revista
# El Termómetro
Vol. 1. Nº 8. Especial Septiembre-Octubre de 2001

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO Y SALUD LABORAL

Asociación Española de Enfermería del Trabajo y Salud Laboral

AET

## ANÁLISIS DE DATOS SOCIO-LABORALES Y SANITARIOS: VALORACIÓN DEL RIESGO MÚSCULO-ESQUELÉTICO

1er CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERIA DEL TRABAJO Y SALUD LABORAL
LA ENFERMERÍA DEL TRABAJO EN EL SIGLO XXI:
"Clave en Salud Laboral".
Tarragona, 4, 5 y 6 de octubre de 2001

Escaneado con CamScanner

# ELIN MEDICA, 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 lonja
Tfno: 94 422 34 76
Fax : 94 444 72 02
48003 BILBAO

Avda. Reina Victoria, 68 1º
Tfno : 91 534 21 61
Fax : 91 534 40 19
28003 MADRID

E-mail: elinmedica @ euskalnet.net

Escaneado con CamScanner

# LA ASOCIACIÓN EXTREMEÑA DE ENFERMERÍA DE EMPRESA SE PONE EN MARCHA

Tras unos meses de primeros contactos entre los profesionales de Enfermería dedicados a la Salud Laboral en Extremadura y después de varias reuniones previas, el pasado día 12 de Julio de 2001 se convocó una nueva reunión en la sede de el Colegio Oficial de Enfermería de Cáceres, que su Presidente, Isidro Nevado Vital facilitó para este encuentro.

A la reunión asistieron varios Enfermeros de Empresa que ejercen su actividad profesional dentro del campo de la Salud Laboral en Organismos, Instituciones y Empresas significativos de esta comunidad en representación de todos los enfermeros de esta zona.

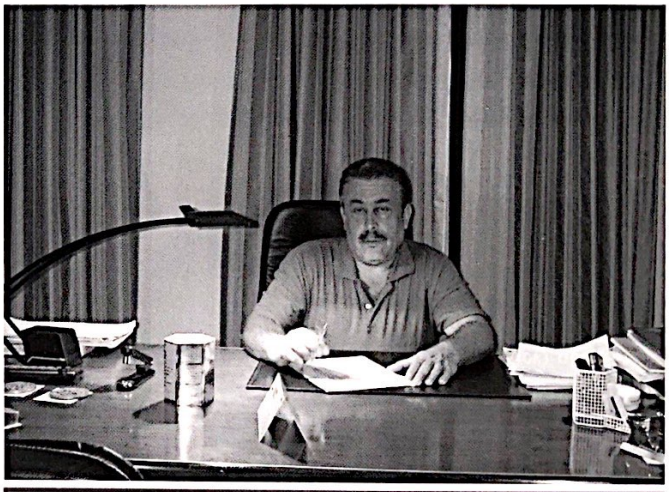
Por parte de la Asociación Española acudió José Manuel Corbelle, tesorero de la misma, con el fín de apoyar esta iniciativa y aportar la experiencia de la AET por si fuera necesario orientar o aconsejar en algún momento de la reunión.

Tras un breve repaso histórico de las actividades de la AET y estudiadas las diferentes opciones los presentes en la reunión decidieron dar el paso de configurarse como Asociación Autonómica e integrarse en la Federación una vez aprobados los estatutos.

Los estatutos estan prácticamente definidos y se acordó una reunión en el mes de Agosto durante la cual se darían los últimos retoques que los asistentes aportaran.

Queremos animar desde estas páginas a todos los compañeros de Extremadura a implicarse activamente en este proyecto en el que estamos seguros que irá en beneficio de todo nuestro colectivo.

Seguiremos informando



*Isidro Nevado, Presidente del Colegio de Enfermería de Cáceres*

*El grupo de trabajo en un momento de la reunión*



Escaneado con CamScanner

revista
# El Termómetro

EDITA: AET
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO Y SALUD LABORAL

CONSEJO DE DIRECCIÓN
Fernando Morato Ortiz
[illegible]
José [illegible]

CONSEJO DE REDACCIÓN
Comité Científico
José Manuel Corbelle Alvarez
Angel [illegible] Mogo Manacio
Isabel Hernández Maestre
Alfredo de Andrés Ramos

CONSEJO EDITORIAL
Bernardino Rivero [illegible]
Teresa Belmonte García (Almería)
Cristina Godino González (Madrid)
Felisa Alcalde Figueroba (Córdoba)
Teresa Gené Escoda (Tarragona)
Sara Alonso Blasco (Madrid)
Félix Fernández Salvador (Madrid)
Javier González Caballero (Bilbao)
Ramón González de la Lastra (Madrid)
Pere Torres i Costa (Barcelona)
Josune Martín Izaula (Vitoria)
Araceli Santos Posada (Madrid)
Lina Sustatxa Ortega (Bilbao)
Cándida Pérez Gonzálvez (Orense)
Gabriel Aguilera Manrique (Almería)

DISEÑO Y PREIMPRESIÓN
Félix Fernández Salvador
José Manuel Corbelle Alvarez

REDACCIÓN Y PUBLICIDAD
Plaza Mariano de Cavia, 4. 28007. Madrid
[illegible]
Tfno. [illegible]

IMPRIME
SSGI. S.L. [illegible]
Depósito legal M-[illegible]
El Termómetro (Madrid)
Tirada 2.000 ejemplares.

No se autoriza la reproducción total o parcial, sin citar su procedencia.
Los editores no se responsabilizan ni comparten necesariamente las opiniones de sus colaboradores.

# SUMARIO

Creación de [illegible] Premeña.
Pag.- [illegible]

Conclusiones del [illegible] Internacional de ANET.
Pag.- 5

Artículo. Drogas en el Medio Laboral. Importancia del Papel de [illegible]
Pag.- [illegible]

Original. Análisis de datos Socio-Laborales y Sanitarios: Valoración del riesgo músculo-esquelético.
Pag.- 10

Programa Congreso de Tarragona.
Pag.- 13

Artículo. Mensaje Positivo en Seguridad.
Pag.- 21

**ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO Y SALUD LABORAL. AET.**

Asociación Nacional. AET
Presidente: Fernando Morato Ortiz
Plaza Mariano de Cavia, 4. 28007. Madrid. 629.911.241
Asociación Asturiana. AAET
Presidente: Esperanza Alonso Jimenez.
C/ Santa Susana, 71. ppal ext. izq. 33004. Oviedo. 679.996.451
Asociación Catalana. ACIT
Presidente: Jordi Ferrer Soto.
C/ Rossello, 229. 4º 1ª A. 08008. Barcelona. 93.217.75.73.

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



Escaneado con CamScanner

# CONCLUSIONES

La ANET, Asociación Nacional de Enfermeros del Trabajo (Portugal), realizó las 1ª Jornadas Internacionales en Oporto del 2 al 4 de Mayo del 2001, (de la que informábamos al cierre de nuestro número anterior)

La Organización quiere desde estas lineas mostrar su agradecimiento a los patrocinadores así como a todos aquellos que hicieron posible la realización de la jornadas.

El nº de participantes fué de 130 divididos en varias categorias profesionales que abarcan las áreas de Seguridad, Higiene y Salud en el Trabajo (SHST).

Con el lema "Salud en el Trabajo, un concepto positivo y multidisciplinar", esta iniciativa tuvo como objetivo principal contribuir con nuevas estrategias para mejorar la Seguridad y Salud en el Trabajo.

Se abordaron varias áreas temáticas como, Enfermería del Trabajo, Gestión Ambiental, Calidad en Seguridad, Higiene y Salud, La multidisciplinaridad de los servicios de Prevención, etc. Los invitados y ponentes de renombre nacional dentro del área de SHST, a la vez de contrar con presencia internacional de enfermeros representantes de las Asociaciones Brasileña y Española.

Durante los tres dias de Jornadas se mantuvo una audiendia estable y de buen nivel con intervenciones oportunas e interesantes.

Algunas consideraciones sobre las comunicaciones:

1.-Las áreas de SHST atraviesan una época de inestabilidad e indefinición relativa a la metodología a seguir para la redución de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

2.-La Enfermería del Trabajo, aunque sin encuadre legal –pensamos que transitorio- tiene un espacio a conquistar y una categoria profesional suficiente para cumplir los grandes designios de la SHST.

3.-La gestión medio ambiental es un área cada vez mas importante y actual para integrarla en la gestión global de la prevención en Portugal. Pero solo se conseguirá con una metodología reconocida por todos y basada en premisas internacionales en este sentido, como por ejemplo la norma ISO 14000

4.-La Calidad en Seguridad y Salud en el Trabajo a través de la OSHA 18000, debe de ser encuadrada en la gestión global de las empresas.

5.-En el Medio Hospitalario, una vez superada la

Escaneado con CamScanner

fase de reconocimiento de los riesgos profesionales, debe de instaurarse los Servicios de Salud Ocupacional, de una forma avalada y sustentada por las entidades oficiales.

6.-Las Asociaciones Profesionales, son requeridas oficialmente en pocas ocasiones para participar activamente en el planteamiento e implantación de estrategias definidas.

7.-Ante la responsabilidad de los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales los aseguradores deben estar conscientes de su papel. Existe una entidad –CNPRP- (Centro Nacional de Protección ante los Riesgo Profesionales- que necesita mejorar en su relación con los intervinientes en SHST y mas a partir de ahora que se le tiene otorgadas competencias ante las Enfermedades Profesionales en la Administración Pública.

8.-Las experiencias Internacionales relativas a la Enfermería del Trabajo, trajeron realidades semejantes a las que existen en Portugal y algo menos a las de Brasil dondo aún existe una visión poco consolidada de la Enfermería del Trabajo, donde su actuación se limita a las grandes empresas coexistiendo con otra categoría profesional como son los Auxiliares de Enfermería.

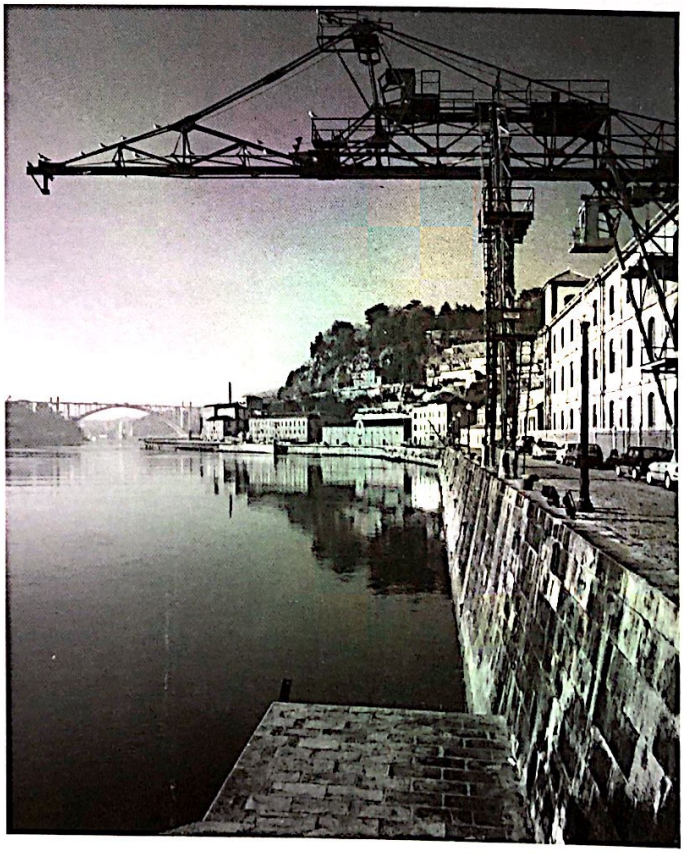
9.-La representación Española transmitió la situación de la Enfermería del Trabajo en la actualidad, la formación específica como Enfermeros de Empresa que aún no siendo una especialidad de Enfermería propiamente dicha, sí es imprescindible para ejercer profesionalmente. Formación oficial de trescientas horas y tutelada por las administraciones públicas. Se tiene previsto que en breve se aprueben nuevas especialidades de Enfermería y entre ellas la del Trabajo.

10.-La eficacia de las actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo solo serán plenas con la intervención de diferentes profesionales y de las entidades oficiales como: IDICT, DGS, y Ministério da Economía

11.-La Enfermería del Trabajo debe actuar en todos los ambitos laborales y no como un ambito mas de la Salud Comunitaria. Su implicación sera mas positiva y eficaz.

12.-La Enfermería del Trabajo debe desarrollar mayores competencias y capacidades para estar a la vanguardia de la Salud Laboral. Debe proponerse un amplio debate sobre las nuevas formas de abordar la Salud en el Trabajo, en base a una mayor promoción y prevención de los riesgos derivados del trabajo.

Oporto, 4 de Mayo de 2001.
Comisión Organizadora de la Jornadas.





Escaneado con CamScanner

## SOLICITUD DE INGRESO PARA NUEVO SOCIO

| | |
|---|---|
| APELLIDOS Y NOMBRE: | |
| DOMICILIO: | LOCALIDAD: |
| PROVINCIA: | C.POSTAL: |
| FECHA DE NACIMIENTO: | N.I.F.: |
| TFNO PARTICULAR: | TFNO PROFESIONAL: |
| ¿EJERCE LA ESPECIALIDAD? SI ☐ NO ☐ | EN CASO AFIRMATIVO COMPLETE EL ESPACIO SOMBREADO |
| CENTRO DE TRABAJO: | DEPARTAMENTO: |
| DIRECCION: C.P: | LOCALIDAD: PROVINCIA: |
| TITULACION QUE POSEE: MARQUE DIPLOMA DE EMPRESA: ☐ EXPERTO UNIVERSITARIO: ☐ | EL/LOS QUE PROCEDAN ENFERMERÍA DEL TRABAJO: ☐ OTRO:..... |
| BANCO O CAJA DE AHORROS: | |
| DIRECCION DE LA OFICINA BANCARIA: | |
| LOCALIDAD: / PROVINCIA: | C.P.: |

| N°CTA/CTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | D | C | | | | | | | | | | |

RELLENE TODAS LAS CASILLAS, NO DEJE ESPACIOS EN BLANCO

Fecha: de de 2.00..

firma:

CUOTA ANUAL 5.500 PTS

CORTE POR LA LINEA DE PUNTOS Y ENVIE A SU BANCO O CAJA

### ORDEN DE DOMICILIACIÓN BANCARIA

Ruego que a partir de esta fecha se sirvan atender los recibos presentados por la ASOCIACION ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO Y SALUD LABORAL

| | |
|---|---|
| TITULAR: | |
| BANCO O CAJA DE AHORROS: | |
| DIRECCION DE LA OFICINA BANCARIA: | |
| LOCALIDAD: / PROVINCIA: | C.P.: |

| N°CTA/CTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | D | C | | | | | | | | | | |

RELLENE TODAS LAS CASILLAS, NO DEJE ESPACIOS EN BLANCO

Fecha: de de 2.00..

firma:

**Nuevos Socios:**

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

## 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 enumerarán 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.



Escaneado con CamScanner

# LAS DROGAS EN EL MEDIO LABORAL IMPORTANCIA PARA LA ENFERMERÍA DEL TRABAJO Y SALUD LABORAL.

La ***problemática*** del alcohol y otras drogodependencias transcienden al ámbito laboral, pero se manifiesta en éste de forma específica; las causas, efectos, extensión y también las soluciones posibles constituyen una realidad peculiar en el mundo del trabajo, que es importante y necesario tener en cuenta.

De todos es sabido así como reconocido por la ciencia la existencia del consumo de drogas en el medio laboral. La superación de este hecho social y de los problemas que conlleva no resulta nada fácil, tampoco lo es para el personal de enfermería de empresa que se enfrenta cada día a tan ardua labor como es "tratar con el empleado adicto y con la empresa"; por lo que no resulta lógico esperar grandes avances y logros al respecto a corto o medio plazo, aunque si se puede esperar una cierta evolución en la conciencia empresarial frente al consumo en el medio laboral de sustancias adictivas.

Actualmente las empresas tanto públicas como privadas están dirigiendo interés y medios para detectar el consumo de sustancias psicoactivas entre sus trabajadores y empleados. Una vez detectado el consumo existe una gran variabilidad de actitudes empresariales ante el afrontamiento del problema. Algunas, aunque es cierto que pocas, han optado por integrar acciones específicas en prevención del consumo y promoción de la salud mental encuadradas en los programas de bienestar laborar y salud ocupacional.

Entre los múltiples ***factores*** que se han asociado al consumo de sustancias psicoactivas, en el ámbito laboral existen algunos determinantes que pueden actuar como condicionantes en el consumo o abuso de sustancias. Entre ellos destacamos como elementos desfavorables para la realización de tareas: trabajos peligrosos, turnos, estrés, falta de estímulo, trabajos repetitivos, precariedad, estilos de vida relacionados con la necesidad de alcanzar el éxito profesional o niveles de rendimiento máximo, así como la mayor productividad laboral. Otro factor importante a tener en cuenta es el hecho de desempeñar su labor enfrentándose a la alta competitividad existente en cualquier campo o sector profesional.

Podríamos definir la drogodependencia como ***una enfermedad de carácter social***, caracterizada por la tendencia compulsiva al consumo de sustancias, que afecta a la persona a nivel físico, psíquico y social y a todos los ámbitos de su vida; individual, familiar, social y laboral.

La estigmación que la sociedad establece para el consumidor de sustancias adictivas se transfiere al espacio laboral, ello dificulta que el trabajador o empleado exprese su situación por temor al despido o discriminación familiar, social y laboral.

Sólo cuando existen evidencias el paciente opta por acudir a programas de tratamiento, proceso que debe ser acompañado del apoyo de la familia y de la empresa, y en el cual el papel de la enfermería del trabajo tiene un amplio e importante campo por abrir comprendiendo y apoyando su proceso de recuperación. Para este se requiere el compromiso de los jefes, supervisores y compañeros, a quienes se les



Escaneado con CamScanner

orienta y capacita en el manejo de la situación, función que los enfermeros de empresa tras su propia formación deberían asumir, por tanto en ocasiones desempeñaría el papel de descubridor diagnosticando la conducta y favoreciendo y agilizando la iniciación para la recuperación de los trabajadores con estos problemas.

Si intentamos estudiar las ***consecuencias*** del consumo de sustancias adictivas en el medio laboral, podemos clasificarla en cuatro grupos:

-*los problemas salud*,
-*los familiares*,
-*los de relación y conflicto social* y por último
-*los laborales* en los cuales podemos destacar los accidentes, enfermedades, absentismo, disminución del rendimiento laboral, sanciones, despidos, etc.

Las ***razones*** por las que se cree que el uso o abuso de drogas-alcohol tienen repercusiones importantes en el trabajo se pueden agrupar en tres apartados;

1- *Por perjuicio directo a las Empresas,* ya que implica la disminución de la productividad y aumento de absentismo.
2- *Supone perjuicio de la integridad y salud de los trabajadores*, pues puede incurrir en accidentes y enfermedades.
3- *Da lugar a mal ambiente y potencial de conflictividad colectiva,* llevando a malas relaciones entre los propios compañeros y entre los mandos superiores ocasionando los anteriormente enumerados sanciones y despidos.

Ante esta realidad la enfermería, cuyo objetivo fundamental y propio es ***cuidar***, determina que sus profesionales se ocupen en todo momento de procurar a las personas que están bajo sus cuidados, las mejores condiciones posibles para mejorar o sobrellevar su proceso de salud en cualquier situación en que se encuentren, evidentemente, también en aquellas situaciones en las que esté implicado el medio laboral, lo que le da razón de ser a la Enfermería del Trabajo y Salud Laboral.

Por todo esto pienso que es un buen momento para que las empresas acepten esta realidad social, cultural y humana que afecta todas las estructuras, para que se comprometan, junto con todo su personal directivo, administrativo, empleados y sanitario a identificar las necesidades y problemas referentes al consumo de sustancias así como los relacionados con la salud mental de los trabajadores. Con esta disposición llegaremos a establecer planes y programas de prevención, tratamiento y reinserción, permitiendo con todo ello restaurar el respeto hacia sí mismo y hacia los demás.

**María Torres Trillo**
Coordinadora Nacional del grupo
Enfermería de Urgencia ante Conductas Adicativas
Vocal Nacional de Enfermería de SEMES
***Correspondencia:***
*mtorrest14@enfermundi.com*



Escaneado con CamScanner

# ANALISIS DE DATOS SOCIO-LABORALES Y SANITARIOS: VALORACIÓN DEL RIESGO MUSCULO-ESQUELETICO

***Autores:***
Percaz Arrayago, A.
Ruiz Cirauqui, A.M.
Esquiroz Ayesa, I.

Enfermeras del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. (Presidencia).
GOBIERNO DE NAVARRA

***Correspondencia:***
Arancha Percaz Arrayago
Irunlarrea 3 (Recinto Hospitalario.
Antigua Maternidad)
S. Prevención de Riesgos Laborales.
Presidencia
31008 Pamplona

TFNO.: 948 - 422109 948 - 189918

**RESUMEN:**
Los motivos de consulta que más frecuentemente aparecen en la III Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo son los relacionados con lesiones musculo-esqueléticas: cervicalgias, lumbalgias y dolores en extremidades superiores e inferiores.En el origen de estos trastornos, influyen aspectos extralaborales, incluso personales, así como otros aspectos relacionados con las condiciones de trabajo: las posturas de trabajo, los esfuerzos, la manipulación manual de cargas y ciertos movimientos.
En este estudio descriptivo, se estima el riesgo musculo-esquelético, a partir del análisis de datos socio-laborales de los trabajadores, y de datos socio-sanitarios de un centro geriátrico asistido.

**PALABRAS CLAVE:**
musculo-esquelético. Manejo de cargas. Sintomatología. Datos socio-laborales y sanitarios.

**ABSTRACT:**
The most frequent reasons for referral in the III encuesta Nacional deCondiciones de Trabajo (III National Survey on Work Conditions) are relatedwith musculoskeletal injuries: neck pain, low back pain and pain in upperand lower extremities.In the origin of these disorders different issues are involved. Some of themare related with the conditions of the work, as working postures, physicalefforts, manual handling tasks or certain movements, and others are personalor external to work.
This descriptive study estimates the muscle-skeletal risk of the workers from a center of geriatrics from the analysis of social, health and workdata.

**KEY WORDS:**
Musculoskeletal risk, manual handling tasks, social, health and work data.

## INTRODUCCION

En el desarrollo de la actividad laboral, los trabajadores pueden encontrarse expuestos a una serie de riesgos graves para su salud. El trabajo, como toda actividad humana implica, incuestionablemente, un cierto grado de peligro en mayor o menor medida.

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995, del 8 de noviembre, se ha convertido en el marco de las acciones preventivas de las empresas españolas y en la norma general en materia de prevención de Riesgos Laborales. Con su aprobación, se ha dado cumplimiento al mandato constitucional contenido en el Artículo 40.2 de la Constitución Española: "los poderes públicos velarán por la Seguridad e Higiene en el Trabajo" y se ha traspuesto al ordenamiento jurídico español la normativa de la Unión Europea (principalmente la Directiva Marco 89/391/CEE y la ratificación del Convenio número 155 de la OIT).

Dicha Ley trata de poner fin a la gran dispersión de normas existentes en materia de seguridad y salud en el trabajo, a la vez que actualiza las regulaciones desfasadas y regula situaciones no contempladas en la normativa vigente hasta este momento.

Dado el carácter general de la norma, precisa concreción en distintos aspectos, objetivo que consigue mediante el desarrollo de diferentes normativas como:

-RD 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención, y otros sobre materias específicas como
-RD 487/1997, de 14 de abril sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación manual de cargas que entraña riesgos, en particular dorso-lumbares para los trabajadores. Traspone la Directiva comunitaria 90/269/CEE, del 29 de mayo.
-RD 486/1997, del 14 de abril sobre disposiciones mínimas sobre seguridad y salud en los lugares de trabajo, y otras.

La Ley de Prevención de Riesgos establece para las empresas una serie de obligaciones encaminadas a prevenir todos los posibles riesgos a que sus trabajadores puedan verse expuestos.
Asimismo, exige la necesidad de desarrollar planes de pre-



Escaneado con CamScanner

vención adecuados a los riesgos existentes, mediante una planificación previa de las correspondientes actividades preventivas. La planificación comienza con un análisis de la situación y una evaluación inicial de los riesgos inherentes al trabajo, proceso complejo en el que confluyen gran variedad de factores interrelacionados.

Se define como Servicio de Prevención de Riesgos Laborales el conjunto de medios humanos y materiales necesarios para realizar las actividades preventivas que garantizan la adecuada protección de la seguridad y salud de los trabajadores.

El Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la Administración Núcleo del Gobierno de Navarra ha realizado un estudio en una Residencia Geriátrica a partir de la Evaluación Inicial de Riesgos, que supone la base para una gestión activa de la seguridad y salud en el trabajo. Analizando los datos referentes a dicha evaluación, el Servicio de Prevención propone actividades preventivas y/o correctoras.

Se seleccionó una residencia geriátrica asistida por los riesgos a los que presuponemos están expuestos los trabajadores provenientes de las tareas propias asignadas a cada puesto de trabajo.

Se entiende como **carga de trabajo** el conjunto de requerimientos psicofísicos que coexisten en proporción variable, a los que se ve sometido el trabajador durante su jornada laboral.

La Guía Técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la manipulación manual de cargas que facilita la aplicación del RD 487/97 define como **carga** cualquier objeto susceptible de ser movido incluida la manipulación de personas. Dicha manipulación va a suponer para el trabajador una serie de requerimientos físicos a los que se ve sometido durante su jornada laboral. Si se produce un desequilibrio entre el requerimiento físico y la capacidad de respuesta por parte del trabajador aparece la sensación de fatiga.

Asimismo, el contacto continuo con residentes asistidos con patología psíquica y/o física supone para el trabajador un coste psíquico o **carga mental**, que también puede dar lugar a la aparición de fatiga.

**OBJETIVOS GENERALES:**

-Prevenir, promover y proteger de forma integral e integrada la salud de los trabajadores de la mencionada Residencia Geriátrica.

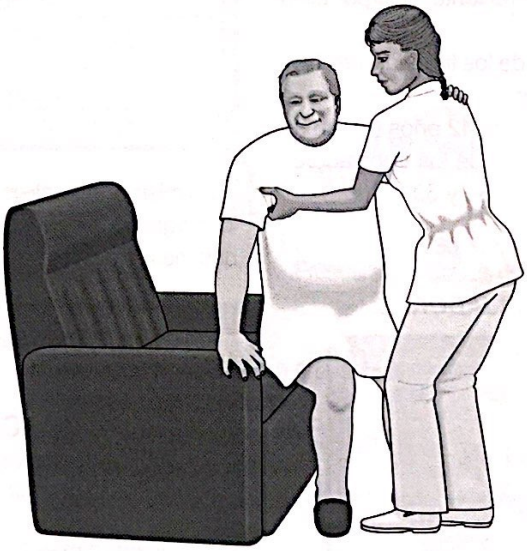
**OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

-Definir y analizar las herramientas necesarias para la evaluación de riesgos laborales para conocer las condiciones de trabajo en las que desempeñan sus tareas los profesionales de la Residencia.

-Reducir la incidencia de patología músculo-esquelética relacionada con el trabajo mediante la promoción de hábitos y actitudes saludables, la prevención y/o corrección de posturas estáticas y/o actividades dinámicas inadecuadas.

-Identificar las necesidades de formación e información existentes para la posterior planificación de actividades de educación para la salud: charlas, cursos, material divulgativo...

**METODOS Y MATERIAL**



La Prevención de Riesgos Laborales en general, y el desarrollo de estrategias preventivas en particular, precisa contar para que sean eficaces con la participación e implicación de todos, empezando por los responsables de la dirección del centro de trabajo, así como la colaboración de los trabajadores que aportan su visión sobre posibles problemas existentes en su centro y puesto de trabajo.

Para realizar nuestro estudio se contactó en varias ocasiones con la dirección del centro para conseguir la citada colaboración y cumpliendo con el deber de información contenido en el Artículo 18 de la Ley 31/1995. Se solicitó a la dirección datos referentes a:

- Características de la plantilla: edad, sexo, años de trabajo en el centro, tipo de relación laboral con la institución, etc.
-Población residente: edad, sexo, peso, grado de discapacidad.

La dirección informó a los trabajadores de la realización del presente estudio en el marco de la Prevención de Riesgos Laborales, para animarles a colaborar.

***Se realizó una valoración y análisis descriptivo de los siguientes datos:***

1. Datos socio-laborales de los trabajadores.
2. Datos socio-sanitarios de los residentes.



Escaneado con CamScanner

3. Evaluación de salud: Reconocimientos Médicos preventivos.
4.Incapacidad Temporal.

## RESULTADOS

### 1. Datos socio-laborales de los trabajadores.

La residencia geriátrica cuenta con una plantilla de 51 trabajadores que ofrecen una asistencia continuada de 24 horas, distribuida en turno rotatorio de mañana, tarde y noche, incluidos festivos.

Del total de la plantilla destaca un alto porcentaje de trabajadores temporales:

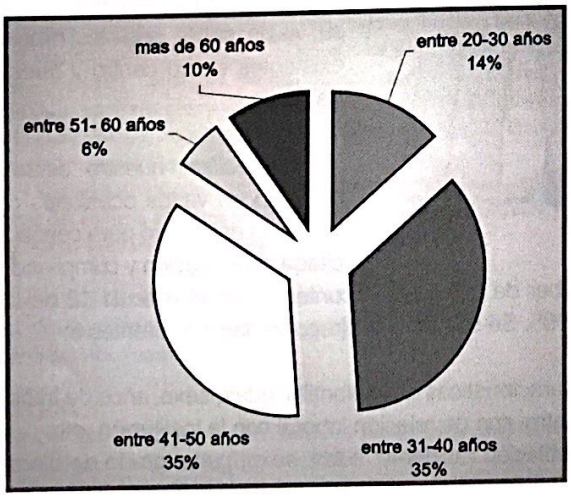
29 contrato fijo (56.9%)
22 contrato temporal (43.1%)

Los trabajadores temporales son de reciente incorporación (24% llevan entre 3 y 12 meses).

La antigüedad en el puesto de trabajo de los trabajadores fijos fluctúa en el intervalo entre 20 y 30 años.

La edad media de los trabajadores es de 42 años (rango de edad de 22-66 años). Destaca que el 70% de los trabajadores se encuentra en el intervalo de edad entre 31 y 50 años.

***GRÁFICO: 1.***
***EDAD MEDIA DE LOS TRABAJADORES.***




Sexo: 8 trabajadores son de sexo masculino (16%) y 43 trabajadores son de sexo femenino (84%). Se observa un claro predominio de trabajadoras de sexo femenino. Si se relaciona este dato con la edad media de los trabajadores y con el estilo de vida de la sociedad actual donde la mujer sigue soportando carga doméstica y familiar (doble jornada laboral), se puede deducir que las posibilidades de sufrir sintomatologia y/o patología psico-físicas son elevadas Dentro de las alteraciones físicas son frecuentes las manifestaciones músculo-esqueléticas.

Ocupación: una de las formas de participar los trabajadores en nuestro estudio consistió en la descripción de todas las tareas que tenían asignadas según su categoría profesional y durante su jornada laboral. Tras el análisis de estos datos todos los puestos de trabajo de la residencia se han agrupado por la similitud de sus tareas en seis categorías profesionales u ocupaciones diferentes, que se han codificado según la Clasificación Nacional de Ocupaciones 1994 y se recogen en el cuadro siguiente:

**TABLA 1: OCUPACIÓN**

| CODIGO CNO-94 | OCUPACIÓN | Nº TRABAJADORES |
|---|---|---|
| 1021 | Dirección | 1 |
| 2720 | Enfermería | 6 |
| 5114 | Cuidadores Gerontológicos | 25 |
| 5129 | Celadores Sanitarios | 5 |
| 9121 | Limpieza | 13 |
| 7000 | Mantenimiento | 1 |

Asimismo el análisis de las tareas posibilita la estimación de la magnitud de riesgo músculo-esquelético en diferentes grados: riesgo alto, riesgo medio y riesgo bajo, según la ocupación.

**TABLA 2: GRADO DE RIESGO**

| OCUPACIÓN | RIESGO LESIÓN M-E |
|---|---|
| Cuidador Gerontológico<br>Celador Sanitario | ***Riesgo Alto*** |
| Mantenimiento<br>Limpieza | ***Riesgo medio*** |
| Enfermería<br>Directora | ***Riesgo bajo*** |

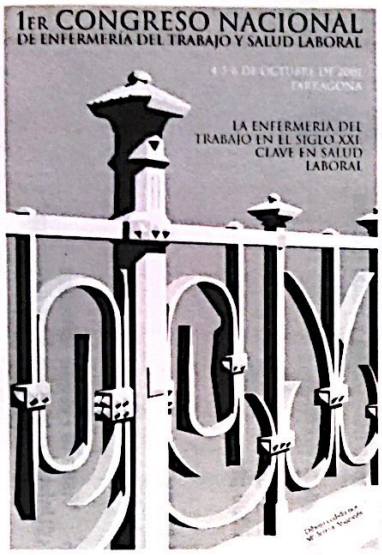
### 2. Datos socio-sanitarios de los residentes.

En la residencia geriátrica hay un total de 35 residentes, 10 varones y 25 mujeres.

El 100% de los residentes son asistidos. Los datos referentes al tipo y grado de discapacidad de cada uno de ellos son valorados en el propio centro con la realización de los tests correspondientes: test Delta y Minimental, que valoran el grado de dependencia física y psicológica respectivamente. Se recogen



Escaneado con CamScanner




# 1er 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 Fornós**
Presidenta del Col.legi de Diplomats Universitaris d'Infermería de Tarragona

**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:** Sra. Teresa Gene Escoda
**Copresidentes:** Sr. Jesús Berrahondo Ramírez
Sr. Jesús Mari Sola Villafranca
**Vicepresidente:** Sr. Pere Boix Castarlenas
**Vocales:** 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:** Sra. Gurutze Aguirre-Alava Miren
**Copresidentes:** Sra. Esperanza Mª Alonso Jiménez
Sr. José Manuel Corbelle Alvarez
**Vicepresidente:** Sr. Lluis Valero Subirós
**Vocales:** 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 Hernández 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

Escaneado con CamScanner

# CONTENIDO DEL PROGRAMA

## Jueves 4/10/2001

**10:00** Recogida de Documentación

**12:00-12:30** **Conferencia Inaugural: SALA AUGUST**
**"Retos futuros de la Enfermería del Trabajo"**
Sr. Fernando Morato Ortiz.
Presidente de la Asociación Española de Enfermería del Trabajo y Salud Laboral

**12:30-13:00** **Inauguración Oficial**

**13:00-13:30** **Presentación de Posters.**
**Comité Evaluador:**
Sr. Alfredo de Andrés Ramos.
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. Miguel Solsona Valero.
Asociació Catalana d'Infermería del Treball i Prevenció de Riscos

**13:30** **Comida de trabajo**

**16:00-18:30** **Mesa 1**
**"La Enfermería del Trabajo en los Servicios de Prevención"**
Moderador: Sr. Angel San Martin Gil.
Asociació Catalana d'Infermería del Treball i Prevenció de Riscos
**"Funciones de la Enfermería en los Servicios de Prevención en la Administración Pública"**
Sr. Jesús Berraondo Ramirez.
D.U.E. y T. Sup. en Prevención de Riesgos.
S. de Prevención del S. Navarro de Salud Osasunbidea. PAMPLONA
**"Personal de Enfermería en los Servicios de Prevención Ajenos"**
Sra. Esperanza Alonso Jimenez.
D.U.E. y T. Sup. en Prevención de Riesgos.
S. de Prevención, Mutua de Accidentes de Trabajo (MADIN). OVIEDO
**"Papel de Enfermería en un Servicio de Prevención de la CEOE-PYMES"**
Sra. Fernanda Luna Ortiz de Zárate.
D.U.E. y T. Sup. en Prevención de Riesgos. CEOE-CEPYME-Cantabria. SANTANDER

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

***20:00*** *Recepción por el Ilmo. Alcalde de Tarragona, Sr. D. Joan Miquel Nadal i Malé en el recinto de las Murallas Romanas de Tarragona.*

***20:30*** *Muestra de Folklore Tarraconense patrocinado por la Concejalía de Cultura del Ayuntamiento de Tarragona.*

## Viernes 5/10/2001

**09:30-11:00** **Mesa 2**

**"Aspectos sociolaborales de la Enfermería del Trabajo"**
Moderador: Sr. Angel M. Hernández Guardia.
D.U.E. y T. Sup. en Prevención de Riesgos

**"REPRESENTANTE DEL SINDICATO UGT"**
**"REPRESENTANTE DEL SINDICATO CCOO"**
**"REPRESENTANTE DEL SINDICATO SATSE"**

**11:00-11:30** **Pausa. Café**

**11:30-14:00** **Mesa 3**
**"Planes de educación para la salud en el ámbito laboral"**
Moderador: Sr. Jorge Juan Guillen Valero.
Asociación Aragonesa de Medicina y Enfermería Laboral.
**"Estrategias para la Educación en la Salud Laboral"**
Sra. Pilar Isla Pera. D.U.E. Directora del Departamento de Enfermería de Salud Pública E.U.E. Bellvitge. BARCELONA
**"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"**
Sra. Rosa María Queralt Casanova. D.U.E., Dra en Pedagogía.
Profesora Titular de la E.U.E. Rovira y Virgili. TARRAGONA.
**"Presente y futuro de la formación de Enfermería de Salud Laboral en Cataluña"**
Dr. Manuel Baselga Montes. Responsable del Area de Salud Laboral del Institut d'Estudis de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. BARCELONA.

**14:00** **Comida de Trabajo**

**16:00-17:30** **Comunicaciones Libres**
Moderadora: Sra. Mª Jesús Rosell Cantón. Asociación Asturiana de Enfermería del Tabajo y Salud Laboral

**17:30-18:00** **Pausa. Café**

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

**22:00** **Cena de Gala. (OPCIONAL)**

## Sábado 6/10/2001

**09:30-12:00** **Mesa 4**

**"Actividades de la Enfermería en los protocolos de vigilancia de la salud"**
Moderador: Sr. Julio de la Asunción Nadal.
Sociedad de Enfermería en Salud Laboral de la Comunidad Valenciana
**"Coordinación de la Vigilancia de la Salud dentro del Servicio de Prevención"**
Sr. Antonio Melero Silvestre.
D.U.E., Diplomado en Enfermería de Salud Laboral. Servicio de Prevención de la Mutua de Accidentes de Trabajo de Tarragona (MATT). TARRAGONA
**"El papel de Enfermería en el Análisis Ergonómico"**
Sr. Juan de Dios Cózar López
D.U.E. y T. Sup. en Prevención de Riesgos.
Servicio de Prevención Valeo Iluminación. JAEN
**"Importancia de la Enfemería en la Elavoración de Protocolos"**
Sra. María Victoria López Clemente. D.U.E., Diplomado en Enfermería de Salud Laboral. Servicio de Prevención Corporación Parc Tauli. Sabadell. BARCELONA.

**12:00-12:30** **Conferencia Magistral**

**"Las competencias profesionales en salud laboral: Una perspectiva internacional e interdisciplinaria"**

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

**12:30-12:45** **Clausura y Conclusiones**
Sr. Jordi Ferrer Soto
Presidente del 1º Congreso Nacional de Enfermería del Trabajo y Salud Laboral

**13:00** **Entrega de Premios**

**Mejor comunicación oral**
**-Dotado con 125.000 pts**

**Mejor Poster**
**-Dotado con 75.00 pts.**

**13:30** **Visita al Parque Temático**
**"Universal Studios Port Aventura"**
**(OPCIONAL)**

Escaneado con CamScanner

## BOLETÍN DE ALOJAMIENTO

***Datos personales:***

Apellidos .....

Nombre .....

Dirección .....

Localidad ..... C.P.....

Provincia ..... Telf. particular.....

Lugar de trabajo .....

Tel. ..... Fax .....

e-mail ..... NIF.....

***Marcar con una X el hotel escogido:***

| HOTEL | TIPO DE HABITACIÓN |
|---|---|
| CIUTAT DE TARRAGONA**** | ❑ Habitación doble uso individual (11.900 Ptas).<br>❑ Habitación doble (14.700 Ptas). |
| IMPERIAL TARRACO**** | ❑ Habitación doble uso individual (11.900 Ptas).<br>❑ Habitación doble (14.700 Ptas). |
| LAURIA*** | ❑ Habitación doble uso individual (8.400 Ptas).<br>❑ Habitación doble (13.100 Ptas). |
| URBIS*** | ❑ Habitación doble uso individual (8.600 Ptas).<br>❑ Habitación doble (10.700 Ptas). |

Fecha de entrada ..... Fecha de salida ..... Núm. de noches.....

Nombre del acompañante .....

***Forma de pago:***

❑ Cheque extendido a favor de viajes Cyberland.

❑ Transferencia al número de cuenta 2081 0261 38 5213000524 de Caixa Penedés

.....Ptas. X.....núm. de noches = TOTAL..... Ptas.

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

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

## BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

***Datos personales:***

Apellidos .....

Nombre .....

Dirección .....

Localidad ..... C.P.....

Provincia ..... Telf. particular.....

Lugar de trabajo .....

Tel. ..... Fax .....

e-mail ..... NIF.....

¿Asistirá a la cena de clausura? ❑ SI ❑ NO

***Cuotas de inscripción:*** **PRORROGADO HASTA EL 30 DEJULIO DE 2001**

| | Antes 30 de junio | Después 1 de julio |
|---|---|---|
| Socios asociaciones enfermería del trabajo | ❑ 35.000 Ptas. | ❑ 45.000 Ptas. |
| No socios | ❑ 45.000 Ptas. | ❑ 55.000 Ptas. |
| Estudiantes enfermería | ❑ 15.000 Ptas. | ❑ 15.000 Ptas. |
| Acompañantes | ❑ 15.000 Ptas. | ❑ 15.000 Ptas. |

***NOTA:*** *el precio no incluye la cena de clausura ni la visita a Port Aventura*

***Forma de pago:***

❑ Cheque extendido a favor del ***I Congreso Nacional de Enfermería del Trabajo y salud Laboral***

❑ Transferencia al número de cuenta 0081 0172 92 0001167223 de Banc de Sabadell

***Cancelaciones:***

A las anulaciones de inscripción realizadas por escrito o fax antes del 27 de julio les será devuelto el 50% de su importe. Las que se reciban después de esta fecha no tendrán derecho a reembolso alguno, pero si a toda la documentación del Congreso

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

REUNIONS
I CIÈNCIA 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



Escaneado con CamScanner

**NORMAS DE PRESENTACIÓN**

1.-El plazo máximo de admisión se acabará el 29 de Junio de 2001.

2.-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.

3.-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.

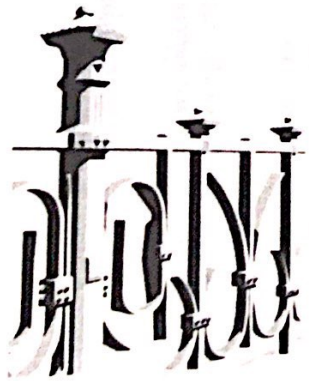
-Sujetos: selección de la/s muestra/s.

-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.



## RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

REMITIR ANTES DEL 29 DE JUNIO DE 2001

**PRORROGADO HASTA EL 30 DE AGOSTO DE 2001**

Autor .....

Centro .....

Nombre y dirección para la correspondencia .....

.....

Ciudad ..... D.P. .....

Tel ..... Fax ..... e-mail .....

Número de registro
(A rellenar por la organización) ☐☐☐

Número de registro
(A rellenar por la organización) ☐☐☐

Título .....

.....

**Comunicación:** ☐ Oral ☐ Póster ☐ Indistintamente



Escaneado con CamScanner

en la tabla y gráfico siguientes:

***GRÁFICO: 2.***
***TIPOS DE DISCAPACIDAD.***

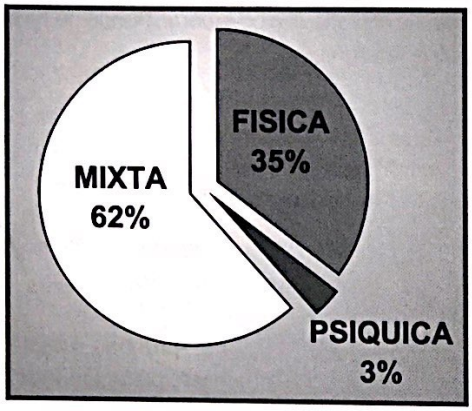
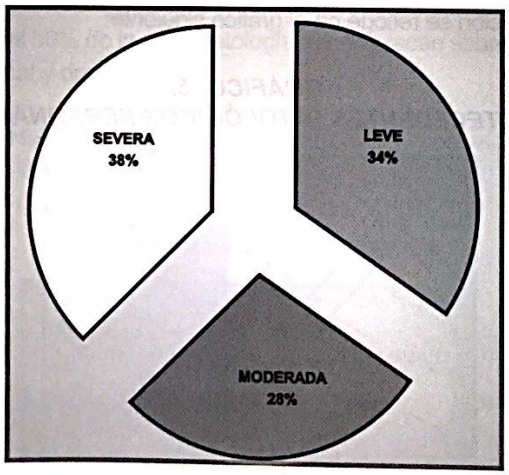



**TABLA 3: GRADOS DE DISCAPACIDAD**

| GRADO DE DISCAPACIDAD | Nº Residentes |
|---|---|
| Física leve | 7 (20%) |
| Física moderada | 1 (3%) |
| Física severa | 2 (6%) |
| Psíquica leve | 1 (3%) |
| Mixta leve | 6 (17%) |
| Mixta moderada | 8 (23%) |
| Mixta severa | 10 (28%) |

***GRÁFICO: 3.***
***GRADOS DE DISCAPACIDAD.***



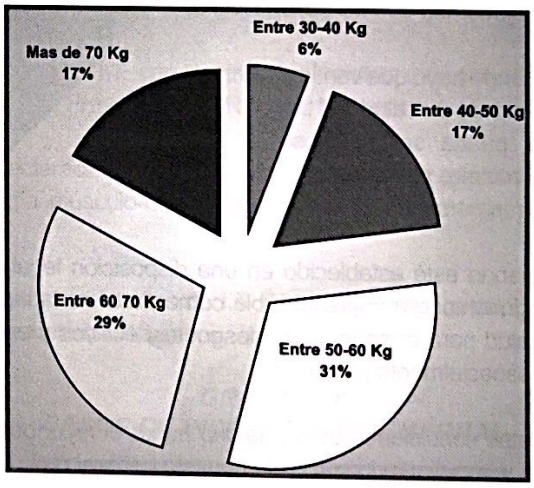

Se observa que el 66% de los residentes presenta un grado de discapacidad entre moderada y severa, lo que condiciona que presenten una alta dependencia de los trabajadores, y por tanto, una carga de trabajo elevada, tanto física como mental, factor que puede facilitar la aparición y/o el empeoramiento de las manifestaciones músculo-esqueléticas y psíquicas en dichos trabajadores.

El peso medio de los residentes asistidos es de 57.2 kg. (rango de peso 33.2-81.6 kg).

**TABLA 4:**
**PESO DE LOS RESIDENTES**

| PESO | Nº Residentes |
|---|---|
| Entre 30-40 Kg | 2 |
| Entre 40-50 Kg | 6 |
| Entre 50-60 Kg | 11 |
| Entre 60-70 Kg | 10 |
| Más de 70 Kg | 6 |

***GRÁFICO: 4.***
***INTERVALOS DE PESO DE LOS RESIDENTES.***




El 60% de los residentes tienen un peso entre 50 y 70 Kg. Este hecho, relacionado con el alto grado de discapacidad de un elevado porcentaje de residentes, hace pensar en una sobrecarga física importante por parte de los trabajadores en el desempeño de sus tareas.

**3. Vigilancia de la salud:**
**Reconocimientos médicos preventivos.**

En la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, dentro del capítulo II de Derechos y Obligaciones, se encuentra el Artículo 22 que trata sobre la vigilancia de la salud. En su punto 6 especifica que "las medidas de vigilancia y control de la salud, se llevarán a cabo por personal sanitario con competencia técnica, formación y capacidad acreditada".

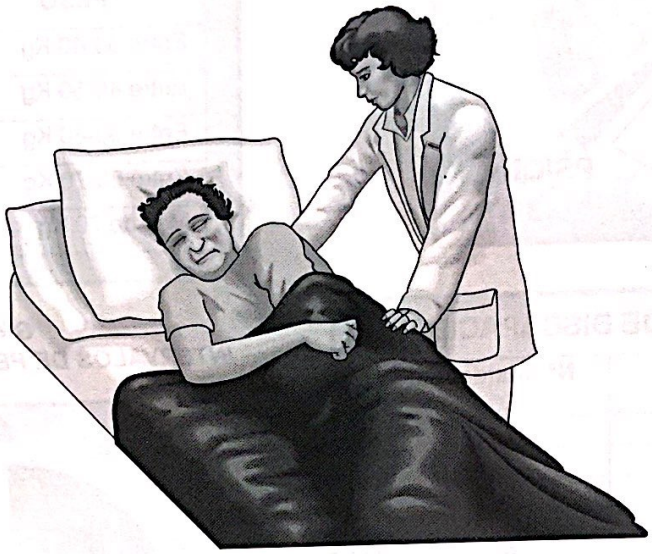
Asimismo, este Artículo recoge que es el empresario quien



Escaneado con CamScanner

garantiza la vigilancia periódica del estado de salud de los trabajadores, es decir, que el empresario debe disponer los medios y personas adecuadas para realizar esta vigilancia del estado de salud.

La vigilancia de la salud, sólo se podrá realizar cuando el trabajador de su consentimiento, es decir, que es voluntario por parte del trabajador el acudir a la realización de los reconocimientos de salud. No obstante, hay tres excepciones en las que el trabajador puede estar obligado a someterse a un reconocimiento médico:



a) Cuando sea necesario evaluar las repercusiones que las condiciones de trabajo pueden tener sobre la salud de los trabajadores.

b) Cuando haya que verificar que el estado de salud del trabajador pueda ser peligroso para sí mismo, sus compañeros u otras personas de la empresa.

c) Cuando esté establecido en una disposición legal que el reconocimiento sea imprescindible como parte de la vigilancia de la salud para protegerse de riesgos específicos y en actividades especialmente peligrosas.

En estas condiciones es obligatorio hacer el reconocimiento médico, y no voluntario como el supuesto general de la Ley.

Los Reconocimientos médicos se realizarán siempre respetando en todo momento el derecho a la intimidad, dignidad personal, así como a la confidencialidad. Los profesionales sanitarios estamos sometidos al secreto profesional. Los datos sanitarios son patrimonio del trabajador, siendo ésta la única persona que tiene derecho a conocerlos. Está claro que el acceso a esta información está restringido al personal sanitario que se encarga de la vigilancia de la salud del trabajador, no se puede informar a ninguna otra persona ni a la empresa sin el consentimiento expreso del trabajador.

Sin embargo, el empresario debe conocer la aptitud del trabajador para el puesto que desempeña o la necesidad de introducir mejoras en las medidas de protección y prevención del puesto de trabajo.

Desde este Servicio de Prevención del Gobierno de Navarra, se ofertó la posibilidad de realizar una evaluación general de salud a la totalidad de la plantilla de la residencia, 51 trabajadores. De ellos, voluntariamente han acudido al Reconocimiento médico 25, que corresponde al 49 % del total.

Cuando acuden al reconocimiento médico los trabajadores cumplimentan la Historia clínico-laboral, donde se recogen entre otros los datos referentes a:

-antecedentes patológicos personales y familiares

-sintomatología padecida desde el último reconocimiento

-pruebas complementarias y exploración médica

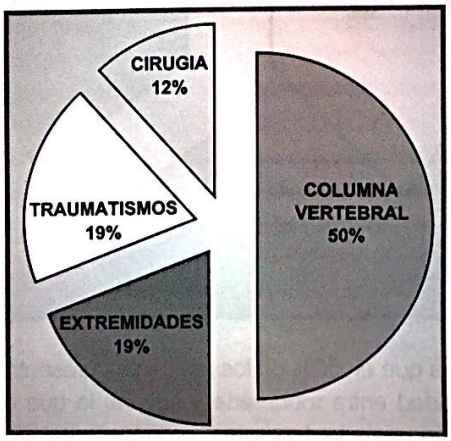
-historial laboral (trabajos anteriores)

-riesgos y tareas del puesto de trabajo

Se analizaron los datos obtenidos en las historias clínico-laborales referidos a patología músculo-esquelética dadas las características de las tareas a desempeñar por los trabajadores de la residencia, obteniendo los siguientes resultados:

1. En el apartado de antecedentes patológicos personales: 26 se correspondieron con procesos músculo-esquelticos, y su localización se recoge en el gráfico siguiente:

***GRÁFICO: 5.***
***ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES.***




2. Sintomatología músculo-esquelética: 24 procesos sintomáticos relacionados con dicha patología, siendo el DOLOR el síntoma predominante. Su localización se refleja a continuación:





Escaneado con CamScanner

***GRÁFICO: 6.***
***SINTOMATOLOGÍA MÚSCULO-ESQUELÉTICA.***

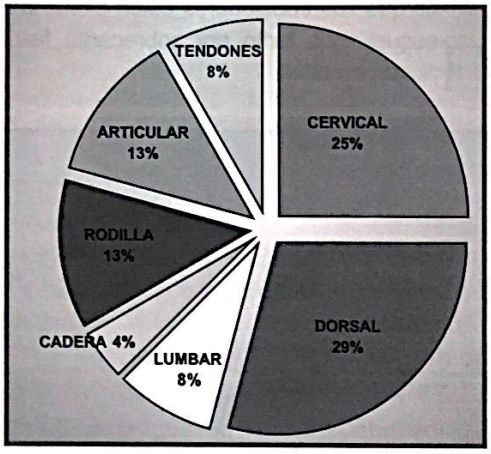


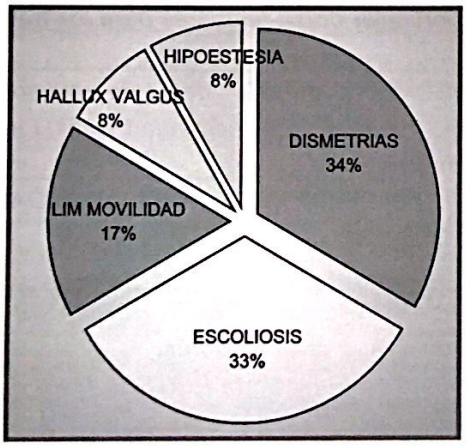

**TABLA 5**

| SINTOMATOLOGIA MÚSCULO-ESQUELÉTICA | Nº Procesos |
|---|---|
| Cervical | 6 |
| Dorsal | 7 |
| Lumbar | 2 |
| Cadera | 1 |
| Rodilla | 3 |
| Articular | 3 |
| Tendones | 2 |

Más del 50% de la sintomatología referida recae sobre columna cervical y dorsal.

3. 12 Hallazgos exploratorios relacionados con el sistema músculo-esquelético

***GRÁFICO: 7.***
***HALLAZGOS EXPLORATORIOS.***




Hay que destacar que la existencia de determinados signos exploratorios (dismetrías, escoliosis, etc), pueden favorecer la aparición de patología y/o sintomatologia músculo-esquelética.

**4. Incapacidad temporal**

Se entiende por Incapacidad Temporal (I.T.) aquella situación en la que se encuentra un trabajador que por causa de una enfermedad o accidente se encuentra incapacitado para el desempeño de su labor profesional de forma no permanente.

A las causas determinantes de la I.T. las llamamos contingencias. En función de si estas causas tienen o no relación con el trabajo se habla de contingencias profesionales o comunes.

En nuestro estudio, el total de procesos de I.T. recogidos durante el periodo en estudio fue de 41. Del total de trabajadores de la residencia (51), 23 sufrieron uno o varios procesos de I.T. (45%).

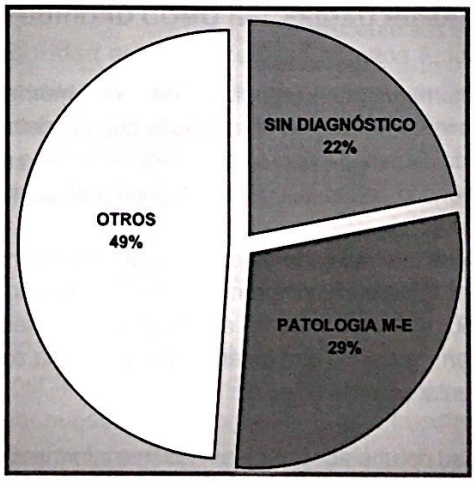
Los procesos de I.T. se clasificaron en tres grupos:

1. Datos de I.T. con diagnóstico médico desconocido por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales: 9 casos

2. Declaraciones de I.T. con diagnóstico no relacionado con patología músculo-esquelética (gripe, gastroenteritis, etc.): 20 casos.

3. Datos declarados de I.T. relacionados con patología músculo-esquelética: 12 casos.

***GRÁFICO: 8.***
***CASOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL.***

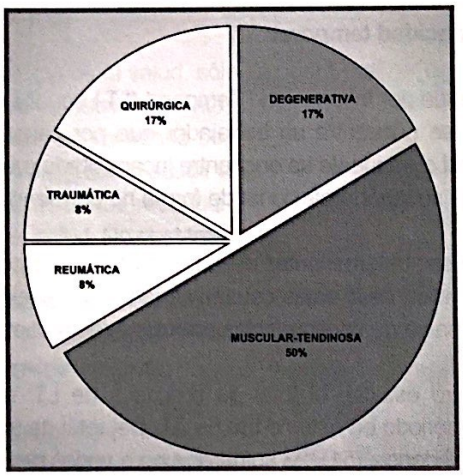



La etiología de estos procesos de patología músculo-esquelética se recoge en el gráfico siguiente:



Escaneado con CamScanner

**GRÁFICO: 9.**
**CASOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL MÚSCULO-ESQUELÉTICA.**




Destaca el origen músculo-tendinoso del 50% de los casos de I.T. y el alto porcentaje de causa degenerativa, (17%), dato que se puede relacionar con la edad media de los trabajadores de la residencia, de 42 años.

## CONCLUSIONES

Elevado porcentaje de trabajadores con riesgo alto de lesión músculo-esquelética relacionado con el desempeño de sus tareas profesionales (58% de trabajadores son cuidadores gerontológicos y celadores sanitarios).

Debido a que el peso medio del 60 % de los residentes oscila entre 50 y 70 Kg. y a que el 66% de los residentes presenta un grado de discapacidad moderado-severo existe una elevada posibilidad de daño músculo-esquelético debido a sobrecarga y sobreesfuerzos musculares.

La sintomatología recogida en el momento del Reconocimiento Médico se correlaciona con los datos de IT y con el grado de riesgo músculo-esquelético estimado a partir de las tareas encomendadas a cada categoría profesional.

Un 84% de los trabajadores de la residencia son mujeres, y de ellos, el 70% están comprendidos en un intervalo de edad entre 31-50 años. Si a ello se añade la doble jornada laboral que realizan, se estima que están sometidos a una sobrecarga física y mental considerable.

Necesidad de una adecuada formación e información actualizada, eficaz, completa, y abierta a una profundización permanente en manejo manual de cargas e higiene postural en el ámbito laboral y extralaboral.

Las conclusiones obtenidas y el método de recogida y análisis de datos empleado en la realización de este estudio se pueden considerar extrapolables a otros centros de características similares, en los que sus trabajadores estén expuestos a riesgos músculo-esqueléticos tanto por sobrecarga física como mental.

## BIBLIOGRAFÍA

*- NOTA TÉCNICA DE PREVENCIÓN 182/1986. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.*

*- III ENCUESTA NACIONAL DE CONDICIONES DE TRABAJO.Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.*

*- MANUAL DE ERGONOMÍA MAPFRE. Ferrer Velázquez Francisco. Madrid. Fundación Mapfre. 1995.*

*- RESIDENCIA PARA PERSONAS MAYORES. MANUAL DE ORIENTACIÓN. Coordinador, Pilar Rodríguez Rodríguez. 2ª edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana. 1999.*

*- LESIONES PROFESIONALES. Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. Instituto Navarro de Salud Laboral. 1999*

*- EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO EN LAS PEQUEÑAS Y MEDIANAS EMPRESAS. Guía del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. 2ª edición.*

*-REAL DECRETO 39/1997, del 17 de enero por el que se aprueba EL REGLAMENTO DE LOS SERVICIOS DE PREVENCION.*

*-REAL DECRETO 487/1997, de 14 de abril sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación manual de cargas que entraña riesgos, en particular dorso-lumbares para los trabajadores.*

*-REAL DECRETO 486/1997, de 14 de abril sobre disposiciones mínimas sobre seguridad y salud en los lugares de trabajo.*

*- MANUAL DE GESTION DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL. 2ª edición. Instituto Navarro de Salud Laboral. 1998.*

*- SALUD LABORAL. UN DEBATE PERMANENTE. Martín Galán, A. y colaboradores. Ed. Sindicato de Enfermería (SATSE). Madrid.1998.*



Escaneado con CamScanner

# EL MENSAJE POSITIVO EN SEGURIDAD

***Autor:***
Isabel Hernández Maestre

Enfermera del Servicio de Prevención
SOGECABLE
Madrid.

***Correspondencia:***
*IMaestre@cplus.es*

**INTRODUCCIÓN:**

Cuando los científicos han anunciado **el fin de las certidumbres[1] y todo lo sólido se desvanece en el aire[2]**, nuestra apuesta por la seguridad y la salud es un tanto arriesgada.

Cada vez asumimos más riesgos en el trabajo, en el ocio, en la vida, pero al mismo tiempo nos preocupamos más por la seguridad y la salud; esto forma parte de la condición humana, necesitamos saber en qué apoyarnos, y si algo falla buscamos otra idea, otra creencia que nos ayude a seguir en el mundo.

Vivimos, cómo afirma Beck, en La Sociedad del Riesgo. Mientras en la sociedad industrial la lógica de producción de riquezas domina a la lógica de producción de riesgos, en la actual sociedad del riesgo se invierte esta relación. La ganancia de poder del progreso técnico-económico se ve eclipsada cada vez más por la producción de riesgos, y estos riesgos ya no se limitan a lugares o a grupos, sino que tienen una tendencia a la globalización. La promesa de seguridad crece con los riesgos, y ha de ser ratificada una y otra vez frente a una opinión pública, alerta y crítica, mediante intervenciones cosméticas o reales.

La inseguridad en el empleo, y las nuevas formas flexibles de subempleo, van a propiciar una privatización de los riesgos de salud físicos y psíquicos del trabajo a causa de la deslocalización del trabajo remunerado. Las normas sobre seguridad en el trabajo quedan, así, al margen del contrato público en las formas de trabajo descentralizado[3].

**LA SEGURIDAD COMO NECESIDAD HUMANA:**

**La seguridad** es una necesidad humana fundamental, todos necesitamos, según V. Henderson, satisfacer 14 necesidades básicas, que son:

Respirar.
Alimentarnos.
Eliminar residuos.
Mantener posturas agradables.
Dormir y descansar.
Vestirnos adecuadamente.
Mantener la temperatura de nuestro cuerpo.
Proteger nuestra piel y conservar limpio nuestro cuerpo.
Evitar los peligros del medio ambiente.
Comunicarnos con los demás, expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
Practicar culto de acuerdo a nuestra fe.
Trabajar de tal forma que haya un sentido de provecho.

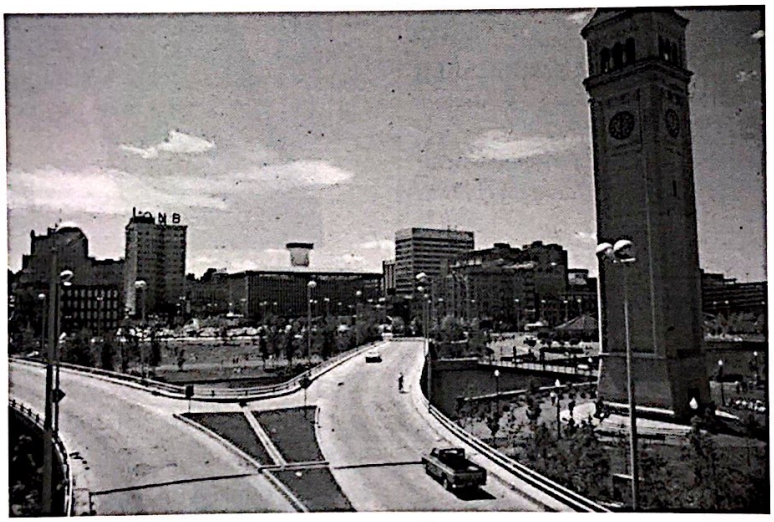


Escaneado con CamScanner

Participar en diferentes formas de ocio.
Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad.

Estas necesidades serán distintas según el estado de salud, la madurez, las costumbres personales y culturales del individuo. Cada una de las necesidades fundamentales tiene una dimensión biológica, psicológica, sociológica y cultural; las 14 necesidades forman un todo, y el objetivo de la Enfermería es la independencia de la persona para satisfacer sus necesidades[4]

**Evitar los peligros del medio ambiente externo e interno** es una necesidad importante para afianzar la seguridad física y psicológica, la satisfacción de esta necesidad y, como consecuencia la independencia –que es lo que se pretende–, puede requerir evitar un alimento para una persona que es diabética, administrar una vacuna antialérgica a un alérgico al polen, utilizar un arnés de seguridad para un trabajador que desarrolla su trabajo en altura o tomar un ansiolítico antes de hablar en público...



En una situación normal de trabajo el trabajador tiene cubiertas las necesidades fisiológicas, pero con frecuencia el trabajo –que es también una necesidad humana–, le hace someterse a un riesgo, y esto puede producir inseguridad. El enfermero del trabajo debe detectar esta deficiencia a través de la comunicación con el trabajador y proporcionarle recursos para que adopte comportamientos y actitudes seguras para su salud y para su seguridad.

**FUNCIONES DEL ENFERMERO DE SALUD LABORAL:**

Para V. Henderson "La función propia de la Enfermería consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos a la hora de su muerte), actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios. Igualmente, corresponde a la enfermera cumplir esta misión de forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible"[5].

Para Hildegarde Peplau, La Enfermería es un proceso interpersonal terapéutico y significativo, que funciona en cooperación con otros procesos humanos a fin de hacer alcanzable la salud a los individuos y a la comunidad. La Enfermería es un instrumento educativo, una fuerza que ayuda a madurar y que se propone facilitar el movimiento hacia una vida personal y comunitaria creativa, constructiva y productiva[6].

El modelo de Enfermería de Martha Rogers es eminentemente filosófico, e impulsa a las enfermeras y enfermeros a extender su interés hacia todo lo que pueda afectar al paciente/cliente como ser humano: las acciones de enfermería que propone tienden a regularizar de manera constante las relaciones entre el ser humano y su entorno, tanto a nivel fisiológico (alimentación-eliminación, sueño-vigilia, reposo-actividad) como a nivel Psico-social (comunicación, contacto e intercambio)[7].

En cualquier caso, queda de manifiesto que la principal función de Enfermería es la de **cuidar,** ya sea por medio de la suplencia o del autocuidado, a través de la interrelación enfermera-individuo o individuo-entorno, y que para ello debemos conocer las técnicas de comunicación.

**LA COMUNICACIÓN EN ENFERMERÍA DE SALUD LABORAL:**

**La comunicación,** en su aspecto pragmático, es una **conducta,** y **mensaje** es una unidad comunicacional. Una serie de mensajes intercambiados entre personas es una **interacción.**

Toda conducta es comunicación, no hay nada que sea lo contrario de conducta, **no hay "no-conducta",** es imposible no comportarse. Si se acepta que toda conducta en situación de interacción tiene el valor de mensaje, es decir, es comunicación, se deduce que, por mucho que uno lo intente, no puede dejar de comunicar.

Actividad o inactividad, palabras o silencio, tienen siempre el valor de mensaje; influyen en los demás, quienes a su vez no pueden dejar de responder a tales comunicaciones y, por tanto, también comunican. La comunicación no sólo tiene lugar cuando es intencional, consciente o eficaz,



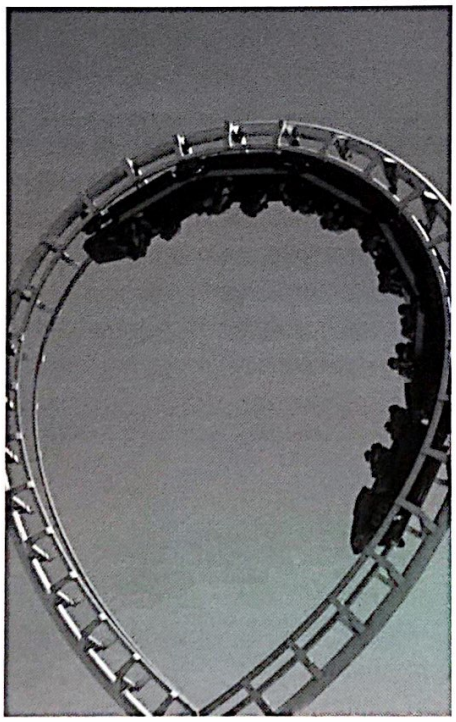
Escaneado con CamScanner

pero el mensaje emitido puede no ser igual al mensaje recibido.

**Toda comunicación implica un compromiso y, por lo tanto, define una relación; de otra manera, una comunicación no sólo transmite información, sino que al mismo tiempo impone conductas[8].**

**Para Jaime Llacuna[9], las palabras empleadas de forma positiva son signos que crean la realidad grupal, y pueden contribuir decisivamente en la prevención laboral, ya que establecen pautas de comportamiento concreto.**

Las palabras construyen la realidad; las personas, cuando estamos en un ambiente donde flotan palabras en un determinado sentido, acabamos por incorporar a nuestra conducta natural su significado. La realidad la interpretamos a través de los signos que la representan, pero cada persona puede ver una representación distinta; para unos volar significa libertad, para otros angustia. Y, por tanto, tenemos diferentes actitudes ante un mismo objeto.



**CAMBIO DE ACTITUDES:**

Una **actitud** es la asociación entre un objeto dado y una evaluación dada (Fazio, 1989), la Seguridad es un objeto actitudinal, y la evaluación corresponde al afecto que despierta en la persona.

En la fuerza de la asociación influyen tres procesos diferentes, aunque no todos con la misma intensidad:

Si la persona asocia el objeto con la evaluación por medio de un conocimiento amplio y detallado de las propiedades y características del objeto, nos encontramos ante un **proceso cognitivo,** tener información documentada sobre los mecanismos de transmisión del SIDA.

Si la evaluación surge de experiencias intensas, de carácter positivo o negativo, con el objeto de la actitud, el **proceso es afectivo,** tener una compañera que ha sufrido un accidente por inoculación de sangre de un paciente con SIDA.

Finalmente, es **conductual** si la evaluación surge de la implicación en cuanto a conducta de la persona con el objeto, si nos acostumbramos a ponernos guantes cuando hacemos una técnica de riesgo.

Como consecuencia, la actitud tiene tres componentes: **cognitivo, afectivo y conductual;** es decir, información, sentimiento y tendencias.

**La actitud en sí misma no es directamente observable, lo que observamos son las conductas.**

Una de las formas más difundidas de cambiar actitudes es a través de la comunicación. Nuestra vida transcurre en un mar de mensajes, recomendaciones, peticiones, órdenes, súplicas; sin embargo, no todos los mensajes persuasivos nos llegan a convencer, especialmente a aquellos a quienes va dirigido: la mayoría de los fumadores sigue fumando a pesar de los consejos del Ministerio de Sanidad, ya que hay factores psico-sociales que influyen en la mayor o menor eficacia de un mensaje persuasivo relativamente elaborado.

**Para que un mensaje cambie la actitud y la conducta tiene que cambiar previamente los pensamientos y creencias del receptor del mensaje,** y este cambio se produce cuando va acompañado de incentivos. Los receptores pensarán sobre los mensajes si los entienden, si los encuentran aceptables o interesantes, sino se resistirán. A veces los profesionales nos preguntamos por qué la gente no cambia de actitud cuando los beneficios que puede comportar están tan claros, y en muchas ocasiones simplemente es por que, al contrario de lo que ocurre en el campo de la pragmática de la comunicación, en cuanto al sentido de la comunicación, la misma palabra puede significar cosas distintas para las personas, lo que ha llevado a algunos pensadores a afirmar que la comunicación es imposible, no nos entendemos, utilizamos los mismos códigos, pero cada grupo de expertos o cada grupo social asigna un significado distinto una misma palabra.

**La eficacia del mensaje depende de:**

**La fuente:** quién es el emisor del mensaje: su experiencia, sinceridad, atractivo, semejanza con el receptor, poder...

**Del contenido** del mensaje: La calidad de los argumentos, incentivos que promete, organización, clari-



Escaneado con CamScanner

dad...

**Del canal de comunicación:** si es visual, auditivo, directo, indirecto...

**Del contexto:** relajado o serio, agradable o desagradable...

A la vez, estos elementos están mediatizados por ciertas **características de los receptores,** como su **susceptibilidad ante la persuasión,**

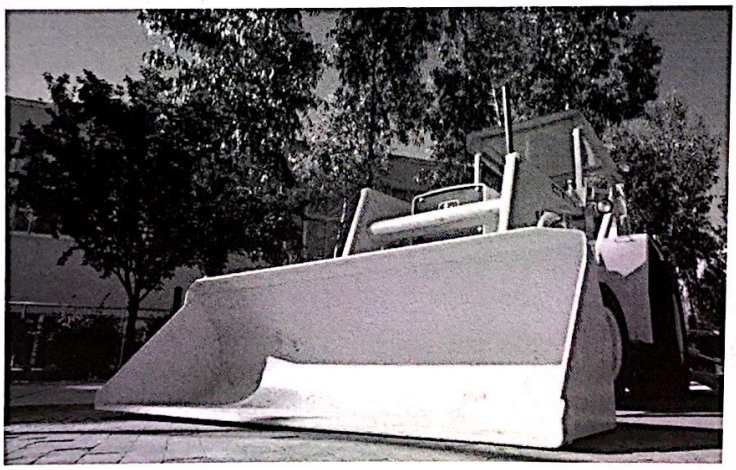
**su edad,**

**su nivel educativo,**

**sus creencias previas,**

**su autoestima, etcétera.**

**Los efectos psicológicos** que los mensajes pueden producir en los receptores son cuatro: **atención, comprensión, aceptación y retención,** y todos ellos son necesarios para que el mensaje persuasivo sea efectivo, es decir tienen que entenderlo.



Sin embargo, todos somos conscientes de que en muchas ocasiones somos persuadidos sin que apenas nos demos cuenta. Entonces la persuasión no es fruto del análisis que realizamos sobre la validez del mensaje cuanto fruto de alguna señal o característica superficial del mensaje.

**Pero el cambio de actitud que se produce por un camino de elaboración y aceptación del mensaje será siempre más duradero que el cambio de actitud basado en elementos externos.**

La probabilidad de elaboración depende de dos factores necesarios y simultáneos: **La motivación y la capacidad**

Pero veamos más detalladamente algunos de los elementos clave del proceso persuasivo:

En cuanto a **la fuente:**

Dos son las principales características que se han encontrado asociadas a las fuentes con mayor poder persuasivo: éstas son la **Credibilidad y el Atractivo.**

Hovlans y cols. sugirieron que cuanto más creíble era una fuente mayor sería su efecto en el cambio de actitud, pero ¿qué es lo que hace a una fuente creíble? Numerosas investigaciones[10] han demostrado que la credibilidad depende de dos dimensiones básicas: La competencia, esto se refiere a si el perceptor del mensaje considera que la fuente tiene experiencia y está informada o cualificada acerca de lo que dice.

Que a su vez depende de

La Educación,

La Ocupación,

La Experiencia,

De la fluidez en la transmisión del mensaje,

De la cita de fuentes que gozan de autoridad,

De la posición defendida por el emisor...

En este sentido, los enfermeros debemos no sólo que tener conocimiento sino demostrarlo y estar en continuo proceso de formación. Leer la prensa, ya que cada día los trabajadores nos preguntan acerca de cuestiones o artículos aparecidos en periódicos o revistas, y tenemos que preocuparnos de conocerlo y dar una opinión basada en nuestra experiencia y formación, o decir: "lo siento, de ese tema no te puedo aconsejar por que no tengo un conocimiento fundado", pero podemos remitirle al profesional que le puede ayudar en lugar de dar una respuesta para salir del paso. Lo cual puede suponer la pérdida de la confianza del trabajador y la falta de la siguiente dimensión, que es La sinceridad del emisor; ésta está influida por la percepción por parte del trabajador de la ausencia de afán de lucro, y cuando hablamos en contra de nuestro propio interés, en el contexto de la empresa, a veces esto resulta un problema, ya que cuando estamos reforzando conductas positivas en seguridad el trabajador desconfía de lo que le decimos –y esto sí pienso que es grave–, a veces nos ven como poco sinceros, pues creen que estamos defendiendo intereses del empresario y prefieren ponerse en manos de otros profesionales que, aunque su formación no sea oficial, los ven más sinceros por la falta de interés en cuanto al trabajo, y sobre el afán de lucro, a veces es incluso positivo, como lo nuestro es gratis, no lo valoran; valoran más lo que les cuesta dinero.

**El atractivo** de una fuente estará en relación con el receptor, pero si la fuente es atractiva para el receptor el mensaje puede ser más persuasivo. Además del atractivo, el poder y la semejanza también influyen en el mensaje persuasivo, en cuanto al poder depende de lo que el tra-

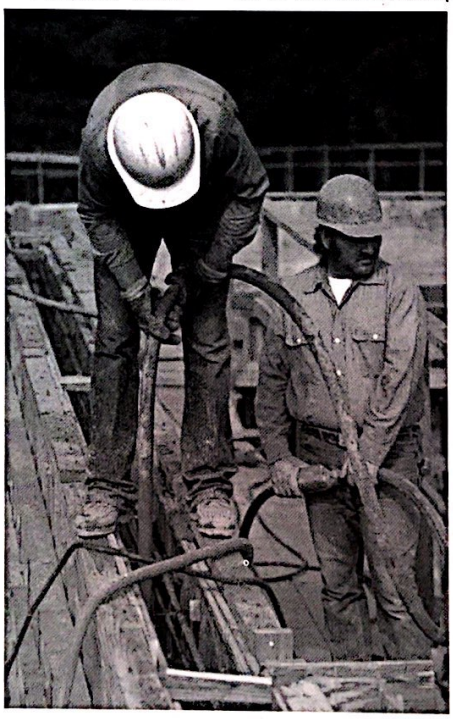


Escaneado con CamScanner

bajador interprete, es decir, si piensa que podemos ejercer un control sobre su conducta, la cambiará. En este sentido el médico tiene más poder para él, pero a veces pesa más la semejanza y aquí es el enfermero quien es considerado más igual al trabajador, y por tanto el mensaje puede ser más persuasivo.

Respecto al **Mensaje:** podemos servirnos de distintos tipos de mensajes, por un lado los Mensajes pueden ser:

**Racionales** en los cuales se presenta evidencia en apoyo de la veracidad de una proposición dada, o un mensaje **Emotivo,** en el cual se indican simplemente las consecuencias deseables o indeseables que pueden derivarse del mensaje. La forma de presentar el mensaje dependerá de la familiarización de la audiencia; en cualquier caso, parece que los mensajes emotivos de mayor eficacia son los de magnitud intermedia y, a ser posible, el mensaje será positivo, ya que a diferencia de los complejos efectos que producen las apelaciones al miedo, los mensajes positivos incrementan la probabilidad de que el trabajador dé la respuesta deseada cuando se encuentre en la situación y que permanezca en la.conducta positiva por más tiempo.



Los mensajes que debe transmitir un profesional de la sanidad deben ser racionales, es decir, deben estar basados en la razón y el conocimiento científico, tales como: debes hacer pausas cuando estés trabajando con tu pantalla de ordenador para prevenir problemas musculares y fatiga visual, y no del estilo de si no dejas de fumar tendrás un cáncer de pulmón; pero a la vez es cierto que cuando un trabajador observa cerca de él un accidente, o alguien cercano tiene una enfermedad, puedes reforzar el cambio de conducta apelando a la emotividad, reforzando las ventajas que obtendrá con el cambio.

Tendremos que decidir si los presentamos de forma **unilateral o bilateral:** los mensajes bilaterales parecen ser más efectivos que los unilaterales. Es importante ofrecer los pros y los contras, ya que si sólo explicamos los aspectos positivos el trabajador se sentirá defraudado o que no le hemos dado toda la información, y esto puede ser negativo para siguientes interacciones.

La Información la podemos dar de forma **estadística** o **basada en ejemplos;** parece que el mensaje basado en ejemplos, que describe de forma viva y detallada un acontecimiento, es más persuasivo que el basado en porcentajes, promedios y demás datos estadísticos (Taylor y Thompson, 1982). Para un trabajador, el porcentaje de personas que pueden verse afectadas por un problema no le dice mucho, ya que si él está afectado, en su caso es el 100% y quizá un ejemplo de alguien cercano que ha tenido su problema y ha aumentado su calidad de vida cambiando su conducta por otra más segura puede ser más eficaz.

Por último, podemos dejar la Conclusión **implícita** o hacerla **explícita,** dependiendo de los conocimientos que posea el receptor, de la complejidad del mensaje, etcétera; en general, un mensaje puede ser más persuasivo dejando la conclusión implícita para que sea el propio receptor el que la extraiga, incluso se incrementa la retención, en el caso de mensajes complejos o con poca motivación es mejor hacerla explícita. Cuando un trabajador hipertenso te pregunta: ¿qué me puede pasar con la tensión alta?, si le explicamos de forma clara y con palabras que pueda entender los mecanismos de la hipertensión y hacemos hincapié en la importancia de mantener unas cifras tensionales adecuadas, y el trabajador demuestra poco interés o duda de tus afirmaciones, entonces se puede reforzar el cambio de actitud haciendo explícitas las consecuencias de una tensión elevada durante tiempo.

Sobre El Receptor podemos destacar su **grado de implicación,** ya que es importante a la hora de producir un cambio de actitud; como se ha dicho antes, un trabajador que ha sufrido un accidente o que ha estado cerca de sufrirlo, será más susceptible de persuasión que otro que no tenga motivación. Cuando estamos curando a un trabajador que ha sufrido un corte con un cúter, o que se ha lesionado de más importancia por no usar los equipos de protección individual, podemos aprovechar para analizar con él cómo y por qué ha ocurrido el accidente y proponer posibles alternativas para evitarlo en el futuro, lanzando mensajes positivos, como de ahora en adelante procura usar el EPI para que esto no ocurra.

Y a la vez comunicar el accidente sin baja o el incidente del que nos enteramos de forma casual.

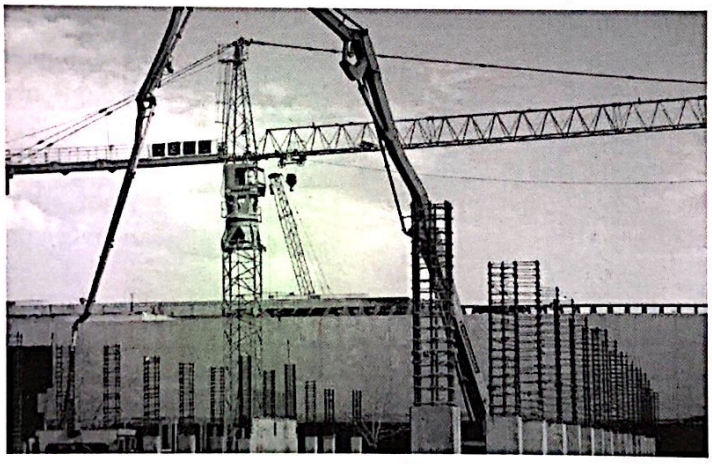
Un elemento que mediatiza el impacto del mensaje per-



Escaneado con CamScanner

suasivo es la **Discrepancia entre el mensaje y el receptor,** ya que las personas tendemos a buscar y recibir mensajes que concuerden con nuestras creencias y actitudes, y evitamos exponernos a mensajes que las contradigan (exposición selectiva), aunque prestamos atención a mensajes moderadamente discrepantes, especialmente cuando éstos parecen interesantes, novedosos o útiles; asimismo, tenemos tendencia a modificar o distorsionar el mensaje evitando lo que nos contradice, como siempre parece que los mensajes más eficaces son los de moderada magnitud, teniendo en cuenta que, cuanto más prestigio goza la fuente para el receptor, mayor es el nivel de contenido discrepante que se admite.

Cuando queremos persuadir a alguien de algo, generalmente no nos contentamos con que dicha persona acepte en ese momento los contenidos y recomendaciones de nuestro mensaje, queremos que en el futuro los efectos de la persuasión sigan vigentes.[11] Por ello hay que seguir reforzando las actitudes, y estar disponibles para cuando un trabajador nos quiera hacer alguna pregunta o aclaración a cualquier tema relacionado con su salud y su seguridad; es como las vacunas antialérgicas, hay que ir inoculando dosis de seguridad poco a poco, sin cansar, procurando hacerlo en el momento adecuado; por esto es muy importante que el enfermero forme parte de la empresa, conozca a los trabajadores y la idiosincrasia de la organización.



Como hemos visto, no hay una regla concreta para el cambio de actitud, depende de varios factores: en unos casos será el médico el que tenga que lanzar el mensaje, en otros el enfermero será el más accesible y el que influya debido a la cercanía que pueda tener para el trabajador.

Lo que es incuestionable es la importancia de la **consistencia,** cuando tratamos de producir un cambio en una mayoría lo que más influye es la consistencia de la minoría, el servicio de Prevención y la enfermería, en concreto, es una minoría dentro del colectivo de los trabajadores, y, además, una minoría que no tiene poder, ya que nosotros no podemos realizar los cambios en los procesos productivos ni sancionar o subir el sueldo; por tanto, debemos ser **consistentes**, esto es, nuestro mensaje, nuestra actitud y nuestra conducta deben ser positivos en cuanto a la prevención y promoción de la salud y a la seguridad, ya que si el trabajador ve discrepancias en el equipo no tendrá confianza en nosotros y esto no es bueno, porque no tomará en serio las medidas de prevención necesarias.

Hollander demostró en 1958 que, cuanto mayor es el crédito que tiene una persona, más confianza le otorgan sus semejantes, y, por tanto, puede actuar sin tener en cuenta a la mayoría. Un individuo en razón de su competencia, o por su adhesión a los objetivos del grupo, puede actuar de modo no conformista y ejercer influencia.

Una minoría puede convertirse en una minoría activa, en agentes propulsores de cambio, no sólo de arriba abajo ni a condición de poseer el poder, sino por la cercanía y la influencia que proviene de la necesidad sentida por el receptor debido a la existencia de incertidumbre. Cada miembro del grupo, independientemente de su rango, es una fuente y un receptor de potenciales influencias; es decir, no es un proceso asimétrico, sino recíproco, por cuanto la influencia se ejerce en dos direcciones, independientemente del estatus. Para que la minoría ejerza influencia es necesario que posea un **punto de vista coherente, una norma propia;** en resumen, es preciso existir y ser activo. Enfermería no solamente puede ejercer influencia, sino que debe influir tanto en los trabajadores para que tomen la responsabilidad sobre su propia salud y seguridad como sobre los demás integrantes del equipo aportando ideas y no conformándose con lo establecido.

"Cuando un individuo o un subgrupo influye en el grupo, el principal factor de éxito es el **estilo de comportamiento"**[12], es decir, la organización de los comportamientos y las opiniones, el cómo se desenvuelve y la intensidad de su expresión, lo que Moscovici llama **"la retórica del comportamiento y la opinión",** y éste será el de la consistencia de su comportamiento por la confianza que los trabajadores puedan prestar a partir de nuestra conducta y la seguridad que emane de nuestro comportamiento consistente más que la competencia: la mayoría toma en consideración nuestro punto de vista cuando es expuesto con coherencia y firmeza.

Los profesionales sanitarios como trabajadores también necesitamos seguridad, y por esto también es importante



Escaneado con CamScanner

la comunicación entre nosotros, la adopción de protocolos consensuados y tener claras las actitudes a reforzar entre los trabajadores. Si nosotros nos sentimos seguros podremos transmitir seguridad, si nuestro discurso es positivo fomentaremos actitudes positivas.

Vivimos en una sociedad que está perdiendo los referentes últimos.

Lo real deja de ser una red de seguridad para convertirse en un desafío, una apuesta, un riesgo.

Antes se tenía la esperanza de ganar la vida en el más allá, ahora intentamos preservar lo más posible la vida aquí, el riego de ganarse la otra vida se ha trasladado, literal y metafóricamente, a ésta.

Hacer de ese riesgo una amenaza, o al menos no sólo una amenaza, sino también un proyecto, es decir, evitar los malos riesgos y asumir los buenos, depende de la capacidad para soportar la incertidumbre.

Esto es difícil, ya que nuestra cultura siempre ha estado asentada en la certeza y nuestra sociedad, llamada ahora del riesgo, ha perdido la antigua solidez del suelo teológico racional. Occidente debe ahora reacondicionar sus brújulas en cada encrucijada. Y, hoy por hoy, todas parecen ser encrucijadas y de decisión insegura[13].

## BIBLIOGRAFÍA


[1] I. Prigogine
[2] M. Bergman
[3] Beck, U. "La Sociedad del riesgo". Paidós. 1998
[4] Adam, E. "Hacia donde va la Enfermería". Interamericana. 1982
[5] Henderson, V.: "Principios básicos de los cuidados de Enfermería". C.I.E. 1971
[6] Peplau, H.: "Interpersonal Relations in Nursing". Putnam' s Sons, 1952
[7] Poletti, R.: "Cuidados de enfermería: Tendencias y conceptos actuales". ROL. 1980
[8] Watzlawick, Beavin, Jackson., "Teoría de la Comunicación humana". Herder 1986.
[9] Llacuna, J. "Cultura de prevención y procesos comunicativos" en PREVENCIÓN TRABAJO Y SALUD.nº 1, 1999. INSHT.
[10] Hovland y Weiss, 1951. Bochner e Insko, 1966. O'Keefe, 1990. McGuire, 1985. etc.
[11] Morales, J. F. y cols. "Psicología Social" Mc Graw Hill. Cap. 19
[12] Moscovici, S. "Psicología de las Minorías Activas" Ediciones Morata. 1981
[13] Schnaith, N. "Paradojas de la Representación". Café Central. 1999.

**SIMPOSIO NACIONAL**
**ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MEDICINA DEL TRABAJO**

**"CONTROL DE RIESGOS LABORALES EN EL SISTEMA SANITARIO"**

**Madrid 26 y 27 de Octubre de 2001**

**INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO**

**170 Plazas**
**Reserva de plaza por riguroso orden de solicitud**

**Precio:**
Socios de las Asociaciones organizadoras-colaboradoras y alumnos.....20.000 ptas.
Otros.....30.000 ptas.

**Inscripciones**:
1) Secretaría de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo
Ciudad Universitaria Facultad de Medicina
Pabellón 8, 28040 Madrid
Teléfono 91 5435601
**Fax 91 5447073**

2) Secretaría de la A.E.E.M.T.
C) Fernández de la Hoz 61, 28003 Madrid.
Teléfono 91 5543678
**Fax 91 5360607**

**Lugar de celebración:**

**Aula Magna**
(Pabellón 8, Facultad de Medicina)
Ciudad Universitaria, 28040 Madrid





Escaneado con CamScanner

# Trabajando es imprescindible estar a salvo de riesgos

## 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.

## Gama de Productos Ergonómicos 3M

**Filtros 3M para pantallas de ordenador:**
Reducen el brillo y mejoran el contraste, contribuyendo al bienestar visual del usuario, y se colocan directamente en la pantalla sin ningún tipo de adhesivos o sistemas de sujeción axtraño.

**Reposamuñecas 3M:**
Diseñados con la tecnología Médica de 3M, evitan las molestias derivadas de las flexiones no neutrales de la muñeca, la mano y el antebrazo, realizadas al utilizar el teclado, o el ratón.

**Bandejas extraíbles de teclado 3M:**
Ayudan a mejorar la productividad, ofreciendo comodidad y eficacia.

**Soportes de Documentos 3M:**
Previenen la fatiga ocular y muscular, al eliminar los continuos cambios de enfoque entra pantalla y documento, y los movimientos repetitivos del cuello.

**Soporte de Monitor 3M:**
Gracias a sus cajones apilables, ayuda a cumplir las recomendaciones de los expertos sobre la altura idónea para visualizar la pantalla del ordenador.

**Reposapiés 3M:**
Contribuyen a reducir la tensión y el cansancio en las piernas, la espalda y el cuello, especialmente en aquellos casos en los que la silla no se ajusta a la altura del usuario.

Llamada Gratuita
900 210 584
3M Centro de Información al Cliente

Sistemas de Ergonomía 3M™

3M Innovación

Escaneado con CamScanner