



MEDICINA y SEGURIDAD del trabajo

INTERNET

EDITORIAL

Psychosocial risks and work-related stress

Dra. Valentina Forastieri 297-301

ARTÍCULO ESPECIAL

Introducción a los Sistemas de Gestión de la Calidad Total: Modelo de Excelencia EFQM y Autoevaluación

Alfredo Robledillo Colmenares, Daniel Velázquez López 302-309

ORIGINALES

Aplicación del ejercicio físico como terapia en medicina del trabajo para pacientes con fibromialgia

Delfín Galiano Orea, Borja Sañudo Corrales 310-321

Trastorno de adaptación. Análisis de la Incapacidad Laboral por contingencias comunes en Ibermutuamur, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.

Rosa Carmen Enguita Martín, Rafael Ramos Muñoz 322-344

REVISIONES

Riesgo psicosocial de los trabajadores inmigrantes en España

Sanchis-Ruiz, A.; Varela-Hall, C.; Martins-Muñoz, G. y Díaz-Sotero, M. 345-360

Evidencia científica de la relación entre acoso laboral y depresión

Víctor Adrián Harasemiuc, Jesús Raúl Díaz Bernal 361-371

232

Tomo 59· Julio - Septiembre 2013· 3^{er} Trimestre
Med Seg Trab Internet 2013; 59 (232): 297-371
Fundada en 1952
ISSN: 1989-7790
NIPO en línea: 725-13-006-1

Ministerio de Economía y Competitividad
Instituto de Salud Carlos III
Escuela Nacional de Medicina del trabajo
<http://scielo.isciii.es>
<http://infosaludlaboral.isciii.es>

isc
Instituto
de Salud
Carlos III

Ministerio de Economía y Competitividad

Escuela Nacional de
Medicina del Trabajo



International Labour Organization

International Occupational Safety and Health Information Centre (CIS)

Centro Nacional en España: Escuela Nacional de Medicina del Trabajo (ISCIII)



SUMARIO

EDITORIAL

Psychosocial risks and work-related stress

Dra. Valentina Forastieri 297-301

ARTÍCULO ESPECIAL

Introducción a los Sistemas de Gestión de la Calidad Total: Modelo de Excelencia EFQM y Autoevaluación

Alfredo Robledillo Colmenares, Daniel Velázquez López 302-309

ORIGINALES

Aplicación del ejercicio físico como terapia en medicina del trabajo para pacientes con fibromialgia

Delfín Galiano Orea, Borja Sañudo Corrales 310-321

Trastorno de adaptación. Análisis de la Incapacidad Laboral por contingencias comunes en Ibermutuamur, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.

Rosa Carmen Enguita Martín, Rafael Ramos Muñoz 322-344

REVISIONES

Riesgo psicosocial de los trabajadores inmigrantes en España

Sanchis-Ruiz, A.; Varela-Hall, C. ; Martins-Muñoz, G. y Díaz-Sotero, M. 345-360

Evidencia científica de la relación entre acoso laboral y depresión

Víctor Adrián Harasemiuc, Jesús Raúl Díaz Bernal 361-371

ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA DEL TRABAJO 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.

Coordinadora de Redacción: Isabel Mangas Gallardo

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

Revisores técnicos: Daniel Velázquez López, Alfredo Robledillo Colmenares

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

MIEMBROS

Aguilar Madrid, Guadalupe

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

Castañón Álvarez, Juan

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

Forastieri, Valentina

Programa Internacional de Seguridad, Salud y Medio Ambiente (Trabajo Seguro).

Organización Internacional del Trabajo (OIT/ILO). Ginebra. Suiza.

Guillén Subirán, Clara

Ibermutuamur. Madrid. España.

Horna Arroyo, Rosa

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

Martínez Herrera, Juan Antonio

Unidad Equipo Valoración Incapacidades. Madrid. España.

Neves Pires de Sousa Uva, António

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

Nieto, Héctor Alberto

Cátedra de Salud y Seguridad en el Trabajo.

Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Argentina.

Nieto Sainz, Joaquín

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

Rodríguez de la Pinta, M.ª Luisa

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

Roel Valdés, José María

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

COMITÉ CIENTÍFICO

Alday Figueroa, Enrique

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Consejo General del Poder Judicial. Madrid. España.

Álvarez Blázquez, Fernando

Instituto Nacional de la Seguridad Social. Madrid. España.

Álvarez Hidalgo, Francisco Jesús

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

Arceiz Campos, Carmen

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

Burg Ceccim, Ricardo

Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Brasil.

Calvo Sánchez, María Dolores Fátima

Universidad de Salamanca. Salamanca. España.

Carreño Martín, María Dolores

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

Carreras Vaquer, Fernando

Sanidad Ambiental y Salud Laboral. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid. España.

Casal Lareo, Amparo

Azienda Ospedaliera. Universitaria Careggi. Florencia. Italia.

Caso Pita, Covadonga

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

Castell Salvá, Rafael

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

Castellano Royo, María

Universidad de Granada. Facultad de Medicina. Granada. España.

Conde-Salazar Gómez, Luis

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

Cruzet Fernández, Francisco

Especialista en Medicina del Trabajo. Jubilado. Madrid. España.

Dancausa Roa, Juan

MEDYCSA. Madrid. España.

Díaz Franco, Juan José

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Madrid. España.

Fuente Díez, Elena de la

Hospital Universitario de Sagunto. Valencia. España.

Gamo González, María Fe

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Madrid. España.

García Arenas, María Ángeles

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

García Benavides, Fernando

Universidad Pompeu-Fabra. Barcelona. España.

García Cebrián, Manuela

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

García López, Vega

Instituto Navarro de Salud Laboral. Pamplona (Navarra). España.

Granados Arroyo, Juan José

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

Heras Mendaza, Felipe

Hospital de Arganda del Rey (Madrid). España.

Hinojal Fonseca, Rafael

Universidad de Oviedo. Oviedo (Asturias). España.

Jardón Dato, Emilio

Instituto Nacional de la Seguridad Social. Madrid. España.

Jiménez Fernández, Adolfo

Organización Iberoamericana de la Seguridad Social. Madrid. España.

Juárez Pérez, Cuauhtémoc Arturo

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

Marqués Marqués, Francisco

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Madrid. España.

Martí Amengual, Gabriel

Universidad de Barcelona. Barcelona. España.

Martínez Jarreta, Begoña

Universidad de Zaragoza. Zaragoza. España.

Maya Rubio, Isabel

Mutua Universal. Barcelona. España.

Mazón Cuadrado, Luis

Hospital de Fuenlabrada. Madrid. España.

Muñoz Blázquez, Guillermo

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

Nogareda Cruixat, Clotilde

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Barcelona. España.

Nova Melle, Pilar

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

Ordaz Castillo, Elena

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

Otero Dorrego, Carmen

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

Otero Gómez, Cruz

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

Pérez Bouzo, Francisco

Prevención & Salud. Santander. España.

Rescalvo Santiago, Fernando

Jefe de la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Laboral de Castilla y León
Hospital Clínico Universitario de Valladolid. España.

Robledo Muga, Félix

Especialista en Medicina del Trabajo. Jubilado. Madrid. España.

Rodríguez, Carlos Aníbal

Superintendencia de Riesgo del Trabajo. Buenos Aires (Argentina). Argentina.

Ruiz Figueroa, Josefa

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid. España.

Sánchez Jiménez, Vicente

Formación y Estudios Sindicales FECOMA-CC.OO. Madrid. España.

Sant Gallén, Pere

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

Sanz Valero, Javier

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

Solé Gómez, Dolores

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

Soriano Corral, José Ramón

Mutua Universal. Madrid. España.

Vadillo Ruiz, Julio

Grupo MGO. Madrid. España.

Van Der Haer, Rudolf

MC Mutual. Barcelona. España.

Wanden-Berghe, Carmina

Universidad CEU Cardenal Herrera. Elche. Alicante. España.

Hospital General Universitario de Alicante. España.

Zimmermann Verdejo, Marta

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

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo del ISCIII Pabellón, 13 – Campus de Chamartín – Avda. Monforte de Lemos, 3 - 5 o C/ Melchor Fernández Almagro, 3 – 28029 Madrid. España.

Indexada en

OSH – ROM (CISDOC) Organización Internacional del Trabajo (OIT)

HINARI, Organización Mundial de la Salud (OMS)

IBECS, Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud

IME, Índice Médico Español

SciELO (Scientific Electronic Library Online)

Dialnet

Latindex

Free Medical Journals

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 Economía y Competitividad



NIPO en línea: 725130061

ISSN: 1989 - 7790

Diseño y maquetación: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado

<http://publicaciones.isciii.es>

<http://www.scielo.org>

<http://scielo.isciii.es>

<http://infosaludlaboral.isciii.es>

<http://www.freemedicaljournals.com/>

<http://dialnet.unirioja.es/>

<http://publicacionesoficiales.boe.es>



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.1/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. A partir de 1996 hasta la actualidad es editada por la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo (ENMT) del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) de Madrid (España) en formato papel, y desde 2009 exclusivamente en formato electrónico.

Medicina y Seguridad del Trabajo se encuentra accesible desde diferentes plataformas y repositorios entre los que podemos citar el Instituto de Salud Carlos III (<http://www.isciii.es>), Scientific Electronic Library (SciELO, <http://www.scielo.org> y <http://scielo.isciii.es>), Directory of Open Access Journals (DOAJ, <http://www.doaj.org> y Portal InfoSaludLaboral (<http://infosaludlaboral.isciii.es>).

1.- POLÍTICA EDITORIAL

Medicina y Seguridad del Trabajo es una revista científica que publica trabajos relacionados con el campo de la medicina del trabajo y la salud laboral. Acepta artículos redactados en español y/o inglés (en los casos en que se reciban en ambos idiomas se podrá contemplar la posibilidad de publicar el artículo en español e inglés). Los manuscritos han de ser originales, no pueden haber sido publicados o encontrarse en proceso de evaluación en cualquier otra revista científica o medio de difusión y adaptarse a los Requisitos de Uniformidad del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors, ICMJE) (versión en inglés <http://www.icmje.org>), versión en español, http://foietes.files.wordpress.com/2011/06/requisitos_de_uniformidad_2010_completo.pdf).

La remisión de manuscritos a la revista para su publicación en la misma, supone la aceptación de todas las condiciones especificadas en las presentes normas de publicación.

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.

1.1.- Autoría, contribuciones y agradecimientos

Conforme al ICMJE, los autores firmantes deben haber participado suficientemente en el trabajo, asumir la responsabilidad de al menos una de las partes que componen la obra, identificar a los responsables de cada una de las demás partes y confiar en la capacidad e integridad de aquellos con quienes comparte autoría.

Aquellos colaboradores que han contribuido de alguna forma en la elaboración del manuscrito, pero cuya colaboración no justifica la autoría, podrán figurar como "investigadores clínicos o investigadores participantes" describiendo escuetamente su contribución. Las personas que no cumplan ninguno de estos criterios deberán aparecer en la sección de Agradecimientos.

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

1.2.- Derechos de autor (copyright)

Medicina y Seguridad del Trabajo se encuentra adherida a la licencia Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.1/es>) bajo la modalidad de Reconocimiento –NoComercial– SinObrasDerivadas (by-nc-nd), lo que significa que los autores mantienen sus derechos de autoría y no permiten el uso comercial de la obra original ni de las posibles obras derivadas, la distribución de las cuales debe hacerse con una licencia igual a la que regula la obra original, respetando la autoría y referencia de la revista que debe ser siempre citada, permitiendo su divulgación mediante los sistemas de acceso abierto y la utilización de los contenidos por la comunidad científica internacional y el resto de la sociedad.



1.3.- Conflicto de intereses

Los autores deberán declarar aquellos posibles conflictos de intereses profesionales, personales, financieros o de cualquier otra índole que pudieran influir en el contenido del trabajo.

En caso de que el manuscrito o parte de su contenido hubiese sido publicado previamente en algún medio de comunicación, deberá ser puesto en conocimiento del Comité de Redacción de la revista, proporcionando copia de lo publicado.

1.4.- Financiación

En caso de que el trabajo haya tenido financiación parcial o total, por alguna institución pública o privada, deberá hacerse constar tanto en la carta de presentación como en el texto del manuscrito.

1.5.- Permisos de reproducción de material 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, así como de la correspondiente autorización escrita de los pacientes cuyas fotografías estén incluidas en el artículo, realizadas de forma que garanticen el anonimato de los mismos.

1.6.- Compromisos éticos

En los estudios realizados con seres humanos, los autores deberán hacer constar de forma explícita que se han cumplido las normas éticas del Comité de Investigación o de Ensayos Clínicos establecidas en la Institución o centros donde se hay realizado el trabajo, conforme a la declaración de Helsinki.

(<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>).

En caso de que se hayan realizado experimentos con animales, los autores deberán indicar el cumplimiento de normas nacionales para el cuidado y uso de animales de laboratorio.

2.- REMISIÓN DE MANUSCRITOS

2.1.- Formas de envío

Los autores deberán enviar a revistaenmt@isciii.es, una carta de presentación dirigida al Comité de Redacción, acompañando al manuscrito.

2.2.- Carta de presentación

La carta de presentación deberá especificar:

- Tipo de artículo que se remite.
- Breve explicación del contenido y principales aplicaciones.
- Datos del autor principal o responsable de recibir la correspondencia, en caso de que no coincida con el autor principal, relación de todos los autores y filiaciones de cada uno.
- Documento de conformidad de cada uno de los firmantes.

- Declaración explícita de que se cumplen todos los requisitos especificados dentro del apartado de Política Editorial de la revista (Punto 1).

2.3.- Contenido del manuscrito

El artículo se encontrará estructurado en las siguientes secciones: Título, Resumen, Palabras clave, Texto, Tablas, Figuras y Bibliografía. En los casos en que se requiera, Anexos y Listado de abreviaturas.

2.3.1.- Página del título

Deberá contener:

- **Título** en *español* y en *inglés*, procurando no exceder, en lo posible, en más de 15-20 palabras. Debe describir el contenido del artículo de forma clara y concisa, evitando utilización de acrónimos y abreviaturas que no sean de uso común.
- **Autor encargado de recibir la correspondencia:** Puede ser el autor principal u otra persona designada. Deberá figurar nombre completo y apellidos, dirección postal, teléfono y correo electrónico.
- **Autores:**
 - Apellidos y nombre o inicial, separado por comas, hasta un máximo de seis. Cuando el número de autores sea superior, la revista permite la opción de añadir "et al" o incluir una relación de los mismos al final del texto. En caso de que se incluyan dos apellidos, estos deberán encontrarse separados por un guion. Mediante números arábigos en superíndice, cada autor se relacionará con la institución/es a la/las que pertenece.
 - En caso de que en la publicación deba hacer mención a algún tipo de agradecimiento, participantes o institución financiadora, deberá hacerse constar en esta página.

2.3.2.- Resumen

Cada artículo de investigación original y revisiones, deberán contar con un *resumen en español* y un *abstract en inglés*, preferiblemente estructurado en los apartados de introducción, objetivos, material y método, resultados y discusión (o conclusiones en su caso). Deberá ser lo suficientemente explicativo del contenido del artículo, no contendrá citas bibliográficas ni información o conclusiones que no se encuentren referidas en el texto.

2.3.3.- Palabras clave

A continuación y de forma separada de estos, se incluirán de tres a cinco *palabras clave en español y en inglés (key words)*.

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

2.3.4.- Texto

Los manuscritos deberán ser redactados en formato Microsoft Word 2010 o compatible.

En el caso de artículos originales, deberán encontrarse estructurados atendiendo a las siguientes secciones: Introducción (finalizando con los objetivos del estudio), Material y métodos, Resultados y Discusión (Conclusiones en su caso), cada una de ellas, convenientemente encabezadas.

Se citarán aquellas referencias bibliográficas estrictamente necesarias, mediante números arábigos en forma de superíndices por orden de aparición, tanto en el texto como en las figuras.

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.

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 una estructura diferente en función de su contenido.

2.3.5.- Tablas y figuras

El título se situará en la parte superior y tanto el contenido como las notas al pie, deberán ser lo suficientemente explicativos como para poder ser interpretadas sin necesidad de recurrir al texto.

Las tablas se enviarán en formato Microsoft Word 2010 o compatible y las figuras en formato Power Point, JPEG, GIFF o TIFF. Preferiblemente en fichero aparte del texto y en páginas independientes para cada una de ellas, indicando en el texto el lugar exacto y orden en el que deben ser intercaladas, aunque también se admite que remitan ya intercaladas en el texto.

Tanto las tablas como las figuras deberán estar numeradas según el orden de aparición en el texto, pero de forma independiente, las tablas mediante números romanos y las figuras mediante números arábigos. Se recomienda no sobrepasar el número de ocho tablas y ocho figuras en los artículos originales.

2.3.6.- Abreviaturas

En caso de que se utilicen abreviaturas, la primera vez que aparezca en el texto deberá encontrarse precedida del nombre completo al que sustituye la abreviación e incluirse entre paréntesis. No será necesario en 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 como anexo, un listado de abreviaturas presentes en el cuerpo del trabajo.

2.3.7.- 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.).

2.3.8.- Agradecimientos, colaboraciones y menciones especiales

En esta sección se hará mención a todos los colaboradores que no cumplen los criterios de autoría (personas, organismos, instituciones o empresas que hayan contribuido con su apoyo o ayuda, técnica, material o económica, de forma significativa en la realización del artículo).

2.3.9.- Referencias bibliográficas

Al final del artículo, deberá figurar la relación numerada de referencias bibliográficas siguiendo el mismo orden de aparición en el texto. (Número recomendado por artículo 40 referencias)

Deberán cumplir los Requisitos de Uniformidad del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas

y adaptarse al sistema de citación de la National Library of Medicine de EEUU para publicaciones médicas (*Citing Medicine: The NLM Style Guide for Authors, Editors and Publishers*), disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?call=bv.View..ShowTOC&rid=citmed.TOC&depth=2>.

En **ANEXO** se incluyen algunos ejemplos que pueden ayudar a redactar la bibliografía

3.- Tipos y extensión de manuscritos

3.1.- 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. (Tamaño recomendado: 2.000 - 4.000 palabras)

3.2.- Revisiones

Trabajos de revisión de determinados temas que se consideren de relevancia en la práctica médica, preferentemente con carácter de revisiones bibliográficas o sistemáticas. (Tamaño recomendado 3.000 - 5.000 palabras)

3.3.- Casos clínicos

Descripción de uno o más casos por su especial interés, aportación al conocimiento científico o extrañeza, entre otros motivos. (Tamaño recomendado, menos de 1.500 palabras)

3.4.- Editoriales

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

3.5.- Cartas al Director

Observaciones o comentarios científicos o de opinión sobre trabajos publicados en la revista recientemente o

que constituyan motivo de relevante actualidad. (tamaño recomendado: 200 - 500 palabras).

3.6.- Artículos especiales

El Comité Editorial podrá encargarse o aceptar para esta sección, trabajos de investigación o actualizaciones 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.

3.7.- Aula Abierta

Artículos de carácter docente destinados a atender determinadas necesidades del programa de la especialidad de medicina del trabajo que se imparte en la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo (ENMT-ISCIII).

4.- Proceso editorial

El Comité Editorial acusará recibo informando al autor principal de la recepción del manuscrito.

Los manuscritos recibidos se someterán a revisión por el Comité Editorial y serán sometidos a una evaluación por pares (*peer-review*) realizada por revisores expertos. El resultado de dicha evaluación se remitirá a los autores para que, cuando proceda, realicen las correcciones indicadas por los evaluadores dentro del plazo señalado.

Previamente a la publicación del artículo, se enviará una prueba a los autores para que la revisen detenidamente y señalen aquellas posibles erratas, debiendo devolverla corregida en un plazo no superior a 72 horas.

Todos los trabajos que no cumplan las Normas de Publicación de la revista podrán ser rechazados.

ANEXO:

Ejemplos de redacción de referencias bibliográficas más comunes

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* 2006; 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) Documento sin mencionar al autor:

Iniciativa sobre comunicaciones eruditas. Association of College and Research Libraries (ACRL). Disponible en: <http://www.geotropico.org/ACRLI-2.pdf>

C) Libros y monografías:

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. 1^a Ed. Madrid: Interamericana-Mc Graw Hill; 1996.

D) Capítulo de un libro

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

Ejemplo:

Bonet ML. Aspectos éticos de la investigación en nutrigenómica y con biobancos. En: Alemany M, Bernabeu-Maestre J (editores). *Bioética y Nutrición*. 2010. Editorial AguaClara. Alicante: 247-264.

C) Material electrónico:

C-1) CD-ROM

Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

C-2) Artículo en revista en Internet:

López-Villaescusa MT, Robuschi-Lestouquet F, Negrín-González J, Muñoz-González RC, Landa-García R, Conde-Salazar-Gómez L. Dermatitis actínica crónica en el mundo laboral. *Med. segur. trab.* [revista en la Internet]. 2012 Jun [consultado 5 de abril de 2013];58(227):128-135. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2012000200006&lng=es.

<http://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2012000200006>

MEDICINA *y* SEGURIDAD *del trabajo*

Editorial

Psychosocial risks and work-related stress

Dra. Valentina Forastieri

Senior Specialist on Occupational Health. Programme on Health Promotion and Well-being. International Labour Office.

Correspondencia

Dra. Valentina Forastieri

Specialist on Occupational Health

Programme on Health Promotion and Well-being International Labour Office

Correo electrónico: forastieri@ilo.org

The pace of modern life has increased considerably as compared with 20 years ago. Globalization and technological progress have transformed the way we work across the world. Consequently we are facing:

- New and more complex technologies in all fields, and in particular in communications;
- New forms of work organization, including work intensification and working time arrangements, the fragmentation of production processes, out-sourcing and organizational restructuring;
- New forms of employment, with prevalence of temporary, part-time and home-based work;
- Job insecurity, higher demands and precarious employment which have intensified in developed countries with the crisis and recession;
- Demographic and political changes in the workforce composition due to migration, the ageing of the workforce, lack of access to employment of young workers and an increasing number of workers in the informal economy.(1)

As a consequence, psychosocial hazards and risks have emerged. According to the ILO definition from 1986, “psychosocial factors at work refer to interactions between and among work environment, job content, work organisation and workers’ capacities, needs, culture, personal extra-job considerations that may, through perceptions and experience, influence health, work performance and job satisfaction”. It is the interaction of all these variables that is recognised as having a potentially hazardous effect on workers’ health(2). Stress researchers have identified nine categories under which psychosocial risks can be grouped: job content; workload and work pace; working hours; participation and control; career development, status and pay; role in the organization; interpersonal relations; organizational culture and home-work interface(3). Work-related stress is the harmful physical and emotional response caused by an imbalance between the perceived demands and the perceived resources and abilities of a person to cope with those demands. This occurs when the demands of the job do not match or exceed the capabilities, resources, or needs of the worker and when the knowledge and abilities to cope of an individual worker or of a group are not matched with the expectations of the organizational culture of an enterprise. As psychosocial risks are determined by work organization and labour relations, most of the causes of work-related stress are associated with how work content is designed and how work is organized.

In the light of the evidence from previous crises, the recent economic crisis and current recession in developed countries, it is expected that the number of workplace accidents and ill-health will rise due to enterprises’ restructuring and unemployment. The evidence shows that working conditions and quality are put at risk due to restructuring. Organizational changes in this period may lead to a decrease in the management of traditional hazards and risks, under the argument of a necessary reduction in costs. As occupational safety and health is still perceived by many enterprises as a cost rather than an investment, some companies may be tempted to ignore occupational safety and health (OSH) standards. The decrease in public spending will also compromise the capacities to deliver of labour inspectorates and other OSH services. Furthermore, many enterprises lack the means to deal with emerging psychosocial risks or are unaware of their underlying causes.

In the new working context, stress can be triggered by workplace reorganization through perceived lack of control over work, job insecurity and changes in working time patterns or job demands due to the intensification of work or workers being required to be more flexible and to learn faster in order to perform new tasks. Organizational change causes uncertainty and antagonisms at all levels of the organization and society. It is likely to be associated with an increased incidence of psychosocial risks at work causing work-related stress, anxiety depression and fatigue which can then lead to accidents and diseases, reduce performance and productivity, and affect working relations(4). Furthermore, with organizational changes and restructuring (downsizing, out-sourcing, subcontracting) workers have to deal with the fear of losing their jobs, reduced opportunities for advancement and massive layoffs. Such factors are likely to be more significant as employment becomes more precarious for some, and workloads and working hours often increase for those remaining in employment causing stress and other health disorders. Consequently in recent years, work-related stress and burnout have escalated; coping behaviours to deal with stress, such as

(1) ILO, 2009.

(2) ILO, 1986.

(3) ILO, 2012.

(4) ILO, 2009.

alcohol and drugs abuse, mobbing, bullying and other forms of violence have also increased. Some studies have shown that stress at work and high decision authority increases the risk of depressive and alcohol and drug-related disorders.

These problems have now been acknowledged as having a significant impact on workers' health and well-being, performance and absenteeism. For the individual worker, it involves considerable consequences in terms of physical and mental health disorders, stigmatization, incapacity to work, risk of job loss, strained or fractured relationships at home, and even disability. Furthermore, the combined effects of smoking, alcohol and drug abuse, nutritional deficiencies, and physical inactivity can also interact with workplace hazards and may increase health risks for workers. Within the enterprise, these problems can also result in disturbed labour relations, increased absenteeism, staff turnover and retraining, reduced motivation, decreased satisfaction and creativity and a poorer public image. These situations have often negative effects on the enterprises' safety, productivity and overall morale. Therefore, they have a considerable impact on productivity.

When such situations affect a group or a population, such as with the present recession in Europe, it becomes a collective problem and has major implications for the well-being of workers, their families and societies as a whole. In 2008 the global unemployment rate was estimated at 6.6 per cent.⁽⁵⁾ The economic crisis resulted in an additional 7.8 million young workers facing unemployment, bringing the total to an estimated 81 million, or 13 per cent globally in 2010.⁽⁶⁾ This situation has increased work-related stress for those that are still at work, young unemployed workers, and workers in distress from losing their jobs and unable to find new employment. Unemployment can also have serious consequences to the unemployed worker and the family, including stress, depression, violence and even suicide.⁽⁷⁾ As an example, in a study published in 2011, researchers found that suicides rose from 2007 to 2009 in nine of the 10 European countries they studied. The upward trend in suicides in Europe began in 2008, when the euro zone entered a recession. The countries "facing the most severe financial reversals of fortune," saw a greater rise in suicides. The most dramatic change was in Greece, where the number of suicides rose to 19 per cent. The study found that for every 1 per cent increase in unemployment, there was an associated 0.8 per cent increase in suicides in people under 65⁽⁸⁾.

The related direct and indirect costs are only beginning to be quantified. In 2002, the European Commission reported that the annual cost of work-related stress in the EU15 was EUR 20,000 million⁽⁹⁾. In 2005/06 over 70 million days were lost in the United Kingdom due to poor mental health.⁽¹⁰⁾ What is known probably represents only the tip of the iceberg. The overall impact is a significant loss of competitiveness of the enterprise. A report from Safe Work Australia from 2012 found that depression costs Australian employers approximately \$8 billion Australian dollars (AUD) as a result of sickness absence and presenteeism; from these, job strain and bullying correspond to \$693 million AUD per year. A prominent finding is that the cost is mostly due to workers showing mild symptoms of depression that take twice as many sick days as those who do not show any symptoms of depression at all. The results further suggest that potentially \$17.84 billion AUD could be saved in costs to the employer if the mental well-being of the 25 per cent least psychologically healthy workers could be raised to the level of the 25 per cent most psychologically healthy workers through preventive measures⁽¹¹⁾.

(5) ILO, 2010a.

(6) ILO, 2010b.

(7) ILO, 2009; ILO, 2012.

(8) David Stuckler et al, 2011.

(9) EU-OSHA, 2009.

(10) HSE, 2007.

(11) Safe Work Australia, 2012.

THE WORKPLACE CHALLENGE

In this complex context, the workplace has become an important source of psychosocial risks and poor work-life balance. Consequently, it has also become an ideal venue to address psychosocial risks. Employers should be aware of the negative effects of the psychosocial hazards that may affect workers as a result of overwork and lack of control over their tasks which result in work-related stress and related coping behaviours. The workplace can offer support and allow workers to become more productive without enduring the effects of negative stress. Making employers and workers aware, informed and competent to take care of these new risks, creates a safe and healthy environment, builds a positive and constructive preventive culture in the organization, boosts engagement and effectiveness, protects the health and well-being of workers and increases productivity.

For this reason, enterprises should not only focus on an individual response to the problem. A comprehensive approach that breaks away from traditional efforts and moves towards new effective responses is necessary. It is essential to find innovative ways in dealing with the consequences of psychosocial risks and work-related stress in the workplace both with collective and individual measures. The ideal response to stress is to prevent its occurrence. This may be achieved by tackling the core of the problem: the causes. However, as we said before, there is no single cause of stress and the elimination of all psychosocial risks is not always feasible. As multiple psychosocial factors can cause stress, it cannot be assessed and managed in isolation. Both individual and organizational factors which may be contributing to psychosocial risks should be taken into account in order to adapt work to suit workers capabilities and physical and mental health requirements. In addition, it is important to consider both labour and social relations as factors that also have an impact on the well-being of workers and the productivity of the enterprise. Therefore, action should be aimed at eliminating as many workplace causes as possible, so that the action taken reduces and prevents future work-related stress. It is generally agreed that improving the individual's ability to cope with stress can be a valuable complementary strategy as part of the wider, collective and organizational process of combating work-related stress.

The best way to deal with work-related stress is by means of strategies to tackle the psychosocial hazards and risks which are at its source and determine it in the organizational culture and labour relations of the enterprise. A comprehensive OSH management system⁽¹²⁾ should ensure improving preventive practices and incorporating health promotion measures as to include psychosocial risks into risk assessment and management measures to effectively manage their impact in the same way as with other OSH risks in the workplace. This implies conducting an occupational health practice with a multi-pronged approach which involves:

- preventing occupational and other work-related diseases, as well as occupational injuries;
- improving working conditions and work organization;
- incorporating psychosocial risks into risk-assessment and management measures, and Implementing collective preventive measures (as done with other workplace hazards and risks) by adapting work organization and working conditions;
- increasing the coping ability of workers;
- building up social support systems for workers within the workplace; and
- assessing the needs of the organization taking into consideration organizational, individual and individual-organizational interactions when evaluating workers' health requirements.

Workers' participation in this process is crucial. Workers should be involved in identifying those psychosocial risks which they feel cause unnecessary stress in their jobs, and in rating them in order to establish priorities for intervention. The assessment should be done in a systematic way and workers should be asked to express their concern about any situation that may be causing stress at work. Once the existence of stress has been recognized and the psychosocial risks at its origin identified, action to deal them at the source should be taken.

(12) Risk management is a problem solving approach to health and safety hazards is an integral part of an enterprise's occupational safety and health (OSH) management system and contributes to the cycle of continuous improvement of work and working conditions

THE SOLVE PROGRAMME: ILO ACTION IN THE FIELD OF WORK-RELATED STRESS.⁽¹³⁾

The prevention of work-related stress is an important aspect of the ILO's primary goal on health promotion at the workplace. Close collaboration between management and workers is indispensable in finding solutions for safety and health problems in the workplace with the active participation and involvement of workers and their representatives.

One of the main tasks of the ILO is to support its Constituents and social partners in protecting workers' health and well-being. The ILO developed *SOLVE: Integrating health promotion into workplace policies*⁽¹⁴⁾ with the aim of integrating workplace health promotion into OSH. The SOLVE training programme focuses on the promotion of health and well-being at work through policy design and action to offer an integrated workplace response in addressing the following areas and their interactions:

1. Psychosocial health:
 - stress;
 - psychological and physical violence;
 - economic stressors.
2. Potential addictions and their effects on the workplace:
 - tobacco consumption and exposure to second-hand smoke;
 - alcohol and drug consumption.
3. Lifestyle habits:
 - adequate nutrition;
 - exercise or physical activity;
 - healthy sleep;
 - HIV and AIDS.

SOLVE uses a training-of-trainers methodology. It offers tools for designing a workplace policy, a preventive programme and a plan of action to reduce or eliminate the emerging psychosocial risks associated with the above problems in the workplace with a gender sensitive approach. Participants face real problem-solving situations in the context of a "virtual enterprise". SOLVE also introduces an innovative approach whereby workers' health, safety and well-being become an integral part of organizational development, productivity and competitiveness contributing to the economic sustainability of the enterprise.

The ILO's comparative advantage lies in its experience in using social dialogue in the implementation of successful workplace and community initiatives addressing these problems by means decent work country programmes in member States with the involvement of employers, workers and their representatives, OSH practitioners, governments, policy makers, public services and NGOs. The SOLVE training programme is also part of the curricula of the ILO Training Centre in Turin, Italy.

Providing for mechanisms to address psychosocial risks at work by incorporating preventive and health promotion measures contributes to a more decent and human world of work. The ILO acknowledges that in times of workplace change coping successfully with psychosocial risks at the workplace is essential for protecting the health and well-being of workers while enhancing the productivity of enterprises.

(13) ILO, 2012

(14) http://www.ilo.org/safework/info/instr/WCMS_178438/lang--en/index.htm

MEDICINA y SEGURIDAD *del trabajo*

Artículo Especial

Introducción a los Sistemas de Gestión de la Calidad Total: Modelo de Excelencia EFQM y Autoevaluación.

Introduction to Total Quality Management Systems: EFQM Excellence Model and self assessment.

Alfredo Robledillo Colmenares¹, Daniel Velázquez López¹

1. Colaboradores en la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo (Instituto de Salud Carlos III). Madrid. España.

Recibido: 29-05-13

Aceptado: 02-08-13

Correspondencia

Alfredo Robledillo Colmenares

Teléfono: +34 680 79 67 53

Correo electrónico: alfredorc.danielvl@gmail.com

Resumen

La alta competencia existente entre las organizaciones, acentuada por la vigente situación económica, hace necesaria la utilización de diversas herramientas de gestión de la calidad para mantener y mejorar su eficacia a lo largo del tiempo.

Siendo dicha gestión imprescindible en todos los sectores empresariales, cabe esperar que esta adquiera una mayor relevancia en el ámbito sanitario dado que el principal objetivo que se plantea desde las instituciones de la salud es obtener la satisfacción de los pacientes y de la sociedad en general.

Dentro de las herramientas para la mejora continua de la calidad, una de las más utilizadas es la autoevaluación, que consiste en un examen de la propia organización en comparación con un modelo de perfección. De esta manera las empresas pueden identificar sus puntos fuertes y sus áreas de mejora y, por ende, conocer el punto en el que se encuentran respecto a la excelencia.

De entre los modelos de perfección existentes, el Modelo propuesto desde la Fundación Europea de Gestión de la Calidad, el Modelo EFQM, es el que presenta un uso más extendido en la actualidad en Europa.

En las siguientes páginas se presenta de una manera sencilla la estructura y los conceptos fundamentales tanto del procedimiento de autoevaluación como del Modelo EFQM, todo ello con el propósito de acercar este tipo de herramientas a los profesionales de la salud y proporcionar a los mismos nociones básicas acerca de su implantación.

Med Segur Trab (Internet) 2013; 59 (232) 302-309

Palabras clave: Modelo de Excelencia EFQM, autoevaluación, Gestión de la Calidad Total, mejora continua.

Abstract

The high competence existing between organisations, increased by the current economic situation, requires the use of various quality management tools to maintain and improve their effectiveness over time.

This management is essential in every business sector, but is expected to be more relevant in the health area as the main aim in this field is achieving patients and society satisfaction.

Among the tools for continuous quality improvement, self assessment is one of the most used, which is a review of the own organisation compared with a perfection model. This procedure enables organisations to identify their strengths and improvement areas and therefore to know their current situation in relation with quality.

Nowadays the model proposed by the European Foundation for Quality Management, called EFQM Excellence Model, is the most extendedly used all over Europe.

The following pages present in a simple manner the structure and the fundamental concepts of the self assessment procedure and the EFQM Model, all of it with the main objective of making health professionals aware about these kind of tools and providing them the basic ideas about its implementation.

Med Segur Trab (Internet) 2013; 59 (232) 302-309

Key words: *EFQM Excellence Model, self assessment, Total Quality Management, continuous improvement.*

1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Aunque habitualmente se asocia el concepto de calidad al S. XX, siempre ha existido un concepto intuitivo de la misma para el ser humano dada su preocupación innata por los trabajos bien hechos.

Las raíces de los modelos de calidad se remontan a la Europa de finales del Siglo XIII, cuando los artesanos comenzaron a organizarse en gremios elaborando normas estrictas orientadas a mejorar la calidad de sus productos y servicios. Será siglos después, con el comienzo de la Revolución Industrial de 1800, cuando aparezcan modelos más estructurados de control de la producción.

A partir del año 1900 la evolución del concepto fue muy dinámica, pues se adaptó al progreso de la industria, y de forma paralela se desarrollaron diversas teorías, fundamentos y técnicas hasta llegar a lo que actualmente se conoce como Calidad Total.

La Segunda Guerra Mundial jugó un papel decisivo en el desarrollo de los sistemas de control de calidad, ya que los países que intervinieron en la misma trataban de garantizar un rendimiento eficaz de sus materiales bélicos.

Al finalizar la guerra, Japón, como la mayoría de las naciones que intervinieron en ella, emprende una reconversión de las infraestructuras destinadas a producción de materiales militares en dependencias orientadas hacia la producción de material de uso civil, tanto para alimentar las demandas internas como para atender a las del comercio exterior.

La baja calidad de los productos en sus primeros intentos por incorporarse a este mercado llevó a este país a adquirir una mala reputación de su cadena de producción con el consiguiente rechazo de los mercados internacionales. La primera estrategia adoptada por Japón para contrarrestar este efecto negativo fue la apertura de sus espacios industriales a empresas extranjeras, lo que propició la llegada de W. Edwards Deming, quien había trabajado en EEUU en los procesos de control de calidad durante el periodo de producción bélica.

De esta forma se dio un paso más avanzado en concepto de sistemas de control de calidad, orientándolo hacia la idea anteriormente mencionada de Calidad Total, donde lo que se revisa es cada uno de los procesos que intervienen en el procedimiento de fabricación, involucrando a las personas que intervienen durante los mismos y que los utilizan como herramientas para alcanzar el producto final. El resultado fue una producción de elevada calidad a precios más bajos y competitivos que los competidores y, por tanto, la incorporación masiva de sus productos en los mercados internacionales.

Este nuevo escenario dio lugar a un perjuicio en los intereses de mercado de los EEUU y a una crisis en la calidad de sus productos durante la década de los 70, situación que se subsanó a partir de los 80 cuando se empiezan a establecer estrategias de control de Calidad Total mediante programas diseñados para actuar frente a toda la organización empresarial, y es lo que hoy conocemos como Sistemas de Gestión de Calidad Total o *Total Quality Management* (TQM).

2. EL MODELO EFQM

2.1 Autoevaluación y modelo EFQM

La situación económica actual conlleva a las empresas la imperiosa necesidad de mejorar tanto la gestión de sus actividades como sus resultados. En este sentido, en el ámbito empresarial se habla de alcanzar la excelencia, o lo que es lo mismo, llegar al estado de mayor calidad posible mediante la aplicación de diversos procedimientos y técnicas profesionales, aumentando de esta manera la satisfacción de los clientes y mejorando la gestión de los recursos y de los procesos.

La forma de gestión más novedosa para tratar de alcanzar dicho estado de perfección es la aplicación del concepto de Calidad Total, que, como se ha explicado anteriormente, consiste no solo en la revisión del resultado final de las actividades de la organización, sino también en el seguimiento de todos los procesos intermedios utilizados para obtener dicho resultado, con la finalidad de minimizar en la medida de lo posible los errores que puedan surgir durante la fabricación de los productos.

La gestión de una organización a través de un Sistema de Calidad Total requiere conocer previamente los niveles vigentes de calidad de la gestión y de los resultados en una empresa; una de las herramientas más completas para obtener este conocimiento es la realización de una autoevaluación.

Una autoevaluación consiste en un examen global, sistemático y regular de las actividades y resultados de una organización comparados con un modelo de excelencia empresarial; dicho de otra manera, se trata de un procedimiento mediante el cual las empresas se comparan con un modelo de perfección para determinar el punto en el que se encuentran con respecto a la excelencia, identificando tanto sus puntos fuertes como sus áreas susceptibles de mejora. De esta manera, los resultados obtenidos al aplicar esta herramienta pueden utilizarse como punto de partida para planificar la actividad empresarial y para establecer planes de mejora.

De entre los diversos modelos existentes para llevar a cabo esta comparación, el más utilizado en los últimos años ha sido el Modelo Europeo de Excelencia Empresarial propuesto por la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad, cuyas siglas en inglés son EFQM, una entidad sin ánimo de lucro que alberga como misión principal fomentar la excelencia en las organizaciones europeas de una manera sostenida.

Se trata de un modelo no prescriptivo, es decir, a diferencia de otros instrumentos de gestión de la calidad, no se encuentra sujeto a ninguna normativa, lo cual le otorga un notable carácter de flexibilidad y adaptabilidad y hace que pueda ser aplicable a cualquier tipo y tamaño de empresa.

Igualmente, se trata de una herramienta permanentemente actualizada y que se encuentra validada por el uso y experiencia previa de numerosas organizaciones.

2.2 Estructura del modelo EFQM

El Modelo de Excelencia EFQM está basado en una serie de criterios, los cuales constituyen el objeto de comparación durante la autoevaluación. Su cuidada y rigurosa elaboración por parte de la EFQM hace que los mismos sean ampliamente aceptados en Europa.

El Modelo contempla nueve criterios que se pueden diferenciar en dos grupos:

- Cinco de ellos son los denominados **agentes facilitadores**, es decir, lo que la organización hace:
 - Liderazgo: encuadra las acciones que lleva a cabo la Alta Dirección para promover la cultura de la Calidad Total.
 - Política y estrategia: hace referencia a como la organización elabora y desarrolla su plan estratégico.
 - Personas: refleja la forma en que una empresa aprovecha el potencial de sus empleados.
 - Alianzas y recursos: como gestiona la organización sus alianzas externas y sus recursos internos.
 - Procesos: engloba no solo la manera en que se diseñan y gestionan los procesos, si no como se trata de mejorarlos.
- Los cuatro restantes se incluyen dentro de los **resultados**, o lo que es lo mismo, lo que la organización logra:
 - Resultados en los clientes.

- Resultados en las personas.
- Resultados en la sociedad.
- Resultados clave o logros alcanzados en relación al rendimiento planificado.

Cabe mencionar que cada criterio se estructura en un número variable de subcriterios, existiendo un total de treinta y dos.

En aras de la mejora continua de la gestión de la calidad, el proceso de evaluación de cada criterio por parte de las organizaciones sigue un esquema lógico denominado **REDER**:

- En primer lugar, se han de determinar los **RESULTADOS** a lograr en relación a cada uno de los criterios.
- A continuación, se planifican y desarrollan los **ENFOQUES** necesarios para alcanzar dichos resultados.
- Una vez planificados, se efectúa el **DESPLIEGUE** de los enfoques.
- Por último, se lleva a cabo la **EVALUACIÓN** y **REVISIÓN** de los enfoques y su despliegue.

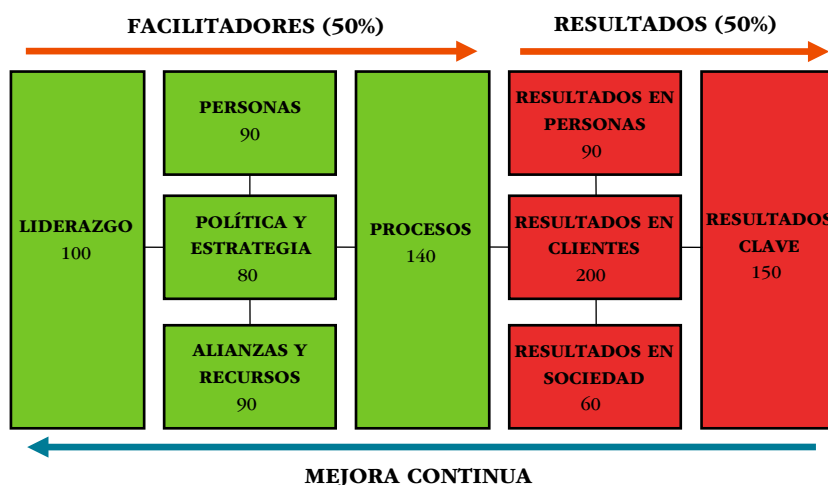
La aplicación de este ciclo de evaluación de una manera repetida permite a las empresas alcanzar una mejora de su excelencia de una manera sostenida.

2.3 Metodología de puntuación del modelo EFQM

El Modelo de Excelencia de la EFQM, además de permitir la identificación de puntos fuertes y áreas de mejora, incluye una metodología objetiva que permite obtener una puntuación numérica.

La puntuación total de una organización será el resultado de la suma de las puntuaciones obtenidas en cada uno de los criterios que componen el Modelo. Cada uno de ellos cuenta con un peso específico, tal y como queda reflejado en la [Figura 1](#), pudiendo obtenerse un máximo de 1.000 puntos, de los cuales la mitad corresponden a los agentes facilitadores y la otra mitad a los resultados.

Figura 1. Mapa de Criterios



En consecuencia, este sistema permite a las organizaciones calcular resultados cuantitativos de sus autoevaluaciones, pudiendo comparar los mismos con los obtenidos en autoevaluaciones realizadas con carácter previo; es decir, constituye un indicador de seguimiento de la eficacia de los proyectos de mejora adoptados anteriormente.

Asimismo, este sistema de cuantificación supone una herramienta que permite a las organizaciones comparar de una manera objetiva su nivel de excelencia frente a otras empresas, técnica que se conoce en el mundo de los negocios como *benchmarking*.

Además, dado que el Modelo puede aplicarse o bien a la totalidad de la organización o bien únicamente a una parte de esta, se podrían contrastar los valores numéricos obtenidos en distintas unidades o centros de una misma entidad.

Cabe reseñar que las puntuaciones obtenidas constituyen el fundamento para la concesión del Premio Europeo a la Calidad, creado y gestionado por la propia Fundación. Todas las entidades que implanten el Modelo pueden optar voluntariamente a este reconocimiento, obteniendo un nivel de excelencia de +200, +300, +400 o +500 en función de las actividades de gestión llevadas a cabo y de los resultados conseguidos.

2.4 Enfoques de autoevaluación del modelo EFQM

Como se ha indicado anteriormente, el Modelo EFQM se caracteriza por su adaptabilidad, afirmación que se fundamenta en el hecho de que la Fundación no contempla una única metodología para desarrollar una autoevaluación si no que desde la misma se proponen hasta cinco posibles enfoques para llevarla a cabo.

Cada uno de estos enfoques establece una metodología distinta para recopilar la información relativa a los puntos fuertes y a las áreas de mejora existentes en la organización; todo ello deberá quedar apoyado en evidencias, es decir, documentación que avale los hallazgos.

La elección de un método u otro dependerá tanto de los objetivos que se persigan con la autoevaluación como de las particularidades de cada empresa: cultura organizacional, experiencia en gestión de la Calidad Total, disponibilidad de tiempo, etc.

A continuación se exponen de manera sintética cada uno de los cinco enfoques propuestos desde la EFQM:

Autoevaluación por Simulación de Presentación al Premio: consiste en la elaboración de una memoria completa en la cual se desarrollará un capítulo por cada criterio del Modelo, especificando las acciones llevadas a cabo en cada uno de ellos.

Autoevaluación por Formularios: conlleva la elaboración de treinta y dos formularios, uno por cada subcriterio en los que se encuentra estructurado el Modelo.

Autoevaluación por Matriz de Mejora: en este enfoque se utiliza una matriz compuesta por nueve columnas, que se corresponden con los criterios del Modelo, y diez filas, cada una de las cuales refleja el grado de consecución de los criterios.

Autoevaluación por Reunión de Trabajo: supone la asignación de los subcriterios a distintos miembros de la dirección de la organización, quienes se encargarán de recopilar información relativa a los mismos. Posteriormente, en una reunión de trabajo, se ponen en común los datos recabados y se adoptan decisiones de una forma consensuada.

Autoevaluación por Cuestionario de Autoevaluación: requiere el uso de cuestionarios específicos para cada criterio que serán planteados a distintos miembros de la empresa.

Cada uno de los enfoques requerirá un nivel distinto de esfuerzo y de madurez en la excelencia; por ejemplo, la elaboración de una memoria supone un trabajo mucho más arduo del que supondría distribuir cuestionarios entre los empleados así como una mayor experiencia en la gestión de la calidad. Por tanto, la variedad de metodologías para desarrollar el procedimiento otorga a las organizaciones la posibilidad de elegir el enfoque más adecuado a sus necesidades y a sus condiciones particulares.

2.5 Proceso general de autoevaluación

Independientemente del método seleccionado por cada organización, el proceso general de autoevaluación es siempre el mismo.

Previamente al comienzo del procedimiento, es fundamental asegurar que la dirección de la organización se encuentra sólidamente comprometida con la mejora

continua y que existe una aceptación del Modelo EFQM. En este sentido, suele ser necesaria la impartición de formación inicial centrada en estos aspectos.

La autoevaluación propiamente dicha comienza con la planificación de la misma. Esta incluye el establecimiento de los objetivos perseguidos, la designación de tareas, el diseño del calendario de acciones y la determinación de los recursos humanos y materiales necesarios para el proceso. Asimismo, en esta etapa se seleccionará el enfoque más adecuado, de entre los cinco propuestos por la EFQM, para desarrollar la autoevaluación.

Posteriormente, habrán de constituirse los equipos encargados de desarrollar el procedimiento, impartiendo a los integrantes la formación oportuna. En este punto, es imprescindible cerciorarse de que los objetivos que persigue la autoevaluación quedan perfectamente clarificados.

Tras la planificación y la constitución de los equipos se llevará a cabo la ejecución del enfoque elegido. Es importante señalar que la autoevaluación conlleva la generación de ideas por parte de los miembros de los equipos y, lo que es más significativo, la adopción de decisiones basadas en el consenso.

Los resultados obtenidos tras la aplicación del enfoque constituirán el punto de partida a partir del cual la empresa establecerá un plan de acción enfocado, por un lado, en potenciar los puntos fuertes identificados y, por otro, en tratar las áreas susceptibles de ser mejoradas. A la hora de diseñar los planes de acción o planes de mejora se han de incluir las líneas de acción a seguir, ordenadas según su prioridad, los responsables, el calendario, los recursos necesarios y las medidas de seguimiento y control del progreso de las acciones. Una posible manera de examinar dicho progreso consistiría en el desarrollo de nuevas autoevaluaciones que reflejasen la evolución de las puntuaciones obtenidas.

2.6 Beneficios y dificultades del modelo EFQM

La aplicación del Modelo EFQM en cualquier organización supone para la misma una serie de ventajas significativas.

En primer lugar, la correcta utilización de esta herramienta permite a las organizaciones prestar un servicio de alta calidad y aumentar su rentabilidad, lo que en términos generales se traduce en un incremento de la competitividad.

Por otro lado, su implantación requiere de la participación de todos los empleados, de tal manera que al involucrarse en el proyecto se logra un alto grado de motivación a la hora de alcanzar los objetivos y se propicia un medio de formación del personal en el campo de la Calidad Total.

Asimismo, las iniciativas y planes de mejora de la calidad resultantes del procedimiento quedan integradas en el día a día de los trabajadores de la empresa, asegurándose de esta manera su completa y óptima adopción.

Por último, cabe destacar que se trata de un sistema perfectamente compatible con otras herramientas. No supone una contraposición a otros enfoques de control de Calidad Total, sino más bien la integración de los mismos en un esquema más amplio y completo de gestión.

No obstante, con vistas al adecuado establecimiento del sistema, resulta imprescindible tener siempre presentes una serie de factores inherentes al mismo.

Como ocurre con la mayor parte de las técnicas de calidad, se trata de un Modelo que permite obtener resultados a medio y largo plazo. Por tanto, si su implantación se orienta hacia un intento de obtener beneficios rápidamente, aparecerán normalmente problemas como la precipitación o la inconsistencia del trabajo realizado.

Igualmente importante para el éxito del procedimiento es su planificación, sobre todo en lo que se refiere a los recursos y a la formación. En caso de que dicha planificación

sea inadecuada, es frecuente que se originen problemas de inseguridad y rechazo del proyecto.

Finalmente, resulta interesante reseñar un inconveniente muy común en las herramientas modernas de calidad: el rechazo que estas generan en el personal de las organizaciones. La falta de aceptación de estos métodos suele deberse a dos factores; primeramente, la falsa creencia de que su uso supondrá un exceso de burocracia y una sobrecarga de trabajo; por otro lado, la frecuente actitud de resistencia al cambio, es decir, el temor a lo nuevo. Ante estas percepciones, se habrán de utilizar la sensibilización, comunicación, formación e información como medios para contrarrestarlas.

3. APLICACIONES DEL MODELO EFQM

A día de hoy, el Modelo EFQM se encuentra implantado exitosamente en una gran cantidad de organizaciones a lo largo de toda Europa.

De una manera más concreta, su aplicación a nivel nacional ha tenido lugar en numerosas empresas, principalmente en todas aquellas en las que concurren procesos bien definidos, como es el caso de las bibliotecas. Asimismo, ha sido utilizado en múltiples entidades del sector sanitario, como hospitales o centros de investigación.

Sirva a modo de ejemplo de aplicación concreta de esta herramienta el caso de la Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo, cuyas siglas en inglés son ENWHP. Este organismo se encargó de llevar a cabo una adaptación del Modelo, de tal manera que a través de una configuración distinta de los criterios del mismo se consiguió que fuese aplicable al campo de la Promoción de la Salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Basic Concepts. The History of Quality
<http://asq.org/learn-about-quality/history-of-quality/overview/overview.html>
(consultado el 12 de junio de 2013)
2. EFQM – Introducción a la Excelencia. Universidad Católica de Valencia.
<https://www.ucv.es/documentos/calidad/EFQM.pdf>
(consultado el 20 de junio de 2013)
3. Modelo de Excelencia EFQM de ADER (Agencia Desarrollo Económico de La Rioja)
<http://www.arnaut.net/sites/default/files/images/documentos/ader-modelo-efqm.pdf>
(consultado el 20 de junio de 2013)
4. Presentación del Modelo EFQM. Guía de la Calidad
http://www.guiadelacalidad.com/files/pdf/Presentacion_del_modelo_EFQM.pdf
(consultado el 20 de junio de 2013)
5. Certificación bajo el Modelo EFQM de Excelencia Europea. Asociación Española de Normalización y Certificación (AENOR)
http://www.aenor.es/aenor/certificacion/calidad/calidad_efqm.asp#.UbhN1Ngm60Q
(consultado el 20 de junio de 2013)
6. European Foundation for Quality Management
www.efqm.org
(consultado el 20 de junio de 2013)
7. Membrado Martínez, J. La gestión empresarial a través del modelo europeo de excelencia de la EFQM. Díaz de Santos, SA. 1999.
8. Martín Castilla, J.I. EFQM – Administración. En busca de la Excelencia al servicio del ciudadano de la Comunidad de Madrid. Dirección General de Servicios y Atención al Ciudadano. 2007. 2ª ed. Madrid. España.

MEDICINA y SEGURIDAD *del trabajo*

Original

Aplicación del ejercicio físico como terapia en medicina del trabajo para pacientes con fibromialgia

Applications of physical exercise as a therapy in occupational medicine in patients with fibromyalgia

Delfín Galiano Orea¹, Borja Sañudo Corrales²

1. Ibermutuamur. MATEPPS nº 274. Madrid. España.

2. Departamento de Educación Física. Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Sevilla. Sevilla. España.

Recibido: 29-05-13

Aceptado: 02-07-13

Correspondencia

Delfín Galiano Orea

Ibermutuamur

Polig. Ind. Ctra. Amarilla

Rafael Beca Mateos, 7

41007 Sevilla (España)

Teléfono: 0034 954532034

Fax: 0034 954531924

Resumen

Objetivo: Determinar los principales parámetros cardio-respiratorios de las mujeres con fibromialgia y su clasificación en función del nivel de afectación para una posterior prescripción de actividad física.

Método: Una muestra de 32 mujeres (edad $\pm$ sd; 53.3 ± 6.6 años) fueron clasificadas en dos grupos experimentales en función de su nivel de afectación y sintomatología; niveles moderado y alto. Ambos grupos se sometieron a dos pruebas de esfuerzo en tapiz rodante separadas una semana en el tiempo. La intensidad del ejercicio se incrementó hasta que los participantes alcanzasen su máxima capacidad (VO_{2max}). Los gases expirados, parámetros ventilatorios y frecuencia cardiaca (FC) se midieron continuamente durante el ejercicio y la valoración subjetiva del esfuerzo (RPE) controlada cada minuto en el test.

Resultados: Los valores medios de consumo de oxígeno pico (VO_{2pico}) alcanzados por ambos grupos fueron 24.9 ± 3.2 ml•kg⁻¹•min⁻¹ (Gr1) frente a 21.5 ± 2.1 ml•kg⁻¹•min⁻¹ (Gr2), similares a otros estudios en mujeres con fibromialgia, aunque inferiores a otras poblaciones de referencia. En el resto de parámetros ventilatorios, aún siendo inferiores en el grupo con mayor nivel de afectación, no se muestran diferencias significativas.

Conclusiones: Hemos comprobado, como en función del nivel de afectación y la sintomatología de los pacientes con fibromialgia, sus capacidades cardiorrespiratorias son distintas; por tanto, no podremos prescribir un ejercicio con la misma intensidad a mujeres de ambos grupos. En base a estos resultados los profesionales podrán prescribir actividad física con mayor seguridad y control.

Med Segur Trab (Internet) 2013; 59 (232) 310-321

Palabras clave: mujeres, grupos de nivel, capacidad cardiovascular, actividad física, fibromialgia. Sintomatología.

Abstract

Purpose: To determine groups in women with fibromyalgia syndrome (FM) based on symptomatology and determine cardiovascular parameters during treadmill exercise to prescribe them physical activity.

Methods: Women ($N=32$, age $=53.3 \pm 6.6$ yr) were assigned into two different groups according to their functional capacity and symptomatology. During incremental treadmill exercise test, exercise intensity was increased until participants achieved volitional exhaustion (VO_{2max}). Expired respiratory gases, ventilator parameters and heart rate (HR) were measured continuously during exercise and RPE was assessed each minute during the test.

Results: Peak VO_2 values for the group 1 were significantly different than for group 2 (24.9 ± 3.2 ml•kg⁻¹•min⁻¹ (Group 1) and 21.5 ± 2.1 ml•kg⁻¹•min⁻¹ (Group 2)) similar ones to the found in other studies with women with FM, although lower than another populations without this pathology. On the other hand, if we take into account the VO_{2VT} , we found no significant differences between groups in both trials. We found also differences in all the evaluated parameters.

Conclusion: Depending on the level of affectation and the symptomatology of the FM patients, their aerobic capacities were different; therefore, we are not able to prescribe physical activity with the same intensity for both groups. According to those results, professionals could prescribe physical activity with a high security and control.

Med Segur Trab (Internet) 2013; 59 (232) 310-321

Key Words: women, cardiovascular capacities, level groups, physical activity, fibromyalgia. Symptoms.

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia (FM) es un síndrome muy común, ubicado respecto a su clasificación nosológica en la Reumatología, caracterizado por dolor musculoesquelético crónico, rigidez, cansancio generalizado, perturbaciones del sueño y frecuentemente por alteraciones en su dimensión psicológica. En la actualidad no se conoce la etiología ni los mecanismos patogénicos precisos que actúan en ella; no obstante, las evidencias apuntan hacia un modelo integrador que comprendería diversas teorías entre las que destacaría una base genética, una disfunción del sistema nervioso autónomo o alteraciones en el procesamiento del dolor a nivel central y donde diversos mecanismos adicionales podrían estar envueltos.

En la población clínica, un estudio de la American College of Rheumatology (ACR)¹ diseñado para estudiar las necesidades de reumatólogos en EEUU, reveló que la FM suponía un 15,7% de las consultas reumatológicas, sólo superada por la artritis reumatoide (AR) con un 23,7%. Estudios clínicos actuales establecen porcentajes de pacientes con FM entre el 10% y el 25%, incluyendo los trabajos americanos referenciados de la ACR, España², Australia³, Canadá⁴, y Polonia e Israel⁵. Esta patología se asigna al 4-20% de los pacientes visitados, al 2-4% de los visitados en atención primaria y al 7,5% de los pacientes visitados en atención especializada^{6,7}.

En nuestro país, donde mejor se reflejan estos aspectos es en el estudio de "Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población española"⁸, que ofrecen para la FM una prevalencia estimada en mayores de 20 años del 2,4%. Por sexos, entre los hombres se estima en un 0,2%, frente a un 4,2% en mujeres. En cuanto a la distribución en grupos de edad, la FM aparece en todas las edades, encontrándose un pico de prevalencia máxima (4,9%) entre los 40 y 49 años⁹.

Según el estudio EPIDOR¹⁰, se estima que entre el 10 y el 20% de los pacientes que visitan las unidades de reumatología padecen FM, mientras que en servicios no especializados el porcentaje se establece entre el 2,1 y el 5,7%.

Lo cierto es que esta patología puede acarrear una importante pérdida de calidad de vida (CDV) para el paciente y un menoscabo para todas sus actividades (trabajo, ocio, actividades de la vida diaria, etc.), lo que provoca importantes consecuencias en las relaciones laborales, sociales y familiares, utilización de servicios médicos y costes elevados por incapacidad laboral^{9,11}. Aunque la situación varía según los países contemplen o no a la FM como motivo de incapacidad laboral permanente, algunos estudios informan que los pacientes afectados de FM poseen una peor función en sus capacidades físicas, pasan más días en cama y pierden más días de trabajo que los sujetos sanos¹².

Mientras la literatura sobre epidemiología y tratamiento de la FM ha crecido considerablemente en los últimos años, hay poca información sobre su impacto económico. Como se ha indicado anteriormente, el enorme incremento de esta patología conlleva una importante repercusión psicosocial así como un enorme coste económico, ya que los pacientes con FM usan con mayor frecuencia los servicios de salud que otras poblaciones¹³. Para su análisis, estos costes suelen dividirse en costes directos, resultantes del uso de los servicios de salud y costes indirectos, resultantes de la reducción o cese de la actividad laboral como consecuencia de la enfermedad.

Varios estudios han estimado los costes médicos directos de la patología¹⁴. En ellos se muestra una media anual del coste en servicios de salud, incluyendo medicamentos, entre 1000 y 3500 €. Los pacientes con FM tienen 2,6 veces más demandas médicas que la media de beneficiarios de los servicios de salud. Se ha estimado que los pacientes con FM acuden una media de diez veces al año a la consulta del médico¹⁴ y usan una media de tres fármacos diarios para el control del dolor¹⁵. A los altos costes que ocasiona la FM a la sanidad pública habría que añadir los correspondientes a aquellos costes generados con la incapacidad laboral que produce esta enfermedad. En un estudio realizado con 193 pacientes con FM, el 78,5% de los que trabajaban estuvieron alguna vez de baja laboral a

causa de la FM y el 6,7% recibían una prestación por incapacidad debida a dicha patología¹⁶. Las dos terceras partes de pacientes de FM trabajan y una cuarta parte ha recibido algún tipo de ayuda de la administración por incapacidad laboral¹⁷. En definitiva, a la alta prevalencia en minusvalías, se le une el coste de las indemnizaciones, lo que supone un elevado impacto económico entre los trabajadores, en quienes por cada dólar gastado en reclamaciones específicas de FM, la empresa gastaba de \$57 a \$143 (~ 42 a 105€) en costes directos o indirectos adicionales¹⁸. En Canadá se estima que este síndrome provoca un gasto sanitario público anual de 350 millones de dólares y un gasto de las aseguradoras privadas de 200 millones⁷.

En nuestro país, el estudio EPISER⁸, también observó una asociación estadísticamente significativa entre presentar criterios de FM y la situación laboral del individuo. Estas personas estaban empleadas con menor frecuencia (32,7%) y el 11,5% se encontraban en incapacidad laboral frente al 3,2% de la población sin criterios de FM¹⁹. En un estudio longitudinal²⁰ de cuatro años y medio se constató que se había casi triplicado la proporción de casos que estaban recibiendo algún tipo de prestación parcial o total (del 27% al 63%). La proporción de pacientes que seguía trabajando en dicho estudio se redujo de un 43% a un 38% al final del seguimiento.

La realidad es que la mayoría de los pacientes con FM son sedentarios y tienen una capacidad física por debajo de la media, situación que se acrecienta por el dolor, la fatiga o la depresión a las que deben hacer frente. Estas situaciones limitan las actividades de la vida diaria de los pacientes y afecta a numerosos aspectos de su CDV como su situación laboral o familiar. Sin embargo, aunque las opciones terapéuticas son múltiples, el tratamiento óptimo para la FM es aún desconocido debido a la heterogeneidad de los pacientes. Numerosas guías basadas en las evidencias científicas han evaluado un amplio rango de terapias tanto farmacológicas como no farmacológicas. Aunque dichos tratamientos continúan sin resolver de forma fiable las limitaciones funcionales y el deterioro en la CDV de estos pacientes, se ha sugerido que las intervenciones no farmacológicas tienen un efecto significativamente superior sobre la función que los fármacos ejercen en estos pacientes.

Ejercicio físico en el manejo de la fibromialgia

El ejercicio físico se ha mostrado como la principal estrategia no farmacológica en el manejo sintomático de estos pacientes; sin embargo, a pesar de ser reconocido como parte esencial en el control de la FM, no todos los aspectos clínicamente relevantes ni los elementos determinantes para su prescripción han sido identificados. Varias revisiones sistemáticas se propusieron dar respuesta a estas incógnitas, evaluando los efectos del ejercicio físico, incluyendo ejercicios aeróbicos, de fortalecimiento y/o para la mejora de la amplitud de movimiento, sobre el bienestar general, los principales síntomas y la función de sujetos con FM. Se pretendía determinar la efectividad de varios tipos de entrenamiento, diferentes volúmenes y cuál de las variables mejoraba en mayor medida por el ejercicio. De esta forma podrían establecerse guías adecuadas para la prescripción de actividad física en estos pacientes²¹⁻²⁴.

Este tipo de programas tienen como objetivo principal evitar el círculo vicioso entre el dolor, los trastornos psicológicos y la inactividad, comunes en este síndrome²⁵. Mientras que la fatiga subyacente, el dolor o la depresión pueden contribuir a estilos de vida sedentarios y la baja aptitud física; varios estudios han demostrado que las mujeres con FM son capaces de realizar ejercicio aeróbico de intensidad moderada, ejercicios de fortalecimiento y flexibilidad²⁴. Conseguir que los pacientes con FM inicien y mantengan un programa de ejercicio físico sigue siendo un reto.

Son numerosos los metaanálisis y revisiones sistemáticas que han recogido las recomendaciones de estudios con alta calidad metodológica para la prescripción de AF en personas con FM^{23,24}. De estos estudios se pueden extraer evidencias sobre los beneficios a corto plazo de estos programas, que se han mostrado eficaces en el alivio del dolor²⁶⁻²⁹, mejora la calidad del sueño^{30,31}. Otorga numerosos beneficios en el bienestar

psicológico^{27-29,32}, como puede ser la mejora del estado de ánimo, el bienestar o la autoeficacia, importantes beneficios pueden esperarse, también, en la reducción de ansiedad^{28,33}, y la depresión^{26,28,33,34}.

Como conclusión a estos estudios se pudo extraer una evidencia moderada de los beneficios que el ejercicio aeróbico tiene sobre el bienestar general, la función física y el dolor de estos pacientes. Sin embargo, las evidencias son limitadas respecto a los beneficios del entrenamiento de la fuerza muscular y de ejercicios de flexibilidad, si bien es cierto que no se han encontrado evidencias de que el ejercicio físico empeore las manifestaciones clínicas de la enfermedad^{21,23,24,35}.

Parámetros cardiovasculares y sintomatología en la prescripción de ejercicio físico

El ejercicio es cada vez más usado en la rehabilitación de pacientes; sin embargo, para que este ejercicio sea eficaz es necesario que seamos cuidadosos en su prescripción y control. Esta intensidad debe ser suficiente para inducir efectos en el entrenamiento pero no tan alta como para ser perjudicial o poder incrementar los síntomas, reduciendo la adherencia de la propia paciente.

Como se ha comentado anteriormente, el ejercicio es uno de los componentes clave en el tratamiento de pacientes con FM, y la mayoría de los médicos recomiendan a los pacientes adoptar conductas más activas; el problema radica en cómo empezar un programa de actividad física y más aún como mantenerlo y supervisarlos una vez que haya empezado. Son muchos los facultativos sanitarios que se aventuran a prescribir ejercicio, pero no de forma individualizada y, obviamente, no en base a criterios objetivos ya que, para ello, sería necesario realizar una prueba de esfuerzo a cada paciente, siendo inviable en el ámbito laboral, aunque es posible en la actual estructura funcional de Ibermutuamur, la cual dispone de Unidades de Cardiología preparadas para ello, aunque tanto por medios económicos, como por el tiempo que requeriría este proceso, resulta dificultoso. Es por esto que hace necesario e imprescindible la utilización de una herramienta que nos permita no solo prescribir con ciertas garantías la intensidad del esfuerzo, sino también controlar la evolución de nuestros pacientes sin necesidad de dedicarles mucho tiempo y permitiendo, poco a poco, que este proceso se gestione de forma autónoma por cada sujeto.

Las recomendaciones de AF para el desarrollo y mantenimiento de la salud en adultos sugieren que los adultos (18-65 años) deben realizar un protocolo básico. Para mejorar la resistencia cardiorrespiratoria (entrenamiento aeróbico): (a) la frecuencia de ejercicio al menos 3 días por semana, (b) la intensidad de ejercicio suficiente para alcanzar o superar el 40% de la frecuencia cardíaca de reserva (rango 40% a 85%) o el 64% de la frecuencia cardíaca máxima (rango 64% a 94%), (c) los períodos de sesiones de al menos 20 min de duración (rango 20 a 60 min), ya sea con ejercicio continuo o intermitente en bloques de 10 min, y el uso de cualquier modalidad de ejercicio aeróbico que impliquen el uso de los principales grupos de músculos en las actividades rítmicas, y (d) un período de tiempo total de al menos 6 semanas.

Para mejorar la fuerza muscular, los requisitos de ejercicio de dosificación fueron los siguientes: (a) frecuencia de 2 a 3 días por semana, y (b) un mínimo de un conjunto de 8 a 12 repeticiones a una intensidad que permita realizar entre 8 y 12 repeticiones de cada ejercicio, utilizando cualquier tipo de ejercicio de fortalecimiento. La dosificación para la flexibilidad fue: (a) la frecuencia de ejercicio ≥ 2 días por semana, (b) la intensidad necesaria para causar un malestar leve, y (c) 3 a 4 repeticiones con una duración de 10 a 30 segundos.

Si bien estas son las recomendaciones para la población general, un creciente cuerpo de investigación evaluando los diferentes tipos de ejercicio en personas con FM ha demostrado la necesidad de establecer consideraciones especiales para este colectivo, que vendrían dadas por su sintomatología o el propio nivel inicial de sus capacidades³⁶.

Es necesario que se individualice la intensidad, duración y frecuencia de cada sesión según sea la capacidad de los pacientes; sin embargo, encontramos un grave problema en la prescripción de AF en FM. A modo de ejemplo, dos mujeres con FM, con la misma edad, tendrían teóricamente la misma frecuencia cardíaca máxima siguiendo la tradicional prescripción en base a la fórmula “220 – edad” que promulgan numerosos autores.

Este hecho puede conllevar que mujeres con diferentes niveles de afectación reciban un mismo programa de ejercicio repercutiendo negativamente en su condición. Abordar estas cuestiones ayudará a los profesionales para el diseño óptimo de programas terapéuticos adecuados para este grupo poblacional.

Los pacientes con FM tienen distintos niveles iniciales en sus capacidades físicas; algunos de ellos pueden ejercitarse a moderada-alta intensidad, mientras que para otros esa intensidad puede incrementar el dolor³². Tal y como se había reflejado, la intensidad en pacientes con dolor crónico no es constante, fundamentalmente en aquellos con FM cuyos síntomas son muy variables³⁷, lo que plantea la necesidad de valorar la capacidad individual antes de iniciar cualquier programa con objeto de ajustar la intensidad del ejercicio.

En el ámbito de las MATEPSS, la fibromialgia es una de las patologías que con mayor frecuencia incrementan el gasto por incapacidad, sin que en muchas ocasiones podamos manejar dicho tiempo de baja laboral asociado con la eficacia terapéutica. Los consejos para dichas trabajadoras deberían estar fisiológicamente sustentados en argumentos basados en la evidencia científica, sobre todo en esta patología cuya “fisiopatología” es un reto para el colectivo médico. Podremos manejar adecuadamente la terapia farmacológica, e incluso la terapia cognitivo-conductual, pero no estaremos suficientemente acertados en el enfoque indispensable del ejercicio si no encontramos la relación entre grado de afectación y posibilidades reales de las pacientes. Si como se ha expresado con anterioridad, la literatura científica establece que el ejercicio físico es el elemento sustancial del manejo de la enfermedad, deberemos prescribir adecuadamente los protocolos de actividad, personalizando el programa a la situación fisiológica de la trabajadora.

Por otra parte resulta indispensable que a través de estos programas físicos se consigan los beneficios esperados, evitando el abandono, pues para el médico de control del proceso, el paso siguiente al consejo del ejercicio para el paciente, será el de establecer la similitud de la actividad física desarrollada como terapia con la actividad laboral habitual de la trabajadora, aspecto esencial para la incorporación al medio laboral y por tanto para la reducción de la IT. Todo ello requiere identificar la relación entre el grado de afectación y las posibilidades funcionales de la paciente, objetivo principal del presente estudio.

MATERIAL Y MÉTODO

Participantes

Formación de grupos no aleatoria. Dos grupos naturales (Gr1; n=16 y Gr2; n=16) entre 44-65 años (Gr1=52,7 ± 6.0 años; Gr2=55,4 ± 7,2 años) pertenecientes a un colectivo de trabajadoras del Aljarafe sevillano participaron de forma voluntaria en el estudio. Mantuvimos el criterio metodológico de nuestra línea de investigación iniciada en 2010. Durante los meses de marzo y abril de 2012 se determinaron los parámetros fisiológicos en ambos grupos previamente clasificados en función de su nivel de afectación como indica el Proceso Asistencial de fibromialgia (Consejería de Salud, 2005)³⁸ usando una escala sintomática, número de “tender points” y el Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). Cada participante firmó previamente un consentimiento informado para realizar el estudio que cumplía con las normas éticas de la Declaración de Helsinki de 1975. Las características previas de ambos grupos se reflejan en la [tabla I](#).

Tabla I. Características de los sujetos en función del grupo experimental

	Gr.1		Gr.2	
	Media	Sd	Media	Sd
Edad	54,12	5,94	55,38	7,37
Peso	68,95*	10,73	74,06	14,45
Altura	1,56	0,05	1,59	0,04
IMC	28,29	4,49	29,04	4,98
Nivel AF	2,81*	0,02	2,03	0,13
Nivel Sintomático	19,35*	5,47	27,38	4,76
FIQ	51,56*	12,46	70,21	5,75
TP	11,71*	4,61	14,88	3,36

Gr.1: Nivel de afectación medio; Gr.2: Nivel de afectación grave.

AF: Nivel de actividad física. FIQ: Cuestionario de impacto de Fibromialgia.

TP: Puntos dolorosos.

* Diferencias significativas entre ambos grupos, $p < 0,05$.

Protocolo de medida

Para derivar a los sujetos a alguno de los dos grupos experimentales, se determinaron, el mismo día de la prueba, los niveles del FIQ en español³⁹ en base a cuatro escalas analógicas visuales, correspondientes a las dimensiones del ámbito de la calidad de vida (física, psicológica y social), que constituyen el núcleo fundamental de la afectación en la FM. Se determinó el número de puntos dolorosos (TP) específicos de esta patología y una valoración del nivel sintomático. En base a los resultados obtenidos en los test, se definieron dos niveles de afectación:

- **nivel de afectación medio (Grupo 1):** aquellos que tenían una puntuación total en las tres pruebas menor a 60 puntos.
- **nivel de afectación grave (Grupo 2):** aquellos que tenían una puntuación global superior a 60 puntos.

Para aquellos sujetos que estuviesen en una zona intermedia (± 5 puntos), se tuvo en cuenta además el nivel de actividad previa de los sujetos, en base a un cuestionario internacional de actividad física (IPAQ) y la historia clínica de los mismos junto con un cuestionario de salud (SF-36).

Una vez clasificados, los sujetos realizaron dos test máximos en tapiz rodante divididos aproximadamente una semana en el tiempo. Se usó el protocolo de Bruce modificado por Kaminsky (1993)⁴⁰. Durante las pruebas se recogieron los gases espirados junto con la ventilación (VE), tasa respiratoria (RR) y coeficiente respiratorio (RQ) cada 5 segundos, por medio del MetaMax 3B (CORTEZ Biophysik GMBH, Germany) con tecnología "breath by breath". La frecuencia cardíaca se obtuvo telemétricamente a través de un pulsómetro (Polar; Seattle, WA).

Cada sujeto realizó ejercicios de calentamiento durante 5 minutos antes del test. Se determinaron escalones de 3 minutos y se pidió la valoración subjetiva del esfuerzo (RPE) cada minuto y el resto de parámetros, VE, RQ, FC y el consumo de oxígeno (VO_2) cada 5 segundos. Los criterios de maximalidad del test ($\text{VO}_{2\text{max}}$) fueron al menos dos de los siguientes: 1) $\text{RQ} = 1,0$, 2) Frecuencia Cardíaca Máxima = 95% del máximo estimado para su edad, y 3) Estabilidad de la curva del VO_2 ($2\text{ml}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{min}^{-1}$) durante el último minuto del escalón de esfuerzo.

Análisis estadístico

Los análisis se desarrollaron usando el paquete estadístico SPSS 12.0 para Windows (SPSS Inc, Chicago, IL, USA). Se realizó un análisis descriptivo de los valores medios

encontrados para cada variable y la validez de los datos se estimó usando la prueba de Pearson (r_{xy}) entre ambos test con la FC, consumo de oxígeno ($\%VO_{2max}$), RR, VE y RQ como variables dependientes.

RESULTADOS

32 mujeres cumplieron los criterios de inclusión del ACR y una vez clasificadas en función de su nivel de afectación, se obtuvieron medias de $11,7 \pm 4,6$ TP en un nivel de afectación medio, frente a los $14,9 \pm 3,4$ TP en mujeres con afectación grave, lo que supone unas puntuaciones significativamente superiores. Si valoramos las puntuaciones de FIQ y nivel sintomático, igualmente encontramos diferencias significativas entre ambos grupos (70,9 en el Grupo 1 frente a 97,6 en el Grupo 2).

Los valores medios de las variables de respuesta al ejercicio de los pacientes en ambos grupos se resumen en la [Tabla II](#). El 63% de los sujetos incluidos en el grupo 1 y tan solo el 40% del grupo 2 alcanzaron el VO_{2max} de acuerdo con nuestro criterio; sin embargo, todos los sujetos alcanzaron el umbral anaeróbico (VO_{2VT}).

Para el consumo de oxígeno pico (VO_{2pico}) de los pacientes del grupo con menor nivel de afectación encontramos diferencias significativas respecto a los valores del grupo 2 en ambas pruebas [$26,2 \pm 3,6$ ml·kg⁻¹·min⁻¹ (Gr1) frente a $22,1 \pm 2,5$ ml·kg⁻¹·min⁻¹ (Gr2)] siendo estos valores ligeramente inferiores, aunque igualmente significativos, en la segunda prueba [$23,6 \pm 2,8$ ml·kg⁻¹·min⁻¹ (Gr1) frente a $20,9 \pm 1,6$ ml·kg⁻¹·min⁻¹ (Gr2)].

Otro hallazgo importante es que los valores de FC_{max} , VE y RQ, fueron todos menores en el grupo con peor sintomatología al compararlo con el grupo de menor afectación. Respecto a la RPE, no hemos encontrado grandes diferencias entre los grupos de nivel, variando aproximadamente 1 punto entre ellos ($13,6 \pm 0,9$ frente a $14,2 \pm 1,2$ en el grupo 2).

Tabla II. Parámetros fisiológicos y percepción del esfuerzo de los sujetos en ambas pruebas

VARIABLE	TRIAL 1				TRIAL 2							
	GR1 (n=16)		GR2 (n=16)		GR1+2 (n=32)		GR1 (n=15)		GR2 (n=13)		GR1+2 (n=28)	
	Media - SD		Media - SD		Media - SD		Media - SD		Media - SD		Media - SD	
RR	27,95	5,50	26,68	6,75	27,32	6,13	25,32	5,16	26,16	8,21	25,74	6,69
VE	36,58	5,55	35,61	5,15	36,10	5,35	34,29	5,93	32,22	7,07	33,26	6,50
VO ₂ (l/min)	1,31	0,19	1,28	0,2	1,30	0,20	1,27	0,02	1,23	0,27	1,25	0,15
VO _{2pico}	26,17	3,62	22,13	2,50	24,15	0,79	23,59	2,83	20,89	1,62	22,24	0,86
VO _{2VT}	20,28	2,70	19,21	2,22	19,75	0,33	20,29	3,04	18,55	1,67	19,42	0,97
RQ	0,91	0,01	0,91	0,01	0,91	0,01	0,89	0,1	0,89	0,05	0,89	0,08
FC _{max}	158,17	12,37	144,00	21,33	151,08	6,34	153,88	10,76	145,11	19,92	149,50	6,48
FC _{VT}	140,33	16,62	131,64	22,76	135,99	4,34	138,35	11,84	133,11	16,39	135,73	3,21
RPE	13,60	0,87	14,22	1,20	13,91	1,04	13,42	0,63	14,31	0,71	13,86	0,67

(Media±SD); RR: Tasa respiratoria; VE: Ventilación; VO₂: Consumo de oxígeno; VO_{2pico}: Máximo consumo de oxígeno alcanzado en el test; VO_{2VT}: Consumo de oxígeno en el umbral anaeróbico; RQ: Coeficiente de intercambio respiratorio; FC_{max}: Frecuencia cardiaca máxima; FC_{VT}: Frecuencia cardiaca en el umbral anaeróbico; RPE: Valoración subjetiva del esfuerzo (Borg 6-20RPE).

DISCUSIÓN

Habitualmente muchos de los estudios fallan a la hora de no considerar grupos de nivel en fibromialgia, lo que desemboca en ocasiones en un tratamiento inadecuado⁴¹,

por ello en esta muestra hemos comprobado como los sujetos del grupo 2 (con un mayor nivel de afectación) tienen un menor consumo de oxígeno y frecuencia cardiaca que sus compañeros del grupo 1 (nivel de afectación medio). Tan sólo 3 estudios han intentado evaluar previamente las capacidades cardio-respiratorias de los sujetos con FM comparando con sujetos control, aunque en ninguno se establecieron grupos de nivel^{19,42}, confirmando el bajo nivel cardiorrespiratorio de los pacientes con FM al comparar con sujetos control sedentarios. En varios trabajos, por contra, se concluye diciendo que la capacidad aeróbica de estos pacientes parece ser normal al compararla con una población similar, aunque la percepción del esfuerzo a una intensidad relativa es mayor en mujeres con fibromialgia⁴². Respecto a la RPE media, los resultados no difieren mucho entre ambos grupos; sin embargo, al analizar estas diferencias por las medias de cada escalón de la prueba, encontramos diferencias cercanas a 2 puntos en la escala entre ambos grupos.

Numerosos autores consideran la capacidad aeróbica como uno de los factores determinantes en la patogénesis de la FM y hay evidencias de que al ejercitarse podemos modular el dolor en estos pacientes^{26,43}. Aunque Bennett⁴³ encontró que el 80% de los pacientes presentaba bajo nivel de condición física, Sietsema⁴⁴ no encontró diferencias entre pacientes con FM y sujetos control usando para ello el VO_{2pico} y VO_{2VT} ²⁶. En nuestro estudio hemos encontrado diferencias significativas entre individuos con distinto nivel de afectación atendiendo a su VO_{2pico} .

Los valores obtenidos en este estudio, son algo inferiores a los reflejados por Meiworm⁴⁵ aunque similares a los valores medios encontrados por otros autores^{43,44}. Sin embargo, todos estos datos contrastan con los experimentados por nuestro grupo 2, con mayor nivel de afectación ($22,1 \pm 2,5 \text{ ml}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{min}^{-1}$).

Al comparar estos datos con los valores estándar en poblaciones sedentarias llama la atención como los valores en ambos grupos están muy por debajo de la media según los criterios de la ACSM para mujeres sedentarias entre 40 y 59 años⁴⁶. Pudiendo compararse a los obtenidos por mujeres mayores de 70 años,⁴⁷ o a los de mujeres con algún tipo de patología⁴⁸. Por lo que respecta a nuestro grupo 2, los resultados ponen de manifiesto la baja capacidad aeróbica de los mismos.

Numerosos autores han sugerido que los sujetos con fibromialgia deben ejercitarse para mejorar su capacidad aeróbica a una intensidad baja a moderada^{49,50}, sin embargo, al no haber establecido subgrupos en su prescripción, la variabilidad entre sujetos de sus sesiones es amplia. En nuestro estudio al establecer grupos de nivel, tenemos una mayor seguridad en la prescripción ya que nuestros grupos son más homogéneos y sus capacidades físicas muy similares.

CONCLUSIONES

Tras la revisión de la literatura científica este es el primer estudio que analiza los parámetros cardiorrespiratorios de mujeres con fibromialgia clasificados en función de su sintomatología y nivel de afectación en población laboral. Estudios previos corresponden a la línea de investigación de nuestro grupo.

Los resultados muestran como el consumo de oxígeno es significativamente inferior en pacientes con mayor nivel de afectación, siendo éstos a su vez sensiblemente inferiores a los de poblaciones de la misma edad sin dicha patología, en consonancia con los estudios previos realizados por nosotros⁵¹.

El hecho de establecer grupos de nivel en la prescripción de ejercicio físico aeróbico en mujeres con fibromialgia nos permite reducir las diferencias individuales en cuanto a sus capacidades, asegurando así un mayor control sobre la intensidad de la sesión aconsejada.

Sugerimos una intensidad moderada para pacientes con un nivel de afectación medio y una intensidad baja para pacientes con un nivel de afectación grave o muy grave.

Son necesarios otros estudios para entender los mecanismos mediante los cuales el ejercicio mejora los síntomas de las mujeres con fibromialgia y cual es la intensidad más adecuada para que dicho tratamiento sea más efectivo.

Resulta imprescindible incorporar en las asistencias de trabajadoras con incapacidad laboral temporal un protocolo de estratificación de su sintomatología al objeto de poder enfocar adecuadamente los programas de ejercicio físico que permitan la reincorporación laboral precoz.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marder, W.D., Meenan, R.F., y Felson, D.T. (1991). The present and future adequacy of rheumatology manpower. *Arthritis Rheum*, 34, 1204-1217.
2. Calabozo, R.M. (1998). Protocolo de actuación en fibromialgia. Protocolos de actuación en Reumatología. Burgos: Sociedad Española de Reumatología, 93-103.
3. Reilly, P.A., y Littlejohn, G.O. (1992). Peripheral arthralgic presentation of fibrositis/fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol*, 19(2), 281-3.
4. White, K.P., Harth, M. y Teasell, R.W. (1995). Work Disability Evaluation and the Fibromyalgia Syndrome. *Arthritis Rheum*, 24(6), 371-381.
5. White, K.P., y Harth, M. (1998). The fibromyalgia problem. *J Rheumatol*, 25(5), 1022-1023.
6. Buskila, D., Neumann, L., Odes, L.R., Schleifer, E., Depsames, R., y Abu-Shakra, M. (2001). The prevalence of musculoskeletal pain and fibromyalgia in patients hospitalized on internal medicine wards. *Sem Arthritis Rheum*, 30, 411-417.
7. White, K.P., y Thompson, J. (2003). Fibromyalgia syndrome in an Amish community: a controlled study to determine disease and symptom prevalence. *J Rheumatol*, 30, 1835-40.
8. EPISER. (2001). Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. Madrid: Sociedad Española de Reumatología.
9. Carmona, L., Ballina, J., Gabriel, R., Laffon, A. (2001). The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: result from a national survey. *Ann Rheum Dis*, 60, 1040-5.
10. Gamero, F., Gabriel, R., Carbonell, J., Tornero, J., Sánchez-Magro, I. (2004). El dolor en las consultas de Reumatología españolas: estudio epidemiológico EPIDOR. *Rev Clin Esp*, 205(4):157-63.
11. Collado, A., Alijotas, J., Benito, P., Alegre, A., Romera, M., Sañudo, I., et al. (2002). Documento de consenso sobre el diagnóstico de la fibromialgia en Cataluña. *Med Clin (Barc)*, 118, 745-9.
12. White, K.P., Nielson, W.R., Harth, M., Ostbye, T., y Speechley, M. (2002). Chronic widespread musculoskeletal pain with or without fibromyalgia: psychological distress in a representative community adult sample. *J Rheumatol*, 29, 588-594.
13. Oliver, K., Cronan, T.A., Walen, H.R., y Tomita, M. (2001). Effects of social support and education on health care costs for patients with fibromyalgia. *J Rheumatol*, 28, 2711-9.
14. Penrod, J.R., Bernatsky, S., Adam, V., Baron, M., Dayan, N., y Dobkin, P.L. (2004). Health services costs and their determinants in women with fibromyalgia. *J Rheumatol*, 31(7), 1391-8.
15. Wolfe, F., Anderson, J., Harkness, D., Bennett, R.M., Caro, X.J., Goldenberg, D.L., Russell, I.J., y Yunus, M.B. (1997b). A prospective, longitudinal, multicenter study of service utilization and costs in fibromyalgia. *Arthr Rheum*, 40(9), 1560-1570.
16. Albornoz, J., Povedano, J., Quijada, J., De la Iglesia, J.L., Fernández, A., Pérez-Vilchez, D., et al. (1997). Características clínicas y sociolaborales de la fibromialgia en España: descripción de 193 pacientes. *Rev Esp Reumatol*, 24, 38-44.
17. Goldenberg, D.L. (1999). Fibromyalgia syndrome a decade later; what have we learned?. *Arch Intern Med*, 159(8), 777-785.
18. Robinson, R.L., Birnbaum, H.G., Morley, M.A., Sisitsky, T., Greenberg, P.E., y Claxton, A.J. (2003). Economic cost and epidemiological characteristics of patients with fibromyalgia. *J Rheumatol*, 30, 1318-1325.
19. Ubago, L., Ruiz, P., Bermejo, P., Olry, A., y Plazaola, C. (2005). Características clínicas y psicosociales de personas con fibromialgia. Repercusión del diagnóstico sobre sus actividades. *Rev Esp Salud Pública*, 79(6), 683-95.
20. Wigers, G.H., Stiles, T.C., y Vogel, P.A. (1996). Effects of aerobic exercise versus stress management treatment in fibromyalgia: a 4.5 year prospective study. *Scand J Rheumatol*, 25, 77-86.

21. Rivera, J., Alegre, C., Ballina, F.J., Carbonell, J., Carmona, L., Castel, B., et al. (2006). Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatol Clin*, 2(Supl 1), S55-66.
22. Brosseau, L., Wells, G.A., Tugwell, P., Egan, M., Wilson, K.G., Dubouloz, C.J., et al. (2008b). Ottawa Panel Members. Ottawa Panel evidence-based clinical practice guidelines for strengthening exercises in the management of fibromyalgia: part 2. *Phys Ther*, 88(7), 873-86.
23. Brosseau, L., Wells, G.A., Tugwell, P., Egan, M., Wilson, K.G., Dubouloz, C.J., et al. (2008a). Ottawa Panel Members. Ottawa Panel evidence-based clinical practice guidelines for aerobic fitness exercises in the management of fibromyalgia: part 1. *Phys Ther*, 88(7), 857-71.
24. Busch, A.J., Schachter, C.L., Overend, T.J., Peloso, P.M., y Barber, K.A. (2008). Exercise for fibromyalgia: a systematic review. *J Rheumatol*, 35(6), 1130-44.
25. Turk, D.C., Monarch, E.S., y Williams, A.D. (2002). Psychological evaluation of patients diagnosed with fibromyalgia syndrome: a comprehensive approach. *Rheum Dis Clin North Am*, 28, 219-33.
26. Valim, V., Oliveira, L., Suda, A., Silva, L., de Assis, M., Barros, T., Feldman, D., y Natour, J. (2003). Aerobic fitness effects in fibromyalgia. *J Rheumatol*, 30(5), 1060-9.
27. Da Costa, D., Abrahamowicz, M., Lowensteyn, I., Bernatsky, S., Dritsa, M., Fitzcharles, M.A., y Dobkin, P.L. (2005). A randomized clinical trial and individualized home-based exercise programme for women with fibromyalgia. *Rheumatol (Oxford)*, 44, 1422-1427.
28. Tomas-Carus, P., Gusi, N., Häkkinen, A., Häkkinen, K., Leal, A., y Ortega-Alonso, A. (2008). Eight months of physical training in warm water improves physical and mental health in women with fibromyalgia: a randomized controlled trial. *J Rehabil Med*, 40(4), 248-52.
29. Sañudo B, Galiano D, Carrasco L, Bragojevic M, de Hoyo M, Saxton J. Aerobic exercise versus combined exercise therapy in women with fibromyalgia syndrome: a randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehab*. 2010; 91(12):1838-43.
30. Schachter, C.L., Busch, A.J., Peloso, P.M., y Sheppard, M.S. (2003). Effects of short versus long bouts of aerobic exercise in sedentary women with fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Phys Ther*, 83, 340-358.
31. Valkeinen, H., Alen, M., Hannonen, P., Häkkinen, A., Airaksinen, O., y Häkkinen, K. (2004). Changes in knee extension and flexion force, EMG and functional capacity during strength training in older females with fibromyalgia and healthy controls. *Rheumatology (Oxford)*, 43, 225-228.
32. Van Santen, M., Bolwijn, P., Landewe, R., Verstappen, F., Bakker, C., Hidding, A., et al. (2002b). High or low intensity aerobic fitness training in fibromyalgia: does it matter? *J Rheumatol*, 29, 582-587.
33. Bircan, C., Karasel, S.A., Akgün, B., El, O., y Alper, S. (2008). Effects of muscle strengthening versus aerobic exercise program in fibromyalgia. *Rheumatol Int*, 28(6), 527-32.
34. Assis, M.R., Silva, L.E., Alves, A.M., Pessanha, A.P., Valim, V., Feldman, D., et al. (2006) A randomized controlled trial of deep water running: clinical effectiveness of aquatic exercise to treat fibromyalgia. *Arthritis Rheum*, 55, 57-65.
35. Nishishinya, M.B., Rivera, J., Alegre, C., y Pereda, C.A. (2006). Intervenciones no farmacológicas y tratamientos alternativos en la fibromialgia. *Med Clin (Barc)*, 127, 295-9.
36. Rooks, D.S. (2008). Talking to patients with fibromyalgia about physical activity and exercise. *Curr Opin Rheumatol*, 20(2), 208-12.
37. Harris, R.E., Williams, D.A., McLean, S.A., Sen, A., Hufford, M., Gendreau, R.M., et al. (2005). Characterization and consequences of pain variability in individuals with fibromyalgia. *Arthritis Rheum*, 52(11), 3670-4.
38. Consejería de Salud. (2005). *Fibromialgia: Proceso asistencial integrado*. Sevilla: Junta de Andalucía.
39. Monterde S, Salvat I, Montull S, Ballart J. (2004). Validación de la versión española del Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Rev Esp Reumatol*. 31(9):507-513.
40. Kaminsky LA, Roecker MS, Whaley MH, Dwyer GB. (1993). Evaluation of the BSU/Bruce ramp protocol. *Med Sci Sports Exerc*. 25:S13.
41. Thieme K, Spies C, Sinha P, Turk D, Flor H. (2005). Predictors of Pain Behaviors in Fibromyalgia Syndrome. *Arthritis Care Res*. 53(3):343-350.
42. Nielens H, Boisset V, Masquelier E. (2000). Fitness and Perceived Exertion in Patients With Fibromyalgia Syndrome. *Clin J Pain*. 16(3):209-13.
43. Bennett RM, Clark SR, Goldberg L. (1989). Aerobic fitness in patients with fibromyalgia-a controlled study of respiratory gas exchange and 133xenon clearance from exercising muscle. *Arthritis Rheum*. 32:454-60.
44. Sietsema KE, Cooper DM, Caro X, Leibling MR, Louie JS. (1993). Oxygen uptake during exercise in patients with primary fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol*. 20(5): 860-5.

45. Meiworm L, Jakob E, Walker UA, Peter HH. (2000). Patients with fibromyalgia benefit from aerobic endurance exercise. *Clin Rheumatol*. 19:253-257.
46. American College of Sports Medicine. American College of Sports Medicine position stand. (1998). The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness, and flexibility in healthy adults. *Med. Sci Sports and Exerc*. 30:975-91.
47. Sanada K, Kuchiki TM, Miyachi MK, McGrath K, Higuchi M, Ebashi H. (2007). Effects of age on ventilatory threshold and peak oxygen uptake normalised for regional skeletal muscle mass in Japanese men and women aged 20–80 years. *Eur J Appl Physiol*. 99:475-483
48. Koltyn KF, Arbogast RW. (1998). Perception of pain alter resistance exercise. *Br J Sports Med*. 32(1):20-24.
49. Mannerkorpi K. (2005). Exercise in fibromyalgia. *Curr Opin Rheumatol*. 17:190-194.
50. Busch A, Schachter CL, Peloso PM, Bombardier C. (2007). Ejercicios para el tratamiento del síndrome de fibromialgia. (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 1. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
51. Sañudo B, Galiano D (2009). Using cardiovascular parameters and symptom severity to prescribe physical activity in women with fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol* 2009; 27 (Suppl. 56): S62-S66.

MEDICINA y SEGURIDAD *del trabajo*

Original

Trastorno de adaptación. Análisis de la Incapacidad Laboral por contingencias comunes en Ibermutuamur, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social

Adjustment disorders. Analysis of sickness absence episodes caused by non-work-related diseases or accidents at Ibermutuamur, Mutual Insurance Company for Occupational Accidents and Diseases, Social Security

Rosa Carmen Enguita Martín¹, Rafael Ramos Muñoz²

1. Médico. Jefe de Departamento de Administración Sanitaria. Dirección Médica de contingencias comunes de Ibermutuamur. Madrid. España.

2. Director Médico de contingencias comunes de Ibermutuamur. Madrid. España.

Recibido: 29-05-13

Aceptado: 15-07-13

Correspondencia

Rosa Carmen Enguita Martín

Paseo de la Castellana, 157 10.º I

28046 – Madrid. (España).

Teléfono: 658 80 27 96

Correo electrónico: rcenguita@hotmail.com

Resumen

Las enfermedades mentales constituyen una importante causa de Incapacidad Temporal y absentismo laboral en los países industrializados, con la consiguiente carga socio-sanitaria e impacto económico que conllevan. Una de las causas más importante de estas enfermedades son los Trastornos de Adaptación. La predisposición o vulnerabilidad individual que da lugar a su aparición y manifestaciones, junto con la dificultad de aplicar criterios diagnósticos determinantes y cuantificables, hacen que muchos pacientes sean encuadrados en este diagnóstico y no reciben un tratamiento adecuado a la patología que realmente padecen, con el consiguiente desajuste temporal en la duración de su situación de Incapacidad Laboral.

Por este motivo se inicia la revisión del comportamiento de la Incapacidad Temporal de los trabajadores controlados por contingencias comunes en Ibermutuamur con el diagnóstico de Trastorno de Adaptación durante los años 2008 al 2010, valorar los resultados y concluir si alguna variable permitirá mejorar el control y seguimiento de estos procesos, ajustando su duración en beneficio del paciente, su empresa, la Mutua y la sociedad en general.

Tras la realización del estudio epidemiológico observacional de los datos registrados en los procesos de nuestro propio programa sanitario durante los años mencionados, podemos concluir que, salvo algunos datos orientativos para su gestión, como su mayor frecuencia de aparición en mujeres, y en ellas, de recaídas y evolución a Incapacidad Permanente, o el hecho de que además del diagnóstico genérico, los subtipos diagnósticos "Reacción de adaptación con características emocionales mixtas" y "Reacción de adaptación con humor de ansiedad" son los más frecuentes y los que se repiten en frecuencia en casi todos los resultados de la valoración del resto de las variables del estudio, no existe ninguna variable que por sí misma pueda determinar la toma de decisiones para mejorar la gestión y evolución de la Incapacidad Temporal por esta patología.

Es primordial reseñar que uno de los inconvenientes más importantes encontrados ha sido la falta de codificación de este diagnóstico en sus diferentes subtipos diagnósticos, lo que puede determinar un déficit de información clave para la correcta adscripción diagnóstica de los pacientes y posterior tratamiento, repercutiendo en la evolución y duración de la Incapacidad Temporal y el absentismo laboral.

Med Segur Trab (Internet) 2013; 59 (232) 322-344

Palabras clave: *enfermedad mental, patología psiquiátrica, reacción de adaptación, incapacidad temporal.*

Abstract

Mental illnesses are a major cause of sick leave and absenteeism in industrialized countries, resulting in a burden of socio-sanitary and economic impact. One of the most important related-causes are Adjustment Disorders. Individual predisposition or vulnerability leading to their appearance and symptoms, along with the difficulty of applying diagnostic criteria and quantifiable determinants, means that many patients are misclassified in the same diagnosis. Therefore, they do not receive adequate treatment for the disease that really suffer from, generating temporary mismatch in the duration of sick leave.

Due to all this, we started a review of the sick leave behavior from this disease in workers monitored for non-work-related diseases at Ibermutuamur between 2008 and 2010 in order to evaluate the results and to conclude whether some of the variables will improve the management and control of these processes by adjusting the length on behalf of the patients, their company, the mutual insurance company and the society in general.

Following the completion of the observational epidemiological study according to the data recorded in the processes in our own health program system during the period of time mentioned, we can conclude that, except for some key data for management, as the fact of their higher frequency in women, and in them, the relapses and progression to total disability or the fact that besides the generic diagnostic, subtypes "Adjustment reaction with mixed emotional features" and "Adjustment disorder with mixed anxiety and depressed mood" are the most common and frequently observed in almost all the assessment results of the other study variables, there is no variable itself which could determine the decision-making to improve the management of sickness absence from this disease.

It is essential to note that one of the major drawback found was the lack of coding of this disease in their diagnostic subtypes, which can determine a key information deficit to proper assignment of the pathology and the posterior treatment, thus affecting the evolution and the duration of sick leave and absenteeism.

Med Segur Trab (Internet) 2013; 59 (232) 322-344

Keywords: *mental illness, psychiatric disorders, adjustment reaction, sick leave.*

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades mentales son una de las principales causas de Incapacidad Temporal en nuestro país.

La relación de la Incapacidad Temporal con el absentismo laboral es un fenómeno que se viene produciendo desde que surgen las relaciones laborales basadas en el trabajo asalariado por cuenta ajena. Sus implicaciones económicas y sociales han dado lugar, en los países de mayor desarrollo industrial y donde se producen con creciente virulencia, a plantear reiteradamente la necesidad de aplicar medidas efectivas para paliar sus consecuencias y reducir su incidencia¹.

La causa más frecuente de absentismo laboral en España es la enfermedad común. Dentro de las patologías que concentran el mayor número de incapacidades temporales y de mayor duración están las enfermedades psiquiátricas junto a las dolencias osteomusculares y los procesos oncológicos.

En España se han desarrollado una serie de estudios para evaluar la prevalencia de trastornos mentales entre los que destaca la participación española en el Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales (ESEMeD), estudio de carácter diagnóstico donde se estima que el 19,5% de los españoles presentaron alguna vez en la vida algún trastorno mental (prevalencia-vida), el 15,7% de los hombres y el 22,9% de las mujeres².

También se registraron aproximadamente 5.6 millones de bajas laborales durante 2009 por enfermedad o accidentes, consumiendo casi 300 millones de jornadas de trabajo por este concepto y suponiendo un gasto de 8.143 millones de euros según datos del Ministerio de Trabajo e Inmigración (MTIN)³.

Según la Encuesta Trimestral de Costes laborales del Instituto Nacional de Estadística, las horas no trabajadas por incapacidad laboral en España por persona el año 2010 fueron 55. Se estima que el coste directo del absentismo por incapacidad temporal para el sector empleador en el año 2010 fue de 7.046 millones de euros, lo que representa el 0,74% del PIB⁴.

Es difícil estimar el impacto económico provocado por la Incapacidad Temporal, puesto que, además de los días de trabajo perdidos, conlleva una serie de costes indirectos como los gastos de contratación de sustitutos, la disminución de la productividad para la empresa, aumento del gasto sanitario, disminución de la competitividad, disminución de la calidad de los servicios, etc.

La problemática en el control de las Incapacidades Temporales por contingencias comunes surge cuando algunos trabajadores tienden a prolongar su incapacidad temporal por motivos sociales, socio-familiares, laborales o por puro rentismo, teniendo en cuenta que las Mutuas no tienen la potestad de emitir el alta médica a los trabajadores.

La vida implica inevitables circunstancias que la mayoría de seres humanos aprenden a manejar adaptando sus respuestas bio-psicosociales para superarlas. Todo estímulo, situación o acontecimiento que impacte en un individuo y le obligue a esfuerzos de ajuste adaptativo constituye un acontecimiento estresante.

Los Trastornos de adaptación son básicamente reacciones muy intensas a un hecho estresante de la vida y se distinguen de la reacción normal ante el estrés porque sus componentes emocionales y conductuales resultan de mayor intensidad o son más incapacitantes de lo esperado.

Actualmente, para la clasificación de la patología psiquiátrica se emplean dos sistemas de clasificación diagnóstica: la CIE-10, Clasificación internacional de enfermedades, décima versión, correspondiente a la ICD, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Organización Mundial de la Salud, 1992) y el DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders cuarta

edición (Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 1994). DSM-IV TR (texto revisado) (APA, 2000)^{5,6}.

No existe un sistema clasificatorio único, y aunque la CIE-10 ya está disponible, no ha entrado en vigor su uso a nivel internacional, por lo que se sigue utilizando oficialmente la CIE-9 (aunque en el ámbito psiquiátrico se tiende a utilizar extraoficialmente la CIE-10)⁷.

El sistema de clasificación de Ibermutuamur durante el periodo de estudio y en el que están codificados los diagnósticos es la CIE 9 MC: *ICD-9-CM (International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification)*.

Tanto para el DSM VI como para la CIE 10 el trastorno adaptativo es un fenómeno dependiente del estrés, que debe tener un origen identificable, pero que carece de una lista de síntomas. Ninguno de los síntomas es por sí solo de suficiente gravedad o importancia como para justificar un diagnóstico más específico.

La presencia de un agente estresante es esencial antes de poder hacer el diagnóstico de Trastorno de adaptación mientras los síntomas varíen e incluyan los que se encuentran en otros trastornos psiquiátricos comunes⁸.

El riesgo de aparición y la forma de expresión de las manifestaciones de los Trastornos de adaptación están determinados de un modo importante, más que en el caso de otros trastornos, por una predisposición o vulnerabilidad individual.

Si tenemos en cuenta las diferencias individuales de las capacidades de adaptación, ciertos factores de estrés pueden ser muy estresantes para un paciente y no serlo en absoluto para otro. Sin pautas cuantificables para medir los factores de estrés, el diagnóstico es a menudo determinado por la naturaleza de la respuesta individual.

Bawmweister y Kufner (2009) basándose en una revisión que destaca la falta de datos relativos a los Trastornos de adaptación, y que concluye que debería esperarse a disponer de datos suficientes antes de realizar este diagnóstico, refieren que muchos pacientes que no cumplen criterios diagnósticos más específicos, pero que siguen considerándose en la necesidad de recibir tratamiento, son diagnosticados de Trastorno de adaptación como si de un diagnóstico "comodín" se tratara. Esto conduce a una incorrecta evaluación de esta patología, que tiene como resultado una importante proporción de pacientes recibiendo tratamientos que pueden no ser adecuados. Consideran necesaria una revisión de los Trastornos de adaptación y de esta manera, establecer una frontera que delimite qué diferencia y permite distinguir entre Trastorno de adaptación, el proceso humano normal de adaptación y otros trastornos más específicos.

Todas estas consideraciones ponen de manifiesto la necesidad de evaluar correctamente los Trastornos de adaptación. Un correcto diagnóstico y tratamiento proporcionan la posibilidad de ajustar el tiempo de incapacidad laboral de esta patología al necesario para conseguir su correcta resolución. No hay que olvidar que, junto a los episodios depresivos y los trastornos mixtos ansioso-depresivos, han sido señalados como una de las causas más importantes de trastorno mental.

Es por ello que he considerado importante revisar la evolución de esta patología en la Mutua, con el objetivo de tener datos e información que puedan permitirnos mejorar su gestión y ajustar la duración de los procesos, de forma que los beneficios conseguidos repercutan en el paciente, la Mutua, la empresa y la sociedad en general.

Para cumplir este objetivo me planteo una revisión del comportamiento de la Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes en los trabajadores con el diagnóstico de Trastorno de adaptación controlados por Ibermutuamur en los años 2008, 2009 y 2010, realizar el análisis epidemiológico de estos procesos y valorar, en relación con los resultados obtenidos, si existe alguna variable que pueda determinar la toma de decisiones en la gestión de los procesos por contingencias comunes para acortar los periodos de incapacidad laboral.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para el análisis de resultados se ha realizado un estudio epidemiológico observacional retrospectivo descriptivo con componentes analíticos en una serie de casos.

Se ha utilizado para el tratamiento estadístico de la información el paquete Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 17.0.

Los datos se han obtenido del programa e-sanit@rio+, que contiene toda la información relativa a los trabajadores con procesos en baja de Ibermutuamur, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social registrada en España con el número 274. Se han seleccionado todos los procesos con baja controlada por incapacidad laboral de contingencias comunes en todo el territorio nacional durante los años 2008, 2009 y 2010 con el diagnóstico CIE 9 – MC 309 Reacción de Adaptación.

De la base de datos excel inicial resultante, se seleccionan los datos referentes a: historia clínica (variable principal de registro de procesos), edad, sexo, fecha de la baja médica, fecha del alta médica, duración del proceso en días, recaídas, provincia en la que se realiza el control del proceso, ocupación laboral del trabajador, seguimiento por médico de control y/o salud mental (psiquiatra o psicólogo), solicitud de propuesta de alta, base reguladora de la prestación, pago por cuenta propia o ajena, modo de pago directo o delegado y alta por incapacidad permanente.

De esta nueva base de datos se eliminan los registros de pago delegado de duración inferior a 15 días, ya que es a partir del decimosexto cuando la Mutua asume la prestación económica de la incapacidad laboral y a partir del cual realiza el control y seguimiento del proceso (Real decreto 575/1997 de 18 de abril).

La base de datos depurada y validada definitiva consta de **5.997** registros.

El periodo de estudio comprende los años 2008, 2009 y 2010, seleccionando los procesos de incapacidad laboral controlados en estos tres años, por lo que se incluyen los que se iniciaron en 2007 y continúan en 2008, y los que se inician en 2010 y no son dados de alta hasta 2011.

El seguimiento y control de los procesos de incapacidad en contingencias comunes se realiza, generalmente por médicos, especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria la mayoría de ellos, a quienes nos referiremos en adelante como médicos de control. No obstante, estructuralmente, Ibermutuamur cuenta en su plantilla con otros especialistas que se encargan del control y seguimiento de los trabajadores diagnosticados con procesos de su especialidad. En este sentido, durante este periodo de tiempo, cuatro psiquiatras y 15 psicólogos en 2008, 11 en 2009 y 11 en 2010, compartían la gestión de los procesos de salud mental con los médicos de control.

Los diagnósticos están codificados utilizando la CIE 9 – MC para el código 309 Reacción de adaptación, vigente en el Servicio Público de Salud y en nuestro propio sistema informático en esas fechas.

Para la codificación de los datos laborales de los trabajadores se ha utilizado la Clasificación Nacional de Ocupaciones 1994 (CON-94). La Clasificación nacional de Ocupaciones 2011 (CON-11) se aprueba en el Real Decreto 1591/2010 de 26 de diciembre.

Las provincias se codifican utilizando como fuente el código del instituto Nacional de Estadística.

Para su análisis, las bases reguladoras de la prestación económica de los trabajadores se han agrupado en tres tramos; hasta 30 €, de 31 a 65 € y mayor a 65 €. Se ha elegido un tramo medio que engloba la media de la base reguladora de los trabajadores de la Mutua en estos tres años.

La base reguladora media en el año 2008 fue de 44,37 €, la del año 2009 de 45,68 y la del año 2010 de 51,48 €. La diferencia entre las de los dos primeros años y el tercero

se debe a un error en la grabación de la misma en algunos procesos, atribuyéndole un número fijo cuando todavía no se disponía del dato real y no corregirse posteriormente, lo que ha supuesto una disminución de la media.

Las propuestas de alta no se codifican, están registradas por la fecha de petición, y ese es el dato que se utiliza. Para el cálculo de los días transcurridos desde la baja médica de los procesos hasta la solicitud de la propuesta de alta se excluyen los procesos con recaídas para evitar errores en el cálculo.

RESULTADOS

El número total de procesos de trabajadores en incapacidad temporal por contingencias comunes con el diagnóstico de Trastorno de adaptación durante los años 2008, 2009 y 2010 en todo el territorio nacional han sido **5997**.

El número total de procesos controlados en Ibermutuamur durante estos tres años fue de **275.638**; 104.975 (38,08%) en 2008, 86.530 (31,39%) en 2009 y 84.163 (30,53%) en 2010.

De ellos, **31.886** (11,57%) correspondieron a **procesos controlados con patología psiquiátrica**; 11.275 (10,74%) en 2008, 10.725 (12,39%) en 2009 y 9.889 (11,75%) en 2010. [Anexo 1](#)

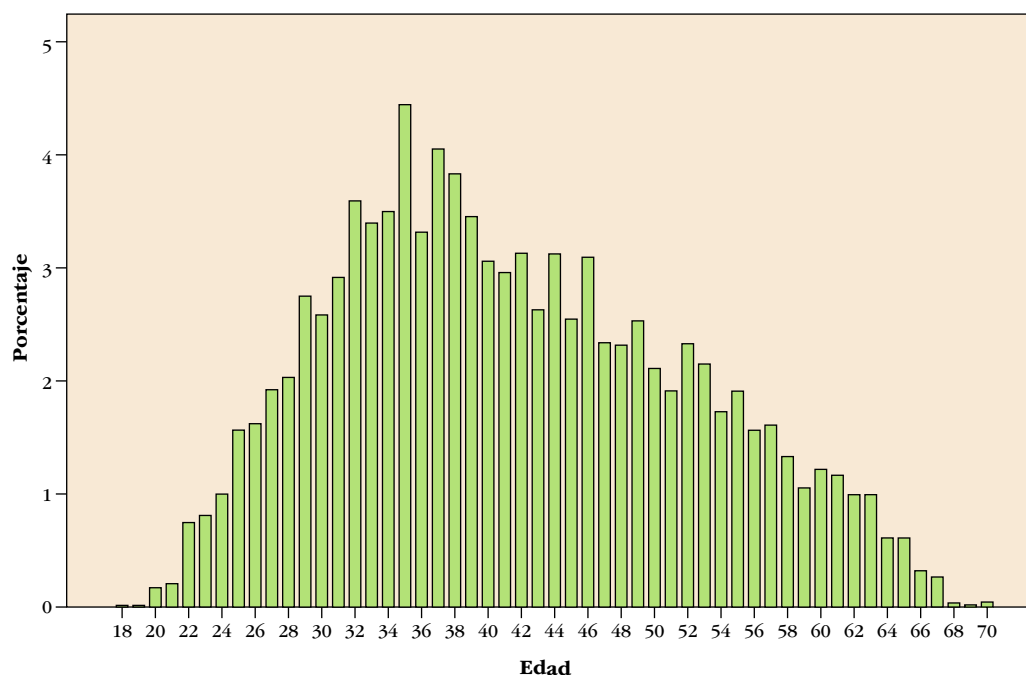
- Respecto al **sexo**, 3698 (61,7%) son mujeres y 2299 (38,3%) hombres.

- **Edad**

Se registran trabajadores con el diagnóstico seleccionado en todas las edades, desde los 18 a los 70 años.

El mayor número de procesos se registra a la edad de 35 años; 267 que suponen un 4,5% del total. Le siguen los trabajadores de 37 años; 243 (4,1%), y 38 años; 230 (3,8%).

Gráfico 1. Distribución por edad



La distribución por tramos de edad ha sido:

- Hasta los 24 años: 179 (2,98%).
- De los 25 a los 34 años: 1.553 (25,89%).
- De los 35 a los 44 años: 2.040 (34,01%).
- De los 45 a los 54 años: 1.264 (21,07%).
- De los 55 a los 64 años: 755 (12,58%).
- De 65 a 70 años: 80 (1,33%).

- En cuanto a la **actividad de los trabajadores** solo se encuentra detallada para 5.354 (89,27%).

El 17,7% de los trabajadores (1.060) pertenecen a la ocupación de Técnicos y profesionales de apoyo.

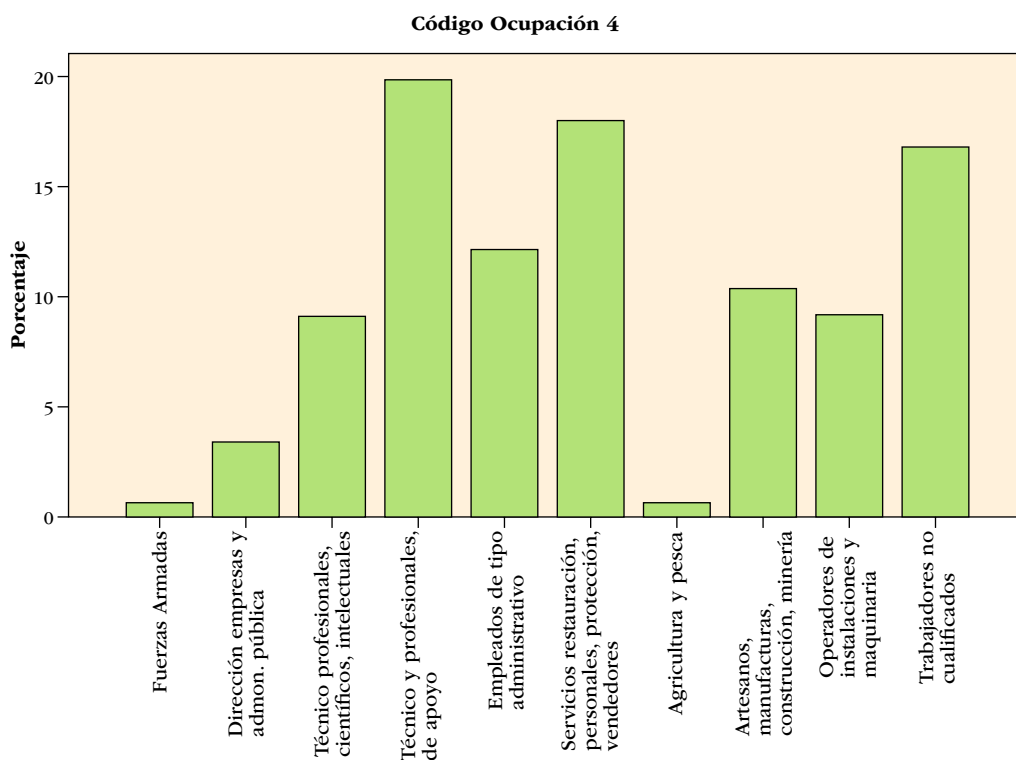
El 16,1 % (963) se encuentran en Servicios de restauración, personales, protección y vendedores.

Otro 15% (899) son Trabajadores no cualificados.

Entre los tres grupos suman el 48,72% del total de los trabajadores estudiados.

El resto se distribuye profesionalmente como indica la tabla siguiente:

Gráfico 2. Distribución de los trabajadores en relación con el código de actividad



- **Provincia**

La distribución de los procesos por provincia es la siguiente:

Tabla I. Distribución de procesos por provincia

Frecuencia Porcentaje			Frecuencia Porcentaje			Frecuencia Porcentaje		
Álava	17	0,3	Granada	70	1,2	Las Palmas	225	3,8
Albacete	121	2	Guadalajara	54	0,9	Pontevedra	31	0,5
Alicante	543	9,1	Guipúzcoa	14	0,2	Salamanca	21	0,4
Almería	26	0,4	Huelva	4	0,1	Santa Cruz	114	1,9
Ávila	13	0,2	Jaén	23	0,4	Cantabria	18	0,3
Badajoz	28	0,5	León	41	0,7	Segovia	29	0,5
Baleares	28	0,5	Lérida	1	0	Sevilla	60	1
Barcelona	111	1,9	La Rioja	17	0,3	Soria	3	0,1
Burgos	130	2,2	Lugo	13	0,2	Tarragona	10	0,2
Cáceres	23	0,4	Madrid	1829	30,5	Toledo	112	1,9
Cádiz	93	1,6	Málaga	253	4,2	Valencia	453	7,6
Castellón	5	0,1	Murcia	573	9,6	Valladolid	321	5,4
Ciudad Real	19	0,3	Navarra	15	0,3	Vizcaya	56	0,9
Córdoba	63	1,1	Orense	6	0,1	Zamora	33	0,6
Coruña	24	0,4	Asturias	157	2,6	Zaragoza	2	0
Gerona	8	0,1	Palencia	187	3,1			
Total						5997	100	

Tabla II. Proporción de procesos con patología psiquiátrica con relación al total de procesos por provincia

Mayor número de procesos con patología psiquiátrica con relación al número total de procesos controlados	%	Menor número de procesos con patología psiquiátrica con relación al número total de procesos controlados	%
Barcelona	20,65	La Rioja	6,68
Zaragoza	19,89	Segovia	6,32
Las Palmas de G. C.	17,56	Guadalajara	6,02
Valencia	16,75	Soria	4,95
Baleares	14,69		

Tabla III. Proporción de procesos con diagnóstico. Reacción de adaptación con relación al número de procesos u por provincia

Mayor número de procesos con diagnóstico R.A. con relación al número de procesos psiquiátricos	%	Mayor número de procesos con diagnóstico R.A. con relación al número de procesos psiquiátricos	%
Ávila	76,47	Granada	6,46
Sta. Cruz de Tenerife	49,57	Sevilla	6,27
Las Palmas de G.C.	41,51	Zaragoza	5,56
Palencia	39,62	Pontevedra	5,38
Albacete	36,78	La Coruña	5,36
Burgos	35,62	Almería	4,99
		Salamanca	4,87
		Orense	3,70
		Huelva	2,30

Madrid, Murcia y Alicante son las tres provincias con mayor número de trabajadores afectados por esta patología; 2945 trabajadores (49,10%). Pero también son las tres provincias que reúnen el mayor número de trabajadores en situación de incapacidad laboral y los diagnosticados de patología psiquiátrica.

Solo se ve relación entre el porcentaje de procesos diagnosticados como patología psiquiátrica y el diagnóstico de Trastorno de adaptación en Las Palmas de Gran Canaria. En Canarias es donde se diagnostica con más frecuencia.

- Teniendo en cuenta el **diagnóstico**, comprobamos que el mayor número de trabajadores han sido diagnosticado con la descripción genérica para el código 309 – Reacción de adaptación: 2.638 procesos (44,0%).

Le siguen en diagnóstico los códigos 309.28 Reacción de adaptación con características emocionales mixtas: 1.281 procesos (21,4%) y 309.24 Reacción de adaptación con humor de ansiedad: 926 procesos (15,4%). Entre los dos representan el 36,80% del total.

Tabla IV. Distribución de procesos por código diagnóstico y tramo de edad

		Tramo de edad						Total
		16-24	25-34	35-44	45-54	55-64	> de 65	
Código Diagnóstico	Reacción de adaptación (309)	Recuento 3,10	676 25,70	901 34,20	614 23,30	333 12,60	30 1,10	2635 100,00
	R.A. con alteración de emociones y conducta (309.4)	Recuento 2,10	92 27,60	126 37,80	70 21,00	36 10,80	2 0,60	333 100,00
	Otras reacciones de adaptación especificadas (309.8)	Recuento 9,70	9 29,00	10 32,30	7 22,60	2 6,50	0 0,00	31 100,00
	Trastorno por estrés postraumático prolongado (309.81)	Recuento 12,80	6 31,90	15 19,10	9 21,30	10 12,80	6 2,10	47 100,00
	R.A. con síntomas físicos (309.82)	Recuento 4,30	1 21,70	5 43,50	10 8,70	2 17,40	4 4,30	23 100,00
	R. A. con retraimiento (309.83)	Recuento 0,00	0 35,70	5 14,30	2 42,90	6 7,10	1 0,00	14 100,00
	Otra R.A. especificada NCOC (309.89)	Recuento 15,40	2 30,80	4 30,80	1 7,70	1 7,70	1 7,70	13 100,00
	R.A. no especificada (309.9)	Recuento 2,60	5 27,40	52 33,20	63 27,40	52 8,90	17 0,50	190 100,00
	Reacción depresiva leve (309.0)	Recuento 5,40	9 31,50	53 35,10	59 16,70	28 10,70	18 0,60	168 100,00
	Reacción depresiva prolongada (309.1)	Recuento 1,90	3 16,30	26 31,90	51 18,10	29 27,50	44 4,40	160 100,00
	R. A. con perturbación de otra emoción (309.2)	Recuento 0,00	0 40,90	18 20,50	9 18,20	8 18,20	8 2,30	44 100,00
	Trastorno de ansiedad por separación (309.21)	Recuento 2,80	2 20,80	15 48,60	35 23,60	17 4,20	3 0,00	72 100,00
	R.A. con humor de ansiedad (309.24)	Recuento 3,70	34 30,90	286 31,40	290 23,00	213 10,30	95 0,80	925 100,00

			Tramo de edad						Total
			16-24	25-34	35-44	45-54	55-64	> de 65	
Código Diagnóstico	R. A. con características emocionales mixtas (309.28)	Recuento % dentro de Código Diagnóstico	24 1,90	281 21,90	456 35,60	314 24,50	179 14,00	27 2,10	1281 100,00
	Otra R.A. con perturbación de otras emociones (309.29)	Recuento % dentro de Código Diagnóstico	1 10,00	1 10,00	3 30,00	4 40,00	1 10,00	0 0,00	10 100,00
	R.A. con alteración predominante de conducta (303.3)	Recuento % dentro de Código Diagnóstico	1 2,20	15 33,30	12 26,70	9 20,00	7 15,60	1 2,20	45 100,00
	Total	Recuento % dentro de Código Diagnóstico	179 3,00	1553 25,90	2040 34,10	1384 23,10	755 12,60	80 1,30	5991 100,00

Después de realizar los contrastes de hipótesis (test ji-cuadrado de Pearson) para comparación de porcentajes entre variables obtenemos dependencias entre las variables diagnóstico y edad ($p < 0,05$).

El diagnóstico genérico de Reacción de adaptación se presenta con mayor frecuencia en los tramos de edad comprendidos entre los 35 y 44 años: 901, 15,03% del total de registros, y los 45 y 54 años: 614 procesos, 10,24%.

Inmediatamente posterior, el diagnóstico de R. A. con características emocionales mixtas es el más frecuente para los mismos tramos de edad d: 452 (7,54%) y 314 (5,24%) procesos respectivamente.

Realmente son los diagnósticos más frecuentes para cualquier tramo de edad, excepto entre los 16 y 34 años, en el que es más frecuente el de R. A. con humor de ansiedad (309.24).

El tramo de edad comprendido entre los 35 y 44 años, es el de mayor frecuencia de diagnóstico para casi todos los subtipos diagnósticos.

• Seguimiento y control de los procesos

Los médicos de control siguieron 4.911 procesos (81,9% del total), 1.006 procesos los psicólogos (16,8%) y 80 los psiquiatras (1,3 %).

El código 309 Reacción de adaptación es el más frecuentemente diagnosticado por los tres: 1990 (40,52%) médicos, 639 (63,51%) psicólogos y 29 (36,25%) psiquiatras.

Le sigue el código 309.28 R. A. con características emocionales mixtas para médicos de control y psicólogos, 1084 (22,07%) y 173 (17,19%) respectivamente y el código 309.24 R.A. con humor de ansiedad en el caso de los psiquiatras, 24 (30%), código que también es el tercero en frecuencia para médicos de control y psicólogos: 809 (16,47%) y 109 (10,83) procesos.

Los psicólogos son los que mayor número de procesos mantienen en el código genérico 309.

La duración media de los procesos controlados por un médico de control fue de 162 días, la de los procesos controlados por un psiquiatra 246 días y 168 días si un psicólogo realizó el control y seguimiento de los mismos.

- El 90,3% de todos los trabajadores (5.416) no experimentó **recaída** en su proceso.

Tuvieron recaída 581. El 54,38% de las recaídas (316) se producen en mujeres.

El 30,63% de las recaídas se reparten a partes iguales entre las ocupaciones de Técnicos y profesionales de apoyo y Trabajadores no cualificados. Si le añadimos el grupo

de “Trabajadores de los servicios de restauración, personales, proyección y vendedores de los comercios” el porcentaje se eleva al 44%.

El 35,97% se producen en el tramo de edad comprendido entre los 35 y 44 años.

El mayor porcentaje de recaídas recae en el código genérico 309 (42,68%), pero el 26,85 del total se corresponden con el código diagnóstico 309.28 “R.A. con características emocionales mixtas (con una diferencia mayor del 50% con el siguiente 309.24 R.A. con humor de ansiedad). Estos resultados coinciden con los códigos diagnósticos más frecuentes.

La provincia que mayor número de recaídas presenta, con relación al número total de procesos en ella diagnosticados, es Madrid 246 (13,44%). Le siguen Las Palmas de G. C. con el 12,98% y Valencia con el 10,15%.

- Respecto al **pago de la prestación al trabajador**, el 66,1% (3.965) son trabajadores en pago delegado y 33% (2.032) en pago directo, de los que el 8,6% (516) son de cuenta propia y el 25,3% (1.516) de cuenta ajena.

Total de trabajadores por cuenta ajena: 5.481 (91,45).

Gráfico 3. Distribución por modo de pago.

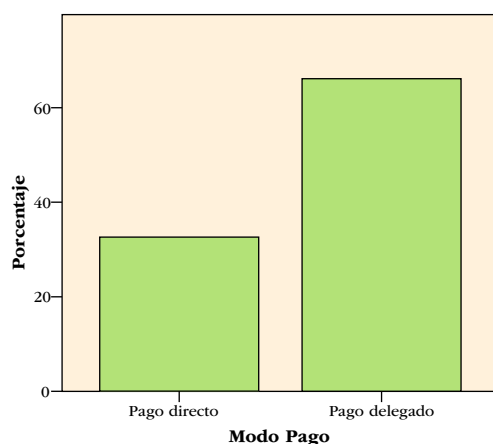
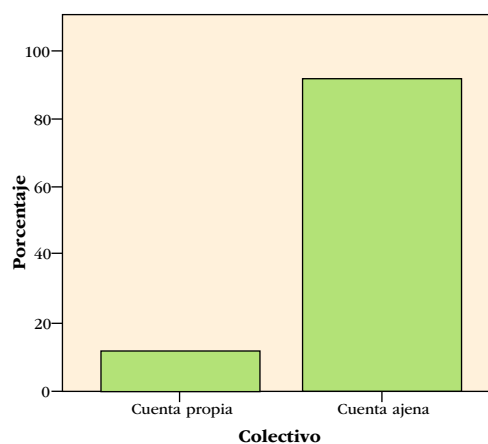


Gráfico 4. Distribución cuenta propia/cuenta ajena

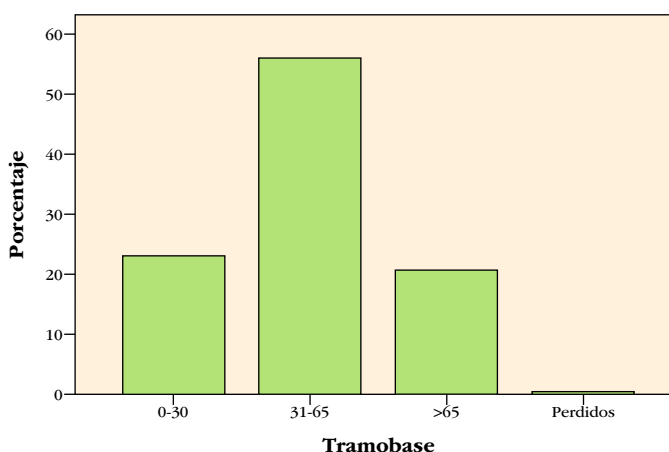


• Base reguladora

El mayor porcentaje de trabajadores tienen una base reguladora comprendida entre 31 y 65 €, tramo en el que se encuentra la media de la base reguladora de los trabajadores de la Mutua en ese periodo.

Los procesos de trabajadores con base reguladora inferior a 31 € tuvieron una duración media de 179 días, 161 días los de base reguladora entre 31 y 65 € y 156 días los de base reguladora mayor de 65 €.

Gráfico 5. Porcentaje de trabajadores en relación con la base reguladora de su prestación



- Los datos del **año de baja y alta de los procesos** son:

Tabla V. Año de baja y alta de los procesos

	Año de baja			Año de alta		
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
2007	485	8,1	8,1			
2008	2274	37,9	37,9	2008	1958	32,6
2009	1881	31,4	31,4	2009	2002	33,4
2010	1357	22,6	22,6	2010	1629	27,2
Total	5997	100	100	2011	230	3,8
				Total	5819	97
				Perdido	178	3
				Total	5997	100

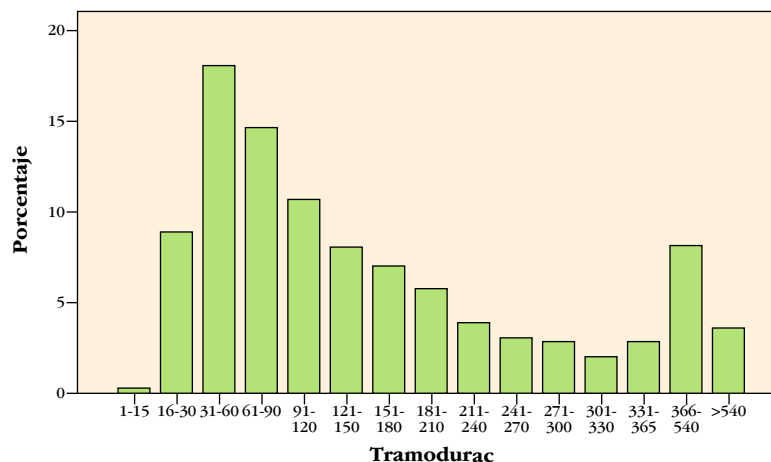
- En cuanto a los **meses de alta y baja de los procesos** no se observa ninguna diferencia importante que indique alguna tendencia en este sentido.

Tabla VI. Meses de baja y alta de los procesos

	Mes de baja			Mes de alta	
	Frecuencia	Porcentaje		Frecuencia	Porcentaje
Enero	463	7,7	Enero	612	10,2
Octubre	567	9,5	Octubre	528	8,8
Noviembre	480	8	Noviembre	482	8
Diciembre	371	6,2	Diciembre	428	7,1
Febrero	470	7,8	Febrero	427	7,1
Marzo	495	8,3	Marzo	532	8,9
Abril	531	8,9	Abril	500	8,3
Mayo	556	9,3	Mayo	518	8,6
Junio	570	9,5	Junio	547	9,1
Julio	538	9	Julio	536	8,9
Agosto	362	6	Agosto	405	6,8
Septiembre	594	9,9	Septiembre	482	8
Total	5997	100	Total	5997	100

- Distribución de los procesos según los **días en IT**.

Gráfico 6. Distribución de los procesos en relación con los días de baja laboral



El 18,2% del total de los procesos (1.089) tiene una duración entre 31 y 60 días.

El 52,6% de las bajas (3.153) se concentran en duraciones inferiores a cuatro meses.

El 11,8% (705) supera el año en situación de incapacidad laboral y el 3,6% (214) los 18 meses.

Después de realizar los contrastes de hipótesis (test ji-cuadrado de Pearson) para comparación de porcentajes entre las variables duración y edad obtenemos dependencias entre las variables ($p < 0,05$).

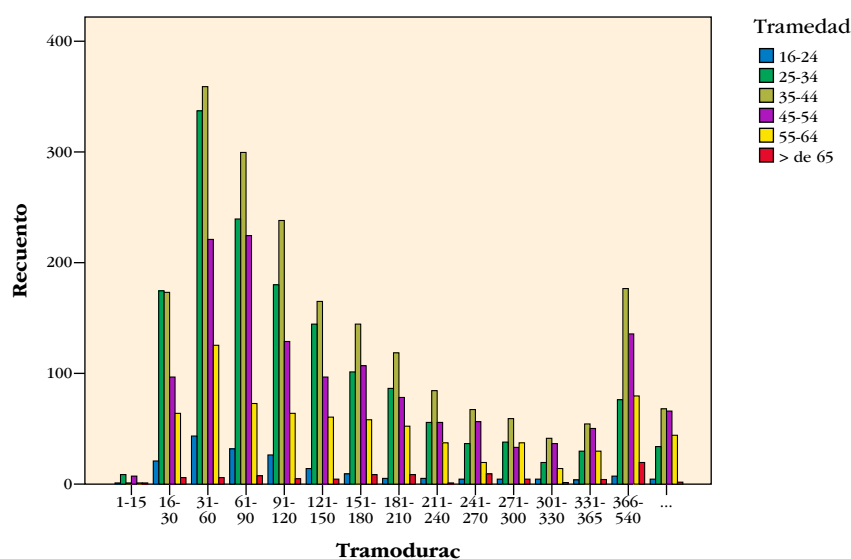
El mayor número de procesos está en el tramo de duración de 31 a 60 días para las edades comprendidas entre los 35 y los 44 años, 357 (5,95%) y entre los 25 y 34 años, 337 (5,61%).

Este tramo de duración se repite para cualquier tramo de edad excepto para mayores de 65 años.

Tabla VII. Duración de los procesos en relación con la edad del trabajador

	Tramedad						Total
	16-24	25-34	35-44	45-54	55-64	> de 65	
0-15	0	8	1	7	1	0	17
16-30	20	174	173	95	63	5	530
31-60	44	337	357	219	126	6	1089
61-90	32	239	300	224	72	7	874
91-120	26	179	237	129	64	4	639
121-150	14	144	165	96	60	4	483
151-180	8	101	143	106	58	8	424
181-210	4	86	118	78	51	9	346
211-240	4	55	84	55	37	1	236
241-270	4	36	66	56	19	5	186
271-300	4	37	58	33	37	4	173
301-330	5	19	41	36	14	2	117
331-365	4	29	54	50	30	5	172
366-540	7	76	176	135	79	18	491
> 540	3	33	67	65	44	2	214
Total	179	1553	2040	1384	755	80	5991
	3,00%	25,90%	34,10%	23,10%	12,60%	1,30%	100,00%

Gráfico 7. Duración de los procesos en relación con la edad del trabajador



La mayor duración media de la baja médica se produce para el diagnóstico R.A. con síntomas físicos (309.82) que no está reflejado en los Tiempos Estándar de Incapacidad temporal del Instituto nacional de la Seguridad Social (INSS)⁹.

Los procesos con mayor duración media de la baja no son los procesos diagnosticados con mayor frecuencia.

Si comparamos la duración media de las bajas de cada diagnóstico con el Tiempo Estándar del INSS, vemos que lo supera con un amplísimo margen ([Tabla VIII](#)).

La duración del 25% de los procesos (percentil 25) aunque por encima del Tiempo estándar del INSS no muestra cifras tan alejadas del mismo como la duración media, a excepción del diagnóstico 309.81 Trastorno por estrés postraumático prolongado, en que incluso está por debajo.

No obstante, en comparación con la mediana (percentil 50) duración del 50% de los procesos, la gran diferencia para la mayoría de los diagnósticos es todavía más manifiesta, incluyendo al diagnóstico 309.81.

Tabla VIII. Duración de los procesos por diagnóstico con relación a los Tiempos Estándar del INSS

	Código diagnóstico CIE 9 MC	Duración media de la baja en días	Días en baja (Percentil 25)	Días en baja (Percentil 50)	Tiempo estándar INSS en días
309	Reacción de adaptación	151	55	108	20
309,0	Reacción depresiva leve	106	35	73	30
309,1	Reacción depresiva prolongada	231	94,75	197,5	60
309,2	R.A. con perturbación de otra emoción	111	46,5	76	20
309,21	Trastorno de ansiedad por separación	134	42,5	83	14
309,24	R.A. con humor de ansiedad	157	53	100	14
309,28	R.A. con características emocionales mixtas	193	71	148	30
309,29	Otra R.A. con perturbación de otras emociones	270	144	263	20
309,3	R.A. con alteración predominante de conducta	196	61	142	20
309,4	R.A. con alteración de emociones y conducta	181	65	119	20
309,8	Otras reacciones de adaptación especificadas	162	51,5	105	20
309,81	Trastorno por estrés postraumático prolongado	265	66,75	235,5	90
309,82	R.A. con síntomas físicos	273	73,5	181	
309,83	R.A. con retraimiento	140	39,5	66	
309,89	Otra R.A. especificada NCOC	209	86	210	20
309,9	R.A. no especificada	124	39,25	69	20

La *Official Disability Guideline*¹⁰, elaborada por el Workloss Data Institute, entidad privada en EE.UU. desde 1996, y que evalúa los días estimados de ausencia al trabajo en el percentil 50 (mediana) como duración esperada y en el percentil 90 (a riesgo) como duración máxima, establece para estos diagnósticos los siguientes datos [sólo incluyendo los procesos de duración mayor de 7 días (claims data) y no los de duración menor (all absence)]:

Tabla IX. Duración de los procesos por diagnóstico con relación a la Official Disability Guideline

Código diagnóstico CIE 9 MC		Días en baja (Percentil 50)	Official Disability Guideline WDI	
			Percentil 50	Percentil 90
309	Reacción de adaptación	108	16	45
309,0	Reacción depresiva leve	73	53	136
309,1	Reacción depresiva prolongada	197,5	48	69
309,2	R.A. con perturbación de otra emoción	76	21	93
309,21	Trastorno de ansiedad por separación	83	21	93
309,24	R.A. con humor de ansiedad	100	21	93
309,28	R.A. con características emocionales mixtas	148	69	127
309,29	Otra R.A. con perturbación de otras emociones	263	21	93
309,3	R.A. con alteración predominante de conducta	142	22	221
309,4	R.A. con alteración de emociones y conducta	119	50	215
309,8	Otras reacciones de adaptación especificadas	105	15	52
309,81	Trastorno por estrés postraumático prolongado	235,5	39	75
309,82	R.A. con síntomas físicos	181	15	52
309,83	R.A. con retraimiento	66	15	52
309,89	Otra R.A. especificada NCOC	210	15	52
309,9	R.A. no especificada	69	15	29

La duración de los procesos para el 50% de nuestros trabajadores y para casi todos los diagnósticos, se aproxima más a la duración de los procesos para el 90% de los trabajadores en la Guía americana, duración “a riesgo” o duración máxima. Constituyen la excepción los diagnósticos 309.0, 309.2, 309.3, 309.4 y 309.21, que aún alejándose mucho de la duración americana para el 50% de los trabajadores, mantienen una importante duración a la baja con relación a su duración máxima.

Ibermutuamur, publica, en el año 2011, Duración de la Incapacidad Temporal asociada a diferentes patologías en trabajadores españoles³, investigación financiada mediante subvención recibida de acuerdo con lo previsto en la Orden TIN/1902/2009 de 10 de julio (premios para el Fomento de la Investigación de la Protección social –FIPROS-).

Para el estudio de los Trastornos de adaptación en C. Comunes calcula únicamente el estándar de Ibermutuamur (mediana de la duración) para los códigos 309 Reacción de adaptación siguientes:

Tabla X. Duración mediana de los procesos del estudio Ibermutuamur del año 2011

Datos Ibermutuamur años 2003 a 2007					
	309	309.0	309.24	309.28	309.4
Percentil 50 (mediana)	78	92	74	85	74

Se observan importantes diferencias en cuanto a los datos ya que no son comparables debido a la diferencias en la selección y cálculo de la duración de los procesos.

- **Propuestas de alta**

Se solicitó propuesta de alta en 1.520 del total de los procesos (25,34%).

En el año 2008 se solicitó propuesta de alta para 568 procesos (20,58% de los procesos controlados en ese año y un 37,36% de las solicitadas en total en los tres años). De ellos a 76 (13,3%) se les solicitó una segunda propuesta. Y para alguno de ellos incluso una cuarta y una quinta propuesta (con alta a los tres meses y medio).

La mayoría, se solicitó para el código diagnóstico genérico Reacción de Adaptación 309 (258), seguidas por el 309.28, R.A. con características emocionales mixtas con 118 y 309.24 R.A. con humor de ansiedad, 96.

En el año 2009 se solicitó propuesta de alta para 510 procesos (27,11% de los procesos controlados ese año y un 33,55% de las solicitadas en los tres años). De ellos a 51 (10%) se les solicitó una segunda propuesta. E igualmente en este año, para algunos procesos hubo que solicitar una tercera propuesta llegando en un caso a la sexta solicitud (con alta a los tres meses y medio).

La mayoría 252 se solicitó para el código diagnóstico genérico 309, seguidas del 309.24 (105), y 309.28 (82).

En el año 2010 se solicitó propuesta de alta para 442 procesos (32,57% de los procesos controlados ese año y un 29,07% de las solicitadas en los tres años). De ellos a 55 (12,4%) se les solicitó una segunda propuesta, y para algunos una cuarta e incluso una quinta propuesta, consiguiendo el alta inmediata.

En relación con los diagnósticos de los procesos, la mayoría, 203 se solicitó para el código diagnóstico genérico 309, seguidas del 309.24 (79) y 309.28 (77).

La duración media de los procesos sin recaída (5416 procesos) cuando se solicita la propuesta de alta es de 173,41 días.

En el año 2008 fue de 126,98 días, en el año 2009 de 118,81 días y en el año 2010 de 78,16 días.

Tabla XI. Tiempo transcurrido desde la baja hasta la primera propuesta de alta

Tiempo desde baja hasta primera propuesta de alta (sólo episodios sin recaída)	
Percentil 25	55,00
Percentil 50	95,00
Percentil 75	155,00

Para el 50% de los procesos se solicita con anterioridad al 95 día de la baja, tiempo bastante por encima de la duración estándar establecida por el INSS para la mayoría de los diagnósticos, más si tenemos en cuenta la duración para el 25% de los procesos (percentil 25).

- Del total de los procesos, terminaron en **Incapacidad Permanente** 107 (1,8%)

El 64,5% de las altas por Incapacidad Permanente (69) se dieron a mujeres.

Tras realizar los contrastes de hipótesis (test ji-cuadrado de Pearson) para comparación de porcentajes entre variables, obtenemos dependencias entre las variables incapacidad permanente y medico de control ($p < 0,05$). El 93,5% (100) de las incapacidades permanentes son solicitadas por médicos de control.

El 1,9% (2) por psiquiatras y un 4,7% (5) por psicólogos.

Tras realizar los contrastes de hipótesis (test ji-cuadrado de Pearson) para comparación de porcentajes entre variables, obtenemos dependencias entre las variables

incapacidad permanente y recaída y, por otro lado, incapacidad permanente y tipo de pago ($p < 0,05$).

De los procesos con Incapacidad Permanente, 31 (29%) habían sido procesos con recaída.

El 85% (91) de los procesos con alta por Incapacidad Permanente correspondían a procesos en pago directo.

El 86,9% (93) de los procesos con alta por Incapacidad Permanente correspondía a procesos en pago por cuenta ajena.

Por lo que tendríamos 91 (85,04%) procesos en pago directo, de los que 77 (84,61%) corresponderían a pago por cuenta ajena.

El mayor número de altas por Incapacidad Permanente se producen en los **diagnósticos más frecuentes** y para los que se encuentra la mayor frecuencia en la relación con otras variables; Reacción de adaptación (28,03%), R.A. con características emocionales mixtas (23,26%) y R.A. con humor de ansiedad (13,08%). No obstante, considero importante tener en cuenta que un 9,34% de todas las altas por Incapacidad Permanente son debidas a Reacción depresiva prolongada (309.1).

Tabla XII. Número de altas por Incapacidad Permanente en los diferentes Códigos diagnósticos

	Código diagnóstico	Alta por I.P.
309	Reacción de adaptación	31
309.4	R.A. con alteración de emociones y conducta	12
309.8	Otras reacciones de adaptación especificadas	1
309.81	Trastorno por estrés postraumático prolongado	2
309.82	R.A. con síntomas físicos	1
309.83	R.A. con retraimiento	1
309.89	Otra R.A. especificada NCOC	
309.9	R.A. no especificada	4
309.0	Reacción depresiva leve	3
309.1	Reacción depresiva prolongada	10
309.2	R.A. con perturbación de otra emoción	1
309.21	Trastorno de ansiedad por separación	
309.24	R.A. con humor de ansiedad	14
309.28	R.A. con características emocionales mixtas	25
309.29	Otra R.A. con perturbación de otras emociones	
309.3	R.A. con alteración predominante de conducta	2
	Total	107

DISCUSIÓN

El mayor número de procesos diagnosticados en este periodo para esta patología corresponden a mujeres. En ellas es también en las que se produce un mayor número de recaídas y el mayor número de altas por Incapacidad Permanente. También estas dos situaciones se relacionan, de manera que, de los procesos que terminaron en Incapacidad Permanente, un tercio había sufrido recaída. Estos datos son importantes a la hora de realizar el control y seguimiento de estos procesos de cara a conseguir su resolución satisfactoria en el tiempo adecuado.

La edad en la que mayor número de trabajadores presentan esta patología son los 35 años. En las edades comprendidas entre 35 y 39 años es donde se presentan el mayor número de procesos, ampliándose en frecuencia hasta los 44. Realmente, si tenemos en

cuenta la edad de incorporación de las personas al trabajo en los últimos años, podemos decir que se trata de una patología con mayor incidencia en personas con una vida laboral corta, menos la Reacción de adaptación con humor de ansiedad que se presenta con mayor frecuencia en la década anterior, es decir en edades aún más jóvenes.

La coincidencia de los datos en sexo y edad se repite en varios de los estudios revisados¹¹.

Un dato a tener en cuenta es que en los mayores de 65 años la duración de la mayoría de sus procesos es superior al año.

Para el 44% del total de los procesos, el no detallar ninguna especificación sintomática que lo clasifique en un subtipo diagnóstico determinado y no sólo como Reacción de adaptación, hace que se pierda mucha información acerca del diagnóstico específico en el global del diagnóstico y en la relación con el resto de las variables. Los subtipos diagnósticos (con el genérico Reacción de adaptación) son los que se repiten en frecuencia y también en casi todos los resultados al relacionarlos con otras variables: recaídas, edades más frecuentes de diagnóstico, número de propuestas de alta, procesos atendidos por médico de familia, psiquiatra o psicólogo. Sin embargo, no son los subtipos diagnósticos que mayor duración en situación de incapacidad presentan, sino el 309.82 R.A. con síntomas físicos, el 309.29 R.A. con perturbación de otras emociones; trastornos en los que puede incidir en mayor grado la indiferenciación diagnóstica o la comorbilidad, seguidos por el 309.81 Trastorno por estrés postraumático prolongado y 309.1 Reacción depresiva prolongada, para los que sí están descritos duraciones más altas en los tiempos estándar del INSS.

No parece que un determinado tipo de ocupación de los trabajadores esté más relacionada con esta patología en nuestra muestra de evaluación. Los grupos, además, no son equiparables en cuanto a sus características de cualificación laboral.

En Santa Cruz de Tenerife y Las Palmas de G.C. (enclaves de nuestros centros en Canarias) el diagnóstico de esta patología es muy frecuente. Una explicación podría ser el mayor número de desplazados por motivos laborales que residen allí y el alto número de inmigrantes. Llama la atención también, y en principio sin ninguna explicación que justifique estos resultados, la poca frecuencia diagnóstica de esta patología en Galicia, a pesar de que el porcentaje de patología psiquiátrica con relación al total e procesos controlados es mayor al 12% en todas las provincias. Un porcentaje muy importante de procesos es llevado por médicos de control (81,9%), pero no disponemos de mucha información para sacar conclusiones respecto a los llevados por psiquiatras (sobre todo, tan solo 80 procesos) o por psicólogos. Además, los pacientes pueden ser derivados a especialistas ajenos o por nuestros médicos o por los del Servicio Público de Salud. Para poder llegar a alguna conclusión efectiva sería necesario analizar todos estos determinantes.

En un estudio realizado por médicos de otra Mutua¹¹ relativo a la influencia del peritaje en la duración de la IT en la patología psiquiátrica más frecuente en contingencias comunes, en el que incluyen específicamente los trastornos de adaptación, los resultados les llevan a cuestionarse si está justificada la derivación de los pacientes a un especialista externo y concluyen que no lo está.

Coincide plenamente con los resultados de este estudio, ya que la duración media de procesos controlados por psiquiatras es mayor a la de los controlados por médico de control y psicólogos.

La explicación puede estar en la derivación a los psiquiatras de los pacientes con sintomatología más intensa y procesos más difíciles de controlar.

El número de recaídas de los procesos se relaciona directamente con la mayor frecuencia de la mayoría de las variables analizadas: sexo, edad, código diagnóstico, altas por Incapacidad Permanente y provincias con mayor número de procesos con este diagnóstico.

El 77% de las altas por Incapacidad Permanente corresponden a procesos en pago directo cuenta ajena. Cuando un proceso supera el año de duración y pasa a ser evaluado por el INSS, pasa a esta situación.

El año de mayor número de bajas fue 2008, progresivamente han ido bajando en 2009 y 2010 por posible efecto de la crisis económica. Realmente hay menor número de trabajadores afiliados a la Mutua por el cierre de muchas empresas y el ajuste de personal laboral en las mismas, por lo que la posibilidad del desempleo ha llevado consigo la disminución del absentismo. En España, el absentismo laboral en 2007 era del 4,10% y en el 2010 un 3,60% según el Estudio de evolución del absentismo por países (UE) 2007/2010 de Price Waterhouse Coopers, S.L.

No obstante, la previsión de reajuste de personal en las empresas con la posibilidad de pasar a la situación de desempleo también provoca el aumento de bajas laborales por esta patología¹².

Aunque la duración media para el porcentaje mayor de los procesos (18,2%) es de 31 a 61 días, el 52,6% del total llega a hasta los 120 días. La duración de cada subtipo diagnóstico supera con mucho los Tiempos Estándar del INSS. En este aspecto existe un marco de mejora importante, en el que pueden estar implicadas algunas de las variables del propio proceso: mejora diagnóstica y, por lo tanto, tratamiento adecuado, aumento de las propuestas de alta y solicitud más temprana en la evolución el proceso¹³.

Aumenta cada año el número de propuestas de alta solicitadas en relación con el número de procesos controlados. En muchos procesos hay que solicitarla de forma reiterada. Es posible que esté relacionado con la falta de criterios diagnósticos claros para encuadrar esta patología y su evolución, como hemos venido mencionando, no considerando la Inspección del S.P.S. el alta con nuestra propuesta.

La solicitud de propuesta de alta no se ajusta al tiempo estándar de duración de los procesos más diagnosticados según el INSS, por lo que no contribuyen todo lo que sería deseable a la disminución de la duración de los procesos.

Consideramos que es importante no demorar los procesos realizando las actuaciones necesarias precozmente con el objeto de evitar situaciones de renta.

Tanto el DSM-IV (APA 2001) como la CIE -10 (OMS 1992) determinan que el diagnóstico de trastorno adaptativo está enmarcado en la evaluación de ciertas variables: forma, contenido y gravedad de los síntomas, antecedentes y personalidad, y suceso o situación de la vida cotidiana. A pesar de los esfuerzos por especificar sus criterios, la práctica clínica pone de manifiesto que siempre ha sido objeto de polémica por conservar, hasta nuestros días, una definición diagnóstica vaga y residual¹⁴.

En esta línea, Casey y Dowrick opinan que dos aspectos ambiguos definen el diagnóstico de los trastornos adaptativos. Destacan la diferenciación imprecisa de sus manifestaciones y las reacciones esperadas ante la adaptación y la superposición del diagnóstico respecto a otros trastornos^{14, 15}.

En la misma línea, Batlle considera a los Trastornos de adaptación como una categoría intermedia entre la adaptación normal y un trastorno mental diagnosticable específico. Esta condición intermedia y la falta de toda lista específica de síntomas pueden facilitar la presencia de problemas en el momento de categorizar el diagnóstico⁸.

Seguramente esto influye a la hora de asignar la mayoría de los procesos una categoría diagnóstica concreta dependiendo del síntoma predominante y al intentar analizar algunos resultados con este síntoma como diferenciación, se tropieza con la numerosa proporción de procesos sin codificación detallada, sólo adscritos al diagnóstico genérico Reacción de adaptación.

Aun así, considero que la información que proporciona los resultados obtenidos puede ser útil en el futuro para mejorar el control y seguimiento de los trabajadores afectados por esta patología, ya que muchos de ellos reflejan un marco de mejora

estimable. No obstante, los resultados de este estudio no pueden considerarse extrapolables a la totalidad de la población con esta patología, ya que la población estudiada corresponde a trabajadores de empresas afiliadas a Ibermutuamur, por lo que no son representativos de la población general.

Los factores socioeconómicos pueden ser más importantes a la hora de determinar la duración de la Incapacidad Temporal que incluso la propia patología, por lo que es conveniente realizar una entrevista clínica detallada que tenga en cuenta todos los aspectos (socio-familiares, laborales, económicos...) que pueden condicionar el inicio y el mantenimiento del paciente en esta situación.

Por otro lado, dentro de la categoría de los Trastornos de adaptación también se incluyen problemas cada vez más frecuentes como los relacionados con el acoso ("mobing" etc.), o el "síndrome del quemado" ("burn out"), etc., que se consideran "formas extremas de la sintomatología propia de los trastornos de adaptación" (Gómez-Macías et al., 2006)¹⁶.

Además, sería importante revisar los criterios diagnósticos de esta patología de forma que pueda delimitarse claramente, y conseguir una correcta adjudicación diagnóstica de los pacientes, con el consiguiente ajuste del tratamiento y el acortamiento de la incapacidad laboral que en estos momentos acarrea.

CONCLUSIONES

A tenor de los resultados y del análisis realizado, no hay ninguna variable que por sí misma pueda determinar la toma de decisiones para mejorar la gestión de la incapacidad laboral por esta patología, pero quizá sí la confluencia de varias de ellas pueda orientar a su gestión, ya que pueden tenerse en cuenta los datos que marcan la frecuencia en mujeres y en ellas, su mayor frecuencia de recaídas y evolución a incapacidad permanente, en edades comprendidas entre los 35 y 39 años.

Deberían incrementarse los programas específicos para ellas, de detección precoz, valoración, seguimiento y tratamiento de esta patología. Así podría minimizarse el impacto en su calidad de vida y en su vida laboral.

Es necesario codificar los procesos de acuerdo al síntoma predominante, ya que, no hacerlo, supone una pérdida importante de información para sacar conclusiones generales de impacto en la gestión, ya que considero que ha sido el inconveniente mayor a la hora de la explotación de datos de la muestra estudiada.

Realmente un mayor y mejor registro de los mismos permitiría entender mejor la relación existente entre los distintos factores o variables y la Incapacidad Temporal.

Así mismo, la adscripción correcta de los pacientes al diagnóstico de Trastorno de adaptación y su identificación respecto a la sintomatología predominante que presentan en el contexto del mismo, permitirá realizar el tratamiento más adecuado, lo que va a determinar la evolución de esta patología ajustándola al tiempo de recuperación funcional suficiente para el desempeño de los requerimientos o tareas profesionales del trabajador, evitando la permanencia excesiva en situación de incapacidad temporal que en ocasiones esconde problemas de otra índole.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vilariño Rodríguez DM, Vicaria Arroyo FJ. Trastornos de ansiedad-depresión en contingencia común en la ciudad de Málaga. Máster Universitario en Medicina Evaluadora-Edición 2009. Instituto de Formación Continua. Universidad de Barcelona - Asepeyo; 2010.
2. Estrategia en Salud Mental del sistema Nacional de salud 2009-2013. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Sanidad 2011.

3. Duración de la Incapacidad Laboral asociada a diferentes patologías en trabajadores españoles. Investigación financiada al amparo de lo previsto en la Orden TIN/190272009 de 10 de junio (premios FIPROS, Fondo para el Fomento de la Investigación de la Protección social).
4. Absentismo laboral en tiempos de crisis. PIMEC: Pequeña y Mediana Empresa de Cataluña. 2011.
5. Clasificación de enfermedades mentales de la American Psychiatric Association (APA) DSM IV-TR. Disponible en http://www.psicocarea.com/dsm_iv.htm
6. CIE 10. Disponible en http://www.psicomed.net/cie_10/cie10_indice.html
7. Gutiérrez Miras MG, Peñas Martínez L, Santiuste de Pablos M, García Ruipérez D, Ochotorena Ramírez MM, San Eustaquio Tudanca F, Cánovas Martínez M. Comparación de los sistemas de clasificación de los trastornos mentales CIE 10 y DSM IV. Atlas VPM 2008; 5:220-222.
8. Batlle Vila S. Trastornos de Adaptación. Universidad Autónoma de Barcelona 2009.
9. Tiempos Estándar de Incapacidad Temporal. Instituto Nacional de la Seguridad Social; 2009.
10. Official Disability Guidelines. Work-loss Data Institute. 12 ed.; 2007.
11. Almarcha Vicente MI, Aparicio Navarro JV, Enguix Monzó V. Influencia del peritaje en la duración de la IT en la patología psiquiátrica más frecuente en contingencias comunes. Máster Universitario en Medicina Evaluadora-Edición 2006-2007. Instituto de Formación Continua. Universidad de Barcelona - Asepeyo; 2010.
12. Rodríguez Ortiz de Salazar B, Gómez Gállego A, García Parra A, López Gómez I. Sintomatología depresiva asociada al trabajo como causa de incapacidad laboral en la Comunidad de Madrid. Mapfre medicina 2005; 16:184-194.
13. Baumeister H, Kufner K. It is time to adjust the adjustment disorder category. Current Opinion in Psychiatry 2009; 22:409-412.
14. Herrero Gómez V, Cano Vindel A. Un caso de trastorno adaptativo con ansiedad: evaluación, tratamiento y seguimiento. Anuario de Psicología Clínica y de la Salud 2010; 6:53-59.
15. Giovanni Carta M, Balestrieri M, Murru A, Hardoy MC. Adjustment Disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. Clínica Practic and Epidemiology in Mental Health; 2009.
16. Baños Rivera RM, Guillén Botella V, Botella Arbona C, García Palacios A, Jorquera Rodero M, Quero Castellano S. Un programa de tratamiento para los trastornos adaptativos. Un estudio de caso. Apuntes de Psicología 2008; 26:303-316.
17. Guía de valoración de incapacidad laboral para médicos de atención primaria. Escuela Nacional de Medicina del trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación. 2010.
18. Casey P. Adjustment Disorder: Epidemiology, Diagnosis and Treatment. CNS Drugs 2009; 23:927-938.
19. Incapacidad temporal por patología psiquiátrica en un centro de salud. Centro de Salud Urbano Dr. Pujol i Capsada. El Prat de Llobregat -Barcelona). 2000.
20. Dobricki M, Komproe IH, de Jong JTV. Adjustment disorders after severe life-events in four postconflict settings. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2010; 45:39-46.
21. Herrero Gómez V, Cano Vindel A. Un caso de trastorno adaptativo con ansiedad: evaluación, tratamiento y seguimiento. Anuario de Psicología Clínica y de la Salud 2010; 6:53-59.
22. Vázquez Díaz AJ, Pérez Cano D, Moreno Ramos R, Arroyo Yanes F, Suárez Delgado JM. Factores psicosociales motivacionales y estado de salud. Med Segur Trab 2010; 56:12-21.
23. Baumeister H, Harter M. Prevalence on mental disorders based on general population surveys. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2007; 42: 537-46.
24. Laugharne J, van der Watt G, Janca A. It is too early for adjusting the adjustment disorder category. Curr Opin Psychiatry 2009; 22:50-54.

ANEXO I

N.º Procesos Controlados	2008			2009			2010			2008, 2009 y 2010		2008, 2009 y 2010		
	TOTAL NACIONAL	TRASTORNOS MENTALES	%	TOTAL NACIONAL	TRASTORNOS MENTALES	%	TOTAL NACIONAL	TRASTORNOS MENTALES	%	TOTAL 2008, 2009 y 2010	TOTAL T. MENTALES 2008, 2009 y 2010	%	R.A. / TOTAL MENTALES	
Albacete	1.115	116	10,40	951	117	12,30	978	96	9,82	3.044	329	10,81	121	36,78
Alicante	9.784	1.136	11,61	8.281	1.171	14,14	7.733	1.019	13,18	25.798	3.326	12,89	543	16,33
Almería	1.865	182	9,76	1.633	180	11,02	1.428	159	11,13	4.926	521	10,58	26	4,99
Asturias	5.036	523	10,39	3.189	463	14,52	3.429	472	13,76	11.654	1.458	12,51	157	10,77
Ávila	0	0		72	4	5,56	99	13	13,13	171	17	9,94	13	76,47
Badajoz	1.354	97	7,16	929	100	10,76	828	75	9,06	3.111	272	8,74	28	10,29
Baleares	816	116	14,22	785	129	16,43	815	110	13,50	2.416	355	14,69	28	7,89
Barcelona	2.735	506	18,50	2.215	499	22,53	2.318	496	21,40	7.268	1.501	20,65	111	7,40
Burgos	1.412	99	7,01	1.323	118	8,92	1.367	148	10,83	4.102	365	8,90	130	35,62
Cáceres	697	55	7,89	576	58	10,07	545	55	10,09	1.818	168	9,24	23	13,69
Cádiz	1.388	158	11,38	1.152	148	12,85	1.019	118	11,58	3.559	424	11,91	93	21,93
Cantabria	765	79	10,33	502	60	11,95	407	42	10,32	1.674	181	10,81	18	9,94
Ciudad Real	426	33	7,75	373	30	8,04	604	54	8,94	1.403	117	8,34	19	16,24
Córdoba	791	80	10,11	550	72	13,09	651	78	11,98	1.992	230	11,55	63	27,39
Granada	4.515	421	9,32	4.026	377	9,36	3.436	286	8,32	11.977	1.084	9,05	70	6,46
Guadalajara	1.602	97	6,05	1.824	102	5,59	1.661	107	6,44	5.087	306	6,02	54	17,65
Huelva	657	41	6,24	610	59	9,67	625	74	11,84	1.892	174	9,20	4	2,30
Jaén	725	75	10,34	487	63	12,94	476	48	10,08	1.688	186	11,02	23	12,37
La Coruña	1.567	163	10,40	1.020	140	13,73	1.075	145	13,49	3.662	448	12,23	24	5,36
La Rioja	853	41	4,81	404	36	8,91	404	34	8,42	1.661	111	6,68	17	15,32
Las Palmas	872	166	19,04	1.112	201	18,08	1.103	175	15,87	3.087	542	17,56	225	41,51

Trastorno de adaptación.

Análisis de la Incapacidad Laboral por contingencias comunes en Ibermutuamur, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social

Rosa Carmen Enauita Martín, Rafael Ramos Muñoz

MEDICINA y SEGURIDAD *del trabajo*

Revisión

Riesgo psicosocial de los trabajadores inmigrantes en España

Psychosocial risk of immigrant workers in Spain

Sanchis-Ruiz, A.¹; Varela-Hall, C.²; Martins-Muñoz, G.³, y Díaz-Sotero, M.⁴

1. Residente Medicina del Trabajo Hospital Infanta Leonor, Madrid. España.

2. Residente Medicina del Trabajo Fundación Jiménez Díaz, Madrid. España.

3. Residente Medicina del Trabajo Hospital Clínico San Carlos, Madrid. España.

4. Residente Medicina del Trabajo Hospital Clínico San Carlos, Madrid. España.

Recibido: 13-05-13

Aceptado: 23-07-13

Correspondencia

Antonio Sanchis Ruiz

Residente Medicina del Trabajo

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales

Hospital Universitario Infanta Leonor

Avenida Gran Vía del Este, 80

28031 Madrid (España)

Teléfono: 911918013

Correo electrónico: sarua1983@gmail.com

Resumen

Introducción: España en las últimas décadas ha sido un receptor de un intenso flujo migratorio, sin embargo, por la crisis financiera actual, se está evidenciando un gran descenso. La inmigración está ligada al trabajo y búsqueda de mejores condiciones de vida. El trabajador inmigrante presenta una serie de riesgos psicosociales.

Metodología: Se realiza búsqueda en principales bases de datos bibliográficas mediante palabras clave y se descriptores, aplicando posteriormente criterios de pertinencia, inclusión y exclusión, seleccionándose un total de 15 artículos que se clasifican mediante los criterios de evidencia del Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).

Resultados: Ser inmigrante conlleva a mayor discriminación, racismo y xenofobia en el lugar del trabajo. Las mujeres son más vulnerables a riesgos psicosociales. La mayoría de estudios resaltó la existencia de precariedad laboral. También hay discriminación más notable con ciertas nacionalidades. Muchos inmigrantes con estudios de alto nivel, se dedican a trabajos poco cualificados.

Discusión: La mayor parte de los artículos revisados consideran que las condiciones de trabajo del inmigrante en España están caracterizadas por la precariedad, inestabilidad y por tanto vulnerabilidad en el ámbito laboral. También hay peor salud auto percibida, distrés físico y mayor riesgo de trastornos mentales. Diferencias de incidencia de acuerdo al género, siendo el sexo femenino más vulnerable.

Conclusiones: En los artículos revisados la población inmigrante, en su mayoría, procede de países de menores rentas. Es relevante la discriminación percibida por un alto porcentaje de los inmigrantes en España en el entorno laboral. En general, el inmigrante se ve limitado en cuanto al tipo de trabajo al que accede, sus condiciones y derechos laborales.

Med Segur Trab (Internet) 2013; 59 (232) 345-360

Palabras clave: Trabajador inmigrante, riesgo psicosocial, España.

Abstract

Introduction: During the last decades, Spain has been a receptor of an intense migratory flow, however, by the current financial crisis, it is showing a great fall. Immigration is linked to work and the search of better living conditions. The immigrant worker has several psychosocial risks.

Methods: We performed a search in the main bibliographic databases using key words and descriptors, subsequently applying relevance, inclusion and exclusion criteria, selecting a total of 15 articles to which we applied the evidence criteria of the Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).

Results: Being an immigrant leads to greater discrimination, racism and xenophobia at the workplace. Women are most vulnerable to psychosocial risks. Most of the studies also highlighted the existence of job insecurity. There is more discrimination among some nationalities. Many immigrants with a high level of studies, dedicate to low qualified jobs.

Discussion: Most of the studies reviewed considered that work conditions in the immigrant in Spain are characterized by precariousness, unsteadiness and therefore vulnerability in the occupational sphere. There are also poor self-perceived health, physical distress and major risk of mental disorders. Incidences differ on gender, where females are more vulnerable.

Conclusions: In the articles reviewed, immigrant population mostly comes from countries with lower incomes. It is outstanding the perceived discrimination on this field by a high percentage of the immigrants in Spain. Generally, the immigrant is limited in type of work that accesses, conditions and rights.

Med Segur Trab (Internet) 2013; 59 (232) 345-360

Key Words: Immigrant worker, psicosocial risk, Spain.

INTRODUCCIÓN

España ha pasado de ser un país tradicionalmente exportador de emigrantes a ser uno receptor de un intenso flujo migratorio de personas que proceden principalmente de países de baja renta. Según datos del Ministerio de Empleo y Seguridad Social el número de extranjeros con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor a 30 de septiembre de 2012 es superior a los 5 millones¹. Sin embargo, según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)², los flujos anuales de inmigración permanente disminuyeron drásticamente: de casi 700 mil en 2007 a prácticamente 300 mil en 2010.

Las corrientes globales de inmigración en España parece que continuaron disminuyendo en 2011, aunque en menor medida. La inmigración es un fenómeno íntimamente ligado al trabajo, y la búsqueda de mejores condiciones de vida es una de las principales causas que justifica la migración. Según Martínez M., la inmigración es un fenómeno social emergente con notable impacto en el ámbito sanitario. Aunque el proceso migratorio puede darse por diversas causas, la principal es la integración en el mercado laboral, lo que supone vencer determinadas barreras el proceso de adaptación cultural en el país de destino, entre ellas y como principales, las idiomáticas y las sociales³.

Existe una tendencia a que la población inmigrante trabaje principalmente en los sectores de servicios y construcción, seguido de industria y agricultura, tomando especial peso el sector de servicios domésticos y hostelería. En común para todos estos sectores de principal dedicación inmigrante es que se caracterizan por peores condiciones de empleo, mayor temporalidad, precariedad, discriminación y dificultad para acceder a otros puestos de trabajo de mayor cualificación o de promoción. Este hecho, que afecta a inmigrantes con independencia de su situación legal, conlleva una serie de efectos psicosociales perjudiciales para su salud, afectando el eje físico, social, psicológico y cultural. Según Gálvez Herrer, los procesos migratorios no suponen *per se* un problema de salud mental, pero sí plantean situaciones de alta vulnerabilidad y retos de integración⁴.

El nivel de estrés por exposición a riesgos psicosociales aumenta en la sociedad actual, en la que hay mayores exigencias laborales, requiriendo mayor amplitud de destrezas y funciones, mayor desequilibrio trabajo-familia, incrementándose a su vez los trabajos temporales, la subcontratación y la falta de estabilidad en el empleo⁵.

Diversos trabajos que han estudiado la salud de los inmigrantes ponen de manifiesto que se trata de una población joven y sana, que utilizan en menor medida los servicios sanitarios en los primeros años de su residencia en el país al que migran^{6,7}. Son varias las razones por las que esto ocurre, ya sea por situación irregular, por desconocimiento del funcionamiento del sistema, por poca conciencia de enfermedad, o por malas experiencias con otros sistemas sanitarios, entre otras⁸.

Son escasos los datos conocidos en relación a los riesgos psicosociales de los trabajadores inmigrantes y las herramientas con las que se deben controlar o eliminar dichos riesgos. Este trabajo pretende revisar la literatura publicada durante los últimos 10 años, sobre riesgos psicosociales en el trabajador inmigrante en España, al objeto de identificar los principales riesgos psicosociales en esta población, conocer sus principales características epidemiológicas, su etiología y patrón de presentación, así como determinar las principales medidas de prevención de riesgo psicosocial en esta población.

METODOLOGÍA

Para realizar la revisión bibliográfica se ha buscado literatura científica en bases de datos nacionales e internacionales, especializadas y generales, incluyendo MEDLINE-PubMed, EMBASE, Cochrane Public Health Group, PsycINFO, LILACS, SciELO, CISDOC

así como en otras bases de datos científicas más locales como IME (Índice Médico Español, con revistas de ciencias de la salud), ISOC (revistas de ciencias sociales y humanidades), IBSS y TESEO (tesis doctorales presentadas en las universidades españolas desde 1976).

Para elaborar la estrategia de búsqueda se utilizaron los siguientes términos: inmigrante, trabajador inmigrante, salud mental, mental, psicosocial, riesgo psicosocial, España, trabajo y riesgo, que se encuentran detallados en la [Tabla I](#).

Tabla I. Relación de términos de búsqueda utilizados en las diferentes bases de datos y el número de artículos seleccionados de cada una

	Términos incluidos en la estrategia de búsqueda		N.º de artículos resultado de la búsqueda	N.º de artículos seleccionados por resumen (abstract)
PUBMED	Immigrant workers (773)	+ Spain	40	8
		+ psychosocial	12	5
		+ psychosocial work characteristics	2	2
		+ psychosocial health	59	10
	Migrant workers	+ psychosocial health	1	0
	Emigrant and immigrant	+ work + psychosocial	10	9
	Immigrant workers	+ psychosocial health + Spain/spaniards	121	16
		+ health	88	11
	Immigrant mental health	+ Spain	45	27
	Immigrant work Spain	+ mental	8	8
		+ psychosocial	6	6
CISDOC	Immigrant workers		26	6
OSH UpDate	Immigrant workers (422)	+ Spain	1	1
		+ mental health	0	
		+ risk	0	
		+ psychosocial	0	
COCHRANE	Immigrant	+ worker	3	1
		+ psychosocial	6	1
	Immigrant worker/profesional	+ psychosocial	5	5
OECD	Immigrant	+ worker + psychosocial	9	0
SCIELO	Inmigrante (93)	+ psicosocial	1	0
		+ España	53	
		+ España + mental	5	5
EMBASE	Immigrants (7042)	+ psychosocial disease	33	8
		+ occupational disease	61	
	Immigrant workers (127)	+ psychosocial disease	32	
		+ occupational disease	71	

Términos incluidos en la estrategia de búsqueda			N.º de artículos resultado de la búsqueda	N.º de artículos seleccionados por resumen (abstract)
IBECS	Immigrants (7042)	+ psychosocial disease	4	3
		+ occupational disease	1	
	Immigrant workers (127)	+ psychosocial	3	
		+ occupational disease	9	
LILACS	Immigrant (84)	+ psychosocial disease	3	1
	Immigrants (184)	+ psychosocial disease	2	
		+ occupational disease	1	
	Immigrant workers	+ psychosocial disease	0	
		+ occupational disease	3	
PsychInfo	Immigrants (10150)	+ psychosocial disease	12	3
	Immigrants workers (512)	+ psychosocial	9	
		+ psychosocial disease	2	
		+ occupational disease	4	
Artículos relacionados			1	1
Total artículos seleccionados			752	137

A partir de la colección bibliográfica inicialmente obtenida, se procedió a realizar una primera selección eliminando duplicados, aplicando criterios de pertinencia y los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión: Artículos realizados en humanos, publicados durante los últimos 10 años (2002-2012), escritos en inglés o español, que aborasen el tema de las condiciones laborales de los trabajadores inmigrantes en España y sus repercusiones en el ámbito psicosocial, familiar y sociocultural, con independencia de su país de origen, sexo y ocupación.

Criterios de exclusión: Artículos publicados con anterioridad a 2002, que trataban sobre inmigración nacional, sobre población menor de 16 años o mayor de 70, y aquellos que no aborasen la patología mental o socio-laboral. Se rechazaron también documentos que no fuesen artículos originales, tipo cartas al director, capítulos monográficos o revisiones sistemáticas, aunque estos fueron de utilidad para centrar el marco de referencia tratado y la comparación de resultados en el apartado de discusión.

Para clasificar los artículos por nivel de evidencia se tuvieron en cuenta los Criterios del Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).

RESULTADOS

Inicialmente se obtuvo una colección bibliográfica de 752 artículos, que tras eliminar duplicados y seleccionar en base a criterios de pertinencia quedaron 137 artículos a los que se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión, quedando finalmente un total de 15 artículos para el estudio como se muestra en la [Tabla II](#).

Tabla II. Relación de artículos seleccionados para la revisión

Autor	Título	Año	Población	Tipo estudio	Resultados	Nivel de evidencia
Aerny Perreten N, Ramasco Gutiérrez M, Cruz Macein JL, et al.	La salud y sus determinantes en la población inmigrante de la Comunidad de Madrid.	2009	12.290 encuestas a inmigrantes residentes en la Comunidad de Madrid	Descriptivo Transversal	La existencia de barreras idiomáticas, culturales y administrativas, junto con la carencia de una red social y familiar de apoyo y la xenofobia, contribuyen a una peor autopercepción de la salud y la salud mental.	III
Agudelo Suárez A, Benavides FG, Felt E, et al.	Sickness presenteeism in Spanish-born and immigrant workers in Spain	2010	2434 encuestas a Inmigrantes de Ecuador, Marruecos, Rumania y Colombia realizadas en Barcelona, Huelva, Madrid y Valencia	Transversal	La prevalencia de la enfermedad de presentismo laboral fue mayor en los trabajadores inmigrantes que en los nacidos en España, siendo a su vez más notable en inmigrantes con un menor tiempo de residencia en España.	III
Agudelo Suárez A, Gil González D, Ronda Pérez E, et al.	Discrimination, work and health in immigrant populations in Spain.	2009	84 entrevistadas a inmigrantes de Colombia, Rumania, Marruecos y Ecuador	Cualitativo Descriptivo	Los trabajadores entrevistados describen sentimientos de discriminación, racismo y xenofobia en el lugar de trabajo, identificándolos como sentimientos de vulnerabilidad e ilegalidad. La población inmigrante presenta dificultades para expresar sus opiniones, porque sienten que están forzados a soportar cualquier tipo de situación para así poder garantizar su status legal. Varios de los entrevistados sienten que hay claras diferencias entre grupos sociales, y ciertas nacionalidades son más discriminadas que otras. Los inmigrantes se restringen a ciertos sectores económicos, reduciendo así las oportunidades de cambio de empleo. La discriminación podría parecer ser un determinante importante en los problemas de salud mental como ansiedad e inseguridad, así como afectar factores específicos relacionados con la calidad de vida. La propia percepción del inmigrante de salud y enfermedad parece estar relacionada con la oportunidad de mantener el trabajo y así proveer soporte económico a la familia sin importar la falta de beneficios laborales.	III

Autor	Título	Año	Población	Tipo estudio	Resultados	Nivel de evidencia
Agudelo Suárez A, Ronda Pérez E, Gil González D, et al.	The effect of perceived discrimination on the health of immigrant workers in Spain	2011	2434 encuestas a inmigrantes de Ecuador, Marruecos, Rumania y Colombia.	Transversal	El 75,4% de los encuestados comentaron haber sentido algún tipo de discriminación. Principalmente inmigrantes marroquíes. La población que reporta una mayor discriminación debido a su status de inmigrante reportaban ansiedad en la gran mayoría e insomnio. El 40% de la discriminación discriminación es debida al status de inmigrante y 30% a discriminación percibida en el puesto de trabajo.	III
Agudelo Suárez A, Ronda Pérez E, Gil González D, et al.	Proceso migratorio, condiciones laborales y salud en trabajadores inmigrantes en España (proyecto ITSAL).	2009	2434 trabajadores inmigrantes en las ciudades de Madrid, Barcelona, Huelva y Valencia.	Transversal	Tendencia a ocupar puestos de trabajo en ocupaciones de menor especialización y cualificación en España. En relación a los derechos laborales no reconocidos, una tercera parte no tienen las vacaciones cuando les corresponde y un 23% no puede contar con la baja médica en caso de necesitarla. Un 17% de los encuestados refiere mala salud autopercebida (mayor que en sus países de origen) y un 27% percibe mala salud por trastornos mentales.	III
Bones Rocha K, Pérez K, Rodríguez Sanz M, et al.	Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España	2010	Datos de la Encuesta Nacional de Salud de España, en 2006, con 29476 participantes de 16-64 años.	Transversal	Se asocian a mayor prevalencia de problemas de salud mental: a) ser inmigrante de un país en vías de desarrollo, asociado a su vez a la mayor vulnerabilidad. b) contratos laborales precarios. c) tener peores condiciones socioeconómicas, medidas por nivel educativo, clase social ocupacional y nivel de ingresos, entre otros. d) tener poco apoyo social. e) ser mujer tales como la posición socioeconómica, el acceso a los recursos, los roles sociales, etc. Relación inversamente proporcional entre salud mental y apoyo social	III

Autor	Título	Año	Población	Tipo estudio	Resultados	Nivel de evidencia
Del Amo J, Jarrin I, García-Fulgueiras, et al.	Mental health in Ecuadorian migrants from a population-based survey: the importance of social determinants and gender roles	2011	Encuesta a 1122 trabajadores de 18-55 años, 50% españoles y 50% ecuatorianos entre 2006-07 en España.	Cualitativo	Las mujeres inmigrantes son las de peor salud mental, el grupo más desventajado en términos de prevalencia y riesgos de posible enfermedad psiquiátrica, dentro de que la salud mental es peor en la población inmigrante que en la nativa. Los factores de riesgo para desarrollar enfermedad mental en común entre mujeres españolas y ecuatorianas son: tener hijos, insatisfacción en el trabajo, bajos salarios, no tener amigos, falta de apoyo económico. Las mujeres inmigrantes están sobreexpuestas a factores de riesgo psiquiátrico y son el grupo más desventajado de la sociedad trabajadora por acumulo de factores de riesgo psicosocial. Existe una mayor proporción de contratos temporales o trabajos sin contrato, inestabilidad laboral, insatisfacción laboral y peor ambiente en el trabajo, en trabajadores inmigrantes vs nativos, que a su vez son factores de riesgo para menor salud mental	III
Font A, Moncada S, Benavides FG.	The relationship between immigration and mental health: what is the role of workplace psychosocial factors	2011	7555 encuestas realizadas entre 2004-2005.	Transversal	Los trabajadores inmigrantes tienen una peor salud mental que los nativos. Con la excepción de la influencia y la inseguridad laboral, los trabajadores expuestos a factores psicosociales experimentaron una peor salud mental que los no expuestos especialmente en estima, demandas cuantitativas y soporte de compañeros. Los trabajadores inmigrantes con alta influencia y alto control sobre tiempos de trabajo fueron aquellos experimentan la peor salud mental.	III

Autor	Título	Año	Población	Tipo estudio	Resultados	Nivel de evidencia
González Castro JL, Ubillos, S.	Determinants of Psychological distress among migrants from Ecuador and Romania in a Spanish city	2009	135 cuestionarios a inmigrantes rumanos y ecuatorianos.	Transversal	Los trabajadores rumanos a pesar de que presentan más dificultades en expresarse que otros trabajadores de diferentes nacionalidades, no perciben que la barrera del idioma sea un problema. El país de origen no fue un factor significativo en explicar el estrés mental. En cuanto a las diferencias de género, las mujeres tienden a ser más vulnerables que los hombres, en presentar un problema de adaptación, y en que deben enfrentar cierto estrés en un nuevo contexto y una nueva sociedad.	III
Hernández Quevedo C, Jiménez Rubio D.	A comparison of the health status and health care utilization patterns between foreigners and the national population in Spain: new evidence from the Spanish National Health Survey	2009	Encuesta Nacional de Salud entre 2003-2006.	Descriptivo	Aunque los inmigrantes declaran mejores condiciones de salud a la llegada a sus destinos su salud se va deteriorando a medida que pasa el tiempo, consecuencia de la aculturación (cambios en dieta, hábitos tóxicos, y sociales) y del status socioeconómico. Los inmigrantes de países de la UE reportan mejores condiciones de salud que los nacionales mientras que aquellos de América Latina reportan empeoramiento de su salud con su llegada.	III
Porthé V, Ahonen E, Vázquez ML, et al.	Extending a Model of Precarious employment: a qualitative study of immigrant workers in Spain.	2010	129 inmigrantes viviendo en España entre 2006-07.	Cualitativo	Los inmigrantes llevan a cabo trabajos precarios caracterizados por inestabilidad laboral, falta de poder para negociar condiciones de trabajo, indefensión ante elevadas demandas laborales, salarios insuficientes, largas horas de trabajo, beneficios sociales limitados, dificultad en ejecución de derechos; siendo esta precariedad extrema en el caso de inmigrantes irregulares.	III

Autor	Título	Año	Población	Tipo estudio	Resultados	Nivel de evidencia
Gonzalez Castro JL, Ubillos, S.	Determinants of Psychological distress among migrants from Ecuador and Romania in a Spanish city	2009	135 cuestionarios a inmigrantes rumanos y ecuatorianos.	Transversal	Los trabajadores rumanos a pesar de que presentan más dificultades en expresarse que otros trabajadores de diferentes nacionalidades, no perciben que la barrera del idioma sea un problema. El país de origen no fue un factor significativo en explicar el estrés mental. En cuanto a las diferencias de género, las mujeres tienden a ser más vulnerables que los hombres, en presentar un problema de adaptación, y en que deben enfrentar cierto estrés en un nuevo contexto y una nueva sociedad.	III
Hernández Quevedo C, Jiménez Rubio D.	A comparison of the health status and health care utilization patterns between foreigners and the national population in Spain: new evidence from the Spanish National Health Survey	2009	Encuesta Nacional de Salud entre 2003-2006.	Descriptivo	Aunque los inmigrantes declaran mejores condiciones de salud a la llegada a sus destinos su salud se va deteriorando a medida que pasa el tiempo, consecuencia de la aculturación (cambios en dieta, hábitos tóxicos, y sociales) y del status socioeconómico. Los inmigrantes de países de la UE reportan mejores condiciones de salud que los nacionales mientras que aquellos de América Latina reportan empeoramiento de su salud con su llegada.	III
Porthé V, Ahonen E, Vázquez ML, et al.	Extending a Model of Precarious employment: a qualitative study of immigrant workers in Spain.	2010	129 inmigrantes viviendo en España entre 2006-07.	Cualitativo	Los inmigrantes llevan a cabo trabajos precarios caracterizados por inestabilidad laboral, falta de poder para negociar condiciones de trabajo, indefensión ante elevadas demandas laborales, salarios insuficientes, largas horas de trabajo, beneficios sociales limitados, dificultad en ejecución de derechos; siendo esta precariedad extrema en el caso de inmigrantes irregulares.	III

Autor	Título	Año	Población	Tipo estudio	Resultados	Nivel de evidencia
Portié V, Benavides FG, Vázquez ML, et al.	La precariedad laboral en inmigrantes en situación irregular en España y su relación con la salud.	2009	44 trabajadores inmigrantes irregulares procedentes de Colombia, Marruecos, Ecuador y Rumania.	Cualitativo	Muchos trabajadores perciben que su situación irregular y su status de inmigrante agravan las situaciones de indefensión, abuso y trato autoritario por parte de los empleadores. Perciben que sus jefes los consideran una mano de obra barata y fácilmente reemplazable, e incluso algunos equiparan sus condiciones a situaciones de explotación. Los aspectos de salud mental reportados se centran especialmente en la preocupación que les genera su situación legal, lo cual se manifiesta en forma de pensamientos repetitivos referidos a su situación legal y laboral. En algunos casos, la preocupación les impide descansar o conciliar el sueño, y como consecuencia dicen encontrarse siempre cansados. La relación entre la inestabilidad laboral y la salud, presentan una asociación con una mayor morbilidad psiquiátrica, peor salud percibida, distress psicológico, mayor prevalencia de enfermedades crónicas y mayor riesgo de trastornos mentales.	III
Ramos PJ, García Izquierdo AL.	Nueva escala para evaluar cómo afrontan ambos colectivos: trabajadores autóctonos e inmigrantes ante la prevención.	2007	380 personas residentes en Asturias (174 inmigrantes y 206 autóctonos).	Transversal	Falta una escala de actitudes hacia la prevención de riesgos laborales que responda a las necesidades actuales.	III

Durante el primer periodo de estudio (2002-2006) no se encuentra ninguna publicación, al igual que de forma aislada en 2008. La mayor parte de la producción científica se localiza en el año 2009 con un total de 7 artículos publicados (46%), seguido de 2010 y 2011, ambos con 3 publicaciones (20%) y sólo un artículo publicado (6%) en los años 2007 y 2012. Esto indica que la preocupación dentro de la comunidad científica por este tema se despertó a partir del año 2009.

La mayor parte de los estudios se corresponden con estudios trasversales, 10 de los 15 (66,6%) y 5 (33,3%) son estudios cualitativos.

En lo que respecta a los principales hallazgos y resultados de los estudios, todos ellos encuentran una asociación entre determinadas condiciones psicosociales relacionadas con factores sociolaborales ligados a la migración y la mayor prevalencia de problemas de salud mental. La relación entre la inestabilidad laboral y la salud presenta una asociación con una mayor morbilidad psiquiátrica, peor salud percibida, distress psicológico, mayor prevalencia de enfermedades crónicas y mayor riesgo de trastornos mentales.

Los inmigrantes procedentes de países en vías de desarrollo presentan mayor vulnerabilidad, encontrándose frecuentemente ante situaciones de indefensión, abuso y trato autoritario por parte de los empleadores. En su gran mayoría reportan ansiedad acompañada de insomnio y algunos también describen sentimientos de discriminación, racismo y xenofobia en el lugar de trabajo, que aunque era percibido como un comportamiento dentro del marco de la ilegalidad, les producía una sensación de vulnerabilidad.

Muchos de los trabajadores inmigrantes desarrollan su trabajo mediante contratos laborales precarios y tienen peores condiciones socioeconómicas que el resto de la población en igualdad de condiciones, medidas mediante indicadores de nivel educativo, clase social ocupacional y nivel de ingresos, entre otros.

La existencia de barreras idiomáticas, culturales y administrativas, junto con la carencia de una red social, apoyo familiar y situaciones de xenofobia, contribuyen a una peor autopercepción de la salud tanto física como mental.

Las mujeres tienden a ser más vulnerables que los hombres, a presentar mayores problemas de adaptación, pues deben enfrentar cierto estrés en un nuevo contexto y una nueva sociedad. Las inmigrantes parecen presentar peor salud mental, considerándose el grupo más desventajado en términos de prevalencia y riesgos de posible enfermedad psiquiátrica, partiendo de la base de que la salud mental es peor ya de por sí en la población inmigrante que en la nativa.

La mayor parte de los inmigrantes en España provienen de países menos desarrollados y, a pesar de tener estudios, es frecuente que se dediquen a desarrollar trabajos poco cualificados, lo que puede ser la causa de que se detecte mayor proporción de trabajadores inmigrantes expuestos a riesgos psicosociales que entre el resto de la población.

Por último, las características laborales en las que se encuentra una gran parte de las poblaciones inmigrante, les obliga a restringir a su entorno social dentro de determinados sectores socioeconómicos, reduciendo así las oportunidades de cambio o mejora de empleo.

DISCUSIÓN

La inmigración en España es un tema de actualidad, especialmente en la última década, en la que ha existido un rápido crecimiento de la inmigración en nuestro país, lo que plantea la necesidad de pensar los procedimientos estructurales de integración social que den cohesión a una sociedad multicultural. Sin embargo, el interés por su estudio desde el punto de vista psicosocial parece tomar impulso a partir del 2009.

La mayor parte de los autores coinciden en que las condiciones de trabajo del inmigrante en España están caracterizadas por la precariedad, inestabilidad y consecuentemente vulnerabilidad en el ámbito laboral, especialmente en inmigrantes en situación irregular^{4, 8-12}.

En comparación con el trabajador nativo, la población inmigrante desarrolla más ocupaciones que no se corresponden con su nivel educativo, en especial el género femenino⁸, accediendo a puestos no cualificados, con alta inestabilidad, peores condiciones generales y sueldos más bajos, lo que genera en ellos una “incertidumbre vital” que está relacionada directamente con mayor nivel de estrés y ansiedad, propiciando la aparición de un mayor número de trastornos mentales menores además de manifestaciones psicósomáticas⁴. Estas conclusiones ya fueron observadas en estudios previos publicados anteriormente al periodo de nuestro estudio, y en los que se destaca que la informalidad en el empleo puede asociarse a una mayor morbilidad psiquiátrica, peor salud autopercebida, distrés psicológico, mayor prevalencia de enfermedades crónicas y mayor riesgo de trastornos mentales¹³⁻¹⁵.

Otro de los factores analizados en el entorno laboral es la discriminación percibida en relación a la población nativa en cuanto a remuneración, tareas asignadas, y tipo de trabajo y horarios^{4, 16, 17}, así como la dificultad para acceder a algunos tipos de trabajos (por ejemplo el servicio civil) y la necesidad de soportar cualquier tipo de situación para poder mantener su trabajo y su situación de legalidad. Estos hechos contribuyen directamente a una situación de ansiedad, preocupación e inseguridad que se consideran determinantes en la aparición de problemas de salud mental¹⁶. En cifras, según el estudio de Agudelo-Suárez et al.¹⁷, la gran mayoría de inmigrantes encuestados (75,4%) comentaron haber sentido algún tipo de discriminación, principalmente la población marroquí; hasta el 40% percibieron discriminación por su estatus de inmigrante y el 30% por su puesto de trabajo. Estas cifras nos hacen reflexionar sobre la importancia de identificar la raíz de las causas de la desigualdad, y además, nos lleva a plantearnos si España ofrece un marco receptivo y abierto a la población extranjera o siguen permaneciendo bolsas resistentes a compartir y aceptar la diversificación de las culturas, aún en pleno siglo XXI, cuya principal característica es la multiculturalidad y la globalización.

Otros determinantes de la salud mental de los inmigrantes fueron los factores psicosociales dentro del entorno laboral, demostrándose que aquellos inmigrantes que estuvieron sometidos a alta demanda cuantitativa y emocional, bajas posibilidades para el desarrollo, escaso apoyo y baja estima por parte de los compañeros, percibieron peor salud mental que el resto de los trabajadores^{18, 19}.

Font et al. demuestran que la población inmigrante tiene mayor probabilidad de estar en situación desfavorable para cada uno de los riesgos psicosociales (estima, control sobre horarios y apoyo social de compañeros de trabajo, entre otros), siendo los inmigrantes con trabajos manuales y las mujeres inmigrantes aquellos con más alta prevalencia de factores psicosociales desfavorables¹⁹.

En un marco general podemos considerar que los datos comentados presentan un patrón similar a los encontrados en previas revisiones sistemáticas, confirmándose que el estatus del inmigrante, es decir, la posición que ocupa dentro de la sociedad, se constituye en un eje de desigualdad social que, en el caso de los trabajadores, se combina con su situación de irregularidad y con una precariedad económica que además puede tener consecuencias negativas sobre la salud mental y física^{20, 21}.

Varios artículos hacen referencia a las diferencias de género, país de procedencia y tipo de trabajo en los riesgos psicosociales.

Respecto a las diferencias según el sexo, González y Ubillos, destacan en su estudio que las mujeres son más vulnerables para presentar problemas de adaptación, aunque tienen también más capacidad para buscar ayuda²². Aerny-Perreten, hace mención especial al alto porcentaje de mujeres inmigrantes que desarrollan ocupaciones que no se corresponden con su nivel educativo (54,6% de inmigrantes universitarias tienen una

ocupación manual, respecto al 6,2% nacidas en España con el mismo nivel educativo)⁸. Kirchner y Patiño concluyen que las mujeres inmigrantes, comparadas con las nativas, reportan niveles más elevados de clínica psicológica²³. Y, Del Amo et al., destacan que las mujeres inmigrantes son el grupo más desventajado en términos de prevalencia y riesgos de enfermedades mentales²⁴.

Los hallazgos encontrados parecen apuntar a que la mujer en este terreno es desfavorecida. Y, analizando las causas de estos hechos, nos planteamos la relación con el tipo de trabajo desempeñado más frecuentemente por las mujeres inmigrantes, como puede ser el trabajo doméstico o el cuidado de ancianos y niños, ambos realizados en soledad y que presentan mayor inestabilidad de horarios con bajos salarios, a lo que se les une el menor potencial para el desarrollo de capacidades personales. Además, en muchas ocasiones la propia migración supone un cambio de rol social y de género en relación al que tenía en su país²⁴.

Pocos estudios hacen mención a las diferencias encontradas según países de procedencia geográfica. González Castro y Ubillos concluyen en su estudio, que el país de origen y la barrera idiomática no fueron factores significativos en justificar el estrés mental²². Hernández-Quevedo y Jiménez-Rubio afirman que los inmigrantes procedentes de la Unión Europea reportan mejores condiciones de salud que los nacionales, mientras que aquellos de América Latina aquejan empeoramiento de su salud con su llegada a nuestro país^{24, 25}.

Respecto al tipo de trabajo desarrollado, únicamente se encontró un artículo que destacase que aquellos inmigrantes con trabajos manuales tienen mayor prevalencia de riesgo psicosocial que otras poblaciones trabajadoras. Quizá estudios posteriores abordando este tema puedan arrojar más luz sobre el asunto¹⁹.

Si uno de los planteamientos al inicio de la revisión era conocer cuáles serían las características de la población inmigrante en España, Agudelo-Suárez et al. nos aportan datos a partir de los resultados del proyecto ITSAL (2009), en el que encontramos que el 90% de encuestados es menor de 45 años, el 51% tienen estudios de formación profesional y bachillerato, un 70% afirma tener personas dependientes económicamente en sus países de origen, el 52% haber emigrado por razones económicas y el 36 % por razones laborales, el 76% tienen permiso de residencia y trabajo, el 72% tiene contrato de tipo temporal o está sin contrato, el 71% está afiliado a la Seguridad Social, un 40% trabaja más de 41 horas a la semana, una tercera parte no tiene las vacaciones cuando les corresponde y un 23% no puede contar con la baja médica en caso de necesitarla. Con respecto a la salud, el 17% de los inmigrantes encuestados refiere mala salud autopercebida (mayor que en sus países de origen) y un 27% percibe mala salud por trastornos mentales¹¹.

Los especialistas en salud laboral se encuentran de acuerdo en que la migración es sólo un factor de riesgo psicosocial cuando se acompaña de situaciones sobreañadidas como la propia vulnerabilidad de la persona y/o un medio de acogida hostil²⁶. Así pues, para comprender la relación que existe entre el proceso de migración, la exposición a sus factores de riesgo y el desarrollo de un problema de salud mental, es necesario tener presente una diversidad de dimensiones que componen el marco sociolaboral de los inmigrantes y que incluyen características de la persona, condiciones previas a la migración, características propias del proceso de migración y condiciones en la nueva sociedad donde se llega a residir²⁷.

El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple o “Síndrome de Ulises” (haciendo mención al héroe griego que padeció innumerables adversidades y peligros lejos de sus seres queridos) se define como el cuadro reactivo de estrés que surge ante situaciones de duelo migratorio extremo (en el que se superan las capacidades de adaptación del sujeto), con clínica variable de esfera depresiva, ansiedad, somatización y confusional. Su presencia continua en la vida cotidiana puede terminar desencadenando patologías propiamente mentales, por lo que conviene realizar una adecuada prevención sanitaria y psicosocial y un diagnóstico precoz en su defecto para un temprano y

multidisciplinar abordaje por parte de psicólogos, trabajadores sociales, enfermería, educadores sociales, entre otros^{26, 28, 29}.

En cuanto a las medidas de prevención, no se han encontrado muchos estudios que las analicen en profundidad, precisando de mayor conocimiento científico acerca de este problema para buscar estrategias concretas de acción¹¹. Ramos et al. proponen una escala de actitudes hacia la prevención de riesgos laborales que responda a las necesidades actuales en el trabajo, tanto para trabajadores inmigrantes como autóctonos, y valorar intervenciones específicas en el puesto de trabajo³⁰. Mientras, Alvarado propone la necesidad de un entrenamiento especial para los trabajadores sanitarios en relación a la atención de los problemas de salud en población de inmigrantes y en especial en el campo de la salud mental²⁷.

En todos los casos, se habla de intervenciones a nivel multidisciplinar y siempre haciendo presente la importancia del papel de la política social. Es fundamental el desarrollo de sistemas de evaluación epidemiológica, así como de políticas sociales y económicas decididas, que promuevan la solidaridad, la reducción de desigualdades, el respeto a los derechos laborales y la no discriminación por ser inmigrantes desde un enfoque de equidad. Requiriendo, en todos los casos, de un mayor conocimiento científico multidisciplinario acerca del problema, así como de una estrategia de acción coordinada entre diferentes niveles de gobierno y de carácter intersectorial.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen su inestimable colaboración a Jorge Veiga de Cabo Subdirector de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. http://extranjeros.empleo.gob.es/es/Estadisticas/operaciones/con-certificado/201209/Principales_resultados_30092012.pdf
2. http://www.oecd.org/migration/internationalmigrationpoliciesanddata/IMO%202012_country%20note%20SPAIN_ES_linked.pdf
3. Martínez-Moneo M y Martínez Larrea A, 2006. Patología psiquiátrica en el inmigrante. An. Sist. Sanit. Navar., 29, Supl. 1.
4. Galvez Herrero M, Gutierrez García MD y Zapico Martínez N. 2011. Salud laboral y salud mental en población trabajadora inmigrante. Medicina y Seguridad del Trabajo, 57. (Supl. 1): 1-262.
5. Gil-Monte PR. 2009. Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. Revista Española de Salud Pública, 83, n.º 2, ISSN 1135-5727.
6. Ramasco M, Palanca I. Sistema sanitario ante la diversidad sociocultural en la ciudad de Madrid. Anuario de la convivencia intercultural. Ciudad de Madrid. Observatorio de las Migraciones y de la Convivencia Intercultural de la Ciudad de Madrid. Área de Gobierno de Empleo y Servicios a la Ciudadanía del Ayuntamiento de Madrid; 2006; 377-85.
7. Berra S, Eloraza Ricart JM, Bartomeu N, et al. Necesidades en salud y utilización de los servicios sanitarios en la población inmigrante en Cataluña. Revisión exhaustiva de la literatura científica. Barcelona: Agencia d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2004.
8. Aerny-Perreten N, Ramasco Gutiérrez M, Cruz Maceín JL, Rodríguez Rieiro C, Garabato González S, Rodríguez Laso A. 2010. La salud y sus determinantes en la población inmigrante de la Comunidad de Madrid. Gaceta Sanitaria, 24 (2): 136-144.
9. García et al. 2009. Condiciones de trabajo y salud en inmigrantes (Proyecto ITSAL): entrevistas a informantes clave. Gaceta Sanitaria; 2009; 23 (2): 91-99.
10. Porthé V, Benavides FG, Vázquez ML, Ruiz-Frutos C, García AM, Ahonen E, Agudelo-Suárez AA, Benach J. Proyecto ITSAL. La precariedad laboral en inmigrantes en situación irregular en España y su relación con la salud. Gaceta Sanitaria; 2009; 1: 107-14.
11. Agudelo-Suárez. 2009. Proceso migratorio, condiciones laborales y salud en trabajadores inmigrantes en España (proyecto ITSAL). Gaceta Sanitaria, 23, Supl. 1: 115-21.

12. Porthé V, Ahonen E, Vázquez ML, Pope C, Agudelo AA, García AM, Amable M, Benavides FG, Benach J. ITSAL Project. 2010. Extending a model of precarious employment: A qualitative study of immigrant workers in Spain. *American Journal Industrial Medicine*, 53: 417-24.
13. Ferrie JE. 2001. Is job insecurity harmful to health? *J R Soc Med*, 94: 71-76.
14. Virtanen P, Vahtera J, Kivimäki M, et al. 2002. Employment security and health. *Journal of Epidemiology Community Health*, 56: 569-74.
15. Ludermer AB, Lewis G. 2003. Informal work and common mental disorders. *Soc psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38: 485-9.
16. Agudelo-Suárez A, Gil González D, Ronda Pérez E, Porthé V, Paramio-Pérez G, García AM, Garí A. 2009. Discrimination, work and health in immigrant population in Spain. *Soc Sci Med.*, 68: 1866-74.
17. Agudelo-Suárez AA, Ronda Pérez E, Gil González D, Vives Cases C, García AM, Ruiz-Frutos C, Felt E, Benavides FG. 2011. The effect of perceived discrimination on the health of immigrant workers in Spain. *BMC Public Health*, 11: 652.
18. Font A, Moncada S y Benavides FG. 2012. The relationship between immigration and mental health: what is the role of workplace psychosocial factors. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 85: 801-806. doi: 10.1007/s00420-011-0724-6.
19. Font A, Moncada S, Llorens C y Benavides FG. 2012. Psychosocial factor exposures in the workplace: differences between immigrants and Spaniards. *European Journal of Public Health*, 22: 688-93.
20. Benach J, Muntaner C, Chung H, Benavides FG. 2010. Immigration, Employment relations, and Health: developing a research agenda. *American Journal of Industrial Medicine*, 53 (4): 338-43.
21. Porthé V, Amable M, Benach J. 2007. La precariedad laboral y la salud de los inmigrantes en España: ¿qué sabemos y qué deberíamos saber? *Archivos Prevención Riesgos Laborales*, 10 (1): 34-39.
22. Gonzalez-Castro JL y Ubillos, S. 2009. Determinants of Psychological distress among migrants from Ecuador and Romania in a Spanish city. *International Journal of Social Psychiatry*, 57 (1): 30-44.
23. Kirchner T y Patiño C. 2011. Latin-American immigrant women and mental health: differences according to their rural or urban origin. *Spanish Journal of Psychology*, 14 (2): 843-50.
24. Del Amo J, Jarrin I, Garcia-Fulgueiras, et al. 2011. Mental health in Ecuadorian migrants from a population-based survey: the importance of social determinants and gender roles. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 46 (11): 1143-1152.
25. Hernández-Quevedo C y Jiménez-Rubio D. 2009. A comparison of the health status and health care utilization patterns between foreigners and the national population in Spain: new evidence from the Spanish National Health Survey. *Soc Sci Med.*, 69 (3): 370-8.
26. Achotegui J. 2008. Migración y crisis: El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Avances en Salud Mental Relacional*, 7 (1).
27. Alvarado, R. 2008. Salud mental en inmigrantes. *Revista Chilena de Salud Pública*, 12: 37-41.
28. Achotegui J. 2009. Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Abendua, Zerbitzuam*, 46.
29. Achotegui J. 2008. Duelo migratorio extremo: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, ISSN 1695-8691, n.º 11, 15-25.
30. Ramos Villagrasa PJ, León García-Izquierdo A. 2007. Nueva escala para evaluar cómo afrontan ambos colectivos: trabajadores autóctonos e inmigrantes ante la prevención. *Mapfre Seguridad*, 107.

MEDICINA y SEGURIDAD *del trabajo*

Revisión

Evidencia científica de la relación entre acoso laboral y depresión

Evidence based relationship between mobbing and depression

Víctor Adrián Harasemiuc¹, Jesús Raúl Díaz Bernal²

1 Unidad Docente de Medicina del Trabajo de la Comunidad de Madrid, Madrid 1: Escuela Nacional de Medicina del Trabajo- Instituto de Salud Carlos III, Hospital de la Princesa. Madrid. España.

2 Unidad Docente de Medicina del Trabajo de la Comunidad de Madrid, Madrid 1: Escuela Nacional de Medicina del Trabajo- Instituto de Salud Carlos III, IBERMUTUAMUR. Madrid. España.

Recibido: 20-05-13

Aceptado: 08-08-13

Correspondencia

Víctor Adrián Harasemiuc

Teléfono: +34 656543823

Correo electrónico: haradrian@gmail.com

Resumen

Introducción: El Acoso laboral es una epidemia silenciosa que no solamente afecta a la motivación y a la productividad de los trabajadores, sino que también, afecta negativamente a su víctimas en aspectos psicosociales siendo la depresión una de sus consecuencias.

Objetivos: El objetivo es identificar la evidencia científica conocida sobre la relación existente entre el acoso laboral y la depresión.

Metodología: Se formularon una serie de ecuaciones de búsqueda con los términos: Mobbing, Depression, Workplace Bullying, Harassment, Depresión y Acoso Laboral, que se aplicaron a diferentes bases de datos bibliográficas (IBECs, LILACS, The Cochrane Library Plus, Scielo, WHOLIS, OSH Update), que permitió la identificación de 36 referencias de las cuales 8 cumplieron los criterios de inclusión. En función de los objetivos planteados se extrajo la información respectiva después de su revisión a texto completo.

Resultados: La prevalencia de acoso laboral fluctuó entre un 11,9% y un 81% según los países en los que se realizó el estudio. Ser mujer, tener estudios universitarios y la antigüedad o experiencia en el puesto de trabajo son factores que determinaron una mayor vulnerabilidad para sufrir acoso. El perfil del acosador es: ser de sexo masculino y, generalmente, de categoría superior a la víctima; siendo el abuso verbal, el hostigamiento y el aumento de la carga laboral las estrategias de acoso más utilizadas. En todos los estudios se encontró una relación positiva entre el acoso y la depresión.

Conclusiones: La revisión realizada, no permite demostrar una relación de causalidad entre el acoso y depresión. La reproducibilidad en los resultados de los estudios evidencian la existencia de una asociación entre acoso y depresión, siendo necesario el promover estudios de diseño longitudinal que puedan demostrar, o no, una asociación causal.

Med Segur Trab (Internet) 2013; 59 (232) 361-371

Palabras Clave: Acoso laboral, depresión, riesgo psicosocial.

Abstract

Introduction: Workplace bullying is a silent epidemic that affects motivation and productivity of workers, but there are also consequences in psychosocial level being depression one of its.

Objectives: The objective is to identify the scientific evidence on the relationship between bullying and depression.

Methods: We formulated a set of equations search using the terms: Mobbing, Depression, Workplace Bullying, Harassment, Workplace Bullying Depression, which were applied to different bibliographic databases (IBECS, LILACS, The Cochrane Library Plus, SciELO, WHOLIS , OSH Update), which allowed the identification of 36 references of which 8 met the inclusion criteria. In relation with each objectives the information was extracted after full-text review.

Results: The prevalence of bullying ranged between 11.9% and 81% depending on the country in which the study was conducted. Female, having a college education and seniority or experience in the job are factors that determined an increased vulnerability to harassment. The profile of the harasser is: male, and generally superior to the victim, verbal abuse, harassment and increased workload are the bullying strategies most used. All studies evidence a positive relationship between bullying and depression.

Conclusions: The review, does not establish a causal relationship between bullying and depression. The reproducibility of the results of the studies show the existence of an association between bullying and depression, being necessary to promote longitudinal studies that could show, or not, a causal association.

Med Segur Trab (Internet) 2013; 59 (232) 361-371

Keywords: Workplace Bullying, depression, psychosocial risk.

INTRODUCCIÓN

El Acoso laboral en las últimas décadas ha pasado de ser un tema poco mencionado en la literatura; a convertirse en un problema de importancia creciente; más aún en momentos en que la crisis económica global repercute directa o indirectamente en las condiciones de trabajo y en las relaciones interpersonales entre los trabajadores. Ejemplo de esto se recoge en nuestro país, en la VII Encuesta Nacional sobre Condiciones de Trabajo¹, que nos muestra que un 11% de la población trabajadora declara haber sido víctima de alguna conducta violenta en el trabajo, de éstos, un 22,7% ha contestado “a menudo” y el 84,5% “a veces”; a nivel Europeo² un 4% de los trabajadores considera haber sido víctima de acoso laboral, un 2% de violencia física y un 1% de acoso sexual.

Los datos anteriores ponen de manifiesto la importancia de conceptualizar, definir y reconocer el acoso laboral; y a su vez conocer sus consecuencias tanto en la salud física como mental de sus víctimas.

El término Acoso Laboral proviene de la traducción del anglosajón Mobbing³, término que fue introducido por el etólogo Konrad Lorenz como resultado de sus observaciones de animales en libertad. Usó este término para hacer referencia a los ataques de un grupo de animales pequeños a un animal más grande con el propósito de aterrorizarlo, o para denominar el comportamiento agresivo de un grupo de animales con el objeto de echar a un intruso de su territorio. Posteriormente las ciencias sociales adoptaron este concepto para referirse a ciertas conductas de violencia en el ámbito laboral.

Fue el psicólogo Heinz Leymann quien utilizó el término para referirse a “una situación de terror psicológico en el trabajo que implica una comunicación hostil y amorosa, dirigida de manera sistemática por una o varias personas”. En España el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), en su Nota Técnica Preventiva 476⁴, se refiere al acoso psicológico o mobbing como “una situación en la que una persona o grupo de personas ejerce una violencia psicológica extrema de forma sistemática y recurrente (como media una vez por semana), durante un periodo prolongado de tiempo (al menos durante seis meses) sobre otra persona o grupo de personas en el lugar de trabajo con la finalidad de destruir las redes de comunicación de la víctima, destruir su reputación, perturbar el ejercicio de sus labores y lograr que finalmente esa persona acabe abandonando el lugar de trabajo”. Más recientemente, el Acuerdo Europeo sobre Acoso y Violencia en el trabajo (2007)⁵, define acoso y violencia como “la expresión de comportamientos inaceptables adoptados por una o más personas, que pueden tomar muy diversas formas, unas más fácilmente identificables que otras”. “Se da acoso cuando se maltrata a uno o más trabajadores o directivos varias veces y deliberadamente, se les amenaza o se les humilla en situaciones vinculada con el trabajo”.

El acoso laboral tiene un origen multifactorial y depende de diversos factores de riesgo, tanto organizativos como individuales⁵. Por ejemplo desde el punto de vista organizativo un medio laboral que provee a sus empleados un escaso control, una baja capacidad de decisión, un trato poco respetuoso o un estilo autoritario de dirección promueven las conductas violentas; a su vez los factores individuales en los cuales podemos incluir los cognitivos, psicopatológicos y de personalidad también influyen directa o indirectamente en el origen y mantenimiento de estas conductas.

Para entender el problema es importante conocer e identificar las Acciones de acoso³, las cuales son el medio por el cual el acosador actúa; podemos agruparlas en: acciones que van dirigidas contra la reputación y dignidad de la víctima, acciones contra el ejercicio de su trabajo, acciones que manipulan la información y la comunicación, y acciones de injusticia laboral. También podemos identificar Conductas de acoso como son los ataques a las víctimas con medidas organizacionales, ataques a las relaciones sociales de la víctima que conllevan aislamiento social, ataques contra la vida privada, ataques a las actitudes de la víctima, agresiones verbales, y violencia física que incluye la sexual.

La VII Encuesta Nacional sobre Condiciones de Trabajo¹, nos muestra que las agresiones verbales, rumores o aislamiento social representan son las conductas violentas más frecuentes con un 7,3%, seguido de amenazas de violencia física con un 3,8% y de violencia física cometida por personas no pertenecientes a su lugar de trabajo con un 2,4%. A nivel Europeo² el Abuso Verbal representa un 11%, las Actitudes Humillantes o Amenazas un 5% y el Acoso sexual un 2%.

Podemos clasificar el acoso en varias modalidades³ pero atendiendo a los sujetos responsables de hostigamiento, diferenciamos entre:

- *Acoso moral vertical*: Entre diferentes posiciones jerárquicas; este a su vez puede ser descendente (bossing) o ascendente.
- *Acoso moral Horizontal*: Entre personas de la misma jerarquía.
- *Acoso discriminatorio*: Este tipo de acoso afecta a lo establecido por el Art. 14 de la Constitución Española, incluye el acoso por razón de género o por cualquier otra causa discriminatoria (raza, edad, creencias, orientación sexual...)
- *Acoso por motivos de dominación*: Esto implica el ejercicio de un poder de dominio sobre las víctimas, para humillarlas, estando regulado por el Art. 15 de la Constitución Española.
- *Acoso institucional*: Es el llamado acoso por razones organizativas.

Las consecuencias del acoso laboral tienen una repercusión global, tanto para el trabajador, para la organización, para la familia y entorno social, y para la sociedad en su conjunto.

Centrándonos en la víctima ésta puede tener consecuencias físicas (trastornos funcionales, dolores diversos), psíquicas (ansiedad, baja autoestima, frustración, deterioro cognitivo y depresión) y sociales o relacionales (agresividad, hostilidad, inadaptación, intolerancia a las críticas, desconfianza, retraimiento).

El efecto psicológico de la violencia laboral es una de sus consecuencias más habituales, siendo éste una causa creciente de depresión en la población laboral mundial, de allí la importancia de establecer una causalidad, un diagnóstico y un tratamiento adecuado a este problema de salud que en general se ha convertido en una causa importante de absentismo laboral independientemente de su origen laboral o personal.

La depresión se define como un trastorno mental caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

La palabra “depresión” proviene del término en latín “depressio” que a su vez procede de depressus” que se traduce como “abatido” o “derribado”⁷.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el mundo hay más de 350 millones de personas con depresión, un trastorno mental que altera sus vidas. Sin embargo, debido a la estigmatización que todavía existe de este trastorno, muchos de los afectados no reconocen su enfermedad y no buscan tratamiento.

Un estudio reciente respaldado por la OMS reveló que alrededor del 5% de las personas residentes en la comunidad han padecido depresión durante el último año⁸.

Por ser una enfermedad de ámbito global con una prevalencia cada vez más elevada la OMS inició un programa para prestar asistencia a los gobiernos para que incluyan el tratamiento de la depresión en sus paquetes básicos de atención sanitaria.

Según la VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo la depresión es señalada como una enfermedad agravada o producida por el trabajo en un 60% de los encuestados y 61,1% de estos trabajadores reconoce su depresión y buscan apoyo y tratamiento¹.

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más

grave, puede conducir al suicidio⁷. France Télécom 2011⁶, si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional⁷.

Dado el análisis del estado actual del tema el presente trabajo de revisión se dirige a responder los objetivos que mencionamos a continuación.

OBJETIVOS

El objetivo de esta revisión es identificar la evidencia científica existente sobre la relación entre acoso laboral y depresión.

Son objetivos secundarios:

- Establecer los factores de incrementan la vulnerabilidad al acoso laboral.
- Determinar la existencia de diferencias, entre las poblaciones laborales estudiadas, en cuanto a la prevalencia de acoso laboral.
- Valorar si la depresión como enfermedad agravada o producida por el acoso laboral afecta los niveles de absentismo laboral.
- Objetivar si el género y la actividad económica son condicionantes que determinen alguna diferencia en cuanto al riesgo de sufrir acoso y depresión.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para la consecución de los objetivos de esta revisión se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos que se reflejan en la [Tabla 1](#).

Tabla 1. Bases de datos consultadas

Medlars Online International Literature (MED-Line), vía PubMed®.
Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS), vía BVS.
Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS), vía BVS.
The Cochrane Library Plus.
Scientific Electronic Library Online (Scielo)
World Health Organization Library Information System (WHOLIS)
Occupational Safety and Health (OSH Update)

La búsqueda bibliográfica se realizó con un límite temporal, comprendido entre el 1 de enero de 2006 hasta el 14 de noviembre del 2012, utilizando los descriptores y las fórmulas de búsqueda que se reflejan en la [Tabla 2](#).

Tabla 2. Descriptores y fórmulas

Descriptores	Fórmulas de búsqueda
Mobbing	"Mobbing" AND "Depression"
Depression	"Acosolaboral" and "depresión"
AcosoLaboral	"Workplace Bullying" AND "depression"
Workplace Bullying	"Harassment" and "mobbing"
Harassment	
Depresión	

Después de la búsqueda, y tras una evaluación de pertinencia, en base a la lectura de los abstracts, se aplicaron los siguientes criterios de inclusión:

- Estudios que analizan la asociación entre el acoso laboral y depresión.
- Artículos de cualquier diseño metodológico.
- Artículos con abstract en inglés o castellano, que siguieran las pautas de International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE).
- Estudios que traten exclusivamente de acoso en el ámbito laboral.

Para recuperar la información de cada artículo se diseñó una tabla en la que extrajo los contenidos de las variables reflejadas en la [Tabla 3](#).

Tabla 3. Información extraída de cada artículo

Título	Autor y año de publicación
Población de estudio	Tamaño de la muestra
Diseño del estudio	Variables de exposición
Variables efecto	Sesgos
Objetivos	Resultados
Conclusiones	

La selección y revisión de los artículos se realizó mediante la asignación de la mitad de las referencias y artículos seleccionados a cada uno de los autores. La determinación del nivel de evidencia se realizó de acuerdo a los criterios SIGN.

RESULTADOS

De la aplicación de las fórmulas de búsqueda, se recuperaron 36 referencias cuya distribución por bases de datos figura en la [Tabla 4](#). Tras eliminar los artículos duplicados y hacer una lectura de pertinencia de los abstracts, se seleccionaron 20 referencias.

Una vez aplicados los criterios de inclusión se seleccionaron 8 artículos para su inclusión en el análisis y revisión a texto completo ([Figura 1](#)): 6 estudios transversales y 2 estudios prospectivos; 3 estudios en población Turca, 2 estudios en población Francesa, 2 estudios en población Japonesa y 1 estudio en población Danesa.

Tabla 4. Flujo de información en función de las bases de datos consultadas

Base de datos	N.º de referencias encontradas	N.º total artículos seleccionados
Medline viaPubMed	15	7
IBECS vía BVS	13	1
LILACS viaBVS	0	0
The Cochrane Library Plus	0	0
Scielo	2	0
WHOLIS	3	0
OSHUpdate	3	0

Figura 1. Diagrama de flujo de la selección de artículos



En respuesta al objetivo principal relativo a la relación entre acoso y depresión Rugulies R¹⁶ en 2012 en un estudio prospectivo con una muestra de 5.701 cuidadoras de ancianos, observó un incremento de la frecuencia de cuadros de depresión en trabajadoras que referían situaciones de acoso; a las trabajadoras se les evaluó en dos momentos con un intervalo de 20 meses; encontrando una relación entre el acoso laboral y la depresión con una OR de 6,29 (IC 95% 2,25 - 15,68) en trabajadoras que ocasionalmente habían sido víctimas de acoso y una OR de 20,96 (IC 95% 5,80 - 75, 80) en trabajadoras que de forma frecuente habían sufrido situaciones de acoso.

Taniguchi T.¹⁵ en 2011 en un estudio transversal con una muestra de 897 cuidadoras de ancianos, encontró que la prevalencia de la depresión fue significativamente mayor en las cuidadoras expuestas que las no expuestas a acoso ($p < 0,05$).

También con un diseño transversal Yildirim D.¹⁴ en 2009 estudia a un colectivo de 286 enfermeras de un hospital de Ankara, encontrando que un 45% de las encuestadas presentaban síntomas de depresión moderada o grave, y de éstas un 33% habían sido víctimas de acoso, observándose una correlación positiva y significativa entre la depresión y el acoso ($P < 0,00$).

Niedhammer¹³ estudia, en 2006, mediante un diseño transversal una muestra de 7.692 trabajadores Franceses, concluye en la existencia de una asociación, entre el acoso laboral y los síntomas depresivos, relación que es independiente del género; resultados en esa misma dirección los refiere Serpil Aytac⁹ en 2011 con una muestra de 1.708 trabajadores.

En 2010 JiroTakaki¹⁰ con el objetivo de encontrar la existencia de una asociación entre acoso laboral y depresión, realizó un estudio transversal con 2.634 trabajadores de distintas empresas japonesas, encontrado que un 81,2% de los participantes refirieron haber sufrido al menos un episodio de acoso en los últimos 6 meses y éste se asoció, en ambos géneros, con la aparición de cuadros depresivos ($p < 0,05$).

NazanBilgel¹² en 2006 también encuentra una relación significativa entre el acoso laboral y la depresión con una OR 1, 7 (IC 95% 1,1 7 - 2,46) $p < 0.005$.

El estudio prospectivo de Georges Brousse¹¹ en 2008 puso de manifiesto una prevalencia de síntomas depresivos entre pacientes víctimas del acoso laboral de un 52% de, no produciéndose cambios a los 12 meses. Los resultados también mostraron una disminución significativa de los síntomas depresivos en los paciente que dejaron de trabajar ($p < 0,01$).

En la [Tabla 5](#) se muestran los artículos analizados, dirigidos a mostrar una posible relación entre acoso y síntomas de depresión.

Tabla 5. Estudios que analizan la relación acoso - depresión

Autor	Año	Muestra	Diseño	Medida de asociación	Nivel de evidencia
Rugulies R	2012	5.701	Prospectivo	OR: 6, 29 (IC 2,25 - 15,68) expuestos ocasional; OR de 20.96 (5,80 - 75,80) expuestos frecuente	2-
Taniguchi T	2011	897	Transversal	X2 exp/no exp p< 0,05	3
D. Yildirim	2009	286	Transversal	ANOVA ($\beta = 0,54$; $F = 56,61$; $P < 0,00$)	3
Neidhammer I	2006	7.694	Transversal	X ² test $P < .001$. OR 8.00 (IC 95% 6,06-10,56) en hombres y una OR de 8,44 (IC 95% 6,84 - 10,41)	3
Aytac Serpil	2011	2.161	Transversal	Mann-Whitney U teste, $P = .001$	3
Jiro Takaki	2010	2.634	Transversal	$p < 0,05$	3
Georges Brousse	2008	48	Prospectivo	T-Student; $p < 0,01$	2-
Nazan Bilgel	2006	1.200	Transversal	OR 1,70 (IC 95% 1,17 - 2,46) $P < 0,005$	3

En relación a los factores asociados con la vulnerabilidad al acoso laboral sólo encontramos resultados en el estudio realizado por Georges Brousse¹¹ en el que mediante un diseño prospectivo siguió a 48 pacientes víctimas de acoso laboral durante 12 meses, este estudio pone de manifiesto que en su mayoría estos pacientes presentaban rasgos de personalidad neurótica, que según el autor se caracteriza por una excesiva sensibilidad emocional para afrontar situaciones adversas.

Con respecto a la estimación de la prevalencia de acoso laboral, las cifras que se obtienen en los diferentes estudios presentan una gran variabilidad, oscilando entre un 8,78% dado por Neidhammer en población francesa y un 81,2 % dado por Jiro Takaki en población japonesa ([Tabla 6](#)).

Tabla 6. Prevalencia de acoso laboral

Autor	Muestra	Diseño	Población	Prev.	Nivel de evidencia
Rugulies R	5.701	Prospectivo	Danesa	11,9%	2-
Aytac Serpil	2.161	Transversal	Turca	44,8%	3
D. Yildirim	286	Transversal	Turca	21,0%	3
Nazan Bilgel	1.200	Transversal	Turca	55,0%	3
Taniguchi T	897	Transversal	Japonesa	40,0%	3
Jiro Takaki	2.634	Transversal	Japonesa	81,2%	3
Georges Brousse	63	Prospectivo	Francesa	75,0%	2-
Neidhammer I	7.694	Transversal	Francesa	8,78%	3

No se pudo abordar el objetivo referido a la relación entre el acoso y el absentismo laboral dado que no encontramos publicaciones que abordaran este aspecto.

En lo referente a las variables género y actividad económica como condiciones de susceptibilidad; D. Yildirim¹⁴ y Rugulies R.¹⁶ en sus estudios incluyen población exclusivamente femenina en colectivos de enfermería y cuidadoras de ancianos respectivamente.

Nazan Bilgel¹² y Jiro Takaki¹⁰ no encuentran diferencia significativa en cuanto al acoso laboral y el género de la víctima.

Los resultados de Nazan Bilgel muestran una frecuencia mayor de situaciones de acoso en personal con cargos de responsabilidad (60%) en su población encontró una frecuencia de situaciones de acoso variable en función de la ocupación o sector de actividad: 75% en personal sanitario (excepto médicos), 64% en personal administrativo, 56% en personal policial, 56% en médicos y 39% en profesores.

Georges Brousse¹¹ en el seguimiento de su cohorte de 48 pacientes víctimas de acoso laboral encontró que un 75% eran mujeres, un 70% trabajaban en el sector privado siendo la ocupación más frecuente la de personal administrativo (29%), seguida de obreros y trabajadores no calificados (27%) y dependientes (17%).

Serpil Aytac⁹ en su muestra de 1.708 trabajadores de los cuales 1.334 estuvieron expuestos al acoso laboral encontró que el 68,7% eran mujeres, siendo el sector Sanitario con 51,3% donde se encontró con mayor frecuencia casos de acoso; seguido del sector de seguridad (38,8%), educación (36,8%), servicios (26,6%) e Industria (24,3%).

Neidhammer I.¹³ encuentra una variación de acoso según género de 8,78% en varones y 10,70% en mujeres.

La variación en la prevalencia del acoso laboral según género y actividad figura en la [Tabla 7](#).

Tabla 7. El género y la actividad económica como condicionantes

Autor	Muestra	Diseño	Genero	Sector Económico	Nivel de evidencia
Georges Brousse	63	Prospectivo	M: 75% H: 25%	29% Administrativos, 27% Obreros y no cualificados, 17% dependientes.	2-
Aytac Serpil	2.161	Transversal	M: 68,7% H: 31,3%	51,3% Sanidad, 38,8% Seguridad, 36,8% Servicios, 24,3% Industria	3
Neidhammer I	7.694	Transversal	Prevalencia acoso: M: 10,7% H: 8,78%	-	3
Jiro Takaki	2.634	Transversal	No diferencia	-	3
D. Yildirim	286	Transversal	-	-	3
Rugulies R.	5.701	Prospectivo	-	-	2-
Nazan Bilgel	1.200	Transversal	No diferencia	75% sanidad, 64% administrativos, 56% policías 56% médicos, 39% profesores.	3

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

La presente revisión sistemática nos muestra una escasa producción científica sobre la relación entre acoso laboral y depresión, cabe resaltar un claro predominio del diseños transversales que no permiten demostrar una relación de causalidad.

La revisión nos muestra que la prevalencia acerca de la percepción de ser víctima de acoso laboral varía sustancialmente considerando la población y el país de estudio. En Europa alrededor de 1 cada 20 trabajadores (5%) manifiestan haber sido víctimas de acoso laboral en el último año², por ejemplo en nuestro medio, encontramos alrededor del 2,2% en comparación con Francia con 9,5%. En nuestra revisión se evidenciaron

valores mucho más elevados que varían entre el 8,78%¹¹, y el 81,2%¹⁰ en poblaciones Francesas y Japonesas respectivamente.

En cuanto a las estrategias de acoso Serpil Aytac⁹ nos muestra que el abuso verbal (38%) seguido del hostigamiento (30,3%) son las formas de acoso más frecuentes, siendo el acoso sexual el referido con menor frecuencia (5%), pero cuyas víctimas son en su mayoría mujeres con el 88,5%; de forma similar Georges Brousse menciona que tácticas más utilizadas son la asignación de mayor carga laboral, la discriminación y el aislamiento laboral.

En nuestra revisión encontramos que en los estudios que incluyen población sanitaria dentro de la muestra como muestra, ésta mostró mayores niveles de prevalencia que el resto^{9,12} siendo enfermería la ocupación, con una tasas de prevalencias superiores.

En las poblaciones estudiadas, teniendo en cuenta las diferentes variables incluidas, ser mujer, tener estudios universitarios y ser un trabajador con cierta antigüedad en el puesto o tener mayor experiencia, caracterizan una mayor vulnerabilidad a sufrir situaciones de acoso. Estos resultados en lo que se refiere a género no es coincidente con dos revisiones anteriores en las que no se encontró que el género represente un factor de vulnerabilidad^{10, 12} específicamente, en el colectivo de enfermería en el que ser más joven y con menos experiencia incrementaba la probabilidad de sufrir situaciones de acoso¹⁴.

En cuanto a la vulnerabilidad asociada a características individuales, como la personalidad, solo George Brousse¹¹ identificó que la mayoría de las víctimas de acoso presentaban una personalidad con rasgos de neurotoxicidad que conlleva a una poca capacidad para afrontar situaciones adversas, sin embargo en vista del diseño de este estudio, no se puede concluir en la existencia de una relación de causalidad.

Centrándonos en el objetivo principal de la revisión, y en concordancia con la evidencia recogida hasta el momento, todos los estudios incluidos en esta revisión⁹⁻¹⁶, encuentran una asociación positiva y significativa entre el ser víctima de Acoso laboral y el manifestar alteraciones en su salud mental, estas alteraciones incluyen la depresión, la ansiedad y el estrés; cabe resaltar que la relación encontrada es unidireccional, ya que en algunos estudios se hace referencia a una relación ambidireccional, situación que Rugulies R. en su análisis prospectivo no encuentra; ya que menciona que el hecho de estar deprimido en su estudio no muestra una predisposición a ser acosado.

Jiro Takaki también establece una asociación significativa entre el acoso laboral y los trastornos del sueño¹⁰. No se encontraron estudios que respondan directamente en cuanto esta relación de acoso y depresión, repercuten en los niveles de absentismo laboral.

Es de suma importancia resaltar que éstos resultados demuestran que el acoso laboral no solamente es un problema desde el punto de vista organizacional, sino que conlleva consecuencias en la salud mental y física de los trabajadores que lo sufren.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo del 2011 (VII ENCT). Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Gobierno de España. Publicado el 02 de Agosto del 2012.
2. Fifth European Working Conditions Survey Eurofound (2012). Publications Office of the European Union, Luxembourg.
3. Acoso Psicológico en el Trabajo. Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales. Secretaria de Salud laboral y Medio Ambiente UGT. Madrid, Noviembre 2008.
4. Nota Técnica Preventiva 476. El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT),
5. Acoso Psicológico en el Trabajo. José Carlos Mingote Adán. Curso Superior de Medicina del Trabajo 2012-13. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto Nacional de Salud Carlos III.
6. El País - http://elpais.com/diario/2011/04/27/sociedad/1303855205_850215.html

7. Organización Mundial de la Salud – www.who.int/countries/esp/es
8. Organización Mundial de la Salud http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/es/index.html
9. Serpil Aytac. Workplace Violence: A Study of Turkish Workers. International Journal of Occupational Safety and Ergonomics(JOSE) 2011, Vol.17, N° 4, 385-402.
10. Jiro Takaki . Workplace Bullying could Play Important Roles in the Relationships between Job Strain and Symptoms of Depression and Sleep Disturbance. J OccupHealth 2010; 52: 367-374.
11. Georges Brousse. Psychopathological features of a patient population of targets of workplace bullying. Occupational Medicine 2008;58:122-128.
12. Nazan Bilgel. Bullying in Turkish white-collar workers.Occupational Medicine 2006; 56:226-231.
13. Niedhammer Isabelle, Association between workplace bullying and depressive symptoms in the French working population. Journal of PsychosomaticResearch. 2006; 61; 251-259.
14. D. Yilirim. Bullying among nurses and its effects. International NursingReview. 2009 Dec; 56(4):504-1.
15. Taniguchi T. Associations between workplace bullying, harassment, and stress reactions of professional caregivers at welfare facilities for the elderly in Japan. SangyoEiseigakuZasshi. 2012;54(1):1-9.
16. Rugulies R, Bullying at work and onset of a major depressive episode among Danish female eldercare workers. ScandinavianJurnal of Work, Environment&Health 2012; 38(3): 218-227.