



BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

Cómo citar este documento

Costas Herrezuelo, Nerea. Abordaje cualitativo de la percepción de Ergonomía en los/las DUEs del CHUVI. Biblioteca Lascasas, 2015; 11(4). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0867.php>

TFG en Enfermería

2012/2013



**Abordaje cualitativo de la
percepción de Ergonomía en
los/las DUEs del CHUVI**

Nerea Costas Herrezuelo

Mayo 2013

INFORME DEL DIRECTOR/A DEL TRABAJO

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA H. MEIXOEIRO

Francisco J. Álvarez Aragón, profesor asociado de la Escuela Universitaria de Enfermería del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, como director de este trabajo

INFORMA:

Que la memoria adjunta, titulada: “**Abordaje cualitativo de la percepción de Ergonomía en los/las DUEs del CHUVI**” ha sido realizada por la alumna Nerea Costas Herreruelo bajo mi dirección.

Considerando que constituye un Trabajo Fin de Grado, **AUTORIZO** su presentación en la Escuela Universitaria de Enfermería del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

Vigo a 26 de Abril de 2013

Fdo.- Francisco J. Álvarez Aragón

ÍNDICE

1. Resumen.....	1
2. Introducción.....	3
2.1. Ergonomía. Definición y objetivos.....	3
2.2. Áreas de especialización y temas de estudio.....	4
2.3. Metodología para la aplicación de la ergonomía.....	4
2.4. Estado actual del tema.....	8
3. Hipótesis y objetivos.....	17
4. Material y método.....	19
5. Cronograma de tareas.....	23
6. Resultados.....	25
6.1. Percepción y conocimientos en ergonomía.....	25
6.2. Perjuicio para la salud relacionado con el trabajo como enfermera/o.....	26
6.3. Causas /motivos relacionados con el trabajo que perjudican la salud.....	29
6.4. Medidas para evitar/mitigar los daños en la salud derivados del trabajo.....	35
6.5. Implicación de la institución en la salud del trabajador.....	38
7. Discusión.....	41
8. Conclusiones.....	45
9. Agradecimientos.....	47
10. Bibliografía.....	49
11. Anexos.....	55
11.1. Anexo I.....	55
11.2. Anexo II.....	57

LISTA DE ABREVIATURAS

AP: Atención primaria

BVS: Biblioteca Virtual en Salud

CHUVI: Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

DUEs: Diplomados/as Universitarios en Enfermería

EA: Eventos Adversos

ERGE: Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico

IT: Incapacidad Temporal

LDs: Días de libre disposición

PVD: Puesto de Visualización de Datos

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

TCAEs: Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería

TME: Trastorno Musculo Esquelético

TFG: Trabajo de Fin de Grado

UPRL: Unidad de Prevención de Riesgos Laborales

1. RESUMEN

Introducción: Los riesgos ergonómicos tienen una gran repercusión en el trabajo diario de los/las DUEs, a pesar de ello a nivel de prevención e investigación se le da una menor importancia a los riesgos ergonomía en comparación con otros riesgos. La mayor parte de los estudios sobre ergonomía y enfermería son llevados a cabo desde una metodología cuantitativa, la cual no integra el punto de vista del trabajador.

Objetivo: Conocer la percepción y conocimientos en Ergonomía de los/las DUEs de una unidad de medicina interna del CHUVI

Hipótesis: Los/las DUEs perciben la Ergonomía sólo desde el aspecto físico desconociendo los aspectos cognitivos y organizacionales.

Material y Método: Estudio cualitativo mediante entrevistas individuales abiertas de una duración aproximada de 60 minutos, a DUEs de un servicio de medicina interna del CHUVI. Posteriormente se llevó a cabo la transcripción de las entrevistas con el procesador de texto Word y el análisis del discurso con el programa informático Atlas-ti 5.0. Todos/as los/las participantes fueron informados del estudio por escrito por parte de la investigadora y firmaron el consentimiento informado. Se garantizó en todo momento la confidencialidad y anonimato de los datos.

Resultados: La percepción y conocimientos en ergonomía de los/las entrevistados/as no son demasiado claros. Hay un déficit ergonómico en el puesto de trabajo el cual repercute en las salud de los/las DUEs. Todas las medidas tomadas ante estos perjuicios son por iniciativa propia de los/as entrevistados/as. Prevalece la sensación de abandono y poca implicación por parte de la institución.

Conclusiones: La percepción y conocimientos de ergonomía de los/las entrevistados/as junto con las condiciones ergonómicas del puesto de trabajo, las cuales perjudican la salud de los/las DUEs, y la poca implicación al respecto de la institución; plantea la necesidad de mejoras ergonómicas para así lograr un mayor bienestar de los/las DUEs que repercutirá positivamente en la calidad asistencial.

Palabras clave: Ergonomía, enfermería, prevención, sanidad, cualitativo, riesgos.

2. INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

2.1. Ergonomía. Definición y Objetivos

El término ergonomía deriva de dos palabras griegas: ergo (trabajo) y nomos (leyes, reglas). Por lo tanto, en el estricto sentido de la palabra, significa leyes o reglas del trabajo

En agosto de 2000, el Consejo de la Asociación Internacional de Ergonomía (IEA) acuerda una definición que ha sido adoptada como “oficial” por muchas entidades, instituciones y organismos de normalización. Es la definición que figura en las actuales normas técnicas españolas: UNE EN-614-1:2006 e UNE-EN ISO 6385:2004.

“Ergonomía (o estudio de los factores humanos) es la disciplina científica que trata de las interacciones entre los seres humanos y otros elementos de un sistema, así como, la profesión que aplica teoría, principios, datos y métodos al diseño con objeto de optimizar el bienestar del ser humano y el resultado global del sistema...”

La ergonomía tiene en consideración factores físicos, cognitivos, sociales, organizacionales y ambientales con un enfoque “holístico”. Es una disciplina orientada a los sistemas, es decir, a conjuntos de elementos o componentes que interactúan entre sí y que se organizan de una manera concreta para alcanzar unos fines establecidos.

En el ámbito laboral, un sistema de trabajo comprende a: *uno o más trabajadores y al equipo de trabajo actuando conjuntamente para desarrollar la función del sistema, en un lugar de trabajo, en un entorno de trabajo, bajo las condiciones impuestas por las tareas de trabajo* (ISO 26800:2011) (1).

Los principales objetivos de la ergonomía son promover la salud y el bienestar, reducir los accidentes y mejorar la productividad de las empresas.

2.2. Áreas de especialización y temas de estudio

Ergonomía física: estudia cómo se relacionan con la actividad física diversos aspectos de la anatómica humana, la antropometría, la fisiológica y la biomecánica.

Temas: posturas de trabajo, manipulación de materiales, movimientos repetitivos, TME, diseño del puesto, y otros aspectos ligados con la seguridad y la salud en el trabajo.

Ergonomía cognitiva: se ocupa de estudiar cómo los procesos mentales, tales como, percepción, memoria, razonamiento, y respuesta motora, se afectan en la interacción entre las personas y otros componentes del sistema.

Temas: carga de trabajo mental, toma de decisiones, funcionamiento experto, interacción persona-ordenador, fiabilidad humana, estrés laboral y formación.

Ergonomía organizacional: se ocupa de la optimización de los sistemas socio-técnicos, incluyendo las estructuras organizativas, los procesos y las políticas.

Temas: comunicación, gestión de recursos humanos, diseño de tareas, horarios de trabajo, trabajo en equipo, diseño participativo, ergonomía comunitaria, trabajo cooperativo, nuevos paradigmas de trabajo, organizaciones virtuales, teletrabajo y gestión de la calidad (2).

Estos factores no pretenden ser una lista exhaustiva de temas de estudio ergonómicos.

2.3. Metodología para la aplicación de la ergonomía

El análisis ergonómico del puesto de trabajo, ha sido diseñado para servir como una herramienta que permita tener una visión de la situación de trabajo, a fin de diseñar puestos de trabajo y tareas seguras, saludables y productivas. Así mismo, puede utilizarse para hacer un seguimiento de las mejoras implantadas en un centro de trabajo o para comparar diferentes puestos de trabajo.

La base del análisis ergonómico del puesto de trabajo consiste en una descripción sistemática y cuidadosa de la tarea o puesto de trabajo, para lo que se utilizan observaciones y entrevistas, a fin de obtener la información necesaria. En algunos casos también son necesarios instrumentos de medición (ej. Goniómetros).

En ergonomía, ya sea para diseñar o concebir un nuevo sistema, o para evaluar uno ya existente, es imprescindible seguir los siguientes pasos: realizar un análisis del trabajo y las demandas de la tarea, tener en cuenta o conocer las capacidades físicas y psíquicas de los/las trabajadores/as, analizar el entorno y las condiciones de trabajo, evaluar la carga de trabajo y realizar un diseño definitivo del sistema o establecer las medidas correctoras pertinentes con el fin de aumentar la seguridad, la efectividad y el bienestar de los/las trabajadores/as (3).

Antes de emprender ninguna otra acción, es imprescindible analizar detenidamente la tarea que debe realizarse, con independencia de la persona o personas encargadas de llevarla a cabo, por lo tanto debemos obviar aspectos como la experiencia, edad, formación, etc., los cuales serán considerados posteriormente. El análisis conlleva la observación del trabajo realizado, identificación de las tareas (principales y secundarias), identificación de las operaciones realizadas en cada tarea, medición de la duración de las operaciones y análisis de las exigencias o demandas de las operaciones (4).

Conocer las capacidades físicas y psíquicas de los/las trabajadores/as, lleva consigo el análisis de las características personales del trabajador o de los/las trabajadores/as implicados en el proceso a analizar: edad, sexo, formación, conocimientos y experiencia, capacidades físicas y mentales, dimensiones corporales, estado de salud, etc. Con ello no se pretende seleccionar al personal más idóneo para una tarea, sino a la inversa, buscamos adaptar el trabajo a la persona que lo va a realizar, objetivo este de la ergonomía. Muchas de esas variables podremos obtenerlas mediante entrevistas o preguntando directamente a los implicados. Pero otras, más difíciles de obtener, como las capacidades físicas o mentales, habrá que estimarlas a partir de los resultados obtenidos en poblaciones similares y recogidos en investigaciones o publicaciones sobre el tema (5).

Para analizar el entorno y las condiciones de trabajo, tenemos que tener en cuenta una serie de aspectos que podemos clasificar en cuatro categorías: las condiciones ambientales, el diseño del puesto, las exigencias físicas y los aspectos psicosociales.

- Las condiciones ambientales abarcan las condiciones termohigrométricas (temperatura, humedad, velocidad del aire), las condiciones de iluminación específicas de cada tarea y el ruido en relación a la concentración y a la comunicación.

- Para analizar el diseño del puesto tenemos que tener en cuenta el espacio, superficie y altura a la que se realiza el trabajo, las máquinas, equipos o herramientas que se utilizan, el mobiliario y los mandos, señales o controles que el trabajador pueda usar.
- Las exigencias físicas abarcan todo lo referido a la carga física de trabajo, si el consumo metabólico es alto, si existe o no manipulación manual de cargas, si el trabajo exige el mantenimiento de posturas forzadas, realizar movimientos repetitivos etc.
- Los aspectos psicosociales están relacionados con aspectos relativos a la organización del trabajo como pueden ser las exigencias cuantitativas o cualitativas de la tarea, los canales de comunicación, la claridad de rol, el ritmo de trabajo etc. (6).

Una vez analizadas todas las cuestiones anteriores, se debe proceder a evaluar la carga de trabajo respondiendo a la pregunta ¿Qué coste o que riesgo supone la tarea a quien la realiza? Como se sabe, toda tarea conlleva unas determinadas exigencias para cualquier persona que vaya a realizarla. De esas exigencias va a derivarse siempre un coste para la persona, una carga de trabajo, que será diferente de una persona a otra, aunque las exigencias sean las mismas. Esto quiere decir que la evaluación de la carga de trabajo deberá hacerse individuo a individuo, lo que generalmente es complicado y costoso.

Si la carga es muy pequeña para quien la realiza, hablaremos de subcarga de trabajo, y si es muy elevada diremos que le supone una sobrecarga de trabajo. Evidentemente, uno de los objetivos en una evaluación ergonómica no es tanto evaluar la carga de trabajo, como el valorar si se dan situaciones de subcarga o sobrecarga, ya que de ello se pueden derivar ciertos tipos de trastornos o efectos negativos para la salud como pueden ser los trastornos músculo-esqueléticos, el estrés, trastornos visuales u oculares, etc. (5).

Cubiertas ya todas las fases anteriores se debe proceder a realizar, si es necesario, el diseño definitivo de la tarea o realizar las medidas correctoras o preventivas pertinentes. Esta fase es la más compleja de todas, pues es necesario integrar los múltiples factores analizados en las fases anteriores. En este punto, la mayoría de los autores destacan la necesidad de la participación de los/las propios/as trabajadores/as para la realización del proceso, tenemos que tener en cuenta que es necesario recoger información de los daños, molestias y quejas sentidos por los operadores o usuarios, a fin de poder analizar de manera idónea los problemas existentes y plantear

las oportunas medidas correctoras. También tenemos que tener en cuenta que en la mayoría de las ocasiones, nos encontramos con un sistema ya existente, lo que supone un serio inconveniente a la hora de aplicar los principios y criterios ergonómicos.

Como hemos visto, son múltiples los factores y variables que deben ser analizadas en cualquier estudio ergonómico. Por tal motivo, no es posible la utilización de un único método o instrumento que pueda ayudar a recoger los datos y a “medir” o evaluar todos los aspectos comentados anteriormente, sino que será necesario emplear más de uno, aún en los casos de estudios con objetivos muy sencillos.

Entre los métodos o técnicas más empleados citaremos los cuestionarios, las técnicas de registro en vídeo para el análisis de la tarea y de los movimientos, las técnicas higiénicas para la medición de los parámetros ambientales, los métodos de observación de las posturas de trabajo y las listas de comprobación (o checklist) para la evaluación del diseño de los puestos, etc. La elección de unos u otros métodos o técnicas dependerá de los objetivos que se hayan determinado previamente en el estudio y de las características de la tarea (6).

Enfermería se perfila como una profesión desde la época de F. Nightingale. A través de diversas organizaciones han luchado por su reconocimiento social y consecuentemente mejorar en las condiciones y oportunidades laborales.

En los últimos años, la enfermería ha avanzado con decisión para convertirse en una disciplina científica, ha comenzado a crear y a someter a prueba sus bases teóricas; a fomentar su desarrollo académico en el ámbito profesional; a aplicar su propia teoría a la práctica y a utilizar la práctica para enriquecer la teoría.

Dado que la principal actividad de los/las DUEs consiste en el tratamiento y el cuidado de enfermos, los principales riesgos laborales que sufren estos/as trabajadores/as provienen del contacto físico y emocional con los pacientes. Entre ellos destaca el contacto con enfermedades (tuberculosis, hepatitis B y C, SIDA, etc.), pinchazos y cortes, golpes y caídas, lesiones musculoesqueléticas ocasionadas por la carga de trabajo y la manipulación de enfermos y patología psicosocial (ansiedad, depresión, alteraciones digestivas, trastornos del sueño, etc.) impulsadas por situaciones de estrés/burnout(7).

2.4. Estado actual del tema

Para tener una idea de cómo había sido investigada con anterioridad esta temática se llevó a cabo una revisión bibliográfica a través de la base de datos Cuiden, Scielo, BVS y Cochrane a cerca de otros estudios publicados entre 2008-2013 relacionados con enfermería, ergonomía e investigaciones sanitarias con un enfoque cualitativo.

Destaca la escasa producción literaria respecto a la relación entre Ergonomía y Enfermería. El estudio “Producción académica en salud y seguridad en el trabajo en la Universidad Nacional de Colombia”(8), busca mediante revisión bibliográfica de los trabajos de los últimos 20 años, conocer las áreas de interés en sanidad y seguridad en el trabajo llegando a la conclusión de que existe una escasa producción académica, siendo esto más llamativo en el caso de la Ergonomía, lo cual representa solamente el 1,88% del total de la producción. En otro estudio similar “Riscos ocupacionais do enfermeiro atuante na estratégia saúde da família”(9), el cual realiza una revisión bibliográfica de la literatura Latinoamericana publicados entre 1998-2008, refleja que los riesgos ergonómicos y físicos son poco explotados literariamente y por la tanto es necesario llevar a cabo más estudios, de manera que los profesionales puedan utilizar una serie de medidas de bioseguridad más adecuadas y promover el autocuidado. La revisión bibliográfica realizada en “Condições ergonômicas do trabalho de enfermagem: análise da produção socializada entre os anos de 1998 e 2008”(10) analiza el conocimiento producido sobre las condiciones ergonómicas del trabajo de enfermería en ese lapso de tiempo, acreditando la urgente necesidad de realizar más estudios en el área de enfermería para cubrir los aspectos relativos al ambiente de trabajo y las actividades de enfermería, los riesgos de trabajo existentes, así como las condiciones de trabajo ofrecidas por las Instituciones empleadoras.

Los diferentes riesgos ergonómicos a los que Enfermería está expuesta, también están reflejados en los estudios. Cabe destacar entre todos los estudios revisados “Interacción entre riesgos ergonómicos y estrés laboral en el equipo de enfermería del Hospital Virgen del Valle de Toledo”(11) el cual analiza, mediante un estudio descriptivo transversal en 82 profesionales, los riesgos ergonómicos y el estrés para obtener evidencias científicas entre ambos, utilizando para este fin el cuestionario NSS para evaluar el estrés junto otro de elaboración propia para riesgos ergonómicos. En este estudio se obtuvieron datos relevantes en la relación entre enfermería y ergonomía.

Respecto a nivel de riesgo ergonómico un 32.9% de los encuestados se situó en el nivel medio y más de la mitad en el nivel elevado (56.1%), destacando el hecho de que cerca del 10% de se ubicaron en el nivel de riesgo ergonómico crítico(11).

Indagando entre los principales riesgos ergonómicos hallaron que el 47.6% de la muestra aseguró haber sufrido un accidente laboral, siendo en el 59.8% de los casos una patología lumbar.

En cuanto a elementos del ambiente físico en el que trabajan, un 76.8% considera que el espacio es insuficiente, el suelo irregular o resbaladizo (50%) y que además existen desniveles (37.8%).

La mayor parte de los encuestados (69.5%) asegura tener que realizar largos desplazamientos a la hora de llevar a cabo sus tareas. La mitad afirma que carece de apoyo personal y la otra mitad que carece de apoyo mecánico. También destacan la imposibilidad de ajustar el tamaño del mobiliario (62.2%), todo ello sumado al elevado número de pacientes a su cargo.

En cuanto a la fatiga laboral, casi la totalidad de la muestra asegura que las actividades de su jornada laboral le dejan extenuado y afirma que las actividades se realizan con presión, siendo imposible fijar el momento/duración de una pausa (93.9%).

En relación al esfuerzo postural, nos señala aspectos tan interesantes como que casi la totalidad de la muestra (89%) realiza movimientos de flexión de la espalda, torsión del tronco, flexión de las rodillas y elevación de brazos por encima de los hombros en ángulos inadecuados. Otro dato a cerca del esfuerzo postural al que está sometido el personal de enfermería es el mantener largos periodos en bipedestación (98.8%).

En la correlación entre riesgos ergonómicos y estrés laboral destaca:

- A mayor necesidad de ayudas técnicas en las tareas y mayor nivel de fatiga laboral, mayor estrés laboral.
- Los problemas con otros miembros del equipo de enfermería influyen en un mayor riesgo ergonómico.
- La carga de trabajo se correlaciona positivamente con la necesidad de ayudas técnicas en las tareas y con el nivel de fatiga.
- Las personas que han tenido alguna patología lumbar por causa de trabajo, al aumentar los riesgos ergonómicos aumentan los estresores laborales y viceversa.

- El haber sufrido un accidente laboral y/o patología lumbar está correlacionado positiva y significativamente con los riesgos ergonómicos.
- Existe correlación entre los estresores laborales a la hora de sufrir un accidente laboral y/o patología lumbar por causa de trabajo(11).

“Ferramenta para o gerenciamento preventivo dos riscos ocupacionais dos trabalhadores de enfermagem: mapa de riscos”(12), es un estudio descriptivo con enfoque cualitativo, utilizando el método de observación sistemático participante en el cual 17 profesionales de enfermería fueron incluidos. Este estudio engloba dentro de riesgos ergonómicos la “repetitividad de movimientos representados principalmente, por la preparación de medicaciones (apertura de ampollas, aspiración de soluciones con ayuda de jeringas y agujas y manipulación de equipos), posiciones inadecuadas durante el movimiento del paciente en la cama; manipulación constantes de monitores, bombas infusoras y mesas auxiliares próximas a la cama del paciente; movimiento y transporte de pacientes; uso de sillas no ergonómicas en los locales del servicio con ausencia de soporte para los pies y alineamiento de los miembros inferiores exigiendo a los profesionales esfuerzo físicos intensos; reposición del material de consumo en el puesto de trabajo con flexiones inapropiadas de la columna vertebral”. También se evidencia que “...los/las trabajadores/as de enfermería se encuentran expuestos a todo tipo de cargas, y que en la organización del hospital, existe poca preocupación relacionada con los aspectos de protección, promoción y mantenimiento de la salud de sus funcionarios,...”(12).

La relación entre Ergonomía en sanidad y TME se pone de manifiesto en “Enfermagem do trabalho e ergonomia: prevenção de Agravos à saúde”(13) un estudio de revisión de la literatura, donde las quejas sobre problemas de salud, relacionados con el sistema musculo-esquelético, representan una de las principales causas del sufrimiento en la enfermería profesional.

Entre las diversas alteraciones mencionadas, las principales se relacionan con movimientos violentos e irregulares y posturas forzadas del cuerpo. La carga de estrés mental tiene importante influencia en el desarrollo del dolor muscular, previamente atribuidas solamente al levantamiento de pesos, posturas inadecuadas y trabajo repetitivo. En el estudio descriptivo cuantitativo con 226 trabajadores/as de diferentes categorías profesionales, “Lesiones osteomusculares en trabajadores/as de un hospital Mexicano y la ocurrencia del ausentismo”(14) se observó que las lesiones osteomusculares “causan ausentismo en el trabajo hospitalario y merecen ser investigadas con la finalidad de planificar estrategias preventivas y de promoción de la

salud de los/las trabajadores/as del hospital”. “Los/las trabajadores/as refirieron síntomas osteomusculares como indicadores de morbilidad, siendo más frecuentes los síntomas de la región lumbar, seguido por la región cervical”.

En este estudio reseñaba que en una investigación sobre ausentismo en hospitales españoles mostro que las enfermedades músculo-esqueléticas presentaron mayor duración media de ausentismo laboral (15).

La percepción de los riesgos ergonómicos por parte de los/las trabajadores/as se ha realizado mayoritariamente mediante cuestionarios, como en el estudio “Validación de un cuestionario para identificar daños y exposición a riesgos ergonómicos en el trabajo”(16) el cual es “destinado a su uso en programas de ergonomía participativa cuyo principio de acción son las percepciones de los/las propios/as trabajadores/as, y no tanto los resultados de evaluaciones técnicas en sus puestos de trabajo”. Se muestra que(12) “En nuestra experiencia como gestores de cuidados de enfermería, identificamos la necesidad de buscar un instrumento facilitador que podría representar los riesgos del lugar de trabajo profesional, fomentando la participación de todos los empleados, dirigiéndolos a la prevención, detección y el diagnóstico precoz de lesiones en la salud relacionados con el trabajo, lo que contribuye a un ambiente seguro y saludable”. Otros autores destacaron(10) que era importante la orientación de los profesionales hacia los riesgos a los que están expuesto y los posibles daños que pueden sufrir, bien como se torna imprescindible el acceso de estos profesionales a cursos de reciclaje y actualización, procurando así, disminuir el impacto de las lesiones osteomusculares y cervicodorsolumbalgias en los mismos. A través de la intervención ergonómica, la concepción y la corrección, torna importante que el trabajador reconozca los agentes ergonómicos provenientes del ambiente del trabajo hospitalario y saber proceder ante el agente causal de riesgo, al fin de preservar su salud.

Se refleja que la mayoría de esos problemas(13) pueden ser reducidos mediante acciones preventivas implementados por empleados y empleadores, contribuyendo así a la mejoría de las condiciones laborales y de salud de los/las trabajadores/as.

En otros estudios se recoge la importancia de la formación del personal de Enfermería en Ergonomía para beneficio de la salud de las enfermeras/os, lo cual repercute positivamente en el cuidado de los pacientes. La revisión bibliográfica, “Análisis conceptual de los eventos adversos en la atención hospitalaria y rol de enfermería en su detección y control”(17) demuestra que la propuesta de incorporar la ergonomía como una multidisciplina, permitirá ampliar la mirada y contribuir más eficientemente a la gestión del cuidado. Esto también es reflejado en el estudio cuantitativo, de tipo

descriptivo, retrospectivo, “Protegiéndonos ganamos en salud y ahorramos en recursos”(18) el cual refleja la importancia de tener conocimientos acerca de los riesgos ergonómicos, para así poder concienciar de la importancia de adquirir buenos hábitos posturales a la hora de trabajar y evitar las posibles consecuencias de los malos hábitos como pueden ser las lesiones musculoesqueléticas que conllevan a IT. El artículo “La importancia de la ergonomía para los profesionales de la salud”(19) destaca que “Es importante incluir en la formación de los profesionales de la salud conceptos de ergonomía, ya que, si los agentes causales persisten en el medio ambiente laboral, los tratamientos no serán efectivos y los/las trabajadores/as seguirán reiterando síntomas que les alteran su bienestar físico y mental”.

Hay que destacar que aunque la función de enfermería es el cuidado, no se puede olvidar el cuidado del personal de enfermería. Se comprobó(10) que los profesionales de enfermería continúan adoleciendo, lo que se vuelve una contradicción ya que éstos/as trabajadores/as contribuyen preservando la vida y la salud, pero aun no consiguieron resolver los problemas relativos a su propia protección. Por lo tanto(11) el cuidado no sólo debe comprender al paciente, sino que debe extrapolarse al profesional que cuida. Aun conociendo las normas e incluso transmitiéndolas, en muchas ocasiones los profesionales de enfermería hacen caso omiso de las pautas más básicas para proteger su propia salud en el entorno laboral. La elevada presión asistencial que caracteriza a estas unidades hace que se incumplan principios ergonómicos generales(11).

La efectividad de la aplicación de la ergonomía está demostrada en múltiples estudios(13) que reflejan mejorías en los ambientes de trabajo mediante medios preventivos, derivados de la ergonomía. Estas evoluciones pueden ser observadas gracias a un adecuado planteamiento en la distribución de los dispositivos y materiales, organización del mobiliario, iluminación adaptada, control del ruido, estructuración de las actividades, incluso de nuevos dispositivos de trabajo y/o modificación de los existentes. Destaca (11) que el personal que había recibido formación ergonómica obtenía menores puntuaciones que los que no y por tanto tienen un menor riesgo de padecer lesiones musculoesqueléticas. En el estudio longitudinal, prospectivo cuasi-experimental “Exercícios físicos e seus efeitos nas queixas Osteomusculares e na satisfação do trabalho” (20) muestra mediante un programa de ejercicios físicos y de orientaciones postural que hubo una reducción en el número de quejas osteomusculares.

La correcta aplicación de la ergonomía en enfermería también repercutiría a nivel preventivo de los EA. La evidencia sugiere(17) que la incorporación de la ergonomía, como multidisciplina que analiza integradamente los factores que afectan a las personas en su trabajo, es indispensables para investigar la causalidad de los EA, por ello resulta fundamental considerar que el equipo de profesionales que participen en la evaluación de los EA, reciba capacitación formal en análisis de causalidad, con un enfoque ergonómico adaptado a los sistemas de salud.

El informe de resultados estadísticos de siniestralidad en el de área de Vigo, elaborado por la UPRL, presenta un análisis de los datos sobre daños a la salud, enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, con y sin IT en el centro de trabajo, registrados en el año 2012 en el CHUVI (complejo hospitalario universitario de Vigo) y en la Gerencia de AP de Vigo.

El estudio de los datos permite extraer la información necesaria para diseñar e implantar políticas dirigidas a minimizar el impacto de las enfermedades profesionales y de los accidentes de trabajo.

En 2012 se declararon 20 enfermedades profesionales, de las que 11 corresponden a lesiones musculoesqueléticas.

De los accidentes de trabajo con IT de DUEs del CHUVI, el 53% fueron por caídas y el 17% por sobreesfuerzos. Teniendo en cuenta todo el personal del CHUVI, el 34% fueron por caídas, el 28% por sobreesfuerzos y un 15% por golpes.

El análisis del enfoque cualitativo es puesto de manifiesto en el artículo “Investigación cualitativa vs cuantitativa: ¿dicotomía metodológica o ideológica?”(21), el cual recoge que la enfermería es la disciplina más implicada en el desarrollo de estudios cualitativos, posiblemente ligado al hecho de experimentar a diario el sufrimiento humano personalizado. Esto es consecuencia del concepto holístico del cuidado sobre el que se asienta la profesión enfermera. Hay que prestar atención no solo a los datos y signos, sino a la vivencia de la enfermedad por parte del enfermo y la familia. Desde las últimas décadas del siglo pasado los estudios cualitativos han proliferado en el área de salud y en particular en Enfermería. En el marco actual, con el Grado en Enfermería y la presentación de Tesis Doctorales realizadas por enfermeras que suponen un reto y un impulso a la investigación en cuidados, se dan las condiciones idóneas para que la sanidad adquiera un compromiso firme con la investigación enfermera. La revisión bibliográfica “Investigaciones con enfoque cualitativo en la atención primaria de salud”(22) remarca la importancia del enfoque cualitativo en los estudios en AP para el perfeccionamiento del conocimiento y del desarrollo de

programas. La referencia a publicaciones existentes permite considerar problemas de AP que pueden ser investigados cualitativamente.

La evaluación de riesgos es la base para una gestión activa de la seguridad y la salud en el trabajo. Las instituciones incorporan cada vez más la opinión y perspectivas de sus trabajadores/as en el diseño y desarrollo de sus planes estratégicos. “Abordaje cualitativo de la gestión del riesgo: vivencias del personal de enfermería”(23) es un claro ejemplo de estudio cualitativo el cual enfoca la cultura de la seguridad y la salud laboral en el personal de enfermería clínica hospitalaria, obteniendo del estudio diversas categorías y subcategorías de la temática investigada.

Por todo lo expuesto anteriormente, es una situación ampliamente reconocida que el personal de enfermería está en constante exposición a diversos riesgos laborales según la naturaleza del agente: físicos, químicos, biológicos, psíquicos y/o sociales, siendo los riesgos físicos y ergonómicos los menos explotados literariamente.

Este estudio se centra en los problemas ergonómicos de los/las DUEs, ya que tienen una gran repercusión en el desarrollo de nuestras actividades diarias y debido a que la relación entre lesiones-absentismo- prevención de lesiones ergonómicas no refleja los resultados esperados. También destaca que a nivel de prevención e investigación se le da una menor relevancia a la ergonomía en comparación con otros riesgos a los que estamos expuestos/as.

Por lo tanto, es necesario llevar a cabo más estudios sobre este tema, de manera que los profesionales puedan utilizar una serie de medidas de seguridad más adecuadas y promover el autocuidado entre estos profesionales.

Al realizar algo tan simple como una búsqueda en Google de las páginas editadas en España con la frase “investigación cualitativa en enfermería”, hallaremos 8.520 entradas frente a 79.300 si la frase es “investigación cuantitativa en enfermería”. Ante la escasez de producción literaria con este enfoque y las características del mismo, es considerada la aplicación de una metodología cualitativa útil para mostrar la percepción de ergonomía y los subtemas que implica (conocimiento de riesgos, prevención, opinión acerca de las diferentes medidas, etc.) bajo la visión de los/las DUEs, ya que no se encontró ningún estudio que enfoque la percepción de Ergonomía y su utilidad en prevención de riesgos desde la perspectiva del trabajador. Esto sería de gran valor para el desarrollo de futuras medidas de prevención, ya que se basarían en la experiencia laboral de los/las trabajadores/as de este medio y de este modo se podría llegar a una gestión de las medidas oportunas entre trabajadores/as y gestores.

Este estudio se llevó a cabo en el servicio de Medicina Interna del CHUVI debido a que este servicio tiene un elevado número de pacientes con gran demanda asistencial, lo que implica una mayor exigencia física y mental por parte de los/las DUEs.

Por todo esto pretendo llevar a cabo un estudio cualitativo que refleje la percepción de los/las DUEs en Ergonomía y los diferentes aspectos que abarca.

3. HIPOTESIS Y OBJETIVOS

3.1. HIPÓTESIS

Los/las DUEs del servicio de medicina interna de un hospital del CHUVI perciben la Ergonomía sólo desde el aspecto físico desconociendo los aspectos cognitivos y organizacionales.

3.2. OBJETIVO

3.2.1. Conocer la percepción que tienen los/as DUEs, del servicio de medicina interna de un hospital del CHUVI, en Ergonomía y los aspectos que abarca:

- Las condiciones ambientales en su trabajo.
- El diseño del puesto de trabajo.
- Las exigencias físicas en su trabajo.
- Los aspectos psicosociales de su entorno laboral.

3.2.2. Conocer las medidas ergonómicas aplicadas por los/las DUEs y la Institución sanitaria, desde las perspectiva de los/las DUEs.

4. MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de una investigación exploratoria descriptiva, de enfoque cualitativo, realizada durante los meses de Marzo-Abril de 2013 en el servicio de Medicina Interna de un hospital del CHUVI. No se menciona el nombre del hospital en cuestión para así preservar la confidencialidad de la identidad de los participantes a la hora de divulgar los resultados.

De un total de trece trabajadores/as DUEs, que componían la plantilla de dicha unidad, se incluyeron como sujetos participantes del estudio diez. Este número disminuyó a cuatro participantes debido a la rápida saturación de los campos semánticos o del habla ocurrida y relacionada con la intensa homogeneidad inclusiva que caracterizaba dicha población de estudio.

Fue criterio de inclusión en este estudio ser DUE en el servicio de Medicina Interna del CHUVI, en cualquier turno (rotatorio continuo o fijo) y que de forma voluntaria quisiera participar en el estudio y firmase un consentimiento informado en donde se explicaba en qué consistía y la finalidad del estudio, a la vez que aseguraba la confidencialidad de los datos obtenidos.

Fueron excluidos los/las DUEs que no pertenecen a esta unidad, o que dentro de esta unidad estaban de vacaciones o de día/s de libre disposición. También el rehusar participar en el estudio o no firmar el consentimiento informado fueron criterios de exclusión.

Los datos fueron recogidos mediante la realización de entrevistas abiertas. Se utilizó una guía o guión de preguntas, elaboradas por los investigadores, sobre los temas que se deseaban explorar. Las preguntas estaban redactadas en un orden que podía ser alterado según criterio y conveniencia del entrevistador. La temática de las preguntas versaba sobre el concepto de ergonomía y los subtemas que engloba (Riesgos laborales percibidos, Accidentes y enfermedades, Educación y prevención de accidentes, etc.). Dichas preguntas se adjuntan en el anexo I.

Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas por la persona que las realizó utilizando el procesador de texto "Word". Para el análisis de las entrevistas se utilizó el programa informático Atlas-ti 5.0. El análisis de los datos se realizó siguiendo el diseño de análisis de Taylor y Bodgan(24) que está compuesto por tres etapas o fases:

I.- Descubrimiento (FASE I)

Tras lectura de la totalidad de los datos obtenidos durante la investigación se localizaron los temas emergentes. A partir de éstos se elaboraron tipologías o esquemas de clasificación, que facilitaron la identificación y el desarrollo de conceptos y proposiciones teóricas.

II.- Codificación (FASE II)

Se realizó un proceso de sistematización de toda la información recogida a través de los siguientes pasos:

- 1.- Desarrollando categorías de codificación (“elementos que comprenden una variable cualitativa”)
- 2.- Se clasificaron o indexaron todos los datos obtenidos en la investigación a una y sola categoría. A medida que se realizaba la indexación de los datos de la investigación las categorías fueron variando (disminuyendo en número y/o redefiniendo su alcance).
- 3.- Se realizó el análisis de los datos obtenidos y ya clasificados.

III.- Relativización de los datos (FASE III)

Donde se interpretaron los datos recogidos teniendo siempre presente el contexto y la forma o modo en que fueron obtenidos. Para ello se tuvo en cuenta:

- Qué datos obtenidos fueron solicitado por el investigador durante la entrevista y cuáles fueron obtenidos sin ser solicitados.
- Posible influencia del investigador y otras personas sobre los datos obtenidos.
- Las fuentes de donde se obtuvieron los datos.
- Los presupuestos teórico-morales del entrevistador

Así a través del análisis comparativo de los datos recogidos en las entrevistas, se obtuvo un material discursivo que permitió aislar las principales representaciones relacionadas con la Ergonomía y percepción de los/as DUEs en este tema. Las diferentes etapas de la codificación tuvieron como objetivo resaltar las diferencias y similitudes entre los datos para delimitar sus características, sus relaciones y sus variaciones.

Para dar mayor fortaleza a los hallazgos y resultados obtenidos tanto en la observación como en el análisis del fenómeno estudiado se recurrió a realizar una triangulación de investigadores(25), implicando a dos profesionales enfermeros provenientes de diferentes disciplinas: uno experto en UPRL y otro en Antropología Social y Cultural

Las entrevistas transcritas fueron codificadas de la siguiente manera con la finalidad de garantizar la confidencialidad de los informantes:

ES: Enfermera/o supervisora (Informante Clave).

EV1: Enfermera/o más antiguo/a en plantilla.

EV2: Segunda/o Enfermera/o más antiguo/a en plantilla.

EH: Enfermero hombre.

De todo (grabación y transcripción) se guardó una copia de seguridad en un dispositivo digital de almacenamiento externo.

Las entrevistas transcurrieron en una sala de la biblioteca del Hospital Xeral y fueron previamente concertadas con antelación suficiente para su organización con el personal de enfermería de este servicio y con la ayuda y colaboración de la supervisora de enfermería de este servicio.

Para la realización de este estudio se pidió permiso por escrito al Gerente y a la Dirección de Enfermería del Hospital. El personal de enfermería entrevistado consintió mediante la firma de un escrito, entregado con anterioridad a la entrevista (al menos 24 horas), el uso de los datos obtenidos de manera anónima. Dicho escrito se adjunta en el anexo II.

Cuestiones éticas:

1. Constituye un aspecto imprescindible el mantenimiento de la confidencialidad de los participantes en el estudio.
2. Los riesgos para los participantes del estudio, son prácticamente nulos y son totalmente proporcionales a los beneficios y conocimientos previstos.
3. Los datos se controlan para garantizar la seguridad de los participantes.
4. El principio de respeto a las personas que han formado parte de este estudio exige que otorguen su consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación. Dicho consentimiento revela información adecuada para que el individuo pueda tomar la decisión de participar o no. El Anexo II corresponde al modelo de consentimiento informado.

5. CRONOGRAMA DE TAREAS

TAREAS	Enero	Febrero	Marzo	Abril
Hipótesis y objetivos	X			
Antecedentes del problema y estado actual del tema		X	X	
Material y Método		X	X	
Recogida de datos y análisis			X	X
Resultados, discusión y conclusiones				X
Bibliografía, anexos, índice y resumen				X
Entrega del TFG				X

6. RESULTADOS

En el análisis primario de las entrevistas se obtuvieron un total de 234 citas agrupadas en 57 códigos. En un segundo tiempo de la codificación, establecimos la relación entre varios códigos, realizado así familias de códigos. Cada familia remite a una categoría de la percepción de ergonomía. Se obtuvieron un total de 4 familias, en las cuales se agruparon los códigos.

6.1. Percepción y conocimientos en ergonomía

Todos los entrevistados/as tienen una idea muy similar en cuanto a la percepción de ergonomía, la cual se manifiesta como la relación entre el trabajo y la salud física, sin ser nombrada en ninguna de las entrevistas la salud mental como parte de la ergonomía.

EV: *“Lo que me imagino es que es la actitud que tienes en posturas al trabajar, me imagino que será eso. Yo creo que engloba la postura, la respiración ósea, no solo a nivel postural si no tu enfrentamiento a tu trabajo...pues estas trabajando no solo con la persona si no con todo el material, cama, espacios, ventilación, todo te afecta y con todo debes tener una actitud”.*

EH: *“...para mí la ergonomía es un poco en relación con el trabajo de enfermería, es un poco la higiene postural del trabajo, es un poco como de alguna manera tratamos de mantener una higiene postural, es decir unas posiciones correctas, una carga de pesos adecuada al cuerpo que tenemos para de alguna manera cuidar digamos nuestra estructura ósea y muscular creo que sería un poco, pues resumiendo, yo lo entiendo como eso la ciencia de todo lo que tendría que ver con nuestra higiene postural en nuestro trabajo la relación que hay entre nuestro cuerpo y nuestro trabajo”.*

ES: *“...tendría que volver a repasarlo un poco pero bueno hablando de las condiciones de trabajo generales: físicas, ambiente de trabajo, los espacios”.*

Los conocimientos en Ergonomía de los/las entrevistados/as suelen ser escasos, siendo más avanzados si han realizado algún curso relacionado con esta temática.

EH: *“Conocimientos técnicos y teóricos pocos...”.*

EV2: "Yo había hecho algún curso de su sofronización y técnicas de relajación, evidentemente por mi cuenta en el colegio de enfermería pero es eso, tú vas al fisio y te lo pagas".

ES: "Conocimientos del tema algo que he visto en la carrera por encima y algún curso que haces después de formación. Hace tiempo que hacía más cursos, sí que hice algún curso de ergonomía...me sirve para conocer ciertas situaciones pero después para modificar lo que tú creas que puede estar perjudicándonos, pues ya es más difícil porque ahí entran otras estructuras en las que una supervisora general no tiene...".

"Cuando fui al fisioterapeuta por el tema del hombro me enseñó a poner una postura más correcta para intentar evitar esas molestias, claro como tuve un dolor fui, pero nadie me vino a corregir en el plano laboral, es porque hiciste un curso o porque tomaste medidas...".

6.2. Perjuicio para la salud relacionado con el trabajo como enfermera/o

A nivel de perjuicio en la salud física salen a la luz diversos códigos como trastornos circulatorios derivados de la bipedestación, TME, trastorno del sueño (insomnio) y trastornos alimentarios (horario de comida irregular, ERGE (Enfermedad por reflujo gastroesofágico) y estreñimiento). Estos dos últimos están en profunda relación con el código turno rotatorio. Debido a esta relación con el turno rotatorio y las funciones de los/as trabajadores/as según la posición que ocupan dentro de la empresa, el perjuicio físico es más acusado en los enfermero/as que en el/la supervisor/a, siendo nulo en la actualidad y en el pasado debido a la ausencia de cargas familiares que impidieran el descanso independientemente del turno rotatorio.

EV: "A nivel físico con el tiempo cambios en las comidas, problemas digestivos, problemas de sueño, con los turnos rotatorios más tarde o más temprano lo vas notando". "Yo he tenido lumbalgias y llevo una temporadita bastante bien, por la lumbalgia estuve de baja también".

EV2: "Si, me repercute lo que es a nivel de espalda, es donde me repercute todo, espalda y cervicales".

"También estamos mucho tiempo de pie, tengo várices de estar de pie muchísimas horas, claro, lo que pasa es que a mí me duele más la espalda, entonces cómo me duele más la espalda, me quejo más de la espalda".

"Claro, la comida que produce mucha...muchas veces problemas digestivos, de hecho yo tengo muchas veces estreñimiento porque un día comes a una hora, otro día

comes a otra, un día duermes por la mañana, otro día duermes por la noche y sí”... no tienes un ritmo digestivo constante ni de comidas”.

“Pues mira los turnos lógicamente después de 23 años trabajando, los turnos afecta muchísimo al sueño...”...porque no puedo descansar, ya necesitas en muchas ocasiones a lo mejor algo para dormir porque no soy capaz de conciliar el sueño, las horas que necesito para recuperarme del cansancio, de las horas de trabajo”. “El trastorno del sueño te va más, yo creo que el noventa y pico de la gente que lleva haciendo turnos durante años, te repercute muchísimo”.

EH: “...creo que el desgaste mayor por estar, por la posición de pie, por estar de pie muchas horas, estar de pie cerca de un paciente mucho tiempo, todo lo que tiene que ver con el tema circulatorio, con las piernas a nivel de músculos también de las pierna”.

“...el turno rotatorio complejo: mañana, tarde y noche especialmente el turno de noche...produce alteraciones de los ritmo biológicos, alimentación, sueño, descanso...”. “...eso sería así un poco lo que más impacta directamente en el cuerpo pero bueno, esta también muchos trastornos metabólicos, los cambio de alimentación un poco todo eso”.

Los perjuicios más achacados a nivel mental son el estrés derivado de la carga de trabajo y la depresión por el constante contacto con la enfermedad y la muerte, siendo ambas causa de IT en dos de los/las entrevistados/as.

EV: “Si me crea estrés, me creo estrés y ahora mucho más, llevo 20 años en interna. Mientras fui joven, bueno...tuve psicológicamente, si tuve un parón profundo además de una depresión fuerte derivada del trabajo y vida familiar... a mí me llevo a una depresión de querer desaparecer del mundo con intento de autolisis”.

“...eso lo pagas con el tiempo, con el tiempo el estrés va aumentando, va macerando y muchas veces con lo físico puedes, físicamente con un entrenamiento haces todos los días estas tal, pero con lo psicológico... es para mí lo que más me repercute...”...no me acuerdo si estaba con depresión porque tuve después de la primera esa que no estaba muy segura...yo sólo sabía que no podía más...”

EV2: “Tuve una baja por estrés, hace seis años. Se juntó todo, exceso de trabajo y bueno pues.... Sí que estuve de baja dos meses”.

“Después de la baja cambio mi actitud porque ves que hay cosas que no te las puedes tomar tan a pecho porque al final te va a acabar pasando factura, de hecho no puedes,

pero sí que empiezas a priorizar un poco, hasta qué punto tu puedes implicarte...ayudar a un enfermo pero un poco... que una cosa es hacer tu trabajo, hacerlo bien, hacerlo con cariño pero sabiendo hasta qué punto a nivel psíquico te puede afectar la implicación con esa persona”.

ES: “Yo creo que afecta mucho, a lo mejor depende del puesto de trabajo que desempeñes, en donde, en que unidad y creo que con los años afecta más, porque cuando eres más joven, eres más inconsciente, la vida es de otra forma; mientras que cuando ya llegas a determinada edad y ya estás viendo enfermedad, que es en lo que vivimos es difícil a veces poner una barrera. Esto es mi trabajo ¿no? siempre te sugestionan y yo lo veo en la unidad que somos muchas que parecemos hipocondrías todas. Llega un momento que estar viviendo esto te sugestionan”.

“...sigue afectando igual, da igual que estés de mañana en turno fijo que rotando porque las experiencias de los pacientes las vives igual”.

“A mí personalmente es lo que más me está afectando en este momento, estar siempre rodeada de enfermedad...Entonces dices tú: hoy estoy aquí mañana vete a saber dónde estoy...una unidad de medicina interna realmente es dura...hay gente más fuerte pero no debe ser mi caso en este momento”.

“Ves situaciones muy complicadas y muy distintas, entonces claro en cierto modo sí que te afectan las cosas...personalmente lo que más acuso es lo mental, en este momento sí, porque tengo dos niños pequeños y te preocupas por ellos”.

En lo referente al perjuicio social destaca la dificultad a la hora de la conciliación familiar y relaciones de amistad fuera del trabajo, asociada principalmente al código turno rotatorio. También se percibe un rechazo hacia la enfermedad en los círculos sociales derivado de la saturación en el trabajo.

EV: “Yo llegue a una conclusión después de tanto tiempo de que ya no soporto que nadie de fuera del hospital este enfermo. Reacciono bien, me preocupo y además cuanto más sabes más te preocupas; mi madre decía bendita ignorancia porque muchas veces es mejor no saber. Es como si estuviera saturada, me dicen: me duele pero aquí no te puede doler nada, se acabó, no te puede doler nada; sí que sales saturada”

EV2: *“Un fin de semana todo el mundo descansa y tú tienes que venir a trabajar, el día de fin de año tú tienes que venir a trabajar y tu familia se quedan casa celebrando el fin de año, la Nochebuena...un montón de fiestas que nosotros pues prácticamente no puedes contar con ninguna y más ahora que cada vez tenemos menos días”.*

ES: *“De supervisora tienes un horario de mañanas fijas con lo cual puedes conciliar perfectamente tu vida laboral con la vida personal. A turnos es muy difícil, acabas distanciando de la gente que te rodea porque cuando hacen planes es el fin de semana y primero te llaman: a no puedo que trabajo el viernes de noche, no puedo estoy el domingo de tarde y ya después de tanto no puedo, no puedo, llega un momento que dejan de llamarte y te encuentras que ya no te llaman que ya no...”*

“...y basta para que seas enfermera para que la gente venga y diga: ¡Hay! ¿Sabes quién murió? y mira a fulanito le diagnosticaron no sé qué; ósea ya lo estoy viendo todos los días, ya lo veo todos los días no quiero saber más, ¡no! Ya llega un momento que no quieres saber más”.

6.3. Causas /motivos relacionados con el trabajo que perjudican la salud

Entre las causas/motivos nombrados por los/las entrevistados/as, figuran las condiciones ambientales (temperatura, velocidad del aire, iluminación y ruido), el diseño del puesto de trabajo (diseño del control de enfermería, PVD, suelo, habitaciones y camas), las exigencias físicas requeridas en el puesto de trabajo (posturas forzadas, movilización de enfermos y trastornos músculo-esqueléticos) y los aspectos psicosociales (carga de trabajo mental, estrés laboral, presión temporal de las tareas y aspectos emocionales).

En lo referente a las condiciones ambientales destacan los constantes cambios de temperatura, las corrientes, la escasa iluminación y los ruidos derivados del personal sanitario y los pacientes.

Temperatura y velocidad del aire

EV: *“Los cambios de temperatura continuos que tienes, yo unas de las cosas que hago cuando entro en el turno, y sobre todo en la noche que es cuando el paciente está cansado del día y también todas las visitas que hubo por la tarde, de todo el mogollón de personal de fuera y de dentro, están cargadas las habitaciones, yo lo primero que hago es airear, es primordial y sobre todo en épocas de gripe”.*

EV2: "...hay corrientes por todas partes"

"..., me gusta ventilar pero te das cuenta que llega un momento en que esas corrientes a la gente no les gusta, las habitaciones son viejas, las ventanas están mal aisladas entonces muchas veces hay mucha pérdida de calor. Calor luego frío es un cambio de temperatura. La gente baja a rayos esa zona está más fría, las ventanas de los officies están abiertas, las ventanas de las escaleras..."

EH: "...con las ventanas y sistema de calefacción que tenemos es prácticamente imposible, o hace mucho frío o hace mucho calor, hay cambios muy bruscos de temperatura dentro de la misma unidad y tú lógicamente vas vestido independientemente de la temperatura con lo cual debería ser mucho más uniforme".

Iluminación

EV: "...pero la iluminación en todo: para visualizar al enfermo, no te cuento ya para para coger vías, hacer curas y muchas veces aquí tenemos las situación de decir: ¡es que esto no entra luz! Y sí que tenemos ventanas y demás pero en días grises no hay iluminación suficiente en las habitaciones, están mal iluminadas, realmente esta echo como el culo, con perdón. La luz de encima del paciente de la cama, la luz de la habitación que no sirve para nada, es así en todo el hospital, la iluminación la debió hacer alguien que nunca necesito atender a un paciente".

EH: "...suelen ser espacios bastante oscuros con bastante necesidad de luz artificial sobre todo cuando estás trabajando delante de un ordenador".

Ruidos

EV2: "...yo creo que aquí hay mucho ruido. Derivado de que los enfermos en su mayoría son gente mayor, que están con problemas, que no oyen, después se desorientan en muchas ocasiones y después también parte de la culpa la tenemos nosotros, que somos muy ruidosas pero si hay mucho ruido. De hecho el otro día se quejó un señor de que notaba que había mucho ruido pero creo que en general en todo el hospital, es un hospital ruidoso, no del ruido de la calle, lo hacemos nosotros el ruido dentro".

EV: "Chirrían todas las puertas, por la noche entras, abres la puerta, 2 de la madrugada, susto que te crio para el paciente.... ¡tres en uno por Dios! Hay cosas muy factibles de arreglar".

ES: *“...es una unidad un poco barulleira por la mañana, pero yo creo que es por volumen de gente que está trabajando. Durante la mañana es cuando más movimiento se da: celadores buscando pacientes, pases de visitas, médicos, residentes, alumnas de enfermería, alumnas de auxiliar...estamos mucha gente trabajando entonces sí, ahí sí que hay mucho barullo”.*

Cuando los entrevistados/as hablan del diseño del puesto de trabajo ponen de manifiesto el poco espacio disponible en el control de enfermería, habitaciones y baños de los pacientes. Dentro de los baños de los pacientes comentan la peligrosidad del suelo cuando está mojado y las medidas adoptadas por iniciativa propia para evitarlo y que son a la vez causa de peligrosidad.

La referencia a la antigüedad del mobiliario y poca adaptación del mismo es un tema común en todas las entrevistas. También destaca el mal diseño y distribución de los espacios por la ausencia de participación del personal en el mismo.

Control de enfermería

EV: *“...lo veo incómodo, este hospital es viejo pero todos los apaños que se han hecho, son partes mal hechos, da la sensación de que nadie de enfermería como auxiliares en activo, gente en activo no está en los proyectos, esa es la sensación”.*

EH: *“...es un espacio extremadamente pequeño para el tamaño del equipo, cada vez más se nos pide que trabajemos con el ordenador que tratemos de registrar todo eso o es el ambiente para reunirnos y demás, que no es el adecuado, el control de enfermería se ha quedado 20 años obsoleto tanto por el tamaño del equipo que ha crecido como por las funciones del equipo de enfermería, quizás el espacio debería ser un poco más acorde con la actualidad de la unidad”.*

ES: *“...no hay espacio físico para poder separar lo que mí me gustaría hacer, separar el área de trabajo del área del estar de enfermería donde tú tengas ahí unos momentos a lo largo del turno. No hay espacio físico...pues si son cosas que tú ves pero no...está dentro de mi mano, no está”*

“...me gustaría tener más puestos de trabajo con más puestos informáticos porque está todo mezclado y con pocos puestos, tendría que haber por lo menos 1-2 puestos más informáticos, porque que es con lo que trabajamos y parece que estamos todos peleando: acabaste, acabaste, acabaste, me lo dejas”.

Habitaciones y baño de los pacientes

EV2: *“... son muy pequeñas, no se puede mover, no se puede meter sofás grandes, no se puede meter una grúa para levantar. No tienes espacio, no hay espacio, el espacio está...”*

“... bueno, a ver lo que es el material y demás...tú tienes una parada y no tienes...las habitaciones son pequeñas, pero es incómodo los espacios no son, no están acondicionados a las necesidades”

EH: *“...demasiado pequeñas para el tamaño de las camas, donde a veces dependiendo el tipo de paciente, el tamaño del paciente y el tamaño de la cama es prácticamente imposible desenvolver tu trabajo de una forma correcta en cuanto a postura y en cuanto a cuidar tu propia salud, eso sí que se nota”*

ES: *“...tenemos en dotación algunas camas eléctricas súper cómodas para los pacientes pero que nos es inviable, por ejemplo meter dos camas de ese estilo en la misma habitación porque no nos da y si tenemos que levantar a los pacientes, es que no hay espacio físico para poder levantar a los dos cómodamente sentados en su sillón, no. Son espacios muy pequeños, tendrían que ser más amplios y los baños más amplios, que pudiéramos entrar bien con una silla de ruedas para llevar al paciente a la ducha. Son pequeños y por eso a la larga repercute en todo, sobre todo en las auxiliares, no se revuelven físicamente, tienen que hacer un esfuerzo enorme para hacer los cuidados a los enfermos”*

Suelo de los baños

EV2: *“...se resbala muchísimo, hay muchas caídas en los baños por eso, porque sale el agua, la gente se resbala...si está mojado tiene riesgo de caída. Hace dos años pues en nada cayeron dos auxiliares en el baño, de hecho las dos cogieron baja de un montón de tiempo. Una tuvo una rotura muscular y otra una lesión en la rodilla, le tuvieron que hacer una artroscopia, no fue ninguna tontería y las dos fueron con el suelo mojado”*

ES: *“El suelo en principio no resbala, excepto el de los baños de los pacientes con el agua que ahí sí que tenemos muchas caídas accidentales. Se resbala, de hecho hay que poner sábanas para evitar...que a veces la sábana tampoco es la solución porque al contrario, tropiezan en ella como esté muy arrugada pero sí que se producen resbalones. Yo creo que el tema de los baños es un tema que habría que tocar en todo el hospital, si porque en los registros que tengo en el índice de caídas el 100% se produce en el baño, prácticamente no todas pero prácticamente”*

Camas

EV: *"...que se te descoloca, que te cuesta subir la manivela, bajar o subir las balderas...esto parece que estamos en el año 14...en vez de arreglar lo que tienes y adaptarlo y mejorar, para los enfermos, para el trabajador... que tengamos que dándole a la manivela que terminas desguazada".*

EV2: *"Deberían de poner camas de mando todas, ¡vamos! para las auxiliares es fundamental, hacer un encamado en una cama de esas... ¡es que no hay color! A nosotros nos afecta pero para las auxiliares es fundamental, son camas muy altas, camas viejas, que no giran bien...pero es que gente mayor, que a lo mejor es bajita a donde va con una cama de estas, si tienes que poner una escalera para subir".*

EH: *"...las camas antiguas lógicamente tiene un impacto, son camas que están muy deterioradas, para determinados pacientes lógicamente sería ideal tener camas eléctricas como tenemos para algunos. Lo que pasa es que hay pocas camas eléctricas y notas la diferencia, entre una cama eléctrica que te permite colocar al paciente en las mejores condiciones posibles que tener que hacerlo tu movilizarlo al paciente eso ya es un problema".*

Las exigencias físicas que más acusan los/las DUEs entrevistados son las posturas forzadas y en menor medida la movilización de pacientes, ya que debido al desarrollo de esta tarea por parte de los/las TCAE consideran que son ellos/ellas quienes lo acusan más. El cansancio/agotamiento producido por las exigencias físicas y la carga mental de trabajo (presión temporal de las tareas y aspectos emocionales), mantiene una gran relación con la disminución de los LDs, que varios entrevistados/as usaban para recuperarse de este agotamiento/cansancio derivado del trabajo.

Exigencias físicas

EV2: *"Soy consciente porque tengo muchos problemas de espalda derivado todo del trabajo, de malas posturas. Al principio eres más joven y no eres consciente de que tu espalda se va a deteriorar con el tiempo, con el tiempo lo vas notando y dice tú, porque voy a tener que estar aquí con esta postura incómoda y demás".*

ES: *"La trabajadora que te digo venía como arrastro por los pasillos, ella quiere dar asistencia pero es tal el de nivel agotamiento que no puedes"*

"Esta planta tiene mucha carga mental y física, sobre todo física para el equipo de auxiliares, enfermería tiene más carga psicológica que esfuerzo físico".

“...un poco la ergonomía de trabajo, no tenemos los puestos de trabajo adecuados a los ordenadores, cada vez estamos utilizando más informática y no están adaptados”.

EH: “También está todo el tema de la movilización de pacientes, que tiene su impacto físicamente....contra los ordenadores todo lo que implica estar sentado correcto o incorrectamente delante de un ordenador...la realización de técnicas a veces no en la postura adecuada...no siempre se hace en la postura correcta...yo creo que todos tenemos una cierta predisposición a dolores de espalda, TME mas bien leves o poco importantes...”.

Carga mental

EV2: “...hay momentos que cuando hay mucho trabajo te pones nervioso pero bueno procuro controlar la situación. Te carga mucho trabajo, es mucho estrés lo que genera esto, muchísimos estrés, muchísimo...”

“Al principio lo lleva mal, lo llevaba mal. Salías algún día que te ibas hasta llorando porque veías....pues eso...hay mucha gente que le coges cariño pero...porque es gente que son crónicos, es gente que va, viene, vuelve, va, viene, conoces a la familia, conoces a su primo, al tío, al amigo... te cuentan su vida ...son situaciones muy, muy delicadas”.

ES: “... te afecta, porque a veces ves gente joven con diagnósticos duros y que un momento dado te sugestionan mucho, entonces yo creo que es la peor parte...”.

EV: “El estrés de la carga de trabajo eso es un desgaste absoluto, es un desgaste; con el tiempo fijo que te afecta...”

“El tipo de pacientes, la implicación ya te digo, una serie de cosas...el tipo de pacientes es fundamental, hay de todo...”.

En lo referente a la ergonomía organizacional lo más destacado es el turno rotatorio complejo

EV: “Mucho, el trabajo a turnos es lo que más influye...yo me muero una semana de noche, esa semana estoy muerta, revivo para venir a trabajar, en mi casa hago tal muerta y notas como...antes las noches yo las llevaba fenomenal pero... lo que tienes es una alteración del sueño, de las comidas, ya de eso ni te hablo porque el Pantecta lo tienes como de cabecera porque las gastritis y el estrés y la distorsión en los horarios; unas veces comes a la una, otras veces a las cuatro, otras veces no comes

porque....vienes a trabajar de tardes y dices a las una no me apetece....es un desbarajuste”.

EH: “Los turnos claramente, alteración del sueño con consecuente estrés pues eso es claramente un impacto que tiene trabajar a turno rotatorio complejo”.

ES: “El principal problema para mí es el turno rotatorio, yo creo que el turno rotatorio afecta a todos los niveles; aparte que está las noches, que las noches vienes después de trabajar todo el día en tu casa con los niños, lo que sea, vienes haces la noche a la mañana siguiente quizás puedas dormir pocas horas y tienes que continuar con tu vida como si no hubieras trabajado de noche, mientras que con el turno de mañanas no, lo tienes todo mucho más organizado, a ese nivel ya no me afecta tanto...la turnicidad a fin de cuentas es que el trabajo es así es, todos los días mañana, tarde, y noche, 365 días al año y es la única forma de dar atención a los pacientes”.

6.4. Medidas para evitar/mitigar los daños en la salud derivados del trabajo

Las medidas más empleadas para mitigar estos daños son: actividad física para el fortalecimiento muscular, técnicas adquiridas en algunos cursos, técnicas de autocontrol y relajación y descanso derivado de los LDs. La reducción de los LDs está repercutiendo directamente en el agotamiento/cansancio (sobre todo en el personal más veterano), ya que no se dispone de días suficientes para descansar y recuperarse, lo que acarreará una disminución de la calidad asistencial y un aumento de las IT en contra de lo que querría el personal por el cansancio/agotamiento al que está sometido. Esta opinión se pone de manifiesto en la mayoría de las entrevistas.

EV: “Yo soy muy vaca y el deporte el casero, que es el de trabajar en casa como una mula y entonces es una vida de trabajo en casa. Antes salía algo por ahí, me gusta la naturaleza pero deporte nunca hice, yo soy más de despanzurrarme en el sofá y pongo la televisión sin ver; fíjate la necesidad de desconexión es que estoy viendo la tele y no pudo ver ninguna película porque no la pudo seguir, porque desconecto completamente”.

“...los días de desconectar del hospital, de hecho la semana que tengo un día libre, es que además que me pasa...no ahora que soy mayor que ya no pudo con el trasero, pero yo con 30 y tantos y tal de decir como mínimo dos días juntos, en 24 horas no desconectadas”.

“... yo voy a hacer 63 años y tengo tres LDs punto pelota, ósea yo sé que rompo, voy a romper; pues me cojo la baja, yo para coger una baja tengo que estar fastidiada y

tal, pero ahora voy a estar fastidiada porque no tengo para descansar lo suficiente para recuperarme, yo es con lo que estoy envenenada, yo y me imagino que la mayoría...”

“Hay una cosa que me llama la atención que siempre que hacen un cambio drástico, siempre le sale bien a la administración porque conmigo no funciona así la cosa, pero me doy cuenta de que funciona; mano dura y resulta que te descuentan desde el primer día y hay menos bajas ¿cómo se come eso? Si estas mal, estás mal, te descuenten o no te descuenten, si estas jorobada, estas jorobada. Si te descuentan no comes al mes siguiente por todo lo que te descuentan....yo no sé en qué va a terminar esto, no sé en lo que va a terminar porque la gente necesita el dinero y la gente coge y viene a trabajar echa una mierda...”

EV2: “...yo cuando voy a coger una vía o hacer alguna cosa procuro ir cómoda y ponerme lo más cómoda que pueda...procuro hacerlo, sí, porque es que lo tienes que hacer entonces...”. “También voy al gimnasio, tres días a la semana, por el tema de la espalda y para todo lo que es el trabajo...parece que no, pero te va cargando, entonces para tener un poquito de forma...para fortalecer la espalda más que nada”.

“A nivel psíquico...hombre, hay enfermos que te afectan pero al principio ¿no?, ibas a casa dándole vueltas fulanito menganito no sé qué...yo ahora cuando salgo por la puerta soy capaz de decir se acabó....Intentó mantener un límite porque si no te acaba afectando...”

“...ahora no puedes coger días con lo cual dices: bueno, pues mañana lo cogería y así recuperó un poquito, ya empiezo la semana que viene pero que voy a coger si no tengo, porqué antes de vez en cuando pues voy a coger algún día, ya reponías un poquito de fuerza, pero es que no tienes para coger, tienes tres días para todo el año con lo cual yo creo que va a incidir muchísimo, muchísimo; a nivel tuyo que va a repercutir en el enfermo en la calidad, va a bajar...están disminuyendo los medios que tenías, te los están sacando y si no te dan los días de descanso que ya tenías desde hace muchos años que habías conseguido y ahora ya que los han vuelto a retirar...Los días de descanso son fundamentales, son fundamentales los días de descanso...”

ES: “En el aspecto mental es difícil, es difícil, y...de todas formas lo que procuro es enterarme de lo menos posible, solo enterarme de lo que necesito saber para desempeñar bien mi trabajo. Si yo no necesito saber exactamente un diagnóstico y un

pronóstico de un paciente no lo pregunto, a no ser que haga falta por cuestión de mi trabajo, que desde luego eso no lo puedo dejar afectar...”

“Ahora mismo con las medidas económicas que tomaron vienen a trabajar aunque les duela...no vienen si no son capaces de moverse, porque si no la gente viene a trabajar igual, porque ahora con todo lo que te quitan... está viviendo la gente trabajar con fiebre y ¿qué pasa?...vienen y se van ¿qué pasa ahí? tú te vas a tu casa y repercute en el equipo que queda aquí trabajando, que queda con una persona menos y eso se nota”.

“Los LDs eso sí que repercute muchísimo... sobre todo en la gente más mayor de la planta...tengo un claro ejemplo ahora, tengo una persona de baja porque está agotada, entonces ella esos LDs y esos LDs vacacionales los utilizaba para descansar cada equis tiempo, como descanso; como no lo tiene se tuvo que coger una baja porque no podía más, porque estaba agotada...venía como arrastro por los pasillos, ella quiere dar asistencia pero es tal el de nivel agotamiento que no puedes...al principio la gente no se coge las bajas porque tienen miedo, pero llega un momento que el agotamiento es tal o el malestar es tal que la gente se coge la baja igual”.

“Seguramente ellos digan que con estas medidas se redujo muchísimo el nivel de absentismo y será verdad, no digo que no, pero desde luego las condiciones de trabajo...eso está repercutiendo y mucho, repercute totalmente en la calidad de la asistencia...”

Al preguntar a la supervisora sobre las medidas que ella podría tomar desde su posición, destaca que no tiene muchas herramientas que se lo permitan ya que depende de la dirección de enfermería

ES: *“...para el personal todos los años el equipo de formación continuada nos pide sugerencias de cursos que podemos hacer, entonces yo ahí sí te puedo decir: pues yo creo que sería interesante hacer un curso sobre ergonomía en el trabajo, yo lo pudo proponer, sin ningún problema y después pues medidas que faciliten el trabajo pedir las camas eléctricas sí, las pido, el caso es que me las den o la grúa, sí la puedes pedir, pero ya eso depende de presupuestos, de gestión y ahí a mí ya se me escapa. Yo la petición la hago, pero no quiere decir que pida y me dé...”*

6.5. Implicación de la institución en la salud del trabajador

En este aspecto destaca la sensación de abandono de los/las DUEs por parte de la dirección y los organismos dependientes de ella. Se acusa que toda actividad formativa sea fuera del horario laboral y por propio interés de los/las trabajadores/as en el tema. No hay una formación adecuada en ergonomía por parte de la institución ni mejoras en las condiciones ambientales y en el diseño del puesto de trabajo. También destaca la actitud positiva ante una posible actividad formativa relacionada con la ergonomía dentro de la jornada laboral.

EV: *“Yo creo que estamos dejados de la mano de Dios de siempre, yo recuerdo así...sensación de que las direcciones, miles que ha habido desde que yo empecé a trabajar....me siento abandonada, no hacen suficiente en prevención, cuidados, es la sensación mía, a lo mejor es muy particular”.*

“...que nos pregunten más, yo quiero que vengan y vean cómo trabajamos y que nos pregunten; dirección de enfermería debería pasearse más por el hospital, salir de los despachos...Ya hace un tiempito, no sé si sirve de algo o no, había unas reuniones que bajaba la supervisora con alguien de la planta encargado de exponer cosas porque no sólo lo que se le ocurra a la dirección, pero después esto no se ve reflejado...preguntan y luego no hacen nada, ellos deben de pensar que sí que hacen...yo ya te digo, sensación un poco de mimo hacia ese personal que te va a dar mucho más de sí...Antes la dirección era más cercana a enfermería, hay demasiados intermediarios y yo creo que excesivo despliegue, 4 personas a lo mejor, vamos, con la gorra...sabiendo, organizando y siendo gente con experiencia de haber trabajado...”.

“Si hiciera alguna actividad estaría participativa y eso que ahora estoy muy reacia a todo, pero lo valoro...”.

EV2: *“...no nos cuidan es que le damos igual, no les importamos, no les importamos un pimiento...nada ni un pelo, nada, nada, nada, ni un pelo, vamos. Aquí como no te busques tú la vida olvídate de la dirección y de todas las instituciones que no te van a ayudar nada, de nada...ellos lo único que quieren es que esto salga adelante y que las estancias medias bajen y es que lo otro le da igual, que la calidad sea mejor o peor yo creo que le da igual cuando lo importante es una buena calidad asistencial”*

“...ahora se ha incrementado pero nunca las direcciones estuvieron implicadas, mimaron al personal, ¡jamás!...ahora tienen la disculpa de la crisis pero lo han hecho, les da igual. Entonces no ve la penosidad a la hora de los turnos, la penosidad en muchas ocasiones de trabajar en situaciones muy complicadas, con gente en situaciones límite, eso no lo valoran.”

“Yo algún curso que he hecho yo y si voy es por mi cuenta...todo fuera del horario, si haces un curso fuera del horario, todo lo que hagas que sea de preparación, todo lo que tú estás haciendo para mejorar en tu trabajo, lo tienes que hacer a costa de tus horas libres”.

ES:“...nos podrían mimar mucho más, dándonos facilidades pues, una grúa en la planta, espacios más amplios, las camas eléctricas, sin tener que hacer tantos esfuerzos a nivel físico y habló por el personal claro. A nivel de formación deberían implicarse un poco más, no sólo a la hora de ofertar los cursos porque los cursos son como medio voluntarios y todo el mundo pues llegado el momento tiene sus obligaciones en la parte personal...buscar una forma de que la gente tenga que venir y formarse en eso y se vea recompensada no que viene en sus horas libres, aún por encima porque es como se percibe, mira aún por encima de trabajar lo que tengo que trabajar tengo que venir aquí...en un primer momento no lo perciben como un beneficio, sin embargo si tú lo incluyes dentro de tu jornada de trabajo pues tu vienes a trabajar en tu turno de mañana y puedes tener a lo mejor pues media hora o tres cuartos de hora para que te den unas pautas o algo así...o una hora el tiempo que sea....ya sé que muchas que van a me van a decir: mira para mejorar la ergonomía dame camas eléctricas vale, que no tenga que coger al paciente o más personal...”.

7. DISCUSIÓN

A pesar de la gran importancia que para el desarrollo del rol profesional enfermero tiene la ergonomía, en cuanto preservación de la salud del trabajador, ésta no es conocida en todos sus aspectos. Esto se confirma al comprobar que todos los/las entrevistados/as asocian ergonomía con el aspecto físico tanto del trabajador como del puesto de trabajo, asociando otros factores o condicionantes de carácter negativo o de riesgo como es la salud psíquica, mental e incluso social a otros ámbitos o esferas no muy claramente definidos.

Así cuando el discurso de la investigadora se dirige hacia los riesgos ergonómicos a los que están expuestos los/las DUEs (4, 5) de esta unidad afloran las deficiencias percibidas y sentidas tanto en las condiciones ambientales como en el diseño del puesto de trabajo. Permean a lo largo de este discurso factores tan relevantes como son la carga física que soportan estos profesionales y los TME que se relacionan y asocian directamente con la misma. Todos los/las entrevistados/as piensan que la necesidad de adoptar durante el desarrollo de la jornada laboral diferentes posturas, muchas de ellas adjetivadas como “forzadas”, la bipedestación continua y el estrés favorecen, propician y son el detonante, ya de manera aguda o crónica de los TME(6), desembocando muchos de ellos en adscripciones a las IT, como muestra el estudio de M.C. Montoya(7).

Si bien estos profesionales no entienden como un riesgo ergonómico los perjuicios que en el ámbito de la salud mental puede ocasionarle el normal desarrollo de su trabajo, sí que consideran como un agravante o elemento agresivo y distorsionador de su salud tanto la carga mental como en el estrés a que son sometidos en el día a día laboral. Es sorprendente el cómo estos trabajadores/as llegan a conceder mayor importancia como factores de riesgo para su salud a la carga mental y estrés laboral al que están sometidos/as, en detrimento de los factores de riesgo de carácter físico. Entendiendo y asociando el riesgo ergonómico físico como más relevante para otros colectivos enfermeros (TCAEs)

Los factores de riesgo social asociados al trabajo aunque también son nombrados y conocidos por la mayoría de entrevistados/as, aunque con distinta intensidad según las condiciones de turnicidad de la jornada, laboral tampoco son adscritos al ámbito de la ergonomía.

Todo lo anterior nos corrobora la veracidad e idoneidad de nuestra hipótesis de partida: “los/las DUEs perciben la Ergonomía sólo desde el aspecto físico desconociendo los aspectos psicosociales”

Es interesante recalcar que la percepción de algunos de estos riesgos por parte de los/las DUEs muestra la capacidad de identificarlos y actuar ante ellos como corrobora la literatura consultada (3, 5, 6). Es sorprendente el que los/las entrevistados/as consideren de forma unánime como escasas las medidas correctoras/protectoras frente a los factores de riesgo ergonómico tomadas tanto por ellos mismos/as como las fomentadas e implementadas por otros entes (institución sanitaria, políticas sanitarias globales, inspección de trabajo, etc.)

Pese a identificar la mayoría de los riesgos asociados a su trabajo, estos profesionales afirman que la elevada presión asistencial a la que se ven sometidos origina que cada vez en mayor número de ocasiones su salud sea autorelegada, de manera consciente y voluntaria, a un segundo plano como muestra L. Moraleda(11) y G.S.C. Valente(3). Emerge así un discurso que entronca con el alto grado de compromiso con el otro (el paciente) asociado de manera histórica a este colectivo profesional y que parece estar relacionado más con las dimensiones del cuidado, profesional y no profesional - no del todo estudiadas - y con el componente asociado al género (ocho de cada diez DUEs son mujeres), que con lo vocacional.

Sorprende el sentimiento unánime de gran abandono que sienten con respecto a “algo” indeterminado que tienden a denominar “la dirección”. Este sentimiento se percibe como un factor de posible riesgo de disminución de “la calidad asistencial”. Asociado a este sentimiento de abandono surge otro pensamiento global actual: que la variación de jornada laboral (RD-ley 20/2012, de 13 de julio(26), el personal estatutario y laboral ve aumentada su jornada laboral y disminuidos sus días libres) puede ser una génesis tanto de una disminución de la calidad asistencial como de un aumento de las IT por agotamiento.

En lo referente a la formación, destaca la actitud positiva y favorable mostrada por los entrevistados ante todo lo relacionado con la ergonomía y la salud laboral. Es sorprendente que sientan y crean como necesario aumentar su formación/capacitación en estas materias. Incluso opinan que esta formación debería ser obligatoria para todo el personal del “Área Sanitaria Integrada de Vigo” y realizada dentro de la jornada laboral (al igual que se realizó con el programa de “Higiene de Manos” durante los años 2011-2012(27) y que tantos éxitos parece haber cosechado en la prevención de

las Infecciones Nosocomiales). Esta formación piensan que sería altamente beneficiosa para la salud laboral de los/las DUEs y que repercutiría positivamente en los pacientes, como se ha demostrado en otros estudios(10, 11, 12).

Esta creencia que sienten los/las DUEs entrevistados sobre la alta efectividad y rentabilidad de la aplicación de las diferentes medidas ergonómicas, quedó demostrada en los estudio de L.A. da Silva(6) y de N. Mateu(11).

Aplicabilidad de los resultados: Los resultados de este estudio pueden ser aplicados a la hora de llevar a cabo las medidas correctoras de las condiciones ambientales y del diseño del puesto de trabajo. Estas medidas correctoras y la formación en ergonomía, beneficiaria a los/las DUEs a la hora de prevenir trastornos físicos y mentales derivados de su trabajo.

Limitaciones: Se han obtenido datos suficientes para conocer la percepción de ergonomía y los diferentes aspectos que la componen desde la perspectiva de los/las DUEs del servicio de medicina interna. A pesar de ello, se necesitaría un estudio exploratorio más amplio con un número mayor de entrevistados de diferentes servicios (médicos, quirúrgicos, especiales, etc.). La credibilidad interna de esta investigación está relacionada con el hecho de que los resultados del estudio reflejan la experiencia de los participantes. Por otro lado, la credibilidad externa del estudio debe ser considerada por otros investigadores reproduciéndolos en diferentes contextos.

8. CONCLUSIONES

Los/las entrevistados/as tienen un concepto difuso, poco claro, y que deja al margen los aspectos cognitivos y organizacionales de la ergonomía. Esta relación entre ergonomía y enfermería no ha generado un número significativo de publicaciones que profundicen en el estudio de esta temática (2, 3), y eso a pesar de la gran repercusión que se ha demostrado pueden tener las deficiencias ergonómicas en los/las DUEs entrevistados.

El no tener un concepto más claro y amplio de qué es la ergonomía y lo que abarca, puede conducir a una dificultad en la detección y prevención de algunos de los riesgos ergonómicos a los que están expuestos/as, y que por ende pueden llegar a ser minusvalorados o no detectados por los/las entrevistados/as.

Los perjuicios para la salud relacionados con el trabajo como DUE guardan relación con causas y /o motivos del trabajo que los producen, siendo identificadas estas causas y motivos por los/las entrevistados/as. Los riesgos ergonómicos cognitivos (carga mental de trabajo, estrés, etc.) y organizacionales (turno rotatorio) fueron identificados como causa/motivos de perjuicios para la salud, a pesar de no ser considerados como aspectos que forman parte de la ergonomía. El estrés y la depresión derivados del trabajo, fueron causa de IT. También fue causa de IT la lumbalgia, en los/las trabajadores/as entrevistados/as, y las caídas derivadas de un mal diseño del puesto de trabajo, en TCAEs.

Todas las medidas empleadas por los/las entrevistados/as para mitigar la causas y/o motivos del trabajo que afectan a su salud, derivan de la propia iniciativa del trabajador hacia el cuidado de su salud, acudiendo a personal/centros especializado/s en el tratamiento de los mismos y/o mediante medidas de autocuidado y autocontrol. Una de las medidas usada para mitigar estos perjuicios era el descanso físico y mental proporcionado por los LDs, que sea han visto reducidos por las nuevas políticas de la institución. Esta reducción genera mayor agotamiento de los/las DUEs, al no tener tiempo para recuperarse física y mentalmente, que repercutirá en la calidad asistencial.

Las medidas tomadas por la institución respecto a la prevención de los riesgos ergonómicos son consideradas insuficientes, destacando el sentimiento de abandono por parte de la misma, el escaso interés hacia la opinión de los trabajadores/as y el “retroceso” que creen ha experimentado en los últimos años la enfermería profesional.

Es sorprendente el común desconocimiento de la UPRL hospitalaria, tanto en sus atribuciones como en su inserción jerárquica e institucional. Parece ser sentida como un apéndice de la organización cuya principal misión radica en el tratamiento y no en la prevención y promoción de la salud laboral. Esto al igual que otras políticas sanitarias orientadas más hacia el tratamiento que la prevención y promoción sugieren una muy mala inversión y aprovechamiento de las posibilidades de dicha unidad.

El saber que los/las entrevistados/as valorarían positivamente la aplicación de medidas ergonómicas estructurales tomadas por la institución así como el desarrollo de una formación ergonómica a todo el personal del “Área Sanitaria de Vigo” dentro del horario laboral deberían entrar en el balance del binomio fortalezas/debilidades organizacionales por parte de los estamentos gerenciales del área. Ambas medidas parecen sugerir una asociación directa e implícita en la disminución de las IT y en una mejora del clima relacional laboral a todos los niveles.

A la luz de lo expuesto anteriormente urge una mayor implicación hacia la ergonomía por parte de la institución y los/las trabajadores/as, para lograr reducir los riesgos ergonómicos y así prevenir las consecuencias de los mismos (accidentes laborales, periodos de IT), con el fin de conseguir un mayor bienestar de los/las trabajadores/as y que repercutiría en una mejora de la calidad asistencial.

9. AGRADECIMIENTOS

El presente TFG es un esfuerzo en el cual, directa o indirectamente, participaron varias personas leyendo, opinando, corrigiendo, teniendo paciencia, dándome ánimos y acompañándome en los momentos de crisis.

Le doy las gracias a mi tutor Francisco Álvarez quien me ha orientado en todo momento en la realización de este proyecto y a mi cotutor Carlos Salgado por introducirme en el apasionante mundo del estudio cualitativo. Sin la ayuda y el apoyo de ambos no hubiera sido capaz de conseguirlo.

A todas las/los enfermeras/os que han hecho posible la enfermera que soy. En momentos nos entendemos y en otros discrepamos, todo fruto de tratar de conjugar lo que aprendí en los libros con la realidad del día a día. En este sentido no puedo dejar de reconocer especialmente la colaboración de las/los enfermeras/os que cedieron su tiempo desinteresadamente para la consecución de este estudio. Sus aportaciones me han convertido en una gran persona y profesional.

Gracias también a mis queridas compañeras, Graciela y Elisa, que me apoyaron y me permitieron entrar en su vida durante estos cuatro años dentro y fuera de la escuela.

A Ernest, por ser una parte muy importante en mi vida, por haberme apoyado en las buenas y en las malas, sobre todo por su paciencia en mis momentos de ansiedad y de querer dejarlo todo.

A mi familia: mi padre, mi madre, mi hermana y mi abuela. Por todo su apoyo a lo largo de estos años y la educación y valores que me han inculcado. Abuela, aunque tú no hallas podido, yo he hecho esto realidad por las dos.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. INSHT [sede web]. Madrid: INSHT; 2000 [actualizado 2006; acceso 11 Febr 2013]. Instituto Internacional de Ergonomía. ¿Qué es Ergonomía? [1 pág.]. Disponible en:
<http://www.insht.es/Ergonomia2/Contenidos/Promocionales/Generalidades/Qu%C3%A9%20es%20Ergonom%C3%ADa.pdf>
2. INSHT [sede web]. Madrid: INSHT; [acceso 11 Febr 2013]. Áreas de especialización y temas de estudio. Disponible en:
<http://www.insht.es/Ergonomia2/Contenidos/Promocionales/Generalidades/%C3%81reas%20de%20especializaci%C3%B3n%20y%20temas.pdf>
3. INSHT [sede web]. Madrid: INSHT; 1996 [actualizado por NTP; acceso 11 Febr 2013]. Nogareda Cuixart C. NTP 387: Evaluación de las condiciones de trabajo: método del análisis ergonómico del puesto de trabajo [10 pág.]. Disponible en:
http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp_387.pdf
4. INSHT [sede web]. Madrid: INSHT; [acceso 11 Febr 2013]. Villar Fernández M.F. Análisis del trabajo y de las demandas del trabajo: ¿Qué debe hacerse? [5 pág.]. Disponible en:
<http://www.insht.es/Ergonomia2/Contenidos/Promocionales/Generalidades/An%C3%A1lisis%20del%20trabajo%20y%20de%20las%20demandas%20de%20la%20tarea.pdf>
5. INSHT [sede web]. Madrid: INSHT; [acceso 11 Febr 2013]. Villar Fernández M.F. Procedimientos para la evaluación de los riesgos ergonómicos [4 pág.]. Disponible en:
<http://www.insht.es/Ergonomia2/Contenidos/Promocionales/Generalidades/Procedimiento%20para%20laevaluaci%C3%B3n%20de%20los%20riesgos%20ergon%C3%B3micos.pdf>

6. Muñiz Saborido J.M. Definición, objetivos y metodología de estudio en ergonomía. Diseño de los puestos de trabajo. En: Gestal J.J., [Acevedo G.](#), coordinadores. Salud laboral: prevención de riesgos en el trabajo: aplicación al sector salud en la República Argentina - Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela: Unidixital, S.L.; 2009. Pág. 357 – 366
7. Juan Guasch. Riesgos del personal sanitario. ErgaFP [Revista on-line]. 2007[acceso 11 Febr 2013], 56: [12 pág.]. Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/ErgaFP/2007/ErFP56_07.pdf
8. García-Ubaque, Juan Carlos; Alonso Garzón, Mario Andrés; Melo Bastidas, Mario Mauricio. Producción académica en salud y seguridad en el trabajo en la Universidad Nacional de Colombia. Av.enferm. -Col- [revista internet]. 2010 XXVIII(Número especial) [acceso 18 Febr 2013]; 83-98. Disponible en: <http://www.index-f.com/rae/28nepdf/083098.pdf>
9. Nunes, Márcia Batista Gil; Robazzi, Maria Lúcia do Carmo Cruz; Terra, Fábio de Souza; Mauro, Maria Yvone Chaves; Zeitoune, Regina Célia Gollner; Secco, Iara Aparecida de Oliveira. Riscos ocupacionais dos enfermeiros atuantes na atenção à saúde da família [Riesgos laborales de los enfermeros actuantes en la atención a la salud de la familia]. R Enferm UERJ [revista internet]. 2010 [acceso 18 Febr 2013]; 18(2):204-209. Disponible en: <http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a07.pdf>
10. Valente, Geilsa Soraia Cavalcanti; Gomes, Helena Ferraz; Greco, Rosangela Maria. Condições ergonômicas do trabalho de enfermagem: análise da produção socializada entre os anos de 1998 e 2008 [Las condiciones ergonómicas del trabajo de enfermería: análisis de la producción socializada entre los años 1998 y 2008]. R de Pesq: cuidado é fundamental Online -Bra- [revista internet]. 2010 [acceso 18 Febr 2013]; 2(3):1128-1142. Disponible en: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/626/pdf_51

11. Moraleda Torres, Laura. Interacción entre riesgos ergonómicos y estrés laboral en el equipo de enfermería del Hospital Virgen del Valle de Toledo. Rev Paraninfo Digital [revista internet]. 2012 [acceso 18 Febr 2013]; VI (15). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n15/pdf/003p.pdf>
12. Morais, Evelyn Nascimento; Soares, Enedina; Lamas, Alinny Rodrigues. Tool for the preventive management of occupational risks for workers in nursing: statement of risks [Herramienta para la administración preventiva de los riesgos profesionales de los trabajadores de enfermería: mapa de riesgos]. R de Pesq: cuidado é fundamental Online -Bra- [revista internet]. 2010 [acceso 25 Febr 2013]; 2(3):1039-1047. Disponible en: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/596/pdf_41
13. da Silva, Luiz Almeida; Secco, Iara Aparecida de Oliveira; Dalri, Rita De Cássia de Marchi Barcellos; de Araújo, Suely Amorim; Romano, Cristiane da Conceição; da Silveira, Sebastião Elias. Enfermagem do trabalho e ergonomia: prevenção de agravos à saúde [Enfermería del trabajo y ergonomía: prevención de los problemas de salud]. R Enferm UERJ [revista internet]. 2011 [acceso 25 Febr 2013]; 19(2):317-323. Disponible en: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a24.pdf>
14. Montoya Díaz, Ma del Carmen; Marziale, Maria Helena Palucci; Robazzi, Maria Lucia do Carmo Cruz; Freitas, Fabiana Cristina Taubert de. Lesiones osteomusculares en trabajadores de un hospital mexicano y la ocurrencia del ausentismo. Cienc enferm -Chi- [revista internet]. 2010 [acceso 25 Febr 2013]; XVI(2):35-46. Disponible en: www.scielo.cl/pdf/cient/v16n2/art_05.pdf
15. Otero JJG. Riesgos del trabajo del personal sanitario. 2.ed. Madrid: MacGraw-Hill-Interamericana de España; 1993
16. García, Ana M; Gadea, Rafael; Sevilla, María José; Ronda, Elena. Validación de un cuestionario para identificar daños y exposición a riesgos ergonómicos en el trabajo. Rev Esp Salud Pública [revista internet]. 2011 [acceso 25 Febr 2013]; 85(4):339-349. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

17. Mosqueda Díaz, Angélica; Gutiérrez Henríquez, Manuel. Análisis conceptual de los eventos adversos en la atención hospitalaria y rol de enfermería en su detección y control. Horizonte Enferm -Chi- [revista internet]. 2012 [acceso 25 Febr 2013]; 23(2):39-47. Disponible en: <http://revistahorizonte.uc.cl>
18. Mateu Cantarell, Natàlia; Paricio Bondia, Beatriz Pilar; Farré Subirada, Cristina; Mas Gardó, M^a Belén. Protegiéndonos ganamos en salud y ahorramos en recursos. Rev Paraninfo Digital [revista internet]. 2012 [acceso 4 Marz 2013]; 12. Disponible en: www.index-f.com/para/n11-12/pdf/202d.pdf
19. Apud, Elías; Meyer, Felipe. La importancia de la ergonomía para los profesionales de la salud. Cienc enferm –Chi- [revista internet]. 2003 [acceso 4 Marz 2013]; dic 9(1). Disponible en: http://www.scielo.cl/.php?script=sci_abstract&pid=S0717-95532003000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
20. Martins, Lisandra Vanessa; Baú, Lucy Mara Silva; Marziale, Maria Helena Palucci; Franco, Barbara Aparecida Sebastião. Exercícios físicos e seus efeitos nas queixas osteomusculares e na satisfação do trabalho [Ejercicios físicos y sus efectos en las quejas osteomusculares y en la satisfacción del trabajo]. R Enferm UERJ [revista internet]. 2003 [acceso 4 Marz 2013]; 19(4):587-591. Disponible en: <http://www.facenf.uerj.br/v19n4/v19n4a14.pdf>
21. González López Juan Luis, Ruiz Hernández Paloma. Investigación cualitativa versus cuantitativa: ¿dicotomía metodológica o ideológica? Index Enferm [revista Internet]. 2011 Sep [acceso 19 Mar 2013]; 20(3): 189-193. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000200011&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000200011>
22. Álvarez Vázquez Luisa. Investigaciones con enfoque cualitativo en la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [revista Internet]. 2006 Sep [acceso 19 Mar 2013]; 22(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000300014&lng=es.

23. Díaz Sánchez V, Sánchez Álvarez J, Cano Arana A, Juárez Pérez I, García Huete ME, Álvaro Noguera EM. Abordaje cualitativo de la gestión del riesgo: vivencias del personal de enfermería. Biblioteca Lascasas, 2009[acceso 19 Mar 2013]; 5(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0401.php>
24. UCAM (2008): Métodos y técnicas de Investigación en Antropología Social. Universidad Católica de Murcia.
25. Benavides Mayumi Okuda, Gómez-Restrepo Carlos. Métodos en investigación cualitativa: triangulación. Rev.colomb.psiqiatr. [revista en Internet]. 2005 Mar [consultado 24 Apr 2013]; 34(1): 118-124. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000100008&lng=en.
26. Medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. Real Decreto-ley 20/2012 de 13 de julio[consultado 15 Abr 2013]. Boletín Oficial del Estado, nº 168, (14-07-2012). Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2012/07/14/pdfs/BOE-A-2012-9364.pdf>
27. World Health Organization. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. Geneva: WHO; 2009[consultado 15 Abr 2013]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf

11. ANEXOS

ANEXO I: Guía de temas en las entrevista abierta a los/las DUEs

a) Cómo crees que el trabajo como DUE está perjudicando o ha perjudicado o puede perjudicar tu salud en las esferas física – psíquica – social –otras

Accidente laboral o enfermedad derivada del trabajo (indagar)

b) Qué causas /motivos relacionados con el trabajo crees que han perjudicado o pueden perjudicar o están perjudicando tu salud en las esferas

-- Física (carga de trabajo....)

-- Psíquica (burnout... carga de trabajo....)

-- Social (turnicidad, carga de trabajo, rol....)

c) Qué recursos tienes para evitar o mitigar estos daños a la salud que tú crees derivados del trabajo (ergonomía, conocimientos, constitución física, características de la persona, EPS, etc.)

d) Cómo consideras que institucionalmente se considera/protege la salud del trabajador

-- Dirección de Enfermería

-- UPRL

-- SERGAS

-- Xunta (o lo que se te ocurra....)

ANEXO II: Hoja informativa y consentimiento informado

HOJA DE INFORMACIÓN A EL/LA PARTICIPANTE EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO: Abordaje cualitativo de la percepción de Ergonomía en los/las DUEs del CHUVI

INVESTIGADORA: Nerea Costas Herrezuelo, estudiante de 4º de Grado en Enfermería. Escuela Universitaria de Enfermería Meixoeiro.

Este documento tiene por objeto ofrecerle información sobre un **estudio de investigación** en el que se le invita a participar. Este estudio se está realizando en el Área Sanitaria de Vigo.

Si decide participar en el mismo, debe recibir información personalizada del investigador, **leer antes este documento** y hacer todas las preguntas que sean necesarias para comprender los detalles sobre el mismo.

La participación en este estudio es completamente **voluntaria**. Vd. puede decidir no participar, o, si acepta hacerlo, cambiar de parecer retirando el consentimiento en cualquier momento sin obligación de dar explicaciones.

¿Cuál es el propósito del estudio?

Determinar de manera cualitativa mediante una entrevista abierta en profundidad, la percepción de ergonomía que tienen los/las DUEs.

¿Por qué me ofrecen participar a mí?

La selección de las personas invitadas a participar depende de unos criterios que están descritos en el protocolo de la investigación. Estos criterios sirven para seleccionar a la población en la que se responderá el interrogante de la investigación. Vd. está invitado a participar porque cumple esos criterios.

¿En qué consiste mi participación?

En la realización de una entrevista donde se le realizarán unas preguntas sobre los temas que se desea estudiar. Estas preguntas permitirán que usted se exprese libremente (en contenido y extensión) y “a su manera”. Esta conversación será grabada para poder analizar lo que usted nos ha transmitido. Tras el análisis se procederá a la destrucción de estas grabaciones (para garantizar su anonimato en todo momento).

Su participación tendrá una duración total estimada de 60 minutos.

¿Qué riesgos o inconvenientes tiene?

Ninguno, solo queremos conocer su percepción y opinión respecto al tema estudiado.

¿Obtendré algún beneficio por participar?

No se espera que Vd. obtenga beneficio directo por participar en el estudio. La investigación pretende descubrir aspectos desconocidos o poco claros sobre la percepción, opinión, etc. de la ergonomía.

En el futuro, es posible que estos descubrimientos sean de utilidad para planificar medidas preventivas, y quizás puedan beneficiar a personas como Vd., pero no se prevén aplicaciones inmediatas de ellos.

¿Se publicarán los resultados de este estudio?

Los resultados de este estudio serán remitidos a la EUE Meixoeiro en condición de Proyecto de Fin de Grado y a publicaciones científicas para su difusión, pero no se transmitirá ningún dato que pueda llevar a la identificación de los entrevistados.

¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?

El tratamiento, comunicación y cesión de sus datos se hará conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

La grabación de su entrevista será **codificada** de manera que sea imposible identificarle (**anónima**). Sólo el equipo investigador, tendrá acceso a todos los datos recogidos por el estudio. Se podrá transmitir a terceros la información que no pueda ser identificada.

El responsable de la custodia de las muestras es el investigador y éstas serán almacenadas en soportes informáticos a los cuales se accederá a través de una clave. El tiempo de almacenaje será el tiempo necesario para terminar el estudio, que son dos años.

Al acabar el estudio, las grabaciones serán destruidas.

¿Existen intereses económicos en este estudio?

Esta investigación no es promovida ni retribuida por ningún organismo o fundación.

Vd. no será retribuido por participar.

¿Quién me puede dar más información?

Puede contactar con el miembro del equipo investigador cuando le entregue esta información.

Si Ud. **acepta** colaborar en el estudio por favor cumplimente el cuestionario.

Muchas gracias por su colaboración.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO: Abordaje cualitativo de la percepción de Ergonomía en los/las DUEs del CHUVI

Yo,.....
.....

- He leído la hoja de información al participante del estudio arriba mencionado que se me entregó, he podido hablar con Nerea Costas Herrezuelo y hacerle todas las preguntas sobre el estudio necesarias para comprender sus condiciones y considero que he recibido suficiente información sobre el estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria, y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.
- Accedo a que se utilicen mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al participante.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Respeto a la conservación y utilización futura de los datos y/o muestras detallada en la hoja de información al participante,

- NO accedo a que mis datos y/o muestras sean conservados una vez terminado el presente estudio
- Accedo a que mis datos y/o muestras se conserven una vez terminado el estudio, siempre y cuando sea imposible, incluso para los investigadores, identificarlos por ningún medio
- Accedo a que los datos y/o muestras se conserven para usos posteriores en líneas de investigación relacionadas con la presente, y en las condiciones mencionadas.

El/la participante,

Fecha:

Fdo.:

El/la investigador/a,

Fecha:

Fdo.: