

TRABAJO FIN DE MÁSTER.
PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES



***EL ESTRÉS EN ENFERMERÍA
DURANTE EL EMBARAZO EN UNA
UNIDAD DE AGUDOS DE
PSIQUIATRÍA***

Alumna: M^a Angeles Ruiz Chumilla.

Tutor: Rafaél Ramos Muñoz





**INFORME DEL DIRECTOR DEL TRABAJO FIN MASTER DEL MASTER
UNIVERSITARIO EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES**

D. RAFAEL RAMOS MUÑOZ, Tutor del Trabajo Fin de Máster, titulado EL ESTRÉS EN ENFERMERÍA DURANTE EL EMBARAZO EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA y realizado por la estudiante D^a M^a ANGELES RUIZ CHUMILLA.

Hace constar que el TFM ha sido realizado bajo mi supervisión y reúne los requisitos para ser evaluado.

Fecha de la autorización: 9 de junio de 2016

Fdo.: Rafael Ramos Muñoz
Tutor TFM



MASTER UNIVERSITARIO EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
Campus de Sant Joan - Carretera Alicante-Valencia Km. 87
03550 San Juan (Alicante) ESPAÑA Tfno: 965919525
Fax: 965919333 E-mail: meditrab@umb.es

AGREDECIMIENTOS

En primer lugar me gustaría agradecerle, por su esfuerzo y dedicación, a mi director del trabajo de Fin de Máster D. Rafael Ramos Muñoz

A mi familia y a mis amigos, por su apoyo y comprensión.

A mis compañeros y profesores del Máster, por haber compartido conmigo este proceso de aprendizaje

Sin ellos el camino hubiera sido más largo.



ÍNDICE

1. Resumen.....	pág. 6
2. Introducción.....	pág. 6
3. Justificación.....	pág. 24
4. Objetivos.....	pág. 25
4.1. Objetivo general.....	pág. 25
4.2. Objetivos específicos.....	pág. 25
5. Metodología.....	pág. 26
6. Cuerpo del proyecto aplicado.....	pág. 27
6.1 El estrés como riesgo psicosocial.....	pag.27
6.2 El proceso del estrés laboral.....	pag.28
6.3 Psicofisiología del estrés.....	pág. 28
6.4 El estrés en las enfermeras en la planta de agudos de psiquiatría.....	pág. 30
6.5 Efectos del estrés durante el embarazo.....	pág. 33
7. Conclusiones.....	pág. 37
8. Referencias bibliográficas	pág. 38
9. Anexos.....	pág. 44

Título: El estrés en enfermería durante el embarazo en una Unidad de Agudos de Psiquiatría.

1. Resumen.

Las investigaciones sobre el estrés en el mundo del trabajo se han incrementado desde los años noventa, en especial en lo referente a su impacto relacionado con el trabajo en la salud de los trabajadores y a su gestión.

El objetivo principal de este trabajo es realizar una búsqueda bibliográfica sobre los efectos del estrés laboral sobre el embarazo en las enfermeras especialistas en salud mental en la planta de Agudos de psiquiatría de un hospital general. Para ello se realizará una descripción detallada de las funciones de estas profesionales, del proceso del estrés y su psicofisiología, se analizará la bibliografía encontrada sobre el estrés en las enfermeras de psiquiatría y posteriormente se detallarán las consecuencias de éste sobre el embarazo, exponiendo a su vez la legislación actual en torno a la prevención de riesgos laborales durante el embarazo.

La metodología de este estudio cualitativo es una revisión bibliográfica.

Palabras clave: “estrés laboral”, “efectos en el embarazo” “enfermera psiquiátrica” e “planta de psiquiatría”

2. Introducción

2.1 Definición de enfermera especialista en Salud Mental.

La enfermera especialista en salud mental o enfermera psiquiátrica se encarga del cuidado de las personas de todas las edades que padezcan algún trastorno o enfermedad mental.

Analizando la historia de la psiquiatría en España, nos encontramos que es en el primer tercio del siglo XX cuando comienza el desarrollo de la enfermería de salud mental. En 1903 se crea el instituto de Reformas Sociales, que se encargará de analizar entre otros problemas la mortalidad infantil y la salud mental. En este siglo se mantenía custodiando a los locos en el sistema penitenciario y el sanitario. En 1923 se crea la Escuela Nacional

de Puericultura y en 1924 la Escuela Nacional de Sanidad (1924), que buscan una solución al problema del cuidado de los enfermos mentales.

Como solución ante este tipo de enfermos se crea en 1926 una Escuela de Psiquiatría que se encargó realizar numerosas investigaciones acerca del enfermo mental, su tratamiento y curación. Al mismo tiempo, la Liga Española de Higiene Mental organizó comités en 1928 con el objetivo de proveer de informes a autoridades locales. En estos informes se encontraba el personal de enfermería y las características que debía tener para ejercer correctamente su labor con este tipo de enfermos.

En 1931 surge el Consejo Superior Psiquiátrico, dependiente de la Dirección General de Salud, en donde este mismo año se crea la sección de psiquiatría y enfermedades mentales. En 1932 se desarrolla la enfermería de salud mental, implantándose la ley de ordenación y regulación del personal sanitario en establecimientos psiquiátricos.

Sin embargo, tras la Guerra civil española, la enfermería de salud mental sufre un gran retroceso, y no es hasta el año 1987, cuando se creó el título de “enfermera de salud mental”¹, que comienza a impartirse a partir de 1998 en las universidades españolas, año en el que se convocaron por primera vez plazas para la formación de enfermeras residentes de salud mental, y hasta la actualidad la especialidad de enfermería de salud mental ha estado vinculada, con un periodo formativo de un año de duración a la titulación universitaria de Diplomado de Enfermería (hoy graduado en Enfermería) y a un modelo de formación por el sistema de residencia, común a los programas de especialización de otros profesionales de las Ciencias de la Salud (médicos, psicólogos, farmacéuticos, etcétera).

Este programa, se estructura, sobre dos ejes relevantes y novedosos, por un lado, la formación se organiza en una estructura común denominada Unidad Docente Multiprofesional (agrupando las especialidades de tres profesionales de la salud mental: enfermeras de salud mental, psicólogos clínicos y psiquiatras) y, por otro, se incrementa a dos años la duración de la formación de la enfermera especialista en salud mental²

Según la Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de salud Mental, se define a la enfermera especialista en salud mental como el profesional sanitario que, con una actitud científica responsable y utilizando los medios clínicos y tecnológicos adecuados

al desarrollo de la ciencia en cada momento, proporciona una atención especializada en salud mental mediante la prestación de cuidados de enfermería. Estos cuidados especializados se llevan a cabo en los diferentes niveles de atención (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental), teniendo en cuenta también los factores extrínsecos que intervienen en la aparición de las alteraciones de la salud mental².

El ámbito de actuación de las enfermeras especialistas en salud mental abarca tanto la atención hospitalaria, en régimen de hospitalización total o parcial, como la atención a la comunidad a través de los centros de salud mental especializados, centros de atención primaria, domicilios, instituciones sociales (escuelas, residencias, centros de acogida...) y/o centros destinados a realizar actividades rehabilitadoras relacionadas con la salud mental. Esta actuación especializada, se desarrolla tanto en los centros del Sistema Nacional de Salud como en centros privados debidamente autorizados.

En cuanto al perfil profesional dicha orden determina que la aportación profesional de éste especialista deriva del trabajo que desarrolla con las personas y con las respuestas que debe dar a las alteraciones de la salud mental, con los aspectos afectivos que la conducta humana lleva implícitos y con la potencialidad de éstos para incidir en la capacidad de integración socialmente aceptable de los individuos. Para desarrollar todo su ámbito competencial, la enfermera Especialista en Salud Mental presta cuidados utilizando la relación de ayuda como instrumento terapéutico básico.

En este sentido, el trabajo de la enfermera especialista de salud mental se conjuga entre dos ámbitos del conocimiento: el ámbito científico de las ciencias de la salud y el ámbito humanista de las ciencias sociales. Es desde esta doble perspectiva que se prepara y se capacita a la enfermera especialista para el desarrollo de una atención integral y holística de la persona y su entorno.

Entre sus competencias asistenciales nos encontramos:

a) Utilizar la relación terapéutica como instrumento básico de comunicación y relación en el marco de los cuidados de enfermería de salud mental y de los principios éticos a los que se refiere el apartado 6.2 de este programa.

- b) Formular juicios profesionales a partir de la integración de conocimientos, el análisis de la información y el pensamiento crítico.
- c) Valorar, diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar cuidados de enfermería de salud mental dirigidos a personas, familias y grupos, de acuerdo con el concepto de atención integral, en el marco de la promoción, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la salud mental, a lo largo del ciclo vital, teniendo en cuenta asimismo los criterios de calidad y seguridad del paciente.
- d) Participar en la elaboración del plan integral de atención a la salud mental de las personas, familias y grupos, aportando al equipo de salud mental planes de cuidados específicos.
- e) Coordinar y favorecer la continuidad entre los diferentes niveles asistenciales, mediante la elaboración del informe de continuidad de cuidados de enfermería.
- f) Elaborar, aplicar y evaluar guías clínicas de cuidados de enfermería de salud mental basadas en las evidencias científicas y participar en la creación de guías clínicas de salud mental con otros profesionales.
- g) Manejar e indicar el uso de fármacos y otros productos sanitarios vinculados a los cuidados de enfermería en el ámbito de la salud mental, de acuerdo con la legislación vigente.
- h) Programar y desarrollar planes de cuidados de enfermería de salud mental en el ámbito comunitario, utilizando la visita domiciliaria como instrumento de intervención terapéutica.
- i) Coordinar los cuidados de enfermería que se ofertan cualquiera que sea el dispositivo y nivel de atención a la salud mental en el que se encuentre, supervisando las intervenciones de otros profesionales y el ajuste de las mismas a la planificación de cuidados especializados de salud mental establecidos para cada paciente y/o situación.
- j) Actuar como gestora de casos en los problemas de salud mental que requieren continuidad de cuidados (por ejemplo en trastornos mentales graves), manejando la estrategia que haya sido consensuada por el equipo de salud mental.

k) Asesorar, en calidad de experta, a profesionales de enfermería, otros profesionales de la salud, así como a personas y/o grupos.

La O.M.S. establece una clara definición del papel del Profesional de Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. La asistencia en enfermería psiquiátrica es un proceso interpersonal en el que el profesional presta atención al individuo, familia y comunidad para promover la Salud Mental, prevenir la enfermedad y afrontar las experiencias de estrés y de enfermedad mental y los ayuda a readaptarse y a encontrar significados en estas experiencias.

2.2 Funciones de una enfermera en la planta de Agudos de una Unidad de Psiquiatría.

Las funciones que se van a citar están basadas en la guía de cuidados enfermeros en la red de salud mental de Aragón³. Los cuidados de enfermería son:

- Acogida de paciente y familia: Conjunto de actividades destinadas a la primera toma de contacto del paciente y familia, con el fin de que conozcan el funcionamiento de la Unidad.

Actividades:

- Presentación de los profesionales.
- Acomodo en la habitación y presentación del compañero de la misma.
- Realización del Protocolo de Recepción en la U.C.E.
- Informar al paciente y familia sobre normas de funcionamiento de la Unidad (documentación en desarrollo).
- Entregar documentación sobre derechos y deberes del paciente en la Unidad (documentación en desarrollo).
- Informar de la oferta de cuidados de la Unidad.
- Supervisión y recogida de pertenencias (protocolo de pertenencias – en desarrollo).
- Cumplimentar el protocolo de valoración inicial.

- Adhesión al tratamiento: Conjunto de actividades encaminadas a conseguir que un paciente tome de forma segura los medicamentos prescritos y observe sus efectos. A su vez que integre en su patrón de funcionamiento, tras el alta, la necesidad de cumplir las prescripciones médicas, de enfermería, citas programadas o capacidad de pedir ayuda ante la aparición de señales de alarma.

Actividades:

- Enseñar al paciente a asumir responsabilidades en el seguimiento del tratamiento.
 - Informar sobre la necesidad de continuar con la medicación según su capacidad de comprensión y habilidades.
 - Informar sobre los efectos beneficiosos y secundarios del tratamiento para disminuir su desconfianza y para que sepa buscar ayuda adecuada para corregirlos.
 - Proporcionar la medicación según las pautas médicas asegurando su administración.
- Despertar: Conjunto de actividades encaminadas a que el paciente despierte a la hora convenida, y en las condiciones óptimas, de orientación a la realidad propia y de su entorno.

Actividades:

- Orientar en persona: dar los buenos días al paciente dirigiéndose a él por su nombre, así como interactuar con el compañero de habitación. Mostrar interés por su descanso.
- Orientar en el tiempo: le informaremos de la hora, día, mes y año; climatología que transcurre en el exterior.
- Orientar en el espacio: si es necesario reubicar en la unidad, hospital y ciudad.
- Dar explicaciones sencillas de las tareas que realizará a lo largo del día.
- Saludar a la entrada y salida del turno.
- Ofrecerle nuestra ayuda en todo momento.

- En general, mediante la interrelación con el paciente lo orientaremos en tiempo y espacio, así como en las tareas que realizará a lo largo del día y así recuperar su patrón normal de funcionamiento.
 - Inclusión de elementos de orientación: relojes, calendarios, carteles con nombres, etc.
- Alimentación: Conjunto de actividades orientadas a una correcta nutrición favoreciendo el desarrollo de habilidades instrumentales y sociales.

Actividades:

- Se informará de horarios, menús disponibles y lugares de comidas.
 - Estimular higiene pre y post comida.
 - Comprobar que el paciente cumple horarios de comedor y se ubica adecuadamente.
 - Fomentar el cumplimiento de las normas del comedor y colaborar en la recogida de bandejas.
 - Animar a la expresión de opiniones sobre la comida
 - Comprobar la correcta presentación de la dieta.
 - Respetar el ritmo del paciente.
 - Comprobar y enseñar, en su caso, que usa correctamente el utillaje
 - Observar el tipo de relaciones sociales que se establecen en el comedor.
 - Supervisar la ingesta de la dieta prescrita.
 - Comprobar si presenta problemas en la masticación y deglución o uso de prótesis.
 - Reforzar positivamente los logros adquiridos.
 - Evitar las expresiones de rechazo ante las dificultades que pueden presentar los pacientes.
 - Corregir hábitos posturales.
- Ejercicio físico movilidad: Actividades encaminadas a mejorar la capacidad de movimientos que permitan al paciente un mejor control sobre sus condiciones físicas y psicomotrices.

Actividades:

- Elaborar conjuntamente un programa para el aumento gradual de la actividad física.
 - Ejercicios de elasticidad muscular.
 - Ejercicios de coordinación con material didáctico.
 - Juegos de animación en grupo.
 - Ejercicios psicomotrices: lateralidad, coordinación, orientación y ritmo.
 - Soltura y relajación muscular.
- Higiene e imagen personal: Conjunto de actividades destinadas a que el paciente integre en su comportamiento actividades adaptadas de higiene, aseo personal, acicalamiento, adquisición de habilidades para su desarrollo y mantenimiento de los recursos y útiles necesarios.

Actividades:

- Informar al paciente de su asignación al programa, tratamiento y espacios en que se desarrolla y objetivos a alcanzar.
- Se asegurará la intimidad del paciente y se velará por su seguridad.
- Se garantizará la disponibilidad del material necesario.
- Se garantizará el cepillado dental antes de acostarse.
- Fomentar el lavado de manos antes y después de las comidas y después del uso del W.C.
- Higiene de las uñas, afeitado y otras actividades de acicalamiento.
- En pacientes autónomos, ducha en días alternos, supervisando la correcta higiene.
- Pacientes dependientes: aseo completo diario.
- Favorecer el uso de cremas para el cuidado de la piel.
- Cambio de ropa sucia diario y cuando se precise.
- Recogida de la ropa sucia en el lugar asignado.
- Revisión de pañal dos veces por turno y cambiarlo cuando se precise.

- **Interacción social:** Conjunto de actividades encaminadas a que el paciente consiga participar en un intercambio social suficiente y adecuado, evitando el aislamiento y la soledad.

Actividades:

- Reuniones y coloquios sobre temas de interés manifestado.
- Expresar opiniones sobre asuntos sociales y / o acontecimientos ocurridos en la Unidad.
- Invitación a la participación en juegos y actividades compartidas.
- Ocio y tiempo libre.
- Aconsejar la asistencia a terapias si se considera necesario.

- **Visitas y familiares:** Conjunto de actividades encaminadas a conseguir que el paciente participe en un intercambio familiar y social suficiente y adecuado.

Actividades:

- El celador de la Unidad controlará los pases de visitas (máximo 2 por paciente simultáneamente), indicándoles la sala de actividades y comedor, donde deberán permanecer el tiempo que dure la visita.
- El espacio de la merienda se realizará a las 17 h. dentro del horario de visitas y en las salas del comedor y actividades conjuntamente.
- Mantener una actitud de escucha activa y de imparcialidad.
- Transmitir la comprensión de la situación y de su impacto sobre la estructura familiar sin emitir juicios de valor respecto a ella.
- Asegurar la confidencialidad de la información.
- Crear un ambiente tranquilo y relajado que facilite la comunicación entre el paciente y su familia.
- Evitar en todo momento las acusaciones y confrontaciones entre el paciente y su familia.
- Estimular la expresión de sentimientos, ideas, emociones, etc...
- Reconocer la frustración que en muchas ocasiones se asocia al papel de cuidador/ familia.

- Fomentar y estimular la asistencia a los recursos sociales de su entorno, tras el alta hospitalaria.

➤ **Nutrición:** Conjunto de actividades encaminadas a conseguir que un paciente, logre un estado nutricional adecuado y normalizar su conducta alimentaria.

Se excluyen de este programa los Trastornos de Conducta Alimentaria porque ya disponen de un abordaje específico y especializado.

Actividades:

- Planificar una dieta adecuada a las necesidades nutricionales del paciente.
- Indicar horarios adecuados, adaptándolos al estilo de vida y actividades del paciente.
- Dietas acordes a las dificultades que presenten (dietas blandas, trituradas, etc.).
- Suplir la dificultad de pacientes para llevarse a la boca los alimentos.
- Observación en casos necesarios: riesgo de atragantamiento, conductas de disminución
- Seguimiento y control de peso y estado nutricional.
- Educación dietética o en nutrición.
- Adecuar una nutrición equilibrada que estimule al paciente inapetente (escoger alimentos de su preferencia, recetas apetecibles, etc.).
- Dirigir al paciente a recursos comunitarios que puedan suplir su falta de alimentos.

➤ **Higiene del sueño:** Conjunto de actividades encaminadas a proporcionar a todos los pacientes la posibilidad de recuperar su patrón habitual de sueño siendo éste reparador.

Actividades:

En turno de noche:

- Condiciones ambientales y del entorno

- Disminuir ruidos y luces de 24 a 8 h.
- Visualizar al paciente sin interrumpir su sueño.
- Valorar contención con barandilla o cinturón, en pacientes con riesgo de caídas.
- Apagar televisión y música a las 24 h. supervisando y respetando la programación si fuese necesario.
- A partir de las 24 h. mantener un volumen bajo en nuestras conversaciones
- Medidas personalizadas de comodidad, espacio propio favorecedor (ropa de la cama, por ejemplo).
- Mantener la temperatura óptima entre 20 y 22 °.
- A partir de las 24 h. no se permitirá fumar en ningún lugar de la Unidad, con excepciones en los lugares adecuados.
- Intervenciones inductivas del sueño
- Administración de fármacos prescritos para este fin.
- Proporcionar infusiones o líquidos calientes.
- Permitir y supervisar hábitos previos al sueño (higiene bucal, higiene general, eliminación, cremas, etc.)
- Fomentar la práctica de medidas de relajación aprendidas en el programa de relajación. (por desarrollar).
- Música que favorezca la relajación a nivel individual.
- Asegurarnos que no tenga molestias físicas que le impidan el dormir.
- Garantizar un entorno de seguridad, facilitándoles el sistema de llamada y manifestando nuestra presencia continua.
- Proporcionar un espacio alternativo a la habitación siempre que, una vez usadas todas las estrategias anteriores, no haya conciliado el sueño.
- Minimizar y agrupar las intervenciones necesarias durante la noche.
- En los casos de sonambulismo o terrores se le tranquilizará y redirigirá a la cama.
- No iniciar actividad hasta las 8 h. de la mañana

En turno de mañana:

- Poner en marcha el programa de despertar.
- Estimular y favorecer que realice actividades durante la mañana para asegurar la vigilia y se vigilará mediante contactos programados dependiendo de cada paciente.
- El paciente con historia de hipersomnolencia, vigilar sobre todo la franja horaria comprendida entre las 13'30 h. a las 15'30 h. para evitar siestas.
- En pacientes con hábitos de siesta permitirle durante un tiempo no superior a 60 – 90 minutos.
- Estimular al paciente a que exprese sus sentimientos de ansiedad y/o miedo y proporcionarle medios para enfrentarse a ellos.

En turno de tarde:

- Reincidir y continuar con el programa de despertar.
 - Intentar el uso de la cama sólo para dormir evitando el uso para otras actividades (lectura, comida, etc.).
 - Evitar una cena copiosa.
 - Practicar técnicas de relajación en el programa establecido para este fin.
 - Tras la cena, favorecer y estimular a que el paciente exprese sus miedos o ansiedades en una puesta en común.
- Mantenimiento de las pertenencias: Conjunto de acciones encaminadas a favorecer el cuidado, mantenimiento, uso y almacenaje correctos de las pertenencias de los pacientes.

Actividades:

- Estimular limpieza y orden en la mesilla, cama y baño.
- Solicitar a los profesionales de turno el equipo necesario (toallas, pijama, papel W.C., etc.) en el horario establecido.

- Propiciar mantenimiento y uso correcto de los enseres que recibe.
 - Fomentar el respeto a las pertenencias y espacios de otros pacientes (invasión de habitación, cama, etc.).
- Lectura de prensa: Actividades de contacto con la realidad sociocultural e informativa, de su entorno más inmediato. Tiene carácter lúdico y distendido.

Actividades:

- Elección de periódicos y noticias por parte del equipo de Enfermería
 - Determinación de la persona lectora, bien sea algún paciente o algún miembro del equipo.
 - Se analizará dónde aparece la fecha y los titulares.
 - Se preguntará por las noticias que cada uno ha considerado más importantes.
 - Invitar a que sean ellos los que comenten las noticias.
 - Preguntar preferencias de cada uno (separar el periódico: actualidad, deportes, espectáculos, sociedad, opinión, etc.)
- Contención psíquica: Conjunto de intervenciones llevadas a cabo para moderar conductas y estados del paciente de los que pueden derivar dificultades de relación consigo mismo y con los demás, de control de sus vivencias en general.

Actividades:

Incluye desde el acompañamiento a la contención mecánica.

Promover las relaciones que aumenten la sensación de confianza del individuo:

- Reconocer los sentimientos del individuo: “está pasando un mal momento”, “puedo hacer algo por usted”, “puedo ver que está enfadado”, “no le dejaremos hacer nada destructivo”...etc...
- Ofrecer la paciente elecciones y opciones: puede ser necesario concederle alguna exigencia para evitar la lucha de poder.
- Favorecer la expresión verbal de la ira en lugar de actuar, ofrecer alternativas de pasear, por ejemplo.

- No invadir el espacio personal.
- Ser conscientes de los propios sentimientos y reacciones.
- No tomar de forma personal el abuso verbal y expresar los sentimientos después de una situación de amenaza al resto del personal.

Iniciar el control inmediato de la persona de alto riesgo:

- Aumentar el espacio personal, no tocarlo y evitar verse acorralado por el paciente.
- No acercarse solo al paciente, hacerlo tres o cuatro miembros del equipo.
- Fijar límites, órdenes sencillas y comprensibles.
- Al acercarse al paciente hacerlo de forma tranquila, confiada, sin comunicar la propia ansiedad o temor.
- Si el paciente tiene un objeto potencialmente peligroso no intentar cogerlo, dar instrucciones para que lo suelte.

Establecer un medio ambiente que reduzca la agitación:

- Disminuir el nivel de ruidos.
- Hablar con mensajes firmes, cortos (“Baja esa silla”) y concretos.
- Evitar la oscuridad, puede aumentar la desorientación y favorecer la sospecha.
- Favorecer el contacto visual (puerta entreabierta), y de presencia, observarlo cada 15 o 30 minutos.

Ayudar al individuo a mantener el control sobre su conducta

- Crear la expectativa de que el propio paciente puede controlarse y hacer un refuerzo positivo del logro.

➤ Ocio y tiempo libre: Es la utilización del tiempo libre en la Unidad colaborando a la consecución de los objetivos personales de los pacientes derivados al programa.

Actividades.

La elección de la actividad a realizar se hará con relación a tres criterios: Gustos o sugerencias, diagnósticos de Enfermería., simpatías personales.

- Informar sobre el momento de las actividades y animar a los pacientes a pasar a la sala de juegos.
- Distribución y localización en la sala según la valoración del personal de Enfermería
- Explicar reglas del juego.
- Participar activamente como guía y motivación para los pacientes.
- Supervisión y recogida y/o corregirá conductas durante las actividades.
- Al finalizar se animará al paciente a la recogida del material.
- Evitar en lo posible el uso de la televisión como fuente principal de ocio.

Tras esta descripción detallada, es necesario señalar, que el trabajo de la enfermera en la planta de psiquiatría está basada en una estrecha relación con el paciente que permite la consecución de una adecuada alianza terapéutica, sólo así se conseguirán los objetivos marcados.

Éste acercamiento con el paciente en todos los aspectos (social, familiar y laboral) hace a este colectivo susceptible de padecer estrés. Este tipo de paciente no tiene cubiertas muchas de las necesidades básicas del ser humano, tales como, la higiene, el sueño, la alimentación, la sociabilidad, sin embargo no las sienten como necesidades, sino como obligaciones, lo que hace que vean la figura de la enfermera como enemiga, de ahí la importancia de la alianza terapéutica. La no consecución de dicha alianza supone para las enfermeras un enfrentamiento continuo con el paciente y un difícil manejo de su patología

Otra de las actividades anteriormente mencionadas, y gran generadora de estrés en el personal es la contención psíquica, que en muchos casos deriva en contención mecánica, con el riesgo de agresión que dicha actividad supone.

Se puede decir que el personal de enfermería debe tener un adecuado control emocional que permita una adecuada toma de decisiones que a su vez conllevan grandes implicaciones éticas y morales.

2.3 Marco legal

A continuación se citará la legislación vigente relacionada con el tema:

- *Tratado de Ámsterdam de 2/10/1997*
Estableció un marco general para la igualdad de trato en el acceso al empleo, la formación y la promoción profesional, y las condiciones de trabajo.
- *Directiva 92/85/CEE⁴*
Desarrolla medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia
- *Constitución Española⁵*
Reconoce el derecho a la protección de la salud. Así mismo establece que los poderes públicos velarán por la seguridad e higiene en el trabajo.
- *Ley 7/ 2007 del Estatuto Básico del Empleado Público*
Establece que los empleados públicos tienen derecho a recibir protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo.
- *RD. Legislativo 1/1995. Estatuto de los Trabajadores⁶.*
Regula el derecho de los trabajadores a su integridad física y a una adecuada política de seguridad e higiene. Así mismo reconoce el derecho a la suspensión del contrato por riesgo durante el embarazo, riesgo durante la lactancia natural de un menor de nueve meses
- *Artículo 26. Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL):*
La evaluación de los riesgos “deberá comprender la determinación de la naturaleza, el grado y la duración de la exposición de las trabajadoras en situación de embarazo o parto reciente a agentes, procedimientos o condiciones de trabajo que puedan

influir negativamente en la salud de las trabajadoras o del feto, en cualquier actividad susceptible de presentar un riesgo específico. Si los resultados de la evaluación revelasen un riesgo para la seguridad y la salud o una posible repercusión sobre el embarazo o la lactancia de las citadas trabajadoras, el empresario adoptará las medidas necesarias para evitar la exposición a dicho riesgo, a través de un adaptación de las condiciones o del tiempo de trabajo de la trabajadora afectada”. Dichas medidas pueden incluir la no realización de trabajo nocturno o turnicidad.

Si dicha adaptación no fuera posible, el empresario deberá determinar la relación de los puestos de trabajo exentos de riesgos; si aun así no existiera puesto de trabajo o función compatible “la trabajadora podrá ser destinada a un puesto no correspondiente a su grupo o categoría equivalente, si bien conservará el derecho al conjunto de retribuciones de su puesto de origen”.

Si dicho cambio no resultara posible, podría declararse a la trabajadora en situación de suspensión del contrato por riesgo durante el embarazo, contemplada en el artículo 45.1.d) del estatuto de los Trabajadores mientras persista dicha situación y durante el periodo de tiempo necesario.⁷

- *Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombre. Modifica el artículo 26 de la LPRL.*

Esta ley crea la prestación de riesgo durante la lactancia natural y modifica la contingencia del subsidio de Riesgo durante el Embarazo. Ambas pasan a ser contingencias profesionales, pasando la gestión a las Mutuas.⁸

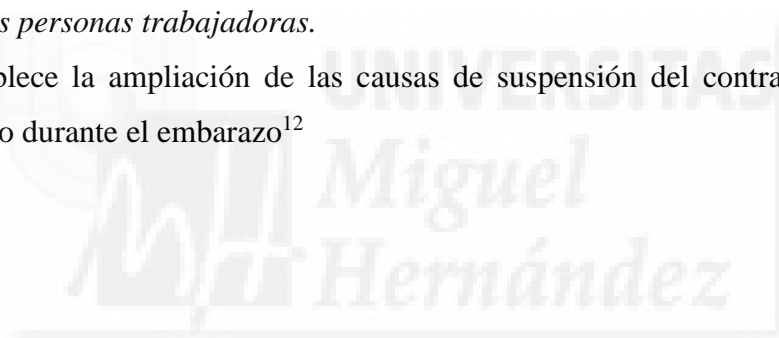
- *RD 39/1997 por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención⁹ y su modificación por el RD 780/1998¹⁰ y RD 298/2009¹¹.*

Mediante este Real Decreto y sus modificaciones se establece que será el personal sanitario del servicio de Prevención de Riesgos laborales quienes estudiarán y valorarán los riesgos que puedan afectar a sus trabajadoras embarazadas (RD 780/1998). También se aprueba el reglamento de los servicios de prevención, en relación con la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en periodo

de lactancia. El RD 298/2009 incluye dos anexos, el primero sobre una lista no exhaustiva de agentes, procedimientos y condiciones de trabajo que pueden influir negativamente en la salud de las trabajadoras embarazadas o en período de lactancia natural, del feto o del niño durante el período de lactancia natural (Anexo 1), y el segundo sobre lista no exhaustiva de agentes y condicionantes de trabajo a los cuales no podrá haber riesgo de exposición por parte de trabajadoras embarazadas o en periodo de lactancia natural (Anexo 2). Ambas listas surgieron de la directiva 92/85/CEE. Además dicho decreto Especifica que, en la evaluación de riesgos, se tendrá en cuenta la posibilidad de que el trabajador que lo ocupe o vaya a ocuparlo sea especialmente sensible, por sus características personales o estado biológico conocido, a alguna de dichas condiciones.

- *Ley 39/1999, de 5 de Noviembre, para la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras.*

Establece la ampliación de las causas de suspensión del contrato cuando existe riesgo durante el embarazo¹²



3. Justificación

Numerosas investigaciones en los últimos años nos hablan sobre el estrés laboral, considerándolo como una enfermedad profesional más¹³. Los colectivos que más sufren de estrés son lo que se encuentran en contacto con el público como médicos, profesores, asistentes sociales y enfermeros, presentando altos niveles de estrés que mantenidos en el tiempo puede desembocar en el burnout o “síndrome de estar quemado”.

La profesión de enfermería se considera estresante, las causas suelen relacionarse, por un lado, con la implicación psicológica y emocional que conlleva este trabajo, como es el caso de la enfermera psiquiátrica y, por otro, con los aspectos relacionados con la organización del mismo.

El servicio de Psiquiatría es una Unidad especial, donde existen una serie de factores estresantes que pueden afectar de forma negativa a la salud de los profesionales de enfermería que trabajan en ella. A menudo han de intervenir en situaciones de agitación psicomotriz y autoagresiones que provocan un mayor nivel de estrés que sumado a los estresores habituales presentes en el personal de enfermería pueden producir a este colectivo una mayor susceptibilidad a presentar mayores niveles de estrés.

Por lo general, la enfermería es una profesión mayoritariamente femenina, lo cual nos hace plantearnos la necesidad de estudiar los riesgos para la salud reproductiva de este grupo de trabajadoras, más específicamente sobre el periodo de la gestación.

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

Realizar una búsqueda bibliográfica sobre los efectos del estrés laboral sobre el embarazo en una enfermera especialista en salud mental en la planta de Agudos de psiquiatría de un hospital general

4.2 Objetivos específicos

- Justificar el estrés como agente que provoca un efecto nocivo tanto para la madre como para el feto en el puesto de trabajo de una enfermera en el servicio de psiquiatría
- Conocer los efectos del estrés sobre el embarazo.
- Buscar los últimos estudios sobre el nivel de estrés de las enfermeras en las plantas de psiquiatría.
- Conocer la legislación vigente en materia de prevención de riesgos laborales sobre el estrés y el embarazo

5. Metodología

Se trata de una revisión bibliográfica sobre el tema, es decir un estudio cualitativo.

Para realizar dicha búsqueda bibliográfica he usado como fuente de información la biblioteca virtual del Servicio Murciano de Salud, que dispone de acceso a las principales bases de datos de información sanitaria del mundo. Las bases de datos donde he realizado mi búsqueda ha sido en Cochrane Plus, el metabuscador Tripdatabase y Pubmed/Medline, sin restricción de fecha ni del tipo de estudio, en los idiomas español e inglés. Se revisaron de igual forma la documentación de interés de Organismos e instituciones como el Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad o la Agencia Europea de Seguridad e Higiene en el Trabajo. También se incluyó literatura buscada de forma manual.

He utilizado los términos “estrés laboral”, “efectos en el embarazo” “enfermera psiquiátrica” e “planta de psiquiatría”. Se revisaron los resúmenes o abstracts, y en los casos necesarios, los artículos o guías enteras. Se han tenido en cuenta todos los artículos relacionados con el estrés laboral, sus efectos sobre el embarazo, y el nivel de estrés de las enfermeras en la planta de psiquiatría, eliminando el resto.

A continuación se expone una tabla con el número de fuentes consultadas de cada área temática:

Legislación	8
Personal sanitario	11
Personal enfermería psiquiátrica	9
Estrés y embarazo	25
Estrés	8

Tabla 1: Área temática y número de fuentes consultadas

6. Cuerpo del proyecto aplicado y de investigación

6.1 El estrés como riesgo psicosocial

El estrés se define como “una relación particular entre el individuo y el entorno, que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”¹⁴.

El término estrés se emplea refiriéndose a tensión nerviosa, emocional o bien como agente causal de dicha tensión. Actualmente las investigaciones consignan un enfoque transaccional del estrés, tanto en el ámbito general como en el laboral, por tanto el estrés sería parte de un sistema de transacción complejo y dinámico entre la persona y su entorno.

Para la OIT (Organización Internacional de Trabajo), el estrés es la respuesta física y emocional a un daño causado por un desequilibrio entre las exigencias percibidas y los recursos y capacidades percibidos de un individuo para hacer frente a esas exigencias. El estrés relacionado con el trabajo está determinado por la organización del trabajo, el diseño del trabajo y las relaciones laborales, y tiene lugar cuando las exigencias del trabajo no se corresponden o exceden de las capacidades, recursos o necesidades del trabajador o cuando el conocimiento y las habilidades de un trabajador o de un grupo para enfrentar dichas exigencias no coinciden con las expectativas de la cultura organizativa de la empresa.¹⁵

En el contexto laboral los estresores también son denominados riesgos psicosociales. Para que los estresores o riesgos psicosociales generen una respuesta de estrés deben ser percibidos como factores de riesgo o amenaza por el individuo, esto es, el trabajador debe interpretar que van a tener consecuencias desagradables o penosas para el caso de que no se modifiquen¹⁶

Las causas del estrés, su afrontamiento y consecuencias están determinados tanto por rasgos personales como la estructura cognitiva individual¹⁷ o la capacidad de resistencia¹⁸, o la propia personalidad¹⁹, como por circunstancias ambientales.

6.2 El proceso del estrés laboral

Como hemos mencionado, el estrés se origina a partir de una discrepancia o desajuste entre las demandas y los recursos disponibles. En estas situaciones las personas no pueden satisfacer de forma competente y adecuada las demandas del trabajo aunque perciben la necesidad de hacerlo. La segunda fase de este proceso viene dada por la experiencia subjetiva de estrés: la percepción por parte del individuo de que existe una discrepancia relevante entre las demandas amenazantes del entorno y los recursos de que dispone para hacerles frente. La tercera fase contiene las estrategias de afrontamiento cognitivo-conductuales que los individuos desarrollan con el fin de reducir el estrés. Estas estrategias pueden ir dirigidas a eliminar o mitigar la fuente de estrés, a tratar de evitar la experiencia de estrés, o a neutralizar las consecuencias negativas para la persona de esa experiencia de estrés. Un cuarto elemento del proceso está constituido por los resultados de la experiencia de estrés. Esa experiencia de estrés y las estrategias de afrontamiento utilizadas producen en la persona una serie de resultados de carácter fisiológico, conductual, actitudinal y emocional. La última fase del proceso incluye las consecuencias del estrés, y pone de manifiesto la necesidad de distinguir diversos tipos de efectos de las experiencias de estrés en función de su permanencia, inmediatez, y gravedad¹⁶

6.3 Psicofisiología del estrés

Los estímulos estresores producen la activación en el organismo de tres grandes sistemas: endocrino, nervioso e inmunológico. Además, el organismo tiene una serie de reacciones fisiológicas que suponen la activación del eje hipófisis-suprarrenal y del sistema nervioso vegetativo.

1. El eje hipófisis-suprarrenal está compuesto por el hipotálamo, la hipófisis, y las glándulas suprarrenales. La respuesta neuronal se transmite al hipotálamo, que actúa de enlace entre el sistema endocrino y el sistema nervioso. El hipotálamo genera la hormona CRF (factor liberador de corticotropa) que estimula a la hipófisis y provoca la secreción de la hormona ACTH (adenocorticotropa). Esta secreción estimula la corteza

de las glándulas suprarrenales dando lugar a la producción de corticoides que pasan al torrente sanguíneo y actúan sobre varios órganos. Los corticoides producidos y sus efectos son:

- Los glucocorticoides, entre los que destaca el cortisol, que facilita la excreción de agua y el mantenimiento de la presión arterial, afecta a los procesos infecciosos y produce degradación de las proteínas intracelulares, incrementa la concentración de glucosa en sangre así como un aumento de calcio y de fosfatos liberados por los riñones, y de lípidos. El aumento de cortisol se produce especialmente en las situaciones de incertidumbre, donde la persona es incapaz de controlar los sucesos y de predecir sus resultados.
- Los andrógenos, que son hormonas que estimulan el desarrollo de la fuerza y de la masa muscular.

2. *El sistema nervioso autónomo o vegetativo* mantiene la homeostasis del organismo y es involuntario. Está formado por el sistema nervioso simpático y el sistema nervioso parasimpático. La activación del sistema nervioso simpático conlleva la secreción de catecolaminas: adrenalina y noradrenalina. La adrenalina es segregada por la medula suprarrenal, especialmente en casos de estrés psíquico y ansiedad. La noradrenalina es segregada por las terminaciones nerviosas simpáticas, y su concentración aumenta en situaciones de estrés físico, en situaciones de riesgo y de agresividad.

Estas hormonas son las responsables de poner al organismo en estado de alerta preparándolo para huir o luchar. los efectos que producen son: dilatación de pupilas, dilatación bronquial, movilización de ácidos grasos incrementando los lípidos en sangre (mayor riesgo de arterioesclerosis), aumento de la coagulación, incremento del rendimiento cardíaco con hipertensión arterial, vasodilatación muscular y vasoconstricción cutánea, reducción de los niveles de estrógenos y testosterona, inhibición de la secreción de prolactina, incremento de la producción de tiroxina que favorece el metabolismo energético y la síntesis de proteínas, etc. Además, el hipotálamo actúa directamente sobre el sistema nervioso autónomo, para inducir una respuesta inmediata de estrés, que estimula los nervios sensoriales y a su vez las glándulas suprarrenales. Toda esta activación es perjudicial para la salud y reduce la

duración de la vida si se mantiene, ya que el estrés en dosis elevadas conduce a cambios estructurales y fisiológicos, a enfermedades del corazón e incluso a la muerte.

El estrés puede tener efectos negativos sobre el sistema inmunitario, ya que inhibe sus respuestas alterando el papel de los leucocitos y su circulación, así como la disminución de su producción. Además, todo este proceso bioquímico interacciona con las estructuras implicadas en el análisis cognitivo y emocional, pudiendo alterar las funciones, cognitivas, afectivas y de decisión¹⁶.

6.4 El estrés en las enfermeras en la planta de agudos de psiquiatría

Diferentes estudios describen como fuente de estrés en el personal de enfermería la carga de trabajo, las relaciones con los pacientes, el contacto con la muerte, problemas con compañeros y los conflictos con los superiores; también hacen referencia aunque en menor medida los conflictos con los médicos, sentir que se tiene una preparación inadecuada y la incertidumbre relativa al tratamiento^{20 21 22}.

En los últimos años se ha hablado mucho sobre el estrés en las profesionales relacionados con la atención sanitaria a la población. Algunas de las investigaciones asocian un mayor grado de estrés en determinadas unidades, como en las unidades de cuidados intensivos^{23 24 25 26}, atención primaria^{27 28 29} y servicio de urgencias³⁰; sin embargo los estudios en España sobre el personal sanitario que trabaja en Unidades de psiquiatría es escaso³¹.

Entre las funciones del personal de enfermería en este servicio está el acercamiento con el enfermo desde los aspectos sociales, familiares y laborales, sus actuaciones estarán centradas en cada una de las necesidades del paciente y familia, manteniendo en todo momento un control de la respuesta emocional y un cierto distanciamiento para que le permita tomar decisiones de una forma objetiva. Además debe enfrentarse a diario con patología psiquiátricas con grandes diferencias sintomatológicas y conductuales ante las que se precisa una adecuada experiencia clínica y madurez profesional que permita la toma de decisiones con importantes implicaciones éticas y morales y en ocasiones de difícil manejo para el personal de enfermería, llegando a tener que realizar contenciones mecánicas para evitar riesgos tanto hacia terceros (personal, otros pacientes) como hacia el propio paciente.

Como se ha descrito anteriormente, muchas de las funciones de la enfermera en psiquiatría están basadas en la relación con el paciente, lo que las justifica como fuentes de estrés en el personal.

La exposición a algunas de las características del enfermo mental como la indisciplina, la actitud provocadora y el comportamiento agresivo hacia el personal de enfermería puede producir en estos profesionales el síndrome “burnout”, término acuñado por Freudenberger en 1974 y conceptualizado y definido como síndrome por Maslach y Jackson en 1982. El síndrome de burnout es un síndrome de agotamiento emocional (vaciado de recursos personales junto con la sensación de que uno ya no tiene nada que ofrecer psicológicamente a los demás), despersonalización (desarrollo de una actitud negativa e insensible hacia las personas con quienes se trabaja) y reducción de logros personales o percepción de que los logros profesionales quedan por debajo de las expectativas personales, lo que supone una autoevaluación negativa.

Es consecuencia de una tensión emocional crónica y surge como resultado de las relaciones que se mantienen con otras personas, especialmente con aquellas que tienen que hacer frente a problemas³². De este modo, el *Síndrome del Quemado* podría ser considerado como una reacción ante el estrés que padecen individuos que trabajan en sectores que exigen una mayor demanda³³.

Del mismo modo que cuando se estudia el estrés, el síndrome de desgaste presenta relaciones diferenciales y específicas en función de los servicios en que las enfermeras desarrollan su trabajo, por ejemplo con pacientes cardíacos y enfermería psiquiátrica³⁴. Otro aspecto a destacar es la violencia en el lugar de trabajo, ya que puede generar elevados niveles de estrés. La violencia puede afectar no sólo a las víctimas, sino también a los testigos, en especial en los lugares de trabajo en los que se trabaja en equipo³⁵.

Ha de valorarse también el riesgo de golpes o choque en el lugar de trabajo, considerándolo como agente físico

En las directrices para la evaluación de riesgos y protección de la maternidad en el trabajo, del Instituto Nacional de seguridad e Higiene en el trabajo³⁶ se recoge información sobre los riesgos de golpes o choques en el lugar de trabajo” Los golpes a

nivel abdominal durante el embarazo pueden tener consecuencias graves para la salud tanto de la mujer como del feto”. Recoge la manipulación de enfermos, reacciones imprevisibles como ciertos enfermos mentales, entre las características de las exposiciones laborales a las que se debe prestar atención.

Los efectos del traumatismo abdominal durante el embarazo se asocia a: “aborto espontáneo, parto prematuro, desprendimiento de placenta (DP), rotura prematura de membranas, transfusión fetomaterna (paso anómalo de sangre del feto a la madre) y un incremento del número de recién nacidos muertos. La frecuencia, el comienzo o el desarrollo (a veces no inmediato) de estas complicaciones dependerán de la edad gestacional y de la gravedad del traumatismo. La transfusión fetomaterna puede dar lugar a sensibilización Rh en la madre Rh negativa”. Los riesgos para el feto serían: muerte fetal por desprendimiento de placenta (que en gestación avanzada puede ocurrir ante cualquier mínimo traumatismo), anemia o muerte fetal en el caso de hemorragia materna, anemia neonatal, arritmias fetales o muerte fetal por exanguinotransfusión en caso de transfusión fetomaterna, hipoplasia pulmonar y deformidades ortopédicas en caso de Rotura prematura de membranas y lesiones directas craneales en caso de fractura materna.

El periodo de riesgo sería todo el embarazo, aunque cuanto más avanzada la gestación más posibilidades de traumatismo uterino, fetal o placentario.

En un embarazo único, hasta la 12ª semana el útero está dentro de la pelvis y por tanto más protegido que en semanas posteriores. En el último trimestre la pared uterina es más delgada disminuyendo la protección fetal.

El documento recoge el cuidado a enfermos entre los trabajos que pueden comportar riesgo para choques y golpes en el abdomen.

Como medida de adaptación al puesto de trabajo recoge la restricción de tareas que supongan un riesgo de golpes a nivel del abdomen como es el cuidado de enfermos violentos, con incoordinación motora o comportamiento impredecible. Su aplicación a la planta de psiquiatría supone para la trabajadora la no realización de la actividad “Contención Mecánica”, y que sea suplida por otro compañero; sin embargo no se tiene en cuenta, que la reacción de estos pacientes es impredecible, y que en muchos casos,

la agresión, o riesgo de esta, puede aparecer en cualquier momento dentro del horario laboral.

Un estudio descriptivo transversal llevado a cabo en el H.G.U Gregorio Marañón, en la Unidad de Hospitalización psiquiátrica de Agudos, y con una muestra de 62 enfermeros/as, describe, entre los estresores a destacar los problemas de organización provocados por la excesiva demanda y el espacio físico, situaciones conflictivas con los pacientes (personas agresivas y/o violentas), y las situaciones límite, como las agresiones³¹.

6.5 Efectos del estrés durante el embarazo:

El estrés durante el embarazo no solo repercute sobre el estado de salud de la mujer gestante, sino que también afecta a su embrión.

Las respuestas emocionales y fisiológicas de la madre a los estresores se traducen en cambios fisiológicos y metabólicos como hipoxia, aumento de los niveles de cortisol, desnutrición y presencia de sustancias tóxicas. En las últimas décadas se ha comprendido que la vida fuera del útero es determinada en gran parte por las 40 semanas que se vive dentro de él.³⁷

Con algunas excepciones^{38 39}, la acumulación de evidencia apoya una relación entre el estrés y complicaciones del embarazo, incluyendo el parto prematuro, muerte fetal, y el bajo peso al nacer.

La explicación biológica sobre como el estrés puede provocar un parto prematuro o muerte fetal es debido a una temprana activación neuroendocrina estimulada por la hormona liberadora de corticotropina (ACTH), además de otras hormonas relacionadas con el estrés como el cortisol, hormona que provoca el estrés y pasa al flujo sanguíneo cuando sentimos ansiedad. Además, las hormonas del estrés activan mediadores inflamatorios y vasoactivos, que están implicados en diferentes vías de trabajo de parto prematuro⁴⁰.

Cuando una persona está en una situación estresante, el cortisol se vuelve en el torrente sanguíneo. Esta hormona tiene un efecto positivo a corto plazo ya que le permite enfrentarse a una situación percibida como peligrosa, pero cuando la duración es excesiva tiene efectos perjudiciales. El cortisol durante el embarazo pasa el feto a través

de la placenta. Según un estudio realizado en 267 mujeres embarazadas y publicado en el Journal Of Clinical Endocrinology, a partir de las 17 semanas de gestación, la cantidad de cortisol está relacionada directamente con el nivel de esta hormona en la sangre de la madre y que se hace más fuerte, a medida que avanza la gestación.

Para determinar si la ansiedad materna podía afectar al feto, los científicos les midieron a 267 embarazadas el nivel de cortisol. Al analizar las muestras de sangre y de líquido amniótico del útero materno, el equipo detectó que, a las 17 semanas de gestación, el cortisol elevado en las mujeres aumentaba el nivel de la hormona en el líquido amniótico. Este fluido es un buen indicador de la exposición del bebé a distintas sustancias, incluidas las hormonas.

Las principales consecuencias del estrés en el embarazo son: el parto prematuro, bajo peso al nacer y aborto

Parto prematuro:

La OMS definió en 1972 como parto pretérmino el que se produce antes de la 37 semana de gestación. La incidencia del parto pretérmino se sitúa en nuestro medio entorno al 8%. A pesar de los esfuerzos realizados en los últimos años, no se logra disminuir su frecuencia, incluso, en algunos países tiende a aumentar⁴¹. El informe “nacido demasiado pronto” de la OMS, alerta sobre el incremento del número de nacimientos prematuros. Este estudio afirma que la prematuridad es la segunda causa de muerte en niños menores de cinco años⁴². El estrés aparece entre las cinco causas y factores de riesgo asociados al parto prematuro, además de madres adolescentes, corto periodo intergenésico, embarazo múltiple y las infecciones uterinas, urinarias y vaginales. La S.E.G.O. señala que el estrés está presente en el 30-50% de los partos pretérmino. Varios estudios epidemiológicos verifican esta relación ^{43 44 45 46 47 48}. Una de las más recientes, publicada en “American Journal of Obstetrics and Gynecology” y liderada por el doctor Peng Zhu, especifica que el riesgo se duplica si las experiencias estresantes tienen lugar en el primer trimestre del embarazo⁴⁹.

El incremento en la producción de determinadas hormonas asociadas al estrés como el cortisol y las catecolaminas tienen un papel significativo a la hora de desencadenar el parto.

En Quebec (Canadá) se llevó a cabo un estudio de casos y controles con la intención de estudiar diferentes factores de riesgo de parto prematuro. La muestra estaba compuesta por 101 mujeres que tuvieron parto prematuro y por 202 mujeres embarazadas emparejadas por edad gestacional, como controles. De entre 117 variables de un modelo multivariante, se identificaron siete factores de riesgo de parto prematuro: entre ellos se identificó el indicador presentar puntuaciones de estrés superiores a 5 (OR: 2,56; IC95%: 1,20-5,54). Los aspectos más estresantes mencionados en este último parámetro fueron las enfermedades de los familiares, la mortalidad, la violencia y las dificultades económicas. (Moutquin JM, 2003)⁵⁰.

Otro estudio de casos-control en 1997 evaluó la relación entre el estrés laboral y los partos prematuros. La muestra de este estudio estaba compuesta por 421 mujeres que dieron a luz de forma prematura por un grupo de controles compuesto por 612 mujeres que tuvieron partos a término. Los resultados mostraron que aquellas mujeres que trabajaron durante 30 o más semanas en puestos con altos niveles de tensión (elevado nivel de exigencia y bajo control del trabajo) presentaban un mayor riesgo de parto prematuro (OR: 1,4; IC95%: 1,0-2,2). Se concluye que la exposición crónica durante el embarazo a un trabajo caracterizado por altos niveles de exigencia y bajo control puede estar relacionada con un parto prematuro. (Brett Km, Strogatz DS, Savitz DA, 1997).

En la misma línea de investigación, evaluando el impacto de la carga de trabajo en el embarazo entre las médicas residentes de hospitales públicos se concluyó que trabajar largas jornadas en una ocupación estresante, tiene efectos adversos en el curso del embarazo y está asociado a un incremento de las tasas de parto prematuro y de niños nacidos muertos. (Pinhas-Hamiel O, Rotstein Z, Achiron A, Gabbay U, Achiron R, Barak Y, et ál., 1999).

Bajo peso al nacer:

Un sondeo publicado en “American Journal of Public Health”⁵¹ y realizado entre más de 8.000 mujeres estima que los recién nacidos de embarazadas con un elevado nivel de estrés laboral en los primeros meses pueden pesar hasta 72 gramos menos que los niños de su misma edad gestacional.

El riesgo se eleva todavía más si a la situación de estrés se le añade una jornada laboral superior a 32 horas semanales; en estos casos, el bebé puede llegar a pesar 150 gramos menos que lo que le corresponde a su edad gestacional.

Diversos estudios confirman que el estrés en el embarazo está relacionado con el bajo peso al nacer^{52 53 54}.

Muerte fetal:

Un estudio llevado a cabo con más de 19.000 gestantes concluyó que las mujeres con un nivel muy alto de estrés en la semana 30 tienen un 80% más de probabilidades de sufrir un aborto⁵⁵.

Otro estudio posterior del año 2013 analizó la asociación entre la muerte fetal y la presencia de distintos factores estresantes durante el embarazo, la autora, Carol Rowlan, afirma que las mujeres que experimentan cinco o más eventos que le provocan ansiedad en este periodo tienen más del doble de posibilidades de perder a su hijo después de las 20 semanas de gestación⁵⁶.

El estrés también se ha asociado con un mayor riesgo de enfermedades infecciosas en los hijos⁵⁷, las malformaciones congénitas⁵⁸ y preeclamsia (Klonoff-Cohen HS, Cross JL, Pieper CF, 1996). (Marcoux S, Bérubé S, Brisson C, Mondor M, 1999). .

Otros estudios han relacionado el estrés materno con el desarrollo intelectual del recién nacido⁵⁹, la obesidad⁶⁰ y asma infantil⁶¹.

7. Conclusiones

- No existe ninguna recomendación ni medida oficial en materia preventiva aplicable a los riesgos para el embarazo de la enfermera de la planta de agudos de psiquiatría, exceptuando el riesgo de choque o golpe. En este sentido se deberá suplir la trabajadora por otra compañera, sin embargo no se tiene en cuenta el carácter impredecible de estos pacientes
- La evidencia científica confirma los efectos del estrés sobre el embarazo, sin embargo no existe legislación vigente que regule el estrés como enfermedad laboral ni como riesgo para el embarazo.
- La literatura sobre el estrés de las enfermeras que trabajan en las Unidades de Agudos de Psiquiatría de los hospitales Generales es muy escasa. Son necesarias más investigaciones que analicen el nivel, las causas de estrés y su relación con los cuidados enfermeros.
- La contención mecánica es la única actividad descrita como estresante, ningún estudio especifica otra actividad como generadora de estrés, se identifica la relación con el paciente como causa de estrés.
- Se propone una valoración del estrés por parte del departamento de Prevención de Riesgos Laborales de las enfermeras embarazadas que trabajen en una Unidad de Agudos de psiquiatría.

8. Referencias Bibliográficas

¹ Ministerio de Sanidad y Consumo. (1987). Resolución de la secretaria de estado de universidades, investigación y desarrollo del ministerio de educación y cultura. Gobierno de España.

² Orden SPI/1356/2011. BOE núm. 123, de 24 de mayo de 2011, páginas 51802 a 51822

³ Colomer A, Benedí L, Granada JM, Rams M.A. Guía de cuidados enfermeros en la red de salud mental de Aragón. Plan estratégico de salud Mental. Comunidad autónoma de Aragón. Servicio Aragonés de salud. 2003. Zaragoza

⁴ Directiva 92/85/CEE de Consejo, de 19 de Octubre de 1992, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en periodo de lactancia

⁵ Artículo 43. Capítulo tercero del Título primero de los derechos y deberes fundamentales de la Constitución española de 1978.

⁶ Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los trabajadores. BOE núm. 75, de 29 de marzo de 1995, páginas 9654 a 9688

⁷ Artículo 26. Capítulo III. Ley 31/1995, de 8 de Noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. BOE N° 269 10/11/1995

⁸ Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombre. BOE N°71 23/03/2007

⁹ Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los servicios de prevención. BOE nº 27 31/01/1997

¹⁰ Real Decreto 780/1998, de 30 de abril, por el que se modifica el Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los servicios de prevención. BOE nº 104 01/05/1998

¹¹ Real Decreto 298/2009, de 6 de marzo, por el que se modifica el Real Decreto 39/2007, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de prevención, en relación con la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en un periodo de lactancia BOE nº 57 07/03/2009

-
- ¹² Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras
- ¹³ Piñero Fraga, María. Estrés y factores relacionados en el personal sanitario de hospitalización psiquiátrica: un estudio de prevalencia. Vol. 12. Núm. 13.2013
- ¹⁴ Lazarus R. y Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca, 1986.
- ¹⁵ Estrés en el trabajo. Un reto colectivo. Organización Internacional de trabajo. Turín, Italia 2016
- ¹⁶ Gil Monte, PR; Salcedo Beltrán, MC; Rosat Aced, JI; Agún González, JJ; Barba Morán, MC. Prevención de Riesgos Laborales Instrumentos de aplicación. Ed: Tirany Lo Blanch. Valencia 3ª Ed. 2012.
- ¹⁷ Steptoe A., Voguele. Are stress responses influenced by cognitive appraisal? An experimental comparison of coping strategies. British J. of Psychology, 77, 243-255. 1986
- ¹⁸ McCraine E. Lambert A., Lambert C. Work stress, hardiness and burnout among hospital staff nurses. Nursing Research, 36 (6), 374-378. 1987
- ¹⁹ Cross D. Kelly J. Personality typing and anxiety for two groups of registered nurses. The Australian Journal of Advanced Nursing, 2 (1), 52-59. 1984
- ²⁰ López J.A. y Pérez F.: “¿De qué estrés hablan los estudios sobre su medida en enfermería? Resultados a partir de una revisión bibliográfica (1980-2003)”. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones 2004; 20(1): 65-75
- ²¹ García Vazquez D.; Sánchez Fernández M.D.; Fernández Varela M.M.; Gonzalez García A.; Conde Fernández J.M “Identificación de estresores por enfermeras de atención especializada”. Enfermería Clínica, Vol. 11 Núm. 2.1993
- ²² Más, R., Escribà, V., Cárdenas, M “Estresores laborales percibidos por el personal de enfermería hospitalario: un estudio cualitativo”. Arch Prev Riesgos Labor 1999;2(4):159-167
- ²³ Ríos Rísquez, M.I.; Peñalver Hernández, F.; Godoy Fernández, C. “Burnout y salud percibida en profesionales de enfermería de Cuidados Intensivos”; Enferm Intensiva. 2008;19(4):169-78
- ²⁴ Ríos Rísquez M.I., Godoy Fernández, C; Peñalver Hernández, F.; Alonso Tovar, A.R.; López Alcaraz, F.; López Romera, A. et al.”Estudio comparativo del burnout en personal de enfermería de Cuidados Intensivos y Urgencias” Enferm Intensiva. 2008;19(1):2-13
- ²⁵ Santana Cabrera, L.; Hernández Medina, E; Eugenio Robaina, P.; Sánchez-Palacios, M.; Pérez Sánchez, R.; Falcón Moreno, R. “Síndrome de Burnout entre el personal de enfermería

de una unidad de cuidados intensivos y el de las plantas de hospitalización”. *Enferm Clin.* 2009;19(1):31–34

²⁶ Simón García, M.J.; Blesa Malpica, A.L.; Bermejo Pablos, C.; Calvo Gutierrez, M.A.; De Enterría Pérez, C.G. “Estrés laborales y satisfacción en la enfermería de una unidad de críticos”. *Enferm Intensiva.* 2005; 16:3-14. vol.16 núm. 01.

²⁷ Fernández-López, J.A.; Fernández-Fidalgo, M.; Martín-Payo, R.; Rödel, A.” Estrés laboral y calidad de vida en sanitarios de Atención Primaria”. *Aten Primaria.* 2007;39(8):425-31

²⁸ Bernaldo de Quiró Aragón M.; Labrador Encinas F. J “Fuentes de estrés laboral en los servicios de urgencia de atención primaria”. *Aten Primaria* 2008; 40 (2): 101-6.

²⁹ Martín-Payo, R.; Fernández-Fidalgo, E.; Hernández-Mejía, R.; Fernández-López, J.A “Evaluación del grado de estrés laboral en los profesionales sanitarios de los centros de salud del Área IV de Asturias.” *Aten Primaria.* 2005; 36 (8).

³⁰ Yegler Velasco, M.C.; Díez Fernández, T. ; Gómez González J.L.; Carrasco Fernández B.; Miralles Sangro, T.; Gómez Carrasco, J.A “Identificación de los estresores laborales en el personal sanitario enfermero de una urgencia hospitalaria”. *Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (Ciber Revista)*, 2003, Oct. 16 (Acceso en Mayo 2016). Disponible en: www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/PRIMERA_EPOCA/2003/octubre/estresores.htm

³¹ Schüller Prieto M.C.; Isac Pérez M.D. “Identificación de estresores y estrategias de afrontamiento del personal de enfermería en unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos” .*ANESM* 2003. Disponible en: www.anesm.net/contents/pianesm.php

³² Maslach C. *Burnout. The cost of caring.* Prentice- Hall, Inc., New Jersey, 1982.

³³ Madianos, Tsaintis J, Zacharakis C. Changing patterns of mental health care in Greece (1984-1996) *European Psychiatry* 14: 462-467, 1999.

³⁴ Ribera D, Cartagena E, Reig A, Romá M.T, Sans L, Caruana A. estrés laboral y salud en profesionales de enfermería. Estudio empírico en la provincia de alicante. Departamentos de Psicología de la salud, Enfermería y Medicina y Psiquiatría. Alicante. 1993

³⁵ Bennett, J.B.; Lehman, W.E. 1999. “The relationship between problem co-workers and quality work practices: A case study of exposure to sexual harassment, substance abuse, violence and job stress” in *Work & Stress*, Vol. 13, No. 4, pp. 299–311

³⁶ Directrices para la evaluación de riesgos y protección de la maternidad en el trabajo de Instituto Nacional de seguridad e Higiene en el trabajo. Ministerio de empleo y seguridad social. 2011.

-
- ³⁷ Gaviria S. Estrés prenatal, neurodesarrollo y psicopatología. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol.XXV.Nº 2.2006
- ³⁸ Dayan J, Creveuil C, Marks MN, et al. Prenatal depression, prenatal anxiety, and spontaneous preterm birth: a prospective cohort study among women with early and regular care. *Psychoses Med* 2006;68(6):938-946
- ³⁹ Kramer MS, Lydon J, Seguin L, et al. Stress pathways to spontaneous preterm birth: the role of stressors, psychological distress, and stress hormones. *Am J Epidemiol* 2009;169(11):1319-1326
- ⁴⁰ Romero R, Espinoza J, Kusanovic JP, et al. The preterm parturition syndrome. *BJOG* 2006; 113(suppl 3):17-42.
- ⁴¹ Usandizaga Beguiristán JA; De la Fuente Pérez P. *Obstetricia y ginecología*. Marban libros S.L. Madrid. 2010
- ⁴² *Nacidos Demasiado Pronto: Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros*. Howson CP, Kinney MV, Lawn JE. Editores, March of Dimes, PMNCH, Save the Children, Organización Mundial de la Salud. Nueva York 2012
- ⁴³ Hobel CJ, Goldstein A, Barrett ES. Psychosocial stress and pregnancy outcome. *Clin Obstet Gynecol*. 2008 Jun; 51(2):333-48.
- ⁴⁴ Dole N, Savitz DA, Hertz-Picciotto I, et al. Maternal stress and preterm birth. *Am J Epidemiol* 2003;157(1):14-24
- ⁴⁵ Hedegaard M, Henriksen TB, Sacher NJ, et al. Do stressful life events affect duration of gestation and risk of preterm delivery? *Epidemiol* 1996;7(4):339-345
- ⁴⁶ Khashan AS, McNamee R, Abel KM, et al. Rates of preterm birth following antenatal maternal exposure to severe life events: a population-based cohort study. *Hum Reprod* 2009;24(2):429-437
- ⁴⁷ Hedegaard M, Henriksen TB, Sabroe S, et al. Psychological distress in pregnancy and preterm delivery. *Br Med J* 1993;307(6898):234-239
- ⁴⁸ Wadhwa PD, Entringer S, Buss C, et al. The contribution of maternal stress to preterm birth: issues and considerations. *Clin Perinatol* 2011;38(3):351-38
- ⁴⁹ Zhu P¹, Tao F, Hao J, Sun Y, Jiang X. Prenatal life events stress implications for preterm birth and infant birthweight. *Am J Obstet Gynecol*. 2010 Jul; 203(1):34.e1-8. doi: 10.1016/j.ajog.2010.02.023. Epub 2010 Apr 24.

⁵⁰ Vicente Abad, MA; Díaz Aramburu. Síntesis de la evidencia científica relativa a los riesgos laborales en trabajadoras embarazadas (periodo 2000-2010). Departamento de Investigación e Información. INSHT

⁵¹ Vrijkotte TG, van der Wal MF, van Eijsden M, Bonsel GJ. First-trimester working conditions and birthweight: a prospective cohort study. *Am J Public Health*. 2009 Aug; 99(8):1409-16. doi: 10.2105/AJPH.2008.138412. Epub 2009 Jun 18.

⁵² Biernacka JB¹, Hanke W. [The effect of occupational and non-occupational psychosocial stress on the course of pregnancy and its outcome]. *Med Pr*. 2006;57(3):281-90

⁵³ Rondo PHC, Ferreira RF, Nogueira F, et al. Maternal psychological stress and distress as predictors of low birthweight, prematurity and intrauterine growth retardation. *Eur J Clin Nutr* 2003;57(2):266-272

⁵⁴ Khashan AS, McNamee R, Abel KM, et al. Reduced infant birthweight consequent upon maternal exposure to severe life events. *Psychosom Med*2008;70(6):688-694

⁵⁵ Wisborg K, Barklin A, Hedegaard M, Henriksen TB. Psychological stress during pregnancy and stillbirth: prospective study. *BJOG*. 2008 Jun; 115(7):882-5. Doi: 10.1111/j.1471-0528.2008.01734.x

⁵⁶ R. Hogue C, B. Parker C, Willinger M, R. Temple J, M. Bann C et Cols. A Population-based Case-Control Study of Stillbirth: The Relationship of Significant Life Events to the Racial Disparity for African Americans. *Am. J. Epidemiol.* (2013) 177 (8):755-767. doi: 10.1093/aje/kws38

⁵⁷ Nielsen NM, Hansen AV, Simonsen J, et al. Prenatal stress and risk of infectious diseases in offspring. *Am J Epidemiol* 2011;173(9):990-997

⁵⁸ Hansen D, Lou HC, Olson J. Serious life events and congenital malformations: a national study with complete follow-up. *Lancet* 2000; 356(9233):875-880.

⁵⁹ Laplante DP¹, Barr RG, Brunet A, Galbaud du Fort G, Meaney ML, Saucier JF, Zelazo PR, King S. Stress during pregnancy affects general intellectual and language functioning in human toddlers. *Pediatr Res.* 2004 Sep; 56(3):400-10. Epub 2004 Jul 7

⁶⁰ Paternain L, de la Garza AL, Batlle MA, Milagro FI, Martínez JA, Campión J. Prenatal stress increases the obesogenic effects of a high-fat-sucrose diet in adult rats in a sex-specific manner. *Stress.* 2013 Mar; 16(2):220-32. doi: 10.3109/10253890.2012.707708. Epub 2012 Aug 9.

⁶¹ Wright RJ¹ Prenatal maternal stress and early caregiving experiences: implications for childhood asthma risk. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2007 Nov; 21 Suppl 3:8-14.



9. Anexos

Anexo 1

Lista no exhaustiva de agentes, procedimientos y condiciones de trabajo que pueden influir negativamente en la salud de las trabajadoras embarazadas o en período de lactancia natural, del feto o del niño durante el período de lactancia natural

A. Agentes.

1. Agentes físicos, cuando se considere que puedan implicar lesiones fetales o provocar un desprendimiento de la placenta, en particular:

a) Choques, vibraciones o movimientos.

b) Manipulación manual de cargas pesadas que supongan riesgos, en particular dorsolumbares.

c) Ruido.

d) Radiaciones no ionizantes.

e) Frío y calor extremos.

f) Movimientos y posturas, desplazamientos, tanto en el interior como en el exterior del centro de trabajo, fatiga mental y física y otras cargas físicas vinculadas a la actividad de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia.

2. Agentes biológicos.—Agentes biológicos de los grupos de riesgo 2, 3 y 4, según la clasificación de los agentes biológicos establecida en el Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo, en la medida en que se sepa que dichos agentes o las medidas terapéuticas que necesariamente traen consigo ponen en peligro la salud de las trabajadoras embarazadas o del feto y siempre que no figuren en el anexo VIII.

3. Agentes químicos.—Los siguientes agentes químicos, en la medida en que se sepa que ponen en peligro la salud de las trabajadoras embarazadas o en período de lactancia, del feto o del niño durante el período de lactancia natural y siempre que no figuren en el anexo VIII:

a) Las sustancias etiquetadas como H340, H341, H350, H351, H361, H371, H361d, H361f, H350i y H361fd por el Reglamento (CE) n.º 1272/2008 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de diciembre de 2008, sobre clasificación, etiquetado y envasado de sustancias y mezclas.

b) Los agentes químicos que figuran en los anexos I y III del Real Decreto 665/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la

exposición a agentes cancerígenos durante el trabajo.

c) Mercurio y derivados.

d) Medicamentos antimitóticos.

e) Monóxido de carbono.

f) Agentes químicos peligrosos de reconocida penetración cutánea.

B. Procedimientos.

Procedimientos industriales que figuran en el anexo I del Real Decreto 665/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes cancerígenos durante el trabajo.



Anexo 2.

Lista no exhaustiva de agentes y condiciones de trabajo a los cuales no podrá haber riesgo de exposición por parte de trabajadoras embarazadas o en período de lactancia natural

A. Trabajadoras embarazadas.

1. Agentes.

a) Agentes físicos:

Radiaciones ionizantes.

Trabajos en atmósferas de sobrepresión elevada, por ejemplo, en locales a presión, submarinismo.

b) Agentes biológicos:

Toxoplasma.

Virus de la rubeola.

Salvo si existen pruebas de que la trabajadora embarazada está suficientemente protegida contra estos agentes por su estado de inmunización.

c) Agentes químicos:

Las sustancias etiquetadas como H360, H360D, H360F, H360FD, H360Fd, H360Df y H370 por el Reglamento (CE) n.º 1272/2008 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de diciembre de 2008, sobre clasificación, etiquetado y envasado de sustancias y mezclas.

Las sustancias cancerígenas y mutágenas, de categoría 1A y 1B incluidas en la parte 3 del Anexo VI del Reglamento (CE) n.º 1272/2008, de 16 de diciembre de 2008, sobre clasificación, etiquetado y envasado de sustancias y mezclas.

Plomo y derivados, en la medida en que estos agentes sean susceptibles de ser absorbidos por el organismo humano.

2. Condiciones de trabajo. –Trabajos de minería subterráneos.

B. Trabajadoras en período de lactancia.

1. Agentes químicos:

Las sustancias etiquetadas como H362 por el Reglamento (CE) n.º 1272/2008 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de diciembre de 2008, sobre clasificación, etiquetado y envasado de sustancias y mezclas.

Las sustancias cancerígenas y mutágenas, de categoría 1A y 1B incluidas en la parte 3 del

Anexo VI del Reglamento (CE) n.º 1272/2008, de 16 de diciembre de 2008, sobre clasificación, etiquetado y envasado de sustancias y mezclas.

Plomo y derivados, en la medida en que estos agentes sean susceptibles de ser absorbidos por el organismo humano.

2. Condiciones de trabajo.—Trabajos de minería subterráneos

