ocupaba una posición privilegiada para desarrollarse como país sin necesidad de universalizar esta práctica". A juicio de este especialista, cuando el trabajo es alienante o no satisface las expectativas que se ponen en él, se va fraguando un trabajador quemado



y empieza a aparecer un cortejo de síntomas variados. En este sentido, Alonso-Fernández subraya que es de vital importancia saber llenar ese tiempo libre "para encontrarnos con nosotros mismos y con los demás". En opinión de este especialista, conviene tener "aficiones que llenen la vida y también diversiones que la alegren".

El abordaje del síndrome del quemado pasa necesariamente por un cambio de la propia actitud ante el trabajo y, en algunos casos, por el cambio de empleo."Puede ayudar mucho al paciente", dice Alonso-Fernández, "una psicoterapia de apoyo ligera y una medicación basada en psicorrelajantes y estimuladores de los sistemas dopaminérgico y noradrenérgico para ayudar a restablecer la energía. No conviene de ningún modo actuar sobre el sistema serotoninérgico, que nos proporciona tranquilidad y sedación".

ABC



CUMPLIMENTAR LOS DATOS Y ENVIAR A: PLAZA MARIANO DE CAVIA, 4. 28007. MADRID. NO OLVIDE ENVIAR EL CUPON DE DOMICILIACIÓN BANCARIA A

Socios:

Meyos

BANCO

S

DOMICILIO:	THE PROPERTY OF THE PARTY OF	LOCALIDAD:
PROVINCIA:		C.POSTAL:
FECHA DE NACIMIENTO);	N.I.F.:
TFNO PARTICULAR:		TFNO PROFESIONAL:
¿EJERCE LA ESPECIALI	DAD?	EN CASO AFIRMATIVO COMPLETE
SI 🗆	NO 🗆	EL ESPACIO SOMBREADO
CENTRO DE TRABAJO:		DEPARTAMENTO:
DIRECCION:	800000	LOCALIDAD:
C.P:		PROVINCIA:
DI	DN QUE POSEE: MARQU PLOMA DE EMPRESA: RTO UNIVERSITARIO:	□ ENFERMERÍA DEL TRABAJO: □
BANCO O CAJA DE AHO	RROS:	
DIRECCION DE LA OFIC	INA BANCARIA:	
LOCALIDAD:	PROVINCIA:	C.P.:
N°CTA/CTE	41 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	D C
	DELLENE TODAS LAS CA	ASILLAS, NO DEJE ESPACIOS EN BLANCO
	STATE TO THE PERSON OF THE PER	
Fecha: OTA ANUAL 5.500 PTS	firma: eup eup eu	de 2.00
CORT	E POR LA LINEA DE PU	UNTOS Y ENVIE A SU BANCO O CAJA
Ruego que a partir	ORDEN DE DOMICIL de esta fecha se sirvan ate OLA DE ENFERMERÍA	JACIÓN BANCARIA ender los recibos presentados por la DEL TRABAJO Y SALUD LABORAL
TITULAR:		
BANCO O CAJA DE AHORRO DIRECCION DE LA OFICINA		
	PROVINCIA:	C.P.:
LOCALIDAD:		
LOCALIDAD:		D C

firma

Normas de Publicación:

- 1.- Los originales deberán presentarse mecanografiados a doble espacio en tamaño DIN-A4, por una sola cara y en idioma español. Se deberá acompañar con disquete informático conteniendo el original en formato de texto (txt, doc, rtf ó html). Los gráficos o imágenes se adjuntarán aparte, los gráficos en formato xls y las imágenes en formato tiff o en soporte de papel fotográfico.
- 2.- En la primera página aparecerá el titulo del original, junto con el nombre del autor o autores, dirección donde se desea recibir la correspondencia y fotografía del autor o autores que deseen aparecer en el trabajo.
- 3.- Se adjuntará un breve resumen del trabajo con un máximo de 100 palabras, continuando con una frase o palabras clave, en idioma español, recomendamos su traducción al inglés.
 - 4.- En caso de incluir referencias bibliográficas, estas se enu-

- merarán al final del artículo, siguiendo el orden de aparición en el texto. Si se utilizan abreviaturas, serán internacionalmente conocidas o en su defecto se escribirán entre paréntesis despues de la primera vez que aparezcan en el texto.
- 5.- Las opiniones vertidas en los artículos no serán necesariamente compartidas por El Termómetro, siendo responsabilidad exclusiva del autor o autores.
- 6.- El envío de trabajos se hará a: Asociación Española de Enfermería del Trabajo y Salud Laboral, Comité Científico. Plaza Mariano de Cavia nº4, 28007. Madrid o por E. mail: aet@tinet.org.
- 7.- Es imprescindible acompañar el trabajo con una carta de autorización de los autores para su publicación en la revista El Termómetro, y en la que los autores certifiquen la originalidad del artículo y su no publicación previa en otro medio.



Informábamos en el número anterior de esta revista sobre las actuaciones emprendidas por la plataforma para la correcta definición de Enfermería y dábamos cuenta de las acciones llevadas a cabo hasta ese momento.

El pasado día 18 de Abril tuvo lugar una reunión de los representantes de la Plataforma por la Definición Correcta de Enfermería con el Sr. Yndurain secretario de la Real Academia Española de la Lengua.

Parece clara la voluntad de la RAE de buscar una salida satisfactoria a este tema (a lo que sin duda contribuye la existencia de esta Plataforma)

Encontraban una mejor forma de solucionarlo dando dos salidas al término: una para definir la Enfermería como disciplina y otra como la profesión y titulación de la persona que la ejerce, pero tal como ellos la tenían redactada se podría seguir interpretando una ausencia de autonomía profesional.

Tras la reunión, el Sr. Yndurain ha aceptado llevar al Pleno de la RAE una propuesta que, entendemos podría

ser satisfactoria para nuestro colectivo, pues aunque no sería nuestra propuesta inicial, resolvería lo que hacía que la de ellos fuera inaceptable para nosotros.

El 25 de Mayo se ha recibido una carta de la RAE (Real Academia Española de la Lengua) con la nueva definición que es la siguiente:

"Enfermería.---// 2. Profesión y titulación de la persona que se dedica al cuidado y atención de enfermos y heridos, así como a otras tareas sanitarias, siguiendo pautas clínicas."

En nuestra opinión no es la ideal, aunque desde luego mejora la anterior.

A la vista de esta evolución en el tratamiento de la definción de Enfermeria se propone una reunión de la Plataforma para la primera semana de junio con el objetivo de decidir que iniciativas se toman a partir de ahora.

Sequiremos informando

Elecciones al Colegio de Córdoba:



Felisa Alcalde Figueroa Elegida Vocal IV del Colegio Oficial de EnfermerÍa de Córdoba

En los primeros días del mes de febrero se han celebrado elecciones a la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Enfermería de Córdoba a las que concurría Felisa Alcalde Figueroa, Presidenta de la Delegación Cordobesa de la Asociación Española de Enfermería del Trabajo y Salud Laboral dentro de la lista que ha resultado mas votada

Se abre una nueva etapa en el Colegio de Córdoba, que esperamos sea positiva para todos los Enfermeros.

Los Objetivos que esta nueva Junta de Gobierno se plantea son:

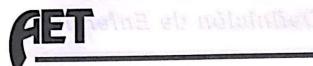
- -Nueva Sede Colegial
- -Subvencionar casi es su totalidad la Formación
- -Luchar para el desarrollo de las

Especialidades y Licenciatura

- -Vigilancia de los contratos en el extranjero
- -Dar continuidad en la prestaciones y ayudas los colegiados

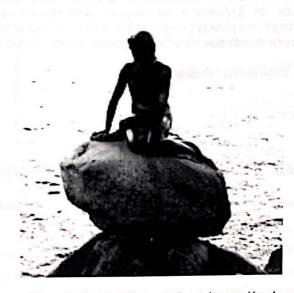
Desde aquí nuestros mejores deseos en la consecuención de los objetivos planteados y nuestra felicitación a la candidatura mas votada.

Nueva Sede Social-Provisional-. La Delegación Cordobesa cambia provisionalmente su sede social a: Peridista Quesada Chacón, 21. 7° 2. 14005. CORDOBA.



FHONEU Reunión de Primavera Copenhague





Entre el 7 y el 9 de junio mantuvimos la reunión de primavera de la Federación Europea de Asociaciones de Enfermería del Trabajo de la Unión Europea -FOHNEU- en la ciudad de Copenhague. Acudió en representación de la Aet su presidente.

Las reuniones de la Federación tienen una agenda fija que puede variar con los nuevos puntos que vayan surgiendo desde la última reunión.

Después de dar su informe la presidenta de la Federación, presentamos nuestros informes sobre lo que había ocurrido de interés en nuestras Asociaciones todos los países presentes.

Nosotros informamos sobre la situación actual de desarrollo de la Especialidad de Enfermería del Trabajo, a este respecto pudimos ver como la mayoría de los países europeos están en estos momentos armonizando e implantado la formación de enfermería en salud ocupacional siguiendo el cuerpo curricular presentado por la FOHNEU en Helsinki en 1995, si bien aún hay disparidad en cuanto al número total de horas de formación y su distribución en el tiempo.

Se está dando la situación de que en Francia el Ministerio de empleo está pidiendo la homologación a nivel nacional de la formación de Enfermería en Salud Ocupacional, ya que ha detectado esto como una necesidad.

En este campo hay que reconocer que nuestra situación y más aún después de la firma del Acuerdo Marco entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Consejo General de Enfermería es una situación privilegiada. Al plasmarse por escrito la labor de concienciación que hemos ido desarrollando a los largo de los últimos años y la voluntad política por parte del Ministerio de Sanidad anteriormente manifestada por el Subsecretario de Sanidad y Consumo en el Congreso de los Diputados.

Vimos como el Reino Unido a los Enfermeros en Salud ocupacional que trabajan en el HSE (Health and Safety Executive) se les han modificado sus funciones encargándose ahora, además de su labor inspectora, como asesores y en investigación. Al tiempo que también se ha incrementado su plantilla en casi un treinta por ciento más.

Se trató de la modificación de los Estatutos de la Federación. Anteriormente en la reunión que se celebró en Estrasburgo en octubre del año pasado coincidiendo con el II Congreso de la FOHNEU se abordó este tema pero dado el poco tiempo que se tuvo de reunión, se pospuso. Enviando por correo las modificaciones que cada país consideró oportunas. Se debatió ampliamente el tema llegándose a una redacción definitiva. Posteriormente la Junta Ejecutiva de la Federación presentó un borrador de normas de funcionamiento para su funcionamiento interno, en el cual también se atribuían competencias y que fue rechazado por unanimidad quedando en proponer modificaciones y discutirlo en la próxima reunión.

Se sometió a votación los cargos de President@ y Tesorer@, siendo reelegida para el cargo de Presidente Julie Staun de Dinamarca y para el de Tesorero se designo a Dirk Vermeulen de Bélgica.



FEDERATION OF OCCUPATIONAL HEALTH NURSES WITHIN THE EUROPEAN UNION

Se nos pidió a los representantes de España y del Reino Unido que realizásemos la auditoria de las cuentas al cambiarse el tesorero.

ro

rio

nal

ya

n y

el

de

por

rro-

itica

ifes-

n el

alud

afety

gán-

ores

men-

le la

ró en

con el

dado

puso.

s con-

legán-

Junta

ormas

en el

chaza-

ones y

nt@ y

sidente

designo

Se vieron varios temas que habían surgido últimamente:

La propuesta de Directiva de simplificación de las reglas de reconocimiento de diplomas y cualificaciones profesionales de las cuales en estos momentos existen 14 diferentes Directivas con la intención de trasponer esta futura Directiva a la legislación de cada nación antes del 1 de Enero de 2003.

El borrador de propuesta para el esta-

blecimiento de una asociación organizaciones de profesionales (en Inglés Practitioner) en Seguridad y Salud. Acordando sumarnos todas las asociaciones nacionales de Enfermería en Salud ocupacional a la misma. Independientemente de que la FOHNEU ya lo ha hecho como federación.

Se debatió el borrador de documento 0860/00 EN sobre "Servicios Multidisciplinares" documentos que guardan una

gran similitud, casi idéntico, a nuestro Real Decreto 39/1997, Reglamento de los Servicios de Prevención. Con esto está todo dicho.

Uno de los días de la reunión se reservó a los grupos de trabajo, España ha pasado a integrarse del grupo de trabajo de educación al de legislación.

Como último tema se pasó a determinar el lugar y fecha de la próxima reunión, siendo designado los Países Bajos y

debido a problemas de actividades de la Asociación Holandesa "BAV" propusieron dos fechas, la última semana del próximo mes de noviembre o la segunda semana del mes de enero de 2002.

Como colofón se agradeció a los organizadores de la reunión el marco singular en el que nos reunimos, un antiguo convento de Diaconisas que actualmente alberga: una residencia para la tercera edad, una residencia en la que nos alojamos y la Escuela de Enfermería más antigua de Dinamarca.





Nº7. El Termómetro



Sistema de Ergonomía 3M: Adoptará la postura más correcta para estar a salvo de riesgos.

Los sistemas de Ergonomía 3M facilitan la adaptación del Puesto de Trabajo Informatizado a las necesidades del usuario y le protegen de los riesgos derivados de su actividad, ayudándole a adoptar la postura más correcta.







Sistemas de Ergonomía 3MTM

3M Innovación