



**LOS PRINCIPALES RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL
EMBARAZO DE LA MÉDICO DE FAMILIA QUE TRABAJA EN
URGENCIAS DE UN HOSPITAL**

MÁSTER EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

UNIVERSIDAD “MIGUEL HERNÁNDEZ”

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Alumna: CARMEN MARÍA ESCARBAJAL FRUTOS

Tutora: Dra. MARÍA SUSANA JIMÉNEZ MORENO

CURSO 2017-2018



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

D^a **SUSANA JIMÉNEZ MORENO**, Tutora del Trabajo Fin de Máster, titulado "**LOS PRINCIPALES RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL EMBARAZO DE LA MÉDICO DE FAMILIA QUE TRABAJA EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL**" y realizado por la estudiante D^a **CARMEN MARÍA ESCARBAJAL FRUTOS**.

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

Fecha de la autorización: 30 DE MAYO DE 2018

Fdo.: SUSANA JIMÉNEZ MORENO
Tutor TFM

INDICE

	Página
Introducción.....	5
1. OBJETIVOS.....	8
2. MARCO TEÓRICO.....	9
2.1. Sobre salud y educación para la salud.....	9
2.2. Los médicos de familia.....	20
2.3. Los riesgos psicosociales en la profesión médica.....	23
3. MÉTODO.....	30
3.1. Procedimiento.....	30
4. RESULTADOS Y ANÁLISIS.....	47
4.1. Turnos de trabajo.....	48
4.2. Estrés.....	49
4.3. ‘Síndrome del trabajador quemado’ o <i>burnout</i>	51
4.4. Acoso laboral o <i>mobbing</i>	53
4.5. Acoso sexual.....	53
4.6. Seguridad en el trabajo.....	54
4.7. Organización.....	55
4.8. Relaciones personales.....	55
4.9. Relación contractual.....	56
5. PROPUESTAS.....	57
5.1. Referente a los turnos de noche.....	59
5.2. Relativo al estrés.....	60
5.3. En relación al <i>burnout</i>	61
5.4. En cuanto al <i>mobbing</i>	62
5.5. Referente a las relaciones personales.....	62
6. UNA PROPUESTA FORMATIVA (PREVENTIVA) BASADA EN LA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN.....	63
6.1. Análisis de la realidad. Reflexión inicial.....	68
6.2. Detectar necesidades y/o problemas.....	70
6.3. Buscar posibles soluciones.....	71
6.4. Planificar.....	72
6.5. Desarrollar la planificación.....	73
6.6. Reflexión y propuesta de mejora.....	74
7. LAS ESTRATEGIAS DE TRABAJO CUALITATIVO EN GRUPO COMO MODALIDAD FORMATIVA.....	77
8. CONCLUSIONES.....	84
REFERENCIAS.....	87

RESUMEN

El presente Trabajo Fin de Máster estudia los principales riesgos psicosociales presentes en el sector sanitario, y tiene el propósito general de detectarlos y analizarlos concretamente en los servicios de Urgencias de los hospitales, y más específicamente de las médicas embarazadas que desarrollan esa labor anterior. Para cumplir con ese propósito general, se hizo una búsqueda documental y bibliográfica específica en Medline, PsylInfo, AciELO, Dissertation Abstrac, Sociofile y Cochrane, así como en diversos organismos e instituciones relacionados con la materia. La gran cantidad de materiales encontrados fue seleccionada en función del propósito del trabajo. Fueron seleccionados inicialmente 672 documentos, que después pasaron otra criba, en función de los objetivos específicos del TFM, a través del gestor EBLA y el método PICO; en ellos fundamentalmente se hablaba de estrés, *burnout* y *mobbing*, con esporádicos registros sobre las médicas de familia embarazadas que trabajan en urgencias, por lo que, en los resultados destacan los análisis en esos factores señalados anteriormente. Igualmente, en el trabajo presentado se hace una propuesta formativa preventiva basada en una metodología de investigación-acción. Entre las conclusiones, señalar que son muchos y muy graves los riesgos psicosociales a los que se enfrenta una médica de urgencias que desarrolla su labor estando en estado de gestación, lo que no quiere decir que sean inevitables, pero todas las medidas y propuestas de mejora tendrán menos validez si no hay una implicación de todos los sectores en su prevención: administraciones, profesionales, pacientes, etc.

ABSTRACT.

This master's thesis explores the main psychosocial risks present in the health sector. Its main purpose is to detect and analyze these risks from the point of view of pregnant female doctors working specifically in ER services. To accomplish this general purpose, a bibliographic search was carried out in Medline, PsylInfo, Aheaven, Dissertation Abstract, Sociofile and Cochrane, as well as in various organisms and institutions related to the subject. From the large amount of documents found, only those that aligned with the purpose of this paper were selected. Initially, 672 documents were selected, which then went through another selection process, depending on the specific objectives of the TFM, through the EBLA manager and the PICO method. These addressed stress, burnout and mobbing, with sporadic records on pregnant family doctors working in ER, so, the results emphasize the analyses of these factors. Likewise, this thesis presents a preventive formative proposal based on a methodology of investigation & action. Conclusions drawn from the data point towards serious psychosocial risks faced by ER doctors who develop their work while being in a state of pregnancy. This does not mean that risks are inevitable, but all the measures and proposals of improvement will be less valid if there is no involvement of all interested parties and stakeholders in the prevention: administrations, professionals, patients, etc.

PALABRAS CLAVE: Riesgos psicosociales, médicos de familia, urgencias, embarazo.

KEY WORD: Psychosocial risks, family doctors, emergencies, pregnancy



INTRODUCCIÓN

Es evidente que la defensa de la salud es (debe serlo) un objetivo prioritario para todos, tanto trabajadores como responsables de la Administración y ciudadanos, en general, y constantemente los organismos internacionales nos lo están recordando, a veces mediante proclamas y otras a través de documentos con recomendaciones generales. Y esto es lo que ocurre también, naturalmente, con los riesgos psicosociales, sobre todo aquellos ‘emergentes’, nacidos de las condiciones de la globalización y el neoliberalismo ideológico-económico, con políticas de austeridad y recortes que han tenido consecuencias nefastas para el mundo de la sanidad. El desgaste profesional ocurre a todos, sobre todo en las profesiones que trabajan con personas, más aún con personas enfermas, pero no todos tienen los mecanismos para prevenirlo, paliarlo o solucionarlo (Gálvez, Moreno y Mingote, 2013; Moreno, 2014; Moreno y Rodríguez 2013).

En ese sentido, hace más de veinte años que se promulgó la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales (modificada por la 54/2003), en virtud de las recomendaciones y directivas de la CEE. Igualmente, la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, en la disposición final tercera, instaba a proteger de los riesgos específicos, en los diversos trabajos, a la mujer embarazada, o que hubiera dado a luz recientemente. En esas leyes se reconoce el *derecho* de todos los trabajadores a la protección de su salud en los diferentes ámbitos laborales que desempeñen, y, naturalmente, parece obvio que sea un imperativo en el ámbito sanitario, aunque parece que, por esa misma obviedad, a veces se olvidan los propios profesionales de la sanidad que son eso: trabajadores que necesitan y requieren información, formación, prevención y respuestas de la Administración ante los, muchas veces graves, problemas psicosociales que acaecen en los hospitales (Cobos, 2010). De hecho, el Real Decreto 298/2009 menciona la fatiga mental de la médico embarazada como riesgo psicosocial importante; y una de las líneas de actuación prioritarias para la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo (2015) es el de los riesgos psicosociales.

Por eso, se debe insistir en que conocer la morbilidad de los médicos de familia, sobre todo en su labor en Urgencias, los riesgos psicosociales, el control para la prevención de los mismos, la repercusión ‘especial’ cuando la médico está embarazada, y la información y formación sobre esos temas, son parte ineludible e indisoluble del Sistema de Salud. Y hay que señalar que, como afirma Roel (2011), los psicosociales son los mayores riesgos que puede sufrir el médico de familia en Urgencias; al tiempo que repercuten negativamente en los estándares de calidad que los propios hospitales y los pacientes reclaman.

En el caso de las embarazadas, se debe ser muy conscientes de que esas situaciones son una ‘normalidad’ vital en las mujeres, y, con el imparable (y justo) acceso de éstas al mundo laboral, debe ser tenido en cuenta en todas sus circunstancias, sobre todo cuando son portadoras de riesgos para la madre y el feto, más aún cuando son evidentes los cambios fisiológicos, anatómicos y emocionales que se operan en esa situación y que pueden derivar en patologías y riesgos que deben ser previstos y atacados por los servicios de Gerencia de los centros hospitalarios en sus consecuencias: dificultades congénitas, retraso en el crecimiento intrauterino, estrés, carga física...; y, entre ellos, naturalmente, importan para este TFM los riesgos psicosociales, dado que es obvio que se debe seleccionar por la imposibilidad de tratar todos los posibles riesgos en una profesión como la de médico de familia, sobre todo cuando actúa en los servicios de Urgencias de un hospital (INSHT, 2011; ISSLRM, 2009; AEEMT, 2016). En todo caso, hay que señalar que los factores de riesgo psicosociales tienen diversas formas de manifestación, desde lo físico, cuando se somatizan algunos problemas, como a nivel cognitivo, afectivo y relacional (AMYTS, 2014).

Por otra parte, es obvio que los profesionales de la sanidad pueden ser formados individualmente en la prevención de riesgos psicosociales, pero esa formación sería más completa si, además de la formación individualizada, se pudiera complementar ésta con estrategias grupales formativas, de trabajo grupal cualitativo-colaborativo desarrollada en los contextos en los que se trabaja; de ahí que se proponga en este TFM una formación bajo la filosofía de trabajo grupal de la investigación-acción.

A tenor de ello, y dada la actual situación de la autora de este TFM como médico de familia, embarazada, desarrollando la labor profesional en Urgencias del hospital “Morales Meseguer” de la ciudad de Murcia, el trabajo de TFM que se presenta, además de su propósito general y objetivos específicos, ha supuesto un conocimiento muy enriquecedor sobre los riesgos psicosociales y sus consecuencias, por lo que no sólo ha sido un trabajo académico, sino mucho más: un trabajo formativo vital. Con ello se quiere expresar la proyección que puede tener este trabajo más allá del aspecto normativo académico que supone la elaboración y defensa de un Trabajo Fin de Máster, y, en la medida de lo posible, humanizar el trabajo de las médicos en situación de embarazo.

Para este propósito general, se hará una revisión bibliográfica, destacando las producciones en los principales factores psicosociales (estrés, *mobbing*, *burnout*, etc.), se expondrán los resultados, se darán pautas generales y particulares y, finalmente, se lanzará una propuesta de formación preventiva bajo la filosofía de la investigación-acción.



1. OBJETIVOS

La pretensión de este Trabajo Fin de Máster es realizar una llamada de atención para alertar sobre los riesgos psicosociales, en general, y los de las médicas embarazadas, en particular, sobre la gravedad del problema en el sector sanitario, fundamentalmente en Urgencias, provocando la concienciación sobre los mismos y la necesidad de proceder a su identificación. Al mismo tiempo, la pretensión es proporcionar información y algunas estrategias que puedan tener los médicos y otros trabajadores del sector sanitario que les permita conocer y aplicar medidas para mejorar su salud laboral.

Por tanto, y como se expuso en la Introducción, el propósito general del trabajo es describir, analizar, buscar evidencias científicas bibliográficas y hacer algunas propuestas tendentes a paliar y/o eliminar los posibles riesgos laborales psicosociales de las médicas de familia que trabajan en Urgencias y se encuentra en una situación de embarazo. Este propósito general se desglosa en los siguientes objetivos específicos:

- a) Hacer una búsqueda bibliográfica, documental y normativa sobre los riesgos psicosociales en el ámbito de la sanidad.
- b) Seleccionar y analizar los riesgos psicosociales más destacados en la bibliografía especializada de referencia.
- c) Exponer algunas propuestas que puedan paliar o eliminar los riesgos psicosociales en las médicas embarazadas que trabajan en Urgencias.
- d) Diseñar un esbozo de propuesta formativa preventiva de trabajo colaborativo inspirada en la investigación-acción.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Sobre salud y educación para la salud

La primera definición de salud fue redactada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948, en su *Carta fundamental*, del siguiente modo:

La salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no consiste solamente en la ausencia de enfermedad o dolencia. La posesión del mejor estado de salud que se es capaz de conseguir constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, cualquiera que sea su raza, religión, ideología política y condición económico-social. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental de la paz mundial y de la seguridad; depende de la cooperación más estrecha posible entre los Estados y los individuos.

Como se puede observar, es una definición genérica, estática y, en cierto modo, utópica, al hablar de “estado completo de bienestar físico, mental y social”, con lo que se omitían las características dinámicas de toda manifestación social, así como la participación de los ciudadanos en su propio bienestar. Pero es una definición congruente con la tradicional perspectiva de la salud, presidida por la ausencia de enfermedad, aunque es cada vez más patente que las situaciones que determinan la salud son fruto de una combinación de condiciones de vida, comportamientos y circunstancias individuales y colectivas; hasta el punto de que se llegó a afirmar (Costa y López, 1996) que el principal enemigo reconocido para la salud de los seres humanos no son ya las epidemias, sino los hábitos y comportamientos de los individuos y grupos y las formas de vida insanas, con frecuencia asociadas a los lugares y tipos de trabajo. Por esto, los nuevos conceptos sobre la salud deben contener enfoques holísticos y multidimensionales y considerar tanto componentes subjetivos como objetivos y

ambientales, incluidos en éstos, naturalmente, los diferentes trabajos que se desempeñan. En ese sentido, el de salud sería un concepto positivo que enfatiza y moviliza los recursos personales y sociales; como después expresó la propia OMS (2009), los nuevos conceptos de salud deben incluir el conocimiento de “las causas de las causas”.

Conviene también recordar que en 1986 se celebró en Ottawa (Canadá) la I Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, que dio lugar a la mundialmente conocida “Carta de Ottawa para la promoción de la Salud”. En esta Carta, tras considerar la salud como un derecho fundamental, se destaca que los recursos económicos, alimentación, vivienda, tipo de trabajo, ecosistema, etc., son determinantes de la misma, poniendo encima de la mesa los vínculos claves para la promoción de la salud de forma holística:

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar y adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe, pues, no como un objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata, por tanto, de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sana, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario (Carta de Ottawa, 1986).

Así, una visión integral de la salud supone considerar el impacto que en ésta tienen las situaciones estructurales del entorno en todos los sentidos. Y, del mismo modo, la promoción de la salud requerirá un proceso que permita a los individuos y grupos incrementar el control sobre los determinantes de la misma y, en consecuencia,

mejorarla, con lo que la participación activa de los interesados en la promoción de la salud se hace imprescindible. Este *desiderátum* de la Carta de Ottawa se apoya en cinco áreas prioritarias: establecer una política pública saludable, crear entornos saludables, fortalecer la acción comunitaria en la promoción de la salud y reorientar los servicios sanitarios.

Más tarde, en la IV Conferencia Internacional de Promoción de la Salud (1997) se aprobó la “Declaración de Yakarta”, y en la línea anterior se presentó un glosario con el objetivo de esclarecer los términos y conceptos que se estaban utilizando en materia de salud, sobre todo para fortalecer la idea de que la salud no sólo tiene que ver con la medicina y los individuos, sino que es una condición social que atañe a todos y a las circunstancias en las que viven. Se quería enfatizar con este glosario que la concepción de salud ha ido evolucionando a través de la historia, desde su tradicional vinculación con la enfermedad y la muerte, hasta visiones entroncadas con las posibilidades de protagonismo personal y colectivo de los ciudadanos, con las formas de trabajo y vida de éstos, con procesos que cambian en el tiempo y en los diferentes espacios (Hernández, Dávila y Gafanhao, 2007).

Efectivamente, estando de acuerdo en que los problemas de salud son resultado de la interacción de factores ambientales con otros genéticos, no es menos cierto que una gran parte de las situaciones que afectan a la salud son de carácter ambiental, incluyendo entre éstos tanto los entornos laborales, sociales y físicos como los comportamientos individuales y colectivos. Y ahí es donde debe incidir la intervención psico-socioeducativa en la prevención de riesgos psicosociales para acentuar la calidad de vida, porque, como reflejó la OMS (1988), la calidad de vida hace referencia a varias áreas vitales: física (fatiga, energía), psicológica (sentimientos positivos), independencia (movilidad), relaciones sociales (apoyo social), entorno (accesibilidad a los sistemas sanitarios), y creencias (significado de la vida).

En ese sentido, en el estudio realizado por Ramos, Pérez, Enguix, Álvarez y Martínez (2013, p. 366) se corrobora lo siguiente:

- Existe una estrecha vinculación entre el trabajo desempeñado y sus consecuencias en el estado de salud.

- Un correcto diagnóstico es el primer paso para corregir las deficiencias en materia de salud laboral y proponer alternativas optimizadoras.

- La utilización de metodología cualitativa resulta muy valiosa para explorar más allá de los datos centrados en la precisión de los números.

En virtud de lo anterior, se desprende que la salud vinculada a los riesgos laborales no se reduce al tratamiento que los profesionales de la salud, fundamentalmente los médicos y enfermeros, ofrecen en los centros planificados al respecto, sino que también reclama intervenciones de carácter psicológico y socioeducativo, participativas, en las que se ofrezca a los ciudadanos la oportunidad de ser protagonistas en su estado de salud, sobre todo en el ámbito de la prevención.

De ese modo se hará realidad uno de los objetivos de la Organización Mundial de la Salud (1986), cuando proclamó que la salud es un tema que afecta a todos y que todos pueden contribuir al bienestar de todos si se potencian los estilos de vida saludables y se construyen marcos laborales y de convivencia saludables. Y es indudable el papel preponderante de los centros de trabajo, de las empresas en este propósito. Es conocido que el alcance de la capacidad de las intervenciones psico-socioeducativas, en general, y de las concernientes a la salud, en particular, se sitúan, comúnmente, en los llamados niveles "micro" de la sociedad, en el espacio social más cercano al ciudadano, el terreno laboral y comunitario. Por eso se insiste en el *empowerment* de los ciudadanos, en su capacitación para analizar situaciones y obrar en consecuencia. Esta nueva visión de la salud requiere y demanda metodologías innovadoras, participativas, sobre todo a la hora de analizar la realidad, metodologías que superen los tradicionales enfoques fragmentados y reduccionistas, en absoluto adecuados para la promoción de una salud multifactorial y multidimensional.

Pero, conviene tener en cuenta que la participación de los trabajadores en la previsión de riesgos laborales no es una característica genética, se aprende a participar en un proceso que requiere canales y estrategias adecuadas, en este caso, estrategias que fomenten la autonomía y la capacidad para el trabajo colectivo. Por eso, el grupo de trabajo coordinado por Astray (2015, pp. 43-44), elaboró un listado de aspectos que favorecen o dificultan la participación:

a) Favorecen la participación:

- Tener informados a los trabajadores.
- Obtener la máxima información posible de organismos, instituciones y profesionales.
- Crear espacios para el intercambio de información.
- Tener idea clara de los recursos existentes.
- Interactuar con todos los profesionales e implicados en los proyectos de prevención de riesgos laborales.
- Planificar acciones de formación conjuntamente.
- Dar tiempo suficiente para la reflexión antes de iniciar una acción.
- Implementar la formación de todos los participantes...

b) Por el contrario, dificultan la participación:

- Los intereses contrapuestos (o la falta de interés).
- La desconexión entre asociaciones, organismos, instituciones y profesionales.
- No tener modelos claros de referencia.
- La falta de costumbre, resistencias tradicionales a participar.
- Desconocimiento de la propia empresa y sus recursos para la prevención.
- No tener claras las prioridades en cuanto a necesidades.
- Excesivo protagonismos de los profesionales externos.
- Desconocimiento de otras experiencias que pudieran servir de ejemplo.
- Ausencia de formación específica...

En materia de salud, la participación ciudadana ha sido recomendada desde organismos internacionales como la OMS, el Consejo de Europa o la OCDE como elemento primordial en la promoción de estilos de vida saludables. Así, la OMS (1986) habla del proceso de intervención de la población en la toma de decisiones para satisfacer sus necesidades de salud, implicarse en las acciones emprendidas para ello y asumir las responsabilidades y obligaciones que se derivan de esta facultad de decisión. Se trata de poner el acento en las necesidades expresadas por los ciudadanos a la hora de programar acciones socioeducativas tendentes a mejorar su calidad de vida. En el campo de la salud, Hervás (2011, p. 150) considera que la participación ciudadana viene avalada por tres argumentos:

- a) Una nueva visión sobre el concepto de salud, al considerar que ésta está influida multifactorialmente, con lo que los estilos de vida y los entornos laborales-vitales son determinantes.
- b) Nueva concepción sobre los protagonistas, que ya no son siempre los profesionales de la medicina y la enfermería.
- c) Nuevos métodos de trabajo, haciendo hincapié en los métodos participativos y en el desarrollo comunitario.

Por tanto, la investigación cualitativa, con énfasis en la participación, en el ámbito de la salud ha supuesto un gran cambio de paradigma para los profesionales de este campo, pues han encontrado en ella propuestas más acordes con la realidad, que debe ser estudiada de forma integral; y es más útil para responder a los problemas a los que se enfrentan esos profesionales. Como escriben González y Arias (2015, p. 8): “La estadística no podía explicar comportamientos, sentimientos, sufrimientos, condicionantes de la conducta, de la motivación..., no llegaba a la profundidad y trasfondo de la salud y de la enfermedad, matices que explora y explica la investigación cualitativa”. Pero, si bien es verdad que la investigación cualitativa no puede ofrecer generalidades ni extrapolaciones, también lo es que con este tipo de investigación se

obtiene mayor profundidad, detalle y explicación de la realidad. Por eso, los autores citados anteriormente insisten en considerar la investigación cualitativa como una herramienta indispensable en el estudio de la salud en cualquiera de sus manifestaciones. Al respecto, también Menéndez (2002) expuso las limitaciones de la estadística para explicar y comprender algunos problemas de salud, mientras que la investigación cualitativa, además de no tener esas limitaciones, pues va “más allá de los números”, propicia la conciencia social sobre aquellos problemas y fomenta la participación de los ciudadanos, actitud fundamental para el buen desarrollo de la salud. En cuanto a la educación para la salud, en 1983 la OMS conceptualizó como:

Cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a una situación en la que la gente desee estar sana, sepa cómo alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantener la salud y busque ayuda cuando lo necesite.

Y es importante que sea entendida como un derecho inherente a toda persona y comunidad, porque es trascender el tradicional concepto de cuidado referido a la dimensión biológica-individual, para caminar hacia una consideración amplia, solidaria, participativa en la que individuos y grupos puedan actuar con autonomía y responsabilidad. Sin embargo, tradicionalmente se ha entendido la promoción de la salud como distribución de información de hábitos saludables entre los ciudadanos, con miradas fragmentadas y reduccionistas que no reflejaban la multidimensionalidad, la subjetividad y la realidad sociohistórica bajo la cual se vehiculaban programas de educación para la salud, por lo que la adquisición de la información se basaba en la transmisión unidireccional y no trascendía en el sentido de hacer cambiar comportamientos. Ello ocurría porque la información debe ir acompañada de formación, investigación y participación en el marco de políticas sensibles sobre la temática. Por eso, Vargas (2006, pp. 186-188) propone tres mecanismos y tres estrategias para la promoción de la salud:

Los mecanismos son:

- a) Autocuidado (para que las personas tomen decisiones favorecedoras de su salud).
- b) Ayuda mutua (para ser solidarios en el empeño).
- c) Entornos sanos (en el trabajo y fuera de él).

En cuanto a las estrategias:

- a) Favorecer la participación (para hacer realidad el *empowerment*).
- b) Fortalecer los servicios de salud (favoreciendo el autocuidado, la ayuda mutua y la creación de entornos saludables).
- c) Coordinar políticas públicas saludables (para aunar esfuerzos y “remar todos en la misma dirección”).



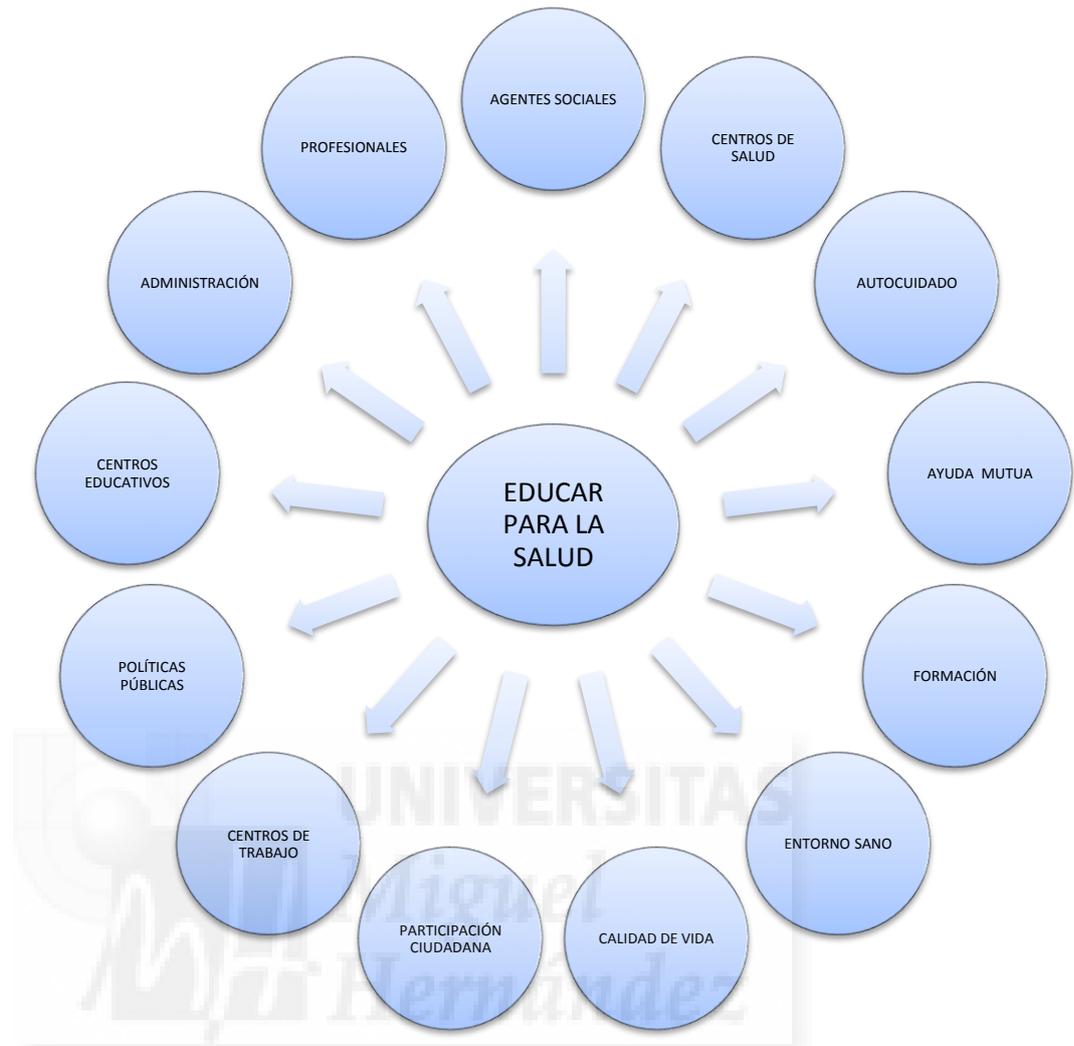


Figura 1. Los ámbitos de la educación para la salud.

De este modo, ha habido ciertos modelos de referencia en educación para la salud que se sintetizan a continuación con diversos autores (Sánchez, Medina, Mendoza, Ugarte y Martínez de Albéniz, 2015):

a) *El modelo técnico*, donde el profesional de la medicina es el único que tiene el conocimiento de experto para tratar la temática, con una mirada informativa y unidireccional. El profesional de la medicina debe actuar exactamente como le dicta la teoría del modelo, y utilizar para el conocimiento de la realidad (previo a la actuación/formación) los instrumentos que dice el modelo de la manera que indica el modelo, en este caso instrumentos que permitan objetividad. Naturalmente, las personas

del barrio, de la comunidad o del grupo con las que se trabaja deben seguir las reglas de conducta expresadas por el experto, con lo que crean dependencia con respecto a éste.

b) *El modelo práctico* entiende que la educación para la salud es una actividad compleja que tiene que ver con las percepciones y la construcción de significados de las personas. El conocimiento de la realidad debe partir de la experiencia subjetiva; interesa, fundamentalmente, la percepción que tienen los sujetos de las cuestiones de salud analizadas y las relaciones que establecen esos sujetos dentro de un marco concreto de referencia. De ahí que cualquier metodología de educación para la salud que trate a los individuos como objetos de estudio y no como sujetos constructores de la realidad, está abocada al fracaso.

c) Por último, *el modelo crítico* intenta capacitar a las personas para que sean agentes de su propia formación en salud; mientras para el modelo anterior la construcción de la realidad social es un proceso libre y voluntario, para el modelo crítico esta construcción está viciada y mediatizada por el contexto, por lo que las personas no sólo deben construir su realidad, sino que también deben analizar por qué esa realidad ha de ser de esa manera y los procesos por los que tendrían otra realidad, así como el fin y la utilización de la nueva realidad construida o que quieren construir, lo que les lleva a ser más autónomos y, de alguna manera, emanciparse de las posiciones que tienen los expertos mediante su participación activa y democrática en los procesos de enseñanza-aprendizaje en educación para la salud.

Conviene destacar que la educación para la salud requiere motivar a los ciudadanos para implicarse en medidas que mejoren su bienestar, ya que promueve oportunidades de aprendizaje para mejorar la información/formación de las personas de una comunidad, para desarrollar habilidades personales de promoción de la salud y eliminación de los factores y comportamientos de riesgo. En ese sentido, la OMS (1986) insistía en la responsabilidad ciudadana en el desarrollo colectivo en materia de salud, instando a la participación en la atención primaria como base para conseguir una satisfactoria calidad de vida.

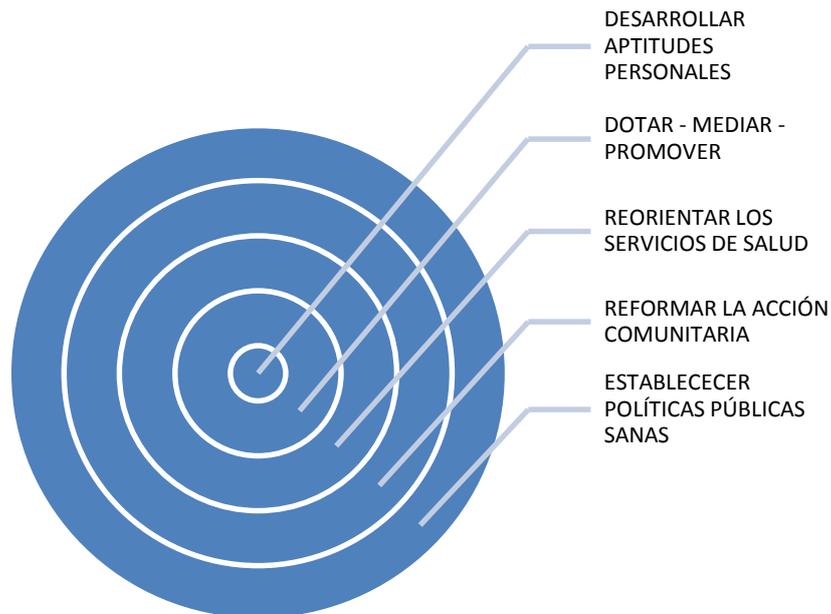


Figura 2. Funciones generales del médico de familia

Por tanto, promover la salud es propiciarla, mantenerla, comprometerse con ella... desde todos los ámbitos, lo que implica elaborar una política pública saludable, crear entornos laborales y vitales favorables. Así, en la última conferencia sobre salud, la IX Conferencia Mundial de Promoción de la salud, que tuvo lugar en 2016 en Shanghai (China), se adoptó el compromiso de establecer políticas audaces (así, textualmente, aparece en la Declaración) en pro de la salud, capacitando a los ciudadanos y dotarlos de medios para que se ocupen de su salud y su calidad de vida.

En definitiva, se ha visto en este capítulo que la estrategia de educación para la salud pretende que tanto los individuos como los grupos identifiquen sus necesidades y participen en todas y cada una de las fases de cualquier programa de formación sobre esta materia, adquiriendo las preceptivas responsabilidades. También se ha visto que la toma de conciencia de los ciudadanos no brota espontáneamente, sino que hay que propiciarla, y ahí está el núcleo de la educación para la salud como elemento imprescindible: crear espacios de reflexión y formación de los ciudadanos.

2.2. Los médicos de familia

A nivel oficial, en la guía de formación de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria (Rodríguez y Baena, 1996) se habla de este profesional como de un médico que “realiza Atención Primaria de alta calidad, prestando cuidados integrales de salud desde una perspectiva biopsicosocial al individuo, familia y comunidad” (p. 282). Y se enfatiza que este profesional de la medicina es el interlocutor válido entre los pacientes y el sistema sanitario para traducir las necesidades de salud al lenguaje cotidiano y facilitador y catalizador de la autorresponsabilidad de los ciudadanos en la promoción de su salud. Hay que destacar, textualmente, algunos puntos de la citada guía (pp. 282-284):

Enfocará al individuo como un ser biopsicosocial, conociendo sus interrelaciones con su entorno familiar, laboral y comunitario (1.2.).

Las actividades de fomento, protección, recuperación y rehabilitación se llevarán a cabo de forma integrada, basándose en el conocimiento de los factores que condicionan el enfermar de las personas y la comunidad, y el dominio de las técnicas necesarias para modificarlos, a lo largo de todo el proceso de enfermar, haciendo hincapié en sus fases iniciales, que evitan el comienzo de la enfermedad, y tienden a conservar y mejorar la salud (2.1.).

Debe colocarse como actividad prioritaria el enfrentarse a los problemas prevalentes en la comunidad, y a la atención especial de los grupos de riesgo. Para ello, deberá ser capaz de detectar los problemas de salud de los grupos de riesgo del lugar en el que trabaje, y programar de acuerdo con ello la utilización eficiente de los recursos de que disponga (2.2.).

Se sentirá responsable del proceso de salud-enfermedad de su comunidad... Por lo tanto, se ocupará, además de atender a las demandas que se le formulen, de identificar y actuar sobre los factores de riesgo que existan en su comunidad, lo que supone un cambio, desde una actitud de espera, a una búsqueda activa y continua (4.1.).

La accesibilidad adecuada de toda la población al sistema de salud... reclama del profesional el conocimiento de su comunidad y de los problemas de todo tipo: legal, cultural, geográfico, económico, etc., que la obstaculicen, así como de las acciones encaminadas a superarlas (4.2).

La necesidad de participación de la comunidad, que debe actuar como sujeto activo de su atención de salud, implica que los profesionales sanitarios adopten una posición positiva hacia éste, rompiendo con la tradicional situación que coloca los conocimientos científicos como saber sólo para iniciados, y enfrenta con hostilidad los intentos de socialización de los mismos (4.3.).

Colaborará... en los programas de investigación... (7.1).

Diseñará y ejecutará programas de investigación clínica, epidemiológica y social, orientados prioritariamente a la búsqueda de soluciones para los problemas de salud de su comunidad (7.2.).

El documento se extiende pormenorizando funciones y recomendaciones en los cuatro ámbitos propios de actuación de los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria: general, individual, familiar y comunitario.

Pero los médicos de familia también trabajan en Urgencias, y allí su relación con los pacientes es muy directa y se dan todo tipo de situaciones imprevisibles, por lo que estos profesionales representan un colectivo potencialmente vulnerable a problemas de estrés, *burnout* y otros riesgos psicosociales, porque, entre otros condicionantes, las respuestas inmediatas son inherentes al puesto que ocupan en un hospital (Fernández, González, Iríbar y Peinado, 2017), y su *self* es el principal instrumento que puede beneficiar o dañar su propia salud, tan importante como el bagaje de conocimientos científico-técnicos que pueda tener, pero es mucho más importante no estar ni sentirse solo en el trabajo, sino entender y percibir que se está en un equipo y que es en éste donde se pueden dar las soluciones personales a los problemas psicosociales individuales, aquellos que suponen un desgaste psíquico, trastornos adaptativos, alteraciones emocionales y del comportamiento que pueden llegar a producir verdaderas transformaciones en su carácter y, por extensión, en su vida (Gálvez, Moreno y Mingote, 2013).

En ese orden de cosas, hace años que Pérez, Echaury, Ancizu y Chocarro (2006) proclamaron que, a pesar de los avances en materia de salud, para el siglo XXI el gran reto continuaba siendo la salud pública como base de la pirámide del sistema de salud, y como respuesta a los cinco grupos de objetivos planteados por la OMS (1999) en el documento “Salud para todos en el siglo XXI” en la zona Europea: garantizar la equidad, mejorar la salud en las transiciones vitales, prevenir enfermedades y accidentes, desarrollar estrategias de salud intersectoriales para lograr entornos saludables y orientar el sector sanitario hacia resultados de salud. En estos objetivos, los médicos de familia tienen un papel protagonista indiscutible en el terreno de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, favoreciendo en los ciudadanos conductas saludables. Y no se olvide que, en tiempos de crisis, estos profesionales han sido la base que ha soportado el sistema sanitario, a pesar de los recortes en los presupuestos, lo que les ha supuesto una carga emocional adicional a la que normalmente tienen (Vicente-Abad y Díaz, 2011), que no es poca, como después se verá, sobre todo cuando ejercen su labor en los servicios de Urgencias de los hospitales, en una asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, donde, normalmente, se dispone de instrumentos adecuados

para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento, pero que no siempre están exentos de estrés y otros problemas psicosociales que se expondrán en otro momento.

2.3. Los riesgos psicosociales en la profesión médica

En principio, los organismos internacionales que se ocupan de la salud (OMS) y el trabajo (OIT) no hablaban de *riesgos* psicosociales, sino de *factores* psicosociales. De este modo, la OIT (1984) definió los factores psicosociales del siguiente modo:

Los factores psicosociales en el trabajo consisten en interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de la organización, por una parte, y por la otra, en 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". (p.3)

Lo mismo proclamó la OMS poco después (1988b), reafirmando que los factores psicosociales tienen que ver con la organización del trabajo en todos los sentidos y la percepción y situación personal de los trabajadores. Hoy, un factor de riesgo es aquel que incrementa la probabilidad de que desencadene un daño, patología, enfermedad o lesión, por lo que no es necesario que esté presente para que se produzca el efecto (Vega, 2012a). Entre sus características destacaban su difícil objetivación, su extensión social y personal, su extensión espacio-temporal, sus múltiples repercusiones en la salud y el bienestar socio personal y familiar, pero también empresarial, su (todavía) escasa cobertura legal y su dificultad para prevenir por medio de intervenciones psicosociales y educativas. Avanzado el tiempo, se habla mucho menos de factores (las circunstancias que abonan el riesgo) y más genéricamente de riesgos (entroncados directamente a sus consecuencias) que afectan a los derechos fundamentales de los trabajadores, como tales y como personas, y tienen efectos globales sobre la salud, tienen más cobertura legal (aunque aún insuficiente) y, sobre todo, según los ámbitos

laborales, son de una extraordinaria importancia por las patologías que engendran o pueden hacerlo.

En el caso de los riesgos psicosociales, aunque su estudio es relativamente reciente (Moreno, 2014), ya la OMS (1948) adelantó, de alguna manera, que había riesgos no físicos en los trabajos que debían ser tenidos en cuenta; naturalmente, se refería a los elementos psicosociales, presentes en tanto existe una organización del trabajo y una organización laboral, una interacción entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción de los trabajadores y las condiciones en las que se desempeñan las labores profesionales por una parte y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo. Son, por tanto, elementos dinámicos y complejos, fundados en las interacciones del trabajador y determinados por las condiciones del medio de trabajo a nivel físico y social. De este modo, tanto la OIT (1984) como la OMS (1986, 1988b), en los años ochenta, coincidieron en que no sólo los riesgos físicos, químicos y biológicos presentes en los lugares de trabajo eran importantes para la salud de los trabajadores, sino que había que tomar conciencia de la progresiva importancia de los riesgos psicosociales por los efectos que producían y producirían (Siegrist y Junge, 1990, Stansfeld y Candy, 2006). Así, la OIT (1984) exponía que los riesgos psicosociales en el trabajo son difíciles de entender, dado que tienen que ver con un conjunto de circunstancias, experiencias y percepciones de los trabajadores.

Pero, según la información recabada en las búsquedas realizadas, es a principios de los años noventa del pasado siglo cuando los riesgos psicosociales comienzan a ser una gran preocupación para los organismos internacionales, instituciones y Administraciones (Aranda, Pando, Salazar, Torres y Aldrete, 2012; Moreno, 2014). En esos años se entendía estos riesgos como condición inadecuada que se da en las áreas de trabajo que, de alguna manera puede afectar a ámbitos de la salud. Y en trabajos posteriores (Gómez, Pérez, Feldman, Bajés y Vivas, 2000) se afirmaba que eran las mujeres la población más vulnerable a estos riesgos. Por su parte, la Ley de Prevención de Riesgos Laborales define éstos como:

Cualquier posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño en su salud física o psíquica derivado bien de la inadaptación de los puestos, métodos y procesos de trabajo a las competencias del trabajador..., bien como consecuencia de la influencia negativa de la organización y condiciones de trabajo, así como de las relaciones sociales en la empresa y de cualquier otro 'factor ambiental'. (art. 4, art. 15.1)

Apuntando a lo que se está analizando, es una definición genérica en la que pueden caber gran cantidad de elementos; es evidente que, a tenor de las aportaciones de los organismos internacionales y los autores citados, los riesgos psicosociales pueden ser tantos que se deben acotar de alguna manera para su estudio, cosa que se hará en este estudio seleccionando los que aparecen como más determinantes. Y parece que hay bastante acuerdo en considerar, fundamentalmente, los siguientes, según los expertos analizados: horarios-turnos de trabajo (sobre todo, los nocturnos); estrés y su consecuencia más directa, el *bunout*, *mobbing*; el acoso sexual (poco presente en los documentos); seguridad física; tipo de organización en el trabajo; relaciones personales y, por las condiciones de los últimos años con crisis económica incluida, la relación contractual de los trabajadores (Ansoleaga, y Toro, 2010, ENGE, 2009).

Además, los riesgos psicosociales en el ámbito de la Sanidad pueden generar patologías muy importantes que no han sido tenidas en cuenta tradicionalmente entre las consecuencias del trabajo, en general, pues, como se ha expresado anteriormente, se ponía énfasis en los riesgos físicos y otras circunstancias alejadas de lo psicosocial (González, 2016), pero deben ser tenidos muy en cuenta desde enfoques integrales de la profesión médica (Villalobos, 2004), sobre todo en los médicos de familia que trabajan en los servicios de Urgencias en los hospitales, por sus implicaciones de todo tipo en esos profesionales (UGT, 2011). Son difíciles de medir, por lo que, consecuentemente, también es difícil atacarlos (Roel, 2011), pero los horarios, los ritmos de trabajo, los casos de acoso en sus diversas modalidades, el síndrome del 'quemado', etc., son lo suficientemente relevantes como para prestarles máxima atención. Y hay que destacar que las trabajadoras de Urgencias, sobre todo las médicas de familia en situación de gestación, están

sobreexpuestas a los riesgos psicosociales en sus áreas laborales (Ghadar, Ronda, Nolasco, Álvarez y Mateo, 2011; Moreno y Báez, 2010; Picón, 2017).

En este sentido, debe considerarse seriamente que los riesgos psicosociales son los menos controlados en nuestro país (OIT, 2014), el 58,5% de los centros de trabajo no ha realizado la evaluación de riesgos psicosociales o cree no necesitar ninguna medida preventiva al respecto, pero estos riesgos no ‘han aparecido’ para infravalorar la importancia de los demás riesgos, sino precisamente para implementarla y hacer ver que, aunque a veces sean sutiles, son capaces de producir enfermedades graves en el trabajador. Es muy importante esto último porque los riesgos psicosociales trascienden la llamada “insatisfacción laboral o profesional”, pues detrás de ellos y como consecuencia de los mismos, hay patologías encubiertas, a veces, de difícil solución. Los organismos internacionales no ocultan, sino todo lo contrario, la preocupación por estos riesgos, e instan a los respectivos gobiernos a paliar, como mínimo esta situación (AESST, 2012; FEMCVT, 2015; OIT, 2014).

Al respecto, un estudio de la institución europea ELSENER (2012) es revelador de las dificultades de las empresas para detectar y atajar los factores de riesgos psicosociales (Tabla1):

Tabla 1. Dificultades de gestión de riesgos psicosociales en las empresas europeas.

FACTOR	PORCENTAJE
Sensibilidad	53%
Falta de sensibilidad	50%
Falta de recursos, personal, tiempo o dinero	49%
Falta de formación o de competencias	49%
Falta de apoyo u orientaciones	33%
Cultura de la empresa	30%

Son, sin duda, datos que deben hacer reflexionar a los empresarios, a los trabajadores y a la propia Administración, porque ‘algo’ no se está haciendo bien, ni siquiera regular.

Pero los riesgos psicosociales, por su naturaleza son complejos, y abarcan una multicausalidad difícil de analizar y atajar, aunque evidentemente no es imposible. Hay exigencias cuantitativas, relacionadas con los horarios, cantidad de pacientes, etc., junto a otras más cualitativas como las relaciones personales verticales y horizontales, el ambiente en el trabajo, los determinantes físicos del espacio... todo ello añadido a las diversas situaciones emocionales de los trabajadores en un medio tan sensible como es el de los servicios de Urgencias de un hospital, con una importante ‘carga mental’ (UGT, 2011). Así, Aranda, Pando, Salazar, Torres y Aldrete (2012) en un trabajo sobre los riesgos psicosociales en los médicos de familia concluyeron que el 43.3% había manifestado algún síntoma y/o enfermedad relacionados con ellos, destacando con el 7.9% las referidas a enfermedades físicas, el 7.6% psicológicas, el 5.3% neurológicas, el 6% intestinales y el 3.3% respiratorias.

Otro estudio, importante, fue el realizado por García-Rodríguez, Gutiérrez, Bellón, Muñoz y Fenández (2015). Estos autores usaron como instrumento de recogida de datos el Copenhagen Psychosocial Questionnaire (CopSoQ), validado y adaptado en España (Istas21), que aborda los riesgos psicosociales de forma multidimensional, con validez y fiabilidad contrastadas. Se pasó a 498 trabajadores de la sanidad pública, y los resultados confirman el alto índice de riesgos psicosociales que se da en hospitales, sobre todo en Urgencias, por sus grandes exigencias psicológicas y cognitivas en el trabajo, además de sensoriales y emocionales. En los médicos de familia se obtienen igualmente altas puntuaciones de exigencia de ese tipo, con bajos niveles de previsibilidad, calidad de liderazgo y autoestima, con elevados índices de “estrés percibido”.

Un estudio similar, realizado con el mismo cuestionario, y limitado a médicos de Urgencias de dos hospitales públicos de Granada, concluyó también que el ambiente de estos facultativos era tendente a los riesgos psicosociales por la elevada carga y

exigencias psicológicas del trabajo y su bajo control sobre el mismo (González, Fernández, Molina, Blázquez, Guillén y Peinado, 2012).

Y hay otro estudio (Trujillo y González-Cabrera, 2007) que se realizó adaptando al español el *Perceived Stress Scale* (EEP Escala de Estrés Percibido), que, genéricamente concluía lo mismo.

Finalmente, se hace mención a una Tesis Doctoral (Martín, 2011) en la que se investigó a 942 sujetos (de ellos, 706 mujeres) del ámbito sanitario hospitalario para detectar la exposición a riesgos psicosociales. El riesgo que peor resultado mostró fue la propia autoestima de los investigados, seguido de las exigencias psicológicas del puesto de trabajo, la inseguridad en el empleo, el hecho de la doble exigencia trabajo-familia en la médico, el apoyo social, el tipo de liderazgo y las expectativas profesionales, encontrando también un elevado riesgo entre los médicos internos residentes (MIR). Las Urgencias aparecían también como servicio especialmente sensible a los riesgos psicosociales.

En cualquier caso, no existen unos criterios de evaluación universales para valorar el riesgo psicosocial, pero los hospitales sí pueden disponer de una evaluación psicosocial realizada mediante técnicas cualitativas o cuantitativas. En este segundo caso, los dos instrumentos más utilizados son el FPsico 3.0. y el citado anteriormente CoPsoQ (Istas21 en su adaptación española). Y, para valorar los resultados obtenidos en la evaluación de riesgos psicosociales, debe tenerse en cuenta que no necesariamente tiene que haber correspondencia de forma entre los agentes/factores y las dimensiones/factores que miden los cuestionarios, aunque sí se habrán evaluado contenidos necesarios para medir los riesgos (por ejemplo; no existe el factor o dimensión psicosocial “duración de la jornada” en ninguno de los dos cuestionarios mencionados, pero ambos incluyen ítems que recogen este agente/factor); por otra parte, los resultados de las evaluaciones psicosociales nunca son individuales, sino que están expresados en unidades/grupos de análisis (departamento, categoría, turno, etc.) previamente definidos, debiendo identificarse en cuál de ellos se ubica el puesto ocupado por la trabajadora.

Por eso, una forma de proceder podría ser consultar las puntuaciones obtenidas en la evaluación psicosocial para la unidad/grupo de análisis a la que pertenece el puesto de la trabajadora. A partir de ellas, diseñar un guión de entrevista en el que se atienda, particularmente, a dos aspectos: distribución de frecuencias obtenidas en los ítems del cuestionario utilizado que contemplan los cuatro agentes/factores con riesgo adicional; y otros factores de riesgo psicosocial que presentan mayor prevalencia de exposición, aunque no sean considerados de riesgo adicional (Alfonso, Salcedo y Rosat, 2012). Además, se debe considerar que algunos de esos factores psicosociales de origen laboral tienen un efecto combinado, como la turnicidad y las jornadas prolongadas pueden tener, per se, efectos negativos sobre el embarazo, pero además incrementan las probabilidades de padecer estrés, que a su vez también puede suponer riesgos para el embarazo.



3. MÉTODO

La búsqueda bibliográfica, documental y normativa es una herramienta utilizada por los investigadores para hacer revisiones sistemáticas y fiables sobre un determinado tema; con ella se resumen los estudios disponibles sobre una temática concreta y llega a proporcionar altos niveles de evidencias de otras investigaciones. Para ello es imprescindible establecer un protocolo de búsqueda y revisión de documentación, para, después, plantear preguntas claras y focalizadas sobre lo que se pretende indagar, generalmente con la metodología PICO en temas sanitarios (Población/Pacientes/Problemas, Intervención, Comparación y Salidas/Resultados-Outcome-): sobre qué grupo de pacientes, población o problemas quiero encontrar documentación; qué investigaciones o estudios estoy investigando; con qué categorías podría hacer las comparaciones pertinentes para seleccionar; y qué resultados espero conseguir con las búsquedas. Este último punto entronca ya con la selección de la documentación acumulada, su validez y utilidad.

Con esas premisas, se realizó una búsqueda documental y bibliográfica específica en redes, portales de internet especializados, tesauros y bases de datos recopiladores de artículos científicos de profesionales y docentes, así como en diversos organismos e

instituciones relacionados con la materia (por ejemplo, las notas técnicas que se publican periódicamente y sus políticas en materia de sanidad), fundamentalmente, referidos a las evidencias sobre los riesgos psicosociales de las médicas de urgencia embarazadas y sus posibles consecuencias de todo tipo, así como las posibilidades y límites de la prevención en el sector sanitario.

3.1. Procedimiento

El período de búsqueda fue el mes de abril de 2018, escrutando el intervalo 2010-2017, pero, naturalmente, la enorme cantidad de documentación existente obligó a Carmen Maria Escarbajal Frutos

seleccionar mediante descriptores, que en este caso, estuvieron presididos por el general de riesgos psicosociales en el sector sanitario, pormenorizando después en elementos concretos como estrés, *burnout* o *mobbing*, lo que redujo bastante la cantidad de documentos encontrados; pero aún se hizo otra selección basada en descriptores, dentro de los anteriores, que tuviesen en cuenta a las médicos de Urgencias y en situación de embarazadas, lo que simplificó muchísimo el campo de búsqueda y las posibilidades de encontrar documentación específica por el sesgo anterior. No obstante, hay que hacer la salvedad de que algunos de los portales de búsqueda generalizaban los riesgos psicosociales reduciéndolos al estrés y al *burnout*, sin hablar de otros riesgos. En ese sentido, la tabla 2 aporta la clave de la búsqueda realizada.

Tabla 2. Bases de datos escrutadas

BASES DE DATOS	DESCRIPCIÓN DE LA BASE	INTERVALO	REGISTROS SELECCIONADOS
Medline	Base de la NLM (National Library Medicine's. Busca por descriptores y contiene millones de referencias desde el año 1966. Engloba a la profesión médica, en sus diversos ámbitos, y de enfermería. Casi el 90% de las publicaciones están en inglés.	2010-2017	120
PsyInfo	Seleccionada por registrar trabajos de psicología, sociología y educación, diferentes a los trabajos propiamente médicos. Recoge artículos científicos desde 1974, y tiene la particularidad de	2010-2017	217

	que incluye resúmenes muy esclarecedores.		
SciELO	Biblioteca virtual de revistas científicas de ciencias de la salud, en español y portugués en su domensión brasileña y de Portugal, seleccionadas de acuerdo a estándares de calidad preestablecidos. Los títulos están registrados en orden alfabético, por materias o palabras. Es relativamente reciente (1997).	2010-2017	78
Dissertation Abstract	Da acceso a mil universidades del mundo y recoge los trabajos de máster y tesis doctorales, con un resumen elaborado por los autores. La edita la UMI (University Microfilms International). Sus orígenes son de 1861.	2010-2017	145
Sociofile	Registra 2000 revistas indexadas por Sociological Abstract, incorporando la base de datos SOPODA, con resúmenes muy detallados del contenido. Está presente desde 1974. En España	2010-2017	36

	tiene cobertura desde 1986.		
Cochrane	Base de datos de The Cochrane Library sobre salud. Aunque se publica originalmente en inglés, desde 2003, a través del Ministerio de Sanidad, se traducen los trabajos y se accede a ellos en español.	2010-2017	76

A esta búsqueda y selección hay que hacer algunas precisiones. En primer lugar, los 672 documentos seleccionados no hablaban específicamente de riesgos psicosociales en Urgencias y en las médicas embarazadas, sino que trataban temáticas *relacionadas* con esos descriptores; también hay que aclarar que no han sido leídos y analizados todos los documentos seleccionados, sino que, en la mayoría de las ocasiones, el resumen ha sido suficiente para dar una idea del contenido, por lo que se han leído y analizado los que estaban más próximos a los objetivos específicos planteados en el TFM; en todo caso, resaltar que sí se han analizado todos los artículos científicos que hemos creído directamente relacionados con nuestro trabajo. Del mismo modo, el gestor bibliográfico EBLA, a través de consultas *on line*, ha sido fundamental a la hora de clasificar y ordenar la información. Este gestor, como es sabido, permite automatizar la generación de citas y bibliografía y preservarlas en diversos estilos bibliográficos a través de un único “clic”.

Del mismo modo, conviene hacer constar que no ha habido una selección de artículos y documentos en base a tipos de metodología o procedimientos, que no hemos entrado a valorar; simplemente, hemos tenido en cuenta el contenido de los mismos, sin entrar a criticar la pertinencia o no de los métodos utilizados por los diversos autores.

Desde esas premisas, pasamos a insertar una breve descripción de algunos de los documentos que consideramos básicos, no queriendo ello decir que no hay otros muy importantes en las referencias en los que nos hayamos basado, pero para el estudio concreto que queríamos, nos han parecido los más pertinentes. Están agrupados en tres

categorías: trabajos de búsqueda bibliográfica, estudios con trabajo de campo y manuales y documentos genéricos de organismos e instituciones.

a) Trabajos de búsqueda bibliográfica y documental:

Gilbert-Quimet, M., Trudel, X., Brisson, C., Millot, A. & Vézina, M. (2014). Adverse effects of Psychosocial work factor son blood pressure. Review of studies on demand-control-support and effort-reward imbalance models. *Scan Work Environ Health*, 40, 109-132.

Investigación realizada por la Unidad de investigación de salud de la población, St-Sacrement Hospital de Quebec. Esta revisión sistemática tuvo como objetivo evaluar los efectos adversos de los factores de trabajo psicosocial de los modelos de demanda-control-apoyo (DCS) y desequilibrio esfuerzo-recompensa (ERI) en la PA entre hombres y mujeres, de acuerdo con la calidad metodológica de los estudios. Se incluyeron un total de 74 estudios. De estos, 64 examinaron el modelo DCS y 12 analizaron el modelo ERI, con 2 estudios que consideraron ambos modelos. Aproximadamente la mitad de los estudios observaron un efecto adverso significativo de los factores de trabajo psicosocial en la PA. Se observó un efecto adverso más consistente de los factores de trabajo psicosocial entre los hombres que entre las mujeres.

Gil, P. (2009). Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud. *Revista Española de Salud Pública*, 83(2), 169-173.

Es un estudio analítico comparativo que estudia los factores de riesgo psicosocial o fuentes de estrés laboral y tienen el potencial de causar daño psicológico, físico, o social a los individuos. Lo más importante del estudio es la evidencia de que los trabajadores que se perciben expuestos a factores de riesgo psicosocial (sobrecarga de trabajo, exceso de carga mental, realización de tareas repetitivas y de muy corta duración) presentan porcentajes de respuesta significativamente mayores en sintomatología psicósomática (problemas de sueño, cansancio, dolores de cabeza, mareos, etc.) que los no expuestos.

Nieuwenhuijsen, K., Bruinvels, D. & Fring-Dresen, M (2010). Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review. *Occup. Med.*, 60, 277-286.

Investigación del Instituto Coronel de Salud Ocupacional, Centro Médico Académico, Universidad de Amsterdam. Estudia el impacto del ambiente de trabajo como riesgo psicosociales, sobre todo con el estrés. Se realizó una revisión sistemática de la literatura buscando en Medline, PsycINFO y Embase. Se realizó un meta análisis para obtener razones de probabilidad y la fuerza de la evidencia. De los 2426 estudios identificados, se incluyeron siete estudios prospectivos en esta revisión. Se encontraron pruebas contundentes de que las altas demandas de trabajo, el bajo control, el escaso apoyo de los compañeros de trabajo, el bajo respaldo de los jefes de servicio y un alto desequilibrio esfuerzo-recompensa predijeron la incidencia de los DRS.

Stansfeld, S. & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health. *Scand Work Environ Health*, 32, 443-462.

Investigación que tuvo como objetivo explicar las asociaciones entre los factores estresantes del trabajo psicosocial y la salud mental. Se realizó un meta análisis de los factores estresantes del trabajo psicosocial y los trastornos mentales comunes utilizando estudios longitudinales identificados a través de una revisión sistemática de la literatura. Se hizo una búsqueda estandarizada con criterios estrictos de inclusión y calidad en siete bases de datos. Se identificaron 50 artículos relevantes, 38 cumplieron con los criterios de inclusión y 11 fueron adecuados para un meta análisis. El estadístico Q de Cochran evaluó la heterogeneidad de los resultados, y la estadística I² determinó cualquier inconsistencia entre los estudios. Entre los resultados destacaron la tensión laboral, el bajo nivel de apoyo social, las altas demandas psicológicas, el desequilibrio esfuerzo-recompensa y la alta inseguridad laboral. Los efectos más fuertes se encontraron por la tensión laboral y el desequilibrio esfuerzo-recompensa.

Vicente-Abad, M. A. y Díaz, C. (2011). Síntesis de la evidencia científica relativa a los riesgos laborales en trabajadoras embarazadas (período 2000-2010). Madrid: INSHT.

Es un trabajo de búsqueda de evidencias científicas relativas a los riesgos laborales en trabajadoras embarazadas. Se hizo mediante la revisión sistemática de los estudios disponibles en varios buscadores bibliográficos. Se utilizó la metodología PICO (Population Intervention Comparison Outcome). Se usaron las Bases de datos Mediline, Corchrane y el catálogo del INSHT. Los resultados fueron agrupados en seis categorías: fuerza de asociación, secuencia temporal, efectos dosis-respuesta, consistencia, plausibilidad biológica y evidencia experimental.

b) Estudios con trabajo de campo

Martín, P. (2011). Riesgos psicosociales en personal sanitario hospitalario. Tesis Doctoral, Universidad de Santiago de Compostela.

Tesis Doctoral que investiga los riesgos psicosociales en personal sanitario, con el objetivo general de identificar los principales riesgos que se dan en un hospital en cada categoría profesional y servicio del centro. Se utilizó un cuestionario que se pasó a 1.887 trabajadores sanitarios para medir seis categorías: exigencias psicológicas, trabajo activo y posibilidades de desarrollo, apoyo social y calidad de liderazgo, inseguridad en el empleo, doble presencia y estima. Ésta fue la que peor resultado obtuvo, seguida de las exigencias psicológicas, la inseguridad en el empleo, la doble presencia y el apoyo social y calidad de liderazgo. El mejor resultado fue para el trabajo activo y la posibilidad de desarrollo profesional.

Welp, A. Meier, L. L. & Manser, T. (2016). The interplay between teamwork, clinician's emotional exhaustion, and clinician patient safety: a longitudinal study. Critical care Medicine, 20, 110-120.

Es un estudio longitudinal realizado conjuntamente por el Departamento de Psicología de la Universidad de Friburgo (Suiza), el Instituto de Trabajo y Psicología Organizacional de la Universidad de Neuchatel (Suiza) y el Instituto de Seguridad del Hospital de Bonn (Alemania). Se investigó el desarrollo de los riesgos psicosociales a largo plazo en equipos de médicos. Se hizo un diseño longitudinal, se usó el cuestionario Carmen Maria Escarbajal Frutos

MBI y fueron encuestados 2.100 profesionales de la sanidad de 55 unidades hospitalarias distintas. La conclusión más desatacada es que el trabajo en equipo de los médicos disminuye los riesgos psicosociales.

Vázquez, D. A. J., Pérez, C. D., Moreno, R. R. M., Arroyo, Y. F. y Suárez, D. J. M. (2010). Factores psicosociales motivacionales y estado de salud. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 56, 12-21.

El objetivo de esta investigación fue analizar los factores de riesgos psicosociales laborales negativos que inciden en la salud de los médicos de familia. El estudio fue descriptivo, analítico y correlacional, en el que participaron 203 médicos. Se emplearon dos cuestionarios de evaluación: la Guía de Identificación de Factores Psicosociales y la escala de “Maslach Burnout Inventory (MBI)”; además de un cuestionario con ítems sociodemográficos, laborales y de salud. El 43,3% de los médicos manifestó alguna enfermedad. Se obtuvieron prevalencias del 33,6% para los factores psicosociales y del 26,7% para el Síndrome de “Burnout”, así como diversas asociaciones entre algunos de los factores psicosociales y dimensiones del síndrome con la enfermedad, pero también algunos factores psicosociales se asociaron con el desarrollo del síndrome y con manifestaciones gastrointestinales, neurológicas y psicológicas.

Moreno, B., Gálvez, M., Rodríguez, R. & Sanz, A. I. (2012). A study of physicians' intention to quit: The role of burnout, commitment and difficult doctor-patient interactions. *Psicothema*, 24(2), 263-270.

Este estudio contribuye a la investigación de los riesgos psicosociales al examinar cómo el efecto moderador del compromiso depende de las difíciles relaciones entre el médico y el paciente. Un total de 480 médicos de Madrid, completaron la encuesta. De acuerdo con los efectos de interacción y los análisis de interacción tripartita, los resultados respaldan el argumento de que las diferencias en el compromiso llevan también a diferencias en la forma en que los médicos perciben el estrés laboral, interpersonal y crónico. Estos resultados agregan un nuevo enfoque al supuesto general de que el compromiso tiene un efecto negativo unilateral, y los pacientes difíciles tienen

un efecto positivo en las intenciones de rotación, sugiriendo una perspectiva integrada, no diametral, que nos permite comprender la complejidad de la rotación de los médicos intenciones.

George, J. (2016). El mobbing como patología emergente de la relación salud-trabajo en el ámbito sanitario. Recuperado el 22-4-2018 de <http://www.scielo.org.pe>.

Este trabajo estudia, mediante casos clínicos, uno de los riesgos psicosociales existentes en el medio laboral, su relación con las condiciones organizacionales y sus repercusiones en los diferentes actores del ámbito sanitario. Y se considera el *mobbing* como un factor de riesgo en el lugar de trabajo, así como ciertas características de la organización que promocionan y facilitan la aparición del fenómeno del acoso psicológico en el mismo. Se estudian algunos de sus efectos sobre la salud mental de los trabajadores en el sector de la Salud Pública.

Gómez, V., Pérez, L. A., Feldman, L., Bajés, N. y Vivas, E. (2000). Riesgos de salud en mujeres con múltiples roles. *Revista de Estudios Sociales*, 6, 27-38.

Esta es una investigación que forma parte de un proyecto internacional sobre la salud en las mujeres que desempeñan diferentes roles, tanto laborales como sociales y familiares. Se usó metodología mixta, cuantitativa y cualitativa, y el número de mujeres participantes fueron 340. Se encontraron niveles moderados de riesgos psicológicos en las mujeres que tenían “doble o triple jornada”.

Domínguez, J. M., Padilla, I. Domínguez, J y Domínguez, M. (2013). Tipologías comportamentales en relación al burnout, mobbing, personalidad, autoconcepto y adaptación de conducta en trabajadores sanitarios. *Atención Primaria*, 45, 199-207.

El objetivo de esta investigación fue definir la existencia de diferentes patrones de comportamiento en los trabajadores de atención a la salud en Ceuta. Se hizo un diseño transversal y descriptivo. Participaron 200 trabajadores sanitarios que fueron seleccionados aleatoriamente mediante muestreo estratificado. Se utilizaron dos

cuestionarios: MBI y LIPT. El análisis de componentes principales permitió definir 5: uno estrictamente relacionado con la escala de acoso laboral con un 85% de peso; otro claramente con el desgaste profesional con un 70% de peso; un tercero con la adaptación y autoconcepto familiar con un peso de un 64%; un cuarto con la adaptación, control, autoconcepto emocional, logro profesional y autoconcepto laborales con peso del 52%; y un quinto componente definido por las valoraciones sociales en los niveles de extroversión y adaptación social con un 73%.

Aksakal, F., et al. (2016). Workplace physical violence, verbal violence, and mobbing experienced at a university hospital. *J. Med. Sci.*, 45(6), 1360-1368.

El objetivo de este estudio fue determinar la frecuencia y los factores de riesgo de violencia física, violencia verbal y *mobbing* experimentados por personal sanitario en un hospital universitario. Se hizo un estudio transversal, se administró un cuestionario recomendado por la OMS y la Organización Internacional del Trabajo. Entre los resultados, destacar que la prevalencia de violencia física, violencia verbal y *mobbing* fue del 13.9%, 41.8% y 17.1%, respectivamente. Trabajar más de 40 horas por semana aumentó el riesgo de violencia física en 1,86 veces.

Figá-Talamanca, I. (2000). Reproductive problems among women health workers: Epidemiologic evidence and preventive strategies. *Epidemiol Review*, 22(2), 249-260.

Artículo científico que trata de algunos riesgos psicosociales de las trabajadoras de la sanidad embarazadas, aunque no especifica que sean médicos de familia de Urgencias; analiza los problemas que pueden acarrear y da algunas pautas para impedirlos o aminorarlos.

Trujillo, H. M. y González-Cabrera, J. (2007). Propiedades psicométricas de la versión española de la Escala de estrés percibido (EEP). *Psicología Conductual*, 15, 457-477.

El objetivo de este trabajo fue el estudio de las propiedades psicométricas de la versión en español de la Escala de Estrés Percibido (EEP), que evalúa la percepción de

control que tienen las personas sobre las demandas del entorno. Tras analizar las propiedades psicométricas de los ítems y de la escala en su conjunto, se investiga la equivalencia de la versión traducida de la EEP en tres muestras españolas procedentes de distintos contextos. Con un segundo estudio se investiga la validez convergente de la EEP. Para ello, se evalúa el grado de asociación entre el constructo estrés percibido y los constructos de apoyo social percibido, autoeficacia y salud general. Los resultados indicaron que la EEP puede ser utilizada con las suficientes garantías psicométricas en muestras españolas.

González, J., Fernández, M., Molina, R., Blázquez, A., Guillén, J y Peinado, J. M. (2012). Psychosocial risk at work, self-perceived stress, and salivary cortisol level in a sample of emergency physicians in Granada. *Emergencias*, 24, 101-106.

Este estudio tuvo como objetivo describir los riesgos psicosociales en trabajadores de urgencias del servicio hospitalario de Granada. Se hizo un estudio analítico de corte transversal y se utilizaron los cuestionarios CopSoQ-ISTAS-21 y STAI-R. La conclusión es que en Urgencias, las altas exigencias psicológicas y el escaso control sobre el trabajo, determinan la aparición de factores psicosociales de riesgo en ese colectivo, con situaciones potencialmente perniciosas para la actividad laboral y para la salud de los médicos.

García-Rodríguez, A., Gutiérrez, M., Bellón, J. A., Muñoz, C y Fernández, J. (2015). Entorno psicosocial y estrés en trabajadores sanitarios de la sanidad pública: diferencias entre atención primaria y hospitalaria. *Atención Primaria*, 47(6), 359-366.

En esta investigación se estudió el entorno psicosocial de los profesionales sanitarios de la sanidad pública en atención primaria y hospitalaria en la provincia de Granada. Se hizo un estudio observacional transversal, con muestra aleatoria estratificada. Participaron 738 profesionales de la sanidad respondiendo al cuestionario CopSoQ-ISTAS-21. Los síntomas concretos de estrés se midieron con el cuestionario Stress Profile. Los médicos presentaron niveles muy significativos de riesgos psicosociales al compararlos con otros profesionales de la sanidad.

c) *Manuales y documentos genéricos de organismos e instituciones*

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2008). *Orientaciones para la valoración del riesgo laboral y la incapacidad temporal durante el embarazo*

Documento genérico explicativo y de recomendaciones para las mujeres trabajadoras embarazadas, no discriminando concretamente a las situaciones de las médicas, pues, como se ha dicho, es un documento de la SEGO orientado a todas las embarazadas.

OIT (2014). *Riesgos laborales psicosociales en sanidad*. Recuperado el 12-4-2018 de <http://www.ilo.org/public/spanish/index.htm>

Es un documento de la Organización Internacional del Trabajo que analiza los riesgos psicosociales en el trabajo sanitario. Tras hacer una exposición de la situación internacional, hace una serie de recomendaciones a los países miembros. No incluye apartado específico para las médicas embarazadas.

Moreno, B. y Báez, C. (2010). *Factores de riesgo psicosociales. Formas y consecuencias, medidas y buenas prácticas*. Madrid: Servicio de Publicaciones de la Universidad Autónoma e INSHT.

Manual auspiciado por el INSHT sobre los riesgos psicosociales a nivel teórico y práctico. Se analiza el estrés, la violencia, el acoso laboral y sexual, la inseguridad contractual, el *burnout*, los conflictos familiares y el trabajo emocional, tanto en sus características y causas como en sus efectos. Se incluye asimismo métodos de diagnóstico estandarizados y un capítulo muy interesante sobre buenas prácticas para evitar los riesgos psicosociales.

INSHT (2011). *Directrices para la evaluación de riesgos y protección de la maternidad en el trabajo*. Madrid: Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

Otro documento genérico de recomendaciones sobre los riesgos estudiados en la maternidad. Hay recomendaciones y consejos para las trabajadoras y para las empresas. Parte de una exposición de los tipos de riesgo que puede encontrar una trabajadora embarazada, desde los físicos y bioquímicos hasta los psicosociales.

Gálvez, M., Moreno, B. y Mingote, J. C. (2013). *El desgaste profesional del médico. Revisión y guía de buenas prácticas*. Madrid: Díaz de Santos.

Es un manual teórico-práctico sobre el *burnout*, sus causas y circunstancias, sus consecuencias y la manera de paliarlas o solucionarlas.

Asociación de Mutuas (2008). *Guía médica para la valoración de riesgos laborales durante el embarazo y la lactancia*. Madrid: AMAT.

Como su título indica, es una guía general para hacer valoraciones de riesgos laborales para las trabajadoras embarazadas o en situación de lactancia.

Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT) (2016). *Guía clínica-laboral para la prevención de riesgos durante el embarazo, parto reciente y lactancia en el ámbito sanitario*. Recuperado el 23-4-2018 de <http://www.aeemet.com>

Otra guía como la anterior, pero mucho más completa y referida específicamente al ámbito sanitario, con muy buenas explicaciones, descripciones y consejos de buenas prácticas.

AMYTS (2014). Riesgo laboral durante el embarazo. La prevención existe; la protección también. *RMM-Salud Laboral*, 12, 18-20.

Lo mismo que las anteriores, es una guía genérica sobre los riesgos laborales durante el embarazo, con pautas para su prevención.

Hecha esta descripción de los documentos, y en otro orden de cosas, igualmente hay que resaltar que en las referencias aparecen documentos anteriores al intervalo

temporal; ello tiene su explicación porque se han encontrado materiales específicos sobre la temática que aparecían como muy importantes, aunque no estuviesen comprendidos en esos años estudiados. Y significar que en algunos años de los estudiados ha habido una considerable cantidad de trabajos sobre la temática, y otros poca o muy poca, que posiblemente tenga que ver con las ‘modas’ académicas y científicas en torno a temáticas concretas (por ejemplo, se dispararon en algunos años los estudios sobre *burnout*). Véase a continuación dicha evolución, teniendo siempre en cuenta el sesgo que se le ha dado, explicado anteriormente (Tabla 3):

Tabla 3. Evolución de la producción de materiales por años

AÑO	CANTIDAD	PORCENTAJE
2010	72	10.7
2011	60	8.9
2012	83	12.3
2013	94	13.9
2014	43	6.3
2015	125	18.6
2016	98	14.5
2017	97	14.4

Como puede verse, es en los años 2013, 2015 (el que más), 2016 y 2017 cuando se produce la mayor producción (recordar al respecto que no se habla de producción en bruto, sino de la seleccionada para el TFM); y hay que reseñar que este patrón de comportamiento se da en todas las bases de datos escrutadas. Sin embargo, ello no quiere decir que una mayor producción signifique mayor contenido específico según los objetivos del TFM; así, y como dato anecdótico, señalar que las revistas más prolifas son *Journal of Emergency Medical, Prehospital & Disaster Medicine, Social Science & Medicine* y *Work and Stress*, pero, curiosamente, en ellas no se han encontrado registros sobre las médicas embarazadas que desarrollan su labor en Urgencias. Sí se ha encontrado publicaciones sobre enfermería, pero no eran informaciones y datos extrapolables. Del mismo modo, hay que señalar que hay un predominio abrumador de los trabajos empíricos (87%) sobre los ensayos o trabajos teóricos (13%), pero muchas veces éstos son muy esclarecedores para los usuarios, mucho más que los análisis cuantitativos.

Además de la búsqueda de la producción científica y bibliográfica, se ha hecho otra, selectiva, de la legislación y normativa que se ha creído más importante en este ámbito. De ella se destaca la siguiente:

- Ley Orgánica de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995 (Concretamente, el art. 26 habla de la prevención en los casos de embarazo y maternidad).
- Real Decreto 30/1997 sobre el Reglamento de los Servicios de Prevención.
- Real Decreto 780/1998 por el que se modifica el anterior.
- Real Decreto 298/2009 sobre protección de la mujer trabajadora embarazada.
- Ley 54/2003, de reforma del Marco Normativo de la Prevención de Riesgos Laborales.
- Ley (14/1986) General de Sanidad.
- Ley Orgánica 3/2007 sobre Igualdad efectiva de hombres y mujeres (modifica el art. 26 de la primera ley referenciada).
- Ley Orgánica 39/1999 sobre conciliación de la vida familiar y laboral.
- Real Decreto 1753/1998 sobre el médico especialista en medicina de familia y comunitaria.
- Real Decreto 298/2009 sobre seguridad de la mujer trabajadora embarazada.
- Real Decreto 2/2005 por el que se aprueba el texto refundido del Estatuto de los Trabajadores.
- Directiva de la CEE 92/85 sobre los agentes y condiciones de trabajo de las trabajadoras embarazadas.
- Directiva de la CEE 446/2000 sobre riesgos laborales en las trabajadoras embarazadas.
- Asociación de Mutuas de Accidentes de trabajo. Guía médica para la valoración de los riesgos profesionales durante el embarazo.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Orientaciones para la valoración del riesgo laboral y la incapacidad temporal durante el embarazo.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo. Directrices para la evaluación de riesgos y protección de la maternidad en el trabajo.
- Instituto de Seguridad y Salud Laboral de la Región de Murcia. Fichas divulgativas sobre maternidad.
- Resolución de la Dirección Regional de Recursos Humanos de la Región de

Murcia sobre trabajadoras en el ámbito de la salud embarazadas.

Del mismo modo, se ha analizado la documentación práctica elaborada por diversos organismos e instituciones como guías para el sector. Concretamente, la siguiente:

- Notas técnicas del INSHT, del Ministerio de Trabajo: 213 (satisfacción laboral), 260 (trabajo a turnos), 275 (carga mental), 310 (trabajo nocturno), 312 (comunicación interpersonal), 318 (estrés), 349 (prevención de estrés en los sujetos), 355 (fisiología del estrés), 394 (satisfacción laboral), 405 (factor humano), 413 (carga de trabajo y embarazo), 438 (prevención de estrés en las organizaciones), 439 (apoyo social), 444 (mejora del contenido del trabajo), 445 (carga mental, fatiga), 450 (factores psicosociales), 455 (trabajo a turnos), 476 (*mobbing*), 489 (violencia), 499 (organización del trabajo), 507 (acoso sexual), 534 (factores de carga mental), 537 (gestión integral), 544 (carga mental), 702 (evaluación de factores psicosociales), 704 y 705 (síndrome del quemado), 854 (acoso psicológico), 914 (embarazo y lactancia), 916 y 917 (descanso en el trabajo), 926 (metodología evaluación factores sociales) ...
- Guía de valoración de riesgos laborales en el embarazo y lactancia en trabajadoras del ámbito sanitario de la AEEMT.
- Guía clínica laboral para la prevención de riesgos durante el embarazo, parto reciente y lactancia en el ámbito sanitario, de la Asociación Nacional de Matronas.
- Orientaciones para la valoración del riesgo laboral durante el embarazo, de la SEGO.
- Guía básica de riesgos laborales específicos en el sector sanitario, de CCOO.
- Guía médica para la valoración de riesgos en el embarazo, de la AMAT.
- Guía de prevención de riesgos psicosociales en el sector sanidad: Atención Primaria, de UGT.
- Directrices para la evaluación de riesgos y protección de la maternidad en el trabajo, del INSHT.

- Recomendaciones de la Agencia Europea de Seguridad en el Trabajo
- Fichas divulgativas del Instituto de Seguridad Laboral de la Región de Murcia

Contrastadas estas fuentes, fundamentalmente de las que se da cuenta pormenorizada en las referencias del trabajo, se estaba en situación de ofrecer una visión de conjunto sobre los elementos estudiados en la producción más relevante. A partir de esas fuentes, realizando una valoración de los resultados obtenidos y en función de los objetivos planteados, se puede estar en disposición de proponer algunas herramientas preventivas en forma teórico-práctica para atenuar o eliminar los riesgos laborales detectados en el estudio.



4. RESULTADOS Y ANÁLISIS

Un análisis pormenorizado de la documentación relatada anteriormente (cuya constancia queda recogida en las referencias del final del TFM), y de la que se incluye en cada apartado lo que se ha creído más relevante, arroja las informaciones relativas a los riesgos psicosociales en el trabajo, fundamentalmente en las embarazadas que ejercen su labor como médicos de familia en Urgencias, que se explicitan a continuación.

En cuanto al **objetivo primero: *Hacer una búsqueda bibliográfica, documental y normativa sobre los riesgos psicosociales en el ámbito de la sanidad***, parece evidente que este objetivo puede quedar cubierto con la explicación anterior sobre la búsqueda realizada y el procedimiento utilizado.

En cuanto al **objetivo segundo: *Seleccionar y analizar los riesgos psicosociales más destacados en la bibliografía especializada de referencia***, hacer constar, como premisa inicial, la dificultad para encontrar material concreto sobre los riesgos psicosociales en las médicas embarazadas que trabajan en Urgencias (INSHT, 2011), dado, según el Instituto citado, a que la relación entre riesgo psicosocial y maternidad no ha constituido, hasta hace bien poco, una línea de trabajo significativa en este terreno, por lo que no se han creado instrumentos de evaluación muy fiables ni se recopilan demasiadas buenas prácticas, más allá de las recomendaciones de organismos y algunos autores concretos (CEE, 2000; Figá-Talamanca, 2000). No obstante, sí hay mucho material sobre riesgos psicosociales en las embarazadas, en general, como se constatará por las citas que siguen en el texto, que pueden ser aplicados a las médicas en esta situación que desarrollan su labor en Urgencias. Para ello, las categorías seleccionadas y analizadas, quedan recogidas en la tabla 4, que ilustra sobre la presencia de cada uno de ellos en los trabajos analizados.

Tabla 4. Presencia de las categorías de riesgos psicosociales

RIESGOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Turnos-horarios	326	48.5
Estrés	534	79.4
<i>Burnout</i>	476	70.8
Mobbing	324	48.2
Acoso sexual	3	0.4
Seguridad física	287	42.7
Organización	76	11.3
Relaciones personales	231	34.3
Relación contractual	187	27.8

Como se puede observar, el estrés y el *burnout* son las categorías más destacadas, con porcentajes de casi el 80% en caso del primero y del 70.8% en el segundo; son también destacados los turnos horarios (48.5%), el *mobbing* (48.2%), la seguridad física (42.7%) y las relaciones personales (34.8%). No parece ser factor de riesgo psicosocial la organización del hospital, y sorprende el casi nulo tratamiento del acoso sexual, tema delicado donde los haya, y que desgraciadamente ocurre. Y, aunque no era sujeto de análisis, sorprende sobremanera el escaso número de publicaciones referidas a la intervención psico-socioeducativa como prevención de estos riesgos; como tampoco hay herramientas e instrumentos específicos para medir los riesgos psicosociales más allá de los considerados importantes. No obstante ello, a continuación se exponen los resultados del análisis realizado en los documentos y categorías seleccionados.

4.1. Turnos de trabajo

Los organismos humanos ‘están programados’ biológicamente para la vida diurna, no tienen las mismas cualidades internas durante las veinticuatro horas del día, sino que, según los momentos, tienen unos ritmos vitales u otros, por lo que los turnos de trabajo influyen en el sistema psicosocial. Cuando el turno de trabajo se da en horario nocturno (de 10 de la noche a 6 de la mañana), se tiene que hacer un esfuerzo adicional, con lo que

se han detectado efectos nocivos para la salud psicosocial, con alteraciones de las capacidades físicas y mentales: alteración en los ciclos biológicos, alteración (en calidad y cantidad) del sueño, alteración en los hábitos alimenticios, acumulación de fatiga, mayor riesgo de sufrir accidentes laborales, trastornos digestivos y metabólicos, estrés, irritabilidad, disminución de la memoria, lentitud en las respuestas, disfunciones en las relaciones familiares, jaquecas, ansiedad, depresión, trastornos nerviosos y cardiovasculares, abatimiento, desequilibrio emocional, abortos y partos prematuros, abuso de medicamentos, preeclamsia... (AEEMT, 2016; Best Start, 2012; CCOO, 2011; De Silva, 2014; INSHT, 2011; Moreno y Báez, 2010; Picón, 2017; UGT, 2016).

4.2. Estrés

Desde el punto de vista técnico-preventivo, según la documentación analizada, el estrés es un efecto de la exposición a determinadas condiciones de trabajo, que genéricamente son llamados “estresores”. Y estudios más o menos cercanos en el tiempo han observado cambios muy significativos en la exposición al estrés agravados en períodos de austeridad y recesión económica (García-Rodríguez, Gutiérrez, Bellón, Muñoz, y Fenández, 2015; Bethge y Radoschewski, 2010; Houdmont, Kerr y Addley, 2012). Es cierto que, por su propia definición, el estrés es a la vez efecto (a corto plazo) y causa (a medio-largo plazo) o precursor de enfermedades, patologías y trastornos de orden físico, psicológico y social (Bermejo, 2014; Gálvez, Moreno y Mingote, 2013); y en el caso de la embarazada, estar sometida de manera prolongada a estresores laborales como la falta de autonomía sobre las tareas asignadas, el modo de realizarlas, falta de apoyos y/o estímulos, etc., puede aumentar el riesgo de complicaciones en el embarazo, parto y lactancia, en la medida que ello aumenta las probabilidades de padecer molestias músculo-esqueléticas, trastornos digestivos, alteraciones hormonales y del sueño, procesos ansiosos, fatiga crónica o hipertensión, entre otros (AMYTS, 201; CEE, 2000; INSHT, 2011).

Hay evidencias en los documentos e investigaciones analizados de que es uno de los riesgos más presentes (Vázquez, Pérez, Moreno, Arroyo y Suárez, 2010; Carrión, López y Alpuente, 2010; UGT, 2016), y se produce, fundamentalmente, por un desajuste

entre la persona y las condiciones del trabajo, cuestión que se agudiza en las médicos de familia de urgencias, por la tensión de ese servicio al tener que responder rápido y bien (presión de tiempos) ante situaciones que, a veces, son de incertidumbre (Escribá-Agüir, Artazcoz y Pérez-Hoyos; Ghadar, Ronda, Nolasco, Álvarez y Mateo, 2011; Gómez-Mascaraque y Corral, 2016; Kuusio, Heponiemi, Aalto, Sinervo y Elovainio, 2012), situaciones a las que hay que sumar las exigencias de jefes de servicio no siempre comprensivos ni receptivos a esas situaciones, exigencia de ‘acabar’ el trabajo aunque sea la hora de terminar la jornada, falta de autonomía, monotonía de algunas tareas (por ejemplo, las administrativas) y, en ocasiones, la falta de algunos recursos indispensables en el momento; y no hay que olvidar algunas cuestiones relacionadas con la ética profesional (Nebot, Pasarín, Canela, Sala y Escosa, 2016). La literatura consultada (Aguirre, 2011; Ansoleaga y Toro, 2010; Gálvez, Moreno y Mingote, 2013; Heras, Alonso y Gómez, 2017; Gálvez, Gómez, Martín y Ferrero, 2017; UGT, 2011) y analizada habla de trastornos gastrointestinales, cardiovasculares, respiratorios, endocrinos, musculares, dermatológicos, sexuales, etc., como alteraciones físicas; alteraciones del sistema nervioso, trastornos del sueño, depresiones, ansiedad, trastornos de la personalidad, etc., como consecuencias psicológicas; e incluso para la empresa supone absentismo laboral, bajas médicas, accidentes, etc.

También se habla en la documentación consultada y analizada de un *estrés básico*, derivado de diversas circunstancias personales en el trabajo; un *estrés acumulativo* en el que, además de las situaciones anteriores, se dan otras relacionadas con factores externos al trabajo pero que influyen en él (Vicente-Abad y Díaz, 2011); y un *estrés percibido*, con baja autoestima y resiliencia (García-Rodríguez, Gutiérrez, Bellón, Muñoz y Fenández, 2015; Nieuwenhuijsen, Bruinvels y Fring-Dresen, 2010; Trujillo y González-Cabrera, 2007). Y, a juicio de algún autor (Gil, 2009) y organismos (AESST, 2012; FEMCVT, 2015) este factor de riesgo psicosocial irá aumentando paulatinamente en el futuro, con lo que va a constituir un gran problema para el sector de la salud.

Por otra parte, la ficha de “agentes estresores” se basa en la definición de estrés más empleada en la investigación científica sobre la relación entre estrés laboral y embarazo; es el llamado “concepto de alta tensión”, basado en el modelo demandas-control, expuesto por Karasek y Theorell (1990), en la interacción entre las demandas del trabajo y el control que se ejerce sobre ellas; así, a más demanda y menos control, se generará mayor estrés. Fue continuado por otros autores (Gilbert-Quimet, Trudel, Brisson, Millot y Vézina, 2014; Montero, Rivera y Araque, 2013) implicando, además de la combinación de esas dos dimensiones de riesgo psicosocial, las elevadas exigencias psicológicas y el escaso control sobre el trabajo, las variables de autonomía, satisfacción, motivación y compromiso, y los efectos sobre la salud del trabajador.

Además, se ha ampliado la ficha incluyendo como factores de riesgo algunos otros elementos que, aun no habiendo sido puestas a prueba en la investigación sobre estrés laboral y embarazo, sí cuentan con evidencia científica sobre sus efectos en la salud de los trabajadores, como la ausencia de recompensas adecuadas, las exigencias emocionales, la falta de apoyo de compañeros y superiores, la exposición a violencia y, sobre todo, el *riesgo percibido* (Alonso y Pozo, 2011; Vicente-Abad y Díaz, 2011; Hobel y Culhane, 2003). En algunos casos (la exposición al riesgo de violencia o agresiones), han sido riesgos explorados además desde el ámbito de las consecuencias del estrés (no específicamente laboral) en el embarazo, entendido el estrés más como consecuencia de una exposición a episodios agudos (del tipo de los estresores vitales) que de una exposición crónica (más común en el ámbito laboral) (Moreno, Gálvez, Rodríguez y Sanz, 2012).

4.3. ‘Síndrome del trabajador quemado’ o burnout

Desde una mirada psicosocial, el “síndrome del quemado” es un proceso interactivo que va desarrollándose de manera dinámica y secuencial, debido tanto a factores personales como laborales y sociales; es un proceso lento pero muchas veces inexorable (Moss, Good, Gozal, Kleinpell y Sessler, 2016). Tiene también, como el estrés, naturalmente, una gran prevalencia en los documentos analizados, con 19.5% de

agotamiento emocional, 12.3% de procesos de despersonalización y 26.7% de prevalencia global (Aranda, Pando, Salazar, Torres y Aldrete, 2010); en otros trabajos se habla de un arco entre el 20% y el 70% de médicos que declaran haberlo padecido en algún momento de su carrera profesional; y en la Comunidad de Madrid, un estudio realizado mediante el cuestionario CDPM se obtuvo que el 70.5 de los médicos presentaban índices medios de desgaste profesional, y sólo el 6.6 índices altos (Gálvez, Moreno y Mingote, 2013), cifras que, en otros estudios, se incrementan notablemente en el caso de los médicos de familia, con un 41.6% (Castañeda y García de Alba, 2010), y más aún en los servicios de Urgencias, con un 51.3% (Aranda, Zárate, Moreno y Sahún, 2010). No obstante, las cifras deben ser puesta entre paréntesis porque no hay medidas que puedan ser llamadas exactas ni que cubran todas las circunstancias de los diversos servicios médicos, ni de las diferentes circunstancias personales, es decir, no existen baremos oficialmente aceptados por toda la comunidad científica.

Este síndrome es una consecuencia directa de las situaciones de estrés relatadas anteriormente, por lo que se asegura (Heras, Alonso y Gómez, 2017; Moreno, Gálvez, Rodríguez y Sanz, 2012; Vázquez, Pérez, Moreno, Arroyo y Suárez, 2010) que es la final de un proceso de incremento del estrés con episodios de irritación, tensión, agotamiento, ansiedad y, finalmente, depresión en no pocos casos (Aguirre, 2011), que hace que la médico de Urgencias no ‘desconecte’ del trabajo en el ámbito familiar; y la médico no siempre tiene mecanismos para ir frenando los estados anteriores, por lo que su capacidad de razonamiento y concentración se ve muy limitada; el estrés que se va acumulando es difícil de solucionar si no hay en la profesional una dinámica de equilibrio emocional, los problemas surgirán (Hernández, Paredes, y Martín, 2014); incluso se han observado estas situación es en médicos internos residentes (MIR) antes de acabar su periplo formativo en hospitales, en los que se ha detectado un porcentaje cercano al 40% con niveles medios o altos de *burnout* (Grau y Suñer, 2011; Roel, 2011). Las repercusiones sobre la salud fueron expuestas en su día, en un magnifico manual, por algunos autores (Ramón y Gándara y González, 2004): manifestaciones psicosomáticas (fatiga crónica, dolores de cabeza, trastornos del sueño, problemas gastrointestinales y cardiovasculares y desórdenes menstruales), manifestaciones conductuales (absentismo laboral, conductas violentas, conflictos familiares, etc.), manifestaciones emocionales (distanciamiento

afectivo, impaciencia, irritabilidad y desconfianza) y, finalmente, manifestaciones defensivas como la negación de emociones (Welp, Meier y Manser, 2016). En el caso de las Urgencias, estos síndromes se acentúan (Bermejo, 2014; Nebot, Pasarín, Canela, Sala y Escosa, 2010; OIT, 2014; SEGO, 2008; UGT, 2016), y la médico permanece poco tiempo en el puesto de trabajo, alarga las pausas y tiene muchas bajas laborales.

4.4. Acoso laboral o *mobbing*

La Administración, en cualquiera de sus sectores, suele ser, desgraciadamente, espacio de hostigamiento y acoso laboral (Kon, et. al, 2016) y, naturalmente, entre ellos está el ámbito de la salud. Según algunos estudios consultados, hasta el 62% de los casos de *mobbing* son ejecutados por miembros jerárquicos superiores y sobre un 38% por trabajadores de un mismo nivel contractual o funcional (González, 2016; NTP 476 del INSHT; Picón, 2017). Es significativo un estudio del Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales de UGT (2016), a través de una encuesta, que afirma la importancia de este riesgo en los médicos, sobre todo de familia, tanto en Atención Primaria como en Urgencias en hospitales. Lo mismo aparece en los documentos oficiales sobre la temática de algunos organismos oficiales internacionales (AESST, 2012; FEMCVT, 2015; OIT, 2014). El *mobbing* tiene consecuencias directas, a corto y largo plazo, en la salud de los que lo sufren: ansiedad, percepción y sentimiento de impotencia y fracaso, pérdida de autoestima, trastornos paranoides, trastornos funcionales, hipersensibilidad, desconfianza, aislamiento, agresividad... (Ansoleaga y Toro, 2010; George, 2016).

4.5. Acoso sexual

Aquí la literatura consultada y los trabajos científicos dan pocos datos de este tipo de problema; todos coinciden en que se da, que existe, pero no hay muchas evidencias por la situaciones de vergüenza de las acosadas/os, ya que es difícil demostrar estas cuestiones y el estigma se da fácilmente. De todas formas, los escasos trabajos que tratan el tema, aunque no sea directamente, hablan de este tipo de riesgo psicosocial al referirse

al cualquier comportamiento de este tipo, aunque sea verbal, que atente contra la dignidad de la mujer, y, por una cuestión que puede llegar a ser catalogada como enfermiza, hay casos de acoso sexual a embarazadas, incluso en avanzado estado de gestación.

4.6. Seguridad en el trabajo

Según la Organización Internacional del Trabajo, una cuarta parte de todos los incidentes violentos en el trabajo se dan en el sector de la sanidad (UGT, 2011). Se entiende por violencia en estos trabajos los insultos, las amenazas y las agresiones de todo tipo (Aksakal et al., 2016)., pero no sólo se habla en la documentación consultada y analizada de violencia externa, sino de otro tipo de violencia presente en los centros de trabajo que es propiciada desde el interior de los hospitales (NTP 489 del INSHT), y que tiene que ver con la manera de ejercer el poder en las jefaturas o desde la Gerencia del centros hospitalario (la propia Comisión Europea alerta constantemente sobre los abusos de poder en las instituciones).

No obstante, lo que más destaca a nivel social es que, lamentablemente, el médico no es tan respetado como debiera ni como antaño, y los episodios de violencia física se incrementan de forma grave, con más de 30.000 casos registrados al año, más del 70% en hospitales; también entre los MIR, con cifras que llegan al 38% (Fernández, González, Iríbar, y Peinado, 2017), bien es verdad que en estos datos, el Ministerio de Sanidad incluye las agresiones verbales, lo que, por otra parte, no minimiza el problema. En ese sentido, el médico, sobre todo si es mujer, está expuesto a episodios de inseguridad física en el trabajo, porque a Urgencias llegan personas en circunstancias problemáticas: borracheras, agresiones resultantes de peleas, desequilibrios psíquicos, etc., que generan estados muy tensos; y se estima que casi el 50% de los profesionales de Urgencias han tenido alguna vez uno de estos episodios (Moreno y Báez, 2010). El estudio de la UGT (2016) concluye, entre otras cosas, que las agresiones físicas son el tercer riesgo más percibido por los médicos (no hay, sin embargo constancia de que se hayan dado estos casos en las médicos embarazadas). Y hay médicos que se plantean dejar ciertos servicios como el de Urgencias por miedo a las agresiones. Pero, con ser muy preocupante la violencia física que se ha expuesto, los documentos trabajados exponen cómo en los

países desarrollados se incrementa alarmantemente la violencia psíquica, aunque a veces sea ejercida de manera 'inconsciente' (Moreno, Gálvez, Rodríguez y Sanz, 2012) e invisible, con lo que ya se entra en el terreno expuesto del *mobbing*.

4.7. Organización

El tipo de organización de un servicio médico es también, puede serlo, fuente de conflictos psicosociales, bien porque implica un reconocimiento y motivación para los médicos embarazados, o por todo lo contrario; los estilos de mando también influyen (autocrático, paternalista, 'laissez faire', autoritario, democrático...) por las relaciones de verticalidad que suelen establecerse entre sus componentes y al haber contradicción entre algunos objetivos de los jefes y los roles, funciones, responsabilidades, necesidades y problemas de los subordinados (por ejemplo, a la hora de la promoción interna, factor y motivo de conflictos sino está perfecta y objetivamente regulada); además, está documentado, como se ha señalado anteriormente, que en las organizaciones hay ambientes buenos y malos dependiendo del tipo de poder que se ejerza desde el vértice de ellas (Chiavenato, 2009; De Silva, 2014; Keller y Price, 2013; Leal-Costa, et al., 2015; Solé, 2017; UGT, 2011).

4.8. Relaciones personales

Este tipo de relaciones son fundamentales en los seres humanos, y son elementos básicos para la buena convivencia en los hospitales (Leal-Costa, et al., 2015). En este sentido, el servicio de Urgencias es multiprofesional, lo que conlleva que, muchas veces, haya en la convivencia, y la necesaria buena comunicación del día a día, disparidad de criterios entre los componentes del mismo que pueden dar lugar a incomodidad, insatisfacción, incomprensiones, etc., que van más allá de la mera convivencia en un ámbito concreto, dado que el espacio sanitario es ya, de por sí, complejo (Moreno y Báez, 2010). En el estudio de García-Rodríguez, Gutiérrez, Bellón, Muñoz y Fenández (2015) se destaca que los médicos de familia en Urgencias presentan las puntuaciones más bajas en autoestima en su relación con los jefes más directos. Así, tanto la relación vertical, a la que se hacía referencia anteriormente, como la horizontal, pueden verse

afectadas en esos grupos de profesionales a la hora de facilitar el trabajo coordinado. En este sentido, se ha avanzado con algunas facetas de la comunicación telemática, pero en otras este medio es también fuente de conflicto entre profesionales., y es urgente ‘humanizar’ la profesión médica (Bermejo, 2014; Gálvez, Gómez, Martín y Ferrero, 2017; Moreno, Gálvez, Rodríguez y Sanz, 2012).

4.9. Relación contractual

La Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (AESST, 2015) considera este riesgo como de los más importantes entre los emergentes, y se ha demostrado (De Witte, Else y De Cuiper, 2013; Standing, 2011) que el riesgo a la incertidumbre e inseguridad laboral, a la relación contractual es, puede serlo, más nocivo que otros riesgos tradicionales por la situación de miedo real a ser un excluido social. Sin duda, en tiempos de incertidumbre de todo tipo, la seguridad laboral es un bien escaso en todos los ámbitos, y no se excluye de él la Sanidad, con cada vez más y peores contratos, muy precarios (a veces, de un día), lo que lleva a la inseguridad y a problemas psicosociales evidentes (CCOO, 2011; Solé, 2017).

5. PROPUESTAS

Las propuestas de mejora de situaciones eran el **tercer objetivo** del TFM, que recordamos en su extensión: ***Exponer algunas propuestas que puedan paliar o eliminar los riesgos psicosociales en las médicas embarazadas que trabajan en Urgencias.***

Para cumplir con él, se intentará dar algunas pautas desde la experiencia de trabajo y se intentará fundamentar esas propuesta en la documentación trabajada. Así, de acuerdo con la mayor parte de la documentación analizada, creo que sería interesante que la propia médico participase activamente en la evaluación de su riesgo, así como en la definición de las medidas correctoras más adecuadas en función de su caso particular, y en esto se insiste en la respuesta al cuarto objetivo de este trabajo. Para favorecer esa implicación, es recomendable que el servicio de prevención utilice las técnicas cualitativas, como los grupos de discusión o la entrevista; estas herramientas, de amplio uso en las ciencias sociales, son de gran utilidad cuando el objeto de estudio no es tanto cuantificar un problema, como entender sus causas y buscarle soluciones, como se verá en la propuesta formativa de prevención que se presenta en este TFM.

Por otro lado, entre los factores de éxito habitualmente recomendados en una intervención psicosocial (implementar medidas que eliminen o disminuyan la exposición a ciertos riesgos psicosociales que puedan afectar de manera específica a trabajadoras en determinadas etapas de su vida), destacan la implicación activa de los trabajadores protagonistas de la exposición y la aplicación de soluciones contextuales, construidas entre todos los agentes implicados en la situación. Y las técnicas cualitativas favorecen la aplicación de ambas recomendaciones, como después se expondrá. El servicio de prevención y los representantes de los trabajadores son dos de los actores que pueden facilitar el logro de los objetivos en esta fase.

Dada la dificultad de establecer medidas universales (no hay ‘vacunas mágicas’ ni técnicas que sean válidas para todas las situaciones conflictivas y para todas las

personas que las sufren, aunque las estrategias proactivas tienen mucho predicamento, por adaptativo y, no pocas veces eficaz), hay que insistir (como se hace en la documentación trabajada) en que se hace necesaria la valoración de cada caso individual, ofreciendo a la mujer la posibilidad de un puesto seguro cuando sea necesario (por ejemplo, aunque la evidencia sobre estrés y preeclampsia no sea definitiva, es recomendable evitar al máximo los turnos y la exposición a ritmo forzado en mujeres con elevado riesgo de preeclampsia debido a factores individuales). En cuanto al momento crítico de exposición a lo largo del embarazo, no hay resultados concluyentes, pero los estudios disponibles suelen incluir datos referidos al primer trimestre, por lo que sería recomendable aplicar las medidas preventivas oportunas desde el principio del embarazo. Y hay que ser conscientes de que las técnicas y estrategias que se utilicen deben ser holísticas, globales, integrales y, en la medida de lo posible, grupales en cada uno de los momentos del problema o de los problemas, con actuaciones primarias sobre factores de riesgo, secundarias para diagnosticar precozmente, y terciarias para intervenir psicossociológica y educativamente sobre los síntomas.

De todos modos, las que siguen no pretenden ser soluciones a los problemas descritos anteriormente, sino una aproximación resultante de la propia experiencia y de los documentos recabados y analizados, un intento de racionalización del trabajo que tenga en cuenta las situaciones diversas de las médicas de Urgencias embarazadas, para sensibilizar y actuar en consecuencia, teniendo en cuenta las limitaciones de todo tipo que algunas propuestas pueden tener. Y, en principio, en este TFM se sostiene que la formación para la prevención es una de las mejores medidas frente a los problemas psicosociales que acaecen en los hospitales en los servicios de Urgencias, una formación teórico-práctica que es más eficaz si se tienen en cuenta los intereses y motivaciones de los profesionales de la medicina, es continua y se adapta perfectamente al contexto de trabajo; de ahí que un núcleo central de la propuesta de TFM esté presidido por un programa de formación mediante investigación-acción.

Globalmente, existen en la documentación tratada ciertas recomendaciones (Vega, 2012a) generales que pasamos a exponer sintéticamente:

- a) Integrar la prevención psicosocial.
- b) Seguir los principios de acción preventiva.
- c) Partir de situaciones reales, buscar soluciones específicas.
- d) Diseñar estrategias a largo plazo, planificar.
- e) Implicar, establecer procesos de participación activa.

Pero, concretamente, a la hora de las propuestas específicas, lo que sigue se centra en las que se cree más significativas a tenor de los problemas anteriormente expuestos. Y hacer la salvedad importante de que muchos de los mecanismos que debe poner en marcha la Administración para atajar estos problemas en el ámbito de la salud no se ponen porque hay un desajuste dentro de una instancia que, por una parte pone la norma, y, por otra debe arbitrar los medios para que se cumpla; esto se agudiza cuando hay más de una Administración (estatal y autonómica, incluso, a veces, local) implicada.

5.1. Referente a los turnos de noche

Naturalmente, la primera premisa es respetar las horas que se tengan de sueño y descanso, que no siempre ocurre, y parece muy pertinente que se restrinjan esos turnos todo lo posible a las embarazadas, consensuando con ellas horarios y pautas, avisando con tiempo los posibles cambios, aumentar el número de pausas, hacer turnos rotatorios cortos, facilitar durante los turnos nocturnos una alimentación adecuada, sana y equilibrada, evitar las guardias de más de 8 horas...; y que los turnos nocturnos sean considerados sólo en el primer trimestre de gestación, cuando el feto está creciendo, con lo que se evitarían episodios de partos prematuros y/o de bajo peso al nacer la criatura.

Del mismo modo, conviene restringir esos turnos en los siguientes tres meses de gestación. Se podría también gestionar con la Administración del hospital hacer turnos rotatorios en los que prevalezcan los de mañana. Todo ello tiene soporte documental e investigador en algunos trabajos (AESST, 2015; Best Start, 2012; CCOO, 2011; INSHT, 2011; Moreno y Báez, 2010).

5.2. Relativo al estrés

Es muy positivo el hecho contrastado en un estudio reciente García-Rodríguez, Gutiérrez, Bellón, Muñoz y Fenández (2015) del sentido e importancia que dan a su trabajo los médicos de hospitales, lo que podría hacerles superar ciertas dificultades asociadas al estrés, considerando los autores citados, y otros como Domínguez (2013) y Franco (2010) muy interesante y necesario implementar las medidas de concienciación, de entrenamiento y adaptación ante situaciones de estrés; aunque quizá la medida general será aquella que contemple un mayor control de los trabajadores sobre las demandas del trabajo, como refuerzan diversos autores (Bagozzi, 2010; Gilbert-Quimet, Trudel, Brisson, Millot y Vézina, 2014; Häuser, Mojzisch, Niesel y Schulz-Hard, 2010; Karasek y Theorell, 1990; Salanova y Soler, 2015); y desde la experiencia de la autora, se entiende que el estrés se atenuaría en las médicas de Urgencias embarazadas si tuviesen unas jornadas racionalizadas, evitando las guardias de 24 horas que, por situaciones del servicio, a veces se alargan hasta parte del día siguiente. A este tenor, creemos que una médica embarazada no debería tener más de 40-42 horas de trabajo semanal. También se debería permitir la participación de la médica en la elaboración de su carga de trabajo, combinar la atención al público en urgencias con otras tareas, organizar las tareas con pausas, dejar márgenes de tiempos para imprevistos, asegurar una adecuación directa entre responsabilidad de la médica y autonomía para ejercer su labor, mejorar los niveles de comunicación con los compañeros y los jefes de servicio, proporcionar todos los recursos necesarios (su falta, en algún sentido, produce situaciones de grave estrés, por la incapacidad de responder adecuadamente a los problemas, como, por ejemplo, utilizar técnicas de relajación). Son ideas propias, aunque no originales porque sobre ello ya se ha escrito e investigado (AEEMET, 2016; Aguirre, 2011; Bermejo, 2014; CEE, 2000; Davidson, et al.; Gálvez, Gómez, Martín y Ferrero, 2017; George, 2016; Gil, 2009; González, 2016; Picón, 2017; UMIVALE, 2015).

Del mismo modo, hay estudios que concluyen (AESST, 2015) que, a medida que se van igualando las condiciones de trabajo entre hombres y mujeres, las situaciones de estrés, *burnout* y *mobbing* disminuyen. Otra medida es reducir el culto al individualismo y generar la cultura del trabajo en equipo y, sobre todo, eliminar del imaginario colectivo,

tanto de los administradores como de los propios médicos la ecuación “más rápido y más barato es igual a más bueno”. Hay que valorar también la discrepancia entre las (elevadas) expectativas de los médicos, sobre su profesión y la dura realidad del día a día, racionalizando su labor dentro de los límites e imponderables que acaecen o pueden suceder, de acuerdo con ciertos autores especialistas (Domínguez, Padilla, Domínguez y Domínguez, 2013).

5.3. En relación al *burnout*

Es fundamental que se tenga la percepción de un trato justo y solidario del resto de compañeros, sobre todo de los jefes de servicio, y establecer medidas orientadas a favorecer la conciliación entre vida familiar y laboral (De Silva, 2014). La desactivación emocional en estos casos es muy recomendable, con terapias como la conocida como *Defusing* y *Debriefing* (Moreno y Báez, 2010; Moss, Good, Gozal, Kleinpell y Sessler, 2016; Park, Petersen y Sun, 2013) que anulan los factores estresantes. Los servicios de Urgencias deben contar con estas acciones preventivas, con grupos de psicólogos altamente preparados y especializados en estas cuestiones, pues es un trabajo muy importante y delicado, como recomienda la AEEMET (2016).

Las médicas embarazadas, con sobrecarga emocional, deben centrarse en los logros que va realizando, tanto en el trabajo como en su vida cotidiana, desarrollar conductas que eliminen las fuentes estresantes, adoptar estrategias asertivas, con actitudes positivas hacia el trabajo, trabajar mejor en lugar de trabajar más, con objetivos realistas, intentando hacer las mismas cosas de forma distinta para evitar el tedio y la rutina, alejarse de las relaciones verticales ‘nocivas’, crear hábitos de trabajo más agradable, buscar apoyo en compañeros y compañeras y saber desconectar cuando acaba la jornada laboral (Aguirre, 2011; AMYTS, 2014; Gálvez, Moreno y Mingote, 2013; Heras, Alonso y Gómez, 2017; UGT, 2011; Salanova y Soler, 2015; Vázquez, Pérez, Moreno, Arroyo y Suárez, 2010). También la Administración debe estar alerta y vehicular instrumentos y medios para evitar este riesgo (Solé, 2017).

5.4. En cuanto al *mobbing*

Es aconsejable socializar el problema, comunicarlo a los compañeros y a las personas que puedan ayudar (desde sindicalistas a comités de empresa, pasando por la inspección de trabajo), no aislarse con él, no sentirse culpable y evitar los pensamientos negativos. Por su parte, el hospital, ante el conocimiento de una de estas situaciones, debe adoptar las medidas pertinentes para acabar con el problema, dar confianza al acosado, garantizarle el respeto y la dignidad y, no estaría de más, preparar a los jefes de servicio y los propios médicos en habilidades de gestión de recursos humanos (Domínguez, Padilla, Domínguez y Domínguez, 2013; Park, Petersen y Sun, 2013; UMIVALE, 2015).

5.5. Referente a las relaciones personales

Se sabe que adecuados procesos de comunicación, con habilidades sociales incluidas, contribuyen a mejorar el ambiente en el trabajo y paliar en gran medida algunas de las características inherentes al *burnout* (Aksakal et al., 2016; Davidosn, et al., 2017; Keller y Price, 2013; Leal-Costa, et al., 2015).

6. UNA PROPOUESTA FORMATIVA (PREVENTIVA) BASADA EN LA INVESTIGACIÓN ACCIÓN

Finalmente, para hacer cumplimiento del **cuarto objetivo: *Diseñar un esbozo de propuesta formativa preventiva de trabajo colaborativo inspirada en la investigación-acción***, se pasa, a continuación a exponer la propuesta formativa.

¿Por qué una intervención de formación preventiva grupal? Durante este año, en el hospital donde trabajo estábamos tres compañeras embarazadas en lo que coloquialmente llamamos “la puerta de Urgencias”, y había otras dos en el interior, en diversas especialidades, pero también en Urgencias. Al comentar nuestras respectivas situaciones, todas teníamos los mismos problemas, que podían derivar en riesgos psicosociales, por lo que estimé que sería pertinente buscar una metodología que pudiese responder a todas en conjunto, implicándonos el grupo en la detección y búsqueda de posibles soluciones, aunque éstas fuesen coyunturales. Entonces, buscando posibilidades metodológicas, encontré que podía ser una buena alternativa la investigación-acción, de la que no tenía demasiada información, por lo que tuve que recurrir a los clásicos en esta temática.

Además de nuestras situaciones personales, se ha partido de evidencias mostradas por algunas investigaciones (AESST, 2012; UGT, 2011) que aseguran que menos del 20% de los médicos han recibido formación en prevención de riesgos psicosociales, a pesar de que casi el 90% declaran tener o haber tenido en su trabajo de Urgencias elevada carga mental, un 80% dice no tener demasiada autonomía para desarrollar su labor, cerca del 30% se ha sentido o se siente “quemado” y el 20% ha sufrido algún episodio de algún tipo de violencia en el trabajo. Tampoco dicen participar demasiado, a veces nada, en la organización del trabajo, y hay que recordar al respecto que el principio de la participación de los profesionales en la promoción y resolución de

problemas relacionados con su salud es tan poco discutido como aplicado, pero es indudable que el grado de *empowerment* de los profesionales constituye la clave para conocer el nivel de implicación del que se parte. Y no faltan argumentos sobre las virtualidades de la participación para vincular la salud los estilos de vida y el entorno en el que éstos desarrollan sus labores de trabajo. No obstante, esos estudios no especifican la situación en el caso de las médicas embarazadas que trabajan en Urgencias, sino que describen la situación a nivel general, pero parece bastante lógico pensar que las médicas en esas circunstancias tengan las mismas o muy parecidas características, incluso, por lo que se ha visto en el desarrollo de este trabajo, estas médicas presenten mayores niveles de carga mental, y más necesidad, por tanto, de formación en riesgos psicosociales.

Por otra parte, es sabido que la investigación es una función fundamental para la profesión médica, pero la realidad dice que son necesarias muchas más investigaciones en el segmento de la medicina preventiva laboral, sobre todo orientada a los riesgos psicosociales de los médicos de familia, y mucho más investigaciones con metodologías de las llamadas cualitativas. A pesar de las recomendaciones de organismos internacionales, como la Comisión Europea, a través de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud, la escasa aplicación de metodologías adecuadas, como las cualitativas, en materia de salud hace imprescindible desarrollar la investigación participativa en este ámbito. Efectivamente, si se pretende hacer realidad la participación de los ciudadanos en su salud, la traducción de ésta requiere metodologías que propicien esa participación; y, entre esas metodologías destaca la investigación-acción, de la que se habla a continuación.

Es generalmente aceptado que fue Kurt Lewin (1948), con su *intervención psicosocial*, quien puso los cimientos de la investigación-acción al intentar cambiar los comportamientos, costumbres y actitudes de individuos y poblaciones, así como mejorar las relaciones sociales e integrar mejor a los individuos con su entorno. Fue también Lewin quien empezó a generalizar la expresión *action-research* para describir un enfoque de investigación que intentaba recoger la tradición del modelo empírico-analítico para adaptarlo a los programas de acción social.

De ese modo, se entendió la investigación-acción como "el modo en que grupos de personas pueden organizar las condiciones en las que pueden aprender de su propia experiencia y hacen que esta experiencia sea accesible a otros" (Kemmis y McTaggart, 1992, p. 14). Es, por tanto, "actividad de comprensión y explicación de la praxis ejercida por grupos sociales, por sí mismos (con el apoyo de profesionales 'externos'), con la finalidad de mejorar dicha praxis" (Thirion, 1980, p. 109). Estas y otras definiciones de investigación-acción ponen de manifiesto que se trata de un proceso mediante el cual un grupo de personas toma parte directa en el análisis de su propia realidad y genera alternativas de transformación para mejorar sus situaciones; y esta es una actividad eminentemente psicoeducativa orientada a la mejora de las situaciones sociolaborales.

Con la investigación-acción se puede desarrollar un proceso inductivo, subjetivo, constructivo y generativo. Inductivo porque parte de los problemas psicosociales concretos que tienen las médicas de Urgencias embarazadas, expresados por ellas mismas, no de teorías científicas externas a la realidad que se vive y, en su caso, investiga; subjetivo porque su fin es comprender la realidad personal (subjetiva) de esas médicas en relación al impacto que sobre ellas tienen los riesgos psicosociales; es constructivo porque supone un proceso continuo de construcción y reconstrucción de la experiencia cotidiana de esas profesionales; y es generativo porque todo ello va generando procesos de búsqueda de soluciones a los problemas que les acaece (García, Morón, Sánchez y Camacho, 2009, p. 119). Otro de los grandes objetivos de la investigación-acción es proporcionar el dominio del propio proceso; por eso, en la investigación-acción adquiere máxima consideración el concepto *empowerment*, que fue definido por Wallerstein y Bernstein (1994) como "un proceso de acción social mediante el que los individuos y los grupos actúan para adquirir el control de su vida en un contexto de cambio de su entorno social y político" (p. 42). Valga como ejemplo alguna investigación (Saforcada, 2010) en la que se demostró que una intervención sobre alcoholismo, efectuada desde estos parámetros, obtuvo una eficacia del 75%.

De las características expuestas se deduce que la investigación-acción participativa es un instrumento muy apropiado para lograr uno de los objetivos (el cuarto) de este TFM. ¿Por qué?, porque si uno de los fines de éste es promover la toma de

conciencia de la propia realidad y la implicación en las actuaciones tendentes a modificarla según proyectos comunes, parece evidente que este método, en tanto que tiene como finalidad la obtención de conocimiento colectivo para aplicarlo en situaciones sociales, constituye la estrategia más adecuada.

En cuanto al proceso de investigación-acción, recordar y resaltar que para Kurt Lewin la investigación-acción implicaba un proceso de planificación, acción y evaluación (el ciclo completo se compone de exploración, planificación, acción y evaluación del resultado de la acción). A esta estructura llamó Lewin *peldaños en espiral*, que, lógicamente, comienza por los peldaños más accesibles; y no sólo se trata de mejorar una situación, sino de ir comprendiendo el proceso de mejora. Insistía también en que los planes fuesen flexibles, porque las prácticas sociales nunca pueden prever ni controlar todas las posibles variables. El modelo de Lewin ha sido matizado a lo largo de la historia. Por ejemplo, Elliot (1990) consideró que se debería permitir cambiar la idea general; la exploración inicial debería implicar no sólo el análisis, sino también una búsqueda de los hechos, y debería estar constantemente en la espiral de las actividades, más que aparecer sólo al principio. Por su parte, Kemmis y McTaggar (1992) estructuran el proceso de investigación-acción en dos ejes: uno estratégico constituido por la acción y reflexión, y otro organizativo, constituido por el análisis de la realidad y la planificación. Y otros autores han ido matizando el modelo de Lewin, hasta llegar a la metodología general aceptada, que es la denominada *circular*: un proceso cíclico de cinco fases: diagnóstico, planificación, acción, evaluación y definición de nuevos conocimientos. El círculo se cierra en *feed-back* cuando la definición de nuevos conocimientos lleva a plantear, otra vez, el diagnóstico. Cada uno de los pasos que se van dando es susceptible de análisis evaluativo de replanteamiento. Es lo que se llama *espiral dialéctica* entre la praxis y la teoría.

En todo caso, el enfoque preventivo en el caso que concierne a este TFM tiene una secuencia de acciones muy concreta: Identificar el riesgo psicosocial de las médicas de urgencias embarazadas; evaluarlo en sus circunstancias, dimensiones y consecuencias; intervenir, intentando eliminar o reducir la exposición a esos riesgos, teniendo en cuenta que alguno de ellos se intensifica en el embarazo; hacer seguimiento, evaluando la eficacia de la intervención y reajustar lo que sea necesario; todo ello inspirado en los principios de la acción enunciados en el art. 15 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

Para este TFM, siguiendo a diversos expertos en metodología y salud (Área, Parcerisa y Rodríguez, 2010; Astray *et al.*, 2015; Botello, *et al.*, 2013; Cofino, *et al.*, 2016; García, Morón, Sánchez, y Camacho, 2009; Giraudo y Chiarpenello, 2011 y 2012; González y Arias, 2015; Holgado, 2010; Martín y Jodar, 2011; Mori, 2008; Nebot, Pasarín, Canela, Sala y Escosa, 2016; Ramos, Pérez, Enguix, Álvarez y Martínez, 2013; Vega, 2012ab)..., se propone la siguiente metodología general, haciendo la salvedad de que es una de las muchas alternativas metodológicas que se pueden poner en marcha, pues en materia de salud no existe una única forma de intervenir, dados los múltiples ámbitos relacionados con la salud, pero que, con pequeñas variaciones, los elementos que se incorporan suelen estar presentes, de alguna manera en las intervenciones de este corte; no obstante lo cual, se espera que sea un referente muy útil para el objetivo cuarto de este TFM, que, se recuerda, era diseñar un esbozo de propuesta formativa preventiva de trabajo colaborativo inspirada en la investigación-acción.

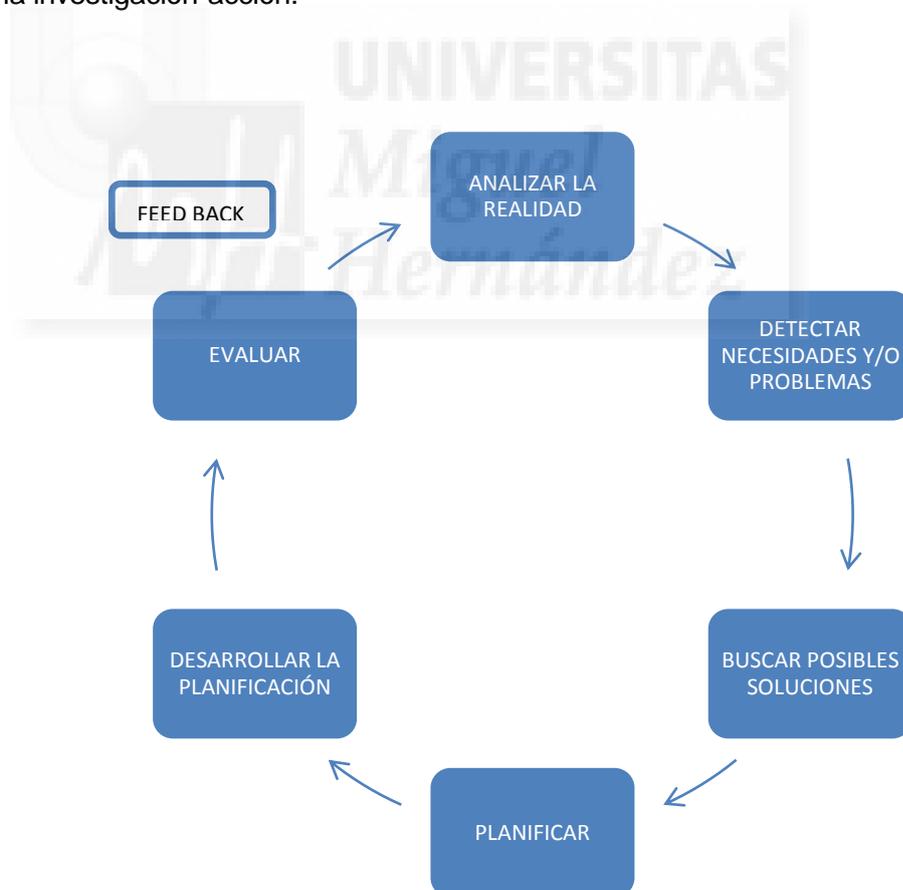


Figura 3. Esquema de la secuencia del proceso de investigación-acción.

Antes de analizar la realidad de las médicas de familia embarazadas que trabajan en Urgencias en los hospitales, se debe comenzar con una *fase de sensibilización-decisión*: es una premisa imprescindible y, por qué no decirlo, suele ser lo más difícil, ya que si esas médicas no perciben una situación como problemática, con riesgos psicosociales potenciales, difícilmente se implicarán en la búsqueda de soluciones y posterior desarrollo de las acciones pertinentes. Tras esta importante fase, se debe proceder a desarrollar toda la secuencia del proceso:

6.1. Análisis de la realidad. Reflexión inicial

Una vez sensibilizadas y comprometidas en las posibles soluciones, las médicas de familia embarazadas que trabajan en Urgencias de un hospital, es obvio que, si pretenden cambiar la realidad, primero deben conocerla, aunque no siempre se comienza por el análisis de una realidad antes de intervenir en ella y se ofrece a estas médicas charlas, informaciones y pretendidas formaciones descontextualizadas. Por el contrario, se debe partir de la identificación de las principales fuentes de información y recopilar los datos más relevantes de la situación laboral-saludable de los profesionales y del centro hospitalario para asentar la intervención formativa en situaciones reales. Así, es interesante tener en cuenta:

- a) ¿Cuál es la naturaleza del conocimiento que tienen las médicas embarazadas que trabajan en Urgencias?, ¿Cuáles son sus preocupaciones, problemas, necesidades, situación laboral y saludable?..., y se reflexiona sobre esas cuestiones. En un segundo momento, y dentro del mismo punto, se puede hacer una revisión de investigaciones anteriores sobre esos núcleos de interés. Todo esto irá arrojando luz al grupo de embarazadas con el que se está trabajando la intervención formativa-preventiva.
- b) Primera evaluación grupal.- Aquí se constatan los acuerdos y discrepancias entre los miembros del grupo de las médicas y los profesionales externos participantes (psicólogos, formadores especialistas), que juntos compondrán el grupo de trabajo.

- c) Institucionalización de discursos relevantes.- Ver si se puede identificar el modo que tienen las médicos de enfocar sus problemas de riesgos psicosociales, quién establece los mismos, cómo, por qué...
- d) Análisis inicial de actividades y prácticas relevantes.- En qué actividades se implican normalmente las médicos de Urgencias cuando están embarazadas, cuáles son desechadas por su situación de embarazo, qué argumentos dan para ello, quién les recomienda lo que deben y no deben hacer, qué papel desempeñan las médicos en ellas, qué papel juegan otras personas externas, etc.
- e) Relaciones sociales.- Se trata de estudiar las dinámicas existentes en un hospital, los fines de esas interacciones, cómo y con quiénes se relacionan los profesionales de la medicina (y con quiénes no), cómo se desarrollan las mismas, de qué manera influyen en la atmósfera general del trabajo.
- f) Organización.- Aquí interesa reflexionar sobre la estructura de gestión de los diferentes grupos de especialistas y del propio hospital de manera general, sobre todo, escrutando si hay colaboración, dependencia o, incluso, enfrentamientos, pero, sobre todo, si una vez embarazadas, las médicos de Urgencias tienen una consideración 'especial' por parte de la gerencia del hospital.
- g) Participación.- Cuál es el grado de participación e implicación de las médicos de urgencias, una vez que están embarazadas, en la gestión y desarrollo de la actividad hospitalaria.

Tras acabar estos pasos iniciales, hay una segunda reflexión general sobre todo lo expuesto anteriormente. Se trata de definir, grupalmente, la importancia de los riesgos psicosociales de las médicos de urgencias embarazadas, porque la definición de los mismos de manera colectiva es el inicio de la toma de conciencia de su existencia, y paso previo para acuerdos posteriores tendentes a paliarlos o eliminarlos. Las conclusiones de esta segunda reflexión serán el primer cimiento para la planificación

posterior. Es importante distinguir entre un 'diagnóstico' en el que se identifica un riesgo psicosocial, y otro más global en el que se hace referencia a un proceso estructural que tiene que ver con la gestión general en el hospital y las puesta en práctica de estrategias y procesos para mitigar los riesgos psicosociales de las médicas embarazadas que trabajan en Urgencias, incluyendo las relaciones entre compañeros y la organización del trabajo diario.

También se debe delimitar en este punto el marco de la investigación e intervención: ver el alcance de las actuaciones, los propósitos generales, al tiempo que se dibuje una previsión de las posibilidades y límites de esos propósitos; naturalmente, sin que esas posibles dificultades cercenen la iniciativa del grupo de trabajo.

Además, comúnmente es aceptado que el análisis de la realidad debe ser el paso inicial en cualquier estudio o investigación, y así se ha manifestado; sin embargo, lo que no suele decirse, ni por supuesto hacerse, es continuar ese conocimiento durante todo el proceso de intervención. Es un elemental y decisivo paso para el posterior *feed-back*. Y, para ello, nada mejor que hacer algo en lo que se insiste mucho: saber escuchar para que aflore el "verdadero y auténtico" diagnóstico y análisis de la realidad; y se hará mediante observación participante, coloquios, tertulias, entrevistas abiertas e informales, grupos de discusión, etc. Son técnicas cualitativas útiles para instrumentar estrategias de participación e investigación-acción.

6.2. Detectar necesidades y/o problemas

Como se ha visto, es muy importante comenzar por el conocimiento de las situaciones grupales y particulares porque, al hacer esta primera valoración, se están dejando entrever, además de los posibles problemas psicosociales, las carencias formativas que tienen las médicas de familia de Urgencias que están embarazadas, por ser una situación que, como se ha visto en otros capítulos, conlleva un plus de riesgo. Naturalmente, también es fundamental conocer la impresión que tienen estas médicas del estado organizativo del centro, porque uno de los errores frecuentes al iniciar una intervención de este tipo es pensar que sólo interesan los problemas de salud, y, aunque

evidentemente es importantísima la salud, las médicas embarazadas pueden tener, y de hecho los tienen, como se vio en los resultados, otros estresores diferentes que tienen que ver con la situación contractual, las horas de trabajo, el estrés, etc., por poner algunos ejemplos.

Por eso, dado que toda intervención formativa parte de una idea, una demanda o un problema, la detección de necesidades debe surgir del grupo con el que se trabaja, porque los problemas o necesidades se traducen pronto a demanda, pero teniendo en cuenta que las demandas o problemas no suelen presentarse de forma aislada, sino asociada a otras necesidades o problemas latentes o manifiestos. Igualmente, no todas las necesidades se transforman en demanda, ni todas las demandas implican verdaderas necesidades. También conviene tener en cuenta que ningún grupo de médicos debe ser considerado como una realidad homogénea, sino que hay intereses cruzados que influirán en el diagnóstico que se haga de ella.

De este modo, quizá la primera tarea que se deba emprender sea interactuar con el grupo de médicos con el que se va a realizar la experiencia para que afloren las necesidades latentes y/o manifiestas. También se debe considerar que identificar necesidades o problemas tiene que ver con los diferentes intereses presentes en los grupos y los particulares (además de los generales), con las condiciones y circunstancias en que se hagan las indagaciones y con la posibilidad de que se atisbe una solución en el horizonte. En cualquier caso, la detección, definición y enunciado de los problemas o necesidades debe hacerse de forma precisa en cuanto a su localización, magnitud, posibilidades y límites de solución.

6.3. Buscar posibles soluciones

Como se habrá detectado un grupo de problemas o necesidades, se tendrá que priorizar los mismos en función de su urgencia o importancia, teniendo en cuenta que los recursos, a veces, pueden ser limitados. En ese sentido, las prioridades en materia prevención de riesgos psicosociales en las médicas de familia embarazadas que trabajan en Urgencias vendrán determinadas, además de la importancia o urgencia de los problemas o necesidades detectados, por la factibilidad de una intervención, su posible

eficacia, la justificación de los costos..., pero, sobre todo, por el interés de la gerencia del hospital. Se trata, fundamentalmente, de recopilar los anteriores pasos y establecer un orden de prioridades. En este ajuste nos plantearemos la importancia del proyecto de acción y la relevancia del mismo para todos, no sólo para los profesionales que intervienen en el proceso, sino también para los ciudadanos, en los que también repercute el estado del médico que los trata.

La priorización suele presentar dificultades por los intereses cruzados y particulares dentro de un mismo grupo, pero es indudable que lo que no se debería hacer es priorizar con los criterios establecidos por el Banco Mundial en los años noventa del siglo pasado, cuando lanzó una herramienta (AVAD) basada en un solo indicador: el costo de las intervenciones, sin importar otras circunstancias, problemas, situaciones personales y grupales, etc. Tampoco la priorización supone el abandono de los demás problemas, simplemente, quedan aplazados para otro momento por ser más urgentes o importantes las que se emprenden primero.

Priorizados los problemas, hay que buscar posibles soluciones, y es un momento delicado e importantísimo. Es importante porque significa proponer respuestas a los interrogantes planteados en las fases anteriores, y es delicado y difícil porque las respuestas deben contar inexcusablemente con las propuestas del propio grupo. Por eso es necesario que estén claros los criterios en los que se basan las elecciones.

6.4. Planificar

La planificación es crucial ya que es ahí donde las dificultades de la intervención suelen manifestarse, sobre todo teniendo en cuenta que una intervención de este calibre es a largo plazo, porque los cambios duraderos requieren planificaciones que contengan todos los elementos susceptibles de cambio, desde las personas vistas individualmente hasta las propias organizaciones. No obstante ello, para motivar a los participantes, lo más oportuno es partir de actividades sencillas que aseguren la participación. Se asienta mucho más una intervención con objetivos iniciales modestos y realizables que con grandes objetivos utópicos, aunque no se descarten éstos como horizonte deseable.

De este modo, y a la luz de las reflexiones anteriores, en este momento del proceso hay una búsqueda de alternativas conducentes a la solución de los problemas y/o necesidades definidos como tales, considerando que no es posible solucionarlo todo a la vez, por lo que, como se dijo en el punto anterior, es necesario priorizar. En este sentido, es deseable que todas las médicas con las que planteamos la intervención puedan aportar posibles soluciones mediante el empleo de técnicas o estrategias de trabajo grupal cualitativo; y orientar las propuestas hacia la acción, hacia las estrategias más adecuadas para solucionar los problemas y necesidades. El qué se debe hacer dará pronto paso al quién, cuándo, dónde, cómo... Para ello se debe identificar las responsabilidades de cada persona en el plan de actuación, con lo que se hace necesaria una discusión sobre la pertinencia, idoneidad, etc., entre las acciones y los participantes: delimitar las estrategias, asignar tareas concretas y especificar las actividades, los tiempos y responsables de ejercerlas.

Es también importante la previsión de recursos: tanto los humanos como los materiales, deben ser previstos. Muchos proyectos fracasan, aún estando aparentemente bien diseñados, por no tener una adecuada previsión de recursos.

6.5. Desarrollar la planificación

Es evidente que no existe una forma de intervenir psico-socioeducativamente en salud, por lo que la flexibilidad debe estar presente en cada momento del proceso, ya que, generalmente, una intervención no se desarrolla como se diseñó, por lo que es conveniente anticipar las dificultades y establecer mecanismos que permitan modificar, en caso de necesidad, las actuaciones. La buena marcha de la intervención exige una atención constante y un sentido crítico para valorar la diversidad de elementos previsibles e imprevisibles. No obstante, para un adecuado desarrollo de la planificación, y salvando los inconvenientes que se pueden encontrar (porque una vez puesto en marcha el proceso de intervención, los participantes se encontrarán con sus propias limitaciones), se entiende que las actividades grupales serán las más pertinentes para una intervención participativa. Es verdad que los profesionales de la medicina están

acostumbrados a trabajar en programas de duración determinada, finalistas, que responden a necesidades concretas, pero la intervención que aquí se defiende es, sin embargo, un proceso continuo de implicación en todas sus fases, y no es conveniente apresurar este proceso.

En este punto se debe explicitar claramente el papel de los participantes: intentando siempre que, en la medida de lo posible, el protagonismo sea de las médicas, ya que normalmente se contará con profesionales concretos para tareas específicas. Supone desarrollar lo programado, teniendo en cuenta que las actividades no siempre pueden ser llevadas a cabo como se han planificado; como se ha dicho antes, hay muchos inconvenientes, imponderables y situaciones no previstas que aparecen sólo en la puesta en práctica. Por ello, es también ésta una etapa de recogida de información, anécdotas, etc., que surgen en la realización de actividades. Vendrá muy bien para la reflexión del punto siguiente y el cuestionamiento de los propios objetivos iniciales (el diario es una técnica muy apropiada para este momento metodológico). No se debe olvidar tampoco elaborar un sencillo informe con todos los datos que se han ido identificando y anotando durante la puesta en escena. Es aconsejable que dicho informe sea puesto en común con las demás personas participantes, pues, además de no esconderles nada, aumenta su confianza y se enriquece la visión de esta etapa.

6.6. Reflexión y propuestas de mejora

No se niegan las dificultades que entraña la evaluación de la intervención en salud, y más referida a riesgos psicosociales por la dificultad para objetivar éstos, pero hay que evaluar para saber hasta dónde se ha llegado con la intervención, y para poder establecer un adecuado *feed-back* con los resultados obtenidos. Pero las cosas no son tan simples, puesto que los objetivos de la intervención pueden ser modificados para adaptarse a las variaciones que la realidad laboral y social de las médicas de Urgencias embarazadas vayan imponiendo, lo que deja sin significado, en no pocas ocasiones, el intento de relacionar los resultados observados con los objetivos inicialmente establecidos.

De ahí que se entienda en este trabajo la evaluación como un medio para seguir obteniendo información válida y útil para saber qué ha pasado, pero también qué no ha pasado y se esperaba que hubiera pasado, lo que llevará a plantear propuestas que mejoren la situación; porque evaluar, como se ha dicho, no equivale tampoco a limitarse sólo a dar cuenta de resultados, sino que supone una base sólida para la toma de decisiones. Por eso es igualmente útil y conveniente interrogarse sobre el uso real que se hará de la evaluación, su finalidad, si responde a los intereses de las médicas implicadas o de personas externas.

En cuanto a los aspectos susceptibles de evaluar, en principio, se debe evaluar, al menos, la pertinencia y coherencia de la intervención (adecuación entre necesidades o problemas y objetivos planteados, así como las relaciones equilibradas entre todos los elementos del proceso), la eficacia (nivel de consecución de los objetivos) y eficiencia (relación entre los objetivos conseguidos con los recursos utilizados) y el impacto de la intervención, sus efectos en la población diana, en las médicas de familia embarazadas que trabajan en Urgencias, el grado de satisfacción de la misma en relación con la intervención psico-socioeducativa; en definitiva, si tiene utilidad, si contribuye a la mejora de la calidad de vida y del bienestar social de las médicas participantes, por lo que hay que reflexionar colectivamente sobre interrogantes tales como:

- ¿Han sido identificados los problemas?, ¿Se ha desarrollado un adecuado análisis de la realidad?, ¿Han sido expresadas las necesidades por las interesadas?
- ¿A quiénes se ha dirigido la intervención?, ¿Quiénes han sido afectados o influidos por ella, además de las médicas 'diana'?,
- ¿Aparecen problemas o necesidades no identificados anteriormente?
- Grado de aceptación del trabajo por el hospital (gerencia), participación, relaciones establecidas, intercomunicaciones antes y después de la intervención, etc.

- Características de los médicos participantes antes y después de la intervención, tipo de trabajo, adecuación al contexto, percepción de las tareas, papel que han jugado, técnicas y estrategias utilizadas...
- Comparar la situación general existente antes de la intervención con la que es percibida por los médicos después de la misma.
- Utilidad y utilización de los datos obtenidos y de las acciones realizadas...

En todo caso, hay que recordar que es típico, y casi tópico, afirmar que “cien cabezas son más objetivas que una”, es decir, cuando un grupo ha participado en todas las fases de un proceso de investigación de manera libre y democrática, lo que consensuan colectivamente tiene más valor que la pretendida objetividad derivada del trabajo individual de un experto. Es lo que se llama *verificación intersubjetiva*. Y hay que recordar que no se evalúa “por evaluar”, por el placer de hacerlo, sino que se hace buscando conocimiento aplicable, conocimiento capaz de modificar situaciones que el grupo ha identificado como problemáticas.

Tras estas reflexiones, se pasa otra vez al planteamiento inicial para el *feed-back*, para la retroalimentación: ver si los problemas estaban bien identificados, si había alguna situación problemática no identificada, si los objetivos eran o no adecuados para la mejora de la situación, si las actividades emprendidas estaban en consonancia con los objetivos... La evaluación debe llevar al planteamiento de propuestas de mejora, que, en definitiva, es lo que se pretende: conocer para actuar, que es la máxima de la investigación-acción.

7. LAS ESTRATEGIAS DE TRABAJO CUALITATIVO EN GRUPO COMO MODALIDAD FORMATIVA

En este capítulo se justificará la pertinencia del trabajo en grupo cualitativo como modalidad adecuada para desarrollar procesos de investigación-acción.

Si se sigue a Sternberg (1989), se considerará que en el ser humano hay tres tipos de inteligencia, cada uno de ellos manifestado en una etapa vital. Hay una inteligencia práctica aplicable a la resolución rápida de problemas; una inteligencia empírica que maneja posibilidades para relacionar los hechos, datos o acontecimientos y que tiene relación con la experiencia; y una inteligencia más crítica que evalúa la información y ‘se compromete’ en la acción. Pues bien, los dos últimos se van incrementando con la edad, cuestión que parece interesante para su aprendizaje porque da pistas sobre qué métodos y estrategias emplear con personas adultas (los comunicativos, dialógicos, cooperativos, cualitativos) y cuáles no se deben utilizar (los meramente instructivos y mecanicistas). Evidentemente, hacer que personas adultas pasen por el aro de las metodologías tradicionales infantiles e infantilizadas, es, cuanto menos, abocar al fracaso los aprendizajes de aquellas personas.

La OMS (1983) insistió en el enfoque participativo y adaptado a las necesidades de la población para que los ciudadanos adquiriesen mayores cotas de responsabilidad en su bienestar, utilizando para ello estrategias que no sólo se centrasen en el saber, sino también en el hacer. Y las estrategias grupales pueden ser, en este sentido, instrumentos metodológicos muy adecuados en educación y promoción de la salud. Sin embargo, aunque se va avanzando en la práctica de la promoción de la salud, en sus estrategias de pedagogía activa, aún predominan las actuaciones formativas para los médicos en las que prima la mera transmisión de información, aunque se haga en grupo, mediante charlas, más o menos participativas, con consejos informativos persuasivos,

con resultados generalmente bastante modestos. Por eso, aquí se apostará por el aprendizaje mediante trabajo cualitativo de grupo.

En general, el trabajo en grupo debe venir determinado por los objetivos comunes planteados por las médicas con las que se trabaja. Y se considerará a ese grupo como cooperativo cuando, además de objetivos comunes, haya una división de tareas entre los componentes del mismo para realizar según sus capacidades o destrezas. El inconveniente es que no todas participan de todo el proceso. Por eso, para que esta cooperación sea verdaderamente participativa es necesario, además, que todas participen de todo, que todas las médicas participen en el proceso global, y que haya corresponsabilidad grupal. Además, se entiende que un grupo es más cualitativo cuando hay democracia interna en el mismo y cuando el propio grupo se convierte en protagonista y responsable de todo el trabajo. De este modo, el trabajo en grupo, desde esta óptica, permite a las médicas protagonistas de la intervención construir conocimiento sobre los riesgos psicosociales que puede ser matizado o corregido inmediatamente, dando, por tanto, una validación personal y social a lo adquirido (Hernández-Díaz, Paredes-Carbonell y Marín, 2014).

Este trabajo grupal cualitativo es fundamental en el campo de la salud por la diversidad de roles y de perspectivas profesionales que pueden existir en los hospitales, que aportan una mirada desde la complejidad, no lineal, de los problemas y necesidades de un centro sanitario de esta índole, por lo que es muy pertinente una distribución adecuada de los roles que cada componente del grupo deberá desempeñar desde su posición profesional en el hospital. Ello redundará en el clima del trabajo grupal, que indudablemente influirá en el desarrollo de las intervenciones, como han demostrado algunos trabajos (Holgado, 2010): un mejor clima en el trabajo de grupo tiene un impacto positivo en los resultados y en la satisfacción de los componentes del grupo. No obstante, hay que hacer la salvedad de que en el trabajo en grupos semiautónomos para mejorar la autodeterminación de las médicas puede generar en algunas ocasiones, si las condiciones no son las adecuadas para el trabajo colectivo, competitividad entre los profesionales o sobrecarga de trabajo, lo que sería negativo para la formación preventiva (Vega, 2012b)

A modo de ejemplo, se insertan a continuación algunas de las muchas y variadas estrategias de trabajo grupal cualitativo que se pueden poner en práctica:

Para el análisis de la realidad

Se trata de construir en grupo información útil sobre la situación del hospital, sus aspectos relevantes, mediante una serie de cuestiones: "La situación administrativa y de gestión es..."; "Normalmente, los médicos se reúnen para..."; "Los problemas de salud de los facultativos podrían solucionarse si...", etc. Naturalmente, debe haber al final un apartado de libre expresión en el que, a modo de apéndice, el grupo pueda escribir lo que considere interesante. Una vez realizada la fase de información, se procede de la siguiente manera:

a) Proyectar un vídeo de 10-15 minutos sobre diversos aspectos del hospital: servicios, recursos, organización, etc.

b) Establecer un turno de intervenciones para que cualquier miembro del grupo comente aspectos generales o concretos de lo que se acaba de proyectar.

c) Entre todos, elaborar unas conclusiones sobre la situación.

d) A continuación, pasar dos o tres vídeos más sobre otros hospitales de la misma ciudad u otras localidades.

e) Volver a establecer el debate para ver en qué se diferencia el hospital de los demás, por qué, y cómo se podría hacer para conseguir un centro mejor, en donde los problemas psicosociales que afectan a la salud y calidad de vida sean abordados desde el apoyo mutuo y la solidaridad. El moderador hará unas conclusiones que someterá a la aprobación del grupo.

- Se elaboran las conclusiones finales.

- El siguiente paso será establecer estrategias de solución o modificación de

situaciones problemáticas.

Para construir conocimiento con los otros

Con esta estrategia se implica a todos con rapidez y eficacia. El procedimiento es muy sencillo:

a) Cada miembro del grupo piensa en los posibles riesgos psicosociales que se pueden dar en su práctica profesional y los escribe en un folio (5 minutos).

b) Por parejas, igual que en el punto anterior (5 minutos).

c) Cada pareja se une a otra y, los cuatro participantes detectan problemas o necesidades (10 minutos).

d) El cuarteto se transforma en grupos de ocho personas al unirse a otro cuarteto. Discuten durante 20 minutos sobre los mismos temas.

Se priorizan los problemas o necesidades. Para ello, el grupo debe buscar el consenso sobre las siguientes cuestiones: ¿Qué es lo más urgente y necesario?, ¿Por qué definen ciertos temas como prioritarios?, ¿Cuál puede ser la secuencia de desarrollo?, ¿Por dónde se debería empezar a trabajar las fases de este proceso? Una variante que puede simplificar la estrategia descrita consiste en pedir, desde el principio, que se escriban los tres riesgos psicosociales más importantes. Así, normalmente saldrán entre 3 y 6 problemas como importantes o urgentes, y no habrá necesidad de priorizar, pues todos ellos serán tan relevantes como para buscarles posibles soluciones.

Para buscar posibles soluciones a los problemas detectados

A tenor de los problemas detectados en la estrategia anterior, el grupo busca soluciones sin considerar las dificultades inmediatas para su concreción.

a) Se plantean los problemas que se pretende solucionar.

b) Se da un tiempo (5-10 minutos) para que cada miembro del grupo piense posibles soluciones al respecto, procurando no limitar su imaginación por la dificultad que pueda entrañar la realización de las mismas: lo que hoy parece imposible puede no serlo tanto pasado un tiempo.

c) Se hace una “lluvia de ideas”. Con esta técnica se estimula a los componentes del grupo para que propongan posibles soluciones o aporten puntos de vista sobre los problemas planteados, pongan en común el conjunto de esas ideas y lleguen a una síntesis, conclusiones o acuerdos comunes. El objetivo es permitir el máximo despliegue de la facultad creativa.

d) Se gradúan las posibles soluciones según su posibilidad de realización:

- Lo que se puede hacer ya.
- Lo que se puede hacer a medio plazo si se dan determinadas condiciones, identificando cuáles serían éstas.
- Lo que no se puede hacer ahora porque nos parece imposible o utópico, pero que mantenemos como horizonte para el futuro, intentando diseñar cómo sería esa situación ideal a la que pretendemos acceder.

Para cada posible solución se programan actividades concretas y se temporalizan en función de su urgencia o importancia, que no siempre lo urgente y lo importante coinciden.

Para evaluar

Finalmente una estrategia muy adecuada para la evaluación de un trabajo o acción de intervención, intentando recoger la máxima información de todos los participantes. Se procede de la siguiente manera:

a) Preparar cuatro bloques de cuestiones abiertas, cada bloque con cuatro o cinco preguntas.

b) Pedir al gran grupo que se divida en cuatro subgrupos de 4-5 personas. Una vez realizada esta división, deben elegir a un coordinador-portavoz.

c) Se entrega un bloque de preguntas a cada coordinador para que sean discutidas en los respectivos subgrupos, se elaboran conclusiones y se hagan todas las aportaciones que se estimen pertinentes, que serán recogidas por el coordinador-portavoz (durante 30 minutos).

d) Pasado ese tiempo, cada coordinador se queda con las conclusiones y aportaciones de su subgrupo, mientras que el resto de componentes de cada subgrupo rotan hacia los demás coordinadores, hacia la izquierda o hacia la derecha, pero ya se sigue siempre la misma dirección de rotación en los próximos movimientos. Al llegar los nuevos componentes de los subgrupos, cada coordinador deberá exponerles las conclusiones y anotaciones del subgrupo anterior a los compañeros que se incorporan. Con esta medida se evita que se vuelva a discutir sobre lo ya discutido, y se hace que se parta de las conclusiones recogidas para matizar, discrepar, etc. Por tanto, la duración de esta segunda agrupación será un poco menor que la anterior (unos 20 minutos). No rotan los coordinadores, y sí el resto, porque aunque parezca más dificultoso que se muevan muchos, al quedar en el mismo sitio el coordinador, lo convierte en anfitrión y 'dueño' de 'su' espacio. Así, los recibe en 'su' espacio, que es el que mejor domina psicológicamente, porque siempre hay algo de aturdimiento en quienes se mueven de un sitio a otro.

e) Hacer otra rotación de 20 minutos siguiendo las pautas anteriores.

f) Una última rotación para que todos, excepto los coordinadores, hayan pasado por todos los subgrupos y hayan tenido la oportunidad de aportar matices y observaciones a los cuatro bloques de preguntas (otros 20 minutos).

g) Hacer ahora dos grupos: por una parte, los coordinadores (porque sólo han estado discutiendo sobre un bloque de preguntas, el de su subgrupo) y, por otra parte, el resto de participantes. Procedemos de la siguiente manera: el grupo de coordinadores elabora unas conclusiones generales a partir de las exposiciones y debate de todas las conclusiones particulares recogidas en cada subgrupo; el resto del gran grupo tiene que organizarse y elegir un moderador y un secretario, éste último para anotar las conclusiones. El moderador abre un turno de propuestas de temas para que sean abordados (por supuesto, relacionados con la evaluación que se está haciendo), los anota y los somete a la discusión del grupo. El secretario deberá recoger las conclusiones de los debates.

h) La lectura de las conclusiones de los dos grupos, dará fin a la estrategia de trabajo grupal de evaluación.

Naturalmente, las estrategias grupales expuestas son sólo unos ejemplos mínimos de la gran cantidad y variedad que se pueden encontrar en la literatura especializada.

8. CONCLUSIONES

Una vez expuestos y analizados los resultados, y diseñada la estrategia de investigación-acción, se pasa a exponer las conclusiones más relevantes en función de los objetivos específicos planteados en el TFM:

Con **el primer objetivo** se pretendía hacer una búsqueda bibliográfica, documental y normativa sobre los riesgos psicosociales en el ámbito de la sanidad. Se ha realizado y fueron seleccionados 672 documentos *relacionados* con los descriptores, pero no siempre específicamente con los objetivos del trabajo, por lo que fueron cribados en virtud de la especificidad del contenido, utilizando el gestor EBLA y el método PICO; en ese sentido, las referencias finales del presente trabajo dan cuenta de ellos; pero hay que resaltar que en las referencias aparecen documentos anteriores al intervalo temporal; ello tiene su explicación porque se han encontrado materiales específicos sobre la temática que eran importantes aunque no estuviesen comprendidos en esos años estudiados. También es posible que, de haber hecho las búsquedas por riesgo, visto individualmente, la cantidad de material hubiera sido mucho mayor, pero eso habría hecho necesario hacer varias revisiones como la que se ha hecho, prácticamente una por cada riesgo buscado.

En cuanto al **segundo objetivo**, que era seleccionar y analizar los riesgos psicosociales más destacados en la bibliografía especializada de referencia, ha habido dificultades para encontrar material concreto sobre los riesgos psicosociales en las médicas embarazadas que trabajan en Urgencias, salvo algunas publicaciones genéricas con recomendaciones de organismos y algunos autores concretos, aunque sí se ha podido seleccionar mucho material y evidencias sobre riesgos psicosociales en las embarazadas, en general. El estrés, el *burnout* y el *mobbing* son las categorías más destacadas, y le siguen las condiciones del trabajo (sobre todo los turnos, cuando son nocturnos), los episodios de violencia verbal y física, la relación contractual y las relaciones personales; sorprendiendo que no apareciese entre esas categorías el acoso sexual como riesgo importante, aunque, dejando al margen otras consideraciones, en el caso de las médicas embarazadas, se pueda entender. Todos esos riesgos son potenciales portadores de enfermedades, alteraciones en los ritmos biológicos, trastornos psicológicos, físicos y

sociales que pueden incrementar las posibilidades de complicaciones en el embarazo, parto y lactancia, mucho más en las médicos de Urgencias. Y es de destacar que se ha observado prevalencia muy significativa de esos riesgos en médicos internos residentes (MIR) antes de acabar su periplo formativo en hospitales. Es igualmente destacable el riesgo emergente surgido de la ‘pasada’ crisis económica, por la precarización del empleo y sus consecuencias de todo tipo en los trabajadores de Sanidad, uno de los ámbitos donde ha habido más ‘recortes’.

En relación al **tercer objetivo**, orientado a exponer algunas propuestas que puedan paliar o eliminar los riesgos psicosociales en las médicos embarazadas que trabajan en Urgencias, en principio, se ha hecho hincapié en que es muy interesante que la propia médico participe activamente en la evaluación de su riesgo, así como en la definición de las medidas correctoras más adecuadas en función de su caso particular; y, para favorecer esa implicación, se recomienda que el servicio de prevención utilice las técnicas cualitativas, como los grupos de discusión o la entrevista y hacer una adecuada intervención psicosocial y formativa para implementar las medidas de concienciación, de entrenamiento y adaptación ante situaciones de riesgo, con medidas que contemplen un mayor control de los trabajadores sobre las demandas del trabajo y operen terapias de desactivación emocional (fundamental para las embarazadas por su elevada carga emocional durante el período de gestación), al tiempo que se desarrollan conductas que intenten eliminar los elementos estresantes, adoptando estrategias asertivas y actitudes positivas hacia el trabajo, alejándose de las relaciones verticales ‘nocivas’, crear hábitos de trabajo más agradable, buscar apoyo en compañeros y compañeras y saber desconectar cuando acaba la jornada laboral. En ese sentido, la propia Administración debe estar comprometida en el empeño, propiciando los medios para evitar los riesgos psicosociales; y los servicios de Urgencias deben contar con estas acciones preventivas, con grupos de psicólogos altamente preparados y especializados en estas cuestiones. E interesante son algunos estudios que hablan de que, a medida que se van igualando las condiciones de trabajo entre hombres y mujeres, las situaciones de riesgo suelen disminuir.

Finalmente, para hacer cumplimiento **del cuarto objetivo**, diseñar un esbozo de propuesta formativa preventiva de trabajo colaborativo inspirada en la investigación-acción,

en el trabajo se ha demostrado que un bajísimo porcentaje de médicos (menos del 20%) han recibido formación en prevención de riesgos psicosociales, a pesar de que casi el 90% declaran tener o haber tenido en su trabajo de urgencias elevada carga mental; y no faltan argumentos sobre las virtualidades de la participación activa para vincular la salud los estilos de vida y el entorno en el que éstos desarrollan sus labores de trabajo. Y, dado que en Urgencias hemos coincidido tres embarazadas en ‘la puerta’ y otras dos en el interior, se ha presentado la propuesta de investigación-acción por creer que es la mejor opción para conseguir el empoderamiento de las médicos en estas cuestiones tan importantes para su salud. Por otra parte, es sabido que la investigación es una función fundamental para la profesión médica, pero la realidad dice que son necesarias muchas más investigaciones en el segmento de la medicina preventiva laboral, sobre todo orientada a los riesgos psicosociales de los médicos de familia, y mucho más investigaciones con metodologías de las llamadas cualitativas. De las características expuestas de la investigación-acción se deduce que es una metodología muy apropiada para lograr los objetivos de este TFM. ¿Por qué?, porque si uno de los fines de esta metodología es promover la toma de conciencia de la propia realidad y la implicación en las actuaciones tendentes a modificarla según proyectos comunes, parece evidente que la investigación-acción, en tanto que tiene como finalidad la obtención de conocimiento colectivo para aplicarlo en situaciones concretas, creemos que constituye la estrategia más adecuada.

Como se ha venido exponiendo, son muchos y muy graves los riesgos psicosociales a los que se enfrenta una médico de Urgencias que desarrolla su labor estando en estado de gestación, lo que no quiere decir que sean inevitables, como se ha señalado en el apartado dedicado a las propuestas de mejora y/o solución, sobre todo en la propuesta formativa de prevención en grupo protagonizada por los propios profesionales de la medicina. Pero todas esas propuestas y medidas reflejadas en el trabajo tendrán menos validez si no hay una implicación de todos los sectores en su prevención: administraciones, profesionales, pacientes, etc.

REFERENCIAS

- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (AESST) (2012). *Documento marco*. Recuperado el 27-4-2018 de <http://www.osha.eu.int>
- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (AESST) (2015). Semana Europea para la seguridad y la salud en el trabajo. Recuperado el 30-4-2018 de <http://www.healthy-workplaces.eu>
- Aguirre, M. R. (2011). Valoración de carga mental y factores de riesgo psicosocial del trabajo en profesionales, técnicos y administrativos de un centro de rehabilitación de salud mental privado. *Terapia Ocupacional*, 17, 85-97.
- Aksakal, F., et al. (2016). Workplace physical violence, verbal violence, and mobbing experienced at a university hospital. *J. Med. Sci.*, 45(6), 1360-1368.
- Alfonso, C. L., Salcedo, C. y Rosat, I. (2012). *Prevención de riesgos laborales. Instrumentos de aplicación*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Alonso, E. y Pozo, C. (2011). La percepción del riesgo en la prevención de accidentes laborales. *Apuntes de Psicología*, 3, 1-7.
- AMYTS (2014). Riesgo laboral durante el embarazo. La prevención existe; la protección también. *RMM-Salud Laboral*, 12, 18-20.
- Ansoleaga, M. E. y Toro, J. P. (2010). Factores psicosociales laborales asociados a riesgo de sintomatología depresiva. *Salud de los Trabajadores*, 18(1), 7-16.
- Aranda, C., Zárate, M. B., Pando, M. M. y Sahún, F. J. E. (2010). Síndrome de *burnout*, variable sociodemográficas y laborales en médicos especialistas del hospital Valentín Gómez Farías. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 1(1), 12-16.
- Aranda, C., Pando, M. M., Salazar, J., Torres, T. M. y Aldrete, M. G. (2012). Factores de riesgo psicosociales incidentes en la salud de los médicos de familia en Guadalajara, México. *Revista Iberoamericana de Psicología, Ciencia y Tecnología*, 5(1), 45-54.
- Área, M., Parcerisa, A. y Rodríguez, J. (Eds.) (2010). *Materiales y recursos didácticos en contextos comunitarios*. Barcelona: Graó.
- Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT) (2016). *Guía clínica-laboral para la prevención de riesgos durante el embarazo, parto reciente y lactancia en el ámbito sanitario*. Recuperado el 23-4-2018 de <http://www.aeemet.com>
- Asociación de Mutuas (2008). *Guía médica para la valoración de riesgos laborales durante el embarazo y la lactancia*. Madrid: AMAT.
- Astray, L. et al. (2015). *¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud? De las reflexiones a las primeras intervenciones*. Madrid: semFYC e Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

- Bagozzi, R. P. (2010). Structural equation models are modelling tools with many ambiguities: Comments acknowledging the need for caution and humility in their use. *Journal of Consumer Psychology*, 20, 208-214.
- Bermejo, J. C. (2014). *Humanizar la asistencia sanitaria*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Best Start (2012). Workplace Reproductive Health. Research & Strategies. Recuperado el 12-4-2018 de <http://www.beststart.org/resources/wrkplc>
- Bethge, M. & Radoschewsky, F. M. (2010). Physical and psychosocial work stressors, health related control beliefs and work ability. *Panel of Employees*, 83, 241-250.
- Botello, B. et al. (2013). Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. *Gaceta Sanitaria*, 27(2), 180-183.
- Carrión, M., López, F. y Alpuente, L. (2010). Estudios cuantitativos sobre factores psicosociales de riesgo en profesionales de enfermería. *Waxapa*, 3, 27-33.
- Castañeda, A. E. y García de Alba, G. J. E. (2010). Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (*burnout*) en médicos de familia mexicanos: análisis de factores de riesgo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39, 67-84.
- CCOO (2011). *Guía básica de riesgos laborales específicos en el sector sanitario*. Valladolid: Junta de Castilla y León.
- CEE (1985). Directiva 92/85 sobre los agentes y condiciones de trabajo de las trabajadoras embarazadas. Bruselas.
- CEE (2000). Directiva 446/2000 sobre riesgos laborales en las trabajadoras embarazadas. Bruselas.
- Chiavenato, I. (2009). *Comportamiento organizacional. La dinámica del éxito en las organizaciones*. Madrid: McGraw Hill.
- Cobos, D. (2010). *Evidencias científicas bibliográficas sobre formación de trabajadores en Prevención de Riesgos Laborales*. Sevilla: INSHT.
- Cofino, R. et al. (2016). Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gaceta Sanitaria*, 30, 93-98.
- Costa, M. y López, E. (1996). *Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Pirámide.
- Davidson, J. E. et al. (2017). Guidelines for Family-Centred Care in the Neonatal, Pediatric and Adult ICU. *Critical Care Medicine*, 45(1), 103-128.
- De Silva, D. (2014). *Helping measure person-centred care*. London: The Health Foundation.
- De Witte, H., Helst, T. V. & De Cuiper (2013). Inseguridad laboral: revisión general de conceptos, antecedentes, consecuencias y moderadores. En B. Moreno y E. Garrosa (Eds.), *Salud laboral. Riesgos laborales psicosociales y bienestar laboral* (pp. 83-102). Madrid: Pirámide.
- Dirección General de Recursos Humanos de la CARM sobre instrucciones sobre las trabajadoras embarazadas. BORM de 11 de marzo de 2008.
- Domínguez, J. M., Padilla, I. Domínguez, J y Domínguez, M. (2013). Tipologías comportamentales en relación al burnout, mobbing, personalidad, autoconcepto y adaptación de conducta en trabajadores sanitarios. *Atención Primaria*, 45, 199-207.
- Elliot, J. (1990). *La investigación en la acción*. Madrid: Morata.
- ENGE (2009). *Encuesta Nacional de Gestión de Seguridad y Salud en las Empresas*. Madrid: INSHT.

- Escibá-Agiür, V., Artazcoz, L. & Pérez-Hoyos (2008). Effect of psychosocial work environment and job satisfaction on burnout síndrome among specialist physician. *Gaceta Sanitaria*, 22, 300-308.
- ESENER (2012). *European Survey of enterprises on new and emerging risks*. Luxembourg.
- FEMCVT (2015). Riesgos psicosociales en el trabajo. Recuperado el 23-4-2018 de <http://www.eurofound.eu.int>
- Fernández, M., González, J., Iríbar, C. y Peinado, J. M. (2017). Riesgos psicosociales y estrés como predictores del *burnout* en médicos internos residentes en servicios de Urgencias. *Gaceta Médica de México*, 153, 452-460.
- Figá-Talamanca, I. (2000). Reproductive problems among women health workers: Epidemiologic evidence and preventive strategies. *Epidemiol Review*, 22(2), 249-260.
- Gálvez, M., Moreno, B. y Mingote, J. C. (2013). *El desgaste profesional del médico. Revisión y guía de buenas prácticas*. Madrid: Díaz de Santos.
- Gálvez, M, Gómez, J. M. Martín, M. C. y Ferrero, M. (2017). Humanización de la sanidad y salud laboral: implicaciones, estado de la cuestión y propuesta del proyecto HUCI. *Medicina y Seguridad en el trabajo*, 63(247), 1-14.
- García, A., Morón, J. A. Sánchez, A. M. y Camacho, M. L. (2009). *Educación y promoción de la salud. Una mirada contextual*. Murcia: Diego Marín.
- García-Rodríguez, A., Gutiérrez, M., Bellón, J. A., Muñoz, C y Fernández, J. (2015). Entorno psicosocial y estrés en trabajadores sanitarios de la sanidad pública: diferencias entre atención primaria y hospitalaria. *Atención Primaria*, 47(6), 359-366.
- George, J. (2016). El mobbing como patología emergente de la relación salud-trabajo en el ámbito sanitario. Recuperado el 22-4-2018 de <http://www.scielo.org.pe>.
- Ghadar, A., Ronda, E., Nolasco, A., Álvarez, N. y Mateo, I. (2011). Exposure topsychosocial risks at work. *Stress Health*, 27, 170-176.
- Gil, P. (2009). Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud. *Revista Española de Salud Pública*, 83(2), 169-173.
- Gilbert-Quimet, M., Trudel, X., Brisson, C., Millot, A. & Vézina, M. (2014). Adverse effects of Psychosocial work factor son blood pressure. Review of studies on demand-control-support and effort-reward imbalance models. *Scan Work Environ Health*, 40, 109-132.
- Giraudó, N. y Chiarpenello, J. (2011). Educación para la salud basada en la comunidad. Primera entrega. *Evidencia*, 14(4), 142-148.
- Giraudó, N. y Chiarpenello, J. (2012). Educación para la salud basada en la comunidad. Segunda entrega. *Evidencia*, 15(1), 21-25.
- Gómez, V., Pérez, L. A., Feldman, L., Bajés, N. y Vivas, E. (2000). Riesgos de salud en mujeres con múltiples roles. *Revista de Estudios Sociales*, 6, 27-38.
- Gómez-Mascaraque, F. y Corral, E. (2009). *Apoyo psicológico en situaciones de emergencia*. Madrid: Arán.
- González, A. (2016). *Prevención de riesgos laborales en servicios de urgencia prehospitalaria*. Trabajo Fin de Máster. Elche: Universidad “Miguel Hernández”.
- González, A. C. y Arias, L. (2015). Contribuciones, evidencia de la investigación cualitativa a la salud comunitaria. *RqR. Enfermería Comunitaria*, 3(3), 7-18.

- González, J., Fernández, M., Molina, R., Blázquez, A., Guillén, J y Peinado, J. M. (2012). Psychosocial risk at work, self-perceived stress, and salivary cortisol level in a sample of emergency physicians in Granada. *Emergencias*, 24, 101-106.
- Grau, A. y Suñer, R. (2011). Síndrome de burnout y residentes: reflexiones sobre la magnitud del fenómeno. *Revista Clínica Española*, 211, 112-113.
- Häuser, J. A., Mojzisch, A., Niesel, M. & Schulz-Hard, S. (2010). Ten years on: A review of recent research on the job Demand-Control (Support) model and psychological well-being. *Work & Stress*, 24, 1-35.
- Heras, G., Alonso, A. & Gómez, V. A. (2017). A path for improving the humanisation of intensive care units. *Intensive Care Meds*, 43, 547-549.
- Hernández, T., Dávila, F., y Gafanhao, S. (2007). Situación de Salud. Una herramienta para la gerencia de postgrados. En D. González (Ed.), *Retos de la investigación en salud pública hoy* (pp. 61-70). Maracay (Venezuela): IAES.
- Hernández, J., Paredes, J. J. y Marín, R. (2014). Cómo diseñar talleres para promover la salud en grupos comunitarios. *Atención Primaria*, 46(1), 40-47.
- Hervás, A. (2011). La participación comunitaria en Salud y el trabajo social sanitario. *Documentos de Trabajo Social*, 50, 146-183.
- Hobel, C. & Culhane, J. (2003). Role of psychosocial and nutritional stress on poor pregnancy outcome. *J. Nutr.*, 133, 1709-1717.
- Holgado, D. (2010). *Preparación comunitaria y contextos de intervención social en salud*. Tesis Doctoral, Universidad de Sevilla.
- Houdmont, J., Kerr, R. & Addley, K. (2012). Psychosocial factors and economic recession: The Stormont study. *Occup Med*, 62, 316-327.
- Instituto Sindical del Trabajo (ISTAS) (2011). *Manual del método CoPsoQ -Istal21*.
- INSHT (2011). *Directrices para la evaluación de riesgos y protección de la maternidad en el trabajo*. Madrid: Ministerio de Empleo y Seguridad Social.
- ISSLRM (2009). *Protección de la maternidad. Ficha divulgativa 47*. Recuperado el 24-4-2018 de <http://www.carm.es>
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of the working life*. New York: Basic Book.
- Keller, S. & Price (2013). *Más allá del desempeño. Salud organizacional como máxima ventaja competitiva*. Madrid. LID.
- Kemmis, S. y McTaggart, R. (1992). *Cómo planificar la Investigación-Acción*. Barcelona: Laertes.
- Kon, A. A. et al. (2016). Defining futile and potentially inappropriate interventions. A policy statement from the Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. *Critical Care Medicine*, 44(9), 1769-1774.
- Kuusio, H., Heponiemi, T., Aalto, A. M., Sinervo, T. & Elovainio, M. (2012). Differences in well-being between GPs medical specialist, and private physicians. The role of psychosocial factors. *Health Service Review.*, 47, 68-85.
- Leal-Costa, C. et al., (2015). Las habilidades de comunicación como factor preventivo del Síndrome de Burnout en los profesionales de la salud. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 38(2), 213-223.
- Lewin, K. (1948). *Resolving Social Conflicts*. Nueva York: Harper.
- Ley Orgánica 14/1986 General de Sanidad. BOE nº 102, de 29 de abril.
- Ley Orgánica 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales. BOE nº 269, de 10 de noviembre.

- Ley Orgánica 39/1999 para la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. BOE nº 226, de 6 de noviembre.
- Ley 54/2003, de reforma del Marco Normativo de la Prevención de Riesgos Laborales. BOE nº 298, de 13 de diciembre.
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. BOE, nº 71 de 23 de marzo.
- Martín, P. (2011). *Riesgos psicosociales en personal sanitario hospitalario*. Tesis Doctoral, Universidad de Santiago de Compostela.
- Martín, A. y Jodar, G. (2011). *Atención Primaria de salud y atención familiar y comunitaria. Conceptos y materiales para docentes y estudiantes*. Madrid: Elsevier.
- Menéndez, E. (2002). De la reflexión metodológica a las prácticas. En F. Mercado, D. Gastaldo y C. Calderón (Eds.), *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud* (pp. 95-96). Guadalajara (Méjico): Universidad de Guadalajara.
- Montero, N. J., Rivera, P. y Araque, R. A. (2013). El modelo demandas-control-apoyo y su relación con el riesgo percibido de enfermedad-accidente. *Revista Internacional de Sociología*, 71(3), 643-668.
- Moreno, B. (2014). Los riesgos laborales psicosociales: marco conceptual y contexto socio-económico. *ORP Journal*, 1, 4-18.
- Moreno, B. y Báez, C. (2010). *Factores de riesgo psicosociales. Formas y consecuencias, medidas y buenas prácticas*. Madrid: Servicio de Publicaciones de la Universidad Autónoma e INSHT.
- Moreno, B. y Rodríguez, R. (2013). Sociología de la salud laboral. En B. Moreno y E. Garrosa (Eds.), *Salud laboral. Riesgos laborales psicosociales y bienestar laboral* (pp. 51-56). Madrid: Pirámide.
- Moreno, B., Gálvez, M., Rodríguez, R. & Sanz, A. I. (2012). A study of physicians' intention to quit: The role of burnout, commitment and difficult doctor-patient interactions. *Psicothema*, 24(2), 263-270.
- Mori, M. P. (2008). Una propuesta metodológica para la intervención comunitaria. *Liberabit*, 14(14), 81-90.
- Moss, M., Good, V. S., Gozal, D., Kleinpell, R & Sessler, C. N. (2016). An Official Critical Care Societies Collaborative Statement: Burnout Syndrome in Critical Care Healthcare Professionals: A call for Action. *Critical Care Medicine*, 44(7), 1444-1421.
- Nebot, C., Pasarín, M., Canela, J., Sala, C. y Escosa, A. (2016). La salud comunitaria en los equipos de Atención Primaria: objetivo de dirección. *Atención Primaria*, 48(10), 642-648.
- Nieuwenhuijsen, K., Bruinvels, D. & Fring-Dresen, M (2010). Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review. *Occup. Med.*, 60, 277-286.
- OIT (1984). Psychosocial Factors at Work: Recognition and Control. Recuperado el 12-4-2018 de <http://www.who.int/publication>
- OIT (1998). *Enciclopedia de seguridad y salud en el trabajo*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- OIT (2014). *Riesgos laborales psicosociales en sanidad*. Recuperado el 12-4-2018 de <http://www.ilo.org/public/spanish/index.htm>
- OMS (1948). *Carta fundamental de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra.

- OMS (1983). *Nuevos métodos en educación sanitaria en la Atención Primaria de Salud. Informe Técnico 690*. Ginebra.
- OMS (1986). *1ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Salud para todos*. Carta de Ottawa. Ginebra.
- OMS (1988a). *2ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Declaración de Adelaida*. Ginebra.
- OMS (1988b). *Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud*. Ginebra.
- OMS (1997). *4ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Declaración de Yakarta*. Ginebra.
- OMS (1999). *Estrategia de salud para todos en el siglo XXI*. Ginebra.
- OMS (2009). *7ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Declaración de Nairobi*. Ginebra.
- OMS (2016). *9ª Conferencia Mundial de Promoción de la salud*. Shanghai (China).
- Park, N., Petersen, C. & Sun, J. K. (2013). La psicología positiva: investigaciones y aplicaciones. *Terapia Psicológica*, 31(1), 11-19.
- Pérez, Mª J., Echauri, M., Ancizu, E. y Chocarro, J. (2006). *Manual de Educación para la Salud*. Pamplona: Gobierno de Navarra.
- Picón, M. (2017). *Riesgos laborales durante el embarazo en el puesto de trabajo de matrona de atención especializada*. Trabajo Fin de Máster. Elche: Universidad “Miguel Hernández”.
- Ramón y Gándara, M. y González, J. (2004). *El médico con burnout. Conceptos y habilidades prácticas para el médico de familia*. Madrid: IM&C.
- Ramos, J. A., Pérez, A., Enguix, N., Álvarez, C. y Martínez, M. L. (2013). Diagnóstico comunitario mediante técnicas cualitativas de las expectativas y vivencias en salud de una zona necesitada de transformación social. *Atención Primaria*, 45(7), 358-367.
- Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el reglamento de los Servicios de Prevención. BOE, nº 27 de 31/01/1997.
- Real Decreto 780/1998, de 30 de abril, por el que se modifica el Real Decreto 39/1997. BOE nº 104, de 1 de mayo.
- Real Decreto 2/2005 por el que se aprueba el texto refundido del Estatuto de los Trabajadores. BOE nº 196, de 31 de diciembre.
- Real Decreto 298/2009, de 7 de marzo, por el que se modifica el 39/1997. BOE nº 57 de 07/03/2009.
- Real Decreto 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido del Estatuto de los trabajadores. BOE nº 255, 24/10/2015.
- Rodríguez, J. J. y Baena, J. M. (Ed.) (1996). *Medicina Familiar y Comunitaria. Guía de formación de especialistas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y Ministerio de Educación y Cultura.
- Roel, J. M. (2011). Riesgos laborales en atención primaria. Recuperado el 27-4-2018 de <http://www.elmedico interactivo.com>
- Saforcada, E. (2010). Acerca del concepto de Salud Comunitaria. *iT. Salud Comunitaria y Sociedad*. 1(1), 7-19.
- Salanova, M. y Soler, C. (2015). Hacia una prevención positiva de los riesgos psicosociales. *Revista de Prevención de Riesgos Laborales*, 36, 24-30.
- Sánchez, S., Medina, J. L. Mendoza, B., Ugarte, A. I. y Martínez de Albéniz, M. (2015). Investigación acción participativa; la educación para el autocuidado del adulto maduro, un proceso dialógico y emancipador. *Atención Primaria*, 47(9), 573-580.

- Siegrist, J. & Junge, A. (1990). Measuring the social dimension of subjective health in chronic illness. *Psychother Psychosom*, 54, 90-98.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2008). *Orientaciones para la valoración del riesgo laboral y la incapacidad temporal durante el embarazo*.
- Solé, D. (2017). Empresa saludable: ¿destino o carrera de fondo? *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 20(2), 78-79.
- Standing, G. (2011). *El precariado. Una nueva clase social*. Barcelona: Pasado y Presente.
- Stansfeld, S. & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health. *Scand Work Environ Health*, 32, 443-462.
- Sternberg, R.J. (1989). *Inteligencia humana*. Barcelona: Paidós.
- Thirion, A. M. (1980). *Tendances actuelles de la recherche action*. Liège: Université de Liège.
- Trujillo, H. M. y González-Cabrera, J. (2007). Propiedades psicométricas de la versión española de la Escala de estrés percibido (EEP). *Psicología Conductual*, 15, 457-477.
- UMIVALE (2015). *Código de buenas prácticas preventivas en el sector sanitario*. Madrid: Ministerio de Empleo y Seguridad Social.
- UGT (2011). *Guía de prevención de riesgos psicosociales en el sector sanidad*. Madrid: Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales.
- UGT (2016). *Incidencia de los riesgos psicosociales en el sector de la Atención Primaria*. Madrid: Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales.
- Vargas, W. (2006). *Atención Primaria de Salud en acción*. San José (Costa Rica): EDNASSS.
- Vázquez, D. A. J., Pérez, C. D., Moreno, R. R. M., Arroyo, Y. F. y Suárez, D. J. M. (2010). Factores psicosociales motivacionales y estado de salud. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 56, 12-21.
- Vicente-Abad, M. A. y Díaz, C. (2011). *Síntesis de la evidencia científica relativa a los riesgos laborales en trabajadoras embarazadas (período 2000-2011)*. Madrid: INSHT.
- Vega, S. (2012a). *Intervención psicosocial en prevención de riesgos laborales : principios comunes (I)*. Madrid : INSHT, NTP 944.
- Vega, S. (2012b). *Intervención psicosocial en prevención de riesgos laborales : principios comunes (II)*. Madrid : INSHT, NTP 945.
- Villalobos, G. (2004). Vigilancia epidemiológica de los factores psicosociales. Aproximación conceptual y valorativa. *Ciencia y Trabajo*, 6(14), 197-201.
- Wallerstein, N. & Berstein, E. (1994). Introduction to Community empowerment, Participatory Education and Health. *Health Education Quarterly*, 21(2), 141-148.
- Welp, A. Meier, L. L. & Manser, T. (2016). The interplay between teamwork, clinician's emotional exhaustion, and clinician-rated patient safety: a longitudinal study. *Critical Care Medicine*, 20, 110-120.

