



MEDICINA y SEGURIDAD *del trabajo*

INTERNET

EDITORIAL

La Formación de los profesionales sanitarios en prevención de riesgos laborales.

Ascensión Bernal Zamora, Jerónimo Maqueda Blasco 195-197

ARTÍCULOS ESPECIALES

Aspectos antropológicos empresariales.

Marcos de Antonio García 198-199

ORIGINALES

Metanálisis: Relación entre factores psicosociales en el trabajo y absentismo laboral.

Josep M.ª Molina Aragonés 200-219

Promoción de la salud en los lugares de trabajo: Teoría y realidad.

Alba Idaly Muñoz Sánchez 220-225

El paciente que padece un trastorno de personalidad en el trabajo.

Macarena Gálvez Herrer, José Carlos Mingote Adán, Bernardo Moreno Jiménez 226-247

REVISIONES

Neuropatía compresiva del nervio interóseo posterior a nivel del codo (Síndrome de la arcada de Frohse) ¿Debe incluirse en el listado de enfermedades profesionales?

Raúl Jesús Regal Ramos 248-256

220

Tomo 56 - julio - septiembre 2010 - 3º Trimestre
Ministerio de Ciencia e Innovación
Med Seg Trab Internet 2010; 56 (220): 186-256
Instituto de Salud Carlos III
Fundada en 1952
Escuela Nacional de Medicina del Trabajo
ISSN: 1989-7790
<http://scielo.isciii.es>
NIPO: 477-10-063-5
<http://infosaludlaboral.isciii.es>



Ministerio de Ciencia e Innovación

Escuela Nacional de
Medicina del Trabajo

Instituto
de Salud
Carlos III

SUMARIO

EDITORIAL

La Formación de los profesionales sanitarios en prevención de riesgos laborales.

Ascensión Bernal Zamora, Jerónimo Maqueda Blasco 195-197

ARTÍCULOS ESPECIALES

Aspectos antropológicos empresariales.

Marcos de Antonio García 198-199

ORIGINALES

Metanálisis: Relación entre factores psicosociales en el trabajo y absentismo laboral.

Josep M.ª Molina Aragonés 200-219

Promoción de la salud en los lugares de trabajo: Teoría y realidad.

Alba Idaly Muñoz Sánchez 220-225

El paciente que padece un trastorno de personalidad en el trabajo.

Macarena Gálvez Herrer, José Carlos Mingote Adán, Bernardo Moreno Jiménez 226-247

REVISIONES

Neuropatía compresiva del nervio interóseo posterior a nivel del codo (Síndrome de la arcada de Frohse) ¿Debe incluirse en el listado de enfermedades profesionales?

Raúl Jesús Regal Ramos 248-256

ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA DEL TRABAJO DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III

Directora: Ascensión Bernal Zamora

Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

Director Adjunto: Jerónimo Maqueda Blasco

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

COMITÉ EDITORIAL

Redactor Jefe: Jorge Veiga de Cabo

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

Redactor Adjunto: Marcelo José D'Agostino

Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).
Washington DC. USA.

MIEMBROS

Guadalupe Aguilar Madrid

Instituto Mexicano del Seguro Social. Unidad de Investigación de Salud en el Trabajo. México.

Juan Castañón Álvarez

Jefe Estudios Unidad Docente. Comunidad Autónoma Asturias. Asturias. España.

Valentina Forastieri

Programa Internacional de Seguridad, Salud y Medio Ambiente (Trabajo Seguro)
Organización Internacional del Trabajo (OIT/ILO). Ginebra. Suiza.

Clara Guillén Subirán

Ibermutuamur. Madrid. España.

Rosa Horna Arroyo

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. España.

Juan Antonio Martínez Herrera

Unidad Equipo Valoración Incapacidades. Madrid. España.

Hector Alberto Nieto

Cátedra de Salud y Seguridad en el Trabajo
Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Argentina.

António Neves Pires de Sousa Uva

Escola de Saude Pública. Universidad Nova de Lisboa. Lisboa. Portugal.

M^a Luisa Rodríguez de la Pinta

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid. España.

José María Roel Valdés

Sector Enfermedades Profesionales. Centro Territorial INVASSAT. Alicante. España.

Carlos José Saldanha Machado

Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz). Ministerio de Salud. Río de Janeiro. Brasil.

Secretaria: Rosa María Lanciego Martín

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

COMITÉ CIENTÍFICO

Enrique Alday Figueroa

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo. Madrid. España.

Fernando Álvarez Blázquez

Instituto Nacional de la Seguridad Social. Madrid. España.

Francisco Jesús Álvarez Hidalgo

Unidad Salud, Seguridad e Higiene del Trabajo. Comisión Europea. Luxemburgo.

Carmen Arceiz Campos

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital de La Rioja. Logroño. España.

César Borobia Fernández

Universidad Complutense de Madrid. Madrid. España.

Ricardo Burg Ceccim

Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasil.

María Dolores Carreño Martín

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

Fernando Carreras Vaquer

Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid. España.

Amparo Casal Lareo

Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi. Florencia. Italia.

Covadonga Caso Pita

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España.

Rafael Castell Salvá

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Palma de Mallorca. España.

María Castellano Royo

Facultad de Medicina. Granada. España.

Luis Conde-Salazar Gómez

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

Francisco Cruzet Fernández

Ex-Jefe del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España.

Juan Dancausa Roa

MEDYCSA. Madrid. España.

Juan José Díaz Franco

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Madrid. España.

Elena de la Fuente Díez

Consorcio Hospital General Universitario. Valencia. España.

Francisco de la Gala Sánchez

Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo. Madrid. España.

María Fe Gamó González

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Madrid. España.

María Ángeles García Arenas

Servicio de Prevención y Salud Laboral. Tribunal de Cuentas. Madrid. España.

Fernando García Benavides

Universidad Pompeu-Fabra. Barcelona. España.

Manuela García Cebrían

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital de la Princesa. Madrid. España.

Vega García López

Instituto Navarro de Salud Laboral. Pamplona. España.

Juan José Granados Arroyo

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid). España.

Felipe Heras Mendaza

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Madrid. España.

Rafael Hinojal Fonseca

Universidad de Oviedo. España.

Juan Felipe Hunt Ortiz

Oficina de la Organización Internacional del Trabajo en España. Madrid. España.

Emilio Jardón Dato

Instituto Nacional de la Seguridad Social. Madrid. España.

Adolfo Jiménez Fernández

Organización Iberoamericana de la Seguridad Social. Madrid. España.

Cuauhtémoc Arturo Juárez Pérez

Instituto Mexicano del Seguro Social. Unidad de Investigación de Salud en el Trabajo. México.

Francisco Marqués Marqués

Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.

Gabriel Martí Amengual

Universidad de Barcelona. Barcelona. España.

Begoña Martínez Jarreta

Universidad de Zaragoza. Zaragoza. España.

Isabel Maya Rubio

Mutua Universal. Barcelona. España.

Luis Mazón Cuadrado

Hospital de Fuenlabrada. Madrid. España.

Guillermo Muñoz Blázquez

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid). España.

Clotilde Nogareda Cruixat

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo. Barcelona. España.

Pilar Nova Melle

Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). Madrid. España.

María Concepción Núñez López

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital La Paz. Madrid. España.

Elena Ordaz Castillo

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

Carmen Otero Dorrego

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital General de Móstoles. Móstoles (Madrid). España.

Cruz Otero Gómez

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid). España.

Francisco Pérez Bouzo

Prevención & Salud. Santander. España.

Félix Robledo Muga

Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.

Carlos Aníbal Rodríguez

Superintendencia de Riesgos del Trabajo. Buenos Aires. Argentina.

Josefa Ruiz Figueroa

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

Pere Sant Gallén

Escuela de Medicina del Trabajo de la Universidad de Barcelona. Barcelona. España.

Javier Sanz Valero

Dirección General de Salud Pública. Gandía (Valencia). España.

Dolores Solé Gómez

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo. Barcelona. España.

José Ramón Soriano Corral

Mutua Universal. Madrid. España.

Julio Vadillo Ruiz

Grupo MGO. Madrid. España.

Rudolf Van Der Haer

MC Mutual. Barcelona. España.

Javier Yuste Grijalva

Ex-Jefe del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España.

Marta Zimmermann Verdejo

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo. Madrid. España.

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo del ISCIII
Pabellón, 8 – Facultad de Medicina – Ciudad Universitaria – 28040 Madrid. España.

Indexada en

OSH – ROM (CISDOC) Organización Internacional del Trabajo (OIT)
IBECs, Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud
IME, Índice Médico Español
SciELO (Scientific Electronic Library Online)
Dialnet
Latindex
Portal de Revistas Científicas. BIREME.OPS/OMS

Periodicidad

Trimestral, 4 números al año.

Edita

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo
Instituto de Salud Carlos III
Ministerio de Ciencia e Innovación



NIPO: 477-10-063-5

Diseño y maquetación: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado

<http://www.scielo.org>

<http://scielo.isciii.es>

<http://infosaludlaboral.isciii.es>

NORMAS DE PUBLICACIÓN

La Revista de Medicina y Seguridad del Trabajo nace en 1952, editada por el Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo. Actualmente y desde 1996, es editada por la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo del Instituto de Salud Carlos III. A partir de 2009 se edita exclusivamente en formato electrónico (Scientific Electronic Library-SciELO <http://www.scielo.org> y <http://scielo.isciii.es>, Directory Open Access Journals-DOAJ - <http://www.doaj.org/> y Portal de Salud y Seguridad del Trabajo <http://infosaludlaboral.isciii.es>)

Publica trabajos Originales, Actualizaciones y/o Revisiones, Casos Clínicos, Perspectivas, Editoriales, Cartas al Director, Artículos de Recensión y Artículos Especiales, redactados en español o inglés y referidos a todos los aspectos científicos o de especial relevancia socio-sanitaria, relacionados con la medicina del trabajo y la salud laboral.

1.- TIPOS DE MANUSCRITOS

1.1.- Artículos Originales

Se consideran artículos originales aquellos trabajos de investigación cuantitativa o cualitativa relacionados con cualquier aspecto del campo sanitario relacionado con las áreas de estudio de la revista.

1.2.- Actualizaciones y revisiones

Trabajos de revisión de determinados temas que se consideren de relevancia en la práctica médica, preferentemente con carácter de revisiones sistemáticas.

1.3.- Casos clínicos

Descripción de uno o más casos por su especial interés debido a su especial aportación al conocimiento científico o por su extrañeza, entre otros motivos.

1.4.- Perspectivas

Artículos que, a juicio o invitación expresa del Comité Editorial, desarrollen aspectos novedosos, tendencias o criterios, de forma que puedan constituir un enlace entre los resultados de investigación, los profesionales sanitarios y la sociedad científica.

1.5.- Editoriales

Artículos escritos a solicitud del Comité Editorial sobre temas de interés o actualidad.

1.6.- Cartas al Director

Observaciones o comentarios científicos o de opinión sobre trabajos publicados en la revista recientemente o que constituyan motivo de relevante actualidad.

1.7.- Artículos de recensión

Comentarios sobre libros de interés o reciente publicación. Generalmente a solicitud del Comité Editorial, aunque también podrán ser considerados los enviados espontáneamente.

1.8.- Artículos especiales

El Comité Editorial podrá encargar para esta sección, trabajos de investigación u opinión que considere de especial relevancia. Aquellos autores que deseen colaborar en esta sección deberán solicitarlo previamente al Comité Editorial, enviando un breve resumen y consideraciones personales sobre el contenido e importancia del tema.

2.- REMISIÓN DE MANUSCRITOS

2.1- Criterios generales y política editorial

El envío de un manuscrito a la revista implica que es original y no ha sido publicado en formato impreso o electrónico, ni se encuentra en trámite de evaluación para ser publicado en cualquier medio de difusión. En caso de que el manuscrito o parte de su contenido hubiese sido publicado previamente en algún medio de difusión, en formato papel o electrónico, deberá ser puesto en conocimiento del Comité de Redacción de la revista, proporcionando copia de lo publicado.

Es responsabilidad de los autores la obtención de todos los permisos necesarios para reproducción de cualquier material protegido por derechos de autor o de reproducción, en cuyo caso, los autores deberán referirlo en la carta de presentación y acompañarán al manuscrito carta original que otorgue el permiso, en la que se especifique con exactitud el cuadro, figura o texto al que hace referencia.

En los trabajos que hayan sido financiados parcial o totalmente por alguna institución pública o privada, el autor principal o autores deberán hacerlo constar en su carta de presentación, especialmente en aquellos casos en los que sea condición necesaria que se haga mención explícita a esta circunstancia en su publicación como artículo.

Cuando se presenten para publicación estudios realizados con seres humanos, deberá nacerse constar de forma explícita que se han cumplido las normas éticas del Comité de Investigación o de Ensayos Clínicos correspondiente a la declaración de Helsinki (<http://www.wma.net/s/index.html>).

La Revista de Medicina y Seguridad del Trabajo se reserva todos los derechos legales de reproducción del contenido, lo que es aceptado implícitamente por los autores en el momento de envío de los manuscritos para su publicación en la revista. En el caso de artículos aceptados para publicación, no se devolverán los soportes físicos en los que fueron enviados. Los trabajos no aceptados serán devueltos a la dirección del representante del artículo.

Por cada trabajo publicado, la revista Medicina y Seguridad del Trabajo, enviará gratuitamente al primer autor y cada uno de los firmantes, tres ejemplares hasta un máximo de diez autores.

El Comité de Redacción de la revista no se hace responsable de los resultados, afirmaciones, opiniones y puntos de vista sostenidos por los autores en sus diferentes formas y modalidades de intervención en la revista.

La remisión de manuscritos a la revista supone la aceptación de todas las condiciones referidas.

2.2.- Formas de envío

Los autores podrán enviar sus manuscritos acompañados de una carta de presentación, dirigiéndose al Comité de Redacción de la Revista, en cualquiera de las modalidades, por correo postal a la dirección: Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Pabellón 8, Ciudad Universitaria, 28040 Madrid (Spain) o mediante envío electrónico a revistaenmt@isciii.es.

En caso de remitirlo por correo postal, deberá enviarse una copia en papel, especificando el tipo de trabajo que se envía, acompañada de una copia en formato electrónico y carta firmada por todos los autores del trabajo, en la que expresen su deseo de publicación del trabajo en la revista.

En caso de optar por remitir los manuscritos a través de correo electrónico, se incluirá copia del manuscrito completo en formato electrónico, firma electrónica de todos los autores manifestando su deseo de que sea publicado en la revista. Cuando esta opción no sea posible, cada autor firmante enviará un correo electrónico declarando su deseo de publicación del trabajo en la revista.

2.3.- Carta de presentación

La carta de presentación deberá indicar el tipo de artículo que se remite, acompañado de una breve descripción del mismo y, en opinión de los autores, la relevancia que presenta, así como el nombre completo, dirección postal y electrónica, teléfono e institución del autor principal o responsable de la correspondencia.

En ningún caso serán aceptadas para publicación publicaciones redundantes y deberán hacer constar que se trata de un trabajo original, que no se encuentra publicado o en proceso de revisión en ninguna otra revista.

En el caso de que el trabajo haya sido total o parcialmente publicado previamente, harán constar esta circunstancia y deberá acompañarse copia de lo publicado.

Además, y siempre que la ocasión lo requiera, en la carta de presentación deberán constar todos aquellos aspectos de especial importancia sobre normas de publicación, prestando especial atención a los aspectos de autoría, publicación previa, permisos de autorización de materiales con derechos de autor, financiación y normas éticas, especificados en el punto 2.1.

El artículo se encontrará estructurado en las siguientes secciones: página del título, resumen y palabras clave, abstract en inglés, texto, bibliografía, tablas, notas de tablas, figuras, pies de figuras, anexos, agradecimientos y menciones especiales (en caso de que proceda).

2.4.- Página del Título

En la página del título se relacionarán siguiendo el orden establecido, los siguientes datos:

- Título del artículo deberá enviarse el título en *Español* y en *Inglés*, deberá procurarse no exceder, en lo posible, en más de 10 palabras, y en ningún caso superior a 15. Debe describir el contenido del artículo de forma clara y concisa, evitándose acrónimos y abreviaturas que no sean de uso común.
- Carta de presentación con la aceptación y firma de todos los autores. Debido a que la edición de la revista es electrónica, sería deseable recibir la firma electrónica de todos los autores del artículo.
- Nombre y apellidos completos de todos los autores, incluyendo al autor principal o responsable de la correspondencia, quien además enviará los datos completos para referirlos en el apartado del artículo destinado a correspondencia. El nombre de los autores deberá atender al formato con el que cada uno de ellos prefiera que figuren para recuperación en bases de datos bibliográficas nacionales e internacionales. Los nombres de los autores deberán encontrarse separados entre sí por comas y hasta un máximo de seis. Cuando el número de autores superen el especificado, el resto de autores, a partir del sexto, se acompañarán en anexo al final del texto. La autoría deberá ajustarse a las normas de Vancouver.
- Cada autor deberá acompañarse de un número arábico, en superíndice, que lo relacionará con la institución o instituciones a la o las que pertenece.
- En caso de que en la publicación deba figurar referencia explícita a alguna institución financiadora, deberá hacerse constar en esta página.

2.5.- Resumen

Cada artículo de investigación original y revisiones, deberán contar con un *resumen en español* y un *abstract en inglés*, estructurado en los apartados de introducción, objetivos, material y método, resultados y discusión (o conclusiones en su caso). No contendrá citas bibliográficas y deberá ser lo suficientemente explicativo del contenido del artículo. No deberá contener informaciones o conclusiones que no se encuentren referidas en el texto, ni se remitirá al mismo. Es conveniente tener en cuenta que el resumen es la única parte del artículo que se incluye en las bases de datos bibliográfica y lo que permite a los lectores decidir sobre su interés. Deberá tener una extensión máxima de 150-200 palabras y en la misma página.

2.6.- Palabras clave

De forma separada al resumen, se incluirán de tres a cinco *palabras clave en español* y *key words en inglés*.

Para definir las palabras clave se recomienda utilizar descriptores utilizados en tesauros internacionales,

Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS)
(<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>),

Medical Subject Headings (MeSH)
(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=mesh>),

o tesoro de la Organización Internacional del Trabajo (OIT-ILO)
(<http://www.ilo.org/thesaurus/defaultes.asp>).

Con el fin de poder incluir los artículos en las bases de datos bibliográficas que así lo requieran, los autores que remitan sus artículos redactados en español, deberán enviar el resumen y las palabras clave traducidas al inglés, y viceversa, en el caso de manuscritos remitidos en inglés, los autores deberán incluir un resumen en español (castellano), en ambos casos, encabezando siempre nueva página.

2.7.- Texto

Los manuscritos deberán encontrarse redactados en español (castellano) o en inglés y en formato Microsoft Word o compatible.

En el caso de artículos originales deberán encontrarse estructurados atendiendo a las siguientes secciones: introducción, material y métodos, resultados y discusión, cada una de ellas, convenientemente encabezadas. En el apartado de material y métodos se especificará el diseño, la población de estudio, los métodos estadísticos empleados, los procedimientos y normas éticas seguidas en caso de que sean necesarias y los procedimientos de control de sesgos, entre otros aspectos que se consideren necesarios.

Los trabajos de actualización y revisión bibliográfica pueden requerir un ajuste diferente en función de su contenido.

Deberán citarse aquellas referencias bibliográficas estrictamente necesarias, teniendo en cuenta criterios de relevancia o pertinencia.

2.8.- Tablas y figuras

El contenido será explicativo y complementario, sin que los datos puedan suponer redundancia con los referidos en el texto. Las leyendas, notas de tablas y pies de figuras, deberán ser lo suficientemente explicativas como para poder ser interpretadas sin necesidad de recurrir al texto. Llevarán un título en la parte superior y si se considera necesario, una breve explicación a pie de tabla o figura.

Deberán ser remitidas al final del texto, incluyéndose cada tabla o figura en página independiente, o en fichero aparte, preferiblemente en ficheros Power Point, JPEG, GIFF o TIFF.

Las tablas y las figuras serán clasificadas de forma independiente, las tablas mediante números romanos consecutivamente y las figuras mediante números arábigos en orden de aparición en el texto. Se recomienda no sobrepasar el número de ocho tablas y ocho figuras en los artículos originales. Las figuras no repetirán datos ya incluidos en el texto del artículo ni en las tablas.

En caso de incluir fotografías de pacientes, estarán realizadas de forma que no sean identificables.

2.9.- Normas de accesibilidad

Se recomienda que los autores tengan en cuenta los requisitos de accesibilidad de las plataformas informáticas de soporte lógico (UNE 139802 EX) <http://www.cettico.fi.upm.es/aenor/presenta.htm>

Los lectores de pantalla empleados por los usuarios ciegos no son capaces de leer textos escritos usando primitivas gráficas. Por lo tanto, los textos que se escriban en pantalla deben utilizar los servicios de escritura de texto facilitados por el entorno operativo.

Del mismo modo, cualquier foto, vídeo, dibujo o gráfico queda fuera del alcance de los lectores de pantalla. Por ello, cuando se utilicen gráficos en la pantalla deberán ir acompañados por textos explicativos que permitan a las personas invidentes obtener información acerca del contenido de la imagen.

2.10.- Abreviaturas

En caso de utilizarse abreviaturas, el nombre completo al que sustituye la abreviación, deberá preceder a su utilización y siempre la primera vez que se utilicen en el texto, excepto en el caso de que se corresponda con alguna unidad de medida estándar.

Cuando se utilicen unidades de medida, se utilizarán, preferentemente las abreviaturas correspondientes a las Unidades del Sistema Internacional.

Siempre que sea posible, se incluirá un listado de abreviaturas presentes en el cuerpo del trabajo.

2.11.- Referencias bibliográficas

Las citas bibliográficas se enumerarán consecuentemente de acuerdo con su orden de aparición en el texto. Deberán identificarse tanto en el texto como en las tablas, utilizando números arábigos entre paréntesis.

Las referencias a textos que no hayan sido publicados ni que se encuentren pendientes de publicación (comunicaciones personales, manuscritos o cualquier otro dato o texto no publicado), podrá incluirse entre paréntesis dentro del texto del artículo, pero no se incluirá en las referencias bibliográficas.

El estilo y la puntuación se basará en el utilizado por la National Library of Medicine (NLM) de Estados Unidos, sistema muy similar al utilizado en las normas de Vancouver, pero que incluye alguna modificación menor respecto al anterior. Se ha optado por la utilización del sistema de la NLM porque permite mayor homogeneidad con los sistemas de referencias utilizados en Medline e Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud (IBECS), así como en sistemas de acceso a texto completo (open access) como PubMed y Scientific Electronic Library Online (SciELO) <http://scielo.isciii.es>, accesibles desde <http://bvs.isciii.es>. Se encuentra disponible en el manual *Citing Medicine: The NLM Style Guide for Authors, Editors and Publishers* (2007) que contiene todas las instrucciones sobre

el formato de las referencias bibliográficas <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?call=bv.View..ShowTOC&rid=citmed.TOC&depth=2>

Ejemplos:

A) Artículo en revista médica:

Autor o autores (separados por comas). Título del artículo. Abreviatura internacional de la revista año; volumen (número): página inicial-página final del artículo.

Ejemplo:

Álvarez Gómez S, Carrión Román G, Ramos Martín A, Sardina M^oV, García González A. Actualización y criterios de valoración funcional en el transporte cardíaco. *Med Segur Trab* 20006; 52 (203): 15-25.

Cuando el número de autores sea superior a seis, se incluirán los seis primeros, añadiendo la partícula latina "et al".

B) Libros:

Autor o autores (separados por comas). Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año.

Ejemplo:

Gil-Lozaga P, Puyol R. *Fisiología de la audición*. Madrid: Interamericana-Mc Graw Hill; 1996.

C) Material electrónico:

MEDRANO ALBERO, M^o José, BOIX MARTINEZ, Raquel, CERRATO CRESPIAN, Elena et al. **Incidencia y prevalencia de cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular en España: revisión sistemática de la literatura**. *Rev. Esp. Salud Publica*. [online]. ene-feb. 2006, vol. 80, no. 1 [citado 05 Febrero 2007], p. 05-15. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272006000100002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1135-5727.

2.12.- Anexos

Se corresponderá con todo aquel material suplementario que se considere necesario adjuntar para mejorar la comprensión del trabajo (encuestas, resultados analíticos, tablas de valores, etc.).

2.13.- Agradecimientos, colaboraciones y menciones especiales

En esta sección se hará mención a personas, organismos, instituciones o empresas que hayan contribuido con su apoyo o ayuda, materiales o económicas, de forma significativa en la realización del artículo, y en su caso, el número de proyecto si le fue asignado.

Toda mención a personas físicas o jurídicas incluidas en este apartado deberán conocer y consentir dicha mención, correspondiendo a los autores la gestión de este trámite.

2.14.- Autorizaciones

Siempre que parte del material aportado por los autores, se encuentre sujeto a derechos de autor (copyright) o que se necesite autorización previa para su publicación, los autores deberán aportar al manuscrito, y haciéndolo constar en la carta de presentación, originales de las autorizaciones correspondientes. Siendo responsabilidad de los mismos el estricto cumplimiento de este requisito.

2.15.- Proceso de revisión

Los artículos serán sometidos a un proceso de revisión por pares (peer-review) así como de corrección de errores.

La Formación de los profesionales sanitarios en prevención de riesgos laborales

Training of health professionals in occupational risk prevention

Ascensión Bernal Zamora

*Subdirección General de Servicios Aplicados Formación e Investigación.
Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.*

Jerónimo Maqueda Blasco

*Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III.
Madrid. España.*

Correspondencia:

Jerónimo Maqueda Blasco
Escuela Nacional de Medicina del Trabajo
Pabellón 8. Ciudad Universitaria
28040 Madrid. España
Tfno: 918224011
Fax: 915447073
e-mail: jmaqueda@isciii.es

La progresiva mejora de nuestro sistema preventivo ha sido un esfuerzo constante de las Administraciones Públicas por lograr entornos de trabajo seguros y saludables que permitan mejorar los indicadores de salud de nuestra población trabajadora y por lo tanto su productividad y calidad de vida.

La formación constituye un desarrollo necesario para el fortalecimiento de los recursos humanos en prevención de riesgos laborales a través de la mejora de la competencia, aspecto que tiene una mayor relevancia cuando hablamos de los profesionales sanitarios en prevención de riesgos laborales dado que su intervención es la persona.

El avance de estos últimos años en la formación de los profesionales sanitarios tanto de Medicina como de enfermería del trabajo han sido claros.

El nivel de exigencia de los actuales programas de especialización vía MIR (Médicos Internos Residentes) y vía EIR (Enfermeros Internos Residentes) marcan las bases para una práctica profesional de mayor calidad, al mismo tiempo que supone un reconocimiento de la relevancia del papel social y sanitario de estas especialidades en el conjunto de las profesiones sanitarias.

El Instituto de Salud Carlos III ha sido solidario con el esfuerzo realizado por las distintas Comunidades Autónomas en el desarrollo de la ORDEN SCO/1526/2005, de 5 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina del Trabajo.

La progresiva extensión de este programa permite que en la actualidad la Medicina del Trabajo sea una especialidad presente en la oferta de formación especializada en 16 Comunidades Autónomas, 11 de las cuales comparten este proyecto con la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, a cuyos Jefes de Estudios traslado el reconocimiento por su trabajo y el agradecimiento por su confianza y por sus contribuciones a la mejora de los procedimientos académicos y docentes que en materia MIR imparte la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo.

Este reconocimiento debo ampliarlo a la Subdirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad y Política Social que como autoridad en materia de formación sanitaria trabaja por la mejora de nuestro sistema de especialización.

La formación MIR en Medicina del Trabajo está afrontando el nuevo reto de la reforma del sistema de especialización. El nuevo sistema de troncalidad favorecerá una formación interdisciplinar lo que supondrá un mutuo conocimiento y entendimiento entre especialidades, pero al mismo tiempo supone re-diseñar itinerarios formativos, aspecto relevante en el caso de la Medicina del Trabajo, por una doble razón: La falta de formación sobre esta disciplina en el pre-grado y el ámbito específico de su ejercicio, enmarcado por la normativa laboral y de Seguridad Social.

Esta migración del programa de formación del MIR de Medicina del Trabajo al nuevo sistema de troncalidad, debe valorar especialmente esta circunstancia y en ese sentido ponemos a disposición de la Subdirección General de Ordenación Profesional, la experiencia que hemos adquirido durante estos cinco años de vigencia del actual programa formativo que nos ha permitido identificar las debilidades con las que inician los residentes su periodo de especialización y que, por lo tanto, necesitan un refuerzo en el nuevo sistema de troncalidad.

La especialización en Enfermería del Trabajo, debe ser también un tema de especial interés para el conjunto de instituciones públicas y asociaciones profesionales, implicadas en la prevención de riesgos laborales.

El REAL DECRETO 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería, da un importante impulso a la formación en enfermería del trabajo, trasladándola desde la Diplomatura de Enfermería del empresa al espacio EIR de formación, incorporándose a las Comisiones Docentes Multiprofesionales.

A pesar de que su programa formativo se aprobara en 2009 a través de la Orden SAS/1348/2009, la oferta de formación que se ha ofrecido en el conjunto del Estado ha ido muy por debajo de la importancia que esta especialidad tiene para nuestro sistema preventivo. Las trece plazas ofertadas en la convocatoria EIR 2010-2011, son claramente insuficientes para cubrir el espacio propio que esta especialidad tiene en el desarrollo de actuaciones preventivas.

Ambas especialidades comparten el problema de la financiación, que no deja de ser reflejo de una dualidad. Mientras que el sistema de formación anida en el Sistema Nacional de Salud, el Espacio profesional radica o bien en el Sistema de Seguridad Social o bien en el Sector Privado. El debate sobre la financiación de la formación de los profesionales sanitarios de prevención de riesgos laborales, reclamado por interlocutores sociales, sociedades científicas y en su conjunto por la Sociedad del Trabajo, constituye hoy en día una necesidad no resuelta.

Sostener un alto nivel de competencia y adecuar éstas a las necesidades que emergen en el tejido productivo es parte del trabajo de la Instituciones que estamos comprometidas con los avances en la calidad de vida en el trabajo.

Garantizar un formación continua: actual, accesible y acreditada, constituye también un área de desarrollo de especial interés para el ISCIII, en una doble proyección:

- Garantizar la sostenibilidad de la competencia del profesional sanitario de prevención en ejercicio.
- Generar unos conocimientos en torno al trabajo como determinante de la salud en otras profesiones sanitarias.

La oferta de formación dirigida desde las Administraciones Públicas debe

- Responder a las necesidades del profesional en ejercicio.
- Innovar y desarrollar nuevos proyectos y figuras curriculares como las previstas por la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (Ley 44/2003), como la Capacitación Específica y los Diplomas de Acreditación Avanzada.
- Favorecer la accesibilidad a la formación mediante el incremento de la oferta formativa en la modalidad de e-aprendizaje.

Si bien la formación continua de los profesionales sanitarios tiene un desarrollo normativo propio, claramente diferenciado de la formación de post-grado de otras profesiones, es indudable el valor añadido de establecer una cooperación con la Universidad que facilite el desarrollo de proyectos curriculares comunes en líneas de títulos propios o masters oficiales.

La formación de los profesionales sanitarios de prevención de riesgos laborales no debe limitarse a la mera transmisión de conocimientos sino que debe introducir valores y compromisos con el desarrollo científico

de las propias especialidades y disciplinas. Promover la investigación desde los programas docentes es un objetivo académico ineludible. Se trata de comprometer al especialista en formación en el proceso de generar conocimiento, la investigación no sólo es la única estrategia posible para el desarrollo, la innovación y el diseño de políticas de anticipación, sino que es necesaria para una mejora de la práctica clínica y preventiva tanto en medicina del trabajo como en valoración médica. Una práctica basada en la evidencia científica da a nuestras decisiones mayor eficacia, eficiencia y equidad.

Confiando que avancemos en estos objetivos durante este año declaro inaugurado el año académico 2010- 2011 de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo del Instituto de Salud Carlos III.

Aspectos antropológicos empresariales

Anthropological aspects of business

Marcos de Antonio García

Jubilado de las Escuelas Nacionales de Medicina del Trabajo. Universidad Complutense y del Instituto Nacional de Medicina del Trabajo de Madrid.

Recibido: 22-06-10

Aceptado: 31-08-10

Correspondencia:

Marcos de Antonio García

Urb. Prado Largo, 63

28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid). España

Tfno: 913520804

E-mail: marcosdeantonio@yahoo.es

En tiempos pretéritos las relaciones entre los empresarios y los empleados se manejaban en permanente contacto personal, y por tanto, tenían clara las expectativas de cada cual, pero con la llegada de la **era industrial**, la actuación en masa, el creciente maquinismo y la irrupción de nuevas tecnologías, alteró este equilibrio creando situaciones conflictivas desconocidas. Esta situación pudo aliviarse o remediarse gracias a la incorporación de la sociología y la psicología en los años veinte, de forma que dichas ciencias antropológicas, consideradas de especulación teórica, se afirmaron progresivamente en el mundo del trabajo, ofreciendo herramientas de excepcional valor para la resolución de los nuevos problemas, como son la adaptación del ser humano al trabajo, y de éste a la máquina, o al ambiente. Su especialización en cada tarea, así como de un modo inverso, la adecuación de la tarea al hombre, la conducta, las motivaciones, la fatiga, etc., y son estos temas precisamente en los que coinciden tanto los intereses de las personas con los de la empresa.

Efectivamente, todas las experiencias que se han hecho desde los célebres estudios de Hawthorne hasta nuestros días, han probado reiteradamente que una empresa bien equipada y poderosamente financiada puede quedar espectacularmente derrotada en la lucha competitiva, por otra mucho más modesta y sin apenas recursos materiales, si esta última sabe seleccionar, estimular, capacitar al personal y crear verdadero espíritu de equipo, logrando además la creación de un ambiente más satisfactorio, creativo y saludable para el trabajador.

Pero para el logro de este deseable fin, no son exclusivamente los estudiantes de ciencias sociales los que precisan dominar esta materia, sino toda persona relacionada con la problemática de la empresa tiene que conocer las enormes posibilidades de estas técnicas, que aportan generosas ventajas en tres aspectos principales: **El personal, el productivo y el social.**

El personal, porque el trabajo es una actividad donde el ser humano forja su vida, desarrolla su personalidad y a su vez influye en la vida y personalidad de los demás, a la vez el trabajo es una forma de hacerse a sí mismo y hacer a los demás, y en este sentido, un trabajo será tanto más eficaz en la medida en que ofrezca al trabajador la posibilidad de expresar su personalidad, desarrollándola y enriqueciéndola.

El trabajo es una actividad productiva, ya que cuando el ser humano trabaja produce algo que satisface o pretende satisfacer una necesidad, conveniencia o demanda de la sociedad y en este aspecto un trabajo será tanto más eficaz cuando más favorezca, mediante la expresión y el desarrollo de la personalidad del trabajador, una producción elevada.

Por último, el trabajo es una **actividad social**, ya que el hombre trabaja en una situación interpersonal y social, trabaja con otros y su trabajo también depende de otros, esto son las relaciones humanas existentes

en toda empresa. El trabajo en este sentido es una forma de convivencia y una auténtica escuela de formación social, que bien orientada propicia la satisfacción laboral.

¿Por qué son estos temas importantes para el personal de los Servicios Médicos del Trabajo?. Pensemos que el mayor inconveniente para la eficacia del trabajo es que los tres aspectos o fines descritos **-desarrollo de la personalidad, incorporación social y alta producción-** se encuentran en conflicto casi permanente, a consecuencia de que toda situación laboral es de por sí inestable y cualquier cambio plantea una serie de conflictos, especialmente en nuestra época supercompetitiva y por ende en crisis *cuasi* permanente, en donde el que cubre los gastos de dichos servicios, por imperativo legal, no es la administración, sino la empresa, en un marco social de asistencia social extensa pero hasta ahora, eficiente.

Es preciso que el Servicio Médico ofrezca salud, pero también comprometiéndose con los principios y necesidades de la empresa, para no ser o parecer un apéndice costoso, inflacionista y potencialmente inútil a los ojos de los factores económicos empresariales, en la que no nos entendamos ni con el jefe de Recursos Humanos, como he visto en muchas ocasiones.

Y son de estos aspectos antropológicos de la empresa, tan poco tenidos en cuenta quizás por desconocidos por el personal médico, los que iremos desgranando en esta serie de trabajos que iniciamos.

Metanálisis: Relación entre factores psicosociales en el trabajo y absentismo laboral

Meta-analyses: Relation between psychosocial factors in the work and labour absenteeism

Josep M^o Molina Aragonés

Servicio Prevención Sistema Emergències Mèdiques (SEM). L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). España.

Recibido: 11-06-10

Aceptado: 31-08-10

Correspondencia:

Josep M^o Molina Aragonés

Sistema Emergències Mèdiques (SEM)

C/ Pablo Iglesias, 101-115

08990 L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). España.

Tfno: 93 264 44 00

e-correo: josepmariamolina@gencat.cat

Resumen

Introducción: De acuerdo con el modelo de demanda-control, la elevada demanda laboral, el bajo control sobre el mismo y de forma muy especial la combinación de ambos, supondría un importante riesgo para la salud. El equilibrio entre demanda y control depende, según este modelo, de la organización del trabajo y no de las características individuales de cada persona, aunque, por supuesto, la influencia del ambiente psicosocial de trabajo puede ser, y de hecho es, moderada por las características de la respuesta individual.

Objetivos: El objetivo del estudio fue analizar de manera sistemática aquellos estudios que relacionaban los efectos que sobre el absentismo tienen los factores psicosociales en el seno de las organizaciones, utilizando como elemento principal de valoración el modelo de demanda-control de Karasek, y efectuar un metanálisis para valorar la relación entre ambos.

Métodos: Se identificaron las publicaciones a partir de las bases de datos electrónicas Medline (2004 hasta julio de 2009), Embase (2004 hasta marzo de 2009), PsycInfo (2004 hasta julio de 2009) y en la Librería Cochrane (2004 hasta julio de 2009), sin restricciones por motivo de lenguaje.

Las palabras claves utilizadas fueron absentismo ("absenteeism"), absentismo por enfermedad ("sickness absence"), psicosocial ("psychosocial"), laboral ("occupational") y combinaciones de las mismas, que se eligieron inicialmente para su inclusión en el metanálisis. Adicionalmente se revisaron las citas mencionadas en los originales seleccionados para detectar otros estudios potencialmente relevantes. De este modo se consideraron relevantes 51 artículos que parecían cumplir con los factores objeto de este análisis. De estos se excluyeron finalmente 2 (3,9%) por falta de datos para efectuar el análisis, 6 (11,7%) por tratarse de estudios repetidos o con doble publicación, 2 (3,9%) por tratarse de estudios con diseño transversal y los restantes 35 (68,6%) porque su información no era relevante para ser incluidos.

Control: El gráfico Forest (Fig. 2) muestra el resultado del metanálisis: el riesgo relativo de sufrir un episodio de absentismo es estadísticamente significativo, con un valor de 1,36 (CI: 1,02-1,82) (Tabla 2).

Demanda: El riesgo de sufrir un episodio de absentismo no es valorable, con un valor de 1,01 (IC: 0,91-1,11). (Tabla 3).

Si bien la demanda, como dimensión propia de estos factores psicosociales, no parece una variable relacionada o que influya en el absentismo laboral, el control sí que se encuentra asociado a este, de manera reiterada y consistente.

Med Segur Trab (Internet) 2010; 56 (220): 200-219

Palabras clave: *Absentismo, Absentismo por enfermedad, Psicosocial, Laboral.*

Abstract

Introduction: In accordance with the model of demand-control, the overhead labour demand, the low control on itself and in a very special way the combination of both, it would suppose an important risk for health. The balance between demand and control depends, just as this model, on the organization of the work and not on the individual characteristics of each person, although, of course, the influence of the working psychosocial environment can be, and in fact is, moderated by the characteristics of the individual answer.

Objectives: The study's objective was to analyse in a systematic way those studies that related the effects over absenteeism that the psychosocial factors have constituted in the enterprises, using as a main element of assessment, the model of demand-control of Karasek, and to make a meta-analysis to evaluate the relation between both of them.

Methods: There were identified publications from the electronics data bases Medline (2004 to July 2009), Embase (2004 to March 2009), PsycInfo (2004 to July 2009) and in the Bookshop Cochrane (2004 to July 2009), without restrictions motivated by language.

The keywords used were absenteeism, sickness absence, psychosocial, occupational and combinations of them that were chosen initially by its inclusion on the meta-analysis. Additionally the appointments mentioned were reviewed in the selected originals to detect some other studies potentially relevant.

In this way the ones considered relevant were 51 articles that seemed to fulfil with the object factors of this analysis. Finally there were excluded 2 (3,9%) because of no dates to effect the analysis, 6 (11,7%) to treat about repeated studies or with double publication, 2 (3,9%) to treat about repeated studies with transversal design and the rest 35 (68,6%) because its information was not relevant to be included.

Control: The graphic Forest (Fig. 2) shows the meta-analysis result: the relative risk of suffering an episode of absenteeism is statistically significant, with a value of 1,36 (CI: 1,02-1,82) (Table 2).

Demand: The risk of suffering an episode of absenteeism is valueless, with a value of 1,01 (IC: 0,91-1,11). (Table 3).

The demand, as an itself dimensioned of these psycho-socials factors, does not seem a related variable or an influence for the occupational absenteeism, the control is really associated to it, repeatedly and consistently.

Med Segur Trab (Internet) 2010; 56 (220): 200-219

Keywords: *Absenteeism, sickness absence, psychosocial, occupational.*

INTRODUCCIÓN

Una eficaz prevención laboral debe tener en cuenta no solo aquellos factores de riesgo que afectan a poblaciones sanas, sino también aquellas que pueden influir en el pronóstico de trabajadores con estrés psicológico. Una de las teorías acerca del estrés laboral más ampliamente utilizada ha sido el modelo conocido de demanda-control. De acuerdo con este modelo, la elevada demanda laboral, el bajo control sobre el mismo y de forma muy especial la combinación de ambos, supondría un importante riesgo para la salud. Karasek observó que los efectos del trabajo podían ser el resultado de la combinación de las demandas psicológicas laborales y de las características estructurales del trabajo relacionadas con la posibilidad de tomar decisiones y usar las propias capacidades, lo que le llevó a proponer un modelo bidimensional que integrase ambos tipos de conclusiones. El modelo demanda-control fue desarrollado para describir y analizar situaciones laborales en las que los estresores son crónicos, y pone totalmente el acento en las características psicosociales del entorno de trabajo. Ha sido el modelo más influyente en la investigación sobre el entorno psicosocial de trabajo, estrés y enfermedad, así como el que presenta mayor evidencia científica a la hora de explicar efectos en la salud.

La demanda es la exigencia psicológica que el trabajo implica para la persona. Básicamente hace referencia a cuanto se trabaja: cantidad o volumen de trabajo, presión de tiempo, nivel de atención, interrupciones imprevistas. En este sentido no se limita al trabajo intelectual sino a cualquier tipo de trabajo.

El control es la dimensión esencial del modelo, puesto que este es un recurso para moderar las demandas del trabajo. Es decir, el estrés no depende tanto de un exceso de demanda, como de la falta de capacidad de control para resolverla. El control hace referencia al como se trabaja y tiene dos componentes: autonomía y desarrollo de habilidades. La primera es la posibilidad de la persona de influenciar decisiones relacionadas con su trabajo, de controlar sus propias actividades. El segundo hace referencia al grado en que el trabajo permite a la persona desarrollar sus propias capacidades: aprendizaje, creatividad...

El equilibrio entre demanda y control depende, según este modelo, de la organización del trabajo y no de las características individuales de cada persona, aunque, por supuesto, la influencia del ambiente psicosocial de trabajo puede ser, y de hecho es, moderada por las características de la respuesta individual.

En relación al concepto de absentismo, resulta difícil realizar una definición, ya que conlleva una serie de comportamientos sin aparente relación entre ellos. Desde la vertiente psicosocial, los elementos que han presentado mayor importancia para el absentismo han sido la motivación y la satisfacción laboral. El absentismo es un fenómeno de gran relevancia para la sociedad en su conjunto pero más aún para la empresa, que le dedica una especial atención y lo investiga desde cuatro puntos de vista: Empresarial y económico, sociológico, pedagógico y psicológico. Este último se centra en la motivación, la satisfacción y las actitudes hacia el puesto del trabajo. Es por esto que la ausencia en el trabajo no se debe únicamente a enfermedad u otros motivos certificados sino que a veces refleja una actitud individual o grupal hacia un sistema inflexible para intentar escapar de su control.

OBJETIVOS

El objetivo del estudio fue analizar de manera sistemática aquellos estudios que relacionaban los efectos que sobre el absentismo tienen los factores psicosociales en el seno de las organizaciones, utilizando como elemento principal de valoración el modelo de demanda-control de Karasek, y efectuar un metanálisis para valorar la relación entre ambos.

CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DE LOS ESTUDIOS

Tipos de estudios

Por motivos inherentes a la salud laboral, se tuvieron en cuenta estudios observacionales (diseños de cohortes y estudios de casos y controles).

Tipos de participantes

Individuos en edad laboral, admitiendo esta en los distintos países en que se desarrollaron los estudios.

Tipos de intervención

La intervención requerida para la valoración de los riesgos psicosociales era el método de demanda-control de Karasek o las correspondientes adaptaciones a cada uno de los países en que se desarrollo el estudio.

Tipos de medida de resultado

La medida de resultado considerada fue el absentismo medido globalmente, cuando este se consideró una variable continua. Cuando el absentismo se consideró como una variable categórica, no se incluyeron en el análisis aquellos estudios que lo mesuraban como de muy corta duración (inferior a tres días) o bien el absentismo recurrente, independientemente de la duración del mismo.

MÉTODOS

Estrategia de búsqueda

Se identificaron las publicaciones a partir de las bases de datos electrónicas Medline (2004 hasta julio de 2009), Embase (2004 hasta marzo de 2009), PsycInfo (2004 hasta julio de 2009) y en la Librería Cochrane (2004 hasta julio de 2009), sin restricciones por motivo de lenguaje.

Las palabras claves utilizadas fueron absentismo (“absenteeism”), absentismo por enfermedad (“sickness absence”), psicosocial (“psychosocial”), laboral (“occupational”) y combinaciones de las mismas, que se eligieron inicialmente para su inclusión en el metanálisis. Adicionalmente se revisaron las citas mencionadas en los originales seleccionados para detectar otros estudios potencialmente relevantes.

Selección de estudios

Se revisaron inicialmente todas las publicaciones identificadas cuyos títulos sugerían una potencial relevancia con el objeto principal de esta revisión, basada en determinar la relación entre absentismo laboral y los factores de riesgo psicosocial. La selección inicial se basó en el cribado de los títulos y la valoración de los abstracts electrónicos cuando estos se encontraban disponibles y parecían satisfacer los criterios de elegibilidad.

Para su inclusión en el análisis se consideró necesario que el periodo de absentismo determinado fuera igual o superior a 3 días y que el método de valoración de los factores psicosociales utilizado fuera el método de demanda-control de Karasek o una adaptación del mismo. Se descartaron los estudios con diseño transversal.

La selección definitiva de los artículos se hizo a partir de la lectura completa de los mismos y utilizando como criterio a tal efecto la escala de Newcastle-Ottawa. Se incluyeron en el análisis definitivo aquellos estudios con una puntuación igual o superior a 6 puntos en dicha escala (Ver anexos).

Tratamiento de los datos

Los datos correspondientes al absentismo se obtuvieron de las cifras ofrecidas en los propios artículos. Cuando esto no era posible, estos periodos se estimaron a partir de las cifras reflejadas en los estudios, una vez ajustados los periodos de seguimiento para las diferentes poblaciones y sus correspondientes tasas de absentismo (en personas-año de seguimiento). A tal efecto se tuvo en cuenta el riesgo relativo o la odds ratio de aquellos modelos que se habían ajustado teniendo en cuenta los factores demográficos y laborales.

Para la comparación de los efectos se consideraron como poblaciones de referencia (no expuestas) aquellas con baja demanda laboral o elevado control sobre sus tareas, que se compararon con la población de referencia de máxima exposición (el cuarto cuartil o el tercer tercil) según el diseño de los diferentes estudios al valorar los riesgos psicosociales.

Análisis estadístico

Para efectuar el metanálisis se ha utilizado el programa *Sinergy-3*, mediante un modelo de efectos aleatorios. La heterogeneidad se ha valorado utilizando el estadístico *Q* de DerSimonian y Laird, con un nivel de significación $p < 0,05$. Puesto que el número de estudios incluidos en el metanálisis ha sido limitado, la heterogeneidad también se ha valorado utilizando métodos de representación gráfica.

RESULTADOS

Características de los estudios

Utilizando los criterios de búsqueda anteriormente mencionados se identificaron inicialmente 35.480 referencias, que quedaron reducidas a 919 al utilizar la combinación de los mismos. Estas fueron cribadas cuando se acreditaba la existencia de relación entre factores psicosociales y absentismo laboral o bien cuando los primeros eran una variable explicativa de este último. De este modo se consideraron relevantes 51 artículos que parecían cumplir con los factores objeto de este análisis. De estos se excluyeron finalmente 2 (3,9%) por falta de datos para efectuar el análisis, 6 (11,7%) por tratarse de estudios repetidos o con doble publicación, 2 (3,9%) por tratarse de estudios con diseño transversal y los restantes 35 (68,6%) porque su información no era relevante para ser incluidos.

De los restantes 6 artículos que fueron incluidos en el análisis, cuyas características se muestran en la [tabla 1](#); 5 fueron publicados en inglés y 1 en italiano y se desarrollaron en su totalidad en territorio Europeo.

Tabla 1. Características de los estudios que asocian los factores psicosociales con el absentismo laboral

Referencia	País (Año)	Población	Medida	PS	DMB	Diseño
10-Town	Finlandia (2005)	Trabajadores de 8 municipios finlandeses	JCQ (Karasek)	3 años	> 3 días	Cohortes
GAZEL	Francia (2005)	Trabajadores de las compañías nacionales de gas y electricidad	JCQ (Karasek & Johnson)	7 años	Continuo	Cohortes
Whitehall II	Inglaterra (1996)	Trabajadores civiles no industriales del área de Londres	JCQ (Karasek)	2,2 años	> 7 días	Cohortes
Belstress	Bélgica (2004)	Trabajadores de la administración pública de 25 empresas belgas	JCQ (Karasek)	1 año	> 27 días	Cohortes
DWECS	Dinamarca (2006)	Trabajadores de empresas danesas	JCQ (Modificado)	1 año	> 6 días	Cohortes
Veneto	Italia (2008)	Trabajadores de industria y servicios de la región italiana del Veneto (30 empresas)	JCQ (Karasek)	1 año	10 días	Caso-control

PS: Periodo de seguimiento.

DMB: Duración mínima de la baja laboral.

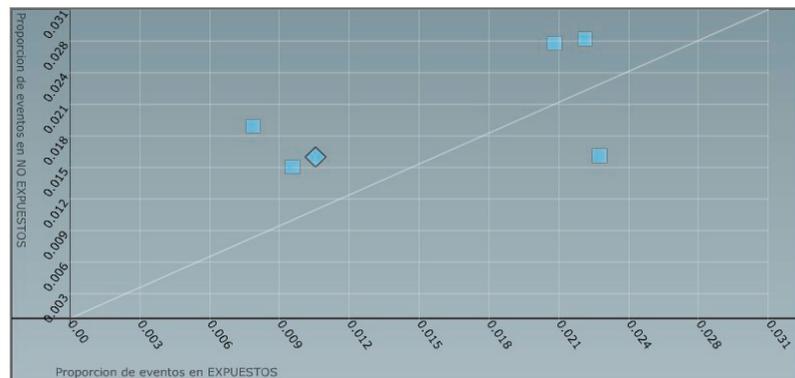
Resultado del metanálisis

a) Asociación entre control laboral y absentismo

a.1 Estudios de cohortes

El análisis de heterogeneidad mediante el test de Der Simonian y Laird, ($Q_h = 241,29$ $p < 0,000$) determina la heterogeneidad de los estudios para obtener un estimador combinado del efecto. No obstante, es conocido que se trata de una prueba con escasa potencia estadística, por lo que un resultado no significativo suele ser insuficiente para concluir que no existe heterogeneidad, de modo que se ha recurrido al gráfico de l'Abbe (Figura 1), para determinar este aspecto. En este, los puntos correspondientes a cada estudio se distribuyen de modo relativamente disperso a lo largo de la recta que divide el gráfico e indica una cierta heterogeneidad de los estudios, lo que efectivamente, dificultará obtener un estimador resultado del metanálisis.

Figura 1. Gráfico L'Abbe. Control laboral y absentismo



El gráfico Forest (Fig. 2) muestra el resultado del metanálisis: el riesgo relativo de sufrir un episodio de absentismo es estadísticamente significativo, con un valor de 1,36 (CI: 1,02-1,82) (Tabla 2).

Figura 2. Gráfico Forest. Control laboral y absentismo

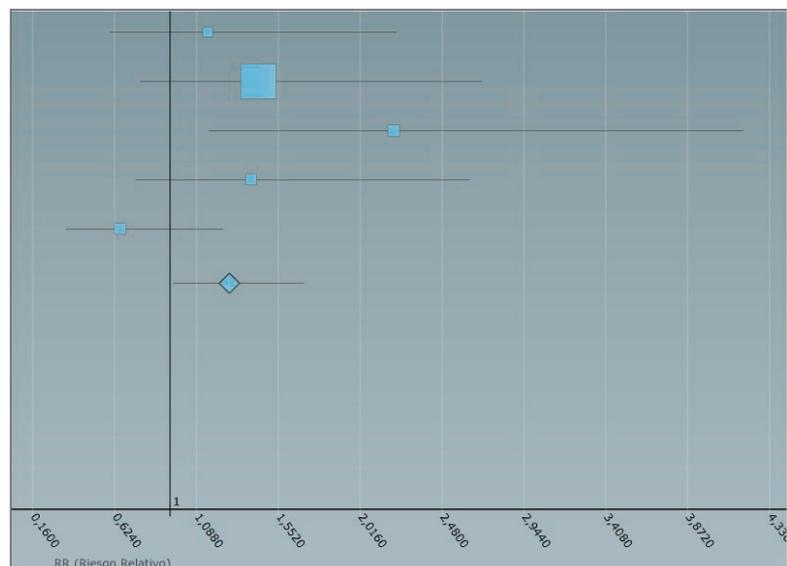
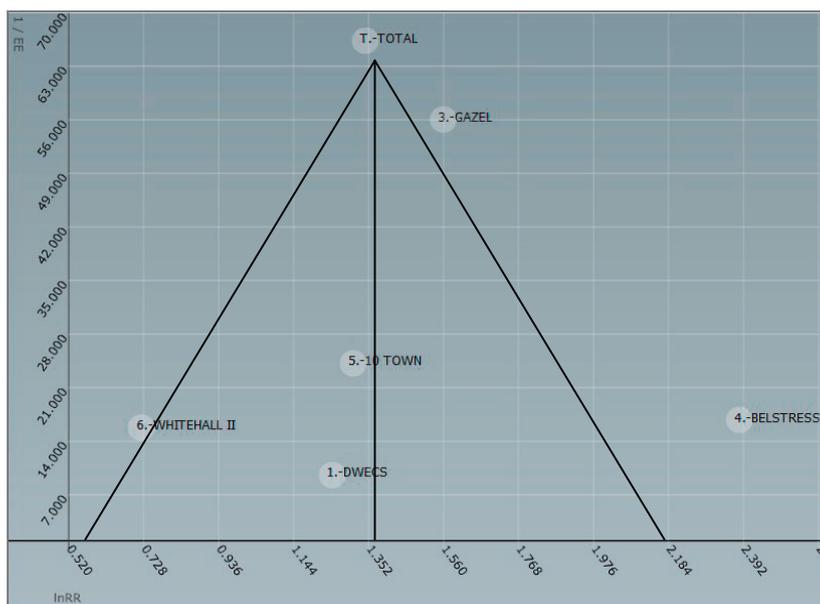


Tabla 2. Resultado del metanálisis control laboral y absentismo

Nº	Año	Nombre	RR	IC Inf	IC Sup	EE (LnRR)
1	2006	DWECS	1,23	0,63	2,38	0,34
3	2005	GAZEL	1,54	0,82	2,91	0,32
4	2004	BELSTRESS	2,37	1,24	4,51	0,32
5	2002	10 TOWN	1,49	0,79	2,83	0,32
6	1996	WHITEHALL II	0,69	0,36	1,32	0,32
TOTAL			1,36	1,02	1,82	0,14

El gráfico de embudo (Fig. 3) permite analizar la existencia de un sesgo de selección. En este sentido, el aspecto del mismo parece insinuar la posibilidad de la existencia de un sesgo de publicación.

Figura 3. Gráfico Funnel. Control laboral y absentismo



a.2 Estudio de casos-controles

El estudio de casos controles se trata de un estudio metodológicamente bien diseñado y con buenos criterios de calidad (obtiene una puntuación de 7 en la escala de Newcastle-Ottawa). Sus resultados van en la misma línea de los obtenidos al efectuar el metanálisis con los estudios de cohortes, por cuanto el control laboral se comporta como un factor de riesgo de sufrir un episodio de absentismo laboral (OR:1,6 [IC: 1,1-2,2])

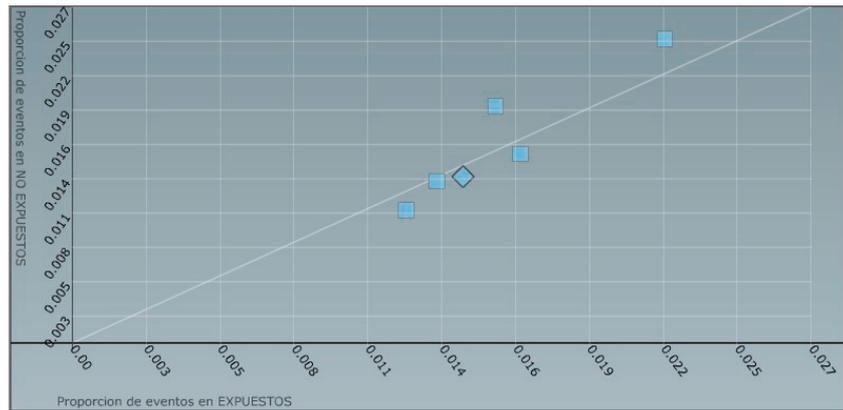
b) Asociación entre demanda laboral y absentismo

b.1 Estudios de cohortes

Como en el caso previo al analizar el factor de control laboral, el análisis de heterogeneidad mediante el test de Der Simonian y Laird, ($Q_h = 23,43$ $p = 0,0001$) determina la heterogeneidad de los estudios, lo que dificulta teóricamente la obtención de un estimador combinado del efecto.

Como se ha comentado con anterioridad, este test es de escasa potencia cuando el número de estudios es bajo, por lo que se recurrirá al gráfico de L'Abbé (Fig. 4) para valorarlo. Según este, los estudios se distribuyen uniformemente alrededor de la línea que divide el gráfico, y puede presumirse la homogeneidad de los estudios incorporados al metanálisis.

Figura 4. Gráfico L'Abbe. Demanda laboral y absentismo



El gráfico Forest (Fig. 5) muestra el resultado del metanálisis. El riesgo de sufrir un episodio de absentismo no es valorable, con un valor de 1,01 (IC: 0,91-1,11). (Tabla 3).

Figura 5. Gráfico Forest. Demanda laboral y absentismo

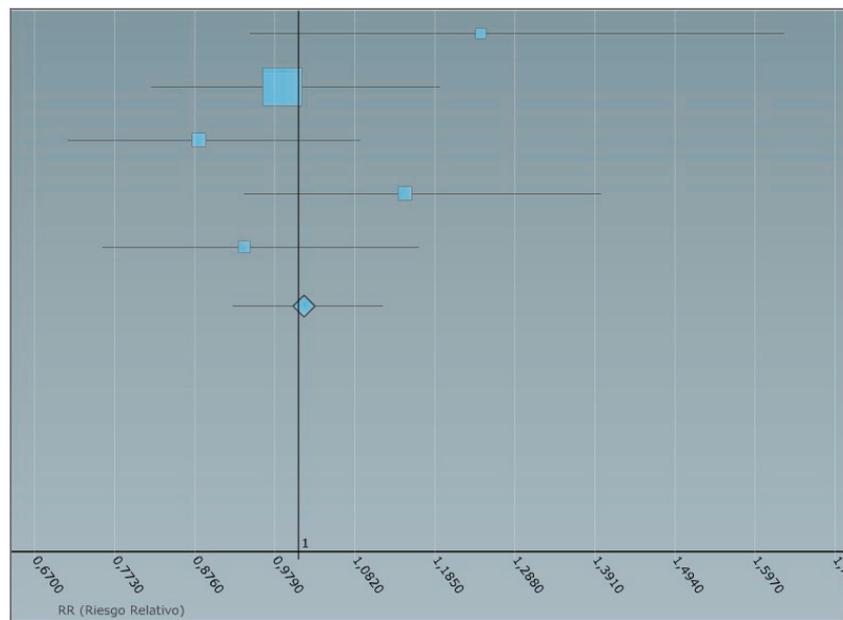
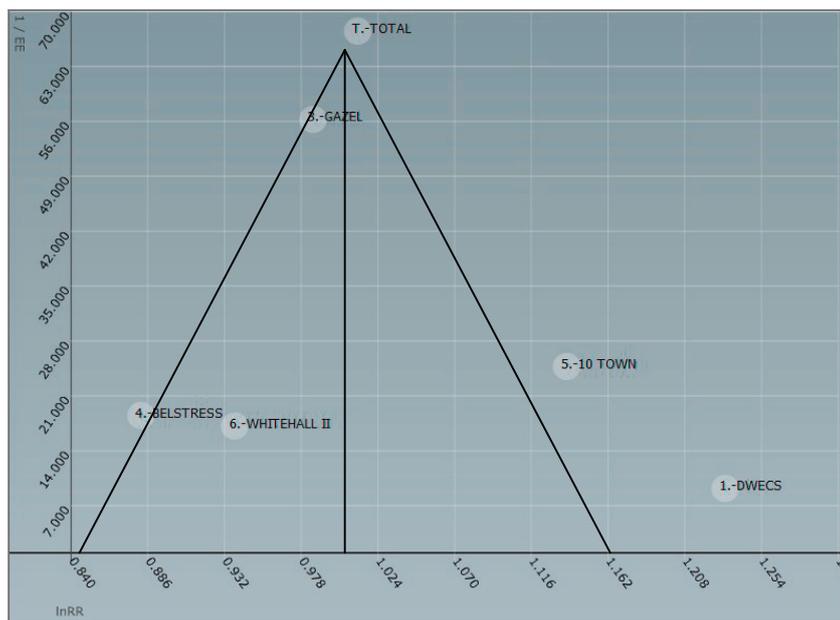


Tabla 3. Resultado del metanálisis demanda laboral y absentismo

Nº	Año	Nombre	RR	IC Inf	IC Sup	EE (LnRR)
1	2006	DWECS	1,23	0,94	1,61	0,14
3	2005	GAZEL	0,98	0,82	1,18	0,09
4	2004	BELSTRESS	0,87	0,71	1,08	0,11
5	2002	10 TOWN	1,13	0,93	1,38	0,10
6	1996	WHITEHALL II	0,93	0,75	1,15	0,11
TOTAL			1,01	0,92	1,11	0,05

El gráfico de embudo (Fig. 6) permite analizar la existencia de un sesgo de selección. En este sentido, el aspecto del mismo parece insinuar la posibilidad de la existencia de un sesgo de publicación.

Figura 6. Gráfico Funnel. Demanda laboral y absentismo



b.2 Estudio de casos-controles

Respecto a la demanda laboral, el estudio de casos y controles muestra una asociación significativa con el riesgo de sufrir un episodio de absentismo laboral (OR: 1,5 [IC: 1,0-2,2])

DISCUSIÓN

Hallazgos generales. Interpretación.

a) Control laboral y absentismo

El resultado del metanálisis indica una relación entre el control laboral y el absentismo, con un aumento significativo del riesgo relativo, 1,36 (CI: 1,00-1,78), que también se ve reforzado por el resultado del estudio de casos y controles. Como se ha mencionado anteriormente, el control es la dimensión esencial del modelo, puesto que es el recurso que permite moderar las demandas del trabajo. Este resultado es congruente con el resultado de múltiples estudios 1-4 que relacionan esta dimensión de los factores psicosociales con aumentos significativos del absentismo en los diferentes sectores de producción. La capacidad de decisión del trabajador se ha estimado como el factor de mayor impacto al determinar el absentismo laboral, con una fracción etiológica cercana al 12% 5.

El resultado del metanálisis, aún con las limitaciones que se mencionan en el apartado correspondiente, refuerza la hipótesis de que el control laboral es la principal y más consistente dimensión psicosocial que interviene en el ámbito laboral y que se encuentra íntimamente relacionada con el absentismo, siendo una variable que por si misma puede explicar este complejo fenómeno.

b) Demanda laboral y absentismo

Los resultados respecto a la asociación ente demanda y absentismo por enfermedad se han mostrado reiteradamente inconsistentes. Así, algunos estudios han mostrado asociación entre baja demanda laboral y aumento del absentismo6,7 .

El resultado del metanálisis viene a corroborar estos resultados inconsistentes respecto a la relación entre demanda laboral y absentismo, y muestran la inexistencia de relación entre ambos factores: RR:1,01 (IC: 0,91-1,11). El estudio de casos-controles, por su menor potencia, no modifica los resultados de este metanálisis que por su contundente resultado parece clarificar la inconsistencia de estudios previos. En este sentido, si merece la pena rescatar un argumento que relaciona estos resultados con los ciclos económicos, y que puede ser interesante en nuestra actual situación del mercado laboral: cuando existe dificultad para cambiar de puesto de trabajo (es decir, para evitar la demanda de manera radical), es más fácil que emerjan problemas de salud relacionados con esta, que no se darán en circunstancias de mayor flexibilidad del mercado laboral⁸.

LIMITACIONES

El estudio puede haber introducido un sesgo de publicación, como parece indican los gráficos de funnel-plot. Este no incluye en el análisis los resultados del estudio de la Cohorte IPAW, que está desarrollando su trabajo en el campo de los riesgos psicosociales: los resultados son consecuentes con los obtenidos en el metanálisis, lo que reforzaría teóricamente el resultado del mismo. No han podido obtenerse los datos correspondientes al absentismo ni efectuar una estimación de los mismos, motivo por el cual no han podido ser incluidos en el análisis. Sin duda se trata de un estudio que, por su magnitud y su diseño, deben ser tenido en cuenta en futuras investigaciones en este ámbito de los riesgos psicosociales.

Otra posible limitación es que el análisis no se ha efectuado teniendo en cuenta motivos de género. En este se ha efectuado una estimación del absentismo global a partir del absentismo de hombres y mujeres, y una distinta distribución de género puede haber introducido una infraestimación del efecto y un sesgo que es preciso tener en cuenta.

Los estudios que relacionan un mayor absentismo femenino con los factores psicosociales son múltiples^{1,3,4,6,8,9} y muy posiblemente este deba ser un factor a tener en cuenta en este tipo de estudios. También es posible que el mercado laboral suponga un sesgo que deba considerarse en el diseño de estudios de este tipo puesto que las mujeres acceden a puestos de trabajo con menor autonomía y esto pueda incidir de manera significativa tanto en sus tasas de absentismo como en la diferente incidencia de riesgos psicosociales.

RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES

Los factores psicosociales son cada vez más elementos que deben ser tenidos en cuenta en la gestión preventiva de cualquier organización. Si bien la demanda, como dimensión propia de estos factores psicosociales, no parece una variable relacionada o que influya en el absentismo laboral, el control si que se encuentra asociado a este, de manera reiterada y consistente.

A pesar de las limitaciones del estudio, este demuestra y corrobora la aseveración previa, en el sentido de que el control sobre el trabajo está íntimamente relacionado con el absentismo de media-larga duración, con las connotaciones y los costes que de esto se deriva.

Si las organizaciones quieren mejorar uno de los aspectos más conflictivos de su actual gestión, deben evaluar los riesgos psicosociales, de manera muy especial aquellos aspectos relacionados con el control sobre el trabajo de sus empleados y dotar a estos de estrategias para incidir y modularlo. Este guarda una relación inversamente proporcional con el absentismo y cualquier esfuerzo por aumentarlo supondrá mejoras en los ámbitos económicos y sociales de la organización.

REFERENCIAS

1. Kivimäki M, Vahtera J, Pentti J. Et al. Factors underlying the effect of organisational downsizing on health of employees: longitudinal cohort study. *BMJ* 2000;320:971-975.
2. Niedhammer I, Chastang JF, David S. Importance of psychosocial work factors on general health outcomes in the national French SUMER survey. *Occup Med.* 2008. 58: 15-24.
3. Andrea H, Beurskens AJ, Metsemakers JF, van Amelsvoort LG, van den Brandt PA, van Schayck CP. Health problems and psychosocial work environment as predictors of long term sickness absence in employees who visited the occupational physician and/or general practitioner in relation to work: a prospective study. *Occup Environ Med.* 2003 Apr;60(4):295-300.
4. Munch-Hansen T, Wieclaw J, Agerbo E, Westergaard-Nielsen N, Bonde JP. Global measure of satisfaction with psychosocial work conditions versus measures of specific aspects of psychosocial work conditions in explaining sickness absence. *BMC Public Health.* 2008;8:270
5. Nielsen ML, Rugulies R, Smith-Hansen L, Christensen KB, Kristensen TS. Psychosocial work environment and registered absence from work: estimating the etiologic fraction. *Am J Ind Med.* 2006 Mar;49(3):187-96.
6. North FM, Syme SL, Feeney A, Shipley M, Marmot M. Psychosocial work environment and sickness absence among british civil servants: The Whitehall II study. *Am J Public Health.* 1996; 86:332-340
7. Smulders PGW, Nijhuis FJN. The job demand – job control and absence behavior: results of a 3- year longitudinal study. *Work stress.* 1999; 13(2): 115-131.
8. Virtanen M, Vahtera J, Pentti J, Honkonen T, Elovainio M, Kivimäki M. Job Strain and psychologic distress. Influence on sickness absence among finnish employees. *Am J Prev Med* 2007;33 (3):182-187.
9. Labriola M, Lund T, Burr H. Prospective study of physical and psychosocial risk factors for sickness absence. *Occup Med.* 2006; 56: 469-474.
10. World Health Organization. The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: NMH Communications; 2001.
11. Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Bruselas, 14.10.2005 COM(2005) 484 final.
12. MTAS. INSH. NTP 603. Riesgo psicosocial: El modelo demanda-control-apoyo social (I).
13. MOOSE Group. Meta-Analysis of Observational studies in Epidemiology. A proposal for reporting. *JAMA.* 2000; 283 (15); 2008-2012.
14. Iniciativa STROBE. Declaración de la iniciativa STROBE (Strengthening the reporting of observational studies in Epidemiology): Directrices para la comunicación de estudios observacionales. *Gac Sanit.* 2008; 22(2); 144-50.
15. Mc Elvenny DM, Armstrong BG, Järup L, Higgins JP. Meta-analysis in occupational epidemiology: a review of practice. *Occupational Medicine.* 2004; 54: 336-344.

AGRADECIMIENTOS

A Anne Marie Roche, de Embase por permitir el acceso gratuito a esta base de datos durante tres meses y facilitar de este modo la revisión sistemática.

ANEXO I. METANÁLISIS. ARTÍCULOS EVALUADOS.

Ala-Mursula L, Vahtera J, Kivimäki M, Kevin MV, Pentti J. Employee control over working times: associations between subjective health and sickness absences. *J Epidemiol Community Health*. 2002;56:272-2781.

Andrea H, Beurskens AJ, Metsemakers JF, van Amelsvoort LG, van den Brandt PA, van Schayck CP. Health problems and psychosocial work environment as predictors of long term sickness absence in employees who visited the occupational physician and/or general practitioner in relation to work: a prospective study. *Occup Environ Med*. 2003 Apr;60(4):295-300.

Ariëns GA, Bongers PM, Hoogendoorn WE, van der Wal G, van Mechelen W. High physical and psychosocial load at work and sickness absence due to neck pain. *Scand J Work Environ Health*. 2002 Aug;28(4):222-31.

Bartis S, Burton K, Main C. A prospective study of psychosocial risk factors and absence due to musculoskeletal disorders-implications for occupational screening. *Occupational Medicine*. 2005;55:375-379.

Bültmann U, Huibers MJ, van Amelsvoort LP, Kant I, Kasl SV, Swaen GM. Psychological distress, fatigue and long-term sickness absence: prospective results from the Maastricht Cohort Study. *J Occup Environ Med*. 2005 Sep;47(9):941-7.

Clumeck N, Kempnaers C, Godin I, Dramaix M, Kornitzer M, Linkowski P, Kittel F. Working conditions predict incidence of long-term spells of sickness absence due to depression: results from the belstress I prospective study. *J Epidemiol Community Health*. 2009;63(4):286-92

Christensen KB, Nielsen ML, Rugulies R, Smith-Hansen L, Kristensen TS. Workplace levels of psychosocial factors as prospective predictors of registered sickness absence. *J Occup Environ Med*. 2005 Sep;47(9):933-40.

Christensen KB, Lund T, Labriola M, Villadsen E, Bültmann U. The fraction of long-term sickness absence attributable to work environmental factors: prospective results from the Danish Environment Cohort Study. *Occup Environ Med*. 2007 ; 64 :487-489.

De Croon EM, Blonk RW, Sluiter JK, Frings-Dresen MH. Occupation-specific screening for future sickness absence: criterion validity of the trucker strain monitor (TSM). *Int Arch Occup Environ Health*. 2005 Feb;78(1):27-34.

Dekkers-Sánchez PM, Hoving JL, Sluiter JK, Frings-Dresen MH. Factors associated with long-term sick leave in sick-listed employees: a systematic review. *Occup Environ Med*. 2008 Mar;65(3):153-7.

Duijts SFA, Kant IJ, Swaen GMH. Advantages and disadvantages of an objective selection process for early intervention in employees at risk for sickness absence. *BMC Public Health*. 2007;7:67-74

Duijts SFA, Kant IJ, Swaen GMH, van den Brandt PA, Zeegers MP. A meta-analysis of observational studies identifies predictors of sickness absence. *J Clin Epidemiol*. 2007 Nov;60(11):1105-15.

Duijts SFA, Kant IJ, Landeweerd JA, Swaen GMH. Prediction of sickness absence: development of a screening instrument. *Occup Environ Med*. 2006 ;63:564-569

Duijts SFA, Kant IJ, van den Brandt PA, Swaen GMH. Psychometrics and validation of a screening instrument for sickness absence. *Occupational Medicine*. 2008; 58: 413-418

Evans O, Steptoe A. The contribution of gender-role orientation, work factors and home stressors to psychological well-being and sickness absence in male- and female-dominated occupational groups. *Soc Sci Med*. 2002 Feb;54(4):481-92.

Gimeno D, Benavides FG, Amick BC 3rd, Benach J, Martínez JM. Psychosocial factors and work related sickness absence among permanent and non-permanent employees. *J Epidemiol Community Health*. 2004 Oct;58(10):870-6.

Head J, Kivimäki M, Martikainen P, Vahtera J, Ferrie JE, Marmot MG. Influence of change in psychosocial work characteristics on sickness absence: The Whitehall II Study. *J Epidemiol Community Health*. 2006 Jan;60(1):55-61.

Ishizaki M, Kawakami N, Honda R, Nakagawa H, Morikawa Y, Yamada Y; Japan Work Stress and Health Cohort Study Group. Psychosocial work characteristics and sickness absence in Japanese employees. *Int Arch Occup Environ Health*. 2006 Sep;79(8):640-6. ***

Janssen N, Kant IJ, Swaen GMH, Janssen PPM, Schröer. Fatigue as a predictor of sickness absence: results from the Maastricht cohort study on fatigue at work. *Occup Environ Med*. 2003 ; 60 (Suppl 1) :71-76.

de Jonge J, Reuvers MM, Houtman IL, Bongers PM, Kompier MA. Linear and nonlinear relations between psychosocial job characteristics, subjective outcomes, and sickness absence: baseline results from SMASH. Study on Musculoskeletal Disorders, Absenteeism, Stress, and Health. *J Occup Health Psychol*. 2000 Apr;5(2):256-68.

Kivimäki M, Vahtera J, Thomson L, Griffiths A, Cox T, Pentti J. Psychosocial factors predicting employee sickness absence during economic decline. *J Appl Psychol*. 1997 Dec;82(6):858-72.

- Kivimäki M, Sutinen R, Elovainio M, Vahtera J, Räsänen K, Töyry S, Ferrie JE, Firth-Cozens J. Sickness absence in hospital physicians: 2 year follow up study on determinants. *Occup Environ Med*. 2001 Jun;58(6):361-6.
- Kondo K, Kobayashi Y, Hirokawa K, Tsutsumi A, Kobayashi F, Haratani T, Araki S, Kawakami N. Job strain and sick leave among Japanese employees: a longitudinal study. *Int Arch Occup Environ Health*. 2006 Mar;79(3):213-9.
- Koopmans P, Roelen C, Groothoff J. Risk of future sickness absence in frequent and long-term absentees. *Occupational Medicine*. 2008;58:268-274
- Leka S, Kortum E. A European framework to address psychosocial hazards. *J Occup Health*. 2008; 50: 294-296
- Labriola M, Lund T, Burr H. Prospective study of physical and psychosocial risk factor for sickness absence. *Occupational Medicine*. 2006; 56:469-474.
- Lund T, Labriola M, Christensen KB, Bültmann U, Villadsen E, Burr H. Psychosocial work environment exposures as risk factors for long-term sickness absence among Danish employees: results from DWECES/DREAM. *J Occup Environ Med*. 2005 Nov;47(11):1141-7. ***
- Lund T, Labriola M, Christensen KB, Bültmann U, Villadsen E. Physical work environment risk factors for long term sickness absence: prospective findings among a cohort of 5357 employees in Denmark. *BMJ*, 2006;332:449-452.
- Mastrangelo G, Mattioli S, Baldasseroni A, Bontadi D, Capodicasa E, Marzia V, Mazzi M, Patané P, Torri P, Marangi G, Fadda E, Priolo G, Scoizzato L, Maier E, Campo G, Marchiori L. Occupational injuries and sickness absence: association with job demand, decision latitude, and life style in 2174 workers in the Veneto Region. *Med Lav*. 2008;99 Suppl 1:31-41.
- Melamed S, Ben-Avi I, Luz J, Green MS. Objective and subjective work monotony: effects on job satisfaction, psychological distress, and absenteeism in blue-collar workers. *J Appl Psychol*. 1995 Feb;80(1):29-42.
- Melchior M, Krieger N, Kawachi I, Berkman LF, Niedhammer I, Goldberg M. Work factors and occupational class disparities in sickness absence: findings from the GAZEL cohort study. *American Journal of Public Health*. 2005;95(7):1206-1212.
- Moreau M, Valente F, Mak R, Pelfrene E, de Smet P, De Backer G, Kornitzer M. Occupational stress and incidence of sick leave in the Belgian workforce: the Belstress study. *J Epidemiol Community Health*. 2004 Jun;58(6):507-16.
- Mortelmans AK, Donceel P, Lahaye D, Bulterys S. Work-related sickness absence and mandatory occupational health surveillance. *Occupational Medicine*. 2008;58:464-467.
- Munch-Hansen T, Wieclaw J, Agerbo E, Westergaard-Nielsen N, Bonde JP. Global measure of satisfaction with psychosocial work conditions versus measures of specific aspects of psychosocial work conditions in explaining sickness absence. *BMC Public Health*. 2008;8:270
- Munch-Hansen T, Wieclaw J, Agerbo E, Westergaard-Nielsen N, Rosenkilde M, Bonde JP. Sickness absence and workplace levels of satisfaction with psychosocial work conditions at public service workplaces. *Am J Ind Med*. 2009;52:153-161.
- Niedhammer I, Chastang JF, David S. Importance of psychosocial work factors on general health outcomes in the national French SUMER survey. *Occup Med (Lond)*. 2008 Jan;58(1):15-24.
- Nielsen ML, Rugulies R, Smith-Hansen L, Christensen KB, Kristensen TS. Psychosocial work environment and registered absence from work: estimating the etiologic fraction. *Am J Ind Med*. 2006 Mar;49(3):187-96.
- Nieuwenhuijsen K, de Boer AGEM, Verbeek JHAM, Blonk RWB, van Dijk FJH. The Depression Anxiety Stress Scale (DASS): detecting anxiety disorder and depression in employees absent from work because of mental health problems. *Occup Environ Med* 2003; 60 (Suppl 1):177-182
- North FM, Syme SL, Feeney A, Shipley M, Marmot M. Psychosocial work environment and sickness absence among British civil servants: The Whitehall II study. *Am J Public Health*. 1996; 86:332-340
- Otsuka Y, Takahashi M, Nakata A, Haratani T, Kaida K, Fukasawa K, Hanada T, Ito A. Sickness absence in relation to psychosocial work factors among daytime workers in an electric equipment manufacturing company. *Ind Health*. 2007 Apr;45(2):224-31.
- Peter R, Siegrist J. Chronic work stress, sickness absence, and hypertension in middle managers: general or specific sociological explanations? *Soc Sci Med*. 1997 Oct;45(7):1111-20.
- Roelen C, van der Pol T, Koopmans PC, Groothoff J. Identifying workers at risk of sickness absence by questionnaire. *Occupational Medicine* 2006;56:442-446
- Roelen C, Weites SH, Koopmans PC, van der Klink JJJ, Groothoff JW. Sickness absence and psychosocial work conditions: a multilevel study. *Occupational Medicine*. 2008; 58:425-430.
- Sandmark H. Work and family: associations with long-term sick-listings in Swedish women – a case-control study. *BMC Public Health*. 2007;7:287

- Vasse RM, Nijhuis FJ, Kok G. Associations between work stress, alcohol consumption and sickness absence. *Addiction*. 1998 Feb;93(2):231-41.
- Verhaeghe R, Vlerick P, Gemmel P, Van Maele G, De Backer G. Impact of recurrent changes in the work environment on nurses' psychological well-being and sickness absence. *J Adv Nurs*. 2006 Dec;56(6):646-56.
- Virtanen M, Vahtera J, Pentti J, Honkonen T, Elovainio M, Kivimäki M. Job strain and psychologic distress influence on sickness absence among Finnish employees. *Am J Prev Med*. 2007 Sep;33(3):182-7.
- Virtanen M, Kivimäki M, Elovainio M, Vahtera J, Cooper CL. Contingent employment, health and sickness absence. *Scand J Work Environ Health* 2001; 27(6):365-372
- Virtanen P, Oksanen T, Kivimäki M, Virtanen M, Pentti J, Vahtera J. Work stress and health in primary health care physicians and hospital physicians. *Occup Environ Med*. 2008;65(5):364-6.
- Voss M, Floderus B, Diderichsen F. Physical, psychosocial and organisational factors relative to sickness absence: a study based on sweden post. *Occup Environ Med*. 2001;58 :178-184
- Whitaker SC. The management of sickness absence. *Occup Environ Med* 2001; 58 :420-424

ANEXO II. FICHA DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS EN EL METANÁLISIS Y VALORACIÓN SEGÚN ESCALA DE NEWCASTLE - OTTAWA

Autores	Melchior M, Krieger N, Kawachi I, Berkman LF, Niedhammer I, Goldberg M.		
Título	Work factors and occupational class disparities in sickness absence: Findings from the GAZEL cohort study		
Referencia	Am J Public Health. 2005;95:1206-12		
Diseño	Cohortes	N	11733
Método	Basado en el cuestionario de Karasek / Johnson		
Resumen	<p>Seguimiento (6 años) de los trabajadores de la compañía de gas y electricidad francesa mediante encuesta anual por correo (tasa de respuesta habitual 75%), que incluye esfuerzo físico y condiciones psicosociales en el trabajo. Datos de absentismo obtenidos de los registros propios de la compañía. Se estudiaron todas las ausencias. En un segundo análisis se discriminaron ausencias cortas (<7 días) intermedias (8-21 días) y largas (< 21 días). Las ausencias se valoraron como tasa por 100 personas-año. Un 19-21% del total de ausencias estaban relacionadas con condiciones laborales adversas.</p> <p>Limitaciones: Población "mas sana" que el resto de la población que infraestima el absentismo. (Efecto trabajador sano). Las medidas de exposición fueron tomadas cinco años antes de medir el absentismo y no se controlaron posibles cambios.</p>		
OR - RR	♂ (N=8307) Baja decisión: 1,64 (1,54-1,75) Alta demanda: 0,90 (0,83 - 0,96) ♀ (N =2886) Baja decisión: 1,34 (1,23-1,45) Alta demanda: 1,17 (1,05 -1,31)		
ESCALA DE NEWCASTLE-OTTAWA (Estudios Cohortes)			
Selección			
Representatividad de la cohorte de expuestos	Verdadera representatividad de los factores psicosociales en la muestra*		
	Cierta representatividad de los factores psicosociales en la muestra *		✓
	Grupos seleccionados de trabajadores (pacientes)		
	No hay descripción		
Selección de la cohorte de no expuestos	Elegida de la misma comunidad que la cohorte de expuestos*		✓
	Elegida de un modo diferente		
	No hay descripción de la selección de la cohorte de no expuestos		
Conocimiento de la exposición	Fuente segura (p.e. registro quirúrgico)*		
	Entrevista estructurada*		
	Cuestionario autoadministrado		✓
	No hay descripción		
Demostración de que el evento de interés no estaba presente al inicio del estudio	Si *		✓
	No		
Comparabilidad			
Comparabilidad de las cohortes en la base del diseño o el análisis	Análisis de las cohortes por factores sociodemográficos*		
	Estudio de controles por otro factor adicional* (Factores laborales y educacionales)		✓
Resultado			
Conocimiento de la exposición	Ciego independiente*		
	Acoplamiento de registro* (<i>Informatización de la baja</i>)		✓
	Auto informe		
	Sin descripción		
Fue el seguimiento suficientemente largo para que sucediera el resultado	Si (seleccionar un periodo de seguimiento adecuado para el resultado esperado >=6 meses)* (<i>Siete años</i>)		✓
	No (<= 6 meses)		
Idoneidad del seguimiento de las cohortes	Seguimiento completo - todos los individuos*		
	Pérdida de sujetos insuficiente para introducir un sesgo. Pequeño número de pérdidas (75 %) *		✓?
	Tasa de pérdidas > %, sin descripción de estas pérdidas		✓?
	Sin referencias		
Total			6

Autores	M Moreau, F Valente, R Mak, E Pelfrene, P de Smet, G De Backer , M Kornitzer		
Título	Occupational stress and incidence of sick leave in the Belgian workforce: the Belstress study		
Referencia	J Epidemiol Community Health 2004;58;507-516		
Diseño	Cohortes	N	20463
Método	Demanda - control de Karasek		
Resumen	Seguimiento durante cuatro años en 25 compañías importantes de Bélgica. La percepción de una elevada carga laboral (job strain) junto a la falta de soporte social es claramente predictivo de futuro absentismo laboral. Se excluyeron los seguimientos inferiores a un año y las ausencias por maternidad.		
OR - RR	Demanda: 0.80 (0.63-1.01) [♂] 1.18 (0.76-1.84) [♀] Control: 3.29 (2.47 -4.34) [♂] 1.73 (1.16-2.58) [♀]		
ESCALA DE NEWCASTLE-OTTAWA (Estudios Cohortes)			
Selección			
Representatividad de la cohorte de expuestos	Verdadera representatividad de los factores psicosociales en la muestra*		
	Cierta representatividad de los factores psicosociales en la muestra *		✓
	Grupos seleccionados de trabajadores (pacientes)		
	No hay descripción		
Selección de la cohorte de no expuestos	Elegida de la misma comunidad que la cohorte de expuestos*		✓
	Elegida de un modo diferente		
	No hay descripción de la selección de la cohorte de no expuestos		
Conocimiento de la exposición	Fuente segura (p.e. registro quirúrgico)*		
	Entrevista estructurada*		
	Cuestionario autoadministrado		✓
	No hay descripción		
Demostración de que el evento de interés no estaba presente al inicio del estudio	Si *		✓
	No		
Comparabilidad			
Comparabilidad de las cohortes en la base del diseño o el análisis	Análisis de las cohortes por factores sociodemográficos*		✓
	Estudio de controles por otro factor adicional* (Factores laborales y educacionales)		✓
Resultado			
Conocimiento de la exposición	Ciego independiente*		
	Acoplamiento de registro* (<i>Informatización de la baja</i>)		✓
	Auto informe		
	Sin descripción		
Fue el seguimiento suficientemente largo para que sucediera el resultado	Si (seleccionar un periodo de seguimiento adecuado para el resultado esperado >=6 meses)* (<i>Un año</i>)		✓
	No (<= 6 meses)		
Idoneidad del seguimiento de las cohortes	Seguimiento completo – todos los individuos*		
	Pérdida de sujetos insuficiente para introducir un sesgo. Pequeño número de pérdidas (95 %) *		✓
	Tasa de pérdidas > %, sin descripción de estas pérdidas		
	Sin referencias		
Total			8

Autores	North FM. Syme SL. Feeney A. Shipley M. Marmot M.		
Título	Psychosocial work environment and sickness absence among british civil servants: The Whitehall II study.		
Referencia	Am J Public Health. 1996; 86:332-340		
Diseño	Cohortes	N	9072
Método	Adaptación del método de Karasek.		
Resumen	Trabajadores no industriales (administración) del área de Londres participaron en el estudio. Tasa de respuesta del 73%. Absentismo controlado en 88% de los trabajadores. Se clasificó el absentismo en < 7 días y > 7 días. Demanda, control y soporte social en el ámbito laboral se asocian significativamente con elevadas tasas de absentismo de (baja) y alta duración.		
OR - RR	♂ (N=8307) Baja decisión: 1,05 (0,87-1,26) Alta demanda: 1,03 (0,86 - 1,24) ♀ (N =2886) Baja decisión: 0,91 (0,75-1,10) Alta demanda: 1,34 (1,12 -1,60)		
ESCALA DE NEWCASTLE-OTTAWA (Estudios Cohortes)			
Selección			
Representatividad de la cohorte de expuestos	Verdadera representatividad de los factores psicosociales en la muestra*		
	Cierta representatividad de los factores psicosociales en la muestra *		✓
	Grupos seleccionados de trabajadores (pacientes)		
	No hay descripción		
Selección de la cohorte de no expuestos	Elegida de la misma comunidad que la cohorte de expuestos*		✓
	Elegida de un modo diferente		
	No hay descripción de la selección de la cohorte de no expuestos		
Conocimiento de la exposición	Fuente segura (p.e. registro quirúrgico)*		
	Entrevista estructurada*		
	Cuestionario autoadministrado		✓
	No hay descripción		
Demostración de que el evento de interés no estaba presente al inicio del estudio	Si *		✓
	No		
Comparabilidad			
Comparabilidad de las cohortes en la base del diseño o el análisis	Análisis de las cohortes por factores sociodemográficos*		
	Estudio de controles por otro factor adicional* (Factores laborales y educacionales)		✓
Resultado			
Conocimiento de la exposición	Ciego independiente*		
	Acoplamiento de registro* (<i>Informatización de la baja</i>)		✓
	Auto informe		
	Sin descripción		
Fue el seguimiento suficientemente largo para que sucediera el resultado	Si (seleccionar un periodo de seguimiento adecuado para el resultado esperado >=6 meses)* (<i>Dos años-dos meses</i>)		✓
	No (<= 6 meses)		
Idoneidad del seguimiento de las cohortes	Seguimiento completo – todos los individuos*		
	Pérdida de sujetos insuficiente para introducir un sesgo. Pequeño número de pérdidas (73 %) *		✓?
	Tasa de pérdidas > %, sin descripción de estas pérdidas		✓?
	Sin referencias		
Total			6/7

Autores	Ala-Mursula L. Vahtera J. Kivimaki M. Kevin MV. Pentti J.		
Título	Employee control over working times: associations between subjective health and sickness absences.		
Referencia	J Epidemiol Community Health. 2002;56:272-278		
Diseño	Cohortes	N	6642
Método	Karasek JCQ		
Resumen	Empleados municipales de 8 ciudades finlandesas respondieron a un cuestionario sobre datos laborales, económicos y sociodemográficos. Seguimiento durante tres años. Se evidencian diferencias por motivos de género, que atribuyen a diferente asignación de los puestos de trabajo. En mujeres el control sobre el trabajo se asocia a afectación del estado de salud, mayor absentismo y distrés psicológico.		
OR - RR	♂ Baja decisión: 1,29 (1,09-1,52) Alta demanda: 1,14 (0,99 - 1,32) ♀ Baja decisión: 1,28 (1,18-1,39) Alta demanda: 1,24 (1,15 -1,33)		
ESCALA DE NEWCASTLE-OTTAWA (Estudios Cohortes)			
Selección			
Representatividad de la cohorte de expuestos	Verdadera representatividad de los factores psicosociales en la muestra*		
	Cierta representatividad de los factores psicosociales en la muestra *		✓
	Grupos seleccionados de trabajadores (pacientes)		
	No hay descripción		
Selección de la cohorte de no expuestos	Elegida de la misma comunidad que la cohorte de expuestos*		✓
	Elegida de un modo diferente		
	No hay descripción de la selección de la cohorte de no expuestos		
Conocimiento de la exposición	Fuente segura (p.e. registro quirúrgico)*		
	Entrevista estructurada*		
	Cuestionario autoadministrado		✓
	No hay descripción		
Demostración de que el evento de interés no estaba presente al inicio del estudio	Si *		✓
	No		
Comparabilidad			
Comparabilidad de las cohortes en la base del diseño o el análisis	Análisis de las cohortes por factores sociodemográficos*		
	Estudio de controles por otro factor adicional* (Factores laborales y educacionales)		✓
Resultado			
Conocimiento de la exposición	Ciego independiente*		
	Acoplamiento de registro* (<i>Informatización de la baja</i>)		✓
	Auto informe		
	Sin descripción		
Fue el seguimiento suficientemente largo para que sucediera el resultado	Si (seleccionar un periodo de seguimiento adecuado para el resultado esperado ≥ 6 meses)* (<i>Tres años</i>)		✓
	No (≤ 6 meses)		
Idoneidad del seguimiento de las cohortes	Seguimiento completo – todos los individuos*		
	Pérdida de sujetos insuficiente para introducir un sesgo. Pequeño número de pérdidas (67 %) *		
	Tasa de pérdidas > 25 %, sin descripción de estas pérdidas		✓
	Sin referencias		
Total			6

Autores	Labriola M. Lund T. Burr H.		
Título	Prospective study of physical and psychosocial risk factor for sickness absence.		
Referencia	Occupational Medicine. 2006; 56:469-474.		
Diseño	Cohortes	N	5574
Método	Adaptació JCQ "ad hoc"		
Resumen	Muestra aleatoria de trabajadores daneses, a los que se controlaron las bajas cortas/ largas (< 6 días/> 6 días). El absentismo se asoció con la falta de control en el trabajo de manera significativa.		
OR - RR	♂ Baja decisión: 1,29 (1,09-1,52) Alta demanda: 1,14 (0,99 - 1,32) ♀ Baja decisión: 1,28 (1,18-1,39) Alta demanda: 1,24 (1,15 -1,33)		
ESCALA DE NEWCASTLE-OTTAWA (Estudios Cohortes)			
Selección			
Representatividad de la cohorte de expuestos	Verdadera representatividad de los factores psicosociales en la muestra*		
	Cierta representatividad de los factores psicosociales en la muestra *		✓
	Grupos seleccionados de trabajadores (pacientes)		
	No hay descripción		
Selección de la cohorte de no expuestos	Elegida de la misma comunidad que la cohorte de expuestos*		✓
	Elegida de un modo diferente		
	No hay descripción de la selección de la cohorte de no expuestos		
Conocimiento de la exposición	Fuente segura (p.e. registro quirúrgico)*		
	Entrevista estructurada*		✓
	Cuestionario autoadministrado		
	No hay descripción		
Demostración de que el evento de interés no estaba presente al inicio del estudio	Si *		✓
	No		
Comparabilidad			
Comparabilidad de las cohortes en la base del diseño o el análisis	Análisis de las cohortes por factores sociodemográficos*		
	Estudio de controles por otro factor adicional* (Factores laborales y educacionales)		✓
Resultado			
Conocimiento de la exposición	Ciego independiente*		
	Acoplamiento de registro* (<i>Informatización de la baja</i>)		
	Auto informe		✓
	Sin descripción		
Fue el seguimiento suficientemente largo para que sucediera el resultado	Si (seleccionar un periodo de seguimiento adecuado para el resultado esperado >=6 meses)* (<i>Un año</i>)		✓
	No (<= 6 meses)		
Idoneidad del seguimiento de las cohortes	Seguimiento completo – todos los individuos*		
	Pérdida de sujetos insuficiente para introducir un sesgo. Pequeño número de pérdidas (82 %) *		✓
	Tasa de pérdidas %, sin descripción de estas pérdidas		
	Sin referencias		
Total			7

Autores	Mastrangelo G, Mattioli S, Baldasseroni A, Bontadi D, Capodicasa E, Marzia V, Mazzi M, Patané P, Torri P, Marangi G, Fadda E, Priolo G, Scozzato L, Maier E, Campo G, Marchiori L.		
Título	Occupational injuries and sickness absence: association with job demand, decision latitude, and life style in 2174 workers in the Veneto Region.		
Referencia	Med Lav. 2008;99 Suppl 1:31-41.		
Diseño	Casos-controles	N	2174
Resumen	Mediante el test de Karasek, se determina el riesgo psicosocial de 2174 trabajadores de 30 empresas de 10 a 500 trabajadores del Veneto italiano, pertenecientes a los sectores industria y servicios. La duración mínima de la incapacidad temporal fue de 10 días.		
OR	Baja decisión: 1,6 (1,1 - 2,2) Elevada demanda: 1,5 (1,0 - 2,2)		
ESCALA DE NEWCASTLE-OTTAWA (Estudios Caso-Control)			
Selección			
¿Es adecuada la definición de caso?	Si, con validación independiente☆ (Requiere validación independiente (p.e. > 1 persona/ registro/ tiempo/ proceso para extraer información o referencia a la fuente primaria, registro médico/ hospitalario o estudio radiológico.)		✓
	Si, por ejemplo mediante registros vinculados o basado en informes propios (Registros vinculados, p.e. mediante códigos ICD a la base de datos o informes propios sin referencia a registros primarios)		
	No hay descripción		
Representatividad de los casos	Consecutiva o representatividad obvia de la serie de casos ☆ (Todos los casos con el evento de interés lo han sido en un periodo de tiempo, en un espacio determinado, en un hospital, clínica, grupo hospitalario o organización sanitaria, o bien ha sido una muestra de estos casos (p.e. muestra aleatoria)		✓
	Sesgo de selección potencial o no indicado (No se satisfacen los requerimientos del apartado anterior o no se indica)		
Selección de los controles	Controles comunitarios (empresas) ☆		✓
	Controles hospitalarios		
	No hay descripción		
Definición de controles	No historia de enfermedad (punto final) (Si es el primer episodio de enfermedad, debe explicitarse que no ha sucedido anteriormente) ☆		✓
	No descripción de la fuente		
Comparabilidad			
Comparabilidad de los casos y controles en la base del diseño o el análisis	Estudio de controles por <i>edad y sexo</i> (Seleccionar el factor más importante) ☆		✓
	Estudio de controles por otro factor adicional☆ (Este criterio puede ser modificado indicando un control específico por un segundo factor importante)		✓?
Exposición			
Conocimiento de la exposición	Fuente segura (p.e. registro quirúrgico) ☆		✓
	Entrevista estructurada donde se ciega el estado de casos y controles☆		
	Entrevista no cegada del estado de casos y controles		
	Informe propio (auto registro) o registro médico		
	Sin descripción		
Existe algún método para discernir entre casos y controles	Si☆		✓
	No		
Tasa de no respondedores	Tasa similar en ambos grupos☆		
	Existe una descripción de los no respondedores		✓
	Tasa distinta sin designación		
Total			7

Promoción de la salud en los lugares de trabajo: teoría y realidad

Health promotion in the workplace: theory and reality

Alba Idaly Muñoz Sánchez.

Universidad Nacional de Colombia. Bogotá (Colombia)

Recibido: 18-05-10

Aceptado: 31-08-10

Correspondencia:

Alba Idaly Muñoz Sánchez

Carrera 30#45-03 Edificio 101, Torre de Enfermería Oficina 711

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería, Bogotá (Colombia)

Tfno: 3165000 Ext. 17060

e-mail: aimunozs@unal.edu.co; albaidalymunoz@gmail.com

Resumen

La salud de los trabajadores involucra aspectos complejos ya que está articulada a los procesos de globalización, flexibilización, reformas del sistema de salud y de trabajo, entre otros aspectos. Estas tendencias afectan el entorno laboral, el proceso salud-enfermedad de la población en general y en este caso las formas de trabajar y enfermar de los trabajadores. La promoción de la salud en los lugares de trabajo está sustentada teóricamente en las diferentes estrategias propuestas por organizaciones internacionales, sin embargo, la realidad de la aplicación de la estrategia en los lugares de trabajo, es limitada, existen pocos estudios que aborden la temática de promoción de la salud en los lugares de trabajo de forma integral. Se deben impulsar acciones que involucren la organización, los trabajadores, diversos sectores y disciplinas que incentiven la operacionalización de la estrategia de promoción de la salud en los lugares de trabajo.

Med Segur Trab (Internet) 2010; 56 (220): 220-225

Palabras clave: *promoción de la salud, trabajo, salud laboral.*

Abstract

The health of workers involved complex issues because is articulated to the processes of globalization, flexibility, health system reforms and privatization, among others. These trends affect the workplace, the health-disease process in the general population and in this case a forms of work and sick in workers. The health Promotion at work is theoretically based on the different strategies proposed by international organizations, however, the reality of the implementation of these strategies at workplaces is limited, there are few studies to involve the issue of health promotion in the workplace holistically. It should promote actions that involve the organization, workers, and the various sectors and disciplines to encourage the operationalization of the strategy for health promotion in the workplaces.

Med Segur Trab (Internet) 2010; 56 (220): 220-225

Keywords: *health promotion, employment, occupational health.*

INTRODUCCIÓN

El concepto y desarrollo teórico de la promoción de la salud en los lugares de trabajo traslada a diversos escenarios laborales específicos para cada actividad evidenciando la necesidad de brindar entornos saludables. Es así como desde el documento de trabajo del Ministerio de salud y Bienestar de Canadá de Marc Lalonde (1974)¹ se trasciende el concepto de sistema de salud para campo de salud. El campo de la salud involucra todos los aspectos que se relacionan con la salud: biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organización del cuidado médico. Según el documento de Lalonde estos cuatro elementos se identificaron mediante un examen de las causas y factores subyacentes de la enfermedad y muerte en Canadá. Por ejemplo, para el área de interés salud trabajo, el ambiente contemplaba las condiciones de trabajo, las tareas repetitivas y la exposición a contaminantes y los efectos en la salud de las personas, es importante aclarar aquí que esta visión aunque limitada, involucraba en aquel entonces otros procesos fundamentales que inciden en la salud de las personas. Sin desconsiderar el gran aporte que se hace en este periodo a la promoción de la salud no se puede perder de vista el escenario social y político en el que se gestó de forma especial la promoción de la salud y su articulación con la investigación, aunque restringido a acciones que contribuyan a modificar el comportamiento de las personas. Sin desconocer los valiosos aportes de este documento es necesario mesura con estas reflexiones, en el área de salud y seguridad en el trabajo una vez que pueden llevar estrategias y actividades direccionadas solo al cambio de comportamiento del trabajador desconsiderando otros procesos que afectan la salud y seguridad a muchas veces están fuera de control de los mismos.

Es de interés resaltar en este documento que desde la primera conferencia de promoción de la salud (1986) donde se emitió la Carta de Ottawa² se contemplaba la creación de ambientes saludables. De acuerdo a ese documento la creación **de ambientes favorables** involucraba un acercamiento socio-ecológico a la salud. Se destaca que “el cambio de las formas de vida, de trabajo y de ocio afecta de forma muy significativa a la salud. Por ello deben ser una fuente de salud para la población. El modo en que la sociedad organiza el trabajo debe de contribuir a la creación de una sociedad saludable”. De esta manera, desde esta primera conferencia se contemplaba la relación entre promoción de la salud y condiciones de vida y trabajo dignas y seguras.

Cabe aclarar que a pesar de llevar 24 años desde esa conferencia todavía no se evidencia impacto en la aplicación de la misma, específicamente en los lugares de trabajo, como se podrá evidenciar en la segunda parte de este escrito.

Otra conferencia que se convierte en cimiento para el desarrollo de la promoción de la salud en los lugares de trabajo es la III Conferencia Mundial de la promoción de la salud realizada en 1988 en Adelaide Australia³, se reconoció en este evento el trabajo como un entorno propicio para implementar la promoción de la salud. Seguidamente la creación de ambientes favorables a la salud se convirtió en tema central de la Conferencia de Sundsvall en 1991⁴. De acuerdo al documento **Entorno propicio para la salud** incluye la casa, el trabajo, el lugar donde se recrea e incluyen las estructuras que permiten el acceso a los servicios de salud para vivir, para actuar. Además, revela aspectos físicos y sociales del medio en que se desenvuelven que rodea a las personas. El entorno saludable propicio afecta las dimensiones físicas, sociales, espirituales, económicas y políticas.

De esta manera se puede constatar el cambio de concepto de ambiente favorable a entorno saludable y la correspondencia del último con las dimensiones físicas, sociales, espirituales, económicas y políticas lo que muestra que el entorno saludable trasciende a una connotación más holística.

En Europa se asumió la declaración de Luxemburgo por todos los países miembros de la Red Europea para la Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo, en el año 1997. En este valioso documento se definió la Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo (PST) así “es aunar los esfuerzos de los empresarios, los trabajadores y la sociedad para mejorar la salud y el bienestar de las personas en el lugar de trabajo, esto se puede

conseguir: Mejorando la organización y las condiciones de trabajo, promoviendo la participación activa, fomentando el desarrollo individual”⁵.

Cabe resaltar que la red Europea surgió con la iniciativa de estimular el desarrollo de la PSLT en los ambientes laborales, esta red reconoce que el trabajo puede generar efectos adversos en la salud de los trabajadores o ser potencial promotor de salud, incluye actividades individuales (factores de protección y potenciadores de salud) y del medio ambiente (control de riesgo). La red también propugna la necesidad de articular acciones desde la organización, que incluye la organización del trabajo, la creación de una política que estimule la promoción de la salud y que involucre la participación activa de los trabajadores. Además, incluye el trabajo intersectorial, la transdisciplinariedad. Buscando la solución de problemas partiendo del análisis de las necesidades, definición de prioridades, planificación, ejecución, control y evaluación de forma continua de las actividades y programas.

En ese mismo año la cuarta conferencia de promoción de la salud realizada en Yakarta (Indonesia)⁶, también reconoció el lugar de trabajo como uno de los espacios propicios para la promoción de la salud.

Las conferencias internacionales de promoción de la salud en las palabras de Carvalho han constituido un cuerpo de conocimientos con conceptos vastos e interesantes, no obstante, con limitantes y ambigüedades. El autor verifica una orientación de la promoción de la salud que enfatiza el enfoque del estilo de vida en el cual se le transfiere a las personas el control de sus vulnerabilidades; a las acciones comunitarias, intersectoriales y locales velando la necesidad de reformas fundamentales, en última se diluye lo social en acciones fragmentadas⁷. Estas características del desarrollo conceptual de la promoción de la salud, todavía persiste en la actualidad, un ejemplo que ilumina esta afirmación es la utilización indistinta del término promoción y prevención de la salud en los diversos documentos científicos y normativos.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud-OMS en documento de 1998 titulado “Health-Promoting Workplace: Making it Happen”⁷, ya definía claramente el término de promoción de la salud en los lugares de trabajo PST e incluye textualmente “una variedad de políticas y actividades en el lugar de trabajo que están diseñados para ayudar a los empleadores y empleados en todos los niveles para aumentar el control y mejorar su salud”. Este valioso documento explicita la importancia de articular los intereses de los trabajadores con los de la gestión buscando el bienestar para los trabajadores. Este enfoque supera las anteriores definiciones y reconoce la influencia de aspectos personales, ambientales, de la organización de la comunidad, y los factores sociales en bienestar de los trabajadores. Según este documento “un lugar de trabajo que promueven la salud reconoce que una fuerza de trabajo saludable es esencial e integra las políticas, sistemas y prácticas favorables a la salud en todos los niveles de la organización”. En este documento pone en relieve que la promoción de la salud es concebida como un proceso continuo en los lugares de trabajo y alertan que no se puede concebir como proyectos u actividades aisladas. Fundamentado en cuatro principios de articulación entre la organización y la empresa para garantizar ambientes de trabajo seguros y saludables: **Integralidad:** incluye acciones individuales y de la organización para conseguir un ambiente de trabajos seguro y saludable. **Participación y Empoderamiento:** estimulando la participación activa de trabajadores y administradores en la generación de herramientas que contribuyan a la salud y el bienestar en los lugares de trabajo. **Multisectorialidad** (involucrando diversos sectores gubernamentales, y no gubernamentales, la industria, el sector salud entre otros y **Multidisciplinariedad:** se refiere a la vinculación de diversas disciplinas involucradas en la planeación y administración de normas en beneficio de la promoción de la salud en los lugares de trabajo. Este mismo documento presenta las ventajas de adoptar la estrategia de PSLT:

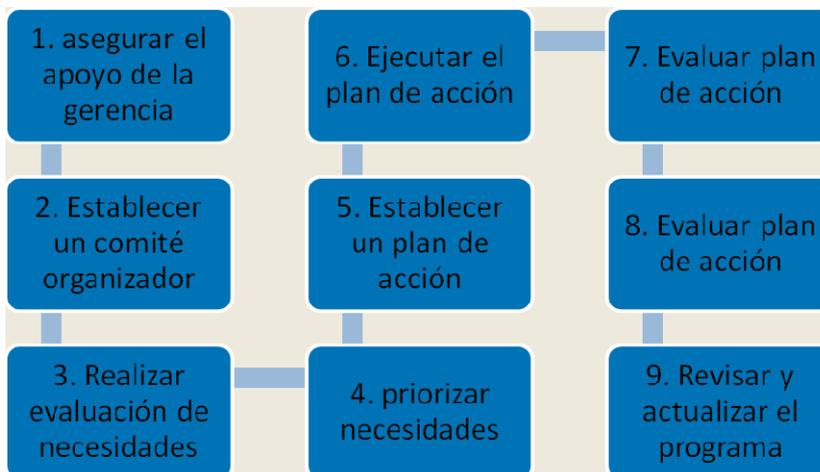
- Para la organización:
 - Programa de salud y seguridad bien administrado,
 - Mejora la imagen del equipo,

- Reduce la rotación del personal,
- Reduce el ausentismo
- Incrementa la productividad
- Reduce costos de cuidados en salud
- Reduce la probabilidad de problemas jurídicos.
- Para los trabajadores
 - Un ambiente de trabajo seguro y saludable
 - Fortalece el autoestima
 - Reduce el estrés
 - Mejora la motivación
 - Incrementa la satisfacción en el trabajo
 - Mejora las habilidades para la protección de la salud
 - Mejora la salud
 - Mejora la sensación de bienestar

Continuando con la construcción conceptual de la promoción de la salud en el lugar del trabajo, fue sólo en el año 2000 en reunión realizada en puerto Rico, que se elaboró el documento que plasma “Estrategia De Promoción de la Salud en los Lugares Trabajo de América Latina y El Caribe”⁹.

Este documento establece que la Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo incluye “la realización de una serie de políticas y actividades en los lugares de trabajo, diseñadas para ayudar a los empleadores y trabajadores en todos los niveles, a aumentar el control sobre su salud y a mejorarla, favoreciendo la productividad y competitividad de las empresas y contribuyendo al desarrollo económico y social de los países”. El documento clarifica que existen diferentes espacios donde se da el trabajo incluido el hogar, la calle, entre otros, cabe resaltar que desde hace 10 años ya se contemplaba la problemática del trabajador informal en esta estrategia este documento retoma la definición de promoción del salud del documento “*Health-Promoting Workplace: Making it Happen*”, y adiciona además dos principios la **justicia social** que se refiere a la necesidad de brindar los programas PSLT se ofrecen a todos las personas involucradas en el lugar de trabajo, sin prerrequisitos como cargo, nacionalidad, sexo o grupo étnico, forma de contratación y el principio de **sostenibilidad** demanda que la PSLT se convierta en parte integral de la gestión y organización de la empresa o lugar de trabajo y de la organización comunitaria que la rodea. Así mismo, este documento consigna los pasos para el desarrollo de los lugares de trabajo saludables:

Grafico 1: pasos para el desarrollo de lugares de trabajo saludables



Fuente: Elaborado a partir del documento “Estrategia de Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo (PSLT) en América Latina y el Caribe” OPS, 2000.

No obstante esta información lleva una década de su generación, es un documento reciente y valioso que da unos lineamientos claros y se deberá adoptarse a la realidad nacional y local, es claro que se deberán explicitar desafíos por resolver que sólo podrán ser superados con la aplicación del mismo como por ejemplo, se delimita sus actividades al espacio laboral y que va detrimento del mismo concepto con que surgió la promoción de la salud, pues dado el actual contexto laboral, el hogar la calle y otros escenarios se convierten en la actualidad en escenarios laborales importantes, con trabajadores altamente expuestos y escasamente protegidos. Otra situación que se evidencia en la práctica de la estrategia de la promoción de la salud en los lugares de trabajo es la reducción de las mismas a actividades educativas, homogéneas, puntuales y desarticuladas de las necesidades de los trabajadores y de la misma organización.

En la universidad Nacional de Colombia, la Maestría Salud y Seguridad en el Trabajo la línea de investigación de promoción de la salud en los lugares de trabajo ha conceptualizado la promoción de la salud en los lugares de trabajo como un proceso individual y colectivo, integral, dinámico y sistemático cimentado en una política de estado y de las empresas u otros lugares donde se dé el trabajo que articula conocimientos, herramientas, metodologías objetivas y subjetivas, experiencias de los actores, sectores y diversas disciplinas implicados en la salud de los trabajadores y que contribuyan al bienestar de los trabajadores y el desarrollo de proyectos de vida de los mismos. Este concepto trasciende la visión del trabajador enmarcada en el lugar de trabajo e integra otros aspectos como vida familiar, la seguridad social del trabajador y las actividades extra laborales de forma general, enfatiza que la promoción de la salud no se puede reducir sólo a la práctica de actividades educativas.

Por otro lado después de reconstruir el desarrollo conceptual de la PSLT, se pretende en esta segunda parte de este texto, evidenciar a través de búsqueda bibliográfica en la plataforma Scielo de estudios que muestren la aplicación de la misma, se revisó esta plataforma ya que incluye la publicación electrónica de ediciones completas de las revistas científicas de América Latina y el Caribe, la organización de bases de datos bibliográficas y de textos completos, además de contar con enlaces de hipertexto con bases de datos nacionales e internacionales, como por ejemplo, LILACS y MEDLINE. Para la búsqueda de los productos de investigación se utilizaron dos descriptores “promoción de la salud” y “trabajo”, el total de productos que se identificaron fueron 144, de los cuales solo 21 trataban específicamente de promoción de la salud en los lugares de trabajo. Durante la selección de los descriptores para la búsqueda se identificó que no existe en el listado de 2010 de la biblioteca virtual en salud de América Latina y el Caribe el descriptor específico de “promoción de la salud en los lugares de trabajo”(10)

En relación a los 21 productos específicos que trataba el asunto de promoción de la salud en los lugares de trabajo se identificó que las revistas donde se encontraron estos productos eran predominantemente de enfermería y de Brasil, de estos estudios 4 eran teóricos, 12 era estudios de investigación aplicados con trabajadores de la salud, 2 estudios eran dirigido a la población de docentes, 1 habitantes de la calle, 1 buzos y otro dirigido a corteros de caña. De forma general se trataban de estudios de investigación cualitativa. Finalmente no se encontró ningún estudio que mostrara la operacionalización y/ o evaluación de la estrategia de promoción de la salud en los lugares de trabajo.

La promoción de la salud todavía se constituye en un desafío por desplegar, se realiza de forma limitada en los diversos escenarios laborales formales, limitando su accionar solo al lugar de trabajo y con acciones puntuales y fragmentadas, frecuentemente individuales, lo que reduce su campo de acción. La población trabajadora del sector informal altamente vulnerable, posee un limitado acceso a los servicios de salud, educación, sistema de riesgos profesionales, que en muchos países representan una gran parte de la población; la promoción de la salud en los lugares de trabajo parece una utopía en gran parte de esta población.

A pesar de este panorama por lo menos en lo que se refiere a la documentación de la estrategia de promoción de la salud en los lugares de trabajo, se evidencia experiencias alentadoras en otros contextos. En algunos países existen avances importantes en materia

de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el ámbito laboral, articulándose políticas y estrategias concretas en los diversos escenarios¹¹.

CONSIDERACIONES FINALES

La promoción de la salud en los lugares de trabajo es un concepto todavía joven que lleva un recorrido conceptual importante, a pesar de este camino todavía debe profundizar en la construcción conceptual y teórica de la misma. Los principios que sustentan la estrategia se convierten en procesos potenciales de bienestar al trabajador, prevención de accidentes y enfermedades profesionales, por tal razón se debe propender por la aplicabilidad de la misma y evidenciar a través de indicadores medibles los beneficios de su adopción en los lugares de trabajo del sector formal e informal. Estos programas deben extenderse al ámbito extralaboral.

Se evidenció en la revisión bibliográfica en la plataforma scielo que la estrategia debe superar el obstáculo de la aplicabilidad y la divulgación de experiencias en los diversos escenarios reales donde se da el trabajo. Es imperativo para el desarrollo de la misma articular los diversos sectores, la academia, el sector productivo, las organizaciones de trabajadores, entes gubernamentales, entre otros.

Se debe estimular desde la academia, el desarrollo de estudios de investigación que contribuyan al desarrollo conceptual y empírico de la promoción de la salud en los lugares de trabajo. Así mismo, se debe propender por desarrollar la cultura de la evaluación de programas u actividades de promoción de la salud en los lugares y la documentación de estas experiencias que permita el desarrollo de instrumentos y herramientas propias.

Es necesario establecer redes entre grupos de investigación interesados en la promoción de la salud en los lugares de trabajo que permita intercambiar experiencias, generar conocimientos en relación al tema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lalonde, M. A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa: Wornation Canada, 1974. Disponible en http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf
2. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Disponible en <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/conf1.pdf>
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Declaración de Sundsvall sobre los ambientes favorables a la salud. Sundsvall: 1991. Documento WHO1
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO Tercera Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Políticas públicas para la salud. Documento Técnico. Adelaide-Australia: abril, 1988. p.1-8.
4. WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Declaración de Sundsvall sobre los ambientes favorables a la salud. Sundsvall: 1991. Documento WHO1
5. WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Declaración de Luxemburgo sobre Promoción de la salud en el lugar de Trabajo. Luxemburgo: noviembre 1997. Documento técnico WHO.
6. Declaración de Yakarta. Promoción de la salud del siglo XXI. Yakarta: julio 1997. Documento técnico.
7. Carvalho, Sergio R. Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança. Segunda Edición. São Paulo; Editora
8. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS. The Health - Promoting Workplace: Making it Happen. Geneva, 1998. Documento WHO/HPR/HEP/98.9. p.1
9. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD- OMS – ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPS. Estrategia de Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo (PSLT) en América Latina y el Caribe. San José de Costa Rica: Marzo, 2000. p.4
10. SCIENTIFIC ELECTRONIC LIBRARY-ONLINE. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?lng=es>
11. Castellá López José Luis. Calidad y Servicios de Prevención de Riesgos Laborales. Med. segur. trab. [revista en la Internet]. 2009 Sep [citado 2010 Mayo 17]; 55(216): 10-11. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo>.

El paciente que padece un trastorno de personalidad en el trabajo

Patients who suffer from a personality disorder at work

Macarena Gálvez Herrero

UVOPSE. Unidad de Valoración y Orientación al profesional sanitario enfermo. Comunidad de Madrid. Madrid. España.

José Carlos Mingote Adán

Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.

Bernardo Moreno Jiménez

Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.

Recibido: 20-09-10

Aceptado: 29-09-10

Correspondencia:

Macarena Gálvez Herrero
Pabellón 8. Ciudad Universidad
28040 Madrid. España.
Tfno: 913303926
e-mail: mgalvez.hcsc@salud.madrid.org

Resumen

En el lugar de trabajo se hacen patentes las relaciones interpersonales entre los trabajadores, se expresan las subjetividades de cada individuo, se toman decisiones influenciadas por estilos personales, estilos de liderazgo, etc. Todo en el trabajo es "personal".

Los individuos con trastornos de personalidad son altos consumidores de asistencia médica por sintomatología sin diagnóstico claro, el trastorno converge en numerosas ocasiones con otros tipos de alteraciones psiquiátricas y media en complicaciones sociales. Tanto para la medicina general, psiquiátrica, como laboral, se trata en muchas ocasiones de personas de difícil manejo.

Siguiendo una línea de trabajo en la que analizamos la interacción entre salud mental y trabajo, el objetivo del presente artículo es realizar una exposición de los diferentes trastornos de la personalidad revisando sus características, identificación y criterios diagnósticos, analizando su posible expresión en el lugar de trabajo y señalando alguna de las principales líneas de afrontamiento y manejo, tanto laboral como clínico.

Med Segur Trab (Internet) 2010; 56 (220): 226-247

Palabras clave: *Trastorno de personalidad, trabajo, riesgos laborales, conflicto interpersonal.*

Abstract

In the working place the relationships between workers are shown, each individual's subjectivities are expressed, and the decisions made are influenced by personal styles, leadership styles, etc. Everything at work is "personal."

Individuals with personality disorders are high consumers of medical care due to symptoms with no clear diagnosis, the disorder on numerous occasions converge with another types of psychiatric alterations and it is involved in social complications. For general, psychiatric and labour medicine, most of the times, these are people difficult to manage.

Following a line of work in which we analyzed the interaction between mental health and work, the objective of this document is to present the different personality disorders reviewing their characteristics, identification and diagnostic criteria, analyzing their possible expression in the working place, and pointing out some of the main lines for their assumption and management, both from a labour and clinic standpoint.

Med Segur Trab (Internet) 2010; 56 (220): 226-247

Key words: *Personality disease, work, labour risk, interpersonal conflict.*

INTRODUCCIÓN

En el lugar de trabajo se hacen patentes las relaciones interpersonales entre los trabajadores, se expresan las subjetividades de cada individuo, se toman decisiones influenciadas por estilos personales, estilos de liderazgo, etc. Todo en el trabajo es “personal”.

Una primera aproximación al concepto de personalidad podría presentarla como la configuración que explica las diferentes conductas ante un mismo medio. Sin embargo, la personalidad no es sólo lo que diferencia, sino también el principio de organización de la propia conducta, la organización interna de la experiencia y la acción individual. Además de ser reactiva, es pro-activa. Se caracteriza por su capacidad para organizar la conducta sin atender a estímulos físicamente presentes, atendiendo a objetivos, metas y planes que el individuo se plantea obtener (incluidos los laborales). Esta organización de la personalidad se construye en función de cinco variables básicas: observables (conducta expresa), no observables (mundo interno, pensamientos, emociones, imágenes, intenciones), biológicas (factores genéticos, neurológicos, neuroendocrinos, etc.), históricas (biográficas) y sociodemográficas (como sexo, edad, cultura, etc.)¹.

Académicamente, el estudio de la personalidad se ha centrado en el análisis de la estructura de la misma, privilegiando el estudio de la consistencia sobre el cambio y la taxonomía de sus componentes. De forma complementaria, es posible hablar de una psicología de la personalidad centrada en los procesos, más cerca de una concepción de la personalidad como sujeto psicológico, y no sólo como estructura de rasgos. Desde esta perspectiva hablaremos de el sujeto cognitivo, la personalidad emocional, las conductas de la persona, la construcción social de la personalidad y los procesos autorreferenciales (autorregulación e identidad personal).

Cuando existe un trastorno de personalidad, se producen un conjunto de perturbaciones que afecta a esas dimensiones emocionales, afectivas, motivacionales y de relación social de los individuos. Cuando ese trastorno de personalidad se hace patente en el lugar de trabajo se ve afectada la calidad del mismo así como la salud individual y colectiva de los trabajadores. Según Millon y Everly², una evaluación multidimensional incluiría los aspectos relativos a conducta aparente, interpersonal, estilo cognitivo, expresión afectiva, percepción de sí mismo, mecanismo de defensa utilizado y diagnóstico diferencial respecto a otros trastornos de la personalidad. Características comunes a las personas con trastorno de personalidad son:

1. Disminución de la capacidad de introspección (insight) y de contacto con las propias emociones.
2. Dificultad para desarrollar relaciones interpersonales empáticas.
3. Alteraciones del comportamiento. Como pueden ser la impulsividad (paso al acto), conductas agresivas, alteración del humor, etc., según el trastorno de personalidad.

Los individuos con trastornos de personalidad son altos consumidores de asistencia médica por sintomatología sin diagnóstico claro, el trastorno converge en numerosas ocasiones con otros tipos de alteraciones psiquiátricas y media en complicaciones sociales. Tanto para la medicina general, psiquiátrica, como laboral, se trata en muchas ocasiones de personas de difícil manejo. Es comúnmente aceptada una prevalencia entorno al 10–15% de la población adulta, de los que casi la mitad corresponden a trastornos graves (antisocial, límite, narcisista, paranoide y esquizoide). Por edades, los trastornos del grupo B son más frecuentes en jóvenes, mientras que los grupos A y C se distribuyen de forma más equilibrada. Respecto al género, los trastornos de personalidad narcisista y antisocial son más frecuentes en hombres y los de tipo límite e histriónico en mujeres.

Los trastornos de personalidad son difíciles de diagnosticar y más aún de explicar a los pacientes en tratamiento, porque supone una “etiqueta” que puede vivirse como especialmente problemática, descalificativa y de probable mal pronóstico. Será un reto explicar a la persona afectada que la esencia de su problema es tener “dificultades

persistentes en las relaciones interpersonales”, ayudarle a elegir una posición activa y reflexiva, y a afrontar los aspectos perturbadores de su personalidad ante si mismo y ante los demás, comprendiendo cómo algunos de sus rasgos de personalidad, dentro de ciertos límites, pueden ser más adaptativos o funcionales.

Siguiendo una línea de trabajo en la que analizamos la interacción entre salud mental y trabajo^{3,4}, el objetivo del presente artículo es realizar una exposición de los diferentes trastornos de la personalidad revisando sus características, identificación y criterios diagnósticos (según DSM-IV)⁵, analizando su posible expresión en el lugar de trabajo y señalando alguna de las principales líneas de afrontamiento y manejo, tanto laboral como clínico. Mantenemos esa clasificación por estar actualmente vigente, si bien es necesario señalar que está en proceso de revisión y se prevee la aparición del DSM-V para el 2013. En dicha revisión, está prevista una reestructuración de la categorización de los trastornos de personalidad, así como la evaluación de su severidad en función de aspectos de adaptación y funcionamiento entorno a si mismo y a las relaciones interpersonales (para ampliar esta información se puede consultar el primer borrador del DSM-V en la página web oficial)

GRUPO A (Raros o excéntricos)

Este grupo de trastornos se caracteriza por un patrón penetrante de cognición (por ejemplo de sospecha), expresión (como un lenguaje extraño) y relación con otros (con conductas de aislamiento por ejemplo) anormales. Incluye al trastorno paranoide de la personalidad, esquizoide y esquizotípico.

El **trastorno PARANOIDE de personalidad** se caracteriza por una desconfianza y suspicacia general desde el inicio de la edad adulta, de forma que las intenciones de los demás son interpretadas como maliciosas en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos:

1. Sospecha, sin base suficiente, que los demás se van a aprovechar de ellos, les van a hacer daño o les van a engañar
2. Preocupación por dudas no justificadas acerca de la lealtad o la fidelidad de los amigos y socios
3. Reticencia a confiar en los demás por temor injustificado a que la información que compartan vaya a ser utilizada en su contra
4. En las observaciones o los hechos más inocentes, vislumbra significados ocultos que son degradantes o amenazadores
5. Alberga rencores durante mucho tiempo, por ejemplo, no olvida los insultos, injurias o desprecios
6. Percibe ataques a su persona o a su reputación que no son aparentes para los demás y está predisposto a reaccionar con ira o a contraatacar
7. Sospecha repetida e injustificadamente que su cónyuge o su pareja le es infiel

Cuando hablamos de un **trastorno ESQUIZOIDE**, nos referimos a un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal, que comienza al principio de la edad adulta y que se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos:

1. Ni desea ni disfruta de las relaciones personales, incluido el formar parte de una familia
2. Escoge casi siempre actividades solitarias
3. Tiene escaso o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona
4. Disfruta con pocas o ninguna actividad
5. No tiene amigos íntimos o personas de confianza, aparte de los familiares de primer grado

6. Se muestra indiferente a los halagos o las críticas de los demás
7. Muestra frialdad emocional, distanciamiento o aplanamiento de la afectividad

El **trastorno ESQUIZOTÍPICO de personalidad** se expresa mediante un patrón general de déficit sociales e interpersonales asociados a malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes puntos:

1. Ideas de referencia (excluidas las ideas delirantes de referencia)
2. Creencias raras o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y no es consistente con las normas subculturales (superstición, creer en la clarividencia, telepatía o “sexto sentido”; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extrañas)
3. Experiencias perceptivas inhabituales, incluidas las ilusiones corporales
4. Pensamiento y lenguaje raros (vago, circunstancial, metafórico, sobre-elaborado o estereotipado)
5. Susplicia o ideación paranoide
6. Afectividad inapropiada o restringida
7. Comportamiento o apariencia raros, excéntricos o peculiares
8. Falta de amigos íntimos o desconfianza aparte de los familiares de primer grado
9. Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiarización y que tiende a asociarse con temores paranoides más que con juicios negativos sobre uno mismo

a) Características y manejo en el lugar de trabajo (Grupo A)

Los trastornos del grupo A son quizás algunos de los de mayor dificultad de manejo en el lugar de trabajo incluso, en ocasiones, su gravedad impide una correcta inserción laboral. La expresividad de su sintomatología, sin embargo, suele permitir su reconocimiento, detección y diagnóstico.

En el caso de la **personalidad paranoica**, las relaciones interpersonales son especialmente difíciles debido a que intentos de contacto y acercamiento pueden ser interpretados como hostiles o persecutorios. El trabajador con personalidad paranoide puede ser muy discutiador, callado o de frecuentes quejas, presentando hostilidad hacia los otros. Son especialmente sensibles a la crítica y con gran necesidad de autonomía⁶ por lo que pueden proyectar hacia los demás, fines y motivos indeseables propios.

En algunos casos de percepción de acoso laboral, al analizar la sintomatología y rasgos de personalidad asociados en la posible víctima, no es infrecuente encontrar indicadores de paranoia, siendo importante discernir mediante un adecuado diagnóstico diferencial, si se trata de sintomatología reactiva al riesgo psicosocial vivido o predecesora de su percepción subjetiva.

En una interacción funcional con un trabajador con personalidad paranoica, la relación será más fácil si se procura que sea limitada a “lo profesional” y emocionalmente no íntima, con estilos comunicativos centrados en datos objetivos sobre el trabajo y la tarea a desempeñar, sin obligarles a expresar sus emociones y entendiendo que no lo harán a menudo.

Tabla 1. Trastorno Paranoide en el Trabajo:

<p>Conducta aparente: Impresiona de vigilante, desconfiado.</p> <p>Conducta interpersonal: Frecuentes quejas, hipersensible a la crítica (de compañeros y supervisor).</p> <p>Estilo cognitivo: Suspica, conspirador (en las relaciones laborales interpersonales).</p> <p>Percepción de sí mismo: Incapacidad de percibir los propios errores (son los demás)</p> <p>Mecanismo de defensa: Proyección</p>

En el caso de la **personalidad esquizoide**, el desapego hará que los trabajadores con este trastorno prefieran puestos de trabajo aislados, sin tareas de trabajo en equipo y con escasa interacción personal. Serán más efectivos en puestos donde no sean requisitos de éxito la empatía o la expresión de afectos. Como señalaron Beck y Freeman (1990, p.125)⁷ “se consideran como observadores en lugar de participantes en el mundo que les rodea” y por ello, la formación y entrenamiento en habilidades sociales será un elemento clave de integración sociolaboral.

Son mínimamente introspectivos, por ello se puede observar una participación muy superficial con el grupo de trabajo, en la conversación dentro del mismo, etc. Pueden tender a analizar las experiencias más emocionales desde una perspectiva impersonal, casi mecánica, empleando la intelectualización como mecanismo de defensa. Es decir, describiendo dichas experiencias afectivas e interpersonales en términos de hechos reales, prestando solo atención a los aspectos formales de los acontecimientos sociales para no involucrarse en ellos.

Tabla 2. Trastorno Esquizoide en el Trabajo:

<p>Conducta aparente: Apática, baja de energía, perezosa en el trabajo, reservada.</p> <p>Conducta interpersonal: Distanciamiento de las relaciones sociales, aislamiento social del grupo de trabajo, restricción de la expresión emocional.</p> <p>Estilo cognitivo: Empobrecido, mínimamente introspectivo.</p> <p>Percepción de sí mismo: Pueden variar desde complacientes a faltos de vitalidad en casos extremos.</p> <p>Mecanismo de defensa: Intelectualización</p>

Esas conductas de aislamiento social también se dan en el **trastorno esquizotípico** de la personalidad, pero en este caso, el trabajador además se comporta de manera extraña, de forma desconfiada y suele tener creencias extravagantes e ideas de referencia, pensando que sucesos insignificantes de la actividad laboral o el lugar de trabajo se relacionan de manera directa con ellos. Esta situación puede ser foco de conflictos interpersonales.

Su evaluación cognitiva demuestra una disminución de la capacidad de ejecución en pruebas de memoria y aprendizaje, lo que ha llevado a algunos autores a hipotetizar sobre algún tipo de daño en el hemisferio izquierdo⁸ y puede relacionarse con posibles dificultades de rendimiento. El estilo cognitivo puede variar desde rumiador y autístico (en casos menos graves) a desorientados y con pensamiento no lógico, perdiéndose en aspectos irrelevantes de la tarea.

Se consideran a sí mismos como desamparados y tienen gran dificultad para encontrar un sentido al trabajo y a la vida en general. En casos graves, puede aparecer la anulación como mecanismo de defensa o auto-purificación para intentar arrepentirse de alguna conducta indeseable o móvil no deseado. Puede tomar forma de rituales (como el lavado de manos) o actos “mágicos”.

Tabla 3. Trastorno Esquizotípico en el Trabajo:

<p>Conducta aparente: Excéntrica o extravagante</p> <p>Conducta interpersonal: Aislamiento social, ansiedad ante desafíos sociales.</p> <p>Estilo cognitivo: Desde rumiador a desconcertado.</p> <p>Percepción de sí mismo: Desamparado, con falta de sentido en el trabajo y en la vida.</p> <p>Mecanismo de defensa: Anulación.</p>

b) Abordaje psiquiátrico y psicológico (Grupo A)

Quienes sufren un trastorno de personalidad del grupo A, desconfían de la mayoría de la gente y tienen gran dificultad en la expresión y manejo de las emociones, por ello es poco probable que busquen ayuda cuando la necesitan, y si lo hacen no será fácil desarrollar una relación de confianza, necesaria para que la psicoterapia sea efectiva. Con frecuencia, cuando buscan ayuda es porque otro activador interfiere en su vida como la ansiedad, la depresión, los conflictos interpersonales en el trabajo o la pérdida del mismo.

La relación con el terapeuta será clave para crear un espacio de relación saludable, conexión social y análisis de del papel funcional o disfuncional del paciente en su entorno.

Cuestionar directamente las sospechas del trabajador paranoico suele ser bastante ineficaz, será necesario intentar de forma prioritaria el mejor vínculo terapéutico posible. Para ello, comenzar por las propias metas del paciente y su sensación de control y capacidad sobre las mismas, generará de forma progresiva, una mayor confianza y permitirá abordar las interacciones disfuncionales, los aspectos emocionales y la comprensión del mundo y de los demás propias del trastorno.

En este grupo de trastornos de la personalidad, desde la psicoterapia serán objetivos básicos la reducción de la sensibilidad ante las críticas, el aislamiento social y el entrenamiento en habilidades sociales (atención social, procesamiento de la información, emisión de respuestas, comunicación no verbal y retroalimentación positiva y negativa).

Respecto al tratamiento farmacológico en el caso del trastorno paranoico de la personalidad, en la práctica clínica se utilizan antipsicóticos, siendo preferible emplear dosis bajas (olanzapina o risperidona). Cuando existe sintomatología obsesiva, disforia, ansiedad social y/o irritabilidad, se utilizan antidepresivos, especialmente serotoninérgicos o clomipramina. En el caso del trastorno esquizotípico, también se utilizan antipsicóticos a dosis bajas, especialmente ante ideas de referencia, alteraciones del pensamiento o paranoia.

c) Caso clínico: Consulta por percepción de acoso laboral en un trabajador con trastorno de personalidad paranoico

Hombre de 60 años, soltero, origen latinoamericano (con más de 20 años de residencia en España), médico de familia. Consulta por conflictos interpersonales en el lugar de trabajo, y percepción de acoso laboral. Niega existencia de antecedentes psiquiátricos. Historia laboral extensa como médico y suplente en diferentes Comunidades Autónomas. En la actualidad, estudiando Derecho, según expresa “para defenderme a mi mismo de este complot”.

Tras la evaluación mediante entrevistas clínicas y cuestionarios de personalidad y sintomatología, se observan rasgos de personalidad obsesiva y rasgos narcisistas, minimización de problemas emocionales, temor a ser considerado enfermo mental, ausencia de conciencia de enfermedad. Ideaciones referenciales y de perjuicio irreductibles (personales y profesionales) de más de 20 años de evolución (en su ciudad natal, en el extranjero donde cursó estudios de postgrado y en España) por parte de diferentes personas e instituciones:

- Suplantación de identidad por parte de un familiar
- Difamación e información a la policía por un compañero de estudios
- Investigación, informes policiales falsos, dudas sobre su identidad sexual y presiones oficiales para que no la den trabajo o le echen de ellos, por parte de la policía (nacional e internacional).
- Acoso laboral percibido por parte de los compañeros actuales de trabajo: cambios en informes clínicos, percepción de crítica personal, conflictos interpersonales, conductas de aislamiento...

La intervención sobre el caso requirió la colaboración entre Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, Centro de Salud Mental, de Atención Primaria y Colegio Profesional, con el fin de proceder a una baja laboral primero y a un proceso de invalidez posteriormente que considerara, de forma prioritaria, la correcta atención a la propia salud del facultativo, así como el posible riesgo a terceros de su trabajo asistencial.

GRUPO B (Emotivos y dramáticos)

Estos trastornos se caracterizan, en ocasiones, por un patrón penetrante de violación de las normas sociales, comportamiento impulsivo, emotividad excesiva y grandiosidad. Presentan con frecuencia acting-out (exteriorización de sus rasgos), que puede conducir a expresivos enfados, comportamiento auto-abusivo y arranques de rabia. Incluye el trastorno histriónico, narcisista, antisocial y límite de la personalidad.

El **trastorno HISTRIÓNICO de personalidad** se da en un 2-3% de la población general. Se trata de personas con un patrón general de excesiva emotividad y una búsqueda de atención, que suele observarse al principio de la edad adulta y que se da en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. No se siente cómodo en las situaciones en las que no es el centro de la atención.
2. La interacción con los demás suele estar caracterizada por un comportamiento sexualmente seductor o provocador.
3. Muestra una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante.
4. Utiliza permanentemente el aspecto físico para llamar la atención sobre sí mismo.
5. Tiene una forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices.
6. Muestra autodramatización, teatralidad y exagerada expresión emocional.
7. Es sugestionable, por ejemplo, fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias.
8. Considera sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad.

Respecto al **trastorno NARCISISTA**, se expresa con un patrón general de grandiosidad (en la imaginación o en el comportamiento), una necesidad de admiración y una falta de empatía, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. Tiene un grandioso sentido de autoimportancia (por ejemplo exagera los logros, capacidades, espera ser reconocido como superior sin unos logros proporcionados).
2. Está preocupado por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza y amor imaginarios.
3. Cree que es "especial" y único y que sólo puede ser comprendido por, o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) que son especiales de alto status.
4. Exige una admiración excesiva.
5. Es muy pretencioso, por ejemplo tiene expectativas irrazonables de recibir un trato de favor especial o de que se cumplan automáticamente sus expectativas.
6. Es interpersonalmente explotador, por ejemplo saca provecho de los demás para alcanzar sus propias metas.
7. Carece de empatía: es reacio a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás.
8. Frecuentemente envidia a los demás y cree que los demás lo envidian a él.
9. Presenta comportamientos o actitudes arrogantes o soberbias.

El **trastorno ANTISOCIAL** supone el desprecio y violación de los derechos de los demás. Se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes ítems:

1. Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención legal.
2. Dishonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer.
3. Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro.

4. Irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones
5. Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás
6. Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas
7. Falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros

La **personalidad *borderline* o con trastorno LÍMITE** incluye un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, trastornos de la alimentación).
5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días)
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves

a) Características y manejo en el lugar de trabajo (Grupo B)

En el caso del **trastorno de personalidad histriónico**, sus actitudes pueden ocasionar, en no pocas ocasiones, dificultades de interacción con el equipo de trabajo, ya que la teatralidad de su conducta puede convertir hechos triviales de la cotidianidad laboral (positivos o conflictivos) en acontecimientos de gran relevancia, ofreciendo una respuesta emocional distorsionada ante los mismos. Además, los conflictos pueden devenir de un estilo cognitivo asociado impresionista⁹, es decir, que se caracterizará por una tendencia a ver las situaciones laborales de manera muy general, en términos dicotómicos de blanco o negro (*o estás conmigo o estás contra mí*, por ejemplo).

Oldham y Morris¹⁰ recomiendan no reprimir a estas personas sus ideas por hacer cosas nuevas, sus planes y su capacidad para disfrutar de las experiencias, necesitan que se les valore y elogie pero de forma sincera, y ante estallidos de ira, la mejor manera de sobrellevar la situación es dejar que amaine. Ellos evitarán profundizar, prestarán más atención a los detalles externos que al fondo de las cuestiones. Esta superficialidad conducirá a la disociación como principal mecanismo de defensa, separando su “identidad real” de su “identidad pública”.

Tabla 4. Trastorno Histriónico en el Trabajo:

<p>Conducta aparente: Afectada, teatral.</p> <p>Conducta interpersonal: Sociables pero dependientes del refuerzo ajeno. Demandantes de atención, seductores.</p> <p>Estilo cognitivo: Caprichoso, centrado en el detalle externo, no en el fondo.</p> <p>Percepción de sí mismo: Sociable.</p> <p>Mecanismo de defensa: Disociación.</p>

En el lugar de trabajo, el individuo **narcisista** requerirá continuamente el reconocimiento social y recompensas externas, necesitando la admiración del staff y compañeros, adjudicándose sin problemas parte de los éxitos, pero denegando culpabilidad en los fallos. Esta situación puede ocasionar especial dificultad en su supervisión y en la relación con los compañeros. La falta de empatía puede además ser causa de conflictividad interpersonal y situaciones de abuso emocional, infravalorando o devaluando las conductas de los demás, prestando atención a las obligaciones del otro sobre las propias y racionalizando los propios fallos o actos socialmente inaceptables ocurridos en el lugar de trabajo.

Tanto el trabajador con **personalidad histriónica** como el **narcisista**, no desean pasar inadvertidos, necesitan sentirse importantes y reafirmar su identidad y autoestima con demandas constantes de atención. Esta situación puede dificultarles el trabajo en solitario, donde la apatía y el aburrimiento pueden hacer mella, prefiriendo, frecuentemente, el trabajo con al menos un grupo de personas de los que recibir atención. Requerirán de un estilo de supervisión con frecuente retroalimentación o feedback, pero donde las habilidades asertivas del líder serán especialmente importantes al referirse a aspectos negativos del desempeño profesional con “diplomacia”.

Tabla 5. Trastorno Narcisista en el Trabajo:

<p>Conducta aparente: Arrogante, pomposo. Conducta interpersonal: Manipulador, explotador. Estilo cognitivo: Atención a las obligaciones del otro. Percepción de sí mismo: Exageración de las propias habilidades. Mecanismo de defensa: Racionalización.</p>

Los conflictos en relación con el **trastorno antisocial y límite** de personalidad pueden ser de carácter más violento. Las personas con conductas violentas, según Marie France Hirigoyen¹¹, suelen tener una serie de características propias de los trastornos de personalidad de tipo narcisista, paranoide o antisocial, tales como:

- El sujeto tiene una idea grandiosa de su propia importancia.
- Le absorben fantasías ilimitadas de éxito y de poder.
- Se considera especial y único.
- Tiene una necesidad excesiva de ser admirado.
- Piensa que se le debe todo.
- Explota al otro en sus relaciones interpersonales.
- Carecen de empatía aunque pueden ser muy brillantes socialmente.
- Puede fingir que entiende los sentimientos de los demás.
- Tiene actitudes y comportamientos arrogantes.

Estas actitudes (con sus componentes cognitivos, emocionales y conductuales) en el lugar de trabajo, pueden ser claramente desencadenantes o facilitadoras de conflictos interpersonales, situaciones de acoso, incremento del estrés psicosocial, mala distribución del trabajo, evitación de responsabilidades, etc. Es decir, desencadenantes o facilitadoras de condiciones de trabajo con riesgo psicosocial o incluso de la pérdida del mismo. Además, ambos trastornos de personalidad son los que aparecen con mayor comorbilidad en relación con consumo de sustancias y adicciones¹².

A las personas con estilo **antisocial de personalidad** no les amedrentan las situaciones que asustan a la mayoría de las personas, el miedo es algo emocionante y por tanto pueden cometer actos temerarios en el lugar de trabajo, lo que puede ser causa de accidente laboral. Expresan abiertamente sus emociones, son ambiciosas, necesitan a su lado a personas que le den mucho a cambio de poco, y con frecuencia se saltan las normas, aunque pueden ser buenos trabajadores si la tarea les ofrece nuevos retos y estimulación novedosa de forma continua¹³. En los casos más leves pueden ser muy competitivos en el trabajo, en los más graves, la transgresión de las normas y la ley puede ser causa de la pérdida del empleo.

Bajo un estrés persistente o especialmente agudo, pueden distorsionar la realidad para reducir la tensión y la ansiedad, reaccionando con una respuesta exagerada e impulsiva en la que muestran sus pensamientos, emociones y conducta abiertamente, aunque esto sea ofensivo socialmente (*acting out*). El objetivo será desahogar (mediante una fuerte discusión por ejemplo), la tensión interna.

En el DSM actual (DSM-IV-TR) se ha producido un desplazamiento hacia los aspectos más delincuenciales de la **personalidad del psicópata**, disminuyendo la importancia de la experiencia interna, de la constelación de valores y de la insensibilidad ante el otro, aunque no sean delictivas. Sin embargo, tanto desde la investigación como desde la clínica se insiste en la importancia de la psicopatía subclínica, de aquella que no origina una transgresión de la ley, en parte como consecuencia de un alto nivel de inteligencia y adaptación legal y oficial, aunque estén presentes elevados niveles de indiferencia al dolor ajeno, por omisión e incluso por acción.

En el ámbito de la investigación se ha desarrollado el modelo de la llamada “Triada oscura de la personalidad” aludiendo con ello a la presencia conjunta del maquiavelismo, el narcisismo y la psicopatía subclínica¹⁴. Para la evaluación específica de la psicopatía subclínica se ha desarrollado el *Self-Report Psychopathy III (SRP-III)*¹⁵ que contiene cuatro factores: *manipulación interpersonal, insensibilidad afectiva, estilo de vida errático y tendencias criminales*.

Complementariamente, cada vez es mayor la sensibilidad clínica ante la presencia de casos que, no son transgresores de las leyes ni caen en formas de criminalidad, pero que se denominan “**psicopatas integrados**”¹⁶, por ser verdaderos depredadores sociales; con éxito frecuente en su entorno, que no dudan en acciones que pueden ocasionar daños y perjuicios considerables a terceros o a grupos, y sin que ello les suponga ninguna emoción negativa.

Tabla 6. Trastorno Antisocial en el Trabajo:

<p>Conducta aparente: Impresiona de valiente y/o temerario. Conducta interpersonal: Beligerante, hipersensible a la crítica, provocador. Estilo cognitivo: Implicado o incluso fanático. Patrones rígidos. Percepción de sí mismo: Competitivo, dominante. Mecanismo de defensa: <i>Acting out</i>.</p>

En el caso del **trastorno límite** de personalidad, se presentan cambios bruscos y dramáticos en los objetivos, valores y aspiraciones profesionales. La inestabilidad de sus emociones y la intensidad de las mismas interfieren en su vida cotidiana. Los trastornos de identidad son frecuentes, no estando seguros de quiénes son en lo personal y en lo profesional, siendo difícil por ello dirigir su propia vida e intereses laborales.

El malestar significativo que perciben genera, en ocasiones, una desadaptación social y ocupacional, con importantes dificultades en la incorporación (el trastorno se suele desencadenar en la adolescencia o primera juventud, etapa de preparación profesional) y/o mantenimiento en el mundo laboral (por inadaptación, falta de organización y absentismo laboral)¹⁷. Presentan elevada vulnerabilidad a la opinión y rechazo de jefes y compañeros. El patrón lábil e inestable emocionalmente que presentan, les hace especialmente vulnerables a la presión ambiental y al estrés, utilizando como mecanismo de defensa la regresión. La imposibilidad de afrontar los estresores como adulto, puede empujar a la persona a retraerse a estadios de desarrollo más tempranos, con una disminución del control de impulsos, ensoñaciones sobre deseos propios y dependencia de otra persona.

Cuando la situación clínica es estable, no existe consumo de drogas y hay un deseo manifiesto de integrarse en el mundo laboral, el papel del supervisor será especialmente importante estableciendo claros límites en las tareas, conductas y desempeño esperado, así como habilidad para manejar posibles discusiones e incluso enfrentamientos personales¹⁸.

Tabla 7. Trastorno Límite en el Trabajo:

<p>Conducta aparente: Impulsivo, caótico, desorganizado. Conducta interpersonal: Vulnerabilidad a la opinión ajena, comportamiento impredecible, manipulativo. Estilo cognitivo: Patrón de frecuentes cambios. Percepción de sí mismo: Inquieto, conflictivo. Mecanismo de defensa: Regresión.</p>

b) Abordaje psiquiátrico y psicológico (Grupo B)

Un gran número de autores aseguran que vivimos en una sociedad que refuerza algunas **conductas histriónicas** y se muestran pesimistas respecto a la posibilidad de modificar los patrones básicos de este tipo de personalidad (por ejemplo Turkat)¹⁹. Este autor propone que en algunos casos, el entrenamiento en empatía puede ser útil para ayudar a la persona a despegarse de su punto de vista sobre el mundo. Horowitz²⁰ plantea una integración de aspectos dinámicos y cognitivo-conductuales para la intervención en 4 fases:

1. Clarificación de la sintomatología, establecimiento de la alianza terapéutica, estabilización emocional y trabajo sobre patrones interpersonales desadaptativos.
2. Afrontamiento de cambios en el estado mental. Trabajo sobre aspectos como pensar antes de actuar, expresión clara y tranquila de ideas y emociones, evitación de la inundación emocional... como formas adaptativas de conseguir la atención.
3. Identificación y manejo de procesos defensivos de control. Se contraataca la tendencia a evitar temas conflictivos y se refuerza la observación de la conducta ajena.
4. Identificación y modificación de creencias irracionales y contradicciones en los esquemas sobre si mismo y los demás.

En el caso de la **personalidad narcisista**, se trata de un trastorno crónico y difícil de tratar ya que sus propias características obstaculizan la terapia y suponen un reto para el psicoterapeuta. Para la comprensión del caso será importante conocer las experiencias evolutivas que puedan relacionarse con el desarrollo del trastorno en edades tempranas, Millon y Everly² señalan factores a considerar tales como la indulgencia parental y sobrevaloración, conductas explotadoras aprendidas y estatus de hijo único. Por lo general, las estrategias interventivas se centran en la identificación y análisis del patrón desadaptativo en términos de esquemas, creencias disfuncionales de grandiosidad, estilos y déficits de habilidades; en un segundo momento, el proceso terapéutico continúa con el cuestionamiento de ese patrón y la búsqueda de su sustitución por otro más adaptativo²¹.

Los sujetos con un **trastorno antisocial** de la personalidad raramente acuden a tratamiento y cuando es así, el porcentaje de eficacia es limitado. La falta de empatía, la incapacidad para establecer relaciones fiables, el desprecio por las normas sociales y, en los casos más graves, la conducta psicopática, impiden la alianza terapéutica, la capacidad de reflexión sobre el pasado y sobre las consecuencias futuras de la conducta. Cuando es posible la intervención, dos aspectos serán claves durante la psicoterapia: la identificación, manejo y autorregulación de la ira y el control de impulsos¹⁸. Respecto a su tratamiento farmacológico, estos dos factores pueden responder a sales de litio, carbamazepina o ácido valproico (en el caso de la hipomanía e impulsividad) y a antipsicóticos, antidepresivos serotoninérgicos y benzodiacepinas (para la irritabilidad y episodios de cólera).

En cuanto al **trastorno límite de personalidad**, supone uno de los retos más difíciles en salud mental y que frecuentemente conlleva conductas autodestructivas y complicaciones médicas y sociales durante el tratamiento. Existe consenso general en que un objetivo básico será contener la impulsividad y regular las emociones. Una de las intervenciones sobre las que existe evidencia científica es la Terapia Dialéctica Conductual de Linehan^{22,23} que pretende la mejora de la eficacia interpersonal, la regulación emocional,

el incremento de la tolerancia al malestar y la frustración e incrementar el autocontrol. Algunos de los fármacos más utilizados en este trastorno son²⁴: anti-psicóticos, empleados para tratar las cogniciones alteradas, ideas de referencia, disociaciones y alucinaciones; antidepresivos, prescritos principalmente para reducir la disforia asociada al rechazo personal; estabilizantes del estado de ánimo y anticonvulsivos, para regular los intensos cambios de humor, minimizando los estados de impulsividad y agresión; y benzodiazepinas, dirigidas a la reducción de la ansiedad, episodios de hostilidad y las alteraciones del sueño.

c) Caso clínico. Consulta por adicciones en el lugar de trabajo en un trabajador con trastorno límite de la personalidad

Auxiliar de enfermería de 30 años con adicción a benzodiazepinas que sustrae del lugar de trabajo y por lo que por la que ha solicitado voluntariamente un cambio de puesto a un servicio donde no tenga acceso a las mismas “*las busco donde sea*”. Consumo alcohol (7-8 cervezas/día). Con anterioridad ha pasado por diversos tratamientos psiquiátricos y psicológicos que siempre ha abandonado. Antecedentes de depresión en padre y madre.

Autoconcepto y descripción de sí misma: “*Tengo sentimientos de vacío, necesidad de cambiar cosas para que cambien cosas... me gustaría ser más asertiva y enfrentarme a las situaciones... quiero volverme mala, me importan demasiado los demás, me siento sola... Soy un bicho raro*”

Tras el proceso de evaluación y diagnóstico se considera el caso como un trastorno límite de la personalidad con importantes rasgos dependientes y trastorno de ansiedad, siendo la adicción un efecto secundario a todo ello. La intervención se centró en el sentido de sí misma, el autoconcepto y déficit de autoestima (más allá de la descripción de sí misma que obtenía de la observación de su sintomatología), importancia de la autoeficacia profesional (pasando de la I.T. a la reincorporación laboral); definición y búsqueda de un espacio personal, y trabajo sobre la dependencia afectiva de los otros (madre, pareja, compañeros de trabajo...), autocontrol de la polaridad inhibición/agresividad y aprendizaje de comunicación asertiva (aplicándola en la vida personal y laboral), control de impulsos, elaboración de trauma (abusos). Con apoyo farmacológico se procedió a la retirada progresiva de las benzodiazepinas, esto junto al trabajo psicoterapéutico comentado, proporcionó a la paciente los recursos necesarios para la deshabitación y reincorporación laboral.

GRUPO C (Ansiosos o temerosos)

Este grupo se caracteriza por un patrón penetrante de temores anormales, incluyendo relaciones sociales, separación y necesidad de control. Incluye el trastorno de la personalidad dependiente, por evitación y obsesivo-compulsivo.

El **trastorno de la personalidad por DEPENDENCIA** expresa una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, lo que ocasiona un comportamiento sumiso, de adhesión y temores de separación, que empieza al inicio de la edad adulta y se da en varios contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. Tiene dificultades para tomar las decisiones cotidianas si no cuenta con el consejo y reafirmación por parte de los demás.
2. Necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida.
3. Tiene dificultades para expresar el desacuerdo con los demás debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación.

4. Tiene dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera (debido a la falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades más que a una falta de motivación o de energía)
5. Va demasiado lejos llevado por su deseo de lograr protección y apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse voluntario para realizar tareas desagradables.
6. Se siente incómodo o desamparado cuando está solo debido a sus temores exagerados a ser incapaz de cuidar de sí mismo.
7. Cuando termina una relación importante, busca urgentemente otra relación que le proporcione el cuidado y el apoyo que necesita.
8. Está preocupado de forma no realista por el miedo a que le abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.

El **trastorno de la personalidad por EVITACIÓN** plantea un patrón general de inhibición social, sentimientos de inferioridad e hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems:

1. Evita trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo.
2. Es reacio a implicarse con la gente si no está seguro de que va a agradar.
3. Demuestra represión en las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado.
4. Está preocupado por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las situaciones sociales.
5. Está inhibido en las situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimientos de inferioridad.
6. Se ve a sí mismo socialmente inepto, personalmente poco interesante o inferior a los demás.
7. Es extremadamente reacio a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que pueden ser comprometedoras.

El **trastorno OBSESIVO-COMPULSIVO de personalidad** se expresa mediante un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia, que empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems:

1. Preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objeto principal de la actividad.
2. Perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas (p. ej., es incapaz de acabar un proyecto porque no cumple sus propias exigencias, que son demasiado estrictas).
3. Dedicación excesiva al trabajo y a la productividad con exclusión de las actividades de ocio y las amistades (no atribuible a necesidades económicas evidentes).
4. Excesiva terquedad, escrupulosidad e inflexibilidad en temas de moral, ética o valores (no atribuible a la identificación con la cultura o la religión).
5. Incapacidad para tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental.
6. Es reacio a delegar tareas o trabajo en otros, a no ser que éstos se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.
7. Adopta un estilo avaro en los gastos para él y para los demás; el dinero se considera algo que hay que acumular con vistas a catástrofes futuras.
8. Muestra rigidez y obstinación.

a) Características y manejo en el lugar de trabajo (Grupo C)

En el ámbito laboral, los trastornos de este grupo pueden suponer una dificultad para la toma de decisiones.

Cuando existe un trastorno de **personalidad dependiente**, la persona evita iniciar nuevos trabajos y tareas fuera de la rutina normal o que conlleven un esfuerzo considerable. Simplemente pensar en empleos que aumenten su carga habitual de trabajo puede provocar en ellos debilidad, ansiedad y un sentimiento general de agotamiento²⁰.

Son personas que requieren excesivamente a los demás para su validación, aunque tienen dificultades para establecer vínculos saludables e independientes con los compañeros de trabajo y con frecuencia les falta confianza en sí mismos y seguridad, por lo que se pueden mostrar como sumisos. Estas características favorecen que prefieran trabajos en los que tienen que realizar tareas para otras personas, en los que puedan evitar responsabilidades y toma de decisiones. Con frecuencia se auto-evalúan como ineptos, confían más en las capacidades ajenas que en las propias, amplifican sus fallos y presentan elevado temor a equivocarse, por lo que buscan con frecuencia la confirmación, consejo y ayuda de compañeros y/o superior. La frecuente ayuda que reciben, les refuerza y confirma su idea de ineptitud, por lo que el círculo se cierra. Solo con actitudes de confianza, pruebas de realidad y seguimiento en las tareas (no ayuda directa o evitación de las mismas) por parte de sus compañeros y supervisores, se conseguirá incrementar el sentido de auto-eficacia de estas personas.

Por estas características, para evitar conflictos en las relaciones, la persona dependiente tiende a la introyección como mecanismo de defensa. Es decir, más allá de identificarse o depender de los otros, internaliza a los demás para crear una unión interpersonal estable, aunque eso suponga perder la identidad propia y la autonomía.

Tabla 8. Trastorno Dependiente en el Trabajo:

<p>Conducta aparente: Incompetente, desamparado, vulnerable. Conducta interpersonal: Sumisión, dependencia. Estilo cognitivo: Crédulo, ingenuo. Percepción de sí mismo: Inepto, inadecuado. Mecanismo de defensa: Introyección.</p>

Igual que ocurre en personas con trastorno de personalidad por dependencia, cuando predomina una **personalidad evitativa** existe una alta hipersensibilidad al rechazo. En este caso, además, se sienten perturbadas por su propio aislamiento social, su retraimiento y su incapacidad de mantener vínculos interpersonales estrechos. Para gratificar las necesidades y anhelos que no pueden ser realizados en la realidad, pueden recurrir a la fantasía como un instrumento de obtener un medio seguro en el que mostrar afectos, ira, u otras emociones que de otra manera no verían su expresión.

Se muestran especialmente alertas en el lugar de trabajo en la relación con compañeros como forma de anticiparse al rechazo. Su aislamiento provoca la evitación de posibles momentos de socialización laboral (la pausa para el café, momentos de descanso, etc.).

El estilo cognitivo indeciso provoca dificultad para la toma de decisiones laborales lo que retroalimenta su baja autoestima y autoeficacia dentro del grupo de trabajo y exige una energía psíquica que les hace mostrarse frecuentemente como crónicamente tensos y fatigados. En este sentido, una adecuada definición de funciones y objetivos del puesto de trabajo puede funcionar como una guía de actuación que facilite la tarea al trabajador con un trastorno de la personalidad por evitación.

Tabla 9. Trastorno Evitativo en el Trabajo:

<p>Conducta aparente: Cauteloso, alerta, tímido. Conducta interpersonal: Aislamiento socio-profesional. Estilo cognitivo: Distráido, indeciso. Percepción de sí mismo: Rechazado. Mecanismo de defensa: Fantasía.</p>

En el trastorno de la **personalidad obsesivo-compulsiva**, se observa a un trabajador rígido en sus esquemas mentales, inflexible ante el cambio y que puede sentirse molesto si la rutina se ve alterada debido a su obsesión por el orden. Por consiguiente, son personas ansiosas y, en ocasiones, con dificultad para completar las tareas y tomar decisiones al no poder realizar la actividad laboral con el perfeccionismo auto-exigido.

La consecuencia de un pensamiento obsesivo (por ejemplo “me voy a equivocar en el diagnóstico de este paciente”) es siempre la ansiedad. El trabajador necesita eliminar tanto la ansiedad como la consecuencia prevista de ese pensamiento (“se va a morir por mi culpa”). En ocasiones, para neutralizar la obsesión, la persona realiza una compulsión, una acción repetitiva que puede ser mental (por ejemplo rezar, contar...) o motora (pisar las baldosas de determinada manera, lavarse las manos...). También puede realizar comprobaciones (del trabajo realizado un número no adaptativo de veces, si ha apagado la llave de la luz, el gas...), conductas de seguridad (como preguntar a alguien cercano), evitación (de sitios, circunstancias, personas, etc. que facilitan que se desencadene la obsesión), de vigilancia y razonamiento... el problema, es que estas conductas no hacen más que exacerbar las obsesiones. En los casos más graves, la intensidad de las obsesiones y lo disruptivo de las compulsiones pueden llegar a impedir la correcta integración en un entorno laboral y el propio proceso de realización de una tarea. Es por ello importante, que cuando se observe dicha sintomatología, se anime al trabajador a pedir ayuda especializada, antes de que la situación se cronifique.

Las personas que tienen personalidad obsesivo-compulsiva suelen sentirse incómodas y ansiosas en situaciones que están fuera de su control y como consecuencia de ello pueden tener dificultad para mantener relaciones interpersonales positivas y sanas. Pueden tener una actitud diferente con compañeros o subordinados que con supervisores, con tendencia más autoritaria que igualitaria. Para mantener la conformidad y aceptabilidad social, pueden utilizar la formación reactiva como mecanismo de defensa y control de impulsos.

Sin embargo, su tenacidad y meticulosidad puede ser reforzada en no pocas ocasiones en la organización como un trabajador que sigue criterios de “excelencia”. Hecho que no hace más que agravar la sintomatología.

Tabla 10. Trastorno Obsesivo en el Trabajo:

<p>Conducta aparente: Disciplinado, perfeccionista, tenaz, meticuloso en su trabajo. Conducta interpersonal: Respetuoso, recto, normativo. Estilo cognitivo: Esquemas mentales rígidos, inflexibilidad ante el cambio. Percepción de sí mismo: Escrupuloso, ordenado, auto-exigente. Mecanismo de defensa: Formación reactiva.</p>

b) Abordaje psiquiátrico y psicológico (Grupo C)

Diversos autores^{7,13,25} proponen que es esencial comenzar por áreas deficitarias y comportamientos desadaptativos, como la falta de habilidades para dar prioridades, para manejar el tiempo, para solucionar problemas y el temor a cometer errores. Para ello recomiendan trabajar mediante técnicas cognitivo-conductuales aspectos tales como la eficacia, la gestión del tiempo (de trabajo y de ocio, de desconexión), programación de actividades, entrenamiento en relajación, en autoinstrucciones, detención de pensamientos rumiativos y modificación de suposiciones subyacentes. Esta labor se enfrentará no obstante a procesos de resistencia y de rigidez mental, ya que la inflexibilidad de pensamiento y/o de conducta es común en estas personas, causando ello, en los casos más graves, déficit cognitivos de funciones ejecutivas que regulan el procesamiento de la información y las estrategias adaptativas.

Por otra parte, comprender el trastorno en la historia de vida propia, implicará analizar su etiología en función de aspectos tales como la posible sobreprotección y control parental, el comportamiento compulsivo aprendido, el aprendizaje de responsabilidades y la valoración personal en función de logros (más que por lo que uno es).

Con respecto al tratamiento farmacológico del trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad, no existen estudios controlados que evalúen su eficacia¹³. Si la sintomatología dificulta en gran medida la vida cotidiana y/o laboral, como ocurre en algunos casos de trastorno obsesivo-compulsivo, el tratamiento recomendado incluye fármacos que actúen sobre el sistema serotoninérgico, tales como la fluvoxamina (50-300 mg/día), otros inhibidores de la recaptación de la serotonina (ISRS) a dosis equivalentes o clomipramina (25-225 mg/día), siendo la respuesta al tratamiento mejor cuando existe comorbilidad con el Eje I como los trastornos de ansiedad y/o del estado de ánimo.

c) Caso clínico. El último en salir del Centro de Salud, un caso de trastorno obsesivo de personalidad

Médico de Pediatría de 50 años. Plantea que en ocasiones supera las tres horas de retaso en consulta, desde su organización le hicieron cambios de horario, siendo el profesional con menor cupo pero se mantienen los problemas. Acude a su trabajo antes de la hora para intentar planificarse y adelantar trabajo pero siempre es el último en salir, con conflictos por ello con compañeros por la hora de cierre del centro. Según sus propias palabras: "...me cabreo si voy a toda pastilla y si voy lento también. No soporto dejar algo a la mitad, gestiono mal el tiempo, voy contra-reloj y se me han gastado las pilas... Cada día llegar al trabajo es como ir a un examen del que siempre salgo con un -2, así todos los días de mi vida, ir a trabajar no es eso. Cada vez tengo más cosas que hacer además de ver al paciente (burocracia, papeleos...) y no tengo tiempo, no sé cómo lo hacen mis compañeros..." "Me siento raro, extraño, plano, pesimista, con ira contenida, tengo mal manejo emocional, creo que no me pregunto por las emociones ni propias ni ajenas". "Tengo nula tolerancia a la frustración, me escandalizo pensando que me gustaría tener otra vida..." "Desde niño siempre he sido así, yo era feliz con un microscopio, tenía amigos y jugaba con ellos... pero me daban un poco igual..."

Más allá de una carga de trabajo real y objetiva en el puesto de trabajo, la evaluación clínica confirma la existencia de un trastorno obsesivo compulsivo de personalidad en comorbilidad con un trastorno de ansiedad que dificulta la gestión del tiempo, la tolerancia ante las dificultades, el abordaje de cada consulta de pediatría, la diferenciación entre lo importante y lo urgente y la flexibilidad cognitiva en la toma de decisiones.

El abordaje clínico requirió de una baja laboral, tratamiento farmacológico de la sintomatología y proceso psicoterápico que está en curso.

OTROS TIPOS DE ALTERACIONES DE LA PERSONALIDAD

Trastorno de Personalidad NO ESPECIFICADO

El trastorno no especificado se caracteriza porque los síntomas del paciente no encajan con los criterios de algún trastorno específico. Un ejemplo de esto es lo que se denomina el trastorno de personalidad mixta, donde los síntomas que se manifiestan en conjunto, producen un malestar clínicamente significativo o bien el deterioro de una o más áreas de la actividad del sujeto. Algunos ejemplos que se incluyen dentro de esta categoría son:

- **Trastorno de la personalidad negativa:** Caracterizado por una agresión pasiva, en la cual, la persona adopta una actitud negativa a resistirse a las exigencias y expectativas rutinarias.
- **Trastorno depresivo de la personalidad:** Comprende elevada autocrítica, desánimo, actitud crítica hacia los otros de manera mantenida y tendencia a sentirse culpable.

Además, es importante señalar que pueden existir **ALTERACIONES Y CAMBIOS DE PERSONALIDAD DESPUÉS DE UN DAÑO CEREBRAL**. En este sentido, en un marco de salud laboral, tras un accidente de trabajo o enfermedad médica con daño

cerebral, y ante la sospecha o comunicación de compañeros y/o familiares del trabajador, sería necesario evaluar:

1. Si existe una alteración persistente de la personalidad que representa un cambio del patrón característico de personalidad previo del individuo.
2. Existen evidencias a partir de la historia, el examen físico o los hallazgos de laboratorio de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.
3. La alteración no se explica mejor a partir de otro trastorno mental
4. La alteración no ocurre exclusivamente durante el transcurso de un delirium y no cumple criterios de demencia.
5. La alteración es causa de malestar clínico significativo o deterioro social, ocupacional o en otras importantes áreas de funcionamiento.
6. Especificar tipo:
 - **Tipo lábil:** Si la característica predominante es la labilidad afectiva.
 - **Tipo desinhibido:** Si la característica predominante es un pobre control de impulsos como por ejemplo, indiscreciones sexuales, etc.
 - **Tipo agresivo:** Si la característica predominante es la conducta agresiva.
 - **Tipo apático:** Si la característica predominante es una marcada apatía e indiferencia.
 - **Tipo paranoide:** Si la característica predominante es la suspicacia o la ideación paranoide.
 - **Otro Tipo:** Si la característica predominante no es ninguna de las citadas, por ejemplo: cambio de personalidad asociada a epilepsia.
 - **Tipo combinado:** Si predominan más de una de las características en el cuadro clínico.
 - **Tipo sin especificar.**

En los traumatismos craneoencefálicos graves, la prevalencia de cambios y trastornos de personalidad se sitúa entre el 40-60% de los casos. En la clínica, dichos cambios postraumáticos más frecuentes son: apatía y pérdida de interés por el entorno, embotamiento afectivo, irritabilidad, episodios de conducta explosiva, problemas de impulsividad, desinhibición y euforia, conducta egocéntrica e infantil, suspicacia, etc. En general se observan dos principales grupos de síntomas: relacionados con déficits en el control y modulación emocional y los que se encuentran vinculados con un descenso de la capacidad para mantener una conducta orientada a un fin. El primero genera mayor estrés en los allegados y rechazo social, pero el segundo, si predomina, resulta de peor pronóstico, siendo un reto su abordaje clínico y socio-laboral²⁶.

Más allá de la clasificación diagnóstica del DSM-IV existen otros tipos de personalidad (no trastornos propiamente dichos) que creemos importante señalar brevemente en esta revisión por su importante relación con el mundo laboral y la importancia de su consideración en los procesos de vigilancia de la salud. Se trata de categorizaciones de la personalidad en “tipos” según patrones de conducta y de los aspectos positivos de la personalidad.

PERSONALIDAD Y PATRONES DE CONDUCTA

En 1957 Rosenman et al²⁷ (cardiólogos del Hospital Monte Sinaí en San Francisco), describieron un estilo de comportamiento que llamaron patrón de conducta **Tipo A**, que constituye un factor de riesgo para la cardiopatía isquémica (se trata de un factor de riesgo que opera al margen de otros factores de riesgo como el tabaco, la hipertensión y la obesidad). Tienen un patrón de rápida activación, mantenimiento conductual de la misma y lenta recuperación. Estas personas tienen 2,5 veces más probabilidades de presentar

angina de pecho o infarto de miocardio. El patrón de conducta tipo A ha sido definido como un componente acción-reacción con gran vulnerabilidad al estrés integrado por²⁸:

- Componentes formales: habla rápida, tensión en la musculatura facial, excesiva actividad psicomotora y otros manierismos.
- Actitudes y emociones: hostilidad, impaciencia, ira y agresividad.
- Aspectos motivacionales: motivación de logro, competitividad y ambición.
- Conductas abiertas o manifiestas: urgencias de tiempo, implicación en el trabajo.
- Aspectos cognitivos: necesidad de control ambiental y estilo atribucional característico

Las personas que muestran este tipo de comportamiento son llamados individuos Tipo-A y en oposición a ellos se encuentra el individuo **Tipo B**, referido a un estilo de vida más relajado, no apresurado y maduro.

En el trabajo, el patrón de conducta tipo A facilita gran implicación laboral, sobretodo en relación con el rendimiento y los resultados finales, pero con poca capacidad de disfrute de la actividad y del proceso de desarrollo de la misma. Asumen el descanso o el ocio como pérdida de tiempo. Con tendencia a la actividad permanente, su vida gira en torno al trabajo, al logro y al éxito, dan la impresión de no tener nunca suficiente. Dado que para ellos su valía personal depende de sus logros y cualquier muestra de debilidad puede ser fatal, suelen tener un gran temor al fracaso, pues lo consideran un indicativo de su falta de valor personal. Para los trabajadores con personalidad tipo A, el sentido del trabajo lo proporciona el posible éxito en el mismo, la posición y el prestigio obtenido, el sueldo, la variedad de la tarea, la posibilidad de control y la motivación de logro²⁹. Sin embargo, la exigencia personal, la dificultad de delegar, la competitividad y la irritabilidad ante la frustración pueden ocasionarles una gran desmotivación, conflicto e insatisfacción³⁰.

Por otro lado, en la última década de los 90 y principios de los años 2000, se ha descrito un tipo de personalidad relacionada con un alto riesgo de trastornos cardiovasculares. Denollet y colaboradores³¹⁻³⁴ han sugerido que la personalidad **Tipo D** (de *distress*) se caracteriza por una afectividad negativa (tendencia a la preocupación y visión negativa de los acontecimientos, acompañada a menudo de sentimientos de tristeza, irritabilidad, tensión crónica y bajo nivel de bienestar subjetivo) e inhibición social (tendencia al distanciamiento de los demás, inhibición de la expresión emocional y bajos niveles de apoyo social percibido). Estos autores señalan que este estilo de personalidad supone un afrontamiento del estrés en el que existe un sesgo atencional hacia los estímulos negativos y predominan respuestas evitativas ante los mismos, con el resultado de una mayor sintomatología somática.

El estrés negativo (*distress*) propio de la personalidad Tipo D, puede provocar la enfermedad cardiovascular de dos formas:

- Directa: El estrés al que está expuesto el sujeto influye en los mecanismos fisiológicos que determinan la enfermedad cardiovascular.
- Indirecta: El estrés influye en comportamientos de mal autocuidado que incrementan la gravedad de la enfermedad cardiovascular

En un reciente artículo de revisión sobre este tema³⁵, los autores señalan el impacto negativo de la personalidad Tipo D sobre la salud mental (con mayor sintomatología depresiva, ansiedad, estrés postraumático, estilos pasivos de afrontamiento y bajo apoyo social), sobre la salud física (somatizaciones y trastornos cardiovasculares) y problemas en el lugar de trabajo, en comparación con trabajadores con otros estilos de personalidad:

- Tienen mayores índices de absentismo³⁶
- Reportan mayores índices de agotamiento (*vital exhaustion*)³⁷

- Perciben su trabajo como más estresante y tienen mayores índices de desgaste profesional (*burnout*)³⁸
- Tienen mayor riesgo de padecer estrés pos-traumático ante agresiones físicas en el lugar de trabajo³⁹

Algunos autores⁴⁰ hablan también de un patrón de conducta **Tipo F** (en alusión a la *f* de “femenino” y de “fibromialgia”), para describir un conjunto de rasgos obsesivos, perfeccionistas y auto-exigentes que se expresan como forma de regular la autoestima en entornos donde existe falta de *feedback*, de retroalimentación sobre el desempeño de la tarea de forma contingente con el esfuerzo realizado para llevarla a cabo. Este patrón se caracterizaría además por una tendencia a la complacencia hacia los demás, evitación de los conflictos interpersonales y manejo inadecuado de la agresividad, predominando en mujeres que padecen síndromes dolorosos crónicos tales como la fibromialgia.

ASPECTOS SANOS DE LA PERSONALIDAD

A pesar de que el presente trabajo se refiere a trastornos y alteraciones de la personalidad, no quisiéramos terminar este artículo sin hacer una alusión a los aspectos sanos de la personalidad y su relación con el ámbito laboral.

Uno de los grandes objetivos de la psicología del trabajo actual es no sólo detectar los indicadores que causan problemas de salud, sino también aquellos que proporcionan lugares saludables para el trabajo. Respondiendo a estos planteamientos se ha desarrollado una Psicología Positiva del Trabajo que trata de enfatizar los aspectos de la organización del trabajo que favorecen tanto el desarrollo de empresas saludables como de personas sanas y positivas⁴¹. En relación con ello, se ha insistido en aquellos aspectos de la personalidad que favorecen el desarrollo organizacional, la convivencia grupal, la productividad y la innovación empresarial. En este sentido dos son los modelos principales que se han presentado como aspectos de la personalidad que favorecen la resistencia a los efectos del estrés y al desarrollo de una buena salud mental adaptativa y proactiva.

Históricamente el primero de ellos ha sido el concepto de **Personalidad Resistente** que supone que las variables de “compromiso”, “control” y “reto” son factores que favorecen la fortaleza en el trabajo y la resistencia al estrés. Otro modelo más reciente es el de **Capital Psicológico**, que insiste en que las variables positivas de la persona son un capital psicológico real que favorece la regulación interna de las organizaciones y la capacidad personal para el desarrollo de una óptima salud mental. Las variables que se proponen como integrantes del capital psicológico son las de “optimismo”, “control”, “autoeficacia” y “resiliencia”.

CONCLUSIÓN

Los rasgos de personalidad explican una proporción significativa de la varianza de resultados laborales tales como la productividad, satisfacción laboral o absentismo, según un modelo interactivo entre variables individuales (capacidades, creencias, rasgos de personalidad, valores), situacionales (cultura corporativa, normas grupales) y variables relacionadas con la actividad laboral (tareas específicas)⁴².

Las personas con trastornos de personalidad ven afectadas la capacidad de funcionar de un modo autónomo y competente y conseguir las propias metas, así como la posibilidad de ajustarse de manera eficiente y flexible al medio socio-laboral. En consecuencia, el trabajador con un trastorno de personalidad presentará alteraciones en la forma de percibir los acontecimientos externos, en la manera de interpretarse a sí mismo y a los demás, en los afectos, en las relaciones interpersonales y en el control de los impulsos. Con gran probabilidad, serán percibidos por sus compañeros como manipuladores, molestos, buscadores de atención, conflictivos, etc. Una herramienta útil en la evaluación

del nivel general de disfunción de las relaciones interpersonales en posibles trastornos de personalidad es el *Inventory of Interpersonal Problems* (IIP)⁴³ y sus subescalas para trastornos de personalidad: sensibilidad interpersonal, ambivalencia interpersonal, agresividad, necesidad de aprobación social y carencia de habilidades sociales.

La importancia de la detección temprana e intervención será esencial, tanto para el propio trabajador como para su entorno, clima laboral y funcionamiento de la organización; así como para la sociedad en general, ya que los trastornos mentales son, en España, la segunda causa de baja laboral y el tercer grupo de enfermedades que genera más gasto al sistema sanitario público⁴⁴. En ocasiones, la posibilidad de detección de estos trastornos está más allá de los recursos habituales en los Servicios de Prevención y por ello es necesaria la estrecha colaboración con Servicios de Salud Mental y programas de atención al empleado. A pesar de eso, los Servicios de Salud Laboral y Prevención de Riesgos Laborales tendrán un papel fundamental, ya que a través de la detección de conflictos laborales e intervención sobre los mismos, tienen un lugar privilegiado de diagnóstico clínico, siendo para ello esencial la dotación adecuada en personal de estos servicios (especialmente Técnicos Superiores en Factores Psicosociales y Médicos del Trabajo), así como la formación en salud mental de los equipos.

Desde el punto de vista de la intervención, sólo con la colaboración entre las diferentes entidades implicadas: Direcciones y Gerencias de las Organizaciones, Departamentos de Recursos Humanos, Servicios de Prevención y Servicios de Salud Mental (Centros de Salud Mental, de Rehabilitación Laboral, etc.), y con una perspectiva multidisciplinar, podremos trabajar en la detección, ayuda e integración sociolaboral de las personas con un trastorno de personalidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moreno Jiménez, B. Psicología de la personalidad. Procesos. Madrid: Thomson.
2. Millon T y Everly GS. Personality and its disorders. Nueva York: Wiley (1985).
3. Mingote J.C.; del Pino P.; Huidobro A.; Gutiérrez D.; de Miguel I.; Gálvez M. El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: diagnóstico y tratamiento. Med Segur Trab 2007; 52 (208): 29-52.
4. Mingote J.C.; Gálvez M.; del Pino P.; Gutiérrez D. El paciente que padece un trastorno depresivo en el trabajo. Med Segur Trab 2009; 55(214): 41-63.
5. DSM-IV
6. Bernstein D.P., Useda D., Siever L.J. Paranoid personality disorder: Review of the literature and recommendations for DSM-IV. Journal of Personality Disorders 1993; 7: 56-62.
7. Beck A.T. y Freeman A. Cognitive therapy of personality disorders. New York: Guilford Press (1990)
8. Gabbard G.O. Subtypes of narcissistic personality disorder. Bull Menninger Clin 1989; 53:527-532
9. Shapiro, D. Neurotic styles. New York: Basic Books. 1965
10. Oldham, JM y Morris LB. Autorretrato de la personalidad. Gerona: Tikal (1995)
11. Hirigoyen M.F. El acoso moral en el trabajo. Madrid: Paidós (2001).
12. Graña J.L., Muñoz J.J. y Navas E. Características psicopatológicas, motivacionales y de personalidad en drogodependientes en tratamiento de la Comunidad de Madrid. Madrid: Agencia Antidroga (2007).
13. Caballo V.E. Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento. Madrid: Síntesis (2004).
14. Jakobwitz, S. y Egan, V. The dark triad and normal personality traits. Personality and Individual Differences 2006; 40(2): 331-339.
15. Paulhus, D.L., Hemphill, J.D. y Hare, R.D. (en prensa). Manual for the Self-Report Psychopathy Scale. Toronto: Multi-Health Systems.
16. Pozueco Romero, J.M.. Psicopatas integrados. Madrid: Editorial EOS (2010)
17. Castán N. Inserción laboral de personas con trastorno límite de personalidad (TLP). Cuad Psiquiatr Comunitaria 2005; 5(2): 165-177.

18. Unterberg M.P. Personality: Personalities, Personal Style and Trouble Getting Along. En: J.P. Kahn y A.M. Langlieb. *Mental Health and Productivity in the Workplace*. San Francisco, CA: Jossey-Bass (2003).
19. Turkat I.D. *The personality disorders: A psychological approach to clinical management*. Nueva York: Pergamon (1990).
20. Horowitz M.J. Histrionic personality disorder. En G.O. Gabbard (dir.), *Treatments of psychiatric disorders* (2ª ed.). Washington: American Psychiatric Press (1995).
21. Sperry L. *Cognitive behaviour therapy of DSM-IV personality disorders*. Philadelphia, PA: Bruner & Mazel (1999).
22. Linehan MM, Armstrong HE, Suárez A, Allmon D y Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry* 1991; 48:1060-1064.
23. Linehan MM. *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford (1993). (Trad. al castellano, Paidós 2003).
24. Dimeff LA, Mc David J, Linehan MM. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: a review of the literature and recommendations for treatment. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 1999; 6:113-138.
25. Freeman A, Pretzer J, Fleming B, Simon KM. *Clinical applications of cognitive therapy*. Nueva York: Plenum (1990).
26. Muñoz JM, Paúl M, Pelegrín C, Tirapu J. Factores de pronóstico en los traumatismos craneoencefálicos. *Revista de Neurología* 2001; 32(4): 351-364.
27. Rosenman RH, Friedman M, Straus R, Wurm M, Kositchek R, Hahn W, et al. A predictive study of coronary heart disease. *JAMA* 1964; 189: 15-22.
28. Friedman M y Rosenman, R. (1974). *Type-A behaviour and your heart*. N.Y.: Knopf.
29. García MA, Berrios MP. El significado del trabajo en personas con patrón de conducta tipo A. *Psicothema* 1999; 11(2): 357-366.
30. Sorensen G, Jacobs DR, Pirie P, y Folsom A. Relationships among type A behaviour, employment experiences and gender: The Minnesota Heart Survey. *Journal of Behavioral Medicine* 1987; 10(4): 323-336.
31. Denollet J., Brutsaert D. Personality, disease severity and the risk of long-term cardiac events in patients with a diseased ejection fraction after myocardial infarction. *Circulation* 1998; 97: 167-173.
32. Denollet J. Type D personality: A potencial risk factor refined. *Journal of Psychosomatic Research* 2000; 49(4): 255-266.
33. Denollet J y Van Heck G. Psychological risk factors in heart disease. What Type D personality is (not) about. *Journal of Psychosomatic Research* 2001; 51: 465-468.
34. Pedersen S y Denollet J. Type D personality, cardiac events and impaired quality of life: a review. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* 2003; 10(4): 241-248.
35. Mols F y Denollet J. Type D personality in the general population: a systematic review of health status, mechanisms of disease and work-related problems. *Health and Quality of Life Outcomes* 2010. 8 (9).
36. Hanebuth D, Meinel M y Fischer JE. Health-related quality of life, psychosocial work conditions and absenteeism in an industrial same of blue- and white-collar employees: a comparision of potential predictors. *J Occup Environ Med* 2006; 48(1): 28-37.
37. Preckel D, von Kanel R, Kudielka BM, Fischer JE. Overcommitment to work is associated with vital exhaustion. *Int Arch Occup Environ Health* 2005; 78(2): 117-122.
38. Oginska-Bulik N. Occupational stress and its consequences in healthcare professionals: the role of type D personality. *Int j Occup Med Environ Health* 2006; 19(2): 113-122.
39. Kunts MJJ, Bogaerts S, Winkel FW. Peer and inmate aggression, Type D personality and post-traumatic stress among Dutch prison workers. *Stress and Health* 2009; 25(5): 387-395.
40. Mingote JC. En Alvarez Romero M, García Villamizar, D. *El Síndrome del Perfeccionista: el Anancástico*. Sevilla: Ed. Almuzara (2007).
41. Alez Linley P, Harrington S, Garcea N. *Oxford Handbook of Positive Psychology at Work*. Oxford: Oxford University Press (2010).
42. Furnham, A. (2001). *Psicología organizacional. El comportamiento del individuo en las organizaciones*. México: Oxford University Press.
43. Horowitz LM, Rosenberg SE, Baer BA, Ureño G, Villaseñor VS. Inventory of Interpersonal Problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1988, 56: 885-892.
44. Moreno JO, López-Bastida J, Montejo-González AL, Osuna-Guerrero R y Duque-González B. The socioeconomic cost of mental iones in Spain. *European Journal of Health Economics* 2009; 10(4): 361-369.

Neuropatía compresiva del nervio interoseo posterior a nivel del codo (síndrome de la arcada de frohse) ¿debe incluirse en el listado de enfermedades profesionales?

Must the neuropathy compressive of posterior interoseal nerve at the elbow level (arcade of frohse syndrome) be included in the occupational diseases list?

Raúl Jesús Regal Ramos

Unidad Médica del Equipo de Valoración de Incapacidades del Instituto Nacional de la Seguridad Social de la Provincial de Madrid. Madrid. España.

Recibido: 31-05-10

Aceptado: 31-08-10

Correspondencia:

Raúl Jesús Regal Ramos

Canillas, 22-3ºB

28002 Madrid. España.

Tfno: 626193169

e-mail: rauljesus.regal@inss.seg-social.es o raulregal@hotmail.com

Resumen

Título: Neuropatía Compresiva del Nervio Interoseo Posterior a nivel del codo (Síndrome de la Arcada de Frohse) ¿debe incluirse en el Listado de Enfermedades Profesionales?

Introducción: La afectación compresiva del nervio radial se encuentra recogida en el último Listado de Enfermedades Profesionales (LEP), con el código 2F0601. En este apartado no se recoge entre las “principales actividades” capaces de producir afectación del n.radial la compresión de origen laboral más frecuente de este, el síndrome de la Arcada de Frohse (SAF).

Objetivos: El objetivo de esta revisión no es solo reflejar que la afectación compresiva del nervio interóseo posterior puede considerarse una Enfermedad Profesional (EP), sino que además debería estar recogida en el actual listado de EP entre las “principales actividades capaces de producir afectación del nervio radial”.

Metodología: Se han revisado hasta Febrero de 2010 las siguientes bases de datos bibliográficas: Medline, Embase, Cochrane.

Resultados: Esta revisión bibliográfica nos permite concluir que: El SAF puede tener un origen laboral (la fibrosis del supinador corto se relaciona con movimientos repetidos de pronación y supinación del antebrazo y esta descrita su mayor prevalencia en determinadas profesiones que realizan estos movimientos). El SAF es la neuropatía compresiva de origen laboral mas frecuente del nervio radial, la más relacionada con los movimientos repetitivos de la mano y antebrazo. La Arcada de Frohse es el lugar más frecuente de compresión del radial.

Conclusiones: Por tanto, el SAF puede considerarse una EP, si asocia factores de riesgo laborales suficientes, y debería estar recogido en el LEP por tratarse de la localización más frecuente de compresión de origen laboral del nervio radial.

Med Segur Trab (Internet) 2010; XX (220): 248-256

Palabras clave: Nervio radial. Arcada de Frohse. Nervio interoseo posterior. Enfermedades profesionales.

Abstract

Title: Must the Neuropathy Compressive of Posterior Interoseal Nerve at the elbow level (Arcade of Frohse syndrome) be included in the Occupational Diseases List?

Introduction: The compress affection of radial nerve is included in the last Occupational Diseases List (ODL), with code 2f0601. In this paragraph the Arcade of Frohse syndrome (SAF) isn't included among the "main activities" able to induce radial nerve affection, the occupational origin radial nerve compression more frequent.

Objectives: The objective of this review isn't only to show that the compress affection of posterior interosseous nerve can be considered a occupational diseases, but, also, it should be included in the current ODL, among the "main activities able to induce radial nerve affection".

Material and methods: To February 2010 it have been reviewed the following bibliographical database: Medline, Embase, Cochrane.

Results: This bibliographical review allow us to conclude: SAF can have a occupational origin (fibrosis of short supinator is related with forearm repetitive pronosupinacion movements, and it is more prevalent in certain professions in which are made these kind of movements). SAF is the occupational origin neuropathy compress more frequent of radial nerve, and the most related with hand and forearm repetitive movements. The Arcade of Frohse is the most common radial compression place.

Conclusions: Therefore, SAF can be considered a occupational diseases if it carries enough occupational risks factors, and it should be included in the ODL, by being the most frequent occupational origin compression of radial nerve.

Med Segur Trab (Internet) 2010; XX (220): 248-256

Key words: Radial nerve. Arcade of Fröhse. Posterior interosseous nerve. Occupational Diseases.

INTRODUCCIÓN

Las neuropatías compresivas son la patología neurológica periférica más frecuente del miembro superior y son una causa frecuente de pérdida de días laborales en las empresas^{1,2}. Entre las distintas etiologías de dicha compresión tenemos fracturas, luxaciones, sinovitis, gangliones, tumores y el origen laboral

Las neuropatías compresivas de origen laboral se definen³ como aquellas lesiones nerviosas producidas por traumatismos repetidos a los nervios periféricos como consecuencia de las tareas desempeñadas en el puesto de trabajo que implican posturas forzadas mantenidas, esfuerzos o movimientos repetidos y apoyos prolongados o mantenidos. La compresión reiterada del nervio daña los vasos epineurales causando un edema que puede llevar a una fibrosis y esta al deterioro progresivo del nervio⁴.

Las dos causas más frecuentes de neuropatía compresiva en miembro superior son⁵ el síndrome del túnel del carpo (la de mayor prevalencia en el mundo laboral) y la compresión del nervio cubital particularmente susceptible en el codo (túnel cubital) y en la muñeca (canal de Guyon)

La incidencia exacta del atrapamiento del nervio interoseo posterior (PIN), rama motora del radial, no está aclarada, de cualquier manera, un estudio epidemiológico sobre neuropatías compresivas demostró una incidencia de neuropatía compresiva radial de 2,97 por 100.000 en hombres y de 1,42 por 100.000 en mujeres⁵. Arle JE et al⁶ sostienen que el síndrome de atrapamiento del nervio radial idiopático representa aproximadamente un 0'7% de las lesiones no traumáticas de la extremidad superior, sin embargo otros autores como Erak S y Smola C^{7,8} sostienen que se trata, en cuanto a frecuencia, de la segunda neuropatía por compresión tras el síndrome del túnel carpiano, por la frecuente asociación de la compresión del PIN con epicondilitis.

Son muy infrecuentes las afectaciones del nervio circunflejo, supraescapular y musculocutáneo

La afectación compresiva del nervio radial se encuentra recogida en el último listado de Enfermedades Profesionales (LEP), RD 1299/2006⁹, con el código 2F0601 y en este apartado se recoge entre las "principales actividades" capaces de producir afectación del n. radial : "Trabajos que causan un apoyo prolongado sobre las tabaqueras anatómicas", "Movimientos extremos de hiperflexión e hipertensión" y "Trabajos que entrañen contracción repetida del músculo supinador largo, como conductores de automóviles, presión crónica por uso de tijeras". Las relaciones de actividades recogidas en este listado, aunque en muchas ocasiones son muy detalladas, nunca deben de entenderse como relaciones cerradas, pues el propio encabezamiento habla de "principales actividades capaces de producir enfermedades relacionadas con el agente". Este hecho hace que la patología a la que nos referimos en esta revisión pueda ser considerada una Enfermedad Profesional (EP) pese a no venir literalmente recogida en el RD 1299/2006. No obstante, dado que la literatura científica reconoce a la compresión del PIN como la neuropatía compresiva de origen laboral más frecuente del nervio radial, consideramos que si debería estar recogida esta patología, o sus mecanismos, causales en el actual LEP

OBJETIVOS

El objetivo de esta revisión no es solo reflejar que la afectación compresiva del nervio interóseo posterior puede considerarse una EP, sino que además debería estar recogida en el actual listado de EP entre las "principales actividades capaces de producir afectación del nervio radial"

METODOLOGÍA

Se han revisado hasta Febrero de 2010 las siguientes bases de datos bibliográficas: Medline, Embase, Cochrane.

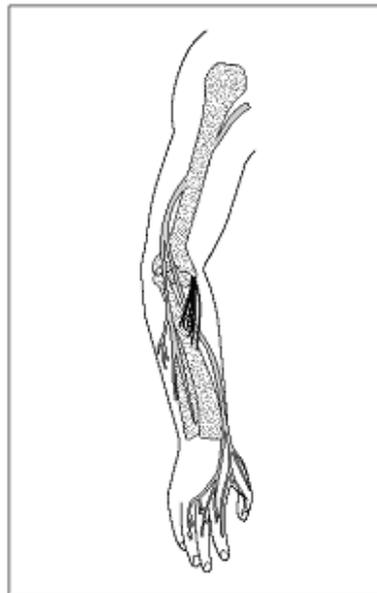
RECUERDO ANATÓMICO

La compresión del radial puede producirse a distintos niveles¹⁰

A nivel de la axila se han descrito parálisis radiales producidas por el uso de muletas o por herramientas que comprimen la axila, en fundidores y estampadores de metal. Pueden producirse también por apoyos prolongados del brazo sobre superficies duras, frecuentes durante el sueño profundo en mala posición (parálisis de los sábados)

Antes de llegar al codo, el nervio radial rodea la diafisis humeral desde dentro hacia fuera y luego desciende en el canal bicipital externo (Figura 1). En la cara anterior del codo encontramos un espacio anatómico definido como “túnel o desfiladero radial”, que comienza y está limitado posteriormente por el cóndilo y termina en la porción distal del músculo supinador corto¹¹. El “túnel radial” consta a su vez de 3 porciones¹². La primera porción se extiende desde el sitio en que el nervio radial perfora el tabique intermuscular lateral del brazo hasta el nivel de la interlínea de la articulación húmero-radial del codo. La segunda porción se extiende desde la interlínea articular del codo hasta el borde superior del haz superficial del músculo supinador corto. Este borde recibe el nombre de “Arcada de Frohse”. Es en esta porción donde el nervio radial, entre 1,5 y 2,5 cm. por debajo de la interlínea articular del codo, se divide en sus dos ramos terminales: rama superficial (anterior y sensitiva) o n. radial sensitivo superficial, que desciende el compartimento anterior del antebrazo por debajo del supinador largo y por fuera de la arteria radial superficial; y rama posterior (profundo y motor) o n. interóseo posterior, que se introduce bajo en la Arcada de Frohse (Figura 2). Finalmente, la tercera porción se extiende desde la AF hasta el borde inferior del músculo supinador.

Figura 1



A nivel de la muñeca puede producirse la compresión de la rama sensitiva superficial del nervio radial, dando lugar al Síndrome de Wartenberg. El síndrome de Wartenberg es un cuadro clínico descrito por el autor del mismo nombre en 1932 como “queiralgia parestésica”¹³ y que presenta clínicamente dolor en la superficie radial dorsal del antebrazo con irradiación al dorso de la mano, el pulgar y el segundo y tercer dedos. La denominó así por la similitud de la meralgia parestésica, por compresión del nervio cutáneo lateral en el muslo. La etiología de este síndrome se ha asociado, a multitud de cuadros, entre ellos la neuropatía compresiva, siendo la más frecuente a nivel del músculo supinador largo, en el momento en que el nervio se hace dorsal bordeando el tendón del citado músculo, es decir, en la zona radial del antebrazo o de la muñeca (parálisis de los esposados)³

Por último, podemos observar la lesión de la rama digital dorsal del nervio radial. Aparece por el uso de herramientas, como tijeras, cuya empuñadura apoya sobre el territorio radial del pulgar. El cuadro clínico, consistente en parestesias y disestesias en el lado radial de la falange distal del pulgar³.

De todos los cuadros anteriormente descritos, la afectación del PIN destaca por ser la neuropatía compresiva del nervio radial más relacionada con los movimientos repetitivos de la mano y antebrazo⁴⁻²⁶ y la Arcada de Frohse se ha descrito como el lugar más frecuente de compresión del PIN^{19, 24, 27, 28} y como el lugar más frecuente de compresión del nervio radial^{2, 23, 27, 29-36}.

FISIOPATOLOGÍA

El nervio radial a su paso por el túnel radial puede comprimirse por distintas causas²⁵:

- las bandas fibrosas anteriores de la cabeza radial
- la arteria radial recurrente que puede comprimir el nervio contra la cabeza del radio (cuerda de Henry)
- el origen tendinoso del segundo radial externo (extensor carpi radialis brevis) que puede improntar el nervio en la pronación completa
- la arcada de Frohse, la más frecuente^{28, 37}.
- el borde distal de salida del supinador.
- El músculo supinador corto (M. Supinator) tiene una parte superficial y otra profunda y entre ambas se desliza el PIN siguiendo un trayecto espiroideo inverso hasta que alcanza la cara posterior del antebrazo

El borde proximal del fascículo superficial del músculo supinador corto se denomina Arcada de Frohse³⁸. Este borde muscular puede sufrir cambios histológicos que conducirían a su transformación en una banda fibrosa, cambios histológicos que estarían relacionados con los movimientos repetidos del codo, especialmente movimientos de pronosupinación (22-23). Cuando este borde se fibrosa en un grado suficiente se produce una compresión del PIN, dando lugar al Síndrome de la Arcada de Frohse.

CLÍNICA

El atrapamiento del PIN puede presentarse de dos formas diferentes y con una nomenclatura diferente en la literatura:

1. Síndrome del Nervio Interóseo Posterior: Parálisis no dolorosa, en ocasiones precedida por un cuadro de dolor en la cara extensora del antebrazo
2. Síndrome del Túnel Radial (STR): Más que debilidad o parálisis los pacientes con STR presentan dolor en la cara lateral del antebrazo proximal, cuadro doloroso muy difícil de diferenciar de la epicondilitis lateral o “codo de tenista” por lo que se ha denominado “codo de tenista resistente”. El PIN al ser nervio motor puro no produce alteraciones de la sensibilidad, pero si puede causar dolor local³⁹.

Los términos Síndrome de la Arcada de Frohse o Síndrome de la Celda del Supinador, engloba ambas presentaciones clínicas

La diferencia en la presentación clínica puede atribuirse a una diferencia en el grado de compresión del nervio pero al comprimirse el mismo nervio, el tratamiento de ambas presentaciones se puede abordar con las mismas intervenciones quirúrgicas⁴⁰.

RELACIÓN LABORAL

Diversos estudios apoyan la hipótesis de que los movimientos repetidos de pronación y supinación causan compresión del nervio radial a nivel del Túnel Radial¹⁴⁻²⁶.

En este sentido los trabajadores con ocupaciones que requieren tareas manuales repetitivas tienen particularmente riesgo de desarrollar este síndrome^{21,41}.

Esta patología tiene especial incidencia en violinistas⁴²⁻⁴⁴, directores de orquesta (15-16,45), trabajadores manuales que realizan movimientos repetidos de atornillar y desatornillar¹⁹ y tenistas^{46,47}, entre otros⁴⁸. Pero el Síndrome de la Arcada de Frohse se ha descrito en múltiples profesiones como camareros⁴⁹, fabricantes de corsés, lecheros⁵⁰ e incluso en nadadores⁵¹.

RELACIÓN CON EL ACTUAL LISTADO DE ENFERMEDADES PROFESIONALES

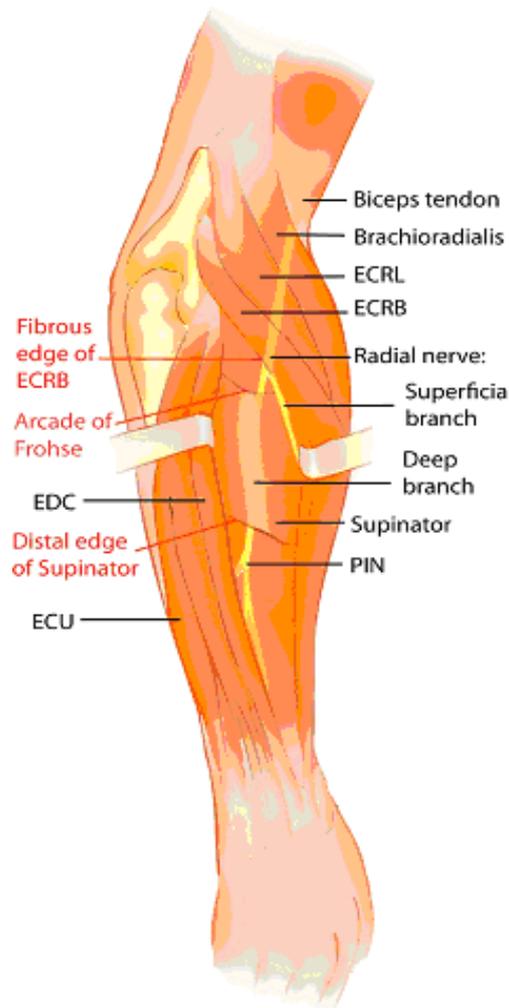
Como hemos comentado al principio de este artículo la afectación compresiva del nervio radial se encuentra recogida en el LEP con el código 2F0601 y en este apartado se recogen las siguientes actividades: “Trabajos que causan un apoyo prolongado sobre las tabaqueras anatómicas”, “Movimientos extremos de hiperflexión e hipertensión”, “Trabajos que entrañen contracción repetida del músculo supinador largo, como conductores de automóviles, presión crónica por uso de tijeras”

Como hemos visto el “apoyo prolongado sobre las tabaqueras anatómicas” no es causa de atrapamiento del nervio interóseo posterior, aunque se ha descrito un caso en un marine del ejército americano después de portar durante un periodo largo de tiempo una ametralladora M60⁵².

Los movimientos extremos de hiperflexión e hiperextensión, no son movimientos que realice en músculo supinador corto. El músculo supinador corto y el bíceps, son los 2 únicos que producen supinación del antebrazo y mientras que el bíceps es supinador y flexor, el supinador corto es solo supinador (si el antebrazo está en extensión, solo este músculo es capaz de producir la supinación del antebrazo)⁵³.

La contracción repetida del músculo supinador largo tampoco es causa de atrapamiento del nervio interóseo posterior. Cuando hablamos de músculo supinador largo nos estamos refiriendo al músculo brachio-radialis, y cuando hablamos de músculo supinador corto al músculo supinator. Las funciones del músculo brachio-radialis son principalmente la flexión y supinación del codo. Este músculo se relaciona anatómicamente con el nervio radial sensitivo superficial pero no con el PIN (Figura 2).

Figura 2



Por último la presión crónica por uso de tijeras, causaría la lesión de la rama digital dorsal del nervio radial

Aunque la relación de actividades recogidas nunca debe entenderse cerrada, lo cierto es que el Síndrome de la Arcada de Frohse pese a ser la compresión de origen laboral más frecuente del nervio radial, no viene recogido en el LEP.

CONCLUSIONES

El Síndrome de la Arcada de Froshe es una neuropatía compresiva que afecta a la rama motora del nervio radial, PIN, y que se debe al atrapamiento del nervio dentro de un músculo supinador corto anormalmente endurecido o fibrosado en su parte proximal.

Esta revisión bibliográfica nos permite concluir que:

- El Síndrome de la Arcada de Froshe puede tener un origen laboral. La fibrosis del supinador corto se relaciona con movimientos repetidos de pronación y supinación del antebrazo y esta descrita su mayor prevalencia en determinadas profesiones que realizan estos movimientos^{15, 19, 21, 41-47}.
- El Síndrome de la Arcada de Froshe es la neuropatía compresiva de origen laboral mas frecuente del nervio radial, la más relacionada con los movimientos repetitivos de la mano y antebrazo¹⁴⁻²⁶.
- La Arcada de Frohse es el lugar más frecuente de compresión del radial^{12, 23, 27, 29-36}.

Por tanto, el Síndrome de la Arcada de Frohse puede considerarse una EP, si asocia factores de riesgo laborales suficientes, y debería estar recogido en el Listado de EP por tratarse de la localización más frecuente de compresión de origen laboral del nervio radial

BIBLIOGRAFIA

1. Fisher DL, Andres RO, Airth D, Smith SS. Repetitive motion disorders: the design of optimal rate-rest profiles. *Hum Factors* 1993;35(2):283-304
2. Himmelstein JS et al. Work-related upper-extremity disorders and work disability: clinical and psychosocial presentation. *J Occup Environ Med* 1995;37(11):1278-86
3. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. «Protocolo de vigilancia sanitaria específica para los/as trabajadores/as expuestos a neuropatías por presión»; 2.000
4. Rydevik B, Lundborg G. Permeability of intraneural microvessels and perineurium following acute, graded experimental nerve compression. *Scand J Plast Reconstr Surg* 1977;11:179-187
5. Latinovic R, Gulliford MC, Hughes RA. Incidence of common compressive neuropathies in primary care. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2006; 77:263-265.
6. Arle J, Zager E. Surgical treatment of common entrapment neuropathies in the upper limbs. *Muscle Nerve* 2000;23:1160-74
7. Erak S, Day R, Wang A. The role of supinator in the pathogenesis of chronic lateral elbow pain: a biomechanical study
8. Smola C. About the problem of radial tunnel syndrome or "where does tennis elbow end and where does the radial tunnel syndrome begin? *Hand Chir Mikročir* 2004 Aug;36(4):241-5.
9. Real Decreto 1299/2006 de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de Enfermedades Profesionales
10. Plate AM, Green SM. Compressive radial neuropathies. *Instr Course Lect* 2000;49:295-304.
11. Barnum M, Mastey RD, Weiss AP, Akelman E. Radial tunnel syndrome. *Hand Clin* 1996; 12:4, 679-689
12. Bertone Vicente Hugo, Ottone Nicolás Ernesto, Lo Tártaro Maximiliano Ariel, García de Quirós Nicolás, Arrotea Agustín, Domínguez Mario et al. Consideraciones Anatómo-Clinicas sobre el Nervio Radial en el Codo. *Int. J. Morphol.* [revista en la Internet]. 2008 Jun; 26(2): 437-444. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022008000200032&lng=es. doi: 10.4067/S0717-95022008000200032
13. Wartenberg R. Cheiralgia Paraesthetic. Isolierte neuritis des ramus superficialis nervi radialis. *Z Ges Neurol Psychiatr* 1935;141:145-155
14. Kopell G, Thompson W. *Peripheral entrapment neuropathies*. Baltimore: William and Wilkins; 1963
15. Guillaín G, Courtellemont G. L'action du muscle court supinateur dans la paralysie du nerf radial. Pathogénie d'une paralysie radiale incomplete cher une chef d'orchestre". *Press.Med.* 1905, 7: 50-52
16. Comtet JJ, Chambaud D. Paralysie spontanée du nerf inter-osseux posterieur pur lesion inhabituelle. Deux observations. *Rev.Chir.Orthop.* 1975,61 :533-541
17. Luppino T. Considerazioni anatomo-cliniche sune alcune varie sindromi nervosa canalicolari dll'arto superiore. *Riv.Chir.Mano* 1972, 10: 74-82
18. Bonnel F: Nerf radial. Bonnel F, Mansat M. *Nerfs périphériques*. Ed. Masson, Paris, 1990, 8-89.
19. Rus Mompó, Antonio. Arcada de Frohse .*Rev. Esp. de Cir. Ost* 1989 :101-108
20. Serrano M.F , Gomez, A. Disorders of the hand for accumulative trauma in the work *Rev Iberoam Fisioter Kinesiol.* 2004;7:41-61
21. Roquelaure Y, Raimbeau G, Dano C, Martin YH, Pelier Cady MC, Mechali S, et al. Occupational risk factors for radial tunnel syndrome in industrial workers. *Scand J Work Environ Health* 2000; 26(6):507-13,
22. Clavert P, Lutz JC, Adam P, Wolfram-Gabel R, Liverneaux P, Kahn JL. Frohse's arcade is not the exclusive compression site of the radial nerve in its tunnel. *Rev Chir Orthop Traumatol.* 2009 Apr;95(2):114-8,
23. Spinner, M. The arcade of Frohse and its relationship to posterior interosseus nerve paralysys. *J.Bone Joint Sur.* 1968,50 B: 809-812
24. Cravens G, Kline D. Posterior interosseous nerve palsies. *Neurosurgery* 1990;27, 397-302

25. Konjengbam M, Elangbam J. Radial nerve in the radial tunnel: anatomic sites of entrapment. *Clin Anat* 2004;17(1):21-25
26. Wilhwa A. Philadelphia: WB. Saunders; 1993
27. Ozturk A, Kutlu C, Taskara N, Kale A, Bayraktar B, Cecen A. Anatomic and morphometric study of the arcade of Frohse in cadavers. *Sur Radiol Anat* 2005;27:171- 5
28. Boyer MI, Hastings H 2nd. Lateral tennis elbow: "Is there any science out there?" *J Shoulder Elbow Surg* 1999;8(5):481-491.
29. Gonzalez R. E. La arcada de Frohse y sus relaciones neurovasculares. XXI Congreso de la Sociedad Rioplatense de Anatomía, 1984.,
30. Lafalla, R. Relaciones de la rama posterior del nervio radial con la cabeza del radio e inervación motora de los músculos posteriores del antebrazo. XVII Congreso de la Sociedad Rioplatense de Anatomía, 1980.
31. Debouck C, Rooze M. The arcade of Frohse: an anatomical study. *Surg Radiol Anat* 1995;17:245—8.
32. Kirici Y, Irmak M. Investigation of two possible compression sites of the deep branch of the radial nerve and nerve supply of the extensor carpi radialis brevis muscle. *Neurol. Med. Chir. (Tokyo)*, 44:14-9, 2004
33. Salvá G, Terrados X, Perea C. Neuropatía compresiva del nervio radial en el codo: Diagnóstico y tratamiento. *Medicina Balear* 2008; 23-26
34. Roust R, Espeche R. C. División del nervio radial en el pliegue del codo. V Congreso de la Sociedad Rioplatense de Anatomía. Mendoza, 1969.
35. De Santolo A. La mano dormida por compresiones nerviosas. *Gac Méd Caracas*, dic. 2005, vol.113, no.4, p.485-499. ISSN 0367-4762
36. Lowe J, Sen S, Mackinnon S. Current Approach to Radial Nerve Paralysis. *Plastic and Reconstructive Surgery* 15 September 2002: 110: 1099-1113
37. Prasaritha T, Luipolvanish P, Rojanakit A. A study of the posterior interosseous nerve (PIN) and the radial tunnel in 30 Thai cadavers. *J Hand Surg.* 1993;18:107-12
38. Frohse, F. y Frankel, M. Die Muskeln des menschlichen Armes. Jena.G. Fisher Verlag 1908
39. Gutiérrez E. Diagnóstico neurofisiológico de enfermedades neurológicas producidas por movimientos repetidos. Tercera reunión de Grupo de Estudio de Neurología del Trabajo de la SEN. Barcelona, 2000
40. Alan C. Dang, MD, Craig M. Rodner, MD . Unusual Compression Neuropathies of the Forearm, Part I: Radial Nerve. *JHS* 2009Dec. Vol 34 A,1906-14
41. Lawrence T, Mobbs P, Fortems Y, Stanley JK. Radial tunnel syndrome. A retrospective review of 30 decompressions of the radial nerve. *J Hand Surg [Br]* 1995;20(4):454-9.
42. Terrono AL, Millender LH. Management of work-related upper-extremity nerve entrapments. *Orthop Clin North Am* 1996;27(4):783-93
43. Charness ME, Parry Gc, Markinson RE. Entrapment neuropathies in musicians. *Neurology* 1985;35:40-5
44. Maffulli N, Maffulli F. Transient entrapment neuropathy of the posterior interosseous nerve in violin players. *J Neurosurg Psychiatry* 1991;54:65-7.
45. Orozco L, Solé J. Tecnoapatías del Músico. Prevención y tratamiento de las lesiones y enfermedades profesionales de instrumentistas y cantantes. Introducción a la medicina de la danza. Aritza Comunicación S.L
46. Gabel GT, Morrey BF. Tennis elbow. *Instr Course Lect.* 1998;47:165-72.
47. Pfandl S, Wetzel R, Hackspacher J, Puhl W. Supinator tunnel syndrome, a differential diagnosis of so-called tennis elbow.. *Sportverletz Sportschaden* 1992;6(2):71-76
48. Dang AC, Rodner CM. Unusual compression neuropathies of the forearm, part I: radial nerve. *J Hand Surg Am.* 2009 Dec;34 (10):1906-14
49. Hobhouse N, Heald C. A case of posterior interosseous paralysis. *BMJ* 1936;1: 841
50. Weinberger L. Non-traumatic paralysis of the dorsal interosseous nerve. *Surg Gynecol Obstet* 1939;69:358
51. Kruse F. Paralysis of the dorsal interosseous nerve not due to direct trauma: a case showing spontaneous recovery. *Neurology* 1958;8: 307.
52. Sonna LA, Scott BR. Posterior interosseous nerve palsy in a machina gunner. *Mil Med* 1995;160:364 -366
53. Orts Llorca, F. Anatomía Humana. Científico-Médica. 6ed. 1986