

FACULTAD
DE CIENCIAS
JURÍDICAS



ZIENTZIA
JURIDIKOEN
FAKULTATEA

TRABAJO FIN DE MÁSTER

EVALUACIÓN DE FACTORES ERGÓNICOS Y ESTRÉS LABORAL EN TRABAJADORAS DE UNA RESIDENCIA GERIÁTRICA. PROPUESTAS DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN.

Máster Universitario en Prevención de Riesgos Laborales

Leticia Mayo Mayor

DIRECTOR /A

María Inés Gabari Gambarte

Pamplona / Iruñea

Enero del 2016

ÍNDICE

RESUMEN	3
I. INTRODUCCIÓN	5
II. MARCO CONCEPTUAL	6
1. Ergonomía.	6
<i>1.1 Concepto.</i>	<i>6</i>
<i>1.2 Evolución de la ergonomía</i>	<i>8</i>
<i>1.3 Modalidades de intervención.</i>	<i>9</i>
<i>1.4 Áreas de especialización.</i>	<i>9</i>
<i>1.5 Ergonomía y psicología aplicada.</i>	<i>10</i>
2. Factores psicosociales.	12
<i>2.1 Concepto.</i>	<i>12</i>
<i>2.2 Estrés laboral.</i>	<i>13</i>
<i>2.3 Agentes estresores.</i>	<i>15</i>
<i>2.4 Modelos de estrés laboral.</i>	<i>18</i>
III. ESTADO DE LA CUESTIÓN.....	21
IV. MARCO LEGISLATIVO.....	27
1. Normas reguladoras.	27
2. Normas orientativas	35
V. ESTUDIO EMPÍRICO	38
1. Objeto y alcance.....	38
2. Material y métodos.	39
<i>2.1 Diseño del estudio</i>	<i>39</i>
<i>2.2 Sujetos.....</i>	<i>39</i>
<i>2.3 Instrumentos</i>	<i>39</i>
<i>2.4 Procedimiento.....</i>	<i>46</i>
<i>2.5 Análisis</i>	<i>49</i>

3. Resultados y discusión.....	49
3.1 <i>Contextualización de la institución geriátrica</i>	49
3.1.1 <i>Auxiliar de enfermería</i>	50
3.2 <i>Evaluación de factores ergonómicos</i>	57
3.2.1 <i>Análisis de la tarea Levantar</i>	57
3.2.2 <i>Análisis de la tarea Poner al baño</i>	61
3.3 <i>Estrés laboral</i>	65
3.4 <i>Focus group</i>	66
VI. CONCLUSIONES Y MEDIDAS PREVENTIVAS.....	67
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
ANEXOS	81
ANEXO I.....	82
ANEXO II.....	84
ANEXO III.....	85
ANEXO IV	86
ANEXO V.....	87

RESUMEN

El envejecimiento de la población junto con un mayor grado de dependencia de la misma provocan un incremento en el número de atenciones, erosionando asimismo la salud del personal sanitario encargado de sus cuidados. Por ello, este estudio se centra en el análisis de las condiciones ergonómicas y psicosociales del puesto de auxiliar de enfermería de una residencia geriátrica, con el fin de proponer medidas preventivas que mejoren su situación laboral.

El estudio se realiza tomando como muestra a las trabajadoras que participen de forma voluntaria. Las herramientas empleadas son la observación directa no participante de sus labores, cumplimentación del Cuestionario de Salud General de Goldberg y la realización de una entrevista grupal a informantes claves. Posteriormente se planifica las acciones preventivas más adecuadas.

Los resultados obtenidos indican un nivel de riesgo medio en las tareas *Levantar y Poner al baño*. No obstante, estas labores son consideradas como las más penosas por el colectivo. Con respecto al estrés laboral, no se muestra psicopatología en la población estudiada. Sin embargo, se recomienda realizar nuevos estudios psicosociales, ya que durante la observación se alude a la implicación emocional que supone la atención de personas mayores.

Como conclusión podemos extraer que, la integración de la prevención sigue siendo una tarea ardua debido a la lentitud con la que la cultura preventiva se introduce en determinados colectivos. No obstante, se evidencia la preocupación de la Diputación Provincial de Soria al permitir realizar estudios que permitan mejorar las condiciones laborales de sus trabajadores/as.

Palabras claves: Trastornos músculo-esqueléticos, Estrés laboral, Auxiliar de enfermería, Residencias geriátricas, Prevención de riesgos laborales.

ABSTRACT

The evident ageing of the population together with greater degree of dependence cause an increase in the number of attentions of this group, in turn deteriorating the health of responsible nurse staff for their care. Therefore, this study focuses on the analysis of ergonomic and psychosocial job nursing assistant in a nursing home, in order to propose preventive measures to improve their labour conditions.

The study was performed taking as sample of those workers of the nursing home that participate voluntarily. The methods used are non-participating direct observation of their tasks, completion of the General Health Questionnaire Goldberg and the realization a group interview with key informants. Then it proceeds to plan the most appropriate preventive actions.

The results obtained indicate medium risk level tasks *Get up* and *Put the toilet*. However, the collective considers these tasks as the most difficult. With respect to work stress, none of the surveyed population show symptom of stress. Despite these results, it is recommended to make new psychosocial studies, because during the observation the workers mention the emotional involvement that assumes the care of older people.

As conclusion, the integration of prevention remains an arduous task due to the slowness with which the culture of prevention is introduced into certain groups. However, the Provincial Government of Soria shows worry of health of theirs workers that allow these studies to improve the working conditions.

Key words: Skeletal-muscle disorders, Work stress, Nursing assistant, Nursing home, Prevention of occupational hazards.

I. INTRODUCCIÓN

El incremento en la esperanza de vida y la baja tasa de natalidad está originando un crecimiento acelerado en el porcentaje de personas mayores. Los datos actuales en España muestran que la población mayor de 65 años se sitúa alrededor del 17% de la población total, de las que aproximadamente un 25% son octogenarias (Fernández, Parapar & Ruiz, 2010). A esta situación debe añadirse la dependencia de estas personas por razones de enfermedad, discapacidad o limitación, que incrementa el número de cuidados de esta población.

Este problema requiere, por consiguiente, un mayor esfuerzo de los servicios sanitarios para cubrir las necesidades de este grupo de población en residencias geriátricas, centros de día, domicilio y hospitales geriátricos.

En conjunto, el servicio se encuentra formado por un gran número de trabajadores/as, que ostentan a su vez, un elevado índice de accidentes y enfermedades profesionales. Dado que su principal actividad consiste en el tratamiento y el cuidado de enfermos, los problemas de salud laboral más importantes que sufren provienen del contacto físico y emocional que establecen con los pacientes, desencadenando problemas como trastornos músculo-esqueléticos y estrés laboral.

La aparición de estas patologías constituye una de las principales causas de absentismo laboral, además de reducir la rentabilidad de las empresas y aumentar los costes sociales públicos. A pesar de su importante labor social, son escasos los estudios realizados en este colectivo en comparación con otros sectores.

El objetivo de este estudio es realizar un análisis de las condiciones ergonómicas y psicosociales del puesto de auxiliar de enfermería de una residencia geriátrica, con el fin de evaluar los factores de riesgo ergonómico y psicosociales inherentes, y en base a esos resultados, proponer medidas correctoras para mejorar el funcionamiento de dichas tareas.

II. MARCO CONCEPTUAL

1. Ergonomía

1.1 Concepto

A lo largo de la historia, el ser humano se ha preocupado, bien consciente o inconscientemente, por mejorar sus condiciones laborales adaptando los utensilios empleados a su cuerpo y capacidades.

Sin embargo, no fue hasta la Segunda Guerra Mundial cuando aumento el interés por la interacción entre personas y máquinas, debido a la necesidad de mejorar la eficacia del complejo equipamiento militar. Los nuevos vehículos a motor -automóviles, tanques, submarinos y aviones- facilitaban el rendimiento, pero éste no dependía exclusivamente de la fuerza muscular y capacidad física humanas, sino también de las habilidades perceptivas y cognitivas (Leirós, 2009).

Esta toma de conciencia dio lugar al movimiento interdisciplinario denominado *Human Engineering*, cuyo objetivo era proyectar, ubicar e instalar los dispositivos técnicos teniendo en cuenta los conocimientos desarrollados por la fisiología y psicología experimental, con el objetivo de lograr la máxima eficacia del sistema hombre-máquina. En este momento se comienza a hablar de la adaptación de la máquina al ser humano.

En 1949, el profesor K.F.H Murrell funda en Europa la primera Sociedad Nacional de Ergonomía, la *Ergonomics Research Society*, constituida por ingenieros/as, psicólogos/as y médicos/as. La finalidad de este colectivo era hacer del trabajo una tarea cómoda y eficaz mediante la adaptación de la máquina al individuo. Esta “ciencia del trabajo” se denominó Ergonomía (del griego ergon: trabajo, nomos: ley), retomando el término ya empleado en 1857 por el polaco Jastrzebowski.

En la actualidad, se han desarrollado numerosas definiciones del término ergonomía, cada una de ellas haciendo hincapié en unos aspectos u otros. A continuación, se exponen aquellas definiciones, consideradas como más completas y claras, elaboradas por prestigiosos organismos reconocidos internacionalmente:

- Según la **Asociación Internacional de Ergonomía (IEA)**, la ergonomía es el conjunto de conocimientos científicos aplicados para que el trabajo, los sistemas, productos y ambientes se adapten a las capacidades y limitaciones físicas y mentales de la persona.

- Según la **Asociación Española de Ergonomía (AEE)**, la ergonomía es el conjunto de conocimientos de carácter multidisciplinar aplicados para la adecuación de los productos, sistemas y entornos artificiales a las necesidades, limitaciones y características de sus usuarios, optimizando la eficacia, seguridad y bienestar.

Como podemos observar de las definiciones anteriormente citadas, se pueden identificar tres elementos comunes:

- Estudio de la persona en su interacción con el medio.
- Análisis de la actividad humana en sus diversas vertientes para mejorarla en términos de salud, eficacia, usabilidad, etc.
- Su vertiente preventiva es la protección de la salud laboral.

De modo que podemos considerar que el objeto principal de la ergonomía es adaptar el trabajo a las capacidades y posibilidades del ser humano. La ética de la Ergonomía exige que las condiciones de trabajo sean mejoradas y no agravadas, para conseguirlo se puede actuar a través de diferentes aspectos como son:

- **Organización:** mejora de resultados en términos de rendimiento o de eficacia.
- **Prevención:** aligeramiento de carga de trabajo, disminución o supresión de los efectos negativos sobre el trabajador/a, aumento de la seguridad.
- **Confort:** aumento del interés intrínseco de la tarea, aumento de la satisfacción.

En general, ninguno de ellos debería resultar privilegiado, sino que se debería conseguir simultáneamente el mayor grado de eficacia, confort y bienestar del trabajador, dentro de un marco laboral más seguro (Llaneza, 2009).

Con el fin de lograr su finalidad, la ergonomía se apoya en multitud de ciencias y técnicas, como son las ciencias físicas y químicas, la ingeniería, la antropometría, la biomecánica, la medicina, la fisiología humana, la psicología, la sociología y las ciencias empresariales.

1.2 Evolución de la ergonomía

A lo largo del tiempo son diferenciables cuatro etapas de la Ergonomía, las cuales coinciden con la evolución tecnológica y la optimización de la comunicación del sistema individuo-máquina:

1. **Ergonomía del “hardware”:** También conocida como ergonomía americana o “ingeniería del factor humano”. Está orientada a mejorar la interacción de las personas con el medio de trabajo, a través del estudio de las características físicas y perceptivas del ser humano. Este enfoque se basa en estudios científicos de laboratorio que analizan las personas en un entorno artificial que intenta reproducir su ambiente de trabajo, pretendiendo generar reglas universales de la adaptación ser humano-puesto. Sin embargo, existe cierta dificultad de la aplicación directa a casos particulares debido a que la situación real de trabajo rara vez coincide con la situación simulada en laboratorio (Cuenca, 2015).
2. **Ergonomía ambiental:** Se encarga de estudiar los factores del medio ambiente físicos y psicosociales que rodean al ser humano e influyen en el desempeño de las tareas. El objetivo es diseñar y mantener ambientes que incrementen el desempeño, rendimiento, seguridad y bienestar de los trabajadores y trabajadoras.
3. **Ergonomía del “software”:** Supone ampliar el campo de conocimiento del individuo, ya que, además de las características físicas y perceptivas del usuario recogidas en la Ergonomía del “hardware”, se incluye el estudio de los procesos cognitivos. Los conocimientos obtenidos se aplican en el diseño de procedimientos de diálogo y formatos de presentación informáticos para conseguir que sean efectivos y fáciles de usar por el operario/a.
4. **Macroergonomía o Ergonomía de los sistemas Hombres-Máquinas:** Surge en contraposición de los enfoques clásicos de los *Human Factors* (microergonomía) que únicamente analizaba algunas características aisladas de los puestos de trabajo. Las condiciones de trabajo e interacción entre los distintos componentes es el objeto de estudio de los sistemas socio-técnicos. El objetivo central es, por tanto, optimizar el funcionamiento de los sistemas de trabajo teniendo en cuenta la interacción del diseño organizacional con la tecnología, el ambiente y las personas (Llaneza, 2009).

1.3 Modalidades de intervención

En función del modo, momento y tiempo en el que el ergónomo intervenga se distinguen diferentes modalidades de ergonomía:

- **Ergonomía de corrección:** Pretende corregir las anomalías detectadas en un sistema en funcionamiento. Se entiende como deficiencia a subsanar aquellas disfunciones que provocan una alteración o pérdida de confort y de seguridad de los trabajadores/as o bien una disminución de la productividad en cantidad y calidad. Generalmente, el costo de estas modificaciones a veces resulta muy elevados, y en algunos casos son escasas las posibilidades de intervención, como en el caso de ruidos, carga mental, o sistemas complejos.
- **Ergonomía de concepción o diseño:** Intenta resolver a priori todos los problemas que pudieran ocurrir. Previene problemas ergonómicos a través de la anticipación, participando en los nuevos proyectos y en el diseño de los sistemas de trabajo. El modo de acción es muy eficaz y poco costoso pero exige un grado de conocimiento, una experiencia considerable por parte del ergónomo/a ya que si no, éste puede dejar pasar un inconveniente serio o crearlo (Cuenca, 2015). Por otra parte la relación con las soluciones alternativas no siempre se puede establecer con facilidad.
- **Ergonomía de readecuación:** Este tipo de intervención reúne las ventajas de las otras modalidades sin sus inconvenientes. La readecuación se produce aprovechando los cambios que suceden en las empresas, algunas de estas modificaciones se traducen en un aumento o reducción del volumen de producción, adquisición de nueva maquinaria, o mejoras en el ambiente de trabajo. Las acciones propuestas serán más realistas que en ergonomía de concepción, ya que se fundamenta en bases mucho más sólidas.

1.4 Áreas de especialización

Existen muchas áreas de especialización dentro de esta disciplina. En el año 2000, la Asociación Internacional de Ergonomía (IEA) las clasifico en:

Tabla 1: Áreas de especialización de la Ergonomía.

Fuente: Adaptada de Falzon, P. (2009, 18)

Ergonomía Física	Estudia cómo se relacionan con la actividad física diversos aspectos de la anatómica humana, la antropometría, la fisiológica y la biomecánica. Incidiendo en aspectos como posturas de trabajo, manipulación de materiales, movimientos repetitivos, trastornos músculo-esqueléticos, diseño del puesto, etc.
Ergonomía cognitiva	Atiende los procesos mentales, tales como, la percepción, la memoria, los razonamientos, y las respuestas motoras, en lo que afectan a las interacciones entre las personas y el resto de componentes de un sistema en aspectos como la carga mental, la toma de decisiones, el comportamiento experto, la interacción hombre-máquina, la fiabilidad humana, el estrés laboral y la formación relativa a la concepción persona-sistema.
Ergonomía organizacional	Se ocupa de la optimización de los sistemas socio-técnicos, incluyendo las estructuras organizativas, los procesos y las políticas, en cuestiones como la comunicación, la gestión de recursos humanos, el diseño de tareas y horarios de trabajo, el trabajo en equipo, el diseño participativo, la ergonomía comunitaria, el trabajo cooperativo, las nuevas formas de trabajo, las organizaciones virtuales, el teletrabajo y la gestión de la calidad.

1.5 Ergonomía y Psicología aplicada

La prevención de riesgos laborales se desarrolla a través de cuatro técnicas preventivas: Seguridad, Higiene, Ergonomía y Psicología, y Medicina de Trabajo.

Aunque hay autores que consideran que la Ergonomía y Psicología debería ser dos disciplinas independientes. La Ley de Prevención de Riesgos Laborales las engloba bajo una misma denominación, debido a que la unión de ambas temáticas nos permite

comprender la interacción del ser humano con el ambiente laboral. Esta interacción está determinada por sus condiciones de trabajo por una parte y por otra, por sus capacidades y necesidades humanas.

La Psicopsicología complementa a la Ergonomía, tratando de estudiar y analizar las condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral, relacionadas con la organización, el contenido del trabajo y la realización de la tarea, y que tienen capacidad para afectar tanto al bienestar o a la salud (física, psíquica o social) del trabajador/a como al desarrollo del trabajo.

A pesar de que todas las técnicas preventivas tienen como finalidad evitar o reducir los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, a la disciplina de Ergonomía y Psicopsicología se le encomienda, además, la misión de garantizar el bienestar de los trabajadores y trabajadoras mediante la adaptación de las condiciones de laborales, con el fin de aumentar el confort y la eficacia productiva.

De modo que, los principales objetivos de la Ergonomía y de la Psicología aplicada son los siguientes:

- Identificar, analizar y reducir los riesgos laborales (ergonómicos y psicosociales).
- Adaptar el puesto de trabajo y las condiciones de trabajo a las características del operador/a.
- Contribuir a la evolución de las situaciones de trabajo, no sólo bajo el ángulo de las condiciones materiales, sino también en sus aspectos socio-organizativos, con el fin de que el trabajo pueda ser realizado salvaguardando la salud y la seguridad, con el máximo de confort, satisfacción y eficacia.
- Controlar la introducción de las nuevas tecnologías en las organizaciones y su adaptación a las capacidades y aptitudes de la población laboral existente.
- Establecer prescripciones ergonómicas para la adquisición de útiles, herramientas y materiales diversos.
- Aumentar la motivación y la satisfacción en el trabajo.

Hasta aquí hemos abordado someramente el concepto de Ergonomía, que se complementará con el de Factores de riesgo psicosocial, al que le dedicaremos las siguientes páginas.

2. Factores de riesgo psicosociales

2.1 Concepto

La preocupación sobre los factores psicosociales no es nueva, sino que sus inicios se remontan a 1974, año en el que se celebra la Asamblea Mundial de la Salud. En la cual se hace un llamamiento a los Estados Miembros para documentar la importancia y los efectos de los factores psicosociales en el trabajo sobre la salud de los trabajadores/as, con el fin de adquirir nuevos conocimientos sobre los que podría fundarse la acción sanitaria de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Tras esta declaración, la OMS emprendió varios estudios sobre esta temática, donde estudiaba las consecuencias psicosociales de la industrialización en los países en desarrollo, así como un estudio de la situación de los factores psicosociales en el ámbito de la salud.

Sin embargo, no fue hasta 1984 con la publicación del informe “Los Factores Psicosociales en el Trabajo: Reconocimiento y Control”, elaborado por la Organización Internacional del Trabajo, cuando se desarrolló la primera definición de factores psicosociales, proponiendo la siguiente enunciación:

Los factores psicosociales en el trabajo consisten en interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de organización, por una parte, y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, puede influir en la salud, en el rendimiento y en la satisfacción en el trabajo (OIT-OMS, 1984, 12).

Podemos extraer de la definición anterior, que los factores psicosociales van a depender de como interactúen las condiciones laborales con el individuo. Dentro de la denominación de condiciones de trabajo se englobarían el medio ambiente de trabajo, las tareas y los factores de organización. Mientras que las reacciones de los trabajadores/as van a depender de sus habilidades, necesidades, expectativas, cultura y de su vida privada, pudiendo cambiar con el tiempo, para adaptarse entre otras causas.

Cuando las condiciones del trabajo interactúan adecuadamente con los factores humanos, facilitan el trabajo, el desarrollo de las competencias personales laborales y los niveles altos de satisfacción laboral, de productividad empresarial y de estados de motivación en los que los trabajadores/as alcanzan mayor experiencia y competencia profesional. Sin

embargo, unas condiciones psicosociales desfavorables provocan la aparición de conductas y actitudes inadecuadas en el desarrollo del trabajo y daños para la salud del trabajador/a, al desencadenar tensión, estrés, insatisfacción, desmotivación laboral, etc. De este modo, se van a considerar como factores psicosociales de riesgo aquellas condiciones que pueden afectar negativamente a la salud.

Ante una determinada condición psicosocial laboral adversa no todos los trabajadores y trabajadoras desarrollarán las mismas reacciones. La magnitud y la naturaleza de sus reacciones y consecuencias van a depender de características personales del sujeto como: personalidad, necesidades, expectativas, vulnerabilidad, capacidad de adaptación, etc.

Las consecuencias perjudiciales no afectan únicamente a las personas, sino que también repercuten sobre la organización. Reflejándose en un aumento del absentismo laboral, abandonos voluntarios de la empresa, baja productividad, etc.

Esta situación provoca un aumento de la preocupación de los empresarios/as, haciendo consciente la necesidad de identificación, evaluación y control de los factores psicosociales de riesgo con el fin de evitar sus efectos nocivos en la salud y la seguridad en el trabajo.

2.2 Estrés laboral

En los últimos años, el estrés se ha convertido en un fenómeno relevante y reconocido socialmente, siendo vinculado, con frecuencia, al trabajo y a la actividad laboral. Esta patología es el segundo problema de salud más denunciado relacionado con el trabajo, afectando a casi uno de cada cuatro trabajadores/as de la UE (Agencia ESST, 2009).

A lo largo del tiempo, han existido muchas definiciones y perspectivas teóricas de acercamiento al problema del estrés. Se puede agrupar en cuatro grupos fundamentales (Gutiérrez, 2001):

1. **Estímulos:** Es la fuerza que actúa sobre el individuo y da lugar a una respuesta de tensión.
2. **Respuesta:** Es la respuesta fisiológica o psicológica de un sujeto ante un estresor ambiental o personal.
3. **Percepción:** La situación o suceso es percibido como estresante por el individuo.

4. **Interacción entre persona y ambiente:** El estrés surge del desequilibrio percibido por una persona entre una demanda del medio externo o interno y la manera en que percibe su posibilidad de dar respuesta a esa demanda.

El último enfoque es el más globalizador y el que más se utiliza por la consideración de todos los factores intervinientes en el proceso.

La interacción entre la persona y el entorno puede conducir a diversos tipos de respuestas en los sujetos. Como podemos observar en la Figura 1, existe una relación entre el estrés con el rendimiento y la estimulación.

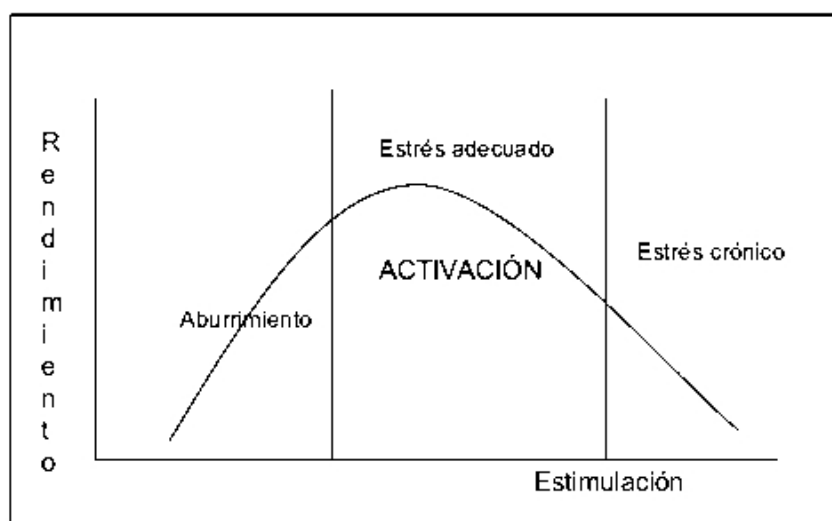


Figura 1: Curva de activación. El estrés en relación con el rendimiento y la estimulación.
 Fuente: Llana, J.F (2009, 453)

Los niveles bajos de estrés están relacionados con desmotivación, conformismo y desinterés en el trabajo. Toda persona requiere un cierto nivel moderado de estrés, que incite a la acción y estimule la motivación y el logro. En este caso, al producir un efecto positivo, el estrés se denomina eutrés. Cuando las exigencias del entorno se perciben intensas y continuadas en el tiempo se excede el umbral de tolerancia de la persona, siendo dañinas para el estado de salud y calidad de vida del sujeto. Cuando se produce un efecto negativo en la salud del trabajador/a, se denomina distrés (Arias & González, 2009).

En el año 2000, la Comisión Europea define el estrés en el trabajo como un conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo. Es un estado

que se caracteriza por altos niveles de excitación y de angustia, con la frecuente sensación de no poder hacer frente a la situación.

Las consecuencias del estrés son muy diversas y numerosas, afectando bien directa o indirectamente a la salud de los trabajadores y trabajadoras. Aunque algunas pueden ser positivas, la mayoría son disfuncionales, provocando desequilibrios y resultando potencialmente peligrosas. Los efectos pueden agruparse por:

- **Efectos psicológicos:** Ansiedad, agresión, apatía, aburrimiento, depresión, fatiga, etc.
- **Efectos conductuales:** Propensión a sufrir accidentes, drogadicción, arranques emocionales, conducta impulsiva, etc.
- **Efectos cognitivos:** Incapacidad para tomar decisiones y concentrarse, olvidos frecuentes, hipersensibilidad a la crítica y bloqueo mental.
- **Efectos fisiológicos:** Aumento de la catecolaminas y corticoides en sangre y orina, incremento del ritmo sanguíneo y de la presión sanguínea, hiperventilación, aumento de colesterol y triglicéridos, etc.
- **Efectos organizacionales:** Absentismo, baja productividad, alto índice de accidentes, rotación de personal, mal clima laboral, etc.

2.3 Agentes estresores

Se entiende como estresor cualquier factor que pueda potencialmente contribuir a la creación de una situación de estrés. Esta potencialidad objetiva depende fuertemente para su manifestación de las características psicosomáticas del sujeto, de la presencia e intensidad de otros estresores así como de la existencia o no de recursos personales u organizacionales para controlar la situación (Gutiérrez, 2001).

Cualquier condición externa puede convertirse en un estresor, por lo que es difícil elaborar una lista donde se incluyan todos. A continuación se van a explicar aquellos factores que son considerados como estresores en la mayoría de los casos:

- **Tiempo de trabajo:** Este factor se basa en la organización, planificación y distribución del tiempo de trabajo en el desempeño de la actividad laboral. A la hora de evaluar la influencia del tiempo de trabajo en la vida social se debe tener

en cuenta la jornada laboral, pausas del trabajo, características del horario, así como el trabajo nocturno o por turnos.

- **Autonomía:** Es la capacidad y posibilidad que tienen los trabajadores y trabajadoras para gestionar y tomar decisiones tanto sobre aspectos de la estructuración temporal de la actividad laboral como sobre cuestiones de procedimiento y organización del trabajo.
- **Carga del trabajo:** Se refiere a la cantidad de esfuerzo, tanto físico como mental, que una persona debe realizar para conseguir llevar a cabo una tarea en el transcurso de realización de su trabajo. Los factores que influyen y determinan la carga de trabajo son las presiones de tiempo, esfuerzo de atención, cantidad y dificultad de la tarea.
- **Demandas psicológicas:** Se refieren a las exigencias, de naturaleza cognitiva y emocional, a las que el empleado/a debe hacer frente en el trabajo.
Las exigencias cognitivas se basan en la cantidad de esfuerzo intelectual al que debe hacer frente el trabajador/a en el desempeño de sus tareas. El grado de esfuerzo mental se va haber influido por las exigencias de la tarea, condiciones ambientales, características individuales y factores sociales externos a la organización.
Las exigencias emocionales se derivan del nivel de implicación y compromiso del trabajador/a en aquellas situaciones que requieren entender la situación de otras personas, las cuales pueden transferirnos sus emociones y sentimientos.
- **Contenido del trabajo:** Hace referencia al grado en que el conjunto de tareas desempeñadas desarrollan las capacidades y conocimientos de los operarios/as, aportándoles un sentido más amplio que el meramente económico. Actúa como estresor cuando los sujetos no percibe la importancia y utilidad de su trabajo para sí mismo, para la empresa y para la sociedad. El sentido del trabajo va a estar directamente relacionado con la variedad de las tareas que realiza y con el conocimiento del producto final acabado.
- **Participación y supervisión:** Este factor se refiere a dos posibles enfoques que se pueden dar sobre el control de trabajo. Por una parte, está el ejercido por el trabajador/a mediante su participación activa en diversos ámbitos laborales y, por otra, el que ejerce la empresa a través de la supervisión del trabajo.

La participación del empleado/a implica no sólo tener un mayor control de sus propias condiciones de trabajo, sino también la posibilidad de intervenir en determinados aspectos organizativos de la empresa. Si esta se ve limitada o restringida puede incrementar la posibilidad de ciertos trastornos relacionados con el estrés.

La supervisión se refiere a la percepción del operario/a sobre el nivel de vigilancia ejercido por sus superiores inmediatos. Cuando el estilo de supervisión no es adecuado va a influir negativamente en la participación del operario.

- **Interés por el trabajador/a:** Muestra la preocupación de la empresa por sus trabajadores/as, a través de cuestiones como promoción, formación e información, desarrollo de carrera de sus operarios/as, así como la percepción tanto de seguridad en el empleo como de la existencia de un equilibrio entre lo que el trabajador/a aporta y la compensación que por ello obtiene (Pérez Bilbao & Nogareda, 2012).
- **Desempeño del rol:** Se define rol como es el patrón de comportamiento, esperado de la persona que desempeña un trabajo, independientemente del sujeto que ocupe el puesto. Es decir, el conjunto de expectativas de conductas asociadas al puesto de trabajo (UGT, 2012). Este factor considera los problemas derivados por una inadecuada definición de las funciones y/o asignación de tareas incompatibles. Comprende dos aspectos fundamentales:
 - **La ambigüedad del rol:** Se produce cuando se facilita información incompleta sobre las tareas, métodos y responsabilidades. Provoca que el empleado/a dude sobre qué debe hacer, cómo llevarlo a cabo, cantidad y calidad de trabajo esperado, tiempo asignado y responsabilidad del puesto.
 - **El conflicto de rol:** Se genera cuando existen demandas y/o exigencias incompatibles o contradictorias entre sí. Dichas situaciones se producen por expectativas divergentes dentro de la propia organización, incompatibilidad temporal, conflictos con el propio sistemas de valores y creencias, o por problemas entre distintos roles individuales (Mansilla & Favieres, 2011).

- **Relaciones interpersonales:** Se refiere a las relaciones que se establecen entre las personas en el entorno laboral. Unas buenas relaciones interpersonales facilitan el apoyo social, el cual puede considerarse como el factor moderador del estrés con mayor incidencia positiva.

2.4 Modelos de estrés laboral

A lo largo del tiempo se han desarrollado diferentes modelos que han tratado de explicar las causas del estrés, su desarrollo y sus consecuencias. Actualmente se emplean de forma mayoritaria dos modelos para evaluar el estrés laboral, los cuales son:

- **Modelo demanda-control de Karasek y Theorell:** Karasek observó que los efectos del trabajo parecían ser resultado de la combinación de las demandas laborales y del nivel de control sobre las mismas. Lo que le llevó a formular un modelo de dos dimensiones que integrase ambas características (Figura 2). Según este modelo, el estrés no depende tanto de lo altas que sean las demandas, sino de la capacidad del control para hacerles frentes. De este modo, el control se convierte en una dimensión fundamental (Mateo, 2013).

		DEMANDAS	
		Bajas	Altas
CONTROL	Bajo	Pasivo	Alta tensión
	Alto	Baja tensión	Activo

Figura 2: Modelo demanda-control
Fuente: Elaboración propia

Como podemos observar en la Figura 2, ambas dimensiones se dividen en dos niveles: bajo y alto. Al combinar las demandas de trabajo y control pueden dar lugar a cuatro grupos de trabajo:

- **Trabajo pasivo:** Corresponden a trabajos con bajas demandas y bajo control. Son trabajos monótonos que conllevan a una pérdida de motivación.
- **Trabajo activo:** Se refiere a trabajos con altas demandas pero también con un alto control. En este tipo de trabajo se dan situaciones de reto constante y de aprendizaje.

- **Trabajo con baja tensión:** Son trabajos con demandas bajas, en el que se dispone de un alto control.
- **Trabajo con alta tensión:** Surge como consecuencia de la combinación de altas demandas y bajo control del trabajo. Si el empleado/a no puede hacer frente a estas demandas ni cambiar las condiciones de trabajo para adaptarse experimentará cierto nivel de estrés.

Posteriormente, Johnson incorpora al modelo demanda-control una tercera dimensión: el apoyo social. Se define como el conjunto de las interacciones que ayudan al trabajador/a a desarrollar su trabajo y que depende de elementos como: la amistad, los componentes colectivos del trabajo o los componentes de reconocimientos. La función del apoyo social es incrementar la capacidad para hacer frente a una situación de estrés mantenido, es decir, actúa como elemento modulador del estrés. Este nuevo enfoque pasa a denominarse modelo demanda-control-apoyo de Karasek, Theorell y Johnson.

- **Modelo esfuerzo-recompensa de Siegrist:** Es un modelo explicativo y cuantitativo elaborado a partir de las teorías de la motivación. A diferencia con el modelo anterior, se sustituye el concepto de control por el de recompensa. Este modelo asume que el esfuerzo en el trabajo es parte de un contrato basado en la reciprocidad social, donde las recompensas se proporcionan en términos de reconocimiento, salario y oportunidades en la carrera profesional (Figura 3). Las amenazas a la carrera profesional incluyen la inestabilidad laboral, la falta de perspectivas de promoción, los cambios no deseados y la inconsistencia de estatus (trabajar por debajo de la propia cualificación) (Siegrist & Cols., 2004). Cuando se produce un desequilibrio entre un esfuerzo alto y una baja recompensa provoca en las personas expuestas emociones negativas, acompañadas de reacciones sostenidas de tensión. A largo plazo el desequilibrio, incrementa la susceptibilidad a las enfermedades cardiovasculares como resultado de la continua reacción de tensión.

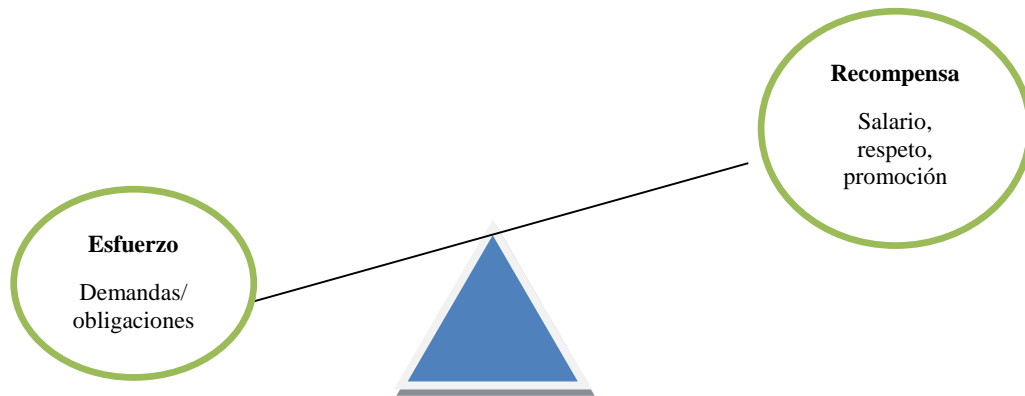


Figura 3: Modelo esfuerzo- recompensa. Fuente: Elaboración propia

En relación con el estudio empírico que realizamos en la segunda parte del presente Trabajo Fin de Máster, se utilizará ambos modelos de forma equitativa para explicar el estrés laboral de las trabajadoras del puesto de auxiliar de enfermería en centros geriátricos.

III. ESTADO DE LA CUESTIÓN

Como hemos visto en el apartado anterior, la Ergonomía y Psicología se unen en una única disciplina preventiva que estudia la interacción del ser humano con su ambiente laboral. Persigue la adaptación de las personas al trabajo, consiguiendo el máximo confort, eficacia y seguridad para el trabajador/a, además de beneficiar a su vez a la empresa creando un proceso productivo más eficiente, eficaz y seguro.

En los últimos años se han desarrollado numerosos estudios ergonómicos y psicosociales orientados a la evaluación y análisis de los trastornos músculo-esqueléticos y estrés laboral. Cuya finalidad es extraer medidas preventivas y de mejora que contribuyan a reducir estas patologías, que afectan a un gran número de trabajadores/as en Europa (Medina & Castillo, 2013; Esteras, Chorot & Sandín, 2014; Alcaraz & Caballero, 2015; García & cols., 2015; León & Fornés, 2015)

Los trastornos músculo-esqueléticos son daños en estructuras corporales como los músculos, las articulaciones, los tendones, los ligamentos, los nervios, los huesos y el sistema de circulación sanguínea localizado, que son causados o agravados en principio por el trabajo y los efectos del entorno inmediato en el que se realiza el trabajo (Agencia ESST, 2007).

La mayoría de las lesiones músculo-esqueléticas relacionadas con el trabajo son trastornos acumulativos, que resultan de la exposición repetida a cargas de baja o alta intensidad durante un largo período de tiempo. No obstante, también pueden ser traumatismos agudos, como fracturas, que ocurren de manera súbita, por ejemplo en un accidente.

Según la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, los trastornos músculo-esqueléticos afectan a una cuarta parte de la población de Europa: el 25% de los trabajadores/as sufren dolores de espalda y el 23% se quejan de dolores musculares (Agencia ESST, 2007). Además, la VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo del año 2011 contempla que un 84% de los trabajadores/as encuestados señala que está expuesto, “siempre o casi siempre” o “a menudo”, a algún aspecto relacionado con las demandas físicas de su puesto de trabajo, siendo el porcentaje de trabajadores/as que siente alguna molestia achacable a posturas y esfuerzos derivados del trabajo que realiza del 77,5%. Como podemos deducir tras observar los datos mencionados, esta patología

se encuentra entre los problemas más importantes de salud en el trabajo, afectando a la calidad de vida de la mayoría de las personas durante toda su vida.

Aunque, en la mayoría de ocasiones, se asocian estas lesiones a la manipulación manual de cargas, posturas forzadas o mantenidas a lo largo del tiempo y realización de movimientos repetitivos, existen evidencias clínicas que ponen de relieve que los factores psicosociales y organizativos pueden contribuir al desarrollo de estas patologías e incluso agravar sus consecuencias (Podniece, 2007).

Por otro lado, el estrés relacionado con el trabajo es el segundo problema de salud más denunciado en Europa, después de los trastornos músculo-esqueléticos (Martínez, 2009). El estrés laboral se produce cuando las exigencias laborales superan la capacidad del trabajador/a para hacerles frente. Cuando los niveles de estrés son prolongados en el tiempo, repercuten negativamente en la salud de dichos sujetos pudiendo desencadenar enfermedades físicas y mentales, además de agravar otras patologías como los trastornos músculo-esqueléticos.

Los riesgos psicosociales se derivan de una inadecuada organización y gestión del trabajo, así como de un contexto social deficiente en el trabajo, como por ejemplo: alta carga de trabajo o falta de tiempo para realizarla, ausencia de participación del operario/a, exigencias difíciles de cumplir, falta de claridad sobre la función del empleado/a, comunicación ineficaz, falta de apoyo de la dirección y de los compañeros/as, dificultades de conciliación de la vida personal y laboral, etc.

Estudios recientes (Eurofound & Agencia ESST, 2014) recogen que el 25% de los trabajadores y trabajadoras manifiesta experimentar estrés durante la totalidad o la mayor parte de su tiempo de trabajo, y la Segunda Encuesta Europea sobre riesgos nuevos y emergentes del año 2015 indica que cerca de dos terceras partes de la población laboral de la Unión Europea está expuesta a factores de riesgo psicosocial que pueden provocar estrés y hacernos enfermar.

A pesar de la importancia de estos riesgos en la salud de los operarios/as y el impacto que supone en términos de productividad y rendimiento para la empresa, son escasos los esfuerzos de prevención y gestión de los riesgos psicosociales en las organizaciones, debido a que más del 40 % de los empresarios/as considera que los riesgos psicosociales son más difíciles de gestionar que el resto de riesgos. Siendo los principales obstáculos

para su evaluación y gestión la “sensibilidad del tema” y la “falta de conocimiento especializado” (Agencia ESST, 2010).

Los riesgos ergonómicos y psicosociales mal gestionados van a producir efectos negativos sobre el trabajador/a, empresa y Estado. Las personas que padecen trastornos músculo-esqueléticos sufren desde incomodidad, molestias y dolores hasta cuadros médicos más graves que pueden requerir tratamiento médico y precisar la baja. En los casos crónicos, el tratamiento y la recuperación suelen ser insatisfactorios y pueden resultar en una incapacidad permanente (Martínez, 2009). En cambio, el estrés laboral provoca problemas de salud mental, agotamiento, dificultad de concentrarse y proclividad a cometer errores, abuso de alcohol y drogas.

Para la empresa, los efectos negativos se traducen en un rendimiento global deficiente, aumento del absentismo, mayor índice de accidentes y lesiones, jubilación anticipada e incluso reubicación del trabajador/a a otro puesto de trabajo. Por otra parte, el Estado se encargará de asumir los costes sociales públicos.

Uno de los sectores con elevada incidencia de trastornos músculo-esqueléticos y estrés laboral es el personal sanitario, debido a que la mayoría de sus tareas conllevan un esfuerzo físico y una gran carga emocional. Dentro de este colectivo, cabe distinguir al personal de centros sociosanitarios y residencias geriátricas, ya que representan la mayoría de los accidentes por sobreesfuerzos provocada por la movilización de pacientes. Las partes del cuerpo más afectadas por este tipo de accidente son la espalda/tronco y las extremidades superiores (Alcaide & cols., 2013). Asimismo, están sometidos a una gran presión emocional al trabajar con personas dependientes que se encuentran en el ocaso de su vida.

A pesar de su importante labor social, hemos encontrado escasa bibliografía que divulgue los resultados de trabajos cuyo objetivo es el análisis de los factores de riesgo ergonómico y psicosociales que se dan en centros de atención a personas mayores, para identificarlos, evaluarlos, analizarlos y llevar a cabo acciones preventivas. En concreto, hemos podido acceder a un número limitado de los estudios realizados en este ámbito.

Un ejemplo es el estudio realizado por Alberto Ferreras, Jaime Díaz, Alfonso Oltra y Carlos García en 2007 titulado “Manual para la prevención de riesgos ergonómicos y psicosociales en los centros de atención a personas en situación de dependencia”. Para la

realización de este estudio se seleccionaron 12 residencias por todo el territorio nacional, de diferentes tamaños y ubicaciones con el fin de evaluar de factores de riesgos y condiciones de trabajo de diferentes puestos de trabajo, entre ellos el de gerocultor. La obtención de datos se realizó mediante grabaciones en video de las tareas, entrevistas a trabajadores/as y a informantes claves.

Según la información registrada en el estudio de campo se pudo identificar que los riesgos ergonómicos más frecuentes del puesto de gerocultor se produce durante la manipulación manual de personas debido a la falta de ayuda técnicas o su escaso uso, además de la formación de los trabajadores/as. Otro de los riesgos destacados, fueron las posturas forzadas, ya que la altura de las camas estaba adaptadas a las necesidades de los residentes pero no del auxiliar, lo cual hace que se adopten malas posturas en las tareas.

En cuanto a los aspectos psicosociales, los problemas más frecuentes detectados fueron el estrés asociado a las relaciones personales con los residentes (implicación emocional, violencia, etc.), trabajo a turnos y nocturnos, quejas asociadas a las pocas oportunidades para el desarrollo de habilidades y conocimientos personales, inseguridad en el trabajo y la falta de estima.

Como se expone en el trabajo anterior, la manipulación de paciente va a ser uno de los principales riesgos del puesto de auxiliar de enfermería. Sin embargo, son numerosas las tareas que se requieren la movilización de pacientes, por lo que sería necesario analizar más profundamente cuál de estas tareas suponen mayor riesgo para el personal. En 2009, Sebastián Pérez Domínguez y Pablo Sánchez Aguilera, desarrollaron un estudio sobre “Riesgos ergonómicos en las tareas de manipulación de pacientes, en ayudantes de enfermería y auxiliares generales de dos unidades del Hospital Clínico de la Universidad de Chile”. El objetivo de este estudio era determinar el nivel de riesgo ergonómico presente en las tareas de manipulación manual de los pacientes del puesto de auxiliares generales y ayudantes de enfermería del servicio de Medicina Física y Rehabilitación y de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Para ello, se grabaron en vídeo las tareas realizadas por el personal, las cuales fueron analizadas utilizando el método REBA. En la Unidad de Cuidados Intensivos se analizaron las tareas de “Aseo de pacientes”, “Acomodación de pacientes” y “Traslado a examen o a otra unidad”, mientras que en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación se estudiaron “Aseo de pacientes”, “Baño en ducha”, “Traslado de cama a gimnasio” y “Medición de pacientes”.

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que tanto las tareas realizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos como en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, se corresponden a un nivel de riesgo alto de padecer trastornos músculo-esquelético.

Las tareas que presentan una mayor desviación estándar, como la tarea de “Aseo de pacientes” en UCI y “Traslado de gimnasio a cama” del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, tienen una mayor dispersión de los valores promedio para cada sujeto. Esto indica la presencia de factores externos que modifican la ejecución de la tarea e influyen en su riesgo final. En cambio, aquellas que presentan una menor desviación estándar, como la tarea “Traslado a examen o a otra unidad” en UCI y “Baño en ducha” del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, tienen una menor dispersión de los valores promedio para cada sujeto. Esto indica que la ejecución de la tarea es similar en la mayoría de los sujetos, por lo que existen menos factores externos que la modifiquen.

Por otro lado, como ya hemos mencionado, el estrés laboral causa repercusión tanto en la empresa, manifestado por un bajo rendimiento del personal; como en el trabajador/a, provocando problemas de salud mental, los cuales causan efectos negativos a en el ámbito de su vida laboral y personal. Para poder gestionar los factores psicosociales de riesgo es necesario evaluarlos, una forma de evaluarlos es a través de la realización de cuestionarios para conocer la salud percibida de los trabajadores.

El artículo “Burnout y salud percibida en profesionales de enfermería en Cuidados Intensivos” realizado en 2008 por María Isabel Ríos, Félix Peñalver y Carmen Godoy; estima la prevalencia de burnout o desgaste laboral en profesionales de enfermería intensiva de un Hospital de Murcia, y analiza su relación con el nivel de salud percibida y otras variables sociodemográficas y laborales. De este estudio destacamos la valoración del nivel de salud percibida a través del cuestionario de Salud Percibida de Goldberg (GHQ-28) formado por 28 ítems dividido en 4 subescalas: subescala A: síntomas somáticos de origen psicológico; subescala B: síntomas relacionados con la ansiedad; subescala C: síntomas relacionados con la “disfunción social” y subescala D: síntomas que se relacionan con el estado de ánimo.

Los resultados obtenidos señalan que un 42,9% de la muestra presenta malestar psíquico, siendo las escalas de síntomas somáticos de origen psicológico y de ansiedad (escalas A y B) las que muestran mayor incidencia, mientras que la escala de síntomas depresivos (escala D) resulta ser la que menor incidencia refleja.

A modo de conclusión, podemos extraer de los estudios anteriores que el personal sanitario es uno de los más afectados por los trastornos músculo-esqueléticos y el estrés laboral. Dichas patologías afectan en mayor medida a las mujeres trabajadoras (Agencia ESST, 2006), las cuales ocupan principalmente el puesto de auxiliar de enfermería en centros geriátricos.

La manipulación manual de pacientes va a ser uno de los principales riesgos que va a afectar a este colectivo, el cual está presente en numerosas tareas. A pesar de las grandes inversiones en ayudas mecánicas que faciliten el trabajo, estas lesiones siguen afectando al personal sanitario. Es por ello, que se debe incrementar la formación de los trabajadores/as en relación con los riesgos ergonómicos.

Con relación al estrés laboral, el colectivo se ve afectado debido a su elevada implicación con los pacientes, además de la estructura de la organización. Provocando en este colectivo síntomas somáticos de origen psicológico y ansiedad.

Como hemos podido observar, la mayoría de las investigaciones se centran en el personal sanitario de hospitales, siendo escasos los estudios realizados en centros de atención a personas mayores. Es por ello, que se deben incentivar la realización de nuevos estudios sobre este colectivo cada vez más importante en nuestra sociedad.

IV. MARCO LEGISLATIVO

1. Normas reguladoras

La enorme complejidad del marco normativo regulador de la prevención de riesgos laborales, viene acreditada y respaldada por la presencia de una gran pluralidad de normas, de distinto rango normativo (internacional, comunitario y nacional). En la Figura 4 recoge e incluye la jerarquía y rango que debe haber entre las múltiples normativas que se regulan y entre la gran cantidad de órganos legitimados para realizarlas.

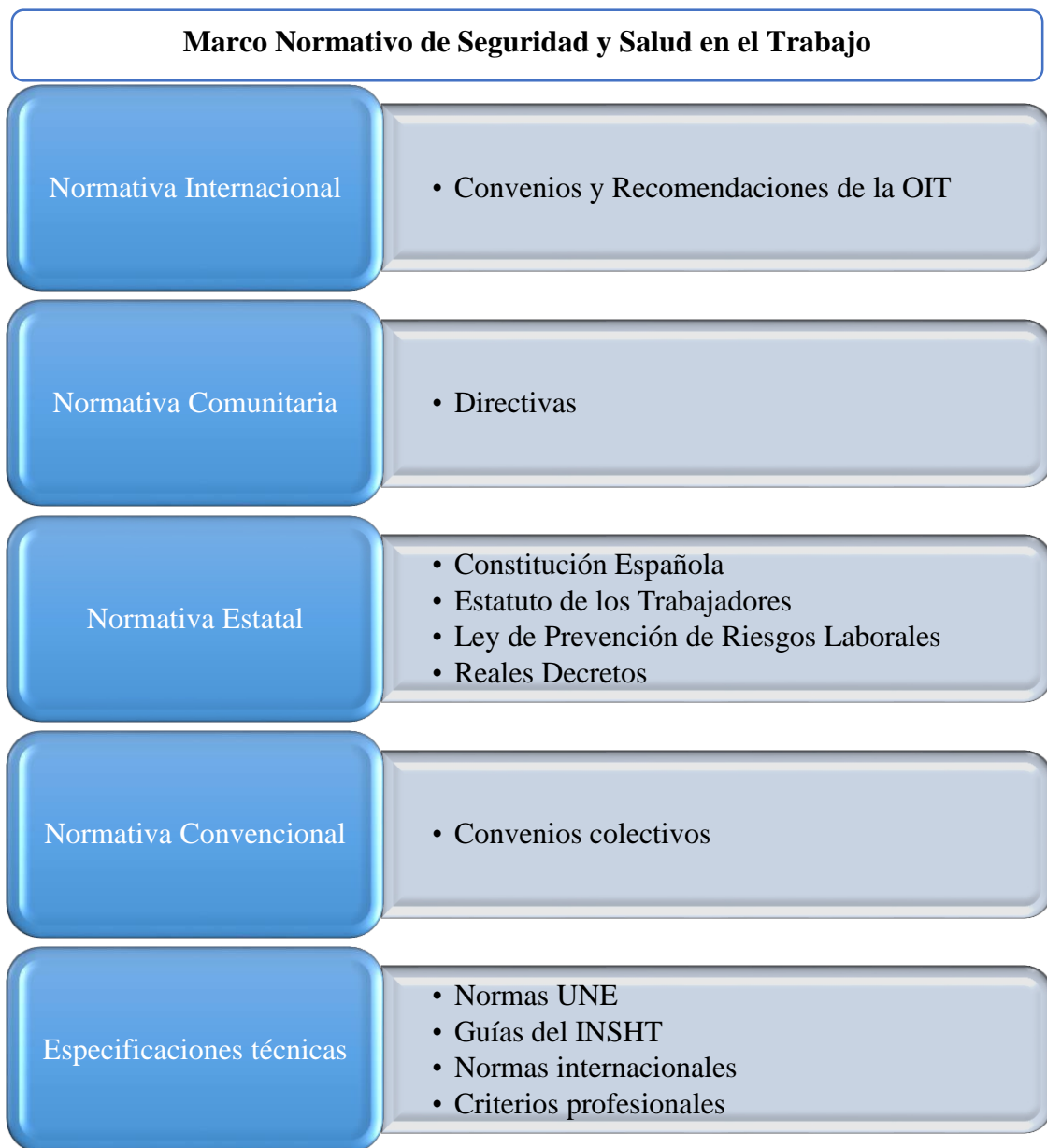


Figura 4: Cronograma de jerarquía de normas.
Fuente: Elaboración propia

Desde el ámbito internacional, los primeros pasos orientados hacia la mejora de las condiciones de trabajo comienza con la constitución del Organismo Internacional de Trabajo (OIT) en 1919. Dicho organismo pretende alcanzar la paz universal y permanente basada en la justicia social, a través de la adopción de una serie de medidas, entre ellas, las referentes a la protección del trabajador/a contra las enfermedades y contra los accidentes de trabajo (Bultó & Solórzano, 2006). Con el fin de alcanzar este objetivo, se han desarrollado un total de 180 convenios y 185 recomendaciones, en los cuales se alude de manera más directa o indirecta a la prevención de riesgos laborales.

Entre todos ellos destaca, el Convenio OIT núm.155 (1981) sobre seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo, ratificado en España en 1985. El artículo 4 de dicho convenio especifica los principios de una política nacional de Seguridad y Salud y obliga a los Estados firmantes a:

- *Formular, poner en práctica y reexaminar periódicamente una política nacional coherente en materia de Seguridad y Salud de los Trabajadores y Medio Ambiente de Trabajo.*
- *Esta política tendrá por objeto prevenir los accidentes y los daños para la salud que sean consecuencia del trabajo, guarden relación con la actividad laboral o sobrevengan durante el trabajo, reduciendo al mínimo, en la medida que sea razonable y factible, las causas de los riesgos inherentes al medio ambiente de trabajo.*

Asimismo, en su artículo 8, deja abierta la forma “legal o reglamentaria o cualquier otro método” que cada Estado vaya a adoptar para hacer efectivo el cumplimiento del art. 4 siempre que consulte con las organizaciones sindicales y empresariales.

Debemos de tener en cuenta, además la existencia de otros muchos Convenios de la OIT sobre la materia ratificados por España, entre los que destacan:

- Convenio N°29, sobre trabajos forzados (1930), ratificado el 32 de agosto de 1932.
- Convenio N°87, sobre la libertad sindical y protección del derecho sindical (1948), ratificado el 20 de abril de 1977.
- Convenio N°98, sobre el derecho sindical y la negociación colectiva (1949), ratificado el 20 de abril de 1977.
- Convenio N° 100, sobre igualdad de remuneración (1951), ratificado el 06 de noviembre de 1967.

- Convenio N° 105, sobre la abolición del trabajo forzoso (1957), ratificado el 06 de noviembre de 1967.
- Convenio N° 111, sobre la discriminación en el trabajo (1958), ratificado el 06 de noviembre de 1967.
- Convenio N° 138, sobre la edad mínima de trabajo (1973), ratificado el 16 de mayo de 1977.
- Convenio N° 182, sobre las peores formas de trabajo infantil (1999), ratificado el 02 de abril de 2001

La normativa a nivel comunitario tiene su base en el Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (TFUE), el cual establece en su artículo 153 que para la consecución de sus objetivos en materia de política social, y en concreto para proteger la salud y la seguridad de los trabajadores/as, apoyará y complementará la acción de los Estados Miembros, entre otros ámbitos, en la mejora del entorno del trabajo. Para tal fin, el Parlamento Europeo y el Consejo, podrán establecer mediante directivas, las disposiciones mínimas que habrán de aplicarse teniendo en cuenta la normativa interna de cada uno de los Estados Miembros.

Sin duda, la directiva con más importancia y trascendencia ha tenido en esta área es la Directiva Marco 89/391/CEE. Dicha directiva establece los principios generales de la acción preventiva, incluidos los derechos y deberes de empresarios/as y trabajadores/as, incluyendo a todos los empleados/as por cuenta ajena sin exceptuar a los funcionarios/as. Esos principios se desarrollaron posteriormente en varias directivas específicas, referidas a riesgos singulares y/o sectores de actividad concretos.

La publicación de la Directiva Marco aportó considerables innovaciones en la materia, que incluían, entre otros, los siguientes aspectos:

- El término «entorno de trabajo» se estableció de conformidad con lo dispuesto en el Convenio núm. 155 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), y define un enfoque moderno que tiene en cuenta la seguridad técnica y la prevención general de enfermedades.
- La Directiva tiene por objetivo establecer un mismo nivel de seguridad y salud a favor de todos los trabajadores/as (con excepción únicamente de los trabajadores/as domésticos y de determinados servicios públicos y militares).

- Obliga a los empresarios/as a adoptar las medidas preventivas adecuadas para garantizar una mayor seguridad y salud en el trabajo.
- Introduce como elemento fundamental el principio de evaluación de riesgos y define sus principales elementos (por ejemplo, la identificación del riesgo, la participación de los trabajadores/as, la adopción de medidas adecuadas que otorguen carácter prioritario a la eliminación del riesgo en su origen, la documentación y la reevaluación periódicas de los peligros en el lugar de trabajo).
- La nueva obligación de adoptar medidas pone implícitamente de manifiesto la importancia de las nuevas formas de gestión de la salud y la seguridad en el trabajo en el marco de los procesos generales de gestión.

Como hemos mencionado, la Directiva Marco garantiza unos requisitos mínimos en materia de salud y seguridad en toda Europa y, al mismo tiempo, permite a los Estados miembros mantener esos mínimos o establecer medidas más restrictivas, respetando en todo momento cada normativa interna. Pero al mismo tiempo, se crea una normativa común para todos ellos, controlando y vigilando que se cumpla verdaderamente.

Junto a las previsiones internacionales y comunitarias, en España, el derecho de los trabajadores/as a prestar sus servicios en un ambiente de trabajo saludable, goza de reconocimiento normativo institucional, al encomendar la Constitución Española (CE) a los poderes públicos, la tarea de velar por la seguridad e higiene en el trabajo, estableciendo la tutela del Estado a la protección de la salud laboral (art. 40.2). Se puede considerar a este mandato constitucional, el inicio del actual marco normativo en prevención de riesgos laborales, el cual exige la relación con otras disposiciones constitucionales semejantes, como el art.10 de la CE (dignidad de la persona), art.15 de la CE (derecho a la vida), art. 43 de la CE (derecho a la protección a la salud) y art.45 de la CE (derecho a disfrutar de un ambiente adecuado) (Collado, 2008).

Después de la Constitución, podemos destacar el Estatuto de los Trabajadores (ET), donde se recogen los derechos y deberes básicos de los trabajadores/as en materia laboral. En su artículo 4.2 se nombran sus derechos en relación al trabajo como el derecho a la formación y promoción profesional en el trabajo, no ser discriminados directa o indirectamente, destacando el apartado 4.2.d en el que se hace mención al respeto de la integridad física de los trabajadores/as y a una adecuada política adecuada de seguridad e higiene. Asimismo, en su artículo 5 encontramos los deberes de los mismos, en materia

de seguridad y salud podemos destacar el apartado 5.b. en el que se establece como deber, observar las medidas de seguridad e higiene que se adoptan.

Otra ley a destacar es la Ley General de la Seguridad Social (LGSS), responsable de dispensar la seguridad pública que se establecen en el artículo 41 y 43 de la CE. En ella se diseñan y establecen conceptos, definiciones y cuantías relacionadas con la seguridad y salud de los trabajadores/as. En su artículo 115 se plasma la definición de accidente de trabajo y en su artículo 116 se define el concepto de enfermedad profesional, las cuales se clasifican, codifican y ordenan en las tablas establecidas mediante el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, también se establecen en él los sistemas de notificación y registro. En su artículo 117 regula el concepto de accidente no laboral y enfermedad común. También la LGSS en su Capítulo VII del Título I, regula las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. Estos organismos colaboran con la gestión de la Seguridad Social en lo que a prestaciones se refiere, asimismo actúan evaluando, analizando, curando y rehabilitando a los trabajadores/as cuando éstos tienen una alteración de su salud debido a razones laborales.

Por último, otra normativa que complementa la legislación en materia preventiva es la Ley de Infracciones y Sanciones en el Orden Social (LISOS) en la cual se regulan las infracciones y sanciones que se derivan de incumplimientos de diversas normativas. En materia de prevención de riesgos laborales, dichas sanciones e infracciones se establecen para mejorar el control de la normativa de este ámbito, tratando de asegurar el cumplimiento efectivo de sus obligaciones. En su Capítulo II se recopilan varias secciones como: Sección 1 donde se recogen las infracciones en materia de relaciones laborales, en su Sección 2 las infracciones en materia de prevención de riesgos laborales, en su Sección 3 las infracciones en materia de empleo, etc. En su Capítulo III se recopilan las infracciones propias del ámbito de la Seguridad Social, clasificándolas todas ellas en infracciones leves, graves y muy graves.

Como se puede apreciar, la política comunitaria en esta materia, muestra su preocupación, cada vez en mayor medida, por el estudio y tratamiento de la prevención de los riesgos derivados del trabajo. Gracias a la delegación de poder legislativo en los órganos representativos de la UE ha sido posible que todos los países que la forman transpongan dichas normativas y exista una mejora patente y necesaria.

En España, para dar cumplimiento al precepto constitucional del art 40.2 CE y transponer al ordenamiento interno de la Directiva Marco 89/391/CEE, se promulga la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL). La presente Ley tiene por objeto la determinación del cuerpo básico de garantías y responsabilidades preciso para establecer un adecuado nivel de protección de la salud de los trabajadores/as frente a los riesgos derivados de las condiciones de trabajo, y ello en el marco de una política coherente, coordinada y eficaz de prevención de los riesgos laborales. Para ello se establecen requisitos mínimos y aplicación de medidas y desarrollo de actividades necesarias para la prevención de riesgos derivados del trabajo.

Dicha Ley se caracteriza por poseer los siguientes principios:

- **Carácter mínimo:** Las disposiciones de carácter laboral contenidas en dicho texto, tendrán en todo caso, el carácter de derecho necesario mínimo indisponible (art. 2.2 LPRL). Es decir, establece disposiciones mínimas en materia de prevención de riesgos laborales que pueden ser mejoradas y desarrolladas por reglamentos y/o negociación colectiva, nunca empeorarlas.
- **Competencia estatal:** Significa que sólo el gobierno español posee la potestad de crear y modificar la normativa de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- **Universalidad:** Está dirigida a abordar los problemas de los riesgos derivados del trabajo, independientemente del ámbito laboral donde se produzcan. Se extiende a los trabajadores/as vinculados por una relación laboral, al personal de las administraciones públicas, a los socios trabajadores de cooperativas e incluso a los penados en ejecución de las penas de trabajo en beneficio de la comunidad.
- **Participación de los trabajadores/as en la prevención de riesgos:** Se fomenta la participación de los trabajadores/as a través de sus representantes a la hora de analizar, evaluar y llevar a cabo medidas preventivas.
- **Principio de cooperación y coordinación administrativa:** Las administraciones públicas prestarán cooperación y asistencia para el eficaz ejercicio de sus respectivas competencias y promoverán la mejora educativa en materia preventiva en los diferentes niveles de enseñanza.

A fin de poder cumplir con todos los requisitos que la LPRL plantea, pero de manera especial con respecto a la integración de la actividad preventiva y la obligación formal del empresario de elaborar un Plan de Prevención de Riesgos, se elabora el Real Decreto

39/1997, de 17 de enero, por el que se aprobó el Reglamento de los Servicios de Prevención. Este Real Decreto legisla las competencias, facultades, obligaciones y responsabilidades de empresas y servicios de prevención.

Asimismo, se crearon otros Reales Decretos para transponer a la normativa española las directivas europeas que expanden la Directiva 89/391/CEE. Estos Reales Decretos intentaban legislar y regular todos aquellos ámbitos que se contemplaban en dichas directivas. A continuación se exponen algunos de los Reales de Decretos más importantes que publicó El Boletín Oficial del Estado (B.O.E.) en referencia a la prevención de riesgos laborales (Tabla 2):

Tabla 2: Transposición de directivas europeas relacionadas con la prevención de riesgos laborales en España. Fuente: Adaptada de Molina, J. A. (2006, 164).

Normativa Europea	Tema	Normativa Española
Directiva 89/654/CEE	Lugares de trabajo	Real Decreto 486/1997, de 14 de abril
Directiva 89/655/CEE	Equipos de trabajo	Real Decreto 1215/1997, de 18 julio
Directiva 89/656/CEE	Equipos de protección individual	Real Decreto 773/1997, de 30 mayo
Directiva 90/269/CEE	Manipulación manual de cargas	Real Decreto 487/1997, de 14 abril
Directiva 90/270/CEE	Pantallas de visualización de datos	Real Decreto 488/1997, de 14 abril
Directiva 90/394/CEE	Agentes cancerígenos	Real Decreto 665/1997, de 12 mayo
Directiva 90/679/CEE	Agentes biológicos	Real Decreto 664/1997, de 12 mayo
Directiva 92/57/CEE	Obras de construcción temporales o móviles	Real Decreto 1627/1997, de 24 octubre
Directiva 92/58/CEE	Señalización de seguridad	Real Decreto 485/1997, de 14 abril
Directiva 92/104/CEE	Industrias extractivas a cielo abierto o subterráneas	Real Decreto 1389/1997, de 5 septiembre
Directiva 90/64/EURATOM	Exposición a radiaciones ionizantes	Real Decreto 413/1997, de 21 marzo
Directiva 93/103/CEE	Seguridad y salud en buques de pesca	Real Decreto 1216/1997, de 18 julio
Directiva 98/24/CEE	Seguridad por riesgo agentes químicos	Real Decreto 374/2001, de 6 abril

Como se puede apreciar tanto las directivas comunitarias como Reales Decretos no llegan a desarrollar y profundizar en la regulación de la ergonomía y psicología, lo que supone que queda mucha materia por investigar y normativizar en estos ámbitos.

2. Normas orientativas

A parte de la normativa reglamentaria, existen normas convencionales sobre la seguridad y salud en el trabajo, las cuales se caracterizan por ocupar un rango inferior en la jerarquía legislativa. En ejemplo de estas normas convencionales son como los Convenios Colectivos (CC).

El Convenio Colectivo es un acuerdo entre representantes de las empresas y representantes de los trabajadores/as como resultado de una negociación colectiva en materia laboral. Mediante dicho documento, empresarios/as y trabajadores/as regulan las condiciones de trabajo y productividad, y como contrapartida se pactan una serie de obligaciones recíprocas que acuerdan una paz laboral.

Pueden darse dos tipos de CC, el estatutario, creado mediante una negociación colectiva entre empresarios/as y representantes de los/as operarios/as, el cual tiene carácter normativo y de obligado cumplimiento, estando en los niveles jerárquicos normativos más inferiores. Y por otra parte existe otro, como es el CC extraestatutario, al cual se adhieren voluntariamente y no tiene carácter normativo ni es de obligado cumplimiento. Uno de los aspectos que se negocian en dichos convenios es la salud laboral, con el objetivo de mejorar en beneficio del trabajador/a, lo establecido por el bloque normativo estatal, los cuales, como hemos comentado anteriormente, establece unas disposiciones mínimas. No obstante, el papel de los CC no es esencial a diferencia de la regulación reglamentaria, pero los acuerdos que se alcancen gracias a ellos benefician al personal trabajador de esos ámbitos.

En el ámbito de la prevención de riesgos laborales, existen también muchas disposiciones técnicas que no tienen la condición de norma en sentido jurídico, ya que carecen de carácter vinculante ni son de obligado cumplimiento. Estas disposiciones técnicas son reglas que recogen criterios y protocolos de actuación y comportamiento en materia preventiva. Elaboradas con el objetivo de ayudar al cumplimiento de tales obligaciones, facilitando la aplicación técnica de las exigencias legales.

El Real Decreto 39/1997 por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención, recoge en su artículo 5, la utilización de dichas disposiciones cuando la

evaluación de riesgos exija la realización de mediciones, análisis o ensayos y en la normativa no se indique o concreten los métodos que deben emplearse, o cuando los criterios de evaluación contemplados en dicha normativa deban ser interpretados a través de criterios de carácter técnico. Se podrán utilizar, si existen, los métodos o criterios recogidos en:

- Normas UNE.
- Guías del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, del Instituto Nacional de Silicosis y protocolos y guías del Ministerio de Sanidad y Consumo, así como de Instituciones competentes de las Comunidades Autónomas.
- Normas internacionales.
- En ausencia de los anteriores, guías de otras entidades de reconocido prestigio en la materia u otros métodos o criterios profesionales.

A nivel nacional, el órgano encargado de publicar y desarrollar la mayoría de las disposiciones nombradas es el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), se define y estructura en base a lo dispuesto en el artículo 8 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995).

A continuación se nombran algunas de las notas técnicas publicadas por el INSHT relacionados con la ergonomía y psicología:

- NTP 179: *La carga mental del trabajo: definición y evaluación*, de Nogareda. (1986).
- NTP 318: *El estrés: proceso de generación en el ámbito laboral*, de Martín. (1993).
- NTP 387: *Evaluación de las condiciones de trabajo: método de análisis ergonómico del puesto de trabajo*, de Nogareda. (1995).
- NTP 452: *Evaluación de las condiciones de trabajo: carga postural*, de Nogareda. (1997).
- NTP 601: *Evaluación de las condiciones de trabajo: carga postural. Método REBA (Rapid Entire Body Assessment)*, de Nogareda. (2001).
- NTP 603: *Riesgo psicosocial: el modelo demanda – control – apoyo social (I)*, de Vega. (2001).
- NTP 702: *El proceso de evaluación de los factores psicosociales*, de Nogareda y Almodóvar. (2005).

- NTP 704: *Síndrome de estar quemado por el trabajo o “burnout” (I): definición y proceso de generación*, de Fidalgo. (2005).
- NTP 907: *Evaluación del riesgo por manipulación manual de pacientes: método MAPO*, de Nogareda y Álvarez. (2011).
- NTP 926: *Factores psicosociales: metodología de evaluación*, de Pérez y Nogareda. (2012).

Como se ha mencionado anteriormente no existe una legislación específica sobre ergonomía y psicología, pero sí métodos de análisis y evaluación, que no tienen carácter normativo, si no que sirven como guías y recomendaciones de actuación.

V. ESTUDIO EMPÍRICO

1. Objetivo y alcance

El presente trabajo tiene como objeto realizar una evaluación ergonómica y psicosocial de estrés laboral en el puesto de auxiliar de enfermería de una residencia geriátrica y aportar propuestas preventivas para evitar, corregir y controlar los posibles riesgos que se evidencian en estos ámbitos laborales. La valoración ergonómica se ha centrado en los riesgos asociados a la manipulación manual de pacientes y posturas forzadas.

Tomando como referencia el Real Decreto 487/1997, se entiende por **manipulación manual de cargas** cualquier operación de transporte o sujeción de una carga por parte de uno o varios trabajadores, como el levantamiento, la colocación, el empuje, la tracción o el desplazamiento, que por sus características o condiciones ergonómicas inadecuadas entrañe riesgos, en particular dorsolumbares, para los trabajadores/as. A su vez, se considera carga cualquier objeto susceptible de ser movido, incluso la manipulación de personas.

Asimismo, se entiende como **postura forzada**, aquella postura que supone que la disposición del cuerpo, de sus segmentos o articulaciones, no están en posiciones naturales o neutras, tales como extensiones, flexiones, rotaciones, inclinaciones, abducciones, aducciones, etc.

Este objetivo de carácter general se concreta en los siguientes objetivos específicos:

1. Recoger información de la manipulación manual de personas y posturas forzadas, a través de la observación directa no participante del puesto de auxiliar de enfermería, y posterior valoración mediante la aplicación del método REBA.
2. Valorar el estrés laboral mediante el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12) de dicho puesto.
3. Realizar una entrevista grupal (*Focus Group*) a informantes claves.
4. Analizar la información recogida y describir los resultados.
5. Triangular los datos recogidos por diversas técnicas e informantes.
6. Elaborar conclusiones y proponer medidas de prevención y mejora.

2. Material y métodos

2.1 *Diseño del estudio*

El proyecto realizado se trata de un estudio descriptivo en entorno natural. En este caso, la investigadora interacciona con los sujetos participantes mediante observación y realización de encuestas y entrevistas para recolectar los datos necesarios.

2.2 *Sujetos*

Se considera población objeto de estudio el colectivo de trabajadoras del puesto de auxiliar de enfermería que realicen sus actividades durante el fin de semana y que accedan de forma voluntaria a participar en el estudio.

La residencia geriátrica estudiada cuenta con 40 auxiliares de enfermería, de los cuales se excluyeron a un trabajador, dos empleadas que no trabajaban en fin de semana y ocho trabajadoras que realizan media jornada. De modo, que la población se reduce a 29 empleadas.

2.3 *Instrumentos*

Para la obtención de datos se emplean las siguientes herramientas:

- **Ficha-Registro de recogida de datos:** Con el fin de obtener la percepción de las trabajadoras sobre la penosidad de las tareas realizadas, se elabora una Ficha-Registro de datos (Anexo I) donde se contemplan los siguientes apartados:
 - **Datos de la trabajadora:** Entre ellos, se recoge un código asignado a cada persona entrevistada de manera que no permita identificarla, con información sobre: edad, año trabajando en la organización, planta en la que trabaja y fecha en la que se realiza la cumplimentación.
 - **Denominación y tareas:** Se describe las actividades observadas a lo largo de la jornada laboral, durante el fin de semana en horario de mañana, y las tareas que componen dichas actividades.
 - **Número de repeticiones:** Hace referencia al número de pacientes que cada trabajadora atiende por turno.

- **Dificultad física:** Mide el grado de esfuerzo físico que percibe que realiza la persona encuestada al realizar las actividades recogidas. Para ello, se establece una escala con tres niveles: bajo, al cual se le asigna una puntuación de 1, media, con un valor de 2, y alta, con una valoración de 3.
 - **Apoyo:** Evalúa si las tareas se realizan con ayuda de otras compañeros/as. Se considera apoyo, cuando se cuenta con la colaboración de otra persona para desarrollar la tarea, y sin apoyo, si las operaciones se realizan sin ayuda.
 - **Bajas laborales:** Pregunta si se ha sufrido bajas laborales debido a trastornos músculo-esqueléticos y el número de veces que se han padecido.
 - **Formación recibida:** Se refiere a si ha recibido formación inicial en el momento de la incorporación, así como durante su trayectoria en la organización.
- **Observación directa no participante:** La observación directa es una técnica de investigación, que consiste en “ver” y “oír” los hechos y fenómenos a estudiar, utilizada para conocer los hechos, conductas y comportamientos colectivos (Meilá, 2015). En función del grado de participación del observador/a puede ser participante o no participante. En este caso, se realiza una observación no participante, es decir, el investigador/a se mantiene al margen del fenómeno estudiado, como un espectador pasivo, que se limita a registrar la información que aparece ante él, sin interacción, ni implicación alguna. Se evita la relación directa con el fenómeno, pretendiendo obtener la máxima objetividad y veracidad posible. Las ventajas de esta técnica son:
 1. Permite obtener información, independientemente del que el observado quiera proporcionarla, es decir, solicita menos cooperación activa de los sujetos para recoger datos.
 2. Aborda las problemáticas de forma global sin centrarse excesivamente en aspectos concretos de la misma.
 3. Los hechos y comportamientos se pueden estudiar sin intermediarios y en el mismo momento en que tienen lugar.

Entre los inconvenientes que puede presentar la observación, está el hecho de que no todos los fenómenos se pueden observar directamente, ya que algunos se producen en niveles demasiado profundos de la personalidad o en situaciones difíciles de observar. Además, la interpretación de la situación está influida por la subjetividad del observador/a.

La técnica de la observación comprende fundamentalmente dos fases:

1. **Selección del fenómeno a observar:** Se trata de identificar la tarea o situación a estudiar, proporcionando definiciones precisas de las variables que se desea observar.
2. **Recogida de datos:** Consiste en el registro objetivo y específico de los hechos generados en un determinado contexto, anotando asimismo las conductas no verbales, lingüísticas y extralingüísticas observadas. En teoría, el momento en el que el observador/a debe tomar notas debería ser el lugar y el momento en el que ocurren los hechos, para evitar desviaciones y distorsiones debido a los posibles errores de memoria. Sin embargo, existen muchas situaciones en las cuales no es posible realizar las anotaciones in situ (Meilá, 2015).

Antes de comenzar la observación es importante que los sujetos observados conozcan la técnica a utilizar y el objetivo de la misma, para que todos puedan entender y asumir sus ventajas, y para que no sea visto como mecanismo punitivo.

- **Método REBA (*Rapid Entire Body Assessment*):** Dicho método fue desarrollado por los ingleses Hignett y McAtamney para estimar el riesgo de padecer desórdenes corporales relacionados con el trabajo. Su objetivo era confeccionar un instrumento sensible que recogiera todo tipo de posturas de trabajo, incluso aquellas menos habituales como las que se pueden observar en ciertas actividades sanitarias (por ejemplo, en el movimiento de enfermos) e industriales (Félix, 2015).

La información requerida para aplicar el método es la siguiente:

- Los ángulos formados por las diferentes partes del cuerpo (tronco, cuello, piernas, brazos, antebrazo, muñeca) con respecto a determinadas posiciones de referencia.
- La carga o fuerza manejada por el trabajador/a al adoptar la postura en estudio indicada en kilogramos.
- El tipo de agarre de la carga manejada manualmente o mediante otras partes del cuerpo.
- Las características de la actividad muscular desarrollada por el trabajador/a (estática, dinámica o sujeta a posibles cambios bruscos).

La aplicación del método se puede sintetizar a partir de la Figura 5, como podemos ver en la figura este método divide el cuerpo en dos grupos: A correspondiente a

tronco, cuello y piernas; y B para los miembros superiores (brazo, antebrazo y muñeca). Cada miembro del grupo debe ser puntuado individualmente. Posteriormente se obtendrá la puntuación final de cada grupo a partir de las puntuaciones individuales de los miembros consultando la tabla A y B, respectivamente.

La puntuación final obtenida del grupo A, debe modificarse en función de la carga o fuerzas aplicadas, pasando a denominarse “Puntuación A”. La puntuación final B también se va a ver corregida en función del tipo de agarre, denominándose “Puntuación B”.

A partir de la “Puntuación A” y “Puntuación B”, y mediante la consulta de la Tabla C se obtiene una nueva puntuación denominada “Puntuación C”. Dicha puntuación se ve modificada en función de la actividad muscular desarrollada. Así finalmente, obtenemos la puntuación final del método REBA.

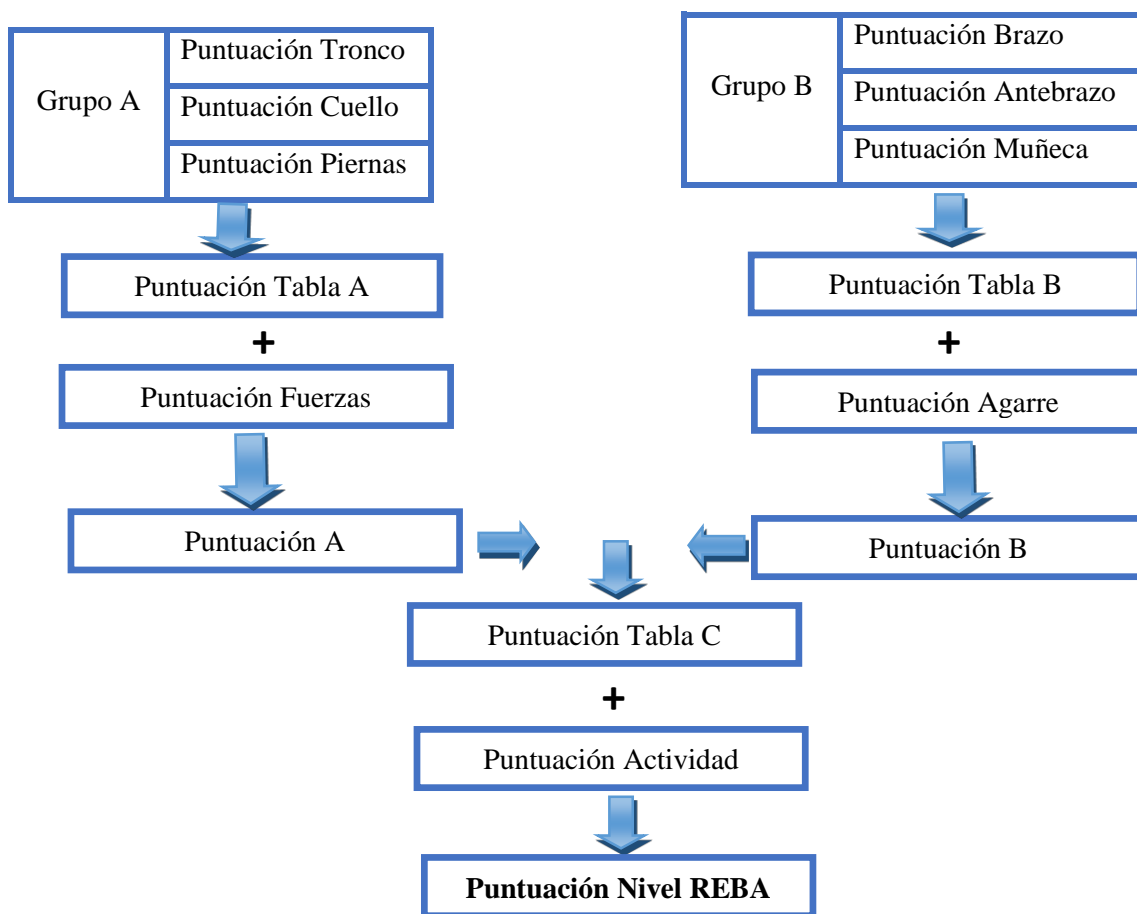


Figura 5: Flujo de obtención de puntuaciones en el método REBA.
Fuente: Elaboración propia.

De la puntuación final REBA se obtienen los niveles de riesgo correspondientes al momento evaluado. El método clasifica el riesgo en 5 categorías: insignificante, bajo, medio, alto y muy alto. Estos niveles de riesgo conllevan 5 niveles de acción: desde un nivel 0 (puntuación REBA igual a 1) que significa que no es necesaria realizar ninguna acción, a un nivel 4 (puntuación de 11 a 15) que significa que hay que realizar acciones inmediatas. En la Tabla 3 se recogen estos diferentes niveles de acción de acuerdo a la puntuación obtenida.

Tabla 3: Niveles de actuación según la puntuación final REBA obtenida.
Fuente: Elaboración propia

Nivel de acción	Puntuación REBA	Nivel de riesgo	Actuación
0	1	Insignificante	Ninguna
1	2-3	Bajo	Puede ser necesaria
2	4-7	Medio	Necesaria
3	8-10	Alto	Necesaria pronto
4	11-15	Muy alto	Necesaria ahora

Los pasos del método detallado se corresponden con la evaluación de una única postura. Para el análisis de puesto la aplicación de dicho método debe realizarse para las posturas más representativas. El análisis conjunto de resultados permite determinar si el puesto resulta aceptable o si es necesario realizar un estudio más en profundidad.

- **Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12):** El cuestionario de salud general (*General Health Questionnaire, GHQ*) fue desarrollado por Goldberg y Blackwell en la década de 1970, dando respuesta a la necesidad de detectar y evaluar objetivamente los niveles de salud. Para ello, elaboraron un test auto-administrado, destinado a detectar trastornos psíquicos entre los encuestados en un ámbito comunitario y en medios clínicos no psiquiátricos. Su propósito fue detectar aquellas formas de trastorno psíquico que pudieran tener relevancia en la práctica médica y, por tanto, se centra en los componentes psicológicos de una mala salud. El cuestionario mide dos tipos principales de fenómenos: la percepción de incapacidad para seguir llevando a cabo las funciones “saludables” normales y la aparición de nuevos fenómenos del tipo de malestar psíquico. En la actualidad esta técnica se usa en muchas investigaciones tanto con población clínica como no clínica (Fernández, 2009).

A partir del cuestionario inicial, que constaba de sesenta ítems, se han creado versiones abreviadas con 36, 30, 28 y 12 ítems, respectivamente.

El cuestionario de salud general GHQ -12 (Anexo II), además de evaluar la dimensión general de la salud autopercebida por el paciente, permite distinguir dos subdimensiones: la primera de ellas es el bienestar psicológico, definido como “el sentir positivo y el pensar constructivo del ser humano acerca de sí mismo, que se define por su naturaleza subjetiva vivencial y que se relaciona estrechamente con aspectos particulares del funcionamiento físico, psíquico y social” (Virginia & González, 2000), a través de los siguientes ítems:

1. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?
2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño?
5. ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?
7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?
9. ¿Se ha sentido poco feliz o deprimido/a?
12. ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?

La segunda subdimensión es denominada como funcionamiento social y afrontamiento, la cual hace referencia a “la autoevaluación sobre la propia percepción de capacidad para atender los asuntos personales, afrontar las preocupaciones, decidir y atender los asuntos de la vida” (Victoria & González, 2000). Esta subdimensión es evaluada en los siguientes ítems:

3. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?
4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?
6. ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?
8. ¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?
10. ¿Ha perdido confianza en sí mismo?
11. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

En cada ítem la persona señala su situación actual en comparación con las últimas semanas marcando una de 4 alternativas. A las dos primeras alternativas en cada pregunta se les asigna una puntuación de 0 y a las dos últimas alternativas, una puntuación de 1.

Cuando la puntuación obtenida va de 0 a 4 puntos, se observa ausencia de patología. Si se obtiene de 5 a 6 puntos se sospecha de psicopatología subumbral. En el caso de que se alcance unos valores de 7 a 12 es indicativo de presencia de psicopatología.

- **Entrevista grupal (*Focus Group*):** Es un método cualitativo, en que se reúnen a un grupo de individuos seleccionados por el investigador/a para discutir y elaborar, desde la experiencia personal, una temática o hecho social que es objeto de investigación. El objetivo principal de un grupo de discusión va a ser intercambiar opiniones entre sus miembros, de manera que se obtenga información acerca de las percepciones, actitudes o motivaciones de un colectivo determinado; todo ello dirigido por un moderador en una posición más directiva (Nogareda, 1993).

En nuestro caso, los participantes de la reunión van a ser informantes claves, es decir, aquellas personas que por su estatus o conocimientos especiales pueden aportar al investigador/a una fuente importante de información.

Esta técnica puede aplicarse de manera independiente, es decir, como técnica única, para investigar un determinado tema, o puede utilizarse como complementaria de otras técnicas, para comparar resultados o buscar explicaciones a los datos obtenidos que nos permitan determinar estrategias de acción, prioridades de actuación o comprobar hipótesis.

Para poder desarrollar la reunión de una manera eficaz, es necesario realizar una convocatoria de la reunión donde se informe, con tiempo suficiente, del objetivo, lugar, hora y duración aproximada de la reunión. Es aconsejable realizar las reuniones por la mañana, a una hora en la que no se prevean interrupciones, siendo recomendable que la duración de la misma no supere una hora. El lugar donde se realice debe ser neutral de manera que favorezca la participación y se eviten inhibiciones de los participantes. Asimismo, es conveniente adoptar durante la reunión una configuración circular u oval que permitan la interacción entre los componentes del grupo.

En el transcurso de la discusión del grupo, los participantes expresan sus ideas y sus emociones, para ello es necesario que el clima sea distendido. Durante el desarrollo de la misma, el moderador va a velar para que se cumplan los objetivos de la reunión, redirigiéndola si se desvía, facilitando el intercambio de ideas entre los participantes, haciendo respetar el método que se establezca para el desarrollo de la reunión, y estableciendo síntesis de la discusión.

Una vez finalizada la discusión y la reunión del grupo, se procederá al análisis de los datos obtenidos en la misma. El análisis de los datos consiste en examinar, categorizar y reorganizar la información obtenida durante el transcurso de la reunión, de una manera sistemática.

2.4 Procedimiento

En primer lugar, vía telefónica, se procede a la toma de contacto tanto con los responsables administrativos de la Diputación Provincial de Soria como con los gestores de la institución, solicitando los permisos pertinentes para poder realizar el presente Trabajo Fin de Máster en el centro geriátrico. Para ello, se elabora un proyecto donde se recoge la importancia de realizar nuevos estudios en el personal del puesto de auxiliar de enfermería, así como las investigaciones a realizar en dicho trabajo durante los meses de noviembre a enero.

En el plazo de un mes se recibe un escrito, a través de correo electrónico, de la Responsable de Recursos Humanos de la Diputación, en el que se comunica la concesión del permiso para realizar la investigación (Anexo III).

Tras dicho comunicado, se recopila información sobre las tareas a realizar en el puesto de trabajo seleccionado para dicha evaluación mediante observación de la actividad desarrollada durante cuatro fines de semana.

Tras definir las tareas realizadas durante el fin de semana en turno de mañana, es decir de 8:00 a 15:00 horas, se procede a diseñar y elaborar una Ficha-Registro de recogida de datos sobre la percepción de la penosidad de las actividades (Anexo I), el cual posteriormente es cumplimentando por aquellas auxiliares de enfermería que han accedido a participar en la investigación. Antes de entrevistar a las trabajadoras, se informa a las mismas del objeto del estudio y alcance, así como de la metodología a usar, solicitando su participación y asegurando el total anonimato, así como la máxima confidencialidad en el tratamiento de los datos.

Después de conocer las tareas que son consideradas como más penosas por la población objeto de estudio, se realiza una observación directa no participante de las mismas con el fin de obtener las posturas y movimientos que más riesgos entrañen a la trabajadora. Dichas posturas se evalúan posteriormente a través del método REBA, el cual nos permite actuar sobre los factores que más incidan en el nivel de riesgo.

Posteriormente, se le entrega al personal participante, en formato papel, el Cuestionario de Salud General de Goldberg. Las trabajadoras disponen de una semana para la cumplimentación del cuestionario, incluso pudiendo ampliar el plazo de devolución a 15 días.

En último lugar, se identifica quienes son los informantes claves y se concreta, en función de su disposición, una entrevista grupal (*Focus group*) en las propias instalaciones de la institución.

Una vez obtenidos los datos, se procede a su análisis y triangulación. Con los resultados obtenidos, se establece las medidas de prevención y de mejora específicas.

En el siguiente cronograma (Figura 6) se recogen, a modo de resumen, las fases de la investigación descritas en este apartado:

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES					
Actividades	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero
Establecer contacto con Director del centro y Diputación de Soria.					
Diseño del estudio.					
Elaboración de la propuesta de estudio y presentación a la Diputación de Soria.					
Consulta de archivos y revisión de la bibliografía.					
Elaboración de Marco Teórico.					
Concesión del permiso para realizar investigación					
Recogida de datos mediante observación directa no participante.					
Diseño de Ficha-Registro de datos sobre percepción de la penosidad de las tareas.					
Entrevista para percepción de la penosidad de las tareas.					
Cumplimentación del cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12).					
Realización de entrevista grupal (<i>Focus group</i>).					
Análisis y triangulación de los datos.					
Redacción del Trabajo Fin de Máster.					
Obtención de conclusiones.					
Elaboración de medidas de prevención y de mejora.					
Presentación del Trabajo Fin de Máster.					

Figura 6: Cronograma de actividades para la elaboración del Trabajo Fin de Máster.
Fuente: Elaboración propia.

2.5 Análisis

Los datos de esta investigación se obtienen a través de las visitas a los puestos de trabajo in situ, cuestionario de Salud General de Goldberg y entrevista grupal. Es muy importante comunicar al trabajador/a que realice las tareas en condiciones normales de trabajo y que sea completamente sincero en la realización del cuestionario y entrevista grupal, ya que cualquier modificación puede repercutir en los resultados, aumentando o disminuyendo el nivel de riesgo.

Los datos obtenidos se analizan mediante medidas de tendencia central. A partir de su interpretación, se elabora un plan de acciones preventivas específicas, donde se establece las acciones propuestas para evitar, reducir y/o controlar los niveles de riesgos ergonómicos y psicosociales del puesto evaluado. Una vez entregada la planificación preventiva propuesta, la empresa debe analizar las medidas propuestas y programar las medidas preventivas teniendo en cuenta las prioridades y su capacidad técnica, económica y organizativa.

3. Resultados y discusión

En el siguiente apartado se exponen los resultados obtenidos de las investigaciones realizadas en el centro geriátrico objeto de estudio: evaluación de factores ergonómicos y estrés laboral. En primer lugar, se describe la organización y el puesto de auxiliar de enfermería, de manera que nos permita conocer mejor las causas de los mismos.

3.1 Contextualización de la institución geriátrica

La residencia de la Tercera Edad investigada se trata de una institución pública dependiente de la Diputación Provincial de Soria, fundada en el año 1977 y cuyo objetivo fundamental es atender las necesidades de aquellas personas que requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria.

En los últimos años, se han realizado reformas en el centro orientadas a mejorar la adecuación de habitaciones y baños, aumentando de este modo su capacidad para alojar a residentes. En la actualidad dispone de 106 plazas.

Las instalaciones de la organización se dividen en cuatro áreas: planta baja, primera, segunda y tercera. Cada planta cuenta con alrededor de 14 habitaciones dobles, las cuales

disponen de un cuarto de baño propio con ducha; almacén geriátrico, cuarto de baño auxiliar, sala de estar, comedor y área de descanso de las auxiliares de enfermería. Asimismo, dispone de otros servicios como gimnasio, sala de terapia ocupacional, capilla, jardín, comedor principal, área de enfermería y fisioterapia, y despachos de dirección y asistente social.

Para poder dar un servicio de calidad a los pacientes se cuenta con 80 trabajadores y trabajadoras, distribuidos en el sector servicios, incluyéndose portería, cocina, lavandería, mantenimiento y limpieza; personal sanitario, formado por auxiliares de enfermería, enfermeras, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional; y área administrativa y de dirección.

3.1.1 Auxiliar de enfermería

Como se ha ido exponiendo a lo largo del presente trabajo, la investigación desarrollada se centra en el puesto de auxiliar de enfermería. Para poder comprender mejor los resultados obtenidos se describe las características y condiciones laborales observadas de los sujetos estudiados.

El colectivo de auxiliar de enfermería del centro objeto de estudio está compuesto por 40 personas. Este puesto está formado principalmente por mujeres, encontrándose solamente un hombre en dicha categoría profesional. Estamos ante una de las denominadas profesionales “feminizadas” (Maruani, 2000; Molina, 2004; Olivera, 2008; Mosqueda-díz, Paravic-Kli & Valenzuela-Zuazu, 2013), caracterizada por personal al que se demanda escasa cualificación, con un nivel de ingresos medio-bajo, así como un bajo reconocimiento social. Condiciones todas que influyen indudablemente en su “cultura de trabajo”, en la vivencia de su desarrollo profesional (rol, expectativas,...).

Dicho personal es dividido en dos grupos equitativos en cuanto a número: el grupo A, en el cual los trabajadores/as se encargan de los pacientes de la planta baja y de la primera, y el grupo B, que se ocupan de los residentes de la segunda y tercera planta. Dentro de cada grupo, los sujetos realizan rotaciones entre dichas plantas.

La jornada laboral se desarrolla en tres turnos: el turno de mañana, el cual comprende un horario de 8:00 a 15:00 horas; turno de tarde, de 15:00 a 22:00 horas; y turno de noche, de 22:00 a 8:00 horas. El turno de trabajo que realizan los operarios/as viene marcado por un cuadrante con 17 rotaciones (Figura 7), dicha plantilla es idéntica tanto para el grupo A como para el B.

Nº rotaciones	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1º	M	M	M	M	M	L	L
2º	M	M	M	M	L	T	T
3º	T	T	T	T	T	L	L
4º	N	-	N	-	N	-	N
5º	L	L	M	M	M	M	M
6º	M	M	M	M	M	L	L
7º	M	M	M	M	L	T	T
8º	T	T	T	T	T	L	L
9º	M	M	M	L	M	M	M
10º	-	N	-	N	-	N	-
11º	M	M	L	L	M	T	T
12º	T	T	T	T	T	L	L
13º	M	M	L	M	M	M	M
14º	M	M	M	M	M	L	L
15º	M	M	M	M	L	M	M
16º	T	T	T	T	T	L	L
17º	M	M	L	L	M	M	M

Figura 7: Rotaciones de turnos de trabajo puesto auxiliar de enfermería (M= mañana, T= tarde, N= noche, L=libre).

Fuente: Elaboración propia.

La planificación de los turnos de trabajo puede verse modificada bien en función de los días festivos que soliciten los trabajadores/as bien si realizan cambios de turnos entre compañeros/as.

Asimismo, se realiza una rotación interna dentro de cada planta. Para ello, cuenta con unas tarjetas enumeradas, donde se recogen los nombres de los pacientes que debe atender ese día.

Durante el fin de semana, período en el cual se realiza la investigación, se encuentran 10 auxiliares en turno de mañana, 6 en turno de tarde y 2 en turno de noche. Se decide centrar el estudio en horario de mañana, ya que se observa mayor carga de trabajo y se dispone de mayor personal.

Las actividades observadas durante el fin de semana en horario de mañana han sido las siguientes:

- **Levantar:** En esta actividad se incluyen las tareas de lavado, cambiado del pañal, vestido del paciente todo ello realizado en la cama y posteriormente se incorpora al anciano para levantarlo de la cama.
- **Desayuno:** En primer lugar se traslada a los pacientes bien al comedor principal bien en la planta, en función del grado de dependencia del residente. Las auxiliares de enfermería se encargan de atender a las personas que desayunan en la planta, para ello se encargan de repartir los desayunos, distribuir la medicación, dar de comer a la boca a aquellas personas que no puedan por sí mismas, y por último recoger la vajilla utilizada.
- **Hacer las camas:** Durante la realización de esta actividad, se reparten las sábanas y toallas limpias de cada paciente. Además, se cambian las sábanas en el caso de que sea necesario. Una vez finalizada la tarea, la ropa sucia recogida de las habitaciones se traslada a la lavandería. Cabe mencionar que aún existen diferentes tipos de camas en el centro, siendo el 51% de las camas no regulables en altura, lo cual obliga a las auxiliares a adoptar posturas forzadas (Anexo IV).
- **Almuerzo:** Consiste en repartir, a mitad de mañana, bien zumo o gelatina a los residentes. Asimismo, se da el almuerzo a la boca a aquellas personas que lo requieren.
- **Poner al baño:** Para ello, se realiza el traslado del anciano al cuarto de baño, se sienta en el inodoro y se cambia el pañal.
- **Comida:** En esta actividad se realiza las mismas tareas descritas en el apartado de *Desayuno*.
- **Cambio postural:** Se fundamenta en la modificación de la postura corporal del paciente. Estos cambios se realizan siguiendo las indicaciones de las enfermeras.
- **Siesta:** Se acuestan en la cama para la siesta a aquellas personas que indiquen las enfermeras. El número de pacientes que se acuestan es mínimo. Habitualmente, es de uno o dos residentes en cada planta.

Para realizar las tareas de movilización de pacientes se disponen de diversas ayudas mecánicas en cada planta, que les facilitan su realización (Anexo V). Sin embargo, se ha observado que no se emplean en todos los casos, ya que depende del grado de dependencia del paciente o de si se cuenta del apoyo de los compañeros/as.

En la realización del estudio se consigue la participación del 79,3% del personal (Tabla 4), el cual contaba una media de edad de 53 años y alrededor de 26 años trabajando en la institución.

Tabla 4: Participación del colectivo de auxiliar de enfermería en la realización del estudio.

Fuente: Elaboración propia.

Población total	Muestra invitada	Muestra aceptada
40	29	23
100%	72,5%	79,3%

Los resultados obtenidos en la recogida de datos sobre la percepción la penosidad de las tareas descritas anteriormente se recogen en la siguiente Tabla 5:

Tabla 5: Percepción media de la penosidad del puesto de auxiliar de enfermería turno fin de semana: Mañana.

Fuente: Elaboración propia

Nº actividad	Denominación	Tareas	Nº de repeticiones*	Dificultad física			Apoyo		Bajas laborales	Formación recibida
				Baja (1)	Media (2)	Alta (3)	Con apoyo	Sin apoyo		
1.	LEVANTAR	1. Lavado en cama 2. Cambiado de pañal 3. Vestido 4. Alzado (con grúa/sin grúa)	7			X (2,8)	78,3% (2-3)		65,21% de las trabajadoras entrevistadas han sufrido una media de 2 bajas por TME	No han recibido formación inicial. Si han realizado cursos sobre posturas forzadas y movilización.
2.	DESAYUNO	1. Traslado a comedor o sala de la planta 2. Repartir desayunos en planta 3. Medicación 4. Dar desayuno ¹ 5. Recoger desayunos	6		X (1,6)		100%			
3.	HACER CAMAS	1. Subir sábanas limpias 2. Cambiar sábanas 3. Hacer camas 4. Reparto sábanas y toallas limpias 5. Bajar sábanas sucias	9		X (2)		82,6% (9)			
4.	ALMUERZO	1. Reparto zumos en planta	6	X (1,3)			100%			
5.	PONER AL BAÑO	1. Traslado al baño 2. Alzado (con grúa/sin grúa) 3. Sentar en baño 4. Alzado (con grúa/sin grúa)	-			X (2,6)	60,9%			

Nº actividad	Denominación	Tareas	Nº repeticiones*	Dificultad física			Apoyo	
				Baja (1)	Media (2)	Alta (3)	Con apoyo	Sin apoyo
6.	COMIDA	1. Traslado a comedor o sala de la planta 2. Repartir comida en planta 3. Medicación 4. Dar comida ¹ 5. Recoger comidas	6		X (1,52)			100%
7.	CAMBIO POSTURAL	1. Alzado (con grúa/sin grúa) 2. Colocación en asiento	-		X (2,43)		91,3%	
8.	SIESTA	1. Traslado a la habitación 2. Alzado (con grúa/sin grúa) 3. Acostar en cama	2-3 ²		X (2,3)		65,2%	

¹ Dar desayuno a personas dependientes

² Número total de pacientes en la planta que se acuestan a la siesta en la planta Baja, 1ª y 2ª.

* Número de pacientes atendidos por turno por una trabajadora

- No se ha podido determinar el número de pacientes atendidos debido a que es variable en función del día

De los resultados expuestos, podemos extraer que el 65,21% de las trabajadoras entrevistadas han padecido una media de 2 bajas provocadas por trastornos músculo-esqueléticos durante su trayectoria profesional.

Con respecto a la formación recibida, todos los sujetos entrevistados admiten que a su entrada en la institución no han recibido una formación e información inicial sobre los riesgos específicos de su puesto de trabajo, aprendiendo de sus compañeras y de su propia experiencia el procedimiento para realizar sus funciones. No obstante, si se han impartido cursos en la institución sobre ergonomía en los que se inciden en posturas forzadas y manipulación manual de pacientes. Cabe mencionar que los cursos impartidos se realizan en horario no laboral. Esta situación ha deteriorado el interés de las trabajadoras, afectando a la asistencia y participación en cursos posteriores.

Todas las funciones recogidas en la ficha, excepto la actividad *Almuerzo*, han sido casi clasificadas con una penosidad media y alta. Siendo las tareas de *Levantar y Poner al baño*, las peores valoradas entre las trabajadoras.

La acción de *Levantar* a los residentes es realizada por cada trabajadora una media de 7 veces en un mismo turno. Este número se ve disminuido, dado que el 78,3% de las empleadas encuestadas afirma que recibe ayuda de sus compañeros/as por lo menos en 2 pacientes. Por otro lado, en la labor de *Poner al baño* no se ha podido medir el número de repeticiones ya que es variable en función del día. A la hora de realizar esta actividad, el 60,5% de las opiniones recogidas muestra que cuentan con el apoyo de otras auxiliares.

En el estudio realizado por Romero, Álvarez y Prieto en el año 2011, se evalúa las tareas realizadas por auxiliares de enfermería en una residencia geriátrica a través de la monitorización de la frecuencia cardíaca. Determinando que las tareas con mayor carga física son los cambios de absorbentes, transferencias y hacer las camas. Si comparamos dicha investigación con los resultados obtenidos, podemos apreciar que existe una cierta similitud en las tareas consideradas más penosas, ya que los cambios de absorbentes es una tarea que constituyen la actividad *Poner al baño*. Por otro lado, en el estudio se entiende como transferencias al traslado del paciente de la cama a la silla, así como al movimiento por las dependencias del centro. De manera que esta labor también formaría parte de la actividad denominada *Levantar*.

Dado que las tareas de *Levantar y Poner al baño* han obtenido las puntuaciones más elevadas, se va a realizar la evaluación de las posturas que se adoptan en su ejecución mediante la utilización del método REBA. Los resultados obtenidos de la valoración ergonómica se desarrollan en las siguientes páginas.

3.2 Evaluación de factores ergonómicos

En este apartado se recogen las puntuaciones obtenidas del método REBA de las posturas consideradas más penosas por el colectivo. Una vez detectadas dichas posturas, se podrá actuar sobre ellas para reducir el daño causado al personal.

Para poder evaluar dichas actividades se realiza una observación directa no participante de su ejecución. Para ello, se examina a varias auxiliares con el fin de detectar y eliminar las adaptaciones personales de la tarea, quedándonos con aquellas acciones que se repiten en todos los sujetos.

3.2.1 Análisis de la tarea Levantar

La evaluación de la tarea *Levantar* se ha realizado tomando como referencia las posturas y movimientos adoptados por las auxiliares de enfermería en su ejecución, sin contar con el apoyo de los compañeros/as. En todos los casos, las personas atendidas se encontraban en camas articuladas regulables en altura y eran no colaboradoras.

Dicha actividad se constituye por las siguientes subtareas u operaciones elementales: aseo del residente, en el que se incluye el lavado de la cara, manos, cuerpo y espalda, secado e hidratación corporal con crema; vestir y poner el pañal, todo ello realizado en la cama. Por último, se transfiere al residente del borde de la cama a la silla de ruedas utilizando una grúa de bipedestación (Molift Quick Raiser).

Como podemos observar en la descripción anterior, se pueden distinguir dos partes diferenciadas de la tarea: la primera de ellas el aseo del paciente y la segunda su transferencia. Dado que en el siguiente apartado se va a evaluar la tarea de *Poner al baño*, la cual consiste principalmente en la realización de una transferencia de la silla de ruedas al baño. Vamos a dedicar estas páginas a la evaluación de la subtarea aseo del paciente.

La evaluación de los movimientos ejecutados en el desarrollo de la actividad a través de la aplicación del método REBA nos indica que la subtarea estudiada tiene una puntuación REBA de 4, es decir, el nivel de riesgo es medio, siendo necesario corregir las posturas




más penosas. En la Tabla 6 se exponen aquellas posturas sobre las que se debe actuar para reducir su penosidad. Se debe considerar que en función de la colaboración o resistencia del paciente, así como el grado de dependencia va a modificar el nivel de riesgo obtenido en la valoración.

En el estudio realizado por Sebastián Pérez Domínguez y Pablo Sánchez Aguilera, en 2009, la evaluación de la tarea de *Aseo de paciente* en la Unidad de Cuidados Intensivos y en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación obtuvo un nivel de riesgo alto en ambas áreas. Asimismo, se indica que esta tarea presenta mayor dispersión de los valores promedios para cada sujeto, es decir, que la presencia de factores externos modifica la ejecución de la tarea y por tanto en su riesgo final.

Como podemos observar, la puntuación en dicha evaluación es más elevada que la obtenida en nuestro estudio. Esto puede deberse a que las operaciones elementales que componen el *Aseo del paciente* de la investigación difieren con las de nuestro estudio, dado que no se especifican. También esta diferencia puede deberse, como se expone en el trabajo, a los factores externos a la ejecución de la tarea, como por ejemplo instalaciones, mobiliario, grado de dependencia y/o colaboración de los pacientes, disponibilidad de uso de ayudas mecánicas o de compañeros/as, etc.

Tabla 6: Puntuación REBA de las subtareas u operaciones elementales de la subtarea Aseo del Paciente. Fuente: Elaboración propia

Postura	Subtarea	Grupo A	Grupo B (zona derecha)	Grupo B (zona izquierda)	Fuerza	Agarre	Tipo actividad	Puntuación REBA
	Tirar de la sábana entremetida para girar cuerpo	- Tronco flexionado entre 20-60°. - Cuello entre 0-20° de flexión - Soporte bilateral o andando - Flexión de rodillas de 30-60°	- Brazo entre 21-45° de flexión - Antebrazo flexionado por debajo de 60° - Muñeca entre 0-15° de flexión	- Brazo entre 21-45° de flexión - Antebrazo flexionado por debajo de 60° - Muñeca entre 0-15° de flexión	Mayor de 10 Kg. Se aplica bruscamente	Regular	Se adoptan cambios de postura importantes.	Zona derecha: 7 Zona izquierda: 7
	Sujetar al paciente una vez girado el cuerpo	- Tronco flexionado entre 20-60° - Cuello entre 0-20° de flexión - Soporte bilateral	- Brazo entre 21-45° de flexión - Antebrazo flexionado por debajo 60° - Muñeca entre 0-15° de flexión	- Brazo entre 21-45° de flexión - Antebrazo flexionado por debajo de 60° - Muñeca entre 0-15° de flexión	Menor de 5 Kg.	Malo	Se adoptan cambios de postura importantes.	Zona derecha: 4 Zona izquierda: 4
	Girar cuerpo con las manos	- Tronco entre 20-60° de flexión - Cuello entre 0-20° de flexión - Soporte bilateral - Rodillas entre 30-60° flexión	- Brazo entre 46-90° de flexión - Antebrazo por debajo de 60° de flexión - Muñeca entre 0-15° de flexión	- Brazo entre 46-90° de flexión - Antebrazo por debajo de 60° de flexión - Muñeca entre 0-15° de flexión	Menor de 5 Kg.	Malo	Se adoptan cambios de postura importantes	Zona derecha: 7 Zona izquierda: 7

Postura	Subtarea	Grupo A	Grupo B (zona derecha)	Grupo B (zona izquierda)	Fuerza	Agarre	Tipo actividad	Puntuación REBA
	Postura adoptada tras giro el cuerpo	<ul style="list-style-type: none"> - Tronco flexionado entre 20-60°. - Cuello entre 0-20° de flexión - Soporte bilateral - Rodillas entre 30-60° flexión 	<ul style="list-style-type: none"> - Brazo entre 0-20° de flexión - Antebrazo flexionado por debajo de 60° - Muñeca entre 0-15° de flexión 	<ul style="list-style-type: none"> - Brazo entre 0-20° de flexión - Antebrazo flexionado por debajo de 60° - Muñeca entre 0-15° de flexión 	Menor de 5 Kg.	Malo	Se adoptan cambios de postura importantes.	Zona derecha: 5 Zona izquierda: 5
	Colocar manos nuca y rodillas para incorporar al paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Tronco flexionado entre 20-60° - Inclinación lateral del tronco - Cuello entre 0-20° de flexión - Soporte bilateral - Rodillas entre 30-60° flexión 	<ul style="list-style-type: none"> - Brazo entre 21-45° de flexión - Antebrazos flexionados por debajo de 60° - Muñeca entre 0-15° de flexión 	<ul style="list-style-type: none"> - Brazo entre 21-45° de flexión - Antebrazos flexionados por debajo de 60° - Muñeca entre 0-15° de flexión 	Menor de 10 Kg. Se aplica bruscamente	Malo	Se adoptan cambios de postura importantes.	Zona derecha: 10 Zona izquierda: 10
	Incorporación del paciente en la cama	<ul style="list-style-type: none"> - Tronco entre 20-60° de flexión - Cuello entre 0-20° de flexión - Soporte bilateral - Rodillas entre 30-60° flexión 	<ul style="list-style-type: none"> - Brazo entre 46-90° de flexión - Brazo abducido - Antebrazo flexionado entre 60-100° - Muñeca entre 0-15° de flexión 	<ul style="list-style-type: none"> - Brazo entre 21-45° de flexión - Antebrazo flexionado por debajo de 60° - Muñeca entre 0-15° de flexión 	Mayor de 10 Kg.	Malo	Se adoptan cambios de postura importantes.	Zona derecha: 9 Zona izquierda: 7

3.2.2 *Análisis de la tarea Poner al baño*

En la realización del análisis se han considerado las posturas que adoptan las auxiliares cuando se realizan la actividad, sin el apoyo de los compañeros/as, contando con la ayuda de una grúa de bipedestación (Molift Quick Raiser). Cabe mencionar, que en las situaciones estudiadas el paciente atendido se encontraba en una silla de ruedas.

Las operaciones elementales que compone la actividad *Poner al baño* consisten en el traslado del residente al cuarto de baño, colocación del arnés al mismo, posicionar las manos y pies en los sitios de sujeción de la grúa, alzado del paciente, bajar pantalón, retirar el pañal y sentar en urinario. Posteriormente, se alza al sujeto, se limpia y se realiza un cambio de pañal subiendo a su vez el pantalón. Finalmente, se sienta en la silla de ruedas y se retira el arnés colocado.




Tras la evaluación de las posturas adoptadas mediante la utilización del método REBA, podemos concluir que la actividad obtuvo una puntuación REBA de 4, es decir, el nivel de riesgo es medio y por tanto es necesario proponer acciones preventivas para reducir el riesgo. A continuación, en la Tabla 7 se recogen las subtareas u operaciones elementales que han obtenido una mayor puntuación. Se debe tener en cuenta, que los resultados obtenidos pueden variar en función del grado de dependencia del pacientes, así como si el mismo muestra resistencia a la hora de su ejecución.

Asimismo, durante la observación, se menciona que las grúas no se encontraban en un buen estado, ya que se atascaban a la hora de realizar giros y las baterías se descargan rápidamente.

Aunque se han realizado estudios ergonómicos sobre las funciones de las auxiliares de enfermería mediante el empleo de método REBA, no se han encontrado ninguno que analice la tarea mencionada. De modo, que no podemos comparar los resultados obtenidos con otras investigaciones.

Tabla 7: Puntuación REBA de las subtareas u operaciones elementales de la actividad Poner al baño. Fuente: Elaboración propia

Postura	Subtarea	Grupo A	Grupo B (zona derecha)	Grupo B (zona izquierda)	Fuerza	Agarre	Tipo actividad	Puntuación REBA
	Empuje de grúa hacia delante	- Tronco erguido - Cuello entre 0-20° de flexión - Soporte bilateral o andando	- Brazo entre 21-45° de flexión - Brazo abducido - Antebrazo flexionado por encima 100° - Muñeca entre 0-15° de flexión	- Brazo entre 21-45° de flexión - Brazo abducido - Antebrazo flexionado por encima 100° - Muñeca entre 0-15° de flexión	Mayor de 10 Kg.	Bueno	Se adoptan cambios de postura importantes	Zona derecha: 4 Zona izquierda: 4
	Quitar reposapiés de la silla de ruedas	- Tronco flexionado más de 60° - Cuello entre 0-20° de flexión - Soporte bilateral - Rodillas entre 30-60° flexión	- Brazo entre 46-90° de flexión - Antebrazo flexionado por debajo 60° - Muñeca entre 0-15° de flexión - Existe torsión o desviación lateral de la muñeca	- Brazo entre 0-20° de flexión - Antebrazo flexionado por debajo de 60° - Muñeca entre 0-15° de flexión	Menor de 5 Kg.	Bueno	Se adoptan cambios de postura importantes	Zona derecha: 7 Zona izquierda: 5
	Levantar brazos para poner arnés	- Tronco entre 0-20° de flexión - Cuello entre 0-20° de flexión - Soporte bilateral - Rodillas entre 30-60° flexión	- Brazo entre 21-45° de flexión - Antebrazo por debajo de 60° de flexión - Muñeca entre 0-15° de flexión	- Brazo entre 21-45° de flexión - Brazo abducido - Antebrazo entre 60-100° de flexión - Muñeca entre 0-15° de flexión	Menor de 5 Kg.	Regular	Se adoptan cambios de postura importantes	Zona derecha: 4 Zona izquierda: 4

Postura	Subtarea	Grupo A	Grupo B (zona derecha)	Grupo B (zona izquierda)	Fuerza	Agarre	Tipo actividad	Puntuación REBA
	Atar arnés	<ul style="list-style-type: none"> - Tronco flexionado entre 0-20° - Cuello entre 0-20° de flexión - Soporte bilateral - Rodillas entre 30-60° flexión 	<ul style="list-style-type: none"> - Brazo entre 21-45° de flexión - Brazo abducido - Antebrazo entre 60-100° de flexión - Muñeca entre 0-15° de flexión 	<ul style="list-style-type: none"> - Brazo entre 21-45° de flexión - Brazo abducido - Antebrazo entre 60-100° de flexión - Muñeca entre 0-15° de flexión 	Menor de 5 Kg.	Bueno	Se adoptan cambios de postura importantes.	Zona derecha: 4 Zona izquierda: 4
	Colocar pies en grúa	<ul style="list-style-type: none"> - Tronco flexionado más de 60° - Cuello entre 0-20° de flexión - Soporte bilateral - Rodillas entre 30-60° flexión 	<ul style="list-style-type: none"> - Brazo entre 46-90° de flexión - Antebrazos flexionados por debajo de 60° - Muñeca entre 0-15° de flexión 	<ul style="list-style-type: none"> - Brazo entre 46-90° de flexión - Antebrazos flexionados por debajo de 60° - Muñeca entre 0-15° de flexión 	Menor de 5 Kg.	Regular	Se adoptan cambios de postura importantes.	Zona derecha: 7 Zona izquierda: 7
	Empuje de grúa hacia atrás	<ul style="list-style-type: none"> - Tronco erguido - Cuello entre 0-20° de flexión - Soporte bilateral o andando 	<ul style="list-style-type: none"> - Brazo entre 0-20° de flexión - Brazo abducido - Antebrazo flexionado por encima 100° - Muñeca entre 0-15° de flexión 	<ul style="list-style-type: none"> - Brazo entre 0-20° de flexión - Brazo abducido - Antebrazo flexionado por encima 100° - Muñeca entre 0-15° de flexión 	Mayor de 10 Kg.	Bueno	Se adoptan cambios de postura importantes.	Zona derecha: 4 Zona izquierda: 4

Postura	Subtarea	Grupo A	Grupo B (zona derecha)	Grupo B (zona izquierda)	Fuerza	Agarre	Tipo actividad	Puntuación REBA
	Hacer giro con grúa	- Tronco erguido - Cuello entre 0-20° de flexión - Soporte bilateral o andando	- Brazo entre 46-90° de flexión - Antebrazo flexionado por debajo 60° - Muñeca entre 0-15° de flexión	- Brazo entre 21-45° de flexión - Brazo abducido - Antebrazo entre 60-100° de flexión - Muñeca entre 0-15° de flexión	Mayor de 10 Kg.	Bueno	Se adoptan cambios de postura importantes	Zona derecha: 5 Zona izquierda: 5
	Sujetar pantalón	- Tronco flexionado entre 0-20° - Cuello entre 0-20° de flexión - Soporte bilateral	- Brazo entre 21-45° de flexión - Brazo abducido - Antebrazo entre 60-100° de flexión - Muñeca entre 0-15° de flexión	- Brazo entre 21-45° de flexión - Brazo abducido - Antebrazo entre 60-100° de flexión - Muñeca entre 0-15° de flexión	Menor de 5 Kg.	Regular	Se adoptan cambios de postura importantes	Zona derecha: 4 Zona izquierda: 4
	Se retira el arnés mientras con la mano derecha se sujeta la cabeza	- Tronco flexionado entre 0-20° - Cuello entre 0-20° de flexión - Soporte bilateral	- Brazo entre 21-45° de flexión - Brazo abducido - Antebrazo entre 60-100° de flexión - Muñeca entre 0-15° de flexión	- Brazo entre 46-90° de flexión - Brazo abducido - Antebrazo entre 60-100° de flexión - Muñeca entre 0-15° de flexión	Menor de 5 Kg.	Regular	Se adoptan cambios de postura importantes	Zona derecha: 3 Zona izquierda: 4

3.3 Estrés laboral

La participación en la evaluación del estrés laboral a través del Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12) se ha visto reducida en comparación con la recogida de datos sobre la percepción de la penosidad del puesto de trabajo, consiguiendo la colaboración del 62,1% de la población. Dicha reducción se debe a que las auxiliares perciben algunas de las preguntas de la encuesta como íntimas, lo cual provoca un rechazo a la cumplimentación del cuestionario.

Esta situación deja en evidencia que algunas de las trabajadoras consideran el estrés laboral como un tema tabú, debido a la sensibilidad de la materia y a que afecta en su vida personal. Todo ello demuestra que se debe seguir concienciando al personal de la importancia del estrés laboral, incidiendo en que este riesgo que debe ser evaluado y gestionado del mismo modo que cualquier otro.

El 100% de los cuestionarios cumplimientos indican ausencia de psicopatología en la población estudiada. Este resultado se contrapone a los obtenidos en otras investigaciones en el personal sanitario (Bujalance & cols., 2001; Ríos, Peñalver & Godoy, 2008) que indican un nivel alto-moderado de estrés causado por el contacto directo con los pacientes y sus problemas (enfermedad, muerte, deterioro físico y mental, etc.).

En este caso, la regulación del estrés puede explicarse a través de los dos modelos más empleados en la evaluación del estrés, es decir, el modelo de demanda-control de Karasek y Theorell, y el de esfuerzo-recompensa de Siegrist.

Según el modelo de Karasek y Theorell, el puesto de auxiliar de enfermería se considera un trabajo de alta tensión, como consecuencia de la combinación de altas demandas y un bajo control sobre las mismas. Entendiéndose como control el grado en el que el trabajo implica aprender cosas nuevas, así como la autoridad en la toma de decisiones respecto a las tareas realizadas y su organización. El estrés producido en este puesto se ve moderado por el apoyo social de las compañeras, ya que durante la observación se ha apreciado un buen clima laboral y ayuda constante entre ellas a la hora de realizar las labores que consideran más penosas. Otro factor que regula este riesgo es la recompensa recibida, en esta organización se proporciona a través de flexibilidad a la hora de realizar cambios de turnos entre el personal, así como en la posibilidad de solicitar días festivos.

No obstante, durante el período de observación, las trabajadoras mencionaron el desgaste emocional que suponía la atención de las personas dependientes. De modo que en el

futuro sería aconsejable realizar nuevos estudios sobre estrés laboral y desgaste profesional (burnout) en el colectivo de auxiliares de enfermería.

3.4 Focus group

La realización de la entrevista grupal (*Focus group*) no se pudo realizar, dado que al igual que ocurrió en este colectivo a la hora de valorar el estrés laboral, las trabajadoras muestran aversión a tratar temas psicosociales, ya que lo consideran una intromisión en su vida privada.

Una vez más, se evidencia la problemática de las empresas para abordar el análisis y gestión de los factores psicosociales. La falta de concienciación y sensibilidad del personal trabajador/a sobre la repercusión de estos riesgos en la salud, provoca que su evaluación sea uno de los grandes retos de la actualidad.

VI. CONCLUSIONES Y MEDIDAS PREVENTIVAS

El objetivo de la Ergonomía y Psicología consiste en adaptar el trabajo a la persona, apoyándose en multitud de ciencias. Para ello, se requiere la realización de complejos estudios que conlleven la implementación de ciertas medidas preventivas que permitan evitar y/o reducir los niveles del riesgo. En el ámbito sanitario, la adaptación del trabajo y el aumento de confort de sus trabajadores y trabajadoras es una tarea muy difícil y costosa de realizar, ya que las posturas adoptadas en la ejecución de sus actividades varían en función del paciente atendido, así como en el grado de salud del mismo.

En el presente estudio se analiza los riesgos ergonómicos y psicosociales inherentes al puesto de auxiliar de enfermería en centros geriátricos, y a través del cual podemos extraer las siguientes conclusiones:

- La evaluación de las actividades *Levantar y Poner al baño*, a través del método REBA, se comprueba que dichas tareas tienen un nivel de riesgo medio. No obstante, existen ciertas subtareas con niveles de riesgo más elevados, en las cuales se pueden implantar medidas preventivas que reduzcan su riesgo.
- La percepción de penosidad de las tareas de *Levantar y Poner al baño* es mayor que el nivel de riesgo obtenido en el método REBA. Esto puede deberse a que el método empleado no tiene en cuenta la frecuencia de repetición, asimismo hay que considerar las modificaciones personales de las técnicas empleadas en la movilización de los pacientes no se han tenido en cuenta en la evaluación de las posturas.
- Durante la observación, se evidencian adaptaciones personales en la ejecución de las actividades, así como la dificultad de realizar correctamente las técnicas de movilización de pacientes, debido a la variabilidad de los residentes. De modo, que la evaluación ergonómica de las tareas va a ser compleja, pudiendo modificar el nivel de riesgo obtenido en esta investigación.
- El análisis de los factores psicosociales sigue suponiendo uno de los grandes retos para las empresas de hoy en día, ya que como hemos visto, no todos los trabajadores y trabajadoras están concienciados de la importancia de evaluar y gestionar dichos riesgos.
- Ninguna de las trabajadoras encuestadas presenta psicopatología. El estrés producido en este puesto se ve moderado por el apoyo social de las compañeras,

la flexibilidad a la hora de cambio de turnos entre compañeros/as y por la disponibilidad de solicitar días festivos. A pesar de los resultados obtenidos, se recomienda en un futuro volver a realizar un estudio sobre estrés laboral y/o desgaste profesional (burnout), ya que durante la observación se mencionó la implicación emocional que suponía la atención a personas mayores.

A modo de conclusión podemos extraer que, la integración de la prevención de riesgos laborales sigue siendo una tarea ardua, debido, en gran medida, a la lentitud con la que la cultura preventiva se introduce en determinados colectivos. No obstante, se evidencia la preocupación de la dirección, en este caso, de la Diputación Provincial de Soria al permitir realizar estudios que permitan mejorar las condiciones laborales de sus trabajadores y trabajadoras.

Se ha evidenciado la necesidad de conocer el entorno en el que se desempeña la actividad, es decir, las peculiaridades del puesto antes de evaluarlo, como un gran reto en el ámbito de actuación de los y las Técnicos de Prevención de Riesgos Laborales.

El colectivo estudiado en esta investigación se caracteriza por estar en contacto con personas enfermas o que se encuentran en el ocaso de su vida, además de sufrir agresiones de los propios residentes y poseer una baja educación en prevención de riesgos laborales.

En relación con lo anterior, en ocasiones hemos percibido una confusión del rol de la investigadora durante el estudio de campo, a la que se le han atribuido contenidos laborales diversos: enfermería, asistente social, repartidora de bombonas de oxígeno, que pone en relieve diversas necesidades o inercias manifestadas por las auxiliares de enfermería.

En conjunto, el personal se muestra desmotivado, evidenciándose en una resistencia a los cambios, que no consideran necesarios debido, posiblemente, a que se trata de un perfil laboral repetitivo, con un nivel de ingresos bajo y un escaso estatus social.

Con el fin de evitar, reducir y/o controlar los niveles de riesgo ergonómicos y psicosociales del puesto evaluado, se propone en la Tabla 8 una serie de medidas preventivas específicas para las actividades consideradas más penosas por el personal participante, así como otras acciones más generales para el colectivo de auxiliar de enfermería.

Tabla 8: Medidas preventivas propuestas para el puesto de auxiliar de enfermería. Fuente: Elaboración propia.

Puesto, lugar o actividad	Medida Preventiva	Tipo de medida	Recursos económicos	Responsable de la acción	Fecha de realización
Auxiliar de enfermería	Realización de los cursos de formación en horario laboral.	Formativa			
Auxiliar de enfermería	Estudiar la posibilidad de aumentar el número de personal en horario de fin de semana, sobre todo en aquellas horas con mayor carga física.	Correctiva			
Auxiliar de enfermería	Formación e información de la importancia de evaluar y gestionar adecuadamente los riesgos psicosociales.	Formativa			
Auxiliar de enfermería	Realización de nuevos estudios sobre estrés laboral y desgaste profesional (burnout).	Control			
Auxiliar de enfermería	Concienciar y sensibilizar a los trabajadores/as sobre la importancia de la prevención de riesgos laborales.	Formativa			
Auxiliar de enfermería	Fomentar la cultura preventiva de la empresa, mejorando su integración en todos los niveles jerárquicos.	Formativa			
Auxiliar de enfermería	Cerciorarse de que los trabajadores que se encargan de instruir y formar al personal nuevo en sus respectivos puestos de trabajo, tengan los conocimientos teóricos y prácticos adecuados para que la formación que impartan sea la adecuada y eficaz.	Preventiva			

Puesto, lugar o actividad	Medida Preventiva	Tipo de medida	Recursos económicos	Responsable de la acción	Fecha de realización
Auxiliar de enfermería	Informar a los trabajadores de los riesgos a los que están expuestos en su puesto de trabajo mediante las fichas informativas sobre la manipulación manual de cargas y posturas forzadas.	Formativa			
Auxiliar de enfermería	Estudiar la posibilidad de implantar un programa de prevención de TME, en el que se enseñe a estirar esas partes del cuerpo afectadas, antes, durante y al finalizar las tareas del puesto de trabajo.	Correctiva			
Auxiliar de enfermería	Permitir suficientes pausas de recuperación muscular. Mejor breves y frecuentes que largas y espaciadas en el tiempo.	Preventiva			
Auxiliar de enfermería	Formación teórica-práctica sobre las técnicas de movilización de pacientes.	Formativa			
Auxiliar de enfermería	Controlar periódicamente que los trabajadores/as realizan correctamente las tareas aplicando las técnicas de movilización de pacientes.	Control			
Auxiliar de enfermería	Realizar reconocimientos médicos periódicos específicos a riesgos derivados de manipulación manual de cargas y posturas forzadas.	Control			
Tarea Poner al baño	Mantenimiento periódico y adecuado de las ayudas mecánicas. Reemplazando aquellas que se encuentren obsoletas o deterioradas.	Control			

Puesto, lugar o actividad	Medida Preventiva	Tipo de medida	Recursos económicos	Responsable de la acción	Fecha de realización
Tarea Poner al baño	Formación teórico-práctica sobre el uso correcto de ayudas mecánicas.	Formativa			
Tarea Poner al baño	Recordar al personal el uso de ayudas mecánicas siempre que sea posible.	Formativa			
Tarea Poner al baño	Aumentar el número de ayudas mecánicas (grúas de bipedestación).	Correctiva			
Tarea Poner al baño	Flexionar las piernas y mantener espalda recta al quitar reposapiés de la silla de ruedas y colocar pies en la grúa de bipedestación.	Preventiva			
Tarea Poner al baño	Adquirir discos giratorios para realizar la transferencia baño a silla de ruedas cuando no se disponga de grúa de bipedestación.	Correctiva			
Tarea Poner al baño	Si para realizar la transferencia no se dispone de ayudas mecánicas, se solicitará ayuda a los compañeros/as.	Preventiva			
Tarea Poner al baño	Evitar realizar giros cuando la grúa de bipedestación porta al paciente.	Correctiva			
Tarea Poner al baño	Estudiar la posibilidad de modificar la maniobra de Poner al baño, para evitar la realización de giros.	Correctiva			
Tarea Aseo de Paciente	Articular la parte delantera de la cama al incorporar al paciente.	Preventiva			

Puesto, lugar o actividad	Medida Preventiva	Tipo de medida	Recursos económicos	Responsable de la acción	Fecha de realización
Tarea Aseo de Paciente	Regular la cama a la altura del trabajador/a al asear al residente.	Preventiva			
Tarea Aseo de Paciente	Estudiar la posibilidad de reemplazar las camas que no se puedan regular en altura.	Correctiva			
Tarea Aseo de Paciente	Planificar protocolos de actuación específico para cada tipo de movilización, teniendo en cuenta las características de la persona a movilizar.	Preventiva			
Tarea Aseo de Paciente	Utilizar adecuadamente la mecánica corporal para evitar sobreesfuerzos o posturas forzadas.	Preventiva			
Tarea Aseo de Paciente	Realizar la tarea lentamente, evitando movimientos bruscos.	Preventiva			
Tarea Aseo de Paciente	Evitar la inclinación de cuerpo cuando se incorpora al paciente.	Preventiva			
Tarea Aseo de Paciente	Flexionar las piernas y mantener la espalda recta, con moderada inclinación.	Preventiva			
Tarea Aseo de Paciente	Aprovechar la energía mecánica del “impulso inicial”.	Preventiva			
Tarea Aseo de Paciente	Mantener al paciente cerca del cuerpo.	Preventiva			
Tarea Aseo de Paciente	Cuando el paciente no colabora o el peso es excesivo y no se dispone de elementos de ayuda, se debe realizar la maniobra entre dos o más personas.	Preventiva			

A pesar de que no se hayan detectado síntomas de estrés en la población objeto de estudio, se recomienda impartir a los trabajadores/as técnicas para el manejo de ansiedad y afrontamiento del estrés, como por ejemplo:

- Utilización de la asertividad para la toma de decisiones.
- Mejorar el autocontrol de las emociones e impulsos conflictivos.
- Trabajar las emociones positivas aumentando su conciencia emocional, valoración adecuada de uno mismo y confianza en sus acciones y/o capacidades.
- Técnica para la resolución de conflictos y problemas.
- Terapia cognitivo-conductual de ideas irracionales.
- Relajación muscular, respiración controlada, meditación.

Asimismo, se deben valorar otros aspectos como son: los hábitos saludables de alimentación, calidad sueño y/o descanso, ejercicio físico, etc.

La empresa será la encargada de analizar las medidas propuestas y programar las acciones preventivas a implantar teniendo en cuenta las prioridades y su capacidad técnica, económica y organizativa.

Mientras la institución planifica su actuación preventiva se propone comenzar a concienciar y sensibilizar a los trabajadores/as del puesto de auxiliar de enfermería a través de pósteres informativos (Figura 8) colocados en el área de descanso del colectivo.

Como podemos observar, en dicho folleto se recoge algunos consejos sobre la correcta manipulación de pacientes con el fin de reducir y/o evitar aquellas posturas o acciones que se realizan de forma incorrecta.

A través de esta medida preventiva se pretende fomentar la cultura preventiva de la institución, haciendo conscientes al personal sobre los errores que cometen durante la ejecución de las tareas. Además de darles las pautas adecuadas para su realización, se les recuerda algunas medidas de afrontamiento del estrés y ansiedad útiles en su actividad laboral.

8 CONSEJOS EN LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES

1

Flexionar las piernas y mantener la espalda recta, con moderada inclinación



2

Evitar la inclinación lateral de cuerpo cuando se incorpora al paciente

3



Mantener al paciente cerca del cuerpo

4

Realizar la tarea lentamente, evitando movimientos bruscos

5

Articular la parte delantera de la cama para facilitar la incorporación



6

Regular la cama en altura para asear y cuando hagamos la cama

7



Solicitar ayuda en momentos difíciles

8

Utiliza siempre las ayudas mecánicas disponibles



Además no te olvides de:

- Realizar ejercicios de respiración
- Práctica la asertividad
- Autocontrol de las emociones
- Dormir 8 horas diarias

Figura 8: Póster informativo sobre consejos de movilización de pacientes.

Fuente: Elaboración propia

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. (2006). *Hechos 42: Las cuestiones de género en relación con la Seguridad y Salud en el trabajo*. [Recuperado en enero del 2016, disponible en:

<https://osha.europa.eu/es/tools-and-publications/publications/factsheets/42>]

Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. (2007). *Hechos 71: Introducción a los trastornos músculo-esqueléticos relacionados con el trabajo*. [Recuperado en octubre del 2015, disponible en:

https://osha.europa.eu/sites/default/files/publications/documents/es/publications/factsheets/71/Factsheet_71_Introduccion_a_los_trastornos_musculosqueleticos_de_origen_laboral.pdf.]

Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. (2009). Ficha Práctica: Estrés laboral y evaluación de riesgos. *Seguridad y Salud en el Trabajo*, 54, 54-57.

Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. (2010). *Encuesta europea en las empresas sobre riesgos nuevos y emergentes (ESENER)*. [Recuperado en octubre 2015, disponible en:

https://osha.europa.eu/es/tools-and-publications/publications/reports/en_esener1-summary.pdf.]

Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. (2015). *Segunda encuesta europea en las empresas sobre riesgos nuevos y emergentes (ESENER-2)*. [Recuperado en octubre del 2015, disponible en:

<https://osha.europa.eu/es/tools-and-publications/publications/reports/esener-ii-summary.pdf>]

Alcaide, N. & cols. (2013). *Prevención de trastornos musculoesqueléticos en personal sanitario: Buenas prácticas*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. [Recuperado en noviembre 2015, disponible en:

<http://www.insht.es/musculosqueleticos/contenidos/buenas%20practicass/nacional/libro3hospit-120613.pdf>]

Alcaraz, E. & Caballero, F. (2015). Problemas músculo-esqueléticos en patólogos españoles. Prevalencia y factores de riesgo. *Revista Española de Patología*, 48 (1), 9-13.

Arias, F. & González, M. (2009). Estrés, agotamiento profesional (burnout) y salud en profesores de acuerdo a su tipo de contrato. *Ciencia & Trabajo*, 11 (31), 172-176.

Bujalance, J. & cols. (2001). Burnout y satisfacción laboral de los profesionales que atienden a pacientes geriátricos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 36 (1), 32-40.

Bultó, M. & Solórzano, M. (2006). Nota técnica de prevención nº 716: *Convenios de la OIT relacionados con la seguridad y salud en el trabajo*. Madrid: INSHT.

Collado, S. (2008). Prevención de Riesgos Laborales: Principios y Marco Normativo. *Revista de Dirección y Administración de Empresas*, 15, 91-117.

Cuenca, G. (2015). *Ergonomía para empresas*. [Recuperado en octubre de 2015, disponible en:

http://www.fi.uba.ar/archivos/posgrados_apuntes_Conceptos_basicos_Ergonomia.pdf]

Esteras, J., Chorot, P. & Sandín, B. (2014). Predicción del burnout en los docentes: papel de los factores organizacionales, personales y sociodemográficos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19 (2), 79-92.

Eurofound & Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. (2014). *Psychosocial risks in Europe: Prevalence and strategies for prevention*. Publications Office of the European Union. [Recuperado en octubre 2015, disponible en: <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/psychosocial-risks-eu-prevalence-strategies-prevention>]

Falzon, P. (2009). *Manual de ergonomía*. Madrid: Modus Laborandi

Félix, M. (2015). *Posturas de trabajo: Evaluación de riesgos*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. [Recuperado en noviembre 2015, disponible en: <http://www.insht.es/MusculoEsqueleticos/Contenidos/Formacion%20divulgacion/material%20didactico/Posturas%20trabajo.pdf>]

Fernández, J.L., Parapar, C. & Ruiz, M. (2010). El envejecimiento de la población. *Revista LYCHNOS: Cuadernos de la Fundación General CSIC*, 2, 1-6.

Fernández, M.E. (2009). *Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional*. Universidad de León. [Recuperado en noviembre de 2015, disponible en:

<http://mobile.buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/902/2009FERN%C3%81NDEZ%20MART%C3%8DNEZ,%20MAR%C3%8DA%20ELENA.pdf?sequence=1>]

García, A. & cols. (2015). Entorno psicosocial y estrés en trabajadores sanitarios de la sanidad pública: diferencias entre atención primaria y hospitalaria. *Atención Primaria*, 47 (6), 359-366.

Gutiérrez, J.M. (2001). *Ergonomía y Psicología en la empresa*. Valencia: CISSPRAXIS

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (2011). *VII Encuesta Nacional de condiciones de trabajo*. Madrid: INSHT.

Leirós, L. (2009). Historia de la Ergonomía, o de cómo la Ciencia del Trabajo se basa en verdades tomadas de la Psicología. *Revista de Historia de la Psicología*, 30 (4), 33-53.

León, M. & Fornés, J. (2015). Estrés psicológico y problemática musculoesquelética: Revisión sistemática. *Enfermería Global*, 38, 276-300.

Llaneza, F.J. (2009). *Ergonomía y Psicología aplicada: Manual para la formación del especialista* (15ªed.) Madrid: Lex Nova.

Mansilla, F. & Favieres, A. (2011). *Factores psicosociales en el trabajo*. Madrid Salud. [Recuperado en diciembre del 2015, disponible en: <http://www.madridsalud.es/publicaciones/saludpublica/RiesgosPSICOSOCIALES.pdf>]

Martínez, C. (2009). Estrés laboral y trastornos musculoesqueléticos (I). *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, 61, 38-46.

Maruani, M. (2000). *Las nuevas fronteras de la desigualdad: Hombres y mujeres en el mercado de trabajo* (Vol. 156). Icaria Editorial.

Mateo, P. (2013). *Control del estrés laboral*. Madrid: Fundación Confemetal

Meilá, J.L. (2015). *Técnicas de investigación en Ergonomía y Psicosociología: la observación, la entrevista, la encuesta y los grupos de discusión*. Universidad de Valencia. [Recuperado en noviembre del 2015, disponible en:

<http://www.uv.es/~meliajl/MASTERCompl1/M3TecInv.DOC>]

Medina, M. & Castillo, J.A. (2013). Evaluación de los desórdenes musculoesqueléticos en una línea de producción de alimentos. Análisis comparado de la postura y de la actividad de trabajo usando 4 métodos. *Fisioterapia*, 35 (6), 263-271.

Molina, B. L. (2004). Género, ciencia y trabajo. Las profesiones feminizadas y las prácticas de cuidado y ayuda social. *Scripta Ethnologica*, (26), 39-53.

Molina, J.A. (2006). *Historia de la Seguridad en el Trabajo*. Junta de Castilla y León. [Recuperado en noviembre del 2015, disponible en:

http://www.cgrict.com/docs/HISTORIA_Seguridad_Trabajo_Esp.pdf]

Mosqueda-Díaz, A., Paravic-Klijn, T., & Valenzuela-Suazo, S. (2013). División sexual del trabajo y Enfermería. *Index de Enfermería*, 22(1-2), 70-74.

Nogareda, C. (1993). Nota Técnica de Prevención nº 296: *El grupo de discusión*. Madrid: INSHT.

OIT-OMS. (1984). Serie 56 Seguridad, higiene y medicina de trabajo. Factores Psicosociales: Naturaleza, incidencia y prevención. *Informe mixto de OIT-OMS sobre medicina del trabajo, novena reunión de Ginebra*. Ginebra: OIT-OMS.

Olivera, R. G. (2008). Los significados del trabajo femenino en el mundo global. Propuesta para un debate desde el campo de la cultura y las identidades laborales. *Estudios sociológicos*, 321-342.

Pérez Domínguez, S. A. & Sánchez Aguilera, P. (2009). *Riesgos ergonómicos en las tareas de manipulación de pacientes en ayudantes de enfermería y auxiliares generales de dos unidades del Hospital Clínico de la Universidad de Chile*. Universidad de Chile. [Recuperado en octubre del 2015, disponible en:

http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2009/me-perez_a/pdfAmont/me-perez_a.pdf]

Pérez, J. & Nogareda, C. (2012). Nota Técnica de Prevención nº 926: *Factores psicológicos: metodología de evaluación*. Madrid: INSHT.

Podniece, Z. (2007). La ergonomía y la prevención de trastornos músculo-esqueléticos. *La Mutua*, 17, 69-80.

Remesal, A. Díaz, J. A., Oltra, A. & García, C. (2007). *Manual para la prevención de riesgos ergonómicos y psicosociales en los centros de atención a personas en situación de dependencia*. Instituto de Biomecánica de Valencia. [Recuperado en octubre del 2015, disponible en:

<http://www.ibv.org/publicaciones/catalogo-de-publicaciones/manual-para-la-prevencion-de-los-riesgos-ergonomicos-y-psicosociales-en-los-centros-de-atencion-a-personas-en-situacion-de-dependencia>]

Ríos, M.I., Peñalver, F. & Godoy, C. (2008). Burnout y salud percibida en profesionales de enfermería de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*, 19 (4), 169-178.

Romero, M., Álvarez, C. & Prieto, A. (2011). Evaluación de la carga física de trabajo, mediante la monitorización de la frecuencia cardíaca, en auxiliares de enfermería de una residencia geriátrica municipal. *Enfermería del Trabajo*, 1, 193-202.

Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M. & Niedhammer, I. (2004). The measurement of effort-reward imbalance at work: european comparisons. *Social Science and Medicine*, 58, 1483-1499.

UGT. (2012). Ficha de prevención: Factores psicosociales. [Recuperado en diciembre del 2015, disponible en:

<http://portal.ugt.org/saludlaboral/observatorio/fichas/fichas.htm#nuevasfichasobservatorio>]

Victoria, C. & González, I. (2000). La categoría Bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 6 (16), 586-592.

REFERENCIAS LEGALES

Consejos de las Comunidades Europeas. (1989). *Directiva del Consejo relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y salud de los trabajadores en el trabajo. (Directiva Marco 89/391/CEE)*. Luxemburgo: DOUE.

Cortes Generales. (1978). *Constitución Española*. Madrid: BOE.

Jefatura del Estado. (1995). *Ley de Prevención de Riesgos Laborales. (Ley 31/1995)*. Madrid: BOE.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (1997). *Real Decreto por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. (RD 39/1997)*. Madrid: BOE.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (1997). *Real Decreto sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación manual de cargas que entrañe riesgos, en particular dorsolumbares, para los trabajadores. (RD 487/1997)*. Madrid: BOE.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Social. (2000). *Real Decreto Legislativo por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley sobre Infracciones y Sanciones del Orden Social. (RD 5/2000)*. Madrid: BOE.

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. (1994). *Real Decreto Legislativo por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. (RD 1/1994)*. Madrid: BOE.

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. (1995). *Real Decreto Legislativo por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. (RD 1/1995)*. Madrid: BOE.

Organización Internacional del Trabajo. (1981). *Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo. (Convenio nº 155)*. Ginebra: OIT.

Unión Europea. (1985). *Tratado de funcionamiento de la Unión Europea. (TFUE)*. Roma: DOUE.

WEBGRAFÍA

Ergonautas. [Recuperado en enero del 2016, disponible en:
<http://www.ergonautas.upv.es/metodos/reba/reba-ayuda.php>]

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo [Recuperado en enero del 2106, disponible en:
<http://insht.es/portal/site/Insht/?VAPCOOKIE=hwr2V0mbLxy8tdncRY67JGTBrLYhChG9y0pgz6WSQgTcTh6ZWVtR!-1536255435!-1111619350>]

ANEXOS

ANEXO I: Ficha-Registro de recogida de datos: Percepción de penosidad puesto Auxiliar enfermería turno fin de semana. Mañana.

Nombre trabajadora:

Edad:

Años trabajando en centro:

Planta:

Fecha:

Nº actividad	Denominación	Tareas	Nº de repeticiones*	Dificultad física			Apoyo		Bajas laborales	Formación recibida
				Baja (1)	Media (2)	Alta (3)	Con apoyo	Sin apoyo		
1.	LEVANTAR	1. Lavado en cama 2. Cambiado de pañal 3. Vestido 4. Alzado (con grúa/sin grúa)								
2.	DESAYUNO	1. Traslado a comedor o sala de la planta 2. Repartir desayunos en planta 3. Medicación 4. Dar desayuno ¹ 5. Recoger desayunos								
3.	HACER CAMAS	1. Subir sábanas limpias 2. Cambiar sábanas 3. Hacer camas 4. Reparto sábanas y toallas limpias 5. Bajar sábanas sucias								
4.	ALMUERZO	1. Reparto zumos en planta								
5.	PONER AL BAÑO	1. Traslado al baño 2. Alzado (con grúa/sin grúa) 3. Sentar en baño 4. Alzado (con grúa/sin grúa)								

Nº actividad	Denominación	Tareas	Nº repeticiones*	Dificultad física			Apoyo	
				Baja (1)	Media (2)	Alta (3)	Con apoyo	Sin apoyo
6.	COMIDA	1. Traslado a comedor o sala de la planta 2. Repartir comida en planta 3. Medicación 4. Dar comida ¹ 5. Recoger comidas						
7.	CAMBIO POSTURAL	1. Alzado (con grúa/sin grúa) 2. Colocación en asiento						
8.	SIESTA	1. Traslado a la habitación 2. Alzado (con grúa/sin grúa) 3. Acostar en cama						

¹ Dar desayuno a personas dependientes

* Número de pacientes atendidos por turno

ANEXO II: Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12).

Edad: _____

Años trabajando en el centro: _____

Fecha: _____

Por favor, lea esto cuidadosamente:

Nos gustaría saber si tiene algún problema médico y cómo ha estado de salud, en general, durante las últimas semanas. Por favor, conteste a todas las preguntas marcando con una X la respuesta que, a su juicio, mejor puede aplicarse a usted. Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes y los que tiene ahora, no sobre los que tuvo en el pasado. Muchas gracias por su colaboración.

ÚLTIMAMENTE:

1. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hacía?

Mejor que lo habitual Igual que lo habitual Menos que lo habitual Mucho menos que lo habitual

2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño?

No, en absoluto Igual que lo habitual Más que lo habitual Mucho más que lo habitual

3. ¿Ha sentido qué está desempeñando un papel útil en la vida?

Más que lo habitual Igual que lo habitual Menos que lo habitual Mucho menos que lo habitual

4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

Más que lo habitual Igual que lo habitual Menos que lo habitual Mucho menos que lo habitual

5. ¿Se ha notado constantemente agobiado o en tensión?

No, en absoluto Igual que lo habitual Más que lo habitual Mucho más que lo habitual

6. ¿Ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades?

No, en absoluto Igual que lo habitual Más que lo habitual Mucho más que lo habitual

7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?

Más que lo habitual Igual que lo habitual Menos que lo habitual Mucho menos que lo habitual

8. ¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?

Más que lo habitual Igual que lo habitual Menos que lo habitual Mucho menos que lo habitual

9. ¿Se ha sentido poco feliz o deprimido/a?

No, en absoluto Igual que lo habitual Más que lo habitual Mucho más que lo habitual

10. ¿Ha perdido confianza en sí mismo?

No, en absoluto Igual que lo habitual Más que lo habitual Mucho más que lo habitual

11. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

No, en absoluto Igual que lo habitual Más que lo habitual Mucho más que lo habitual

12. ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?

Más que lo habitual Igual que lo habitual Menos que lo habitual Mucho menos que lo habitual

ANEXO III: Comunicación de concesión del permiso de la investigación.

Buenos días Leticia,

Una vez consultado con el Director del Centro, nos complace comunicarte que no existe ningún problema en que realices el estudio propuesto. No obstante, necesitaríamos algún documento acreditativo de tu condición de alumna en prácticas, y debe quedar claro que la Diputación no asume ningún tipo de responsabilidad, por tu trabajo en el Centro, y que deberás contar con un seguro escolar o de cualquier tipo de cobertura a un posible accidente durante la realización del estudio.

Un saludo,



Jefe RRHH

Diputación de Soria

C/Caballeros, 17

42002 Soria

Tel. 975101093

<http://www.dipsoria.es>

ANEXO IV: Tipos de camas disponibles en el centro geriátrico estudiado.

	<p>Casa comercial: Oihana Heath care</p> <p>Descripción: Cama articulable, regulable en altura.</p> <p>Nº camas disponibles: 35</p>
	<p>Casa comercial: Linak</p> <p>Descripción: Cama articulable, regulable en altura.</p> <p>Nº camas disponibles: 14</p>
	<p>Casa comercial: Industrias H. Pardo, S.A</p> <p>Descripción: Cama articulable. No dispone de regulación automática de altura, aunque las patas de la cama disponen de un sistema de clavijas para adaptar la altura de manera manual.</p> <p>Nº camas disponibles: 51</p>

ANEXO V: Tipos de ayudas mecánicas disponibles en el centro geriátrico.

 A red and silver manual hoist with a curved handle and a patient platform on wheels.	<p>Modelo: Molift Quick Raiser</p> <p>Uso: Diseñada para elevación y traslado de pacientes que son capaces de participar activamente en el proceso. Pensada únicamente para la elevación y traslado de personas hacia o desde una posición sentada.</p> <p>Nº grúas disponibles: 7</p>
 A white manual hoist with a long, curved arm and a patient platform on wheels.	<p>Modelo: Oxford Major 175</p> <p>Uso: Elevación y traslado de pacientes.</p> <p>Nº grúas disponibles: 1</p>
 A white and orange manual hoist with a curved arm and a patient platform on wheels. A watermark 'ORUASITRASLADO.COM' is visible at the bottom of the image.	<p>Modelo: Sunlift 175E</p> <p>Uso: Elevación y traslado de pacientes</p> <p>Nº grúas disponibles: 2</p>



Modelo: Básica Eleva- Min E-150 Fast

Uso: Diseñada para elevación y traslado de pacientes que son capaces de participar activamente en el proceso. Pensada únicamente para la elevación y traslado de personas hacia o desde una posición sentada.

Nº grúas disponibles: 1