



MEDICINA y SEGURIDAD del trabajo

INTERNET

EDITORIAL

La revisión por pares en las revistas científicas

Javier Sanz Valero 206-207

ARTÍCULO ESPECIAL

Determinación de contingencia. Análisis de 15 casos con sentencia judicial año 2015

M^o Isabel Barriopedro Prados y colaboradores 208-224

ORIGINALES

Estudio del absentismo laboral de los celadores en un hospital de agudos

María Jesús Almodóvar-Carretón, Brígido Pérez-Bermúdez, Enrique Jaureguizar-Cervera, Marta Pérez-Perdomo, Pilar Coca Simón, Manuela García-Cebrián 225-234

Calidad de vida en el trabajo en funcionarios del área de Seguridad y Vigilancia de una universidad del suroccidente colombiano

María del Pilar Zapata Albán, Lorena David Diana, Linet Espinal Francy, Julieth Marín Karen, Janeth Rodríguez Ingrid 235-244

INSPECCIÓN MÉDICA

Problemas y factores psicológicos en el retorno al trabajo tras incapacidad temporal prolongada por cáncer de mama

José Manuel Vicente Pardo, Araceli López-Guillén García 245-259

Análisis de Conducta en Medicina Evaluadora: una propuesta interdisciplinar

Antonio Domínguez-Muñoz, José Luis de la Fuente Madero, Ana M^o Gómez Álvarez, Pablo García Ruiz, M^o José López Pérez, Rafael López Pérez 260-275

REVISIÓN

Envejecimiento activo y saludable. ¿Cómo promocionarlo en el trabajo?

Laura María Blanco Álvarez, Francisco Javier González Espinel, Alejandra Montalt Barrachina, Cristina Oliver López 276-288

248

Tomo 63· Julio-septiembre 2017· 3.^{er} Trimestre
Med Seg Trab Internet 2017; 63 (248):206-288
Fundada en 1952
ISSN: 1989-7790
NIPO: 062170138

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



Ministerio de Economía, Industria 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

La revisión por pares en las revistas científicas

Javier Sanz Valero 206-207

ARTÍCULO ESPECIAL

Determinación de contingencia. Análisis de 15 casos con sentencia judicial año 2015

M^a Isabel Barriopedro Prados y colaboradores 208-224

ORIGINALES

Estudio del absentismo laboral de los celadores en un hospital de agudos

María Jesús Almodóvar-Carretón, Brígido Pérez-Bermúdez, Enrique Jaureguizar-Cervera, Marta Pérez-Perdomo, Pilar Coca Simón, Manuela García-Cebrián 225-234

Calidad de vida en el trabajo en funcionarios del área de Seguridad y Vigilancia de una universidad del suroccidente colombiano

María del Pilar Zapata Albán, Lorena David Diana, Linet Espinal Francy, Julieth Marín Karen, Janeth Rodríguez Ingrid 235-244

INSPECCIÓN MÉDICA

Problemas y factores psicológicos en el retorno al trabajo tras incapacidad temporal prolongada por cáncer de mama

José Manuel Vicente Pardo, Araceli López-Guillén García 245-259

Análisis de Conducta en Medicina Evaluadora: una propuesta interdisciplinar

Antonio Domínguez-Muñoz, José Luis de la Fuente Madero, Ana M^a Gómez Álvarez, Pablo García Ruiz, M^a José López Pérez, Rafael López Pérez 260-275

REVISIÓN

Envejecimiento activo y saludable. ¿Cómo promocionarlo en el trabajo?

Laura María Blanco Álvarez, Francisco Javier González Espinel, Alejandra Montalt Barrachina, Cristina Oliver López 276-288

ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA DEL TRABAJO INSTITUTO DE SALUD CARLOS III

Directora: María Luisa Valle Robles

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

Director emérito: Jorge Veiga de Cabo

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

COMITÉ EDITORIAL

Editor jefe: Javier Sanz Valero

Universitat Miguel Hernández. Àrea d'Història de la Ciència. Dept. Salut Pública, Història de la Ciència y Ginecologia. Alicante (España)

Editor adjunto: Jerónimo Maqueda Blasco

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

Coordinadora de redacción: Isabel Mangas Gallardo

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

Traductora/revisora: María José Escurís García

MIEMBROS

Guadalupe Aguilar Madrid

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

Juan Castañón Álvarez

Jefe de Estudios Unidad Docente. Comunidad Autónoma de Asturias. Asturias (España)

Valentina Forastieri

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

Clara Guillén Subirán

Ibermutuamur. Madrid (España)

Rosa Horna Arroyo

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

Juan Antonio Martínez Herrera

Unidad Equipo Valoración Incapacidades. Madrid (España)

António Neves Pires de Sousa Uva

Escola de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa (Portugal)

Héctor Alberto Nieto

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

Joaquín Nieto Sainz

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

María Luisa Rodríguez de la Pinta

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

José María Roel Valdés

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

COMITÉ CIENTÍFICO

Fernando Álvarez Blázquez

Instituto Nacional de la Seguridad Social. Madrid (España)

Francisco Jesús Álvarez Hidalgo

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

Carmen Arceiz Campos

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

Ricardo Burg Ceccim

Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasil

María Dolores Carreño Martín

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

Fernando Carreras Vaquer

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

Amparo Casal Lareo

Azienda Ospedaliera. Universitaria Careggi. Florencia (Italia)

Covadonga Caso Pita

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

Rafael Castell Salvá

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

María Castellano Royo

Universidad de Granada. Facultad de Medicina. Granada (España)

Luis Conde-Salazar Gómez

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

Francisco Cruzet Fernández

Especialista en Medicina del Trabajo. Madrid (España)

María Fe Gamó González

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

María Ángeles García Arenas

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

Fernando García Benavides

Universidad Pompeu-Fabra. Barcelona (España)

Vega García López

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

Juan José Granados Arroyo

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

Felipe Heras Mendaza

Hospital de Arganda del Rey. Arganda del Rey, Madrid (España)

Emilio Jardón Dato

Instituto Nacional de la Seguridad Social. Madrid (España)

Cuauhtémoc Arturo Juárez Pérez

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

Francisco Marqués Marqués

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

Gabriel Martí Amengual

Universidad de Barcelona. Barcelona (España)

Begoña Martínez Jarreta

Universidad de Zaragoza. Zaragoza (España)

Pilar Nova Melle

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

Elena Ordaz Castillo

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

Carmen Otero Dorrego

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

Cruz Otero Gómez

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

Fernando Rescalvo Santiago

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

Vicente Sánchez Jiménez

Formación y Estudios Sindicales FECOMA-CCOO. Madrid (España)

Pere Sant Gallén

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

Dolores Solé Gómez

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

José Ramón Soriano Corral

Mutua Universal. Madrid (España)

Rudolf Van Der Haer

MC Mutual. Barcelona (España)

Carmina Wanden-Berghe

Universidad CEU Cardenal Herrera. Elche. Alicante (España). Hospital General Universitario de Alicante (España)

Marta Zimmermann Verdejo

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

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo del ISCIII Pabellón, 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, Industria y Competitividad



NIPO en línea: 062170138

ISSN: 1989 - 7790

Diseño y maquetación: DiScript Preimpresión, S. L.

<http://publicaciones.isciii.es>

<http://www.scielo.org>

<http://scielo.isciii.es>

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

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

<http://publicacionesoficiales.boe.es>



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

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>).

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 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>)



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.

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/s 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 procedi-

mientos 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 encargar 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^ªV, 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/ACRL-I-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.

E) Material electrónico:

E-1) CD-ROM

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

E-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>

Editorial

La revisión por pares en las revistas científicas

Peer review in scientific journals

Javier Sanz Valero^{1,2}

1. Universidad Miguel Hernández. Elche. España.

2. Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunidad Valenciana (ISABIAL-FISABIO). Alicante. España.

Recibido: 20-11-17

Aceptado: 21-11-17

Correspondencia

Dr. Javier Sanz-Valero

Departamento de Salud Pública e Historia de la Ciencia, Universidad Miguel Hernández,

Campus Sant Joan d'Alacant. Alicante. España.

Correo electrónico: jsanz@umh.es

La divulgación de la investigación científica, mediante artículos, ponencias y conferencias, entre otros mecanismos, es esencial. Se puede decir que la investigación culmina al ser publicada en una revista científica; solo así será conocida por la comunidad académica, sus resultados serán discutidos y su contribución hará parte del conocimiento científico universal¹. Por ende, la publicación de un trabajo científico, es el modo más efectivo de transmitir un conocimiento obtenido como consecuencia de la investigación, y su visibilidad es importante para los propios investigadores, para las instituciones en que trabajan y las organizaciones que financian la investigación².

Ahora bien, los editores de las revistas científicas tienen un empeño común: la publicación de una revista legible y fiable. Para ello, deberán velar por la calidad y adecuación de los artículos que publican.

La revisión por pares es el proceso mediante el cual se valora en forma independiente, subjetiva y crítica un manuscrito enviado para publicación científica, por pares expertos -iguales- que generalmente no forman parte del comité editorial^{3,4}. Esta evaluación puede considerarse una importante prolongación del proceso científico. Se acepta que la revisión por pares es el «patrón oro» para la comunicación científica, pero su capacidad para garantizar la aptitud de los artículos publicados sigue siendo difícil de verificar. De hecho, el mayor peligro de esta revisión no es el rechazo indebido de los manuscritos de alta calidad sino la aceptación indiferente de los de baja calidad⁵. De todos modos, el editor de una revista es el responsable final, pudiendo tomar decisiones por cuestiones no relacionadas con la calidad de un manuscrito, tal como la idoneidad para la publicación⁴.

Para cuidar al máximo el principio de imparcialidad, los revisores deben informar a los editores sobre cualquier conflicto de intereses que pueda sesgar su opinión y deberían rehusar revisar manuscritos específicos si el potencial de sesgo existe⁴.

Pese a una historia de más de 300 años de revisión por pares en las publicaciones, hace aproximadamente dos décadas que se introdujo la metodología científica en la valoración de la eficacia y validez de la revisión



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

por pares. La revisión por pares y el anónimo, simple o doble, de la evaluación han permitido el avance de la ciencia pero carecen de base experimental que justifique su amplia aceptación y su implantación rutinaria. En consecuencia, existe un debate en busca del equilibrio entre la innovación y la calidad que ayude al progreso científico, al trabajo de los investigadores y a la difusión de sus trabajos. La revisión por pares no tiene fundamentos claramente establecidos y no es un método infalible; vale la pena, pues, el debate científico⁶. Aunque, su valor ha sido poco estudiado y se discuta ampliamente, la evaluación por pares ayuda a los editores (directores) a decidir que manuscritos son adecuados para sus revistas, a la vez que ayuda a autores y editores en sus esfuerzos para mejorar la calidad de los artículos⁴.

Existen propuestas que abogan por la revisión profesional para garantizar que se cumplen con garantías la evaluación de los manuscritos, sin embargo otras apuestan por educar a los investigadores sobre prácticas de comportamiento y desarrollar pautas para la escritura científica ética⁷. Pero, independientemente de las discusiones académicas sobre méritos y deméritos de este proceso, la revisión por pares es actualmente universal en las revistas científicas de mayor calidad⁸.

Aun teniendo en cuenta todas estas consideraciones, se debe aceptar que el dar a otros la delicada decisión de recomendar o no la publicación de un determinado trabajo científico se ha mantenido vigente hasta ahora, porque todavía da prestigio y credibilidad a las revistas, porque preserva una confidencialidad recíproca y porque estimula a los autores a alcanzar un mejor nivel de investigación y de redacción científica³.

Ser invitado para actuar en la revisión de un trabajo científico es un acto de reconocimiento implícito de su competencia en el área de conocimiento y de su seriedad profesional. A la persona que invitaron, le están delegando la responsabilidad de aconsejar sobre el mérito que es publicar, o no, un determinado artículo.

Por otro lado, en su forma actual, la revisión por pares ofrece pocos incentivos para las personas que se prestan a realizar esta labor imparcial. Al mismo tiempo, se espera que los revisores respondan con prontitud a la solicitud para revisar un manuscrito y envíe comentarios constructivos, honestos y correctos dentro del tiempo convenido. Actuar de revisor significa destinar voluntariamente, una cantidad importante de energía y de tiempo y una atribución de mucha responsabilidad, que involucra a las diversas partes interesadas⁸.

Algunas personas creen que la verdadera revisión científica por pares comienza solo en la fecha en que se publica un artículo. En este sentido, las revistas deben tener un mecanismo para que los lectores puedan enviar comentarios, preguntas o críticas sobre los artículos publicados, y los autores tienen la responsabilidad de responder adecuadamente y aportar la información adicional que sea necesaria⁴.

Desde el comité editor de la revista Medicina y Seguridad en el Trabajo, agradecemos muy sinceramente la labor realizada por nuestros actuales revisores para mejorar la calidad científica de la revista.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cáceres Castellanos G. La importancia de publicar los resultados de Investigación. *Fac Ing.* 2014;23(37):7-8.
2. Sanz-Valero J, Wanden-Berghe C. Análisis bibliométrico de la producción científica, indizada en MEDLINE, sobre los servicios de salud proporcionados por las unidades de hospitalización a domicilio. *Hosp Domic.* 2017;1(1):21-34.
3. Fuentes G P. Revisión por pares de revistas científicas. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr.* 2015;53(3):147-8.
4. International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). Recommendations for the conduct, reporting, editing, and publication of scholarly work in medical journals [Internet]. Philadelphia, USA: ICMJE; 2016 [citado 11 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.icmje.org/icmje-recommendations.pdf>
5. D'Andrea R, O'Dwyer JP. Can editors save peer review from peer reviewers? *PloS One.* 2017;12(10):e0186111.
6. Gérvas J, Pérez Fernández M. La revisión por pares en las revistas científicas. *Aten Primaria.* 2001;27(6):432-9.
7. Daskalopoulou SS, Mikhailidis DP. The involvement of professional medical writers in medical publications. *Curr Med Res Opin.* 2005;21(2):307-9.
8. Gil Soares de Araújo C. Peer review: a constantly-evolving scientific process. *Arq Bras Cardiol.* 2012;98(2):e32-35.

Artículo especial

Determinación de contingencia. Análisis de 15 casos con sentencia judicial año 2015

Determination of Contingency. Analysis of 15 Cases With Judicial Sentence Year 2015

M^ª Isabel Barriopedro Prados¹ y colaboradores²

1. Médico de Asesoría Jurídica. Fraternidad-Muprespa. Madrid. España.
2. Letrados de Asesoría Jurídica. Fraternidad-Muprespa. Madrid. España.

Recibido: 06-07-17

Aceptado: 26-09-17

Correspondencia

M^ª Isabel Barriopedro Prados
Centro de Asesoría y Servicios Jurídicos
Fraternidad Muprespa
C/ San Agustín 10- Madrid. España.
Tel: 91 360 8800 Extensión: 9214
Móvil: 690 14 10 39
Correo: milbarriopedro@fraternidad.com
Web: <http://www.fraternidad.com>

Resumen

En relación a los juicios de **Determinación de contingencia** (DECO) tanto en los **Juzgados de lo Social** (J.S) como en los **Tribunales Superiores de Justicia** (TSJ), teniendo como **premisa que cada caso hay que analizarlo particularmente por sus múltiples circunstancias**, existen **diversidad de criterios** para calificar:

- **Enfermedad Común** (CC):
 - Como enfermedad preexistente no agravada por accidente de trabajo.
- **Accidente de trabajo** (AT):
 - Como agravamiento de patología previa.
 - Incidente en lugar y tiempo de trabajo.

No parecen existir **criterios concluyentes** que distingan médico-legalmente Enfermedad común y Accidente de trabajo.

El motivo del presente estudio es **analizar 9 parámetros de 15 sentencias** del año 2015 en Madrid, con el fin de llegar a razonamientos médico-jurídicos que puedan mejorar nuestro trabajo diario en los Juzgados de lo Social.

Med Segur Trab (Internet). 2017;63(248):208-24

Palabras claves: Determinación de contingencia, Accidente de trabajo-Enfermedad Común.



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Abstract

Regarding the Contingency Determination trials in both Social Courts and Superior Courts of Justice, based on the **premise that each case has to be analyzed in particular for its multiple circumstances**, there are **several criteria** to qualify:

— **Common disease:**

- As preexisting disease not aggravated by work accident.

— **Work accident:**

- As aggravation of previous pathology.
- Incident in place and time of work.

There seems to be no conclusive criteria which distinguish between common disease and work accidents.

The purpose of the present study is **to analyze 9 parameters of 15 sentences** of the year 2015 in Madrid, in order to arrive at medico-juridical / medico-legal reasoning reasonings that can improve our daily work in Social Courts.

Med Segur Trab (Internet). 2017;63(248):208-24

Keywords: Contingency Determination, Work accident-Common disease.

INTRODUCCIÓN

En nuestra entidad **Fraternidad-Muprespa, en el año 2015** se ha demandado por Determinación de contingencia en **351 casos**, de las cuales hubo:

- **73 desistimientos**:
 - 58 demandas ajenas
 - 15 demandas propias
- **278 sentencias**

De las **278 sentencias de determinación de contingencia** hubo:

- 208 sentencias por demandas ajenas
- 70 sentencias por demandas propias

Se estimaron:

- **Enfermedad Común: 141 sentencias** que supone un **51% del total**
 - Demanda ajena 81 sentencias: 29% del total
 - Demanda propia 60 sentencias: 22% del total
- **Accidente de trabajo: 137 sentencias** que supone un **49% del total**
 - Demanda ajena 128 sentencias: 46% del total
 - Demanda propia 9 sentencias: 3% del total

Para el presente estudio hemos valorado los **15 casos de Determinación de Contingencia** que se celebraron en la Territorial Madrid en el año 2015:

- **Enfermedad Común**:
 - **7 sentencias** que supone un **47% del total**
- **Accidente de trabajo**:
 - **8 sentencias** que supone un **53% del total**

ARTÍCULO 115 LEY GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (LGSS) (vigente en el año 2015)

1. Se entiende por **accidente de trabajo** toda **LESIÓN CORPORAL** que el trabajador sufra con **ocasión o por consecuencia del trabajo** que ejecute por cuenta ajena.
2. Tendrán la consideración de **accidente de trabajo**:
 - A. Lo que sufra el trabajador **al ir o volver** del trabajo.
 - B. Lo que sufra el trabajador con ocasión o como consecuencia del desempeño de **cargos electivos de carácter sindical**, así como los ocurridos al ir o volver del lugar en que se ejerciten las funciones propias de dichos cargos.
 - C. Los ocurridos con ocasión o por consecuencia de las **tareas** que, **aun siendo distintas a las de su categoría profesional, ejecute el trabajador en cumplimiento de las órdenes del empresario o espontáneamente en interés del buen funcionamiento** de la empresa.
 - D. Los acaecidos en **actos de salvamento** y en otros de naturaleza análoga, cuando unos y otros tengan **conexión de trabajo**.
 - E. Las enfermedades, no incluidas en el artículo siguiente, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por **causa exclusiva** la ejecución del mismo.

- F. Las enfermedades o efectos, **padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente.**
- G. Las consecuencias del accidente que resulten modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación, por enfermedades intercurrentes, que constituyan complicaciones derivadas del proceso patológico determinado por el accidente mismo o tengan su origen en afecciones adquiridas en el nuevo medio en que se haya situado el paciente para su curación.
3. Se presumirá, salvo prueba en contrario, que son constitutivas de accidente de trabajo las lesiones que sufra el trabajador durante el **tiempo y en el lugar del trabajo.**
4. No obstante lo establecido en los apartados anteriores, **no tendrán la consideración de accidente de trabajo:**
- A. Los que sean debidos a fuerza mayor extraña al trabajo, entendiéndose por ésta la que sea de tal naturaleza que ninguna relación guarde con el trabajo que se ejecutaba al ocurrir el accidente.
En ningún caso se considerará fuerza mayor extraña al trabajo la insolación, el rayo, y otros fenómenos análogos a la naturaleza.
- B. Los que sean debidos a dolo o imprudencia temeraria del trabajador accidentado.
5. **No impedirán la calificación de un accidente como de trabajo:**
- A. La imprudencia profesional que es consecuencia del ejercicio habitual de un trabajo y se deriva de la confianza que éste inspira.
- B. La concurrencia de culpabilidad civil o criminal del empresario, de un compañero de trabajo del accidentado o de un tercero, salvo que no guarde relación alguna con el trabajo.

ANÁLISIS DE CASOS

1. Casos estimados como AT

Caso 1

- Varón de 35 años
- **Profesión:** Conductor de camión
- **Parte AT:** Si
- **Incidente:** No se sabe cómo ocurrió, al parecer iba conduciendo su camión. En Urgencias relata una **cefalea progresiva de una semana de evolución** con empeoramiento brusco en las últimas 24 horas.
- **Diagnóstico:** **Rotura de aneurisma cerebral**
- **Resolución INSS (Instituto Nacional de la Seguridad Social):** AT
- **Demanda:** **Fraternidad**
- **Perito:** Si
- **Sentencia:** **Artículo 115.3: Lugar y tiempo**
- **Recurso de suplicación:** No

Conclusiones médico-jurídicas

- El magistrado alude a sentencias en las que en casos similares se estima AT por ocurrir en lugar y tiempo.
- El médico entiende que el juez no ha valorado la ruptura del nexo de causalidad de la pericial, aludiendo a que el médico no ha explorado al paciente ni lo ha

tratado. Para valorar una DECO no es preciso que el médico explore al paciente pues de lo que se trata es de valorar el origen de una patología. Si un médico trata al paciente, se convierte en un testigo o en un testigo-perito.

- El letrado estima que la causa de tacha es una prescripción legal, pero no invalida o impide la práctica de la prueba pericial.

Caso 2

- Mujer de 39 años
- **Profesión:** Moza de almacén
- **Parte AT:** Si en la 1ª baja. No en la 2ª baja
- **Incidente:** **Accidente laboral in itinere por colisión por alcance.**
- 1ª baja-AT: Enero-12, Fecha alta: Febrero-13. No impugnó el alta. **Diagnóstico: Latigazo cervical.** Se valoró por el INSS, LPNI
- 2ª baja Abril-13 **Diagnóstico: Hernia discal dorsal. Lesión radicular crónica y muy leve**
- **Resolución INSS: 2ª baja CC**
- **Demanda: Paciente**
- **Perito: Si**
- **Sentencia: Artículo 115.3: Lugar y tiempo**
- **Recurso de suplicación: No**

Conclusiones médico-jurídicas

- El magistrado alude a que las dolencias son las mismas que en el AT anterior.
- El médico entiende que es un diagnóstico distinto.
- El letrado estima que el nexo se rompe desde el momento en que le damos el alta, no la impugna y deviene firme. Además en el AT in itinere no actúa la presunción de lugar y tiempo.

Caso 3

- Mujer de 44 años
- **Profesión:** Reponedora
- **Parte AT:** No. RECHAZO
- **Incidente:** **Dolor en muñeca izquierda no dominante, tras notar tirón mientras colocaba material (juguetes) en una estantería. Refería dolor de un año de evolución.**
- **Diagnóstico: Ganglión en territorio de flexores de muñeca izquierda. Quiste óseo en semilunar.** No se acepta como AT pues la etiología es idiopática o degenerativa. Posteriormente se realiza Ecografía: **Tenosinovitis de extensores y flexores.**
- **Resolución INSS: CC**
- **Demanda: Paciente**
- **Perito: Si**
- **Sentencia: Artículo 115.2F: Agravamiento de patología previa**
- **Recurso de suplicación: No**

Conclusiones médico-jurídicas

- El magistrado alude a que la patología de base no le impedía trabajar, pero que la nueva patología empeora.
- El médico entiende que el juez interpreta erróneamente el diagnóstico de la pericial, pues hay un error diagnóstico inicial en una ecografía y se arrastra hasta

la sentencia, habiendo una Resonancia Magnética Nuclear (RMN) posterior que es más específica y no confirma el diagnóstico erróneo.

- El letrado estima que es cierto que a pesar de haber ocurrido un incidente en lugar de trabajo, se rompe la presunción de AT, por no tener relación causa-efecto con su actividad laboral.

Caso 4

- Mujer de 62 años
- **Profesión:** Ayudante de cocina
- **Parte AT:** Si en la 1ª baja. No en la 2ª baja
- **Incidente:** **Dolor en tobillo derecho y rodilla izquierda al resbalarse y caerse de rodillas.**
- 1ª baja-AT: Marzo-14, Fecha alta: 7 de Abril-14. Se le indica a la paciente que la rodilla tiene gonartrosis que debe ser vista por su Médico de atención primaria (MAP). El tobillo curado.
- **Diagnóstico:** **Esguince ligamento calcaneoperoneo del tobillo**
- 2ª baja: 8 de Abril-14. **Diagnóstico:** **Gonalgia; dolor articular**
- **Resolución INSS:** **2ª baja CC**
- **Demanda:** **Paciente**
- **Perito:** **No**
- **Sentencia:** **Artículo 115.2F: Agravamiento de patología previa**
- **Recurso de suplicación:** **Si. Se mantiene la sentencia de instancia**

Conclusiones médico-jurídicas

- El magistrado valora que el AT provoca la sintomatología incapacitante y agrava la dolencia común previa de gonartrosis.
- El médico valora que no se hace suficiente hincapié en que había tenido múltiples bajas por Gonalgia como Enfermedad Común y dice que ésta patología común era compatible con el trabajo ¿?, siendo el AT el que provoca la sintomatología incapacitante. Error de no llevar perito que demostrase que la patología común no se había agravado anatómicamente y que durante la baja tuvo sintomatología aguda, es decir agravamiento clínico, pero después no le corresponde a la Mutua tratar la gonartrosis.
- El letrado, la sentencia básicamente considera que padece una Gonalgia continuadora del AT de fecha 13-3-14, es decir, no es un accidente nuevo, no es una recaída, sino que es continuación de lo sucedido.

Caso 5

- Varón de 48 años
- **Profesión:** Agente de Servicios auxiliares
- **Parte AT:** Si en la 1ª baja. No en la 2ª baja
- **Incidente:** **Dolor en codo izquierdo no dominante que se inicia de forma súbita al manipular un bulto pesado en un esfuerzo.**
- **Diagnóstico:** **Epicondilitis lateral.** Durante ésta baja hicimos estudio de columna cervical (Rx-RMN-EMG) para objetivar/descartar que su patología no era solo del codo sino que además podía ser del cuello. No encontramos patología aguda cervical
- 2ª baja: CC. **Diagnóstico:** **Cervicalgia**
- **Resolución INSS:** **CC**
- **Demanda:** **Paciente**

- **Perito: Si**
- **Sentencia: Artículo 115.1: Toda lesión que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena**
- **Recurso de suplicación: Si. Se mantiene la sentencia de instancia**

Conclusiones médico-jurídicas

- El juez estima que en el AT lo tratamos de epicondilitis pero que también le hicimos pruebas de cervicalgia. Las dolencias son las mismas y además podrían tratarse de lesiones previas agravadas por el accidente.
- El médico dejó claro que la patología del AT fue por epicondilitis y la de CC por cervicalgia y que las pruebas cervicales (Rx-RMN-EMG) se hicieron para objetivar/descartar patología cervical y aunque explicamos que no habíamos encontrado patología aguda cervical o no lo dejamos claro o no hicimos entender la separación entre ambas patologías.
- El letrado apunta que el mecanismo lesional describe claramente donde se produjo el dolor y fue en el codo.

Caso 6

- Varón de 48 años
- **Profesión: Conserje**
- **Parte AT: No. RECHAZO**
- **Incidente: Dolor en rodilla de 10 días de evolución notando el día anterior a acudir a la Mutua un empeoramiento cuando bajaba un cubo de basura por las escaleras.**
- **Diagnóstico: Rotura degenerativa del menisco interno**
- **Resolución INSS: CC**
- **Demanda: Paciente**
- **Perito: No**
- **Sentencia: Artículo 115.2F: Agravamiento de patología previa**
- **Recurso de suplicación: Si. Se mantiene la sentencia de instancia**

Conclusiones médico-jurídicas

- El juez valora que aunque la patología es previa, el mecanismo lesional de torsión de rodilla, pudo finalmente romper el menisco. En Sentencia del Tribunal Superior de Justicia (TSJ), se agravó y empezó a mostrar efectos perjudiciales, que hasta entonces no habían impedido la actividad laboral.
- El médico estima que no llevamos perito por lo que no pudimos demostrar médicamente que la patología común no se había agravado.
- El letrado explica que la Doctrina del Tribunal Supremo: «ha de calificarse como AT aquel en que de alguna manera concurra una conexión con la ejecución de un trabajo, bastando con que el nexo causante se dé sin necesidad de precisar su significación, debiendo otorgarse dicha calificación cuando no aparezca acreditada ruptura de la relación de causalidad entre actividad profesional y padecimiento».

Caso 7

- Mujer de 35 años
- **Profesión: Ayudante de cocina**
- **Parte AT: No. RECHAZO.**
- **Incidente: Es una impugnación de alta. La DECO viene de otro juicio en que se valoró AT por sentencia judicial. Sufrió una crisis de ansiedad a consecuencia de lo cual, perdió el conocimiento golpeándose en el hombro derecho.**

- **Diagnóstico:** Tendinitis del manguito rotador
- **Resolución INSS:** CC
- **Demanda:** Paciente
- **Perito:** No
- **Sentencia:** Artículo 128.1 a de la LGSS
- **Recurso de suplicación:** No

Conclusiones médico-jurídicas

- El juez estima que la Mutua no reconoció el accidente de trabajo al no haber recibido parte de accidente. En J.S. previamente se declara el carácter profesional del proceso de Incapacidad Temporal (IT). Al alta dada por el INSS, la paciente continuaba con la tendinitis, por lo que se debió reconocer la prórroga de los 180 días.
- El médico, la paciente sufre una crisis de ansiedad en lugar y tiempo y una caída golpeándose en el hombro derecho pero la empresa no da parte de AT. Un J.S. valora que dicha baja es por AT. Así pues la IT es AT y la impugnación de alta es desfavorable para la Mutua.
- El letrado:
 - Determinación de contingencia: se debería haber defendido con sentencias e informes de antecedentes de ansiedad y depresión. También por vulneración del procedimiento legalmente establecido solicitando la nulidad (ley 30/92. Art. 62). Además ni siquiera había parte de AT de la empresa ni de atención al SUMMA.
 - Alta médica: Antes del alta se debería haber realizado una prueba objetiva para convencer al juez de su curación (Eco, EMG, Rx...).

Caso 8

- Mujer de 52 años
- **Profesión:** Limpiadora
- **Parte AT:** Si en la 1ª baja. No en la 2ª baja
- **Incidente:** **Cervicalgia.** Baja por AT, 1 mes. Alta entendiendo la Mutua que la patología que refiere no puede ser considerada AT ni EP. La paciente impugna el alta y el INSS entiende que está bien dada. 2ª baja 10 meses después del AT, baja por CC con diagnóstico Hernia discal cervical. Se valora una Incapacidad Permanente Total (IPT) por Hernia discal (HD) cervical intervenida. Sd. Subacromial derecho. La paciente demanda la contingencia de la IPT, el J.S. estima IPT por AT. La Mutua recurre en TSJ y se desestima la demanda con lo que la IPT es por AT.
- **Diagnóstico:** **Cervicalgia que se transforma en Hernia Discal cervical intervenida y Sd. Subacromial derecho**
- **Resolución INSS:** 1ª: el alta de la Mutua está bien dada. 2ª: la contingencia de la 2ª baja es CC
- **Demanda:** Paciente
- **Perito:** No
- **Sentencia:** Artículo 115.1: Toda lesión que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena
- **Recurso de suplicación:** Si. Se mantiene la sentencia de instancia estimándose que la IPT es por AT

Conclusiones médico-jurídicas

- El juez estima que no consta en su historia clínica consultas por cervicalgia previas al AT sufrido. La calificación posterior como Incapacidad Permanente (IP) deriva

de la hernia discal, que fue diagnosticada 4 meses después de la caída. No se ha acreditado la ruptura del nexo causal entre el AT y el proceso de IT, lo cual es coherente con la contingencia declarada para la IPT por el J.S. La IT es AT.

- El médico, si la IP es AT, la IT es AT. Médicamente hubo una primera calificación de AT de la 1ª baja por cervicalgia.
- El letrado, si el JS y el TSJ consideró IPT derivada de AT, es lógico pensar que por coherencia procesal, el expediente de DECO de dicha baja terminase con una calificación idéntica. Hay un nexo que va yendo y viniendo pero nunca desaparece, desde el 1º AT y la trabajadora va encadenando bajas. La calificación del TSJ es clave en éste caso.

2. Casos estimados como enfermedad común o no accidente de trabajo

Caso 9

- Varón de 55 años
- **Profesión:** Maquinista de tren
- **Parte AT:** Varias bajas:
 - 1997: AT.
 - **Incidente:** **Descarrilamiento del tren que conducía, el cual chocó contra un contenedor que había caído de otro tren que circulaba en sentido contrario.**
 - **Diagnóstico:** **TCE sin pérdida de conciencia. Fractura abierta olecranon codo izquierdo. Fractura Colles muñeca izquierda. Fractura apófisis transversa L3. Fractura nasal y contusión orbitomalar.**
 - 1998: RMN: Protrusión L5-S1 y protrusiones L1-L2, L2-L3 y L4-L5.
 - 2002: RMN: Pequeña HD L5-S1.
 - 2006: RMN: Rectificación de la lordosis. HD L5-S1. Protrusiones L1-L2 y L2-L3.
 - Febrero-2008/Junio 2008/Baja por CC. RMN: Rectificación de la lordosis. HD L5-S1. Discretas protrusiones L1-L2 y L2-L3.
 - Diagnóstico: Lumbalgia sin irradiación.
 - Enero-12: Baja por AT
 - **Incidente:** **Al bajarse de un tren notó un chasquido en columna lumbar.**
 - **Diagnóstico:** **HD L5-S1. Estenosis en L4-L5. Signos degenerativos estructurales L1-L2 y L2-L3: osteofitos.**
 - 19-12-13/11-2-14: Baja por CC.
 - **Diagnóstico:** **Lumbalgia con irradiación. Trastorno del disco intervertebral.**
 - **Resolución INSS:** **CC.** La lumbalgia es atribuido a patología degenerativa por los distintos especialistas, no objetivándose en las pruebas de imagen, lesiones derivadas de mecanismo lesional traumático.
- **Demanda:** **Paciente**
- **Perito:** **No**
- **Sentencia:** **Artículo 115.2F. Agravamiento de patología previa**
- **Recurso de suplicación:** **No**

Conclusiones médico-jurídicas

- El juez estima que si bien se debe reconocer que hay una patología de base degenerativa no es menos cierto la incidencia de los accidentes que el demandante ha tenido, de ahí el supuesto de aplicación 115.2F.

- El médico considera que al ocurrir dos AT previos en zona lumbar, la nueva baja se valora como derivada de AT. El 1º AT de 1997, con fractura L3, nada tiene que ver con la patología discal posterior que se evidencia por vez primera en RMN en 1998, sin baja y luego en 2002 y 2006. Es decir la patología degenerativa comienza en 1998 y va evolucionando. En 2008 una baja por CC por lumbalgia, no discutida. En 2012 una baja por AT por lumbalgia de esfuerzo. La baja discutida del 2013, el INSS estima que no hay lesiones derivadas de mecanismo traumático. Deberíamos haber llevado perito. Fue favorable a Fraternidad puesto que en ese momento la empresa era autoaseguradora.
- El letrado opina que el juez tiene razón.

Caso 10

- Varón de 53 años
- **Profesión:** Vigilante de seguridad
- **Parte AT:** No. Baja CC.
- **Incidente:** Respirar polvo de una obra
- **Diagnóstico:** **Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)**
- **Resolución INSS:** **La contingencia de la baja es CC.**
- **Demanda:** **Paciente. Solicita baja por Enfermedad Profesional (EP) por vigilar una obra con polvo.**
- **Perito:** No
- **Sentencia:** **La baja no es por EP**
- **Recurso de suplicación:** No

Conclusiones médico-jurídicas

- El juez estima que con los cuadrantes que aporta la empresa, la mayor parte de su trabajo lo hace en domingos y festivos, cuando no hay actividad. Difícil de asumir que en dos meses se desarrolle una EPOC, de todos conocido el lento desarrollo de la patología. El actor es fumador (34 cigarrillos/día, antes 40), estimando que el tabaquismo es el factor de riesgo esencial en este tipo de enfermedades. Además dice que el EPOC no está en la lista de Enfermedades Profesionales en los vigilantes. También dice que si hubiera pedido AT, quizá.
- El médico valora que la patología EPOC no puede ser ni AT ni EP en un vigilante de seguridad.
- El letrado, el trabajador puede hacer su trabajo lejos de la obra o adoptar Equipos de Protección Individual (EPI) según ley prevención de riesgos laborales. Una persona con EPOC, que fuma 34 o 40 cigarrillos/día habría que aplicarle la doctrina jurisprudencial de imprudencia temeraria (omisión de las más elementales precauciones. Exposición al riesgo voluntario y consciente y deliberado. Menosprecio de su vida o integridad que pone en peligro (STC 3-2-88 y 22-3-88)).

Caso 11

- Mujer de 48 años
- **Profesión:** Agente de Servicios Auxiliares
- **Parte AT:** No. Baja CC.
- **Incidente:** AT previo
- **Diagnóstico:** **Tendinopatía del Tendón de la Porción Larga del Bíceps**
- **Resolución INSS:** **La contingencia de la baja es CC.**
- **Demanda:** **Paciente.**

- **Perito:** No
- **Sentencia:** Art. 115.3. las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar de trabajo
- **Recurso de suplicación:** Si del trabajador, pero finalmente desistió.

Conclusiones médico-jurídicas

- El juez estima que el actor pretende asimilar la dolencia actual al anterior proceso calificado como AT. La actora pretende la condición de AT por la similitud de patología, no consta en modo alguno un AT actual y respecto a la similitud que la hay, significar que la presunción de AT no alcanza automáticamente a las nuevas bajas que se producen por la misma patología, sin el lugar y tiempo de trabajo, salvo que se demuestre la conexión causal directa con las bajas anteriores.
- El médico, la nueva baja no es en lugar y tiempo y no se acredita la relación causal con los dos AT anteriores a pesar de tener un diagnóstico similar. En el anterior AT con otra Mutua, se valoró la lesión del hombro como Lesiones Permanentes No Invalidantes (LPNI).
- El letrado opina que es un tipo de juicio con resultado fronterizo como, in fine, expresa en sus fundamentos de derecho, por cuanto no resulte posible establecer reglas generales al respecto, más allá de la presunción del art. 115.3 de la LGSS, por la solución de cada caso dependerá de sus propias circunstancias.

Caso 12

- Mujer de 50 años
- **Profesión:** Agente de Servicios Auxiliares
- **Parte AT:** No. Baja CC.
- **Incidente:** AT previo
- **Diagnóstico:** Cervicobraquialgia
- **Resolución INSS:** La contingencia de la baja es CC.
- **Demanda:** Paciente.
- **Perito:** Si
- **Sentencia:** No hay relación de causalidad entre las dolencias de la baja actual y el AT
- **Recurso de suplicación:** Si. Se mantiene la sentencia de instancia.

Conclusiones médico-jurídicas

- El juez estima que es necesario acreditar que existe una relación indiscutible de la baja de CC con un acto laboral.
- El médico, es fundamental demostrar la falta de relación de causalidad entre la dolencia del AT y la dolencia de CC. La jueza clava las conclusiones del perito. Sin relación causal entre el AT y la baja por CC.
- El letrado, la sentencia se basa principalmente en desligar los diagnósticos existentes entre las dos bajas médicas. La propia sentencia reseña con notoria claridad el informe pericial, estableciendo que el AT consistente en TCE leve no puede ocasionar en ningún modo patología discal cervical leve y degenerativa y crónica. Establece la sentencia que no puede apreciarse tal relación de causalidad entre dichas dolencias y el accidente padecido, siendo ésta la clave para la resolución favorable de la misma.

Caso 13

- Mujer de 46 años
- **Profesión:** Atención al cliente en correos

- **Parte AT:** No. Baja CC.
- **Incidente:** AT previo
- **Diagnóstico:** Cervicobraquialgia
- **Resolución INSS:** La contingencia de la baja es CC.
- **Demanda:** Paciente.
- **Perito:** No
- **Sentencia:** Desistimiento
- **Recurso de suplicación:** Si. La resolución de instancia es irrecurrible.

Conclusiones médico-jurídicas

- El juez, la parte solicitante no ha comparecido el día y a la hora que estaba señalada, ni ha alegado causa para justificar su inasistencia. Se acuerda tener por desistida a la parte actora.
- El médico, se trataba de una paciente con LPNI previa por AT en la cadera. El diagnóstico de la baja por CC era Coxartrosis. Dolor articular Tobillo. Lesión tipo SLAP hombro. Si el juicio se hubiera celebrado mi opinión es que los tres diagnósticos no justifican que su patología provenga de un AT previo en el que solo había lesión de cadera.
- El abogado de la actora impugnó la sentencia.

Caso 14

- Mujer de 55 años
- **Profesión:** Cartera de reparto
- **Parte AT:** No. Baja ANL.
- **Incidente:** AT in itinere
- **Diagnóstico:** Desgarro parcial del supraespinoso.
- **Resolución INSS:** La contingencia de la baja es ANL.
- **Demanda:** Paciente.
- **Perito:** No
- **Sentencia:** Art. 115.3. las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar de trabajo
- **Recurso de suplicación:** Si. Se mantiene la sentencia de instancia.

Conclusiones médico-jurídicas

- El juez estima que el desgarro del supraespinoso se produjo cuando iba en el autobús por frenazo brusco, pero que la lesión no se ha producido en lugar y tiempo sino en el viaje a su centro de trabajo por lo que no es de aplicación la presunción iuris tantum del art. 115.3, solo es aplicable a las dolencias acaecidas en tiempo y lugar y no las que se manifiestan en el trayecto, quedando así el AT in itinere únicamente cuando las dolencias se producen como consecuencia de una acción súbita y violenta. En éste caso se invierte la carga de la prueba. La demandante solo ha ofrecido el testimonio de una compañera de trabajo, pero el testimonio ha resultado confuso, poco convincente en los detalles y no creíble para el juzgador.
- El médico, el AT in itinere, solo se considera si hay acción súbita y violenta jurídicamente. Médicamente se podía haber defendido demostrando la ruptura del nexo causal entre el frenazo brusco de un autobús con fuerte dolor del hombro. En mi opinión ésta sentencia nos es favorable pero en la Ecografía se objetiva un desgarro parcial del supraespinoso con abundante derrame en el foco, por tanto dicho desgarro era agudo, si bien al parecer no quedó claro que el frenazo ocurriera. Además si la empresa no reconoce el AT, la Mutua no puede dar la baja.

- **El letrado**, Fundamentos de la sentencia: Lesión no ocurre en tiempo y lugar de trabajo sino en el viaje a su centro de trabajo, por tanto no se aplica presunción. La empresa no reconoce el AT. No acredita mediante prueba, que se produjera dicha lesión. El testimonio de la compañera no es válido porque coincide en trayecto solo una parte. Se desestima la demanda con un fundamento lógico.

Caso 15

- Mujer de 50 años
- **Profesión:** Administrativa
- **Parte AT:** No.
- **Incidente:** Acoso laboral ¿?
- **Diagnóstico:** **Trastorno de ansiedad vs acoso laboral.**
- **Resolución INSS:** No
- **Demanda:** **Paciente.**
- **Perito:** No
- **Sentencia:** Art. 115.2E. Causa exclusiva
- **Recurso de suplicación:** No

Conclusiones médico-jurídicas

- **El juez** valora que las dolencias personales son superiores (fallecimiento del marido) a los sufrimientos del trabajo.
- **El médico**, demasiadas demandas y sentencias por acoso laboral siempre favorables a la paciente, menos ésta. Aunque es difícil demostrar el acoso laboral, en el presente caso, la paciente ya lo había demostrado, lo difícil es demostrar que la única causa del Trastorno de ansiedad sea el trabajo, pues puede ser multifactorial. En este caso a pesar de haberse valorado en múltiples sentencias el acoso laboral, el juez estimó que el sufrimiento por el duelo por el fallecimiento del marido era una causa mayor que el sufrimiento por su situación laboral.
- **El letrado**, no existe la presunción de que cualquier baja por la misma enfermedad genérica que tenga la demandante tiene lugar en contingencia profesional. Y como resulta conocido, el desencadenante de la baja debe ser un hecho vinculado al trabajo. El 2º párrafo del art. 173.1 del Código penal recoge el delito de acoso laboral, castigando con penas de prisión de seis meses a dos años a los que en el ámbito de cualquier relación laboral o funcionarial y prevaliéndose de su relación de superioridad, realicen contra otro de forma reiterada actos hostiles o humillantes que, sin llegar a constituir trato degradante, supongan un grave acoso contra la víctima. Incomprensible el fallo de la sentencia de acuerdo con los antecedentes de presión sostenida a lo largo de los años y a las reiteradas actas de infracción de la Inspección de Trabajo. A favor de la CC juega la enfermedad del marido coincidente en el tiempo con la baja objeto de debate. Pese a todo, el asunto podría incluso haberse sustanciado en la jurisdicción penal por trato degradante.

RESULTADOS

Del estudio de 15 sentencias de determinación de contingencia del año 2015, **analizados 9 parámetros**, concluimos los siguientes resultados:

1. PROFESIÓN

- **Esfuerzo importante:** 2 (13% del total). Mozos de almacén y limpiadoras.
 - 2 AT: 100%

- **Esfuerzo moderado:** 7 (47% del total). Camioneros, reponedores, ayudantes de cocina y agentes de servicios auxiliares.
 - 5 AT: 71%
 - 2 CC: 29%
 - **Esfuerzo leve:** 6 (40% del total). Vigilantes de seguridad, conserjes, maquinistas, carteros, administrativos.
 - 2 AT: 20%
 - 4 CC: 80%
- 2. PARTE AT**
- **Si:** 1 (7% del total)
 - 1 AT: 100%
 - **No:** 14 (93% del total)
 - 7 AT: 50%
 - 7 CC: 50%
- 3. INCIDENTE**
- **Traumatismo corporal**
 - **Si:** 2 (13% del total)
 - 2 AT: 100%
 - **No:** 13
 - 6 AT: 46%
 - 7 CC: 54%
- 4. DIAGNÓSTICO**
- **Ansiedad:** 1 (7% del total)
 - 1 AT: 100%
 - **Aneurisma cerebral:** 1 (7% del total)
 - 1 AT: 100%
 - **EPOC:** 1 (7% del total)
 - 1 CC: 100%
 - **Columna:** 6 (40% del total)
 - 3 CC: 50%
 - 3 AT: 50%
 - **Hombro:** 3 (20% del total)
 - 2 CC: 67%
 - 1 AT: 33%
 - **Muñeca:** 1 (7% del total)
 - AT: 100%
 - **Rodilla:** 2 (13% del total)
 - 2 AT: 100%
- 5. RESOLUCIÓN INSS DE DETERMINACIÓN DE CONTINGENCIA**
- **AT:** 1 (7% del total)
 - AT: 100%
 - **CC o ANL:** 14 (93% del total)
 - 7 AT: 50%
 - 7 CC: 50%

6. DEMANDA PROPIA O AJENA

- 1 **Demanda propia** (7% del total): El 100% de demandas propias son AT.
- 14 **Demandas ajenas** (93% del total):
 - 7 son AT: 50% del total de ajenas.
 - 7 son CC: 50% del total de ajenas.

7. PERITO

- **Si:** 5 (33% del total)
 - 4 AT: 80%
 - 1 CC: 20%
- **No:** 10 (67%)
 - 4 AT: 40%
 - 6 CC: 60%

8. ARTÍCULO EN EL QUE SE BASA EL FALLO

- 3 Sentencias basadas en el **artículo 115.1**: (20% del total) Lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena:
 - 2 sentencias que son AT, lo que supone un 75%
 - 1 sentencia que es CC, lo que supone un 25%
- 1 Sentencia basada en el **artículo 115.2E**: (6,67% del total) Causa exclusiva.
 - La sentencia ha sido CC, lo que supone el 100%
- 4 Sentencias basadas en el **artículo 115.2F**: (26,67% del total) Agravación del lesión previa.
 - 3 sentencias son AT, lo que supone un 75%
 - 1 sentencia es CC, lo que supone un 25%
- 4 Sentencias basadas en el **artículo 115.3**: (26,67% del total) Lugar y tiempo (26,67%):
 - 2 sentencias son AT, lo que supone un 50%
 - 2 sentencias son CC, lo que supone un 50%
- 3 Sentencias basadas en **varios artículos**: (20% del total)
 - 1 sentencia **artículo 128.1** que es AT: 100%
 - 1 sentencia **artículo 116**, que es CC: 100%
 - No comparecencia al acto del juicio y se da por desistido y por tanto Favorable a Fraternidad: 100%

9. RECURSO DE SUPPLICACIÓN

- 8 AT:
 - 3 TSJ: (38% del total)
 - 3 AT: 100%
- 7 CC:
 - 1 TSJ: (14% del total)
 - 1 CC: 100%

CONCLUSIONES

- En el estudio de 9 parámetros de 15 sentencias del año 2015 podemos concluir:
- En las profesiones de esfuerzo importante en el 100% se estimó AT.
 - A pesar de no existir parte de AT el 50% se consideró AT.
 - Sin traumatismo corporal en un 46% se valoró AT.
 - La patología de rodilla el 100% se estimó AT bien por agravamiento, bien por lugar y tiempo.
 - Si la Demanda la interpuso la Mutua el 100% se estimó AT y si fue demanda del paciente el 50% se juzgó AT.
 - En los casos que no asistió Perito médico en un 40% se consideró AT, pero del estudio pormenorizado de las 15 sentencias se deduce claramente que si hubiera asistido perito pudiera haberse disminuido el porcentaje.
 - Respecto al artículo en que se basa el fallo judicial no hay ninguna sentencia que valore AT como causa exclusiva (115.2E), lesión corporal con ocasión o por consecuencia del trabajo (115.1) el 75% se falló AT, agravación de patología previa (115.2F) en el 75% se consideró AT y lugar y tiempo (115.3) en el 50% de los casos se calificó AT.
 - En el 100% de Sentencias recurridas en el TSJ, se mantuvo el criterio de instancia, tanto en demandas ajenas como en propias.

ABREVIATURAS

- AT: Accidente de trabajo
- CC: Enfermedad común
- DECO: Determinación de contingencia
- EP: Enfermedad Profesional
- EPI: Equipos de Protección Individual
- EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- HD: Hernia discal
- INSS: Instituto Nacional de la Seguridad Social
- IPT: Incapacidad Permanente Total
- IP: Incapacidad Permanente
- IT: Incapacidad Temporal
- J.S: Juzgado de lo Social
- LGSS: Ley General de la Seguridad Social
- LPNI: Lesiones Permanentes No Invalidantes
- MAP: Médico de Atención Primaria
- RMN: Resonancia Magnética Nuclear
- STC: Sentencia del Tribunal Constitucional
- TCE: Traumatismo Cráneo Encefálico
- TPLB: Tendón de la Porción Larga del Bíceps
- TSJ: Tribunal Superior de Justicia

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (BOE nº 261 de 31/10/2015).
2. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. (BOE nº 269 de 10/11/1995).
3. Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro (BOE nº 302 de 19/12/2006).
4. Resolución de 19 de septiembre de 2007, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, sobre determinación de la contingencia causante en el ámbito de las prestaciones por incapacidad temporal y por muerte y supervivencia del sistema de la Seguridad Social (BOE nº 226 de 22/09/2007).
5. Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de duración (BOE nº 176 de 21/7/2014)
6. Medicina y Seguridad del Trabajo. Vol.60 supl.1 Madrid 2014
7. Determinación de contingencia: Accidente de trabajo versus enfermedad común, con especial análisis de los casos complejos en incapacidades laborales. Por Ilmo. Sr. Manuel Díaz de Rábago Villar. Sala de lo Social del TSJ del País Vasco.
8. La determinación de contingencia y su interpretación jurisprudencial. Letrada de Fraternidad-Muprespa Marta Carabanchel. Fraternidad.com
9. ISCII/DECO/INSS.
10. Fraternidad.com

Originales

Estudio del absentismo laboral de los celadores en un hospital de agudos

Work absenteeism of patient escort staff in an acute hospital

María Jesús Almodóvar-Carretón¹, Brígido Pérez-Bermúdez¹, Enrique Jaureguizar-Cervera¹, Marta Pérez-Perdomo¹, Pilar Coca Simón¹, Manuela García-Cebrián¹

1. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. España.

Recibido: 23-03-17

Aceptado: 30-08-17

Correspondencia

María Jesús Almodóvar Carretón
Facultativo Especialista Medicina del Trabajo
Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. España.
Teléfonos: 915202596, 915202348
Correo electrónico: mjesus.almodcar@salud.madrid.org

Resumen

Introducción: El absentismo es un problema importante en la actualidad. Las bajas por enfermedad común no dejan de crecer y superaron en el año 2016 los 4,5 millones, produciendo unos perjuicios laborales y económicos de gran importancia.

Objetivo: Estudio del absentismo laboral por causa de enfermedad o lesiones en la categoría de Celadores de un Hospital de Agudos, con el fin de identificar factores relacionados con este absentismo.

Material y métodos: Estudio descriptivo. Se registró el absentismo laboral en 177 trabajadores con categoría celadores de un hospital de agudos durante el año 2015. Las variables analizadas fueron: número de Incapacidad Transitorias (I.T), periodos de I.T, sexo, edad, IMC, estado civil, número de hijos, practicar deportes, tipo de contrato, turno de trabajo, patologías, carga de trabajo, adaptación del puesto de trabajo por las patologías que padece, fecha de la Incapacidad Transitoria y días total de absentismo. Para el análisis estadístico univariante se aplicó una χ^2 en proporciones y la t-student en variables continuas. Posteriormente se construyó un modelo multivariante (Regresión Logística) cuya variable dependiente fue el absentismo.

Resultados: Los días totales de baja fueron de 4425 días, lo que supone 33187.5 horas perdidas. La tasa de absentismo (T.A) por cada 100 horas trabajadas fue de 11.4 horas perdidas y la tasa general de absentismo (T.G.A.) fue de 25 jornadas perdidas por cada trabajador. Un 44.6 % del total de los trabajadores tuvieron una baja médica durante el año de estudio. Las variables relacionadas en el estudio univariante fueron el sexo, tener hijos, padecer patología osteomuscular u otras patologías, tener el puesto adaptado y el sobrepeso. En el modelo multivariante las variables significativas fueron padecer patología osteomuscular con una O.R. de 1.955 (0.982-3.89) y padecer Obesidad O.R. de 3.433 (1.372 - 8.590).

Discusión: Las variables patología osteomuscular y obesidad, son las que mejor predicen el absentismo laboral en nuestra muestra. Se podrían obtener mejores datos en absentismo laboral si la institución mejorara



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

la gestión de puestos de trabajo teniendo en cuenta la gran proporción de patología osteomuscular y se realizasen planes de promoción de la salud frente a la obesidad.

Med Segur Trab (Internet). 2017;63(248):225-34

Palabras clave: Absentismo, Trabajadores de la Salud, Incapacidad laboral.

Abstract

Introduction: Absenteeism is a currently major problem. The sick leaves due to common illness continue to grow and exceeded 4.5 million in 2016, causing important labor and economic damages.

Objective: Injuries or Illness work-related absenteeism in patient escort workers of an Acute Hospital in order to identify factors related with this absenteeism.

Material and methods: Descriptive study. Along 2015 work absenteeism was registered in 177 patient escort workers from an Acute Hospital. The following variables were analyzed: number of temporary work disability and periods, sex, age, BMI, marital status, number of children, exercise, type of contract, work shift, pathologies, workload, adaptation of the workplace due to the pathologies suffered, date of Temporary Disability and total days of absenteeism. For univariate statistical analysis a chi-square (χ^2) was applied in proportions and t-Student in continuous variables. Subsequently, a multivariate model was constructed (Logistic Regression) whose dependent variable was absenteeism.

Results: The total days of leave were 4,425 days, which means a loss of 33,187,5 hours of work. The general rate of absenteeism per 100 hours worked was 11,4 hours lost and the general absenteeism rate was 25 days lost for each worker. 44,6% of the total workers took a medical leave during the year of study. The variables related in the univariate study were sex, having children or not, musculoskeletal or other pathology, post adjustment and overweight. In the multivariate model the significant variables were musculoskeletal pathology with an OR of 1,955 (0,982-3,89) and being obese OR of 3,433 (1,372 - 8,590).

Discussion: Musculoskeletal pathology and obesity variables are the best predictors of work absenteeism in our sample. Better data could be obtained in work absenteeism if the Institution improves the job management taking into account the magnitude of musculoskeletal pathology and the health promotion programs on obesity were carried out.

Med Segur Trab (Internet). 2017;63(248):225-34

Keywords: Absenteeism, Patient escort, Sick leave, Temporary work disability.

INTRODUCCIÓN

El absentismo laboral es un problema creciente en nuestra sociedad. En concreto las bajas por enfermedad común no dejan de crecer y superaron en el año 2016 los 4,5 millones, un 15% más que en el año 2015, lo que equivale a que más de 880.000 trabajadores no acudan a su puesto de trabajo ningún día del año, según datos de la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo¹. Estas bajas suponen un coste total de 72.500 millones de euros sumando los costes de la Seguridad Social, de las empresas y el coste de oportunidad que suponen un 6% en términos de PIB.

El absentismo no sólo conlleva unos costes directos derivados del pago de las prestaciones de la Seguridad Social que cobra el trabajador de baja por contingencias comunes y del complemento salarial que abona la empresa, en el caso de que así lo contemple su convenio colectivo. También supone unos costes indirectos (hasta cuatro veces superiores al importe directo) como los provocados por el tiempo de búsqueda y sustitución del empleado de baja, la formación para la adaptación del sustituto al puesto de trabajo y la pérdida de calidad que esto puede suponer¹.

Los interlocutores sociales coinciden en la necesidad de que se analicen las causas de este absentismo y se establezcan criterios para reducirlo, así como medidas de control.

Siendo el absentismo un problema importante en la actualidad, pocas empresas tienen elaborados planes de análisis y gestión del mismo. Sería recomendable que cada empresa pudiera elaborar y publicar sus niveles de absentismo con el fin de comparar los datos con otras empresas del mismo sector.

Si analizamos más en profundidad el absentismo, en la literatura encontramos que la duración media de estas bajas está alrededor de 16 días, la patología más frecuente es la osteomuscular seguida de la psiquiátrica e infecciosa (gripe, catarros, etc.). Respecto a los días de la semana los lunes y martes son los días con más incidencia, según un estudio elaborado por Asepeyo a partir de los datos recogidos de dos millones de empleados de 220.000 empresas^{1,2}.

Los trastornos osteomusculares se asocian a un alto coste económico y social en los trabajadores, incluyendo el sector sanitario. Entre estos el dolor de espalda es considerado una de las causas más prevalentes, aceptando una etiología multifactorial en su origen en la que el 20% se atribuye a las cargas físicas^{2,3} y el resto a otros factores, como los psicosociales en el trabajo, incluyendo la demanda psicológica, el control sobre el propio trabajo y el apoyo social tanto de compañeros como superiores inmediatos^{4,5}. En estudios realizados concretamente en el ámbito sanitario se detectan asociaciones significativas de estos factores citados y el dolor de espalda^{6,7,8,9,10,11}. Estos estudios, generalmente de diseño transversal, se han complementado en los últimos años con estudios de cohortes en los que se explora el impacto que las condiciones de trabajo tienen sobre un indicador de alta relevancia económica como es el absentismo laboral por trastornos musculoesqueléticos^{12,13,14,15,16,17}. Como puede deducirse se considera que el aumento de patología osteomuscular en el medio sanitario se relaciona directamente con el manejo de cargas y posturas o sobreesfuerzos en la práctica diaria del trabajo hospitalario.

En ese sentido, como modelo de trabajadores del ámbito sanitario que tendrían una mayor implicación en manipulación de cargas y posibles sobreesfuerzos serían los celadores ya que ellos son los que tienen asignadas funciones que conllevan esfuerzos y manipulación de cargas en la mayor parte de su jornada.

Entre las funciones de los celadores del ámbito sanitario están las de movilizar enfermos, trasladar documentos y objetos que le sean confiados por un superior, realizar tareas de apoyo al personal sanitario, ayuda en el aseo de enfermos, labores de vigilancia del centro donde trabaja, velar por el orden y el mayor silencio posible en las dependencias, excepcionalmente realizar tareas de limpieza, informar a sus superiores de desperfectos y anomalías, tener a su cargo a los animales utilizados en los laboratorios y quirófanos experimentales, otras tareas auxiliares similares a las anteriores que les sean encomendadas por sus superiores¹⁸.

La protección y mejora de la seguridad y salud de los trabajadores vienen recogidas en la Ley PRL y concretamente también hace mención a la protección de trabajadores sensibles dando indicaciones para limitar o adaptar determinadas tareas del puesto de trabajo si pudieran empeorar su estado de salud¹⁹. En la literatura se recoge que a trabajadores con problemas de salud que han requerido adaptación o cambio de puesto por considerarlos personal sensible a determinados riesgos (fundamentalmente cargas y esfuerzos físicos), en un alto porcentaje no se ha mejorado su estado de salud, si consideramos el nivel de absentismo de estos trabajadores²⁰. En este contexto hemos decidido analizar el absentismo en estos trabajadores y estudiar factores asociados, con la finalidad de establecer medidas que puedan disminuirlo y en definitiva mejorar el estado de salud en el trabajo.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo. Se registró el absentismo laboral en trabajadores con categoría de Celadores en un hospital de agudos (Hospital de la Princesa de Madrid. Madrid. España) durante el año 2015. El absentismo se produjo por dos causas, por contingencia común o por contingencia laboral. El número total de trabajadores que se estudió fue de 177.

Las variables que se recogieron para el estudio fueron: Sexo, edad, Índice de masa muscular (IMC), estado civil, número de hijos, practicar deportes, tipo de contrato, turno de trabajo, patologías, carga de trabajo, adaptación del puesto de trabajo por las patologías que padece, fecha de la Incapacidad Transitoria y días total de absentismo.

Estas variables se recogieron mediante entrevista telefónica y datos que figuraban en la historia médico-laboral del trabajador. Para evaluar la carga de trabajo se consensuó con el jefe de celadores categorizar el grado de intensidad en su puesto de trabajo teniendo en cuenta dos dimensiones; la deambulación y las cargas manipuladas durante la jornada. De esta forma se consideró deambulación BAJA, que puntuamos como 0, cuando caminaban de 0 - 1 h/jornada laboral; deambulación MEDIA, puntuado como 1, cuando deambulaban de 1 - 3 h/jornada (< de la mitad de la jornada) y deambulación ALTA, que se puntuó como 2, cuando lo hacían más de 3 h/jornada (más de la mitad de la jornada). Igualmente para la manipulación de cargas se consideró BAJA, que se puntuó como 0, cuando se manipulan cargas de 0 - 1 h/jornada; MEDIA, puntuado como 1, cuando la manipulación era de 1 - 3 h/jornada (< de la mitad de la jornada) y ALTA, puntuado como 2, cuando era mas de 3 h/jornada (más de la mitad de la jornada). Para expresar de forma conjunta estas dos dimensiones se realizó la suma de ambos resultados obteniendo una cuantificación de esa intensidad de trabajo físico en ese puesto de trabajo. Posteriormente se convirtió esa variable como dicotómica, considerándola ALTA cuando la suma de ambas dimensiones era superior a 3 y BAJA al resto.

Se calcularon la tasa de absentismo (T.A) definida como el número de horas perdidas totales durante el período de observación por cada 100 horas trabajadas y la tasa general de absentismo (T.G.A) definidas como el número promedio de jornadas perdidas por IT y por cada empleado durante el periodo de observación:

$$T.A. = \frac{\text{Nº Horas perdidas totales período observación} \times 100}{\text{Nº Horas teóricas del grupo de trabajadores}}$$

$$T.G.A. = \frac{\text{Nº Jornadas perdidas IT período observación}}{\text{Nº Trabajadores expuestos}}$$

Se calcularon las Tasas de Incidencia de I.T por meses, definiéndola como el cociente del número de I.T nuevas, dividido por el total de estos trabajadores y multiplicado por 100 para cada mes, con este indicador observamos el comportamiento durante el periodo de observación (año 2015).

Para el análisis estadístico univariante se aplicó una χ^2 en proporciones y la t-student en variables continuas. La significación se consideró con $p < 0.05$. Posteriormente se

construyó un modelo multivariante (Regresión Logística) cuya variable dependiente fue absentismo o no. La medida de asociación fue la Odds Ratio (OR) y se calcularon sus Intervalos de Confianza al 95% (I.C. 95%).

RESULTADOS

Sobre una cohorte de 177 trabajadores, 79 (44.6 %) han sufrido una o varias Incapacidades Transitorias (I.T.) durante el año de estudio. De los cuales 62 trabajadores (35.0%) fue debida a enfermedad Común y 32 (18.1%) por contingencia laboral. Téngase en cuenta que hubo 15 trabajadores (8.4 %) en los que confluyeron las dos causas de I.T., es decir por contingencia laboral y por enfermedad común.

En cuanto a las I.T. por Enfermedad Común, hubo 13 trabajadores que tuvieron 2 periodos diferentes de I.T. durante el año de estudio, 4 trabajadores llegaron a tener 3 periodos distintos y 1 trabajador hasta 4 periodos.

Respecto a los Accidentes Laborales, hubo 4 trabajadores que padecieron 2 accidentes laborales con sus periodos de I.T. correspondientes.

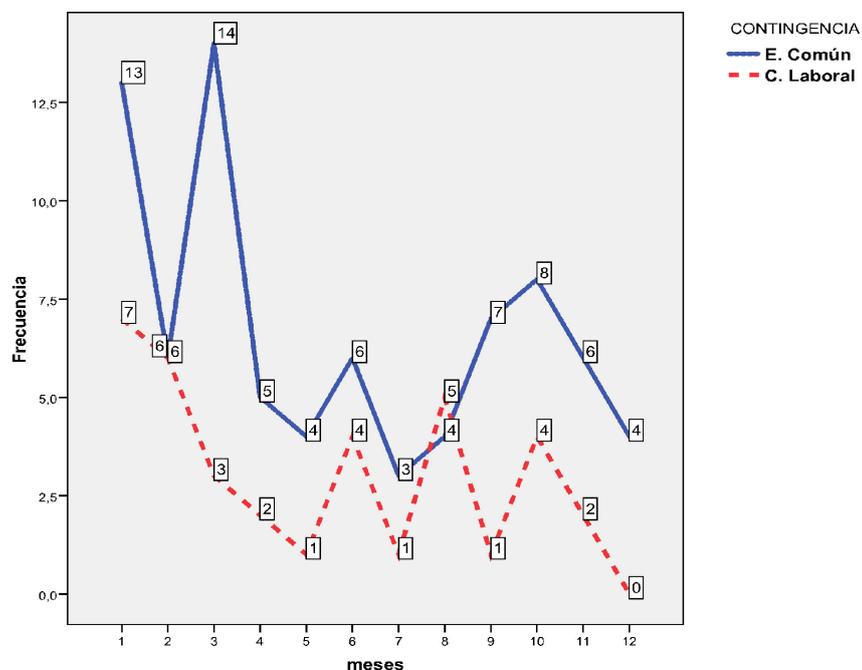
Considerando la mediana, como medida de distribución central de los tiempos de duración de las I.T., para la enfermedad común fueron de 35.5, Rango intercuartílico (I.Q) 11.7 – 85.0 y para los accidentes laborales fue de 43 I.Q 23 – 83 días.

Los días totales de absentismo, considerando semanas de 5 días, fue de 4425 días, lo que supone en una jornada de 7 h y 30 minutos, 33.187,5 horas perdidas en total.

Considerando que las horas teóricas que deben realizar estos trabajadores es de 1642.5, La tasa de absentismo (T.A) por cada 100 horas trabajadas fue de 11.4 horas perdidas y la tasa general de absentismo (T.G.A.) fue de 25 jornadas perdidas por cada trabajador durante el año 2015.

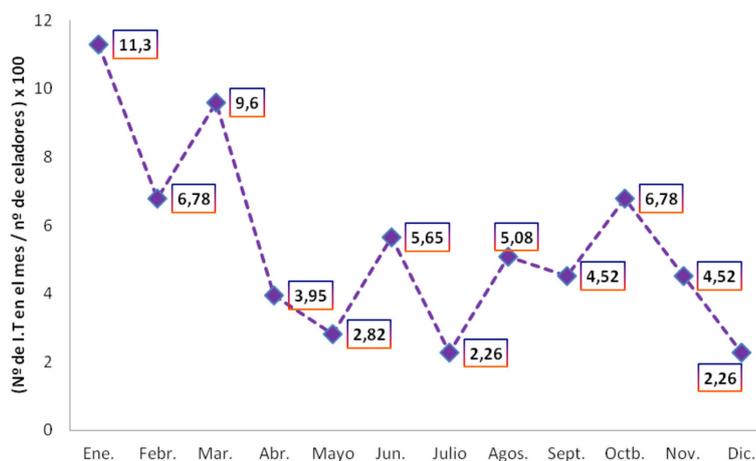
Respecto a la frecuencia del absentismo por meses durante el año 2015, tanto por enfermedad común como por contingencia laboral se representa en el **Gráfico I**.

Gráfico I.



En cuanto a la tasa de incidencia de I.T. nuevas por meses se representa en la **Gráfico II**, siendo el promedio de la Tasa de Incidencia por meses de 5.46 I.T nuevas cada mes por cada 100 trabajadores.

Gráfico II.



El descriptivo e inferencias de las variables a estudio con tener periodos de I.T se describen en la **Tabla I.**

Tabla I.

Variable	Sin Baja laboral N=98	Con Baja laboral N=79	P
Sexo			
Mujer	44 (47.8 %)	48 (52.2%)	
Hombre	54 (63.5%)	31 (36.5%)	0.036
Edad en años ⁽¹⁾	51.12 (10.0)	53.43 (7.7)	0.095 ⁽²⁾
Sobrepeso			
Normopeso	46 (67.6%)	22 (32.4%)	
Sobrepeso	37 (52.1%)	34 (47.9%)	
Obesidad	15 (39.5%)	23 (60.5%)	0.015
Convivencia en pareja			
No	39 (57.4%)	29 (42.6%)	
Sí	98 (54.1%)	79 (45.9%)	0.675
Practica deporte			
No	55 (55.6%)	44 (44.4%)	
Sí	43 (55.1%)	35 (44.9%)	0.955
Tiene Hijos			
No	32 (69.6%)	14 (30.4%)	
Sí	66 (50.4%)	65 (49.6%)	0.024
Turnos			
Mañana	62 (57.4%)	46 (42.6%)	
Tarde	26 (55.3%)	21 (44.7%)	
Noche	10 (45.5%)	12 (54.5%)	0.590
Tipo de contrato			
fijo	41 (56.9%)	31 (43.1%)	
Interino o Eventual	57 (54.3%)	48 (45.7%)	0.727
Patología osteo-muscular			
No	55 (68.8%)	25 (31.3%)	
Sí	43 (44.3%)	54 (55.7%)	0.001
Otras patologías			
No	59 (64.8%)	32 (35.2%)	
Sí	39 (45.2%)	47 (54.8%)	0.014
Carga de trabajo			
baja	52 (56.5%)	40 (43.5%)	
alta	45 (53.6%)	39 (46.4%)	0.694
Adaptado el Puesto			
No	83 (59.3%)	57 (40.7%)	
Sí	15 (40.5%)	22 (59.5%)	0.041

(1): media (desviación típica). (2): t-studen.

Como puede observarse la variables que son significativas respecto al hecho de tener o no I.T, en el análisis univariante, son ser mujer, padecer obesidad, tener hijos, padecer patologías tanto que sean de causa osteomusculares como que sean de otra causa y tener de antemano el puesto adaptado.

El modelo de regresión logística al introducir estas variables queda como se puede ver en la **Tabla II**. Se ha introducido las variables Adaptación del puesto y la edad por ser variables con $p < 0.10$.

Tabla II.

Variabes	p	OR	I.C. 95%
Edad	0.388	0.594	0.978 - 1.060
Sexo	0.142	1.018	0.296 - 1.191
Hijos	0.139	1.812	0.824 - 3.982
Patologías Osteomuscular	0.056	1.955	0.982 - 3.893
Otras patologías	0.152	1.582	0.844 - 2.963
Normopeso		1	0.296 - 1.791
Sobrepeso	0.114	1.824	0.866 - 3.841
Obesidad	0.008	3.433	1.372 - 8.590
Adaptación de puesto de trabajo	0.568	1.274	0.555 - 2.922

Un trabajador que padezca patología muscular tiene dos veces más (OR) probabilidades de tener absentismo durante el año que uno que no las padezca.

Por otro lado un trabajador obeso tendrá 3,4 veces más de absentismo durante el año que el que tenga normopeso.

El área de la curva R.O.C. para las probabilidades obtenidas por este modelo es de 0.722 (0.64-0.79). Significa que la probabilidad de clasificar con este modelo multivariante, correctamente a un par de trabajadores con absentismo y sin absentismo, seleccionados al azar en esta muestra estudiada, es del 72 %.

Respecto a la patología osteomuscular las articulaciones más afectadas fueron: columna lumbar con un 18 % de los casos (fundamentalmente Hernias Discales), seguido del hombro con un 12,4 % (alta prevalencia de la afectación del manguito de los rotadores) y afectación del codo y/o manos con un 9% (túnel carpiano y epicondilitis).

DISCUSIÓN

En primer lugar somos conscientes de las limitaciones del estudio, en primer lugar porque es un periodo de tiempo relativamente corto (1 año) y en segundo lugar porque estamos analizando dos causas de I.T. bien diferenciadas como es la patología común y la contingencia laboral y por tanto las variables asociadas con cada una de ellas podrían ser diferentes. El motivo de no exponer aquí resultados dependiendo de la causa que la produce es por la reducida frecuencia de accidentes laborales, obteniendo unas asociaciones con poca precisión. Actualmente estamos recogiendo datos para un estudio más ambicioso contemplando categorías profesionales y un marco temporal más amplio. No obstante, creemos que desde un enfoque de gestión de recursos humanos y económicos, así como de planificación de programas de promoción de la salud (escuelas de espalda, manipulación de cargas, cursos de alimentación etc.) y preventivos (programas de vacunación de la gripe, cursos de alimentación sana, de ejercicios etc.) puede ser más interesante contemplar el problema del absentismo en conjunto.

Otra consideración que debemos hacer, es que los cálculos de la T.A, así como la T.G.A. tienen un sesgo en la estimación difícil de controlar. El año 2015, en el mes de

Junio, se devolvió un día más de permiso (de convenio) que se redujo en su momento por la crisis económica, por lo que las horas totales para el cómputo son distintas en cada semestre. Además existen distintas ponderaciones en las horas trabajadas anuales dependiendo de los turnos y antigüedad del trabajador. Lo que hace complejo cuantificar las horas teóricas totales del grupo estudiado. Se ha considerado 1.642,5 h. por trabajador que es lo vigente actualmente. No obstante creemos que estos indicadores a pesar de sus problemas de precisión, son importantes para hacernos una idea de la magnitud y medida del absentismo.

Llama la atención el comportamiento de las frecuencias de absentismo así como de la Tasa de Incidencia de I.T. por meses, que se producen durante el año estudiado (**Gráfico I** y **Gráfico II**) cuya distribución muestra cierta similitud a lo largo del tiempo. Para la enfermedad común se observan tres picos en Enero, Marzo y Octubre. Es justificable esos máximos durante el mes de Enero ya que en el año 2015 fue el mes donde se produjo con más intensidad la epidemia de gripe, pero no así los meses de Marzo y Octubre. En cuanto a los accidentes laborales se produjo más siniestralidad durante Enero, Febrero, Junio, Agosto y Octubre. Nos preguntamos si estos periodos están más relacionados con la carga de trabajo, derivada por una mayor actividad en el hospital o porque debido a ajustes de plantilla se contase con un número menor de celadores por periodos vacacionales o de permisos. El periodo de Semana Santa en el año 2015 fue los últimos días de marzo y primeros de Abril, ¿justificaría esto el mayor absentismo?

En el análisis sobre los días de duración del absentismo se observa que son más prolongados cuando la causa es debida a accidente laboral que a enfermedad común. En esto hay que tener en cuenta que en el ámbito sanitario la mayor parte de los accidentes son leves y relacionados con sobreesfuerzos, lo que no explica esos tiempos medianos tan dilatados^{21,22}.

Es también un elemento para reflexionar el comportamiento de las variables mujer e hijos con el absentismo y aunque la significación desaparece en el análisis multivariante, deberíamos de contemplar éstas variables en otros futuros estudios con una muestra y marco temporal mayor, en los que también sea posible compararlos con otros servicios productivos. Hay que tener en cuenta que en el ámbito sanitario la mayoría de los trabajadores son mujeres y aún hoy en día una gran parte de las responsabilidades sociofamiliares recaen en ellas. Si a esto sumamos la poca flexibilidad de horarios que se ofrece en las empresas y más en el sector sanitario imposible de realizar tareas desde el domicilio podría explicar estas variables. Reflejaría en definitiva un problema de conciliación familiar, aumentando y dilatando los periodos de absentismo. Aún sin ser significativa en el multivariante con una $p = 0.13$, muestra que el hecho de que tener hijos aumenta casi dos veces la probabilidad de absentismo.

Otro elemento interesante, es que los turnos de trabajo, la edad y los tipos de contrato que a priori pensábamos que podrían tener una relación significativa como variables condicionantes para explicar el absentismo, no ha sido así. Llama la atención sobre todo la edad y los tipos de contrato considerando que a más edad, más patologías y por tanto más absentismo. Por otra parte es una idea generalizada de que poseer una plaza en «propiedad», un contrato «fijo», el trabajador percibe más seguridad en su puesto de trabajo y por tanto el absentismo que le acontece no va a tener repercusiones en su contrato. Sin embargo un trabajador con contrato eventual podría pensarse que el absentismo le repercute negativamente, siendo un impedimento para la renovación, pero esto no se ha constatado en nuestro estudio.

Respecto a la carga de trabajo, somos conscientes que el método aplicado está basado en datos subjetivos que el trabajador respondía telefónicamente. Categorizar como se ha planteado en este estudio el esfuerzo físico puede tener poca exactitud, pero tiene la ventaja de valorar de una forma sencilla y rápida la carga de trabajo en este grupo cuyas funciones están basadas sobre todo en esas dos dimensiones que hemos sintetizado. Por otra parte hay que tener en cuenta que cualquier medición que intentemos aplicar

debe contemplar que aproximadamente la mitad de estos trabajadores tienen a lo largo de la jornada diferentes lugares y funciones (traslado de paciente, traslado de material, información, retén, etc.). Por este motivo decidimos aplicar este tipo de puntuación tras consensuarlo con el responsable de celadores y categorizarlos como explicamos en la metodología. En el análisis se observa que la carga de trabajo no es significativa, no estando relacionada con el absentismo como podría pensarse.

Cuando el trabajador es diagnosticado de una patología osteomuscular se relaciona con un mayor absentismo. Los que padecen dichas patologías tienen dos veces más absentismo que los que no las tienen. Cabe preguntarse si en ocasiones el propio hecho de estar diagnosticado de una patología osteomuscular magnifica cualquier dolor derivado de un sobresfuerzo o fatiga física y produciendo más frecuentemente una incapacidad con más probabilidad que otro compañero que no ha sido diagnosticado con este grupo de patologías. Téngase en cuenta que muchos diagnósticos no son alteraciones graves (cervicoartrosis, tendinitis, protrusiones discales, etc.). No tratamos de insinuar que de forma voluntaria el trabajador haga una «ganancia de enfermedad» de su patología, pero que de forma inconsciente encuentre justificación a sus síntomas, considerando por tanto que debe realizar tratamientos específicos y reposo. No en pocas ocasiones las pruebas complementarias (electromiografías, ecografías, etc.) no justifican la sintomatología que refiere el trabajador^{7, 8, 9, 10, 11}.

Siguiendo el razonamiento anteriormente expuesto, es llamativo, que los trabajadores en los que se ha considerado que su patología es tributaria de Adaptación del puesto de trabajo, limitando ciertas funciones o incluso cambiando el puesto por otro que preserve mejor su salud, no se evite con ello el absentismo. Aunque en el análisis univariante existen en proporción más bajas entre los trabajadores adaptados que en los que no lo están, en el modelo multivariante está significación desaparece. Lo cual coincide con otros trabajos²³ (Palmer) en los que concluyen que a pesar de adaptar los puestos de trabajo a las limitaciones derivadas de sus patologías, no hace que disminuya el absentismo en este grupo.

Por último nos ha sorprendido que la obesidad (IMC superior a 30) esté tan relacionada con el absentismo, los obesos tienen tres veces más probabilidad de Absentismo que los normopesos²⁴. Podemos pensar que obviamente la obesidad es un estado muy relacionado con un deterioro de la salud repercutiendo en diversos órganos y aparatos, como es el vascular, digestivo, osteomuscular, etc. Igualmente también, a pesar de aparentar o tener más fuerza muscular también pueden ser menos ágiles y más propensos a padecer enfermedades comunes y contingencias laborales. Una vez admitido esto, podemos realizar una visión positiva de esta problemática ya que podríamos intervenir en ella, mediante programas de promoción de la salud, al considerar que la empresa es un lugar muy apropiado para desarrollar este tipo de programas. Desde hace unos años se viene poniendo el foco de atención en las empresas para estimular hábitos saludables y educación sanitaria. En nuestro país dentro del programa «Empresas saludables» se están promocionando actividades informativas, intervenciones dietéticas en comedores de la empresa, tiempos para realizar ejercicios etc., que además de crear hábitos saludables es una herramienta importante para afrontar esta vertiente poco saludable como es el sobrepeso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMAT. http://www.amat.es/cifras_y_datos/incapacidad_temporal.3php
2. Tenías-Burillo JM, Mayordomo-Fernández C, Escriba-Agüir VA. Absentismo laboral por dolor de espalda en personal hospitalario: estudio de cohortes Mapfre Medicina, 2006; 17: 3-13.
3. González-Viejo MA, Condón MJ. Incapacidad por dolor lumbar en España. Med Clin. 2000; 114:491-2.
4. Bongers PM, Winter CR, Kompier MA, Hildebrandt VH. Psychosocial factors at work and musculoskeletal disease. Scand J Environ Health 1993; 19: 297-312.
5. Karasek R and Theorell T. Healthy Work. Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life. New York: BasicBooks; 1990.

6. Hoogendoornw E, Van Popperl MNM, Bongers PM, Koes BW, Bouter LM. Systematic review of psychosocial factors at work and private life as risk factors for back pain. *Spine*, 2000; 25: 2114-25.
7. Johansson JA. Psychosocial work factors, Physical work load and associated musculoskeletal symptoms among home care workers. *Scan J Psychol*. 1995; 36: 113-129.
8. Ahlberg-Hultén GK, Theorell T, Sigala F. Social support, job strain and musculoskeletal pain among female health care personnel. *Scand J Work Environ Health*. 1995 ; 21: 435-9.
9. Yip Y. A study of work stress, patient handling activities and the risk of low back pain among nurses in Hong Kong. *J Adv Nurs*. 2001 ; 36: 794-804.
10. Escribá-Agüir V, Pérez_Hoyos S. Neck-Shoulder Disorders in Medical Doctors. The effect of Psychosocial Work Environment. Toledo 1-4 de octubre de 2003. Joint Scientific Meeting of the International Epidemiological Association European Epidemiology Federation (IEA EEF) & the Spanish Society of Epidemiology. *Gaceta Sanitaria* 2003, 17 (suppl. 2) :187.
11. Escribá-Agüir V, Pérez_Hoyos S. Ambiente psicosocial del trabajo y lumbalgia en personal facultativo hospitalario. *Gaceta Sanitaria*. 2002;16; (Supl. 1): 47.
12. Tenías-Burillo JM, Escribá-Agüir V, San Félix M, Blázquez H, Mas R. Trastornos musculoesqueléticos, demanda, control y apoyo social en el personal hospitalario. *Gac Sanit*. 2001; 15 (Supl 2): 56.
13. Smedley J, Egger P, Cooper C, Coggon D. Prospective cohort study of incident low back pain in nurses. *BMJ*. 1997; 314: 1225-8.
14. Hoogendoornw WE, Bongers PM, De Vet HC, Ariëms GA, Van Mechelelen W. High pshysical work load and low job satisfaction increase the risk of sickness absence due to low back pain: results of a prospective cohort study. *Occup Environ Med*. 2002; 59: 323-8.
15. Eriksen W, Bruusgaard D, Knardahl S. Work factors as predictors of sickness absence: a three month prospective study of nurses' aides *Occup Environ Med*. 2004 Jan ; 61(1): 45-51
16. Morata MA, Ferrer VA. Interacción entre estrés ocupacional, estrés psicológico y dolor lumbar: un estudio en profesionales sanitarios de traumatología y cuidados intensivos. *Mapfre Medicina*. 2004; 15: 199-211.
17. Zechinatti AC, Belloti JC, de Moraes VY, Albertoni WM. Occupational musculoskeletal and mental disorders as the most frequent associations to worker's sickness absence: a 10-year cohort study. *BMC Res Notes*. 2012 May 11; 5:229.
18. Estatuto Marco que afecta a todo el personal estatutario del Sistema Nacional de Salud (Ley 55/2003, de 16 de diciembre) y deroga los tres estatutos vigentes hasta la fecha, las funciones recogidas en el antiguo Estatuto continúan vigentes (según la Disposición Transitoria Sexta de la Ley 55/2003).
19. Ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales. B.O.E. nº269. 10/11/95.
20. «Guía Práctica de Salud Laboral para la valoración de: Aptitud en trabajadores con riesgo de Exposición a carga física». Escuela Nacional de Medicina del trabajo (ENMT). Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Economía y competitividad Ciencia.Madrid.2015. <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=25/01/2016-400a0438b9>
21. Durand MJ, Corbière M, Coutu MF, Reinharz D, Albert V. A review of best work-absence management and return-to-work practices for workers with musculoskeletal or common mental disorders. *Work*. 2014;48(4):579-89.
22. Palmer KT, Greenough C. Spinal disorders. En: Palmer KT, Brown I, Hobson J, eds. *Fitness for work de medical aspects*. 5° ed. Oxford: Oxford University Press; 2013: 207-232.
23. Van der Starre RE, Coffeng JH, Hendriksen IJ, Van Mechelen V and Boot RL. Associations between overweight, obesity, health measures and need for recovery in office employees: a cross-sectional analysis. *BMC Public Health*. 2013 Dec 20;13:1207
24. Howard JT, Potter LB. An assessment of the relationships between overweight, obesity, related chronic health conditions and worker absenteeism. *Obes Res Clin Pract*. 2014 Jan-Feb;8(1):e1-15

MEDICINA y SEGURIDAD *del trabajo*

Originales

Calidad de vida en el trabajo en funcionarios del área de Seguridad y Vigilancia de una universidad del suroccidente colombiano

Quality of work life in employees of a Security and Surveillance area of a southwest colombian university

María del Pilar Zapata Albán¹, Lorena David Diana², Linet Espinal Francy², Julieth Marín Karen², Janeth Rodríguez Ingrid²

1. Facultad de Salud, Universidad del Valle, Santiago de Cali, Colombia.
2. Universidad del Valle, Santiago de Cali, Colombia.

Recibido: 02-05-17

Aceptado: 29-08-17

Correspondencia

María del Pilar Zapata Albán
Terapeuta Ocupacional, Magister en Administración de Empresas.
Especialista en Docencia Universitaria. Docente Escuela de Rehabilitación Humana.
Facultad de Salud, Universidad del Valle. Santiago de Cali, Colombia.
Calle 20 No 154-34 Casa 12 Peyares I Cali- Colombia.
Teléfono-Fax: 57-2- 5185658-59 Móvil: 57-3148968729
Correo electrónico: maria.zapata@correounivalle.edu.co

Resumen

Objetivo: Evaluar la percepción de la Calidad de Vida en el Trabajo (CVT) de los funcionarios que laboran en el área de Seguridad y Vigilancia de una Universidad del suroccidente Colombiano.

Métodos y Materiales: Estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. Muestra constituida por 122 personas de una población de 137. Se aplicó un cuestionario de datos socio-laborales integrado por 19 ítems y por el instrumento CVT-GOHISALO, que consta de 74 ítems y mide la CVT en siete dimensiones.

Resultados: De las siete dimensiones evaluadas, los funcionarios del área de seguridad y vigilancia perciben que la dimensión seguridad en el trabajo contribuye de manera positiva a la CVT; las dimensiones: soporte institucional, satisfacción por el trabajo, bienestar logrado a través del trabajo e integración al puesto de trabajo contribuyen medianamente a una percepción positiva de la calidad de vida laboral, mientras las dimensiones: desarrollo personal del trabajador y administración del tiempo libre puntuaron bajo contribuyendo de manera negativa a dicha percepción. Finalmente se identificó relación entre la antigüedad en la empresa y la dimensión seguridad en el trabajo y las variables: sede donde labora y estado civil con las dimensiones: bienestar logrado a través del trabajo y satisfacción por el mismo.

Conclusiones: Los trabajadores del área de seguridad y vigilancia evidencian sus percepciones de CVT que señalan los factores intra y extra laborales en los que se encuentran inmersos, reflejando una realidad de su medio laboral.

Med Segur Trab (Internet). 2017;63(248):235-44

Palabras clave: Calidad de Vida, Trabajo, Condiciones de Trabajo, Satisfacción en el Trabajo, (DeCS).



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Abstract

Objective: To evaluate the perception of the Quality of Work Life (QWL) of employees who work in the Security and Surveillance area of a Southwest Colombian University.

Methods and Materials: Quantitative, descriptive and cross-sectional study. The sample consists of 122 people from a population of 137. A questionnaire of social and labor data composed of 19 items was applied and the CVT-GOHISALO instrument, which consists of 74 items and measures the QWL in seven dimensions.

Results: Of the seven dimensions evaluated, security and surveillance workers perceive that the employment stability dimension contributes positively to the QWL. Institutional support, job satisfaction, well-being condition achieved through work and job integration dimensions, contribute moderately to a positive QWL perception, while worker personal development and leisure time administration dimensions scored low contributing negatively to that perception. Finally, the relationship between seniority in the company with the employment stability dimension together with workplace and marital status variables and with the dimensions well-being achieved through work and job satisfaction were identified.

Conclusions: Workers in the area of security and surveillance show their perceptions of QWL that highlight the intra and extra labor factors in which they are immersed, reflecting a reality of their work environment.

Med Segur Trab (Internet). 2017;63(248):235-44

Keywords: Life Quality, Work, Work Conditions, Job Satisfaction. DeCS (Health Sciences Descriptors).

INTRODUCCIÓN

El trabajo ocupa una parte muy importante en la vida de las personas y puede impactar positivamente, confiriendo realización personal, status, prestigio social e identidad personal, o negativamente debido a sus normas, rutinas, exigencias o burocracia¹. Además, cumple una función social, ya que es un derecho que exige libertad, dignidad y respeto de quien lo presta y debe realizarse en condiciones que aseguren la vida, la salud y un nivel económico decoroso para el trabajador y su familia².

A nivel internacional, la calidad de vida en el trabajo (CVT) es un tema de coyuntura dado que la situación laboral a nivel mundial pasa por momentos de crisis, donde el nivel de precariedad va en aumento³ y el logro de condiciones laborales ha disminuido, en gran parte por el capitalismo global⁴.

La globalización ha generado cambios en la economía mundial, impactando negativamente la CVT debido a cambios en las formas de empleo, inestabilidad en los puestos de trabajo y contratos de tipo temporal, de plazo fijo o eventuales, dejando muchos trabajadores fuera del sistema de protección provisional y de salud, además de la sensación generalizada de inestabilidad, inseguridad y vulnerabilidad⁵.

Según el informe Workforce 2020, en el trabajo de SAP y Oxford Economics, en Colombia solo el 24% de los trabajadores está contento con su empleo, frente al 39% del resto del mundo; el país es tercero en el mercado laboral más infeliz entre 27 países en los que se consultaron 5.400 empleados y empleadores. El factor más importante para los trabajadores en Colombia es la remuneración con un 79%, comparado con una media global del 66%; muy de cerca lo siguen los planes de jubilación (70%), un lugar flexible (65%) y un horario flexible (54%)⁶.

Frente a este panorama, las empresas se han visto obligadas a promover el bienestar de la población trabajadora; por ello han surgido diversos instrumentos en el marco de la salud para valorar el grado de bienestar o malestar en el contexto laboral; la CVT ha sido utilizada como indicador de las experiencias humanas en el sitio de trabajo y el grado de satisfacción de las personas que lo desempeñan.

El presente trabajo evaluará la CVT entendida, como «un concepto multidimensional que se integra cuando el trabajador, a través del empleo y bajo su propia percepción, ve cubiertas las siguientes necesidades personales: soporte institucional, seguridad e integración al puesto de trabajo y satisfacción por el mismo, identificando el bienestar conseguido a través de su actividad laboral y el desarrollo personal logrado, así como la administración de su tiempo libre»⁷.

La población que participará en el estudio es el grupo humano de seguridad y vigilancia sobre el que se desconocen registros de índices de satisfacción laboral y que según la literatura científica se encuentran expuestos por su trabajo por turnos⁸, a riesgos cardiovasculares⁹, gastrointestinales y psicosociales¹⁰.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal a 122 personas de la sección de Seguridad y Vigilancia de la Universidad del Valle (SSV-UV), contando con celadores, supervisores, personal administrativo y el jefe de sección.

Criterios de inclusión

Funcionarios con cargo de supervisores o celadores de la SSV-UV con mínimo un año de antigüedad laboral y con cualquier forma de contratación.

Criterios de exclusión

Funcionarios con antecedentes de accidente de trabajo y/o enfermedad laboral durante los últimos 6 meses.

Funcionarios que no hayan firmado el consentimiento informado.

Instrumentos

Se utilizaron dos cuestionarios: uno de datos socio-laborales integrado por 19 ítems, cuyas variables fueron: género, edad, estrato socioeconómico, estado civil, escolaridad, número de hijos, personas a cargo, tipo de contrato, estamento, antigüedad, antigüedad en el cargo, salario, cargo, sede donde labora, jornada, horas extras, pertenencia a sindicato, afiliación a fondo de empleados y actividades realizadas en el tiempo libre; y otro de Calidad de Vida en el Trabajo CVT- GOHISALO¹¹, el cual mediante 74 ítems evalúa siete dimensiones a saber: Soporte Institucional para el Trabajo (SIT): 14, Seguridad en el Trabajo (ST): 15, Integración al Puesto de Trabajo (IPT): 10, Satisfacción Por el Trabajo (SAT): 11, Bienestar A través del Trabajo (BLT): 11, Desarrollo Personal (DP): 8 y Administración del Tiempo Libre (ATL): 5.

La calificación se realizó agrupando las respuestas positivas indicando satisfacción (Valores 3-4) y negativas indicando no satisfacción (Valores 0-1), el valor 2 fue considerado como una calificación neutral. Cada dimensión fue totalizada siguiendo la agrupación indicada por los autores originales. Se consideraron puntuaciones altas cuando la sumatoria de la dimensión fue superior al valor $T > 60$ y baja cuando la suma era menor a $T < 40$, el rango $T 40$ - $T 60$ fue considerado como puntuación media¹².

El instrumento CVT-GOHISALO garantiza validez externa e interna y niveles de confiabilidad aceptados para su aplicación en México y en América Latina.

Análisis estadístico

Las variables cuantitativas fueron resumidas por medio de estadísticos de tendencia central (Media, Mediana) y dispersión de acuerdo a criterios de normalidad. Las variables categóricas fueron presentadas en tablas de frecuencias relativas y absolutas. Se usó el coeficiente de correlación de Spearman para evaluar la correlación entre las puntuaciones de las dimensiones y las variables cuantitativas. Los análisis fueron realizados en STATA 12.0[®] y se utilizó un nivel de significancia del 0.05.

Consideraciones éticas

El estudio consideró los principios de la Declaración de Helsinki¹³ y la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia¹⁴ para investigación en humanos, así como la disposición y normatividad interna de la Universidad del Valle.

Los trabajadores diligenciaron el consentimiento informado, donde declaran que la participación es voluntaria, conociendo de antemano los procedimientos, beneficios, riesgos y la posibilidad de retiró en cualquier momento.

RESULTADOS

Se trata de un grupo laboral cuyo promedio de edad es 44.2 ± 7.2 años, el 99% son hombres y aproximadamente 8 de cada 10 trabajadores está casado o en unión libre, la mayoría habitan en estratos 2 y 3 de la ciudad. Uno de cada dos trabajadores tiene algún grado de educación formal, siendo los niveles técnico y tecnólogo los más frecuentes. La mitad de los trabajadores tienen entre 1 y 3 hijos. El número de personas a cargo, en la mitad de los trabajadores está entre 2 a 4. Respecto al puesto de trabajo, se encontró que 9 de cada 10 trabajadores, tienen contrato por nombramiento con la Universidad y pertenecen al estamento público. La mitad de los trabajadores tienen un tiempo de antigüedad en la empresa de 7 a 19 años y la mayoría han permanecido en el mismo cargo durante este tiempo. Frente al rango salarial, se encontró que la mayoría de los trabajadores ganan entre 2 y 3 SMLV, y sólo el 12% ganan menos de 2 SMLV. Dentro de la Sección, por cada cargo de supervisor, administrativo y jefe se cuenta con aproximadamente 9 celadores. El 73.7% de los trabajadores reportaron realizar turnos en la jornada diurna y nocturna. El 87% y 76,9% de las personas se encuentran afiliadas al sindicato y al fondo de trabajadores, respectivamente. El deporte fue la actividad realizada con mayor frecuencia durante el tiempo libre. Ver [Tabla I](#).

Tabla I. Variables socio laborales de los trabajadores de la SSV-UV.

Variable	N=122
Edad	
Media \pm SD	44.2 \pm 7.2
Rango	28 - 63
N (%)	
Sexo	
Femenino	1 (0.8)
Masculino	121 (99.2)
Estado Civil	
Soltero	10 (8.5)
Unión Libre	37 (31.4)
Casado	56 (47.5)
Separado	14 (11.9)
Viudo	1 (0.8)
Estrato Económico	
1	10 (8.8)
2	55 (48.7)
3	40 (35.4)
4	7 (6.2)
5	1 (0.9)
Escolaridad	
Bachillerato	63 (53.4)
Técnico	24 (20.3)
Tecnólogo	13 (11.0)
Pregrado	11 (9.3)
Especialización	4 (3.4)
Maestría	3 (2.5)
Número de Hijos	
Mediana (RIQ)	2 (1-3)
Personas que dependen económicamente del funcionario	
Mediana (RIQ)	3 (2-4)
Tipo de Contrato	
Contratista	13 (11.9)
Nombrado	96 (88.1)
Estamento	
Oficial	9 (7.5)
Público	111 (92.5)
Antigüedad Empresa (Años)	
Mediana (RIQ)	12 (7-19)
Antigüedad Cargo (Años)	
Mediana (RIQ)	11 (7-18)
Salario	
<1'400.000	13 (11.8)
1'400.001 - 2'100.000	67 (60.9)
2'100.001-2'800.000	22 (20.0)
2'800.001-3'500.000	5 (4.5)
>3'500.000	3 (2.7)
Cargo	
Administrativo	3 (2.5)
Jefatura	1 (0.8)
Supervisor	6 (4.9)
Celador	112 (91.8)
Sede	
Meléndez	88 (72.1)
San Fernando	34 (27.9)

Variable	N (%)
Jornada	
Diurna-Diurna	30 (25.4)
Diurna-Nocturna	87 (73.7)
Disponibilidad Permanente	1 (0.8)
Horas Extras Semanales	
Sí	109 (93.2)
Mediana (RIQ)	8 (8-12)
Afiliación sindical	
Sí	100 (87.0)
No	15 (13.0)
Afiliación a fondo de empleados	
Sí	90 (76.9)
No	27 (23.1)
Actividades desarrolladas en el tiempo libre	
Deportiva	83 (69.7)
Artística	11 (9.2)
Cultural	7 (5.9)
Religiosa	12 (10.1)

Fuente: Elaboración Propia

En la **Figura 1** se puede observar el resultado de la Calidad de vida en el trabajo por dimensiones así:

Soporte Institucional para el Trabajo (SIT)

El 50% de los trabajadores reportaron puntuaciones altas ($>T60$), indicando que están satisfechos con el soporte recibido por parte de la Universidad para la realización de su trabajo. El promedio obtenido fue de 35.7 ± 11.6 , obteniendo un grado de satisfacción medio. Los ítems con mayor grado de insatisfacción fueron: Interés de los supervisores hacia el trabajador, reconocimiento de su trabajo y apoyo en la solución de problemas.

Seguridad en el Trabajo (ST)

El promedio obtenido fue de 42.7 ± 9.6 mostrando similitud con el porcentaje global de satisfacción del 78%; exponiendo que la mayoría de los trabajadores consideran que su actividad laboral y su remuneración les permite desarrollo tanto a nivel personal como social. El ítem 61 relacionado con la falta de exámenes médicos periódicos por parte de la institución, se consideró como punto crítico.

Integración al Puesto de Trabajo (IPT)

Con un promedio de 31.3 ± 5.8 , se encuentra que los trabajadores de la SSV-UV se hallan en un grado de satisfacción medio. El porcentaje de trabajadores satisfechos, neutrales y no satisfechos se encuentran repartidos equitativamente en la muestra.

Satisfacción Por el Trabajo (SAT)

El promedio de 37.7 ± 5.6 , se encuentra en el límite del $T>60$, lo que indica que los trabajadores se sienten comprometidos con la organización para la realización de su trabajo. La mitad reporta puntuaciones altas y dos de cada 10 trabajadores reporta puntuaciones bajas en esta dimensión. La insatisfacción está relacionada con la imposibilidad de tomar iniciativa y hacer uso de la creatividad en las actividades laborales.

Bienestar Logrado A través del Trabajo (BLT)

En esta dimensión se encontró una puntuación promedio de 38.3 ± 5.2 . El 49% de los trabajadores reportaron puntuaciones altas en esta dimensión, señalando que se encuentran satisfechos con el progreso personal, social y económico que han obtenido a través de su trabajo.

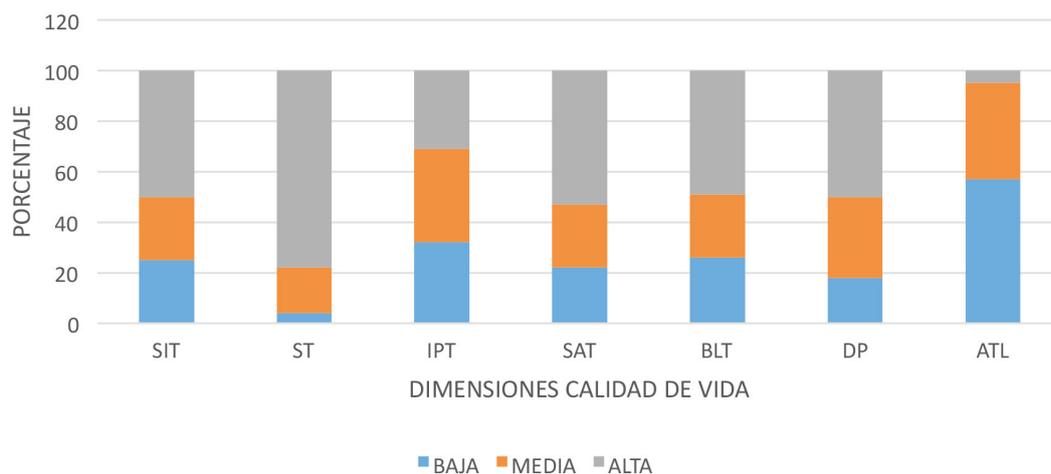
Desarrollo Personal (DP)

El promedio de 25.6 ± 5.3 indica una satisfacción media en el desarrollo personal de los trabajadores encuestados. Una de cada dos personas reportó puntuaciones altas, indicando que son optimistas, de trato amable y consideran estar logrando sus metas. El ítem con mayor insatisfacción fue el 54, relacionado con el reconocimiento de su labor por parte de los usuarios del servicio (estudiantes, docentes y personal administrativo).

Administración de Tiempo Libre (ATL)

El promedio de 12.9 ± 3.8 indica un nivel bajo de satisfacción. Las puntuaciones altas alcanzaron el 5% y la no satisfacción el 57%. Esto indica que los trabajadores perciben un manejo inadecuado de su tiempo libre, debido posiblemente a la prolongación de su jornada laboral, requerida en este tipo de trabajo, lo que disminuye el tiempo dedicado al descanso y/o recreación.

Figura 1. Distribución de resultados CVT-GOHISALO aplicado a funcionarios de la SSV-UV.



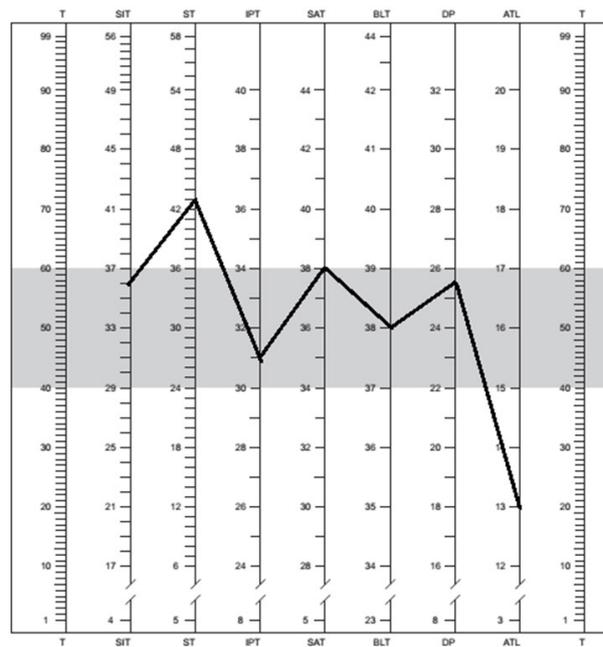
Fuente: Propia.

Finalmente, al comparar los resultados de las siete dimensiones de la escala, se encuentra que la dimensión de mayor satisfacción fue la ST con puntuaciones altas en todo el grupo. Las dimensiones SIT, IPT, SAT, BLT y DP, se encontraron en rangos medios de puntuaciones. La dimensión crítica fue ATL con una puntuación promedio baja y un alto porcentaje de insatisfacción. **Figura 2.**

Se observaron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión de Bienestar Logrado a través del Trabajo (BLT) de acuerdo al estado civil, encontrando una mayor proporción de personas insatisfechas entre quienes reportaron estar casados o convivir en unión libre. Sin embargo, la clasificación del puntaje global en la dimensión BLT para estos dos grupos fue media.

Al evaluar la relación entre años de antigüedad y cargo actual desempeñado, con las dimensiones de la escala se encontró una relación significativa con la dimensión Seguridad en el Trabajo ($P < 0.05$), lo que implica que el grado de satisfacción en la dimensión ST disminuye a medida que aumentan los años de antigüedad en la Universidad y en el cargo.

Figura 2. Baremo de puntuaciones de los funcionarios de la SSV-UV en la escala CVT-GOHISALO.



Fuente: Elaboración Propia.

DISCUSIÓN

Esta investigación es el primer estudio que evalúa la CVT en una población del área de Seguridad y Vigilancia de una Universidad pública; esto resulta relevante en la medida que proporciona un acercamiento a las dinámicas particulares de las organizaciones de carácter oficial, tales como condiciones de la tarea, tipo de contrato, número de horas de trabajo, tipos de beneficios recibidos y salario entre otros, que hacen que este grupo poblacional tenga unas condiciones laborales que se podrían señalar como más favorables en comparación con sus homólogos en organizaciones de carácter privado.

En la dimensión Soporte Institucional para el Trabajo (SIT), se observa insatisfacción relacionada con las pocas oportunidades de promoción dentro de la sección, ya que los 126 celadores sólo pueden aspirar a 7 cargos de supervisor y a una jefatura, debiendo concursar para ello, por convocatoria abierta. Esta situación es similar a la identificada en el estudio realizado por Camacho, Álvarez, Torres, Pulgarín, Tirado¹⁵, donde hallaron que los trabajadores de la secretaria de gobierno del municipio de Dos Quebradas percibían no tener oportunidades de progreso por escalafón; pudiendo asociarse a la estructura organizacional piramidal y a las dinámicas de contratación de las empresas de carácter público.

Por otro lado, en Desarrollo Personal (DP), el punto crítico es el reconocimiento de la labor por parte de la comunidad universitaria, aspecto que se relaciona con el estudio de Silva¹⁶ donde afirma que existe una falta de valoración social por el trabajo realizado por los funcionarios de la vigilancia, a pesar de ser quienes garantizan el bienestar y seguridad de las personas.

La puntuación baja en Administración del Tiempo Libre (ATL), indica que los trabajadores perciben un mal manejo de su tiempo libre, debido a: la prolongación de su jornada laboral, la realización de trabajo nocturno, por turnos o en horarios atípicos, aspectos que inciden de manera directa en el tiempo dedicado al descanso, la recreación, la vida familiar y a lo que desean hacer por fuera del lugar de trabajo constituyéndose como lo menciona Velázquez et al¹⁷, en una fuente de riesgo psicosocial.

La falta de armonía entre los horarios genera un desequilibrio ocupacional que a su vez provoca degradación progresiva del estado de salud¹⁸ disminuyendo la sensación de bienestar físico y generando tensiones personales y conflictos dentro de la esfera familiar que reducen la sensación de bienestar mental, lo que permite entender la imposibilidad al propio disfrute generado por una actividad de ocio y tiempo libre debidamente planeada y estructurada dentro de una rutina¹⁹.

Varios estudios coinciden con los resultados obtenidos, dentro de estos se encuentra el de Camacho, Álvarez, Torres, Pulgarín, Tirado¹⁵ en una organización pública donde los trabajadores perciben tener una inadecuada administración del tiempo libre y disposición al tiempo de descanso. El estudio realizado por Gómez² en el Valle de Aburrá con trabajadores temporales, registra puntuaciones bajas en esta dimensión pero las relaciona principalmente con el tipo de contratación. El estudio de Delgado et al²⁰ con auxiliares de esterilización en Chile, relaciona los bajos puntajes en esta dimensión con horarios excesivos de trabajo, coincidiendo con los hallazgos de esta investigación.

Los descubrimientos del estudio en relación con estar casados o convivir en unión libre con la mayor proporción de personas insatisfechas en la dimensión de Bienestar Logrado a través del Trabajo (BLT), se corrobora con el estudio realizado por Herrera et al²¹, en el personal de enfermería del Hospital General de Zacatecas, México; el cual plantea que podría no sólo influir el hecho de estar casado, sino el apoyo emocional recibido por parte de los familiares y la calidad de las relaciones conyugales.

Finalmente, la dimensión Satisfacción por el Trabajo (ST) disminuye a medida que aumentan los años de antigüedad, tal como lo afirma el estudio realizado por Chiang, quien encontró que en el indicador condiciones y medio ambiente del trabajo, los funcionarios con mayor tiempo en la organización perciben que la salud y las condiciones de trabajo disminuyen²².

CONCLUSIONES

Los trabajadores de la Sección de Seguridad y Vigilancia requieren intervención con mayor prioridad en la dimensión de Administración del Tiempo Libre, puesto que la prolongación de la jornada y la falta de participación en actividades por fuera de ésta, generan un desequilibrio ocupacional que influye negativamente en la calidad de vida en el trabajo y se convierte en un potencial riesgo Psicosocial.

AGRADECIMIENTOS

A: Vicerrectoría de Bienestar, Sección de Salud Ocupacional y Sección de Seguridad y Vigilancia de la Universidad del Valle por su apoyo y participación en esta investigación.

A los autores del instrumento CVT- GOHISALO, por permitir su utilización.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Quintana Zavala MO. Calidad de vida en el trabajo, personal de enfermería. Secretaría de Salud Pública, Hermosillo-México: Universidad de Concepción. Facultad de Medicina. Departamento de Enfermería; 2014.
2. Santana VS. Empleo, condiciones de trabajo y salud [Editorial]. Salud colectiva. 2012;8(2):101-106.
3. Castel, R. La metamorfosis de la cuestión social. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós; 1997.
4. Gómez Vélez M. Calidad de vida laboral en empleados temporales del valle de Aburrá-Colombia. Revista Ciencias Estratégicas. 2010; 18(24): 225-236.
5. Espinosa M, Morris P. Calidad de vida en el trabajo: percepciones de los trabajadores: Gobierno de Chile, Dirección del Trabajo, Departamento de Estudios; 2002.

6. Oxford Economics. Workforce 2020: The Looming Talent Crisis. UK;2014.
7. Baltazar RG, Santacruz GH, Estrada JGS, Serrano MdLP. Elaboración y Validación del Instrumento para Medir Calidad de Vida en el Trabajo «CVT-GOHISALO». Cienc Trab. 2010 Abr-Jun; 12 (36): 332-340.
8. Knauth P. Horas de Trabajo En: Organización Internacional del Trabajo. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el trabajo. Vol II. Ginebra: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Subdirección General de Publicaciones OIT; 2001. 43:1-16.
9. Kristensen TS. Cardiovascular diseases and the work environment. A critical review of the epidemiologic literature on nonchemical factors. Scan J Work Environ Health. 1989; 15: 165-179.
10. International Labour Organization. Working time: Its impact of safety and health. EEUU: ILO; 2003.
11. González R, Hidalgo G, Salazar JG, Preciado ML. Instrumento para medir la calidad de vida en el trabajo (CVT-GOHISALO): manual para su aplicación e interpretación. Guadalajara, México: Ed. de la Noche; 2009.
12. Salazar JG, Guerrero JC. Calidad de vida del trabajador. Colombia: Universidad Libre de Cali; 2009.
13. Manzini JL. Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación médica sobre seres humanos. Acta bioeth 2000; 6(2):122-124.
14. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 008430 de 1993 Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Santafé de Bogotá: El Ministerio; 1993.
15. Camacho WAB, Álvarez JMO, Torres AL, Pulgarin CLB, Tirado PC. Calidad de vida laboral en trabajadores de la Secretaria de Gobierno del Municipio de Dosquebradas (Colombia). Cultura del Cuidado. 2013;10(1): 51-62.
16. Silva R. Los riesgos psicosociales en vigilantes, un acercamiento desde la administración de la seguridad. Bogotá, Colombia; 2015.
17. Narváez YV, Gonzalez BZ, Ramos LR, Aranda OM, Vasquez HMG. El horario laboral como elemento de riesgo psicosocial en los profesionales de la salud. Revista Multidisciplinaria del Consejo de Investigación de la Universidad de Oriente. 2014;26(4):409-415.
18. Belkic KL, Lansbergis P, Schnall P, Baker D. «Is job strain a major source of cardiovascular disease risk?» en Scandinavian Journal of Work Environment and Health. 2004; 30(2):85 -128.
19. García DU, Tobar MS, Mayol PT. ¿Qué significado le asignan un grupo de mujeres a las actividades para sí mismas? Revista Chilena de Terapia Ocupacional. 2008; 8: 17-25.
20. Delgado D, Aguilera MD, Delgado F, Cano I, Ramírez Ó. Calidad de Vida en el Trabajo y Condiciones de Trabajo, en Auxiliares de Esterilización. Cienc Trab. 2013; 15(48): 148-151.
21. Herrera M, Ruiz D, Almeida C, GarcíaP. Factores que influyen en la Calidad de Vida Laboral del personal de enfermería del Hospital General Zacatecas. Ibsina. 2011;2: 1-13.
22. Chiang V, Krausse M. Estudio empírico de calidad de vida laboral, cuatro indicadores: satisfacción laboral, condiciones y medioambiente del trabajo, organización e indicador global, sectores privado y público. Desarrollo, aplicación y validación del instrumento. Horizontes empresariales. 2009; 8(1): 23-50.

Inspección médica

Problemas y factores psicológicos en el retorno al trabajo tras incapacidad temporal prolongada por cáncer de mama

Problems and psychological factors in the return to work process after prolonged temporary disability due to breast cancer

José Manuel Vicente Pardo¹, Araceli López-Guillén García²

1. Equipo Valoración Incapacidades. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Gipuzkoa. España.
2. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Murcia. España.

Recibido: 11-07-17

Aceptado: 30-08-17

Correspondencia

josemanuvincente@gmail.com

Araceli.lgg@gmail.com

Resumen

Resumen: El cáncer de mama es el cáncer más frecuente en la mujer, afecta en su mayor parte a mujeres en plena edad laboral, entre los 45-65 años. Los avances terapéuticos han logrado una muy alta prevalencia (supervivientes) cercana al 86%, pero es la primera causa de muerte en la mujer entre los 35-55 años. Tiene una gran repercusión económica por gastos sanitarios, gastos en prestaciones de incapacidad, pérdida de salarios, pérdida de productividad del sistema económico y pérdidas por absentismo a las empresas. Su tratamiento en general es intenso, prolongado, y origina intenso malestar emocional y una mala calidad de vida que daña el ámbito personal, familiar y social. De forma especial afecta negativamente a la imagen corporal y a la autoestima de la mujer. Tal vez por ello es causa frecuente de largas bajas (ausencia prolongada del trabajo) y de retorno laboral difícil tanto por los efectos del tumor y los secundarios del tratamiento, como por la aparición de trastornos psiquiátricos «menores»: estrés, ansiedad, depresión y trastornos adaptativos. El retorno laboral es más dificultoso cuando aparecen procesos psicológicos y a veces causa más incapacidad que el propio cáncer y sus secuelas. El 36% de las mujeres con cáncer de mama sufre depresión y precisa de apoyo psiquiátrico, y el 55% padece algún tipo de trastorno emocional por ansiedad o trastorno adaptativo, el cual precisa cuando menos de apoyo psicológico y de prescripción de ansiolíticos en alguna de las fases del tratamiento del cáncer. Los factores psicológicos guardan relación directa con la actitud y esta es determinante con referencia al retorno al trabajo. Por otra parte la presencia de ansiedad y/o depresión disminuye la capacidad de la mujer con cáncer para tolerar el tratamiento y sus efectos secundarios o para afrontar los problemas en el entorno personal que un proceso generalmente tan largo y en ocasiones tan agresivo supone.

Conclusiones: La aparición de procesos psicológicos en el cáncer de mama se sucede de forma frecuente en la fase final del proceso y dificultan el retorno laboral. La aparición de trastornos psicológicos en la etapa inicial de diagnóstico y tratamiento no es muy frecuente y en contra de lo que pareciera, la mayor gravedad del proceso o la agresividad de los tratamientos no suponen de forma paralela una mayor afectación



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

emocional. Es más, en estos procesos severos la ansiedad o la depresión si aparecen revierten o se aminoran al año del diagnóstico y guardan más relación con características estructurales de personalidad de la paciente y con otros factores del entorno familiar social y laboral que con la gravedad del proceso. Sin embargo es en la etapa final del tratamiento, en un porcentaje cercano al 35% de las pacientes con cáncer de mama, se desarrollan patologías psiquiátricas «menores» que causan severas dificultades en el retorno laboral, cuando no condicionan el no retorno o la incapacidad permanente. Estos trastornos mentales, que acontecen al final del tratamiento, surgen con mayor frecuencia cuando se carece de apoyo en el entorno social o familiar, si la baja (incapacidad) se prolonga más allá del año del diagnóstico, así como en casos de trabajo poco motivador o de carga física intensa o cuando falta apoyo laboral o existe conflicto laboral, y como factores mucho menos influyentes si la paciente tiene antecedentes de patologías o alteraciones psicológicas previas, o edad superior a los 55 años. Por ello conviene identificar y prevenir estos procesos psicológicos para su abordaje completo socio-sanitario y laboral y obtener una mayor reincorporación de las pacientes supervivientes al trabajo, así como mejorar la calidad de vida de las pacientes, y procurar su reintegración a una vida normalizada. Debe de procederse a potenciar el apoyo del entorno, incluyendo el apoyo en el entorno laboral para facilitar la reincorporación al trabajo, incluso con medidas de reincorporación parcial y paulatina al trabajo y/o con adaptación del puesto. También es preciso concienciarnos de que la mujer superviviente al cáncer de mama precisa en muchas ocasiones de la reconstrucción psicológica, y ello también supone el «descanso» terapéutico, el alejamiento del mundo clínico que la atendió en su fase de enfermedad activa y el refuerzo con un periodo de adaptación y enfrentamiento de las realidades vitales.

Material y método: se revisaron hasta mayo de 2017 las siguientes bases de datos bibliográficas: SciELO, PUBMED, BMC cáncer, en relación a supervivientes del cáncer de mama, aparición de procesos mentales y retorno al trabajo, incluyendo varias revisiones sistemáticas. Así como estudio de los procesos de cáncer de mama que alcanzaron los 12 meses de incapacidad temporal y los valorados como incapacidad permanente en los equipos de Valoración de incapacidad del Instituto Nacional de la Seguridad Social de Gipuzkoa y Murcia en tres periodos anuales: 2006, 2013, y 2015, así como la bibliografía y documentos de consulta citados en bibliografía.

Med Segur Trab (Internet). 2017;63(248):245-59

Palabras clave: cáncer de mama, ansiedad y depresión, factores psicológicos, retorno al trabajo.

Abstract

Abstract: Breast cancer is the most common cancer in women, mostly affects women in the working age, between 45-65 years. The therapeutic advances have achieved a very high prevalence (survivors) of about 86%, but are the leading cause of death in women between 35-55 years. It has a great economic impact for health expenses, expenses in incapacity benefits, loss of wages, loss of productivity of the economic system and losses due to absenteeism to companies. Its treatment is in general intense, prolonged, and causes strong emotional distress and poor quality of life damaging the personal, family and social environment. It especially affects negatively the body image and the female self-esteem. This may be a frequent cause of long casualties (prolonged absence of work) and difficult return to work process due both to the effects of the tumor and secondary effects of the treatment, as well as to the appearance of «minor» psychiatric disorders: stress, anxiety, depression and adaptive disorders. The return to work is more difficult when psychological processes appear and sometimes causes more disability than the cancer itself and its sequels. 36% of women with breast cancer suffer from depression and need psychiatric support, and 55% have some type of anxiety disorder or adaptive disorder that requires at least psychological support and anxiolytic prescription in any of the stages of cancer treatment. The psychological factors are directly related to the attitude and this is determinant regarding the return to work. On the other hand, the presence of anxiety and/or depression diminishes the capacity of the woman with cancer to tolerate the treatment and its side effects or to face the problems in the personal environment that a generally so long and sometimes so aggressive process supposes.

Conclusions: The emergence of psychological processes in breast cancer occurs frequently in the final phase of the process and hinders the return of labor. The appearance of psychological disorders in the initial stage of diagnosis and treatment is not very frequent and against what it might seem, the greater severity of the process or the aggressiveness of the treatments does not parallel imply a greater emotional affection, it is more in these severe processes where anxiety or depression if appear revert or lessen at one year of

diagnosis and are more related to structural characteristics of the patient's personality and other factors in the social and work environment than to the severity of the process. However, it is in the final stage of the treatment, in a percentage close to 35% of the patients with breast cancer, that they develop «minor» psychiatric pathologies causing severe difficulties in the labor return, when they do not condition the no-return or the permanent disability. These mental disorders that occur at the end of the treatment appear more frequently when support is lacking in the social or family environment if the disability (incapacity) is prolonged beyond the year of diagnosis, as well as in cases of uninspiring work, intense physical load or lack of labor support or labor conflict, and as much less influential factors if the patient has a history of previous pathologies or psychological alterations, or older than 55 years. For this reason it is necessary to identify and prevent these psychological processes for a complete socio-health and labor approach and to obtain a greater reincorporation of the surviving patients to work, as well as to improve the patients' quality of life, and to seek their reintegration into a standardized life. Support should be given to the environment, including support in the work environment to facilitate return to work, including measures for partial and gradual return to work and/or job adaptation. It is also necessary to be aware that the woman who survives breast cancer often needs psychological reconstruction and this also means the therapeutic «rest» of the clinical world that attended her in the phase of active disease and reinforced with a period of adaptation and coping of the vital realities.

Material and method: the following bibliographic databases were reviewed until May 2017: SciELO, PUBMED, BMC cancer, in relation to breast cancer survivors, onset of mental processes, and return to work, including several systematic reviews. As well as a study of the processes of breast cancer that reached 12 months of temporary incapacity and those assessed as permanent disability in the disability assessment teams of the National Institute of Social Security of Gipuzkoa and Murcia in three annual periods 2006, 2013, and 2015, as well as the Bibliography and reference documents cited in the bibliography.

Med Segur Trab (Internet). 2017;63(248):245-59

Keywords: breast cancer, anxiety and depression, psychological factors, return to work.

INTRODUCCIÓN

El impacto en la vida laboral por cáncer de mama es muy elevado, por su alta incidencia diagnóstica, por precisar de tratamiento agresivo, complejo y durante meses, por la ausencia prolongada del trabajo, por la alta servidumbre terapéutica precisada, y por la repercusión que este cáncer causa en el ámbito bio-psicosocial, afectando a la propia imagen y al autoconcepto de la mujer que supone una alteración emocional, en ocasiones de consecuencias incapacitantes. **La edad media de pacientes en IT por cáncer de mama es de 48,8 años.**

El cáncer de mama da lugar cada año a **6.600 nuevos procesos de baja** que afectan a mujeres trabajadoras. Unos **900 procesos** además cada año **son recaídas de bajas previas por recurrencia del tumor o por nuevos abordajes terapéuticos o implantación de tratamiento de efectos secundarios/secuelas o la indicación de la reconstrucción mamaria**. La media de la duración de la Incapacidad Temporal (IT o baja) en pacientes con cáncer de mama es de **323 días**. En **2015** sin embargo **6.900 procesos de baja alcanzaron los 365 días de duración**, es decir muchos procesos de cáncer de mama superan los 240 días del estándar estimado.

Si tenemos en cuenta que **un 47% de las pacientes con cáncer de mama que al agotar plazos legales de la incapacidad temporal mantienen la incapacidad de forma permanente. Sólo el 53% de las mujeres terminan reincorporándose a su trabajo.** (Estudio realizado año 2013 Murcia. López-Guillén A, Vicente JM).

El cáncer de mama provoca una gran servidumbre terapéutica, entendiendo como tal la pérdida de la autonomía funcional del paciente y el elevado deterioro de la calidad de vida durante las sucesivas fases del tratamiento. Proceso que hasta su conclusión terapéutica conlleva un riesgo vital. Se sucede mientras se precisa de tratamiento, y está derivado de la imperiosa necesidad de seguir el mismo para la curación o alivio de la enfermedad y/o síntomas, con efectos secundarios disfuncionales, con necesidad de cuidados, con dependencia de apoyos personales y con imposibilidad durante esa etapa de poder llevar una vida funcional plena, y su incompatibilidad no solo con el trabajo sino con el ordinario vivir.

El retorno laboral tras cáncer de mama se dificulta o se dilata o se demora por dolor y/o limitación en brazo, por disestesias (síndrome mano-pie), por linfedema, por artralgias, por secuelas de la cirugía (secuelas cicatriciales disfuncionales, o por reintervenciones quirúrgicas), por espera a completar quimioterapia u otras terapias, por cirugía de reconstrucción, por trastornos ansioso depresivos, por fatiga, por procesos cardiacos (cardiotoxicidad) y otros (chemobrain, radiodermatitis, u otras dermatopatías, etc). Una constante en todos los procesos es la aparición en las diversas etapas del proceso de alteraciones emocionales. En un **35%** de los procesos de cáncer de mama, al concluir el tratamiento, como veremos luego, **presentan trastornos psíquicos incapacitantes per se, siendo el motivo de la incapacidad más que el propio cáncer y sus secuelas que motivaron el inicio y el mantenimiento de la baja en un principio.** El retorno laboral es más dificultoso cuando estos procesos psicológicos de ansiedad, depresión o trastornos adaptativos aparecen.

El abordaje de estos trastornos psíquicos y los factores psicológicos asociados a las supervivientes del cáncer de mama merece un especial estudio.

Datos de trastornos psicológicos, en el cáncer de mama^{1, 2, 3, 4, 5}

La **depresión y la ansiedad se presentan** en el cáncer de mama **de diferente manera en las diversas etapas** del proceso, pero en torno al **45% padecerán depresión** y en torno al **55% ansiedad**. Pero los datos de ansiedad y depresión varían en presentación desde el conocimiento del diagnóstico hasta el final del tratamiento y lo mismo concluido este.

En torno al 35% la ansiedad y la depresión estarán presentes o se desarrollan al año del diagnóstico, coincidiendo con la última fase del tratamiento o concluido el tratamiento del cáncer.

Otra sintomatología como la fatiga, los trastornos del sueño, el dolor, las disfunciones sexuales o las alteraciones cognitivas («chemobrain»)⁶, estarán presentes en la mayoría de las pacientes en un momento avanzado del proceso terapéutico, tras la cirugía del cáncer, bien en la fase de continuidad terapéutica o en la fase final de la terapia y si aparecen a veces comparten síntomas con ansiedad y depresión.

Componiendo todo lo anterior una realidad compleja que conlleva una dificultad manifiesta al retorno laboral y a la prolongación de la situación incapacitante derivada del propio cáncer de mama y por los tratamientos seguidos.

Los datos de estudios analizados en cuanto a la presencia de enfermedades mentales, es decir depresión, trastorno de estrés, trastorno adaptativo y la presencia de síntomas de distrés, ansiedad, tristeza, depresión son muy variados con horquillas demasiado amplias, Entre el 35%- 55%, aunque si concluyen en que tanto la consideración de enfermedad mental según criterios DSM V o los síntomas están muy frecuentemente presentes.

Los hallazgos de mujeres supervivientes al cáncer de mama, con procesos mentales, en los estudios analizados, a veces están centrados en las que tienen determinada edad o han seguido determinado tratamiento o las que acudieron a terapia, o su presencia en determinados momentos del proceso lo que hace que no podamos concluir de forma genérica y que la horquilla de aparición sea diferente entre unos y otros.

El apoyo psicológico en el superviviente de cáncer ha adquirido tal relevancia que centró la primera jornada de ASCO2017. 53ª Congreso de la Sociedad Americana de Oncología Clínica.

Más allá por tanto de conocer el dato exacto del porcentaje de depresión o ansiedad, comprobamos en el análisis de los artículos estudiados que la presencia de depresión o ansiedad es importante, que afecta según la concurrencia de las conclusiones más a pacientes más jóvenes, que guarda relación con miedo a la recurrencia, y al retorno a la vida normal, que no siempre se identifica la enfermedad y que no siempre la paciente demanda terapia. Que entre los factores que son más comunes en la aparición de estas patologías esta la falta de apoyo del entorno, la falta percibida de apoyo sanitario a estos síntomas, la falta de apoyo sentido por el entorno de su trabajo y la sensación de encontrarse solas ante el retorno a la vida normal aun habiendo sido declaradas curadas o con mejoría que permitía el retorno a la vida previa de pareja, familiar, social y como no laboral.

Las cifras referidas de ansiedad y depresión en pacientes supervivientes de cáncer de mama que han permanecido incapacitadas durante más de un año o en valoraciones de solicitudes de incapacidad permanente en estudio realizado por Araceli López-Guillén y Jose Manuel Vicente del que luego hablaremos concuerdan las cifras de incidencia en torno al 36% en procesos de cáncer de mama de un año o más de baja (un año tras el diagnóstico continuando incapacitadas) y en un 38% en pacientes con cáncer de mama en valoraciones de incapacidad permanente.

Impacto psicológico del cáncer de mama en la mujer trabajadora

Así pues en un porcentaje elevado a los efectos del tumor y los secundarios del tratamiento se van a asociar trastornos psiquiátricos «menores»: estrés, ansiedad, depresión y trastornos adaptativos. De forma especial el cáncer de mama afecta negativamente a la imagen corporal y a la autoestima de la mujer, además supone la exposición a una situación altamente estresante como es la del conocimiento de un diagnóstico de cáncer y la de la necesidad de seguir un las sucesivas fases de un tratamiento que va a ser intenso y prolongado, todo ello conlleva un impacto

emocional y un distrés elevado a estos acontecimientos y en ocasiones la aparición de trastornos de ansiedad, depresión, trastornos adaptativos y estrés. Pese a la bonanza pronóstica del cáncer de mama, no es ajena la mujer al conocimiento de su mortalidad, y por ello los miedos al resultado de los tratamientos y el miedo a la recurrencia superado el tumor.

La paciente con cáncer de mama vive un normal proceso adaptativo denominado duelo oncológico, que no es una enfermedad mental, pero si un proceso interior no siempre secuencial, al modelo clásico de negación, rabia, negociación, depresión y aceptación, sino más bien un conjunto de sentimientos y pensamientos de carácter individual de cada paciente ante cada etapa de su cáncer, pero que suponen sin duda una severa carga de estrés que precisa de un manejo profesional al objeto de evitar el desencadenamiento de una enfermedad psíquica. La paciente con cáncer sufre una serie de pérdidas funcionales que dimanen de la pérdida de la salud, pero que la hacen extensiva más allá de este ámbito del enfermar y que abarcan lo personal, lo familiar, lo social, lo laboral o lo económico.

El impacto psicológico del cáncer de mama se va a presentar:

- Al diagnóstico de cáncer.
- A la consciencia de la incertidumbre vital.
- A la espera evolutiva del tratamiento.
- A sobrellevar la cadena de tratamientos.
- A sufrir los efectos del cáncer o de los efectos secundarios del tratamiento.
- A la etapa de alejamiento del trabajo.
- A la recaída de cuadros de ansiedad, depresión o trastorno adaptativo previos.
- A convivir con el dolor, la astenia, la fatiga, las artralgias, los trastornos del sueño, la disfunción sexual.
- A la reconstrucción de la mama.
- A la reconstrucción psicológica.
- A la desestructuración familiar y social.
- Al afrontamiento del retorno laboral.

Los miedos referidos por las pacientes suelen ser bastante comunes, miedo a la muerte, miedo a la amputación, miedo al tratamiento, miedo a la afectación de la imagen corporal, miedo a la evolución, miedo a la recurrencia, miedo a perder el trabajo, miedo a perder la pareja.

Las emociones negativas fruto de las ideas o frases o pensamientos que se repite la enferma con cáncer de mama, son muy usuales y no está exenta la paciente de no poder confrontarlas con la realidad de los hechos o aceptarlas como una expresión o respuesta normal ante un acontecimiento vital tremendamente adverso, pero que debe trabajar (*training interior*) para minimizar su efecto paralizante, y cambiar lo que piensa, para sentirse lo mejor que se pueda, al fin y al cabo comprender en esa situación que el miedo, la ansiedad anticipatoria, la culpa en nada ayudan (*¿ayudaría sentirse así?*).

El control de las emociones negativas y cuando estas comportan la aparición de un proceso de distrés generador de patología psíquica, hace necesario el inicio del abordaje psicooncológico. Máxime cuando pueden dificultar en que participen óptimamente en las actividades del tratamiento o disminuir la adherencia al tratamiento (seguimiento de la terapia oncológica) más allá de los beneficios propios del optimismo en la superación del cáncer o mejor respuesta a los tratamientos.

La mujer que recibe el diagnóstico de cáncer de mama, no puede evitar las preguntas que interiormente se desencadenan de forma incontrolable y el distrés que emocionalmente ocasionan ante lo desconocido del porvenir de una enfermedad grave que la aísla del cotidiano vivir y que debe afrontar, pues de pronto la vida cobra valor en sí y por sí misma y no por los problemas en el orden laboral o personal o social. El diagnóstico de cáncer genera una situación de desolación y de angustia que debe manejar la paciente.

En la fase de sucesivos tratamientos en el cáncer de mama, la paciente debe convivir con tratamientos intensos, con la ansiedad propia de procesos que causan dolor, síntomas somáticos y disfunción y requieren de tiempo de espera aguardando resultado a los mismos.

Cuando sobrevienen efectos del propio tumor o efectos secundarios al tratamiento, la paciente no puede evitar el impacto emocional que provocan por estímulo directo, sensorceptivo o por los pensamientos automáticos que inundan esta etapa a la paciente.

El tiempo de tratamiento supone un alejamiento del trabajo, cuanto más se prolonga este, más difícil se hace el retorno, poco a poco en el transcurrir del tiempo el alejamiento del trabajo, aleja a la paciente del mismo hasta que esta ausencia aleja al trabajo de sus prioridades vivenciales. Es al plantearse el retorno laboral cuando reaparece la ansiedad, ante el cuestionamiento de si se encuentra capaz, o de si el retorno laboral es posible (puede haber perdido el trabajo en el largo tiempo de alejamiento del mismo) o por el miedo a que el trabajo perjudique su salud, o miedo a volver a la normalidad pues la vuelta al trabajo supone admitir (dar por hecho) para los que rodean a la paciente superviviente que todos los aspectos restantes personales, familiares, sociales están repuestos. El tiempo del tratamiento es un tiempo focalizado en sobrevivir no en la vida que se llevaba.

El cáncer de mama tiene hoy en día una gran visibilidad social, son conocidas mujeres célebres con cáncer de mama, se conoce como lo han afrontado, como lo han superado, también como algunas mueren víctimas del proceso. Esto comporta el consuelo de saber que si gente popular superó el cáncer «yo también puedo hacerlo». Pero cuando no evoluciona bien o el derrumbe psicológico sobreviene no debemos someter a las pacientes al «buenismo» o la «tiranía del optimismo» o de pensar que «todo es posible de curar si se es optimista», o «que el optimismo aleja al cáncer» o «que las cosas salen siempre bien si somos positivos», porque es tanto como decir que se está obligada a responder con optimismo y de no hacerlo se es culpable de su situación y de lo que le pase, es decir doblemente culpable.

La recuperación, el final del tratamiento oncológico, supone el afrontamiento de otros aspectos personales, familiares, sociales, laborales que en su momento quedaron relegados priorizando el tratamiento del cáncer, y que se han podido ver afectados.

La mujer con cáncer de mama precisa en la etapa de diagnóstico y las sucesivas a los complejos tratamientos un apoyo del entorno más próximo como facilitador emocional, que empatice y le ayude a sobreponerse al daño consecuencia del cáncer y los tratamientos, pero también un entorno confortable que no la exija una necesidad obligada de pronta recuperación porque es vital para el funcionamiento del entorno familiar, o laboral.

Una constante en procesos de cáncer de mama en la mujer trabajadora en que aparecen trastornos de ansiedad, depresión o trastorno adaptativo, es que estos sobrevienen de ordinario en las etapas finales del tratamiento coincidiendo con la etapa de la curación. Pareciera que el distrés propio de las primeras etapas de diagnóstico y sucesión terapéutica focalizó la preocupación en lo vital, en la supervivencia, superada esta, la tensión propia de afrontar la enfermedad se sustituye por afrontar el día después, afrontar las secuelas en lo personal, en lo familiar, en lo social que constituyen la reconstrucción psicológica.

Presencia de trastornos psicopatológicos en la paciente con cáncer de mama^{7, 8, 9, 10, 11, 12}

La presencia de trastornos psicopatológicos en la paciente con cáncer de mama está suficientemente documentada. En un porcentaje elevado a los efectos del tumor y los secundarios del tratamiento se asocian trastornos psiquiátricos «menores»: estrés, ansiedad, depresión y trastornos adaptativos, como respuesta emocional desestructurada.

El diagnóstico de estos cuadros clínicos en pacientes con cáncer de mama es complicado por el hecho de que los síntomas de ansiedad y depresión están asociados a quejas somáticas como la fatiga, el dolor, las náuseas, o las alteraciones del apetito, o del sueño, o las disfunciones sexuales, que están relacionadas con el propio proceso del cáncer o su tratamiento.

El cáncer de mama de forma especial afecta negativamente a la imagen corporal y a la autoestima de la mujer. Además del sufrimiento vital que comporta afrontar la propia enfermedad, sus tratamientos y sus secuelas.

Se precisa un abordaje psicológico de las pacientes con síntomas ansiosos depresivos o signos de distrés antes de que estos consoliden trastornos mentales difícilmente reversibles^{13, 14, 15, 16, 17, 18, 19}.

Dificultades para identificar los trastornos psicológicos. Identificar y prevenir los trastornos psicológicos es sin embargo difícil, por variados motivos:

- a) la **principal y prioritaria acción es la terapia oncológica**, («centrada en el tratamiento del cáncer que padece la paciente, más que en la propia paciente»)
- b) la **confluencia de sintomatología somática y trastornos disfuncionales** por el cáncer o por los efectos secundarios del cáncer **con síntomas psíquicos** que no se buscan y no se encuentran porque no se pregunta por ellos
- c) **minimizar, restar importancia a la presencia de síntomas psicológicos**, entendidos como normal respuesta a las secuelas del cáncer o de los tratamientos pero **sin considerarlos como una expresión de enfermedad psíquica** (ansiedad, depresión, trastorno adaptativo) que precisa de abordaje
- d) la **falta de control o apoyo psicooncológico en el inicio y en las fases sucesivas del proceso**, en muchas ocasiones al psicooncólogo se acude por demanda de la paciente, no por formar pauta habitual del tratamiento del proceso de una manera multidisciplinar (área común) e interdisciplinar (*decisión común*)
- e) **falta de protocolos de actuación en la detección de los trastornos psiquiátricos**, adecuados a la realidad asistencial del complejo sistema sanitario interdisciplinar
- f) la **falta de demanda de las pacientes de ayuda psicológica**

Pacientes con antecedentes psiquiátricos de ansiedad, depresión y trastornos adaptativos recaen o empeoran en la etapa diagnóstico-terapéutica en que se derrumban emocionalmente por falta de recursos personales de resiliencia ante las vivencias estresantes de esta etapa de difícil afrontamiento. **Aunque no siempre la respuesta emocional es proporcional en estas pacientes con la severidad del proceso de cáncer de mama o su evolución o la agresividad terapéutica.** Pues en estos casos el «cómo lo pasa la paciente» no siempre guarda relación con lo que «le está pasando». También «personalidades premórbidas» influirán negativamente en la capacidad para afrontar la enfermedad y los tratamientos por su mermada disponibilidad afectiva, y más cuando se carezca de apoyo y falta de comunicación con su entorno socio-familiar cercano.

Los síntomas «intangibles» o imprecisos psicológicos del cáncer de mama

El dolor, la astenia, el insomnio o la disfunción sexual pueden formar parte de un cortejo de síntomas que se minimizan o se les resta importancia o se admiten como algo de menor importancia frente a otros síntomas somáticos que se priorizan pues su presencia es expresión de la evolución del cáncer o de la respuesta al tratamiento.

Entre los síntomas intangibles estarían el distrés o las situaciones de bajo ánimo aunque no cumplan criterios de DSM V de ansiedad o depresión o trastorno adaptativo, además de los citados, dolor crónico, insomnio, disfunción sexual, o la fatiga.

El tratamiento del cáncer conlleva como efecto secundario la aparición del dolor derivado de la acción quirúrgica u ocasionalmente de la radioterapia, los trastornos del sueño pueden derivarse de la acción de la quimioterapia (añadida a la preexistente por el conocimiento del diagnóstico, facilitada si hay dolor, si hay fatiga o si hay depresión) la astenia puede derivar de la quimioterapia y las disfunciones sexuales pueden ser efecto secundario de la quimioterapia, la hormoterapia o la terapia biológica.

En el tratamiento del cáncer preocupa de forma lógica más la respuesta a la terapia, el dolor intenso y prolongado, el linfedema, la inflamación en área quirúrgica, las secuelas cicatriciales limitantes, los trastornos de función del brazo con pérdida de movilidad, fuerza o dolor a la movilidad, los trastornos neuropáticos, con pérdida de fuerza o sensibilidad, el trastorno cognitivo chemobrain (quimiocerebro), la cardiotoxicidad, etc. y todo ello es preciso y prioritario pero no lo único, no existe sólo el cáncer existe la paciente con cáncer.

Si bien la valoración del dolor (dolorimiento), pero sobre todo de la astenia, el insomnio (trastornos del sueño) o las disfunciones sexuales puede hacerse de forma sobradamente técnica, sí que cuando hablamos de valoración laboral y de objetivar el daño, esta valoración se diluye, se pone en tela de juicio, se cuestiona si es objetivable o no y en ocasiones se desprecia por no ser incapacitante laboral. **Son intangibles por no disponer de medios objetivables contundentes que objetiven el daño y la limitación funcional presente, intangibles porque parten de lo referido (subjetivo) por la paciente en consulta o a cuestionarios autocumplimentados (auto reporte) que en valoración pericial tienen escaso peso.**

Dicho lo cual estos síntomas intangibles forman parte de la pérdida de salud de la paciente entendida la salud de forma integral es decir más allá de la ausencia de enfermedad, y comportando un desbalance de la actitud laboral.

Estudio de cáncer de mama y comorbilidad con trastornos psíquicos en trabajadoras en incapacidad temporal de más de 12 meses o en procesos de valoración de incapacidad permanente

Se analizaron procesos de baja por cáncer de mama que alcanzaron el año, en Gipuzkoa en 2006, 2013, y 2015 y en Murcia en 2013. Es decir pacientes supervivientes de cáncer de mama que han permanecido de baja incapacitadas durante un año o superando el año hasta alcanzar el año y medio en prórroga de su situación incapacitante. Lo que supone estudiar pacientes con cáncer de mama un año tras el diagnóstico continuando incapacitadas, sin retorno laboral. También se analizaron aquellos procesos de cáncer de mama con valoración de la situación de incapacidad permanente, es decir se estudia la consideración definitiva o no del retorno laboral.

Conviene puntualizar algunas observaciones para la comprensión, de estos datos referentes a la incapacidad temporal de un año de duración y a las valoraciones de incapacidad permanente, y a qué situaciones afectan, teniendo en cuenta las peculiaridades de nuestra normativa de protección de seguridad social.

Así podemos diferenciar la incapacidad en situaciones de:

Incapacidad temporal o baja (IT) concebidas en nuestro país para paliar de pérdida de salario durante el tiempo que se permanezca en incapacidad para trabajar por estar a la espera de respuesta favorable al tratamiento y durante un tiempo limitado a un máximo de 365 días más los a lo sumo 180 días de la prórroga cuando se espera curación o mejoría que permite volver a su trabajo (año y medio máximo).

Incapacidad permanente prestación económica que sustituye a la pérdida de rentas en situaciones de pérdida de la capacidad laboral de forma definitiva bien para su trabajo (incapacidad permanente total para su trabajo habitual) o en casos extremos la pérdida definitiva de la capacidad laboral generalizada (incapacidad permanente absoluta para todo trabajo). Si bien la incapacidad permanente puede ser revisable por mejoría, pudiendo en el caso de recuperación completa funcional pasar a situación de «no incapacitado», es decir retorno a la consideración de capacitado.

Conclusiones del estudio:

La ansiedad, la depresión y los trastornos adaptativos están presentes como diagnóstico secundario en un 36% de los procesos de baja (incapacidad temporal) de más de 12 meses por cáncer de mama estudiados.

La ansiedad, la depresión y los trastornos adaptativos, así mismo, están presentes como diagnóstico secundario en un 38% de los procesos de cáncer de mama en los que se valoró como incapacidad permanente.

La ansiedad y los trastornos adaptativos representan el 80% de estos diagnósticos psíquicos, siendo la depresión el diagnóstico menos frecuente presentándose tan solo en un 20%.

Por tanto podemos afirmar que los trastornos psíquicos en procesos de incapacidad temporal por cáncer de mama que alcanzaban los 365 días de baja, se presentaban en un 36% y en un 38% en procesos de cáncer de mama en los que se valoraba la incapacidad permanente.

Actitud laboral de la superviviente al cáncer de mama

Actitud laboral definida por los pensamientos, sentimientos y comportamientos del trabajador hacia el trabajo, es más una tendencia psicológica, una evaluación de lo que para el trabajador supone el trabajo. La actitud laboral es más que una respuesta manifiesta y observable, son los pensamientos hacia el entorno laboral, el sentimiento interno, y la conducta que presenta la paciente ante el trabajo.

Trabajar supone disponer: a) CAPACIDAD PSICO-FISICA. PUEDO hacerlo. b) FORMACIÓN. SE hacerlo. c) ACTITUD. QUIERO hacerlo. d) HABILIDAD. APRENDÍ a hacerlo. e) FACTORES REGLAMENTARIOS. ME PERMITEN hacerlo

Suele decirse que más puede el quiero que el puedo. Pero la capacidad laboral es una realidad muy compleja, más allá de esta descripción esquemática y simple.

A los médicos nos gusta y nos gustaría que la paciente tras el alta oncológica saboreara y compartiera el éxito de haber sobrevivido al cáncer de mama. Pero a veces no coincide este alta o finalización del tratamiento oncológico con el alta sanitaria (puede ser que siga precisando atención sanitaria por el proceso padecido u otros concomitantes o que padecía con antelación) ni con el alta laboral (impuesta por las resoluciones administrativas o compartida por la paciente, que guarda relación exclusiva con el haber recuperado la suficiente capacidad laboral perdida por el cáncer y sus consecuencias limitantes funcionales para el trabajo y que tiene sus normas y entidades administrativas implicadas), ni coincide ni una (alta oncológica) ni la otra (alta laboral) con la percepción que la paciente tiene de estar capacitada para el retorno a la normalidad entendiendo esta como el retorno a la vida laboral, personal, familiar y social plena «exigida» o percibida por la al día después del alta

Es un éxito estar curada del cáncer pero el deterioro psicológico puede permanecer, cuando no aparecer en esta fase de curación. La visibilidad social admirada y valorada es la de aquellas supervivientes al cáncer de mama que se incorporan al trabajo a pleno empleo, anticipadamente y enormemente satisfechas, lo que socialmente se admira como victoria en la lucha contra el cáncer. El estigma social de los procesos psíquicos está presente también entre las pacientes supervivientes al cáncer de mama, porque puede pensarse errónea y lamentablemente que las personas con trastornos psicológicos son personas que carecen o tienen menos valor, o son personas débiles o con condicionantes de mala actitud hacia el trabajar, cuando no «no apreciadas» por entender exageran o sobredimensionan los síntomas.

La paciente en el trayecto terapéutico puede haber sufrido pérdidas anatómicas precisando reconstrucción, pérdidas funcionales que precisen de rehabilitación o pérdidas psíquicas que requieran reconstrucción psicológica, pero puede haber perdido apoyo familiar o social o de competencia laboral y esto también requiere su fortalecimiento.

La actitud pesa en la balanza entre posibilidad de trabajar, aptitud para el trabajo y sentirse capacitada o no para el trabajo. La actitud guarda relación con la motivación, y la autoestima, precisamente minada en pacientes con problemas psicológicos.

Por ello mejorar la actitud de la paciente es vital para lograr el máximo retorno laboral posible tras sobrevivir al cáncer de mama, con terapia psicológica^{13, 14, 15, 16, 17} fundamentalmente conductual, y técnicas de autoayuda tipo mindfulness^{18, 19}.

Retorno al trabajo en procesos de cáncer de mama que cursan con cuadros de ansiedad, depresión o trastornos adaptativos^{20, 21, 22, 23, 24, 25}

Dificultades al retorno

La aparición de procesos psicológicos en el cáncer de mama se sucede de forma diferente según, estadiaje, subtipo, tratamientos, y evolución del cáncer de mama así como según características estructurales de personalidad de la paciente y otros factores del entorno familiar social y laboral. A mayor gravedad del proceso o agresividad de los tratamientos no se sucede de forma paralela una mayor afectación emocional, es más en estos procesos severos revierten o se aminoran al año del diagnóstico, pero en un porcentaje cercano al 35% como hemos expuesto se desarrollan patologías psiquiátricas «menores» que causan un mayor impacto en dificultar el retorno laboral, cuando no condicionan el no retorno o la incapacidad permanente.

Barreras o factores condicionantes que obstaculizan el retorno laboral por trastornos psicológicos en supervivientes del cáncer de mama²⁰

Surgen trastornos mentales con mayor frecuencia y se prolonga la incapacidad o el no retorno al trabajo si:

- **Si la baja (incapacidad) se prolonga más allá del año del diagnóstico.**
- **Edad superior a 55 años.**
- **Falta de apoyo familiar y social.**
- **Trabajo poco motivador o de carga física intensa o cuando falta apoyo laboral o existe conflicto laboral.**
- **Trabajo a turnos o a horas intempestivas. Trabajos por horas.**
- **Creencia de que el trabajo es perjudicial o peligroso.**
- **Comportamientos emocionales erróneos.**
- **Vida familiar insatisfactoria o problemática.**

- **Historia previa de largas «bajas».**
- **Antecedentes de procesos psíquicos.**
- **Bajo nivel educativo, y de nivel socio-económico.**
- **Falta de ejercicio.**

Factores facilitadores²¹ del retorno laboral por trastornos psicológicos en supervivientes del cáncer de mama

- **Procesos con bajas (incapacidad) inferiores al año.**
- **Contar con apoyo familiar y social.**
- **Apoyo laboral patronal.**
- **Trabajo motivador.**
- **Trabajo sin exigencias físicas.**
- **Trabajos bien remunerados.**
- **Independencia económica.**
- **Percepción de sentirse apoyada por el entorno sanitario que la trató.**
- **Edad inferior a los 50 años.**
- **Personalidades proactivas.**
- **Haber efectuado reconstrucción psicológica paralela a la fase final del tratamiento.**

Por ello conviene identificar y prevenir los procesos psicológicos para su abordaje completo y obtener una mayor reincorporación de las pacientes con cáncer al trabajo, mejorar la calidad de vida de las pacientes supervivientes, y procurar su reintegración a una vida normalizada.

En los estudios poblacionales recogidos en publicaciones internacionales o los artículos de revisión sistemática coinciden con algunos de los factores citados conviene hacer una mención explícita a las diferentes consideraciones entre barreras facilitadoras y barreras impeditivas al retorno existentes en países desarrollados y en países en vías de desarrollo o no desarrollados.

Es claro que la accesibilidad a los tratamientos es diferente por países, así mismo el acceso a terapias avanzadas que en países pobres es accesible tan sólo a determinados colectivos pudientes, estas diferencias también se dan en los protocolos de cribado del cáncer de mama u otras de protocolos de actuación a nivel de salud pública que hacen posibles las detecciones del cáncer a nivel primario o estadios iniciales.

Por otra parte los sistemas de protección a través de las prestaciones sociales de incapacidad laboral no son similares en todo el mundo y condicionan el retorno laboral.

La penuria económica en los países pobres hace que el retorno al trabajo esté sobrevalorado por ser necesidad básica para la subsistencia. Así que los factores sociales tienen más peso en países pobres.

De todos los trabajos y artículos analizados reseñados en cuanto al retorno laboral merece una singular mención el extraordinario trabajo de Tamminga SJ, de Boer AGEM, Verbeek JHAM, Frings-Dresen MHW. Breast cancer survivors' views of factors that influence the return-to-work process – a qualitative study. Scand J Work Environ Health 2012 por su análisis pormenorizado de barreras y facilitadores en el retorno laboral tras cáncer de mama y las conclusiones al respecto.

CONCLUSIÓN

El retorno al trabajo está obstaculizado y se pospone cuando aparecen procesos psicológicos y a veces estos terminan por causar más incapacidad que el propio

cáncer y sus secuelas. El 36% de las mujeres con cáncer de mama sufre depresión y precisa de apoyo psiquiátrico, y el 55% padece algún tipo de trastorno emocional por ansiedad o trastorno adaptativo que precisa cuando menos de apoyo psicológico y de prescripción de ansiolíticos, en alguna de las sucesivas fases del tratamiento del cáncer de mama. El cáncer de mama afecta a la imagen y el auto concepto de la mujer propiciando la aparición de cuadros de ansiedad o trastornos adaptativos. Los factores psicológicos guardan relación directa con la actitud y esta es determinante para que la superviviente al cáncer de mama quiera incorporarse al trabajo. Por otra parte la presencia de ansiedad y/o depresión disminuye la capacidad de la mujer con cáncer para tolerar el tratamiento y sus efectos secundarios o para afrontar los problemas en el entorno personal que un proceso generalmente tan largo y en ocasiones tan agresivo supone.

La aparición de procesos psicológicos en el cáncer de mama se sucede de forma frecuente en la fase final del proceso y dificultan el retorno laboral. La aparición de trastornos psicológicos en la etapa inicial de diagnóstico y tratamiento no es muy frecuente y en contra de lo que pareciera la mayor gravedad del proceso o la agresividad de los tratamientos no supone de forma paralela una mayor afectación emocional. Son muchos los estudios que en el seguimiento de procesos avanzados o con severos tratamientos la ansiedad o la depresión si aparecen revierten o se aminoran al año del diagnóstico, por lo que parece que guardan más relación con características estructurales de personalidad de la paciente y otros factores del entorno familiar social y laboral que de la severidad del proceso.

Sin embargo es en la etapa final del tratamiento, cuando en un porcentaje cercano al 35% de las pacientes con cáncer de mama, que se desarrollan patologías psiquiátricas «menores» causando severas dificultades en el retorno laboral, cuando no condicionan el no retorno o la incapacidad permanente.

Estos trastornos mentales que acontecen al final del tratamiento surgen con mayor frecuencia, cuando se carece de apoyo en el entorno social, o familiar, si la baja (incapacidad) se prolonga más allá del año del diagnóstico, así como en casos de trabajo poco motivador o de carga física intensa o cuando falta apoyo laboral o existe conflicto laboral, o trabajos a turnos o a horas intempestivas, o trabajos a tiempo parcial y como factores mucho menos influyentes si la paciente tiene antecedentes de patologías o alteraciones psicológicas previas, o edad superior a los 55 años.

Por ello conviene identificar y prevenir estos procesos psicológicos para su abordaje completo socio sanitario y laboral y obtener una mayor reincorporación de las pacientes supervivientes al trabajo, así como mejorar la calidad de vida de las pacientes, y procurar su reintegración a una vida normalizada. Debe de procederse a potenciar el apoyo del entorno, incluyendo el apoyo en el entorno laboral para facilitar la reincorporación al trabajo, incluso con medidas de reincorporación parcial y paulatina al trabajo y/o con adaptación del puesto.

Minimizar estas barreras identificadas y fortalecer los facilitadores podría mejorar el porcentaje de retorno laboral entre los supervivientes del cáncer de mama.

También es preciso concienciarnos que la mujer superviviente al cáncer de mama precisa en muchas ocasiones de la reconstrucción psicológica y ello también supone el «descanso» terapéutico el alejamiento del mundo clínico que atendió a la paciente en su fase de enfermedad activa y reforzarse con un periodo de adaptación y afrontamiento de las realidades vitales.

La implementación de intervenciones psicológicas al aflorar los problemas psicológicos y de programas de retorno al trabajo procuraría una mayor rehabilitación profesional.

Convendría valorar la posibilidad de reincorporación parcial y paulatina al trabajo, que facilitaría su retorno y la adaptación al medio laboral ordinario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mariam Vahdaninia, Sepideh Omidvari, Ali Montazeri. What do predict anxiety and depression in breast cancer patients? A follow-up study. *Soc Psychiat Epidemiol* (2010) 45:355–361
2. Jacob, L., Bleicher, L., Kostev, K. et al. Prevalence of depression, anxiety and their risk factors in German women with breast cancer in general and gynecological practices. *J Cancer Res Clin Oncol* (2016) 142: 447.
3. Lueboonthavatchai P. Prevalence and Psychosocial Factors of Anxiety and Depression in Breast Cancer Patients. *J Med Assoc Thai* 2007; 90 (10): 2164-74
4. Marshall Gold, RN, MS, Laura B. Dunn, MD, and Christine Miaskowski, RN, PhD. Co-occurrence of anxiety and depressive symptoms following breast cancer surgery and its impact on quality of life. *Eur J Oncol Nurs*. 2016 Feb; 20: 97–105
5. Ornelas-Mejorada R E, Tufiño M. Sánchez-Sosa JJ. Ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de mama en radioterapia: Prevalencia y factores asociados. *Acta de investigación psicol vol. 1 no.3 México dic. 2011*
6. López-Santiago S. Cruzado Juan A y Feliú Jaime. Chemobrain: revisión de estudios que evalúan el deterioro cognitivo de supervivientes de cáncer tratados con quimioterapia. *Psicooncología*. Vol. 8, Núm. 2-3, 2011, pp. 265-280
7. Farthmann J, Hanjalic-Beck A, Veit J, et al. The impact of chemotherapy for breast cancer on sexual function and health-related quality of life. *Support Care Cancer* (2016) 24: 2603. doi:10.1007/s00520-015-3073-2
8. So WK, Marsh G, Ling WM, Leung FY, Lo JC, Yeung M, Li GK. The symptom cluster of fatigue, pain, anxiety, and depression and the effect on the quality of life of women receiving treatment for breast cancer: a multicenter study. *Oncology Nursing Forum*. 2009 Jul;36(4):E205-14. doi: 10.1188/09.ONF.E205-E214.
9. Jacob L, Bleicher L, Kostev K, Kalder M. Prevalence of depression, anxiety and their risk factors in German women with breast cancer in general and gynecological practices. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2016 Feb; 142(2):447-52. doi: 10.1007/s00432-015-2048-5. Epub 2015 Sep 16.
10. Marshall Gold, RN, MS, Laura B. Dunn, et al. Co-occurrence of Anxiety and Depressive Symptoms Following Breast Cancer Surgery and Its Impact on Quality of Life. *European Journal of Oncology Nursing*. Volume 20, February 2016, Pages 97-105
11. Le Rhun, E., Delbeuck, X., Lefevre-Plesse, C. et al. A phase III randomized multicenter trial evaluating cognition in post-menopausal breast cancer patients receiving adjuvant hormone therapy. *Breast Cancer Res Treat* (2015) 152: 569. doi:10.1007/s10549-015-3493-1
12. Maté Jorge, Hollenstein María F. y Gil Francisco L. Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico *Psicooncología*. Vol. 1, Núms. 2-3, 2004, pp. 211-230
13. Robles R, Morales M, Jiménez LM, Morales. Depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama: el papel de la afectividad y el soporte social. *Psicooncología*. Vol. 6, Núm. 1, 2009, pp. 191-201
14. Mitchell, Alex J et al. Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis *The Lancet Oncology* 2013 , Volume 14, Issue 8 , 721 - 732
15. Hernández M, Cruzado JA, Prado C, Rodríguez E, Hernández C, González MA, Martín JC Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer *Psicooncología*. Vol. 9, Núm. 2-3, 2012, pp. 233-257
16. Hernández M, Cruzado JA. La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento. *Clínica y Salud* 24 (2013) 1-9
17. Sebastián J., Manos D, Bueno M.^a J. y Mateos N. Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud*, 2007, vol. 18 n.º 2 - Págs. 137-161. ISSN: 1135-0806
18. Johannsen, Maja MSc; Connor, Maja PhD; Toole, Mia Skytte PhD; Jensen, Anders Bonde PhD; Zachariae, Robert DMSc. Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Persistent Pain in Women Treated for Primary Breast Cancer: Exploring Possible Statistical Mediators - Results from a Randomized Controlled Trial. *Clinical Journal of Pain* , 2017
19. Boyle, Chloe C.; Stanton, Annette L.; Ganz, Patricia A.; Crespi, Catherine M.; Bower, Julie E. Improvements in emotion regulation following mindfulness meditation: Effects on depressive symptoms and perceived stress in younger breast cancer survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 85(4), Apr 2017, 397-40
20. Tamminga SJ, de Boer AGEM, Verbeek JHAM, Frings-Dresen MHW. Breast cancer survivors' views of factors that influence the return-to-work process – a qualitative study. *Scand J Work Environ Health* 2012;38(2):144-154

21. Tania Islam, Maznah Dahlui, Hazreen Abd Majid, Azmi Mohamed Nahar, Nur Aishah Mohd Taib, Factors associated with return to work of breast cancer survivors: a systematic review. *BMC Public Health* 2014 14(Suppl 3):S8
22. JL Hoving, MLA Broekhuizen and MHW Frings-Dresen. Return to work of breast cancer survivors: a systematic review of intervention studies. *BMC Cancer* 2009, 9:117
23. Maunsell E, Brisson C, Dubois L, Lauzier S, Fraser A. Work problems after breast cancer: An exploratory qualitative study. *Psychooncology* 1999; 8: 467-473.
24. Molina Raquel y Feliu Jaime. La reinserción laboral: un nuevo reto en el paciente con cáncer. *Psicooncología*. Vol. 8, Núm. 1, 2010, pp. 45-51
25. Aina Johnsson, Tommy Fornander, Mariann Olsson, Marianne Nystedt, Hemming Johansson & Lars Erik Rutqvist (2007) Factors associated with return to work after breast cancer treatment, *Acta Oncologica*

Inspección médica

Análisis de Conducta en Medicina Evaluadora: una propuesta interdisciplinar

Behavioral Analysis in Disability Assessment Medicine: An Interdisciplinary Proposal

Antonio Domínguez-Muñoz^{1, 2}, José Luis de la Fuente Madero¹, Ana M^a Gómez Álvarez¹, Pablo García Ruiz¹, M^a José López Pérez^{2, 3}, Rafael López Pérez²

1. Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS). Madrid. España.

2. Fundación Universitaria Behavior & Law. Madrid. España.

3. Centro Médico Valdebernardo de Madrid. Madrid. España.

Recibido: 28-08-17

Aceptado: 21-09-17

Correspondencia

UMEVI El Palo

Antonio Domínguez Muñoz

Avda. Juan Sebastián Elcano, 177. 2^o Planta.

29017 Málaga. España.

Teléfono: 952 29 92 00

Correo electrónico: adominguez@behaviorandlaw.com

Resumen

Se propone un nuevo marco teórico, el Análisis de Conducta en Medicina, para abordar los desafíos que la evaluación de la incapacidad y la medicina pericial afrontan en su práctica clínica diaria. Mediante un enfoque con base científica interdisciplinar y flexible pero sistemático en su aplicación, el Sistema de Análisis de Validez en la Evaluación (SAVE) está diseñado para incorporar una amplia gama de métodos, técnicas y habilidades útiles, tomadas de diferentes fuentes (psicología forense, criminología, derecho sanitario, detección del engaño y el fraude, etc.). Se estructura en tres fases sucesivas, Verosimilitud (V1), que corresponde al análisis del contenido verbal de la declaración; Veracidad (V2) como congruencia entre lo verbal y lo no verbal, y Verificación (V3), el proceso de comprobación de la información previamente obtenida. Estos conocimientos y habilidades se pueden aprender y entrenar, todos ellos han sido probados científicamente y cuentan con un amplio número de referencias publicadas para profundizar en cada tema. Además, este proceso permite una fácil adaptación a cada caso y contexto, evitando molestar a los informados genuinamente impedidos al pasar desapercibido excepto cuando la probabilidad de fraude es elevada. Por lo tanto, creemos que cualquier profesional de la salud y especialmente los peritos médicos, sean funcionarios o independientes, se beneficiarán de este modo de realizar la consulta médica, mejorando la relación médico-paciente y la necesaria gestión del engaño cuando sea preciso.

Med Segur Trab (Internet). 2017;63(248):260-75

Palabras clave: distorsión clínica; incapacidad; valoración médica de la incapacidad; análisis de conducta en medicina; fraude por simulación; SAVE.



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Abstract

A new theoretical framework, the Behavioral Analysis in Medicine is proposed to address the challenges that disability assessment and clinical forensic medicine face in everyday practice. Through an interdisciplinary approach, scientifically based and flexible yet systematically applied, the System of Validity Analysis in Assessment (referred to by its Spanish acronym SAVE) is designed to incorporate a wide array of useful methods, techniques and skills from different sources (forensic psychology, criminology, health law science, deception and fraud detection, etc.). It is structured in three successive phases, Verisimilitude (V1), as verbal content analysis of the statement; Veracity (V2) as congruence between verbal and non-verbal communication, and Verification (V3), the checking process of previously obtained information. These knowledge and abilities are affordable to learn and train. All of them have been scientifically tested and have an extensive number of published references to delve deeper in each subject. Additionally, this process allows an easy adaptation to each case and context, avoiding disturbing those genuinely disabled examinees by going unnoticed unless there is a high probability of fraud. Hence, we believe that every health practitioner, especially the medical examiners, public servants or independent ones will benefit from this way to accomplish every medical consultation, improving the patient-physician relationship and the necessary fraud management whenever necessary.

Med Segur Trab (Internet). 2017;63(248):260-75

Keywords: clinical distortion; disability; disability assessment medicine; behavior analysis in medicine; malingering; SAVE.

INTRODUCCIÓN

La medicina evaluadora, pericial o forense se desarrolla en un ámbito clínico no asistencial en el que resulta fundamental incorporar elementos de análisis de la validez (consistencia y valor legal) de cada caso. El acceso a diversos beneficios incluidos los económicos así lo exige. Su contexto bioético natural es el del principio de Justicia. En España, se lleva a cabo principalmente en las Unidades Médicas¹ del Instituto Nacional de la Seguridad Social (UMEVI), las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social (MCS), los Institutos de Medicina Legal y Forense (IML), los Equipos de Valoración y Orientación (EVO) responsables de evaluar la discapacidad, así como en los gabinetes de médicos peritos, en ejercicio libre o mediante nombramiento (insaculación) por la administración de Justicia para ejercer como perito oficial. Estas instancias están reguladas por su normativa legal específica.

En la medicina asistencial opera, sin embargo, una presunción de autenticidad que sitúa el acto clínico en unas coordenadas muy diferentes para incrementar la confianza y mejorar la relación médico-paciente, lo que permite al profesional ser de mayor utilidad al consultante². Entre los principios bioéticos, destacan Beneficencia, No Maleficencia y Autonomía. Sus actuaciones en España se realizan, de manera preferente, en el marco del Sistema Nacional de Salud (SNS, competencia transferida a los Servicios Públicos de Salud —SPS— de las Comunidades Autónomas) o de la práctica sanitaria privada, actividad económica en la que conviven profesionales libres, compañías aseguradoras, mutualidades, etc. Las referencias principales en esta área son los protocolos y guías clínicas, así como la normativa deontológica.

Sin embargo, estas no son áreas estancas, entre ellas existe un flujo formal de documentación clínica y otras múltiples y diversas conexiones informales que las unen íntimamente, creando una red de comunicación con el paciente (trabajador, lesionado, informado...) como centro y nodo principal de las interacciones entre ambos entornos. A su vez, los elementos asistenciales y los periciales también pueden entrelazarse dentro de cada área y, por ejemplo, en Asistencia Primaria se realizan tareas asistenciales que se siguen de la emisión de un parte de incapacidad temporal (IT) mediante una actuación pericial. En las consultas especializadas, del SNS o de la práctica privada, se emiten informes que serán usados como documentos médico-legales en diversas instancias. La valoración médica de incapacidad que se realiza en las MCS coexiste con la asistencia sanitaria en contingencia profesional, y en el control de la contingencia común que se realiza en dichas Mutuas o las UMEVI cabe estudiar un posible error diagnóstico, solicitar una prueba complementaria para plantear una indicación quirúrgica o incluso abordar un tratamiento quirúrgico o rehabilitador. Así, como hemos publicado³, los cuatro principios bioéticos son plenamente operativos en ambas áreas, que sería mejor considerar como dos caras de la actividad clínica, pudiendo estar cada una de ellas presente en la otra⁴.

Por otro lado, es habitual constatar que la práctica diaria de la medicina pericial adolece, en sus distintos ámbitos, de un discurso científico compartido y estructurado. No disponemos de una terminología común generalmente aceptada ni de un procedimiento para el análisis de validez mínimamente protocolizado⁵. Las comprobaciones de validez son elementos que suelen abordarse —o no— de manera individual por cada profesional implicado y, en general, de forma instintiva y no organizada, quedando a criterio de cada médico perito la atención que presta a éste asunto y las conclusiones que obtiene al respecto⁶.

El Modelo EFQM —Fundación Europea para la Gestión de la Calidad— usa el término «Área de Mejora» para aludir a todos aquellos aspectos de la organización que no funcionan con parámetros de excelencia, invitando a realizar un diagnóstico de la situación, en términos positivos y mirando al futuro. La detección del fraude en la Seguridad Social es uno de los objetivos del INSS pero, pese a que esta posibilidad sería frecuente y relevante en nuestras consultas, no parece que los inspectores

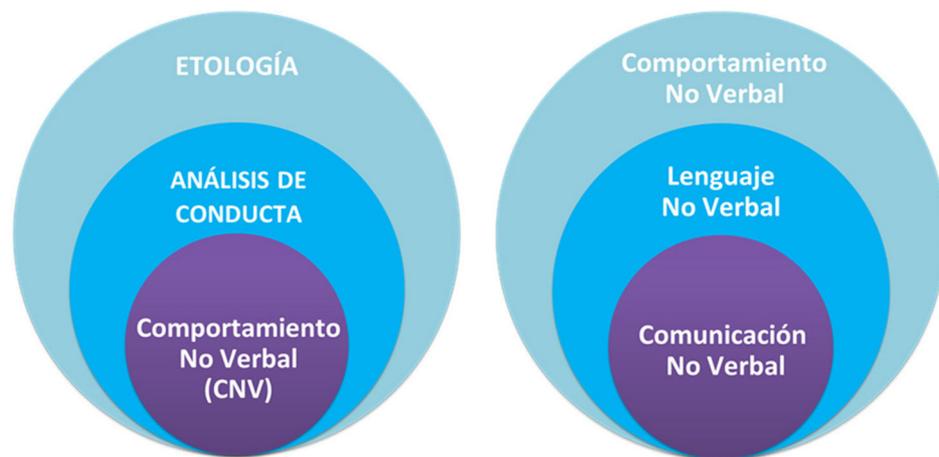
médicos evaluadores contemos actualmente con los medios ni el enfoque para abordar estos casos con criterios adecuados al estado actual del conocimiento⁶. Por ello, la búsqueda activa del fraude en la valoración médica de incapacidad con acceso a prestaciones de la Seguridad Social sería un área de mejora a tener en cuenta de manera prioritaria⁷.

Para abordar este problema, al que hemos dedicado una intensa labor de formación y modesta investigación en los últimos años, iniciamos en 2013 la colaboración con la Fundación Universitaria Behavior and Law (www.behaviorandlaw.com) desde la interdisciplinariedad para gestionar el engaño y el fraude⁷. Así, con el ejemplo de la Sección de Análisis del Comportamiento Delictivo (SACD) de la Guardia Civil, puesta en marcha en 1994 por el comandante José Luis González⁸ y de la Sección de Análisis de Conducta del Cuerpo Nacional de Policía, iniciada en 2010 por el inspector jefe Juan Enrique Soto⁹, y la participación en actividades del ámbito de la Psicología Jurídica y Forense, el Derecho Sanitario, la Criminología, la detección del engaño o el análisis de conducta (AdC), hemos diseñado un sistema flexible, útil en diversos ámbitos y concretamente en medicina pericial, el Sistema de Análisis de Validez en la Evaluación (SAVE)¹⁰.

PROCESO SAVE (SISTEMA DE ANÁLISIS DE VALIDEZ EN LA EVALUACIÓN)

Basado en la investigación científica interdisciplinar, el SAVE se desarrolla a partir de la formación de máster en comportamiento no verbal (CNV) y detección del Engaño del primer autor y sobre la experiencia común en la valoración médica de incapacidad, del daño corporal y la pericia médica judicial.

Figura 1. De la comunicación no verbal —eficaz solo cuando emisor y receptor comparten código (el lenguaje no verbal)— a la Etología, pasando por el análisis de la conducta humana.



El CNV corresponde a una parte del análisis de conducta humana, terminología acuñada en la disciplina criminológica¹¹ desde la psicología, que a su vez forma parte de la Etología, la ciencia que estudia todo comportamiento animal¹². Un análisis que pretende atribuir motivaciones, intenciones, creencias o deseos a otra persona —según la Teoría de la Mente¹³— precisa conocer la investigación etológica. Podemos diferenciar los comportamientos automáticos de base evolutiva¹⁴ —como los patrones fijos de acción¹⁵ o las respuestas ante el agravio comparativo de los primates pequeños¹⁶— de los premeditados y planificados mediante la superior capacidad cognitiva, propiamente humana^{17, 18} pero no por ello menos predeciblemente irracional, como han demostrado desde la economía conductual^{19,20}. De especial interés nos parecen sus aportaciones relativas al engaño y autoengaño^{21,22}, al poder de los incentivos²³ y, adicionalmente, al riesgo moral (*moral hazard*) y sus dimensiones²⁴.

En la valoración de incapacidad, la aplicación del SAVE se pondría en marcha ante elementos de sospecha de fraude por simulación; el más frecuente y típico sería la distorsión cínica, pero hay otros —preexistencia²⁵ o estado anterior, falsa atribución (plantear como accidente de trabajo al no laboral...), falsificación documental en los informes médicos (cambiando el nombre del paciente o añadiendo texto a mano...), etc.— que también justificarían la activación del SAVE.

Dado que está diseñado para permitir que su aplicación culmine en un informe pericial, se parte de un supuesto de hecho, una premisa que —de cumplirse— lleva a consecuencias jurídicas. Establecido lo anterior, se aplicarían las fases del análisis de validez para alcanzar unas conclusiones relativas al supuesto planteado, cuyas implicaciones con respecto a la carga de la prueba exceden los límites de este trabajo. Así, si el supuesto de hecho fuese el posible fraude²⁶ en un caso que pretende una calificación de incapacidad permanente, deberemos justificar razonablemente que dicho fraude se esté produciendo mediante el análisis de validez (AV) para poder confirmar dicho supuesto en las conclusiones.

Figura 2. Esquema del Proceso SAVE (Sistema de Análisis de Validez en la Evaluación).

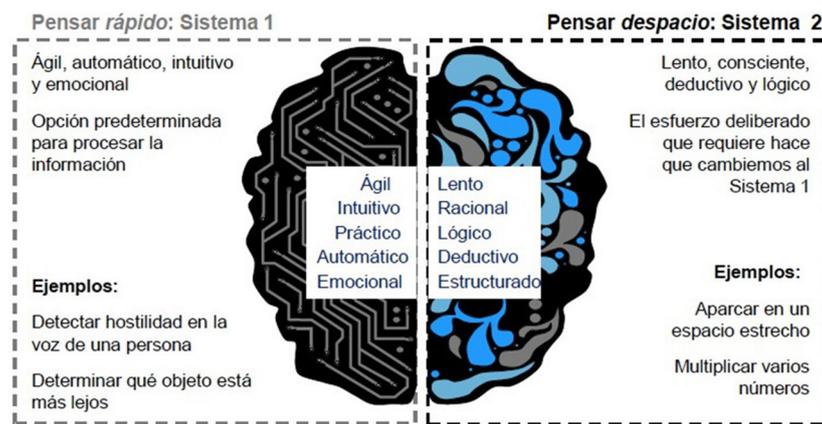


Planteado ya correctamente el caso desde un punto de vista jurídico, el AV se inicia con una hipótesis, propia de un apartado científico. Proponemos que, aplicando *in dubio pro operario*, la hipótesis de partida sea siempre la autenticidad del caso, sus alegaciones y las limitaciones mostradas, de manera que sea el AV en sus tres fases el que nos lleve a resultados, confirmen o no nuestra favorable hipótesis inicial. Si descartan la hipótesis de la autenticidad, las conclusiones del SAVE confirmarán el supuesto de hecho del fraude.

Distorsión Cínica, el punto de partida

La distorsión clínica corresponde a una impresión subjetiva²⁷ del médico perito que capta que el caso presenta una desproporción entre sus elementos objetivos y los subjetivos. Sería pues una situación análoga a la que se plantea en la detección indirecta (inconsciente²⁸) del engaño relacionada con la hipótesis del marcador somático de Damasio²⁹ y cuya base neurofisiológica sería más emocional que cognitiva, usando el llamado Sistema 1 de pensamiento³⁰ que es —como tantos otros procesos mentales inconscientes³¹— mucho más rápido, intuitivo y automático, aunque también más sujeto a errores por sesgos. De ese modo, usamos una red sensible para activar el SAVE, que someterá el caso a un triple filtro usando el Sistema 2 de pensamiento, para obtener un resultado específico y lo más exacto posible.

Figura 3. Sistemas 1 y 2 de Pensamiento rápido y despacio, propuestos por Kahneman³⁰.



Fuente: Fidelity Worldwide Investment; *Thinking Fast and Slow*, de Daniel Kahneman.

Cognitivamente, la distorsión clínica puede definirse como la presencia de, al menos, los dos primeros criterios de simulación (*malingering*) del DSM-5³² o, siguiendo a Tearnan³³ que a su vez se basa en Rogers³⁴, de un estilo de respuesta magnificador, reductor o con características de ambos. Por «estilo de respuesta» (ER) entendemos los patrones de comportamiento que presentan los pacientes cuando informan de sus síntomas, físicos o psíquicos. Se consideran cinco tipos; el sincero (*honest*), magnificador (*maximizer*), reductor (*minimizer*), el combinado de los dos previos (*mixed*) —por ejemplo un caso de síndrome de fibromialgia que, en su búsqueda de legitimidad, exagera claramente la limitación por dolor³⁵ pero resta importancia a su afectación psicoemocional— y el irrelevante (*irrelevant*).

Desde el punto de vista médico, la distorsión clínica plantea un diagnóstico diferencial que proponemos representar como un velocímetro. A la izquierda quedaría el área del error diagnóstico o terapéutico, esto es, los casos en los que la desproporción observada se debe a que el diagnóstico o la terapéutica empleada no son correctos³⁶. Un ejemplo sería el de un caso en IT diagnosticado de trastorno adaptativo mixto y tratado con benzodiacepinas que en consulta nos parece afectado funcionalmente y, tras largo rato y sin aparente motivo espurio, nos habla de ideación suicida. Revisando su historia previa comprobamos que, en otra provincia, ya había sido diagnosticado de trastorno bipolar, lo que había ocultado en la Unidad de Salud Mental actual.

Figura 4. Representación del diagnóstico diferencial de la distorsión clínica como una dimensión curva, de menor a mayor grado de voluntariedad.



En la vertical, el apartado de los trastornos mentales que cursan con síntomas físicos, principalmente la somatización, incluidos los trastornos conversivos, y los trastornos afectivos. En este grupo, que ha cambiado sensiblemente en el DSM-5, la clínica es principalmente involuntaria. Se caracterizan por un sufrimiento observable que, a veces y en búsqueda de legitimidad, es exagerado para convencer. Los trastornos conversivos, ahora de síntomas neurológicos funcionales en DSM-5, pueden mostrar un ER reductor como en la clásica «*belle indifference*».

En el lado derecho se encuentra el engaño clínico, cuyo extremo es el puramente voluntario y llevado a cabo para conseguir un objetivo material que llamamos fraude por simulación y corresponde al término «*malingering*». Este área incorporaría en primer lugar y junto a la vertical, aquellos casos en los que la exageración (ER magnificador) ya no pretende convencer sino engañar. También se incluyen, desplazándonos hacia la derecha, los trastornos facticios, en los que el engaño existe aunque lo atribuimos a una necesidad intrapsíquica, al menos parcialmente fuera del control consciente.

Conducta de Enfermedad, de Padecimiento o de Engaño Clínico

Ahora podemos ampliar el campo del diagnóstico diferencial propuesto para describir los tipos de comportamiento observables y proyectarlos a los tres tipos principales de conductas mostradas por los pacientes.

Este enfoque —análisis de conducta o medicina conductual— tiene diversos precedentes en el siglo pasado. Destacan, entre los años 50 y 60, Parsons, Mechanic y Pilowsky. Con el apogeo de las ciencias del comportamiento tras la propuesta del modelo biopsicosocial por Engel³⁷, en los años 70 y 80 alcanza su máximo desarrollo con los modelos de Leventhal³⁸ y McHugh y Vallis³⁹ que distinguen entre conducta de enfermedad (*disease*) y de padecimiento (*illness*). Después serían Fava y Blackwell los autores de referencia⁴⁰ con Ensalada⁴¹ y Kirmayer⁴² en la primera década de este siglo y, recientemente, la propuesta de los MUPS^{4, 43} (*medically unexplained physical symptoms*) y el enfoque de Aronoff⁴⁴ y Fordyce⁴⁵.

Llamaríamos conducta de enfermedad (*disease o sickness behavior*) al modo bien ajustado de percibir, evaluar y actuar acerca del estado de salud, en presencia de la enfermedad y condicionado principalmente por sus elementos biológicos objetivables. Se puede inducir «*sickness behavior*» (astenia, clinofilia, fatigabilidad...) inyectando endotoxina bacteriana que genera citoquinas proinflamatorias⁴⁶. La conducta de padecimiento o dolencia (*illness behavior*) se caracteriza por su carácter desadaptado y el gran protagonismo de elementos subjetivos, casi siempre desproporcionados o los únicos⁴⁷. La de engaño clínico, sin embargo, sería una respuesta adaptativa ante una situación compleja, que usaría el estado de salud para obtener objetivos tangibles de manera principalmente voluntaria⁴⁸.

Tabla 1. Características de cada tipo de conducta relacionada con la ausencia de salud, real o aparente.

Conducta de Enfermedad	Conducta de Padecimiento	Conducta de Engaño Clínico
Estilo de respuesta sincero o incluso reductor.	Estilo de respuesta magnificador o combinado.	Estilo de respuesta magnificador, sobreactuación.
Búsqueda de la mínima limitación (vaso medio lleno).	Búsqueda de legitimación, deseo de enfermedad orgánica.	Búsqueda de imagen de máxima limitación (vaso medio vacío).
A veces, siguen el modelo de adaptación de Kübler-Ross. Condicionamiento clásico.	Convicción de enfermedad, negación de datos favorables. Ambos condicionamientos.	Orientación a su misión, destaca el condicionamiento operante y la conducta táctica/estratégica.
Resistencia a asumir el rol de víctima (resiliencia).	Inhibición de la expresión afectiva positiva, irritabilidad y quejas constantes.	Variable, suele alardear de su carácter trabajador y deseo de incorporación cuanto antes.
Autoengaño optimista, mantiene esperanzas incluso más allá de lo razonable.	Autoengaño pesimista, desesperanza e invalidez. Disonancia cognitiva.	Autoengaño basado en la autojustificación, disonancia cognitiva resuelta.
Implicación en estado de salud y actitud favorables al cumplimiento del tratamiento, etc.	Adopción del rol de enfermo y sus recompensas, no en sus obligaciones (actitud ante evolución y tratamientos...) de base parcialmente inconsciente.	Adopción voluntaria del rol de enfermo sólo cuando es preciso para mantener el engaño, si le interesa, puede parecer colaborador e implicado.
Repercusión Social positiva. Posibilidad de recuperación de un recurso humano valioso que seguirá contribuyendo al sistema salvo imposibilidad.	Repercusión Social negativa. Aprendizaje de la invalidez sin elementos objetivos que la justifiquen. Carga económica por prestación.	Repercusión Social negativa. Ejemplo de abuso del sistema. Fraude socialmente aceptado. Carga económica por prestación.

Entrevista de Valoración, de Intervención (motivacional) o de Investigación

La entrevista clínica o anamnesis en el ámbito médico pericial está clásica y principalmente orientada a obtener información, elaborarla y utilizarla para que surta los efectos que procedan en el ámbito que corresponda. Por ello, a ese inicio de consulta nos gusta llamarlo entrevista de evaluación, entendida como estimación para tomar decisiones, con un carácter eminentemente ingenuo y exploratorio⁴⁹. El objetivo es favorecer la obtención del relato del caso, en la línea de lo propuesto por la llamada medicina narrativa⁵⁰.

De ese modo, se obtiene un relato con información suficiente como para tomar la primera decisión usando el automático Sistema 1, con tres posibilidades, las tres conductas antes referidas mediante el análisis básico de los estilos de respuesta y la presencia o no de distorsión clínica. Con la experiencia, este proceso se realizaría de manera ágil y automática.

En la fase siguiente, que requiere el uso continuado del Sistema 2, la entrevista puede pasar a ser bien de Valoración⁵¹ —para señalar o reconocer la severidad y repercusión funcional de la patología del caso— bien de Intervención o motivacional⁵² —una actuación terapéutica orientada a influir favorablemente en la evolución del caso— o bien de Investigación. Esta última sería análoga a la que se realiza en el ejercicio de la criminología o las ciencias de la seguridad⁵³, orientada a la obtención de indicios y/o pruebas —incluso en contra del interés subjetivo del informado— para comprobar o descartar una sospecha fundada, que en este caso sería de fraude, mediante técnicas como el uso estratégico de la información⁵⁴ (SUE).

Figura 5. Proceso en la entrevista clínica; se inicia con una entrevista de evaluación y en función de la aplicación del SAVE se orienta al tipo de entrevista correspondiente.



La entrevista de investigación resulta muy exigente en cuanto a tiempo, carga cognitiva —que puede llegar a ser muy alta por el uso del Sistema 2— y gestión emocional, por lo que cabe observar un fenómeno de agotamiento mental⁵⁵ (*ego depletion*), ya descrito en actividades análogas como los jueces⁵⁶ que aplican elementos de AdC⁵⁷. La de intervención⁵⁸ presenta también requerimientos elevados de tiempo y recursos mentales, ya que precisa aplicar técnicas de negociación, influencia y persuasión^{59,60,61} científicamente válidas y éticamente correctas, lo que favorecería dicho agotamiento que, de manera sostenida puede llevar a una situación de quemado profesional o *burnout*⁶².

FASES SAVE: VEROSIMILITUD, VERACIDAD Y VERIFICACIÓN

Estas fases están específicamente planteadas para ser aplicadas al inicio de la consulta, con la máxima profundidad en la entrevista de investigación y de manera muy simplificada en el caso de una entrevista de valoración. No obstante, debemos ser flexibles para pasar de un tipo de entrevista a otra si el caso lo requiere; no sería la primera vez que un caso que inicialmente parece de lo más inocente acaba siendo un fraude evidente, tras analizar indicios que habíamos pasado por alto.

Antes de entrar en las tres fases SAVE, que podemos nombrar con sus iniciales en V (Verosimilitud, Veracidad y Verificación) o en C (Coherencia Interna, Congruencia y Coherencia Externa); merece la pena dedicar una breve referencia al perfilado indirecto de la personalidad, técnica —una vez más, tomada de la criminología¹¹— que nos permite añadir una cuarta V (Valoración) o una cuarta C (Calibración) y que consideramos de la mayor utilidad en las entrevistas de intervención e investigación y específicamente para el SAVE.

Se trata de una técnica utilizada y depurada en las Unidades de análisis de conducta de nuestras fuerzas y cuerpos de seguridad⁶³ así como por alguno de nuestros autores internacionales de referencia⁶⁴. Parten de una premisa básica; analizando la conducta de una persona podemos inferir rasgos de su personalidad, sin necesidad de solicitarle que responda ninguna herramienta psicométrica diseñada a ese efecto como en la evaluación clásica o directa. Evidentemente, no es una técnica exenta de limitaciones y uno de sus riesgos sería el error fundamental de atribución⁶⁵, nuestra tendencia (sesgo, mediado por el Sistema 1) a considerar como estructural lo que es debido a la situación coyuntural en la que se encuentra una persona. Sin embargo, con una adecuada formación, es un método tremendamente útil para toda labor que se lleve a cabo con personas, incluida cualquier actividad clínica.

Figura 6. Cuatro subtipos principales de personalidad en PEN combinando la Extraversión con el Neuroticismo y considerando el rasgo de Psicoticismo como bajo o ausente.



Permite adaptar nuestra actuación al tipo de personalidad del caso, mediante un proceso de afinado continuo usando las inferencias del AdC, así como adecuar nuestras intervenciones para conseguir una mayor eficacia. Proponemos usar un modelo sencillo como el PEN de Eysenck⁶⁶ que contempla tres rasgos, dos de los cuales son relativamente simples de inferir, la dimensión introversión-Extroversión y la de estabilidad-inestabilidad emocional (Neuroticismo). El tercer rasgo (Psicoticismo o dureza emocional) hace referencia a dos subrasgos, la capacidad de empatizar con los demás y el autocontrol que, cuando están claramente presentes corresponden a una expresión baja de psicoticismo. Cada uno de los cuatro tipos de personalidad que aparecen —por ejemplo— al combinar los dos primeros rasgos los podemos representar con animales, para simplificar el proceso de perfilado indirecto. De ese modo, usando el modelo PEN completo serían ocho animales, cada uno con sus características de personalidad, que pueden relacionarse a su vez con el modelo de Gray para una mejor predicción conductual. Este modelo incluye dos tipos de sistemas; el primero es el «sistema de aproximación conductual» (BAS; *Behavioral Activation System*), que responde a las señales apetitivas condicionadas (recompensa o evitación de castigo), activando conductas de aproximación hacia dicho estímulo. Se ha relacionado con afectos o estados de ánimo positivo y está implicado en la impulsividad. El segundo, es el «sistema de inhibición conductual» (BIS; *Behavioral Inhibition System*), que responde a los estímulos aversivos condicionados; a señales de castigo, de no recompensa o a estímulos nuevos, mediante la supresión o inhibición de la conducta. El BIS se ha relacionado con el desarrollo de afectos o ánimo negativos y con la ansiedad⁶³.

Verosimilitud (V1) o Coherencia Interna

Remite a algo que tiene apariencia de verdadero, con posibilidad de ser creído y con «ausencia de incredibilidad subjetiva». En concreto, correspondería a esta fase recoger todo aquello que se refiere al análisis del contenido del mensaje verbal. Puede ser mediante un análisis criterial, estructural, o lingüístico o simplemente mediante un estudio del patrón comunicativo. Ejemplo del primero serían el Análisis de la Validez de la Declaración con su análisis de contenido basado en criterios o CBCA, por sus siglas en inglés, y su listado de validez⁶⁷ o el Control de Realidad⁶⁸ (*Reality Monitoring*) y sus métodos derivados⁶⁹. En el estructural destaca la propuesta de equilibrio o protagonismo del relato principal tras separar la declaración en planteamiento, nudo y desenlace⁷⁰ en los relatos veraces. El lingüístico incorporaría técnicas específicas como las de Pennebaker⁷¹ u otras. En aplicación del principio rector del SAVE, este apartado puede ser tan amplio y exhaustivo como sea necesario —usando varias de las técnicas referidas, por ejemplo— pero también tan simple como para —con el entrenamiento suficiente— usarlo en la entrevista clínica, en directo y con un tiempo limitado.

Tabla 2. Los 19 criterios del CBCA que, junto al listado de validez, conforman el Statement Validity Analysis (SVA), admitido como prueba judicial en casos de abuso sexual a menores.

ANÁLISIS DE CONTENIDO BASADO EN CRITERIOS-CRITERY BASED CONTENT ANALYSIS (CBCA)	
I. Características Generales	II. Contenido Específicos
1. Estructura lógica	4. Engranaje contextual
2. Elaboración Desestructurada	5. Descripción de las interacciones
3. Cantidad de detalles	6. Reproducción de la conversación
	7. Complicaciones inesperadas durante el incidente
III. Peculiaridades del contenido	IV. Contenidos referentes a la motivación.
8. Detalles inusuales	14. Correcciones espontáneas
9. Detalles superfluos	15. Admitir falta de memoria
10. Incomprensión de detalles relatados con precisión	16. Plantear dudas sobre el propio testimonio
11. Asociaciones externas relacionadas	17. Auto desaprobación
12. Relatos del estado mental subjetivo	18. Perdón al autor del delito
13. Atribución del estado mental del agresor	
V. Elementos específicos de la ofensa	19. Detalles característicos de la ofensa

En este primer nivel es fundamental recoger adecuadamente un relato lo más amplio y «limpio» posible, evitando la contaminación o la sugerencia por parte del médico entrevistador. La actitud en este punto es la de «*humble inquiry*» que resulta ideal dada la asimetría de información a favor del entrevistado o de alguno de los especialistas. Sin embargo, no es la que usamos habitualmente en estas situaciones y decimos mucho más de lo conveniente. Así, lo ideal es favorecer que el paciente pueda expresarse haciendo una pregunta abierta del tipo; «¿Qué le ha ocurrido?» o incluso «cuénteme, por favor». En lo posible debemos evitar interrumpir ya que, cuanto más nos diga, más información estaremos obteniendo para decidir si nos parece que estamos ante un ER sincero u otro, y seguir aplicando la metodología del SAVE sólo cuando sea preciso⁴⁹.

Es también aquí donde cabe analizar el contenido de la documentación médica aportada, a veces lo más interesante del caso, en sus diversos formatos —informes, notas clínicas, recetas de prescripción, a máquina, a mano, con apartados a máquina y otros a mano...— para seguir avanzando en la búsqueda de resultados, siempre provisionales.

Veracidad (V2) o Congruencia

Se refiere a la congruencia armónica (presencia con adecuada sincronía, intensidad y correspondencia) entre el contenido verbal, previamente estudiado, y el comportamiento no verbal que lo acompaña. Es la condición de una declaración que corresponde a lo que piensa quien la emite, está estrechamente vinculada con conceptos como la buena fe, la honestidad y la sinceridad. Una consideración favorable en este apartado se produce en casos de ER sinceros. Para ello, se incluye el análisis de cada uno de los principales canales

expresivos no verbales junto al verbal (V1). Estos serían la expresión facial, los gestos, las posturas, el paralenguaje, la proxemia, la háptica, la apariencia y la oculésica⁷². Se recogen indicios en cada uno de ellos y de la interacción entre elementos verbales y no verbales puestos en contexto. Su análisis vendrá determinado por la búsqueda de cambios en el comportamiento habitual —línea base— del individuo. Nuestros principales autores internacionales de referencia son Paul Ekman⁷³ en el ámbito académico y Joe Navarro⁷⁴ y Jack Schafer⁷⁵, ambos ex agentes del FBI con amplia experiencia en el Análisis de Conducta.

Por ejemplo, en cuanto a la expresión facial (EF) y siguiendo a Ekman⁷³, una declaración (verbal) acerca de una depresión severa que genera una limitación laboral significativa, debe acompañarse de una expresión facial con actividad muscular en la frente y, en concreto, sería de gran relevancia si aparece la unidad de acción (AU, por sus siglas en inglés) 1 del Sistema de Codificación Facial (FACS⁷⁶), la elevación de la zona interna de las cejas sin que le acompañe su zona externa. Es una AU típica de la emoción de tristeza genuina, y no es fácil de fingir.

Tabla 3. Diversos indicios de que una expresión emocional es falsa, según Eckman⁷³.

EMOCIÓN FALSA	INDICIO CONDUCTUAL
Miedo	Ausencia de actividad muscular típica en la frente.
Tristeza	Ausencia de actividad muscular típica en la frente (AU1-FACS)
Alegría	No hay actividad muscular en orbiculares de párpados
Entusiasmo, implicación en el discurso	No aumentan los gestos ilustradores o no van sincronizados.
Emociones negativas intensas	Ausencia de cambios respiratorios, de sudoración o de aumento en los gestos manipuladores o pacificadores.
Cualquier emoción	Asimetría en la expresión facial (excepto asco y desprecio), sincronización incorrecta, inicio o final abrupto, larga duración. Microexpresión seguida de máscara típica (sonrisa).

En este mismo canal expresivo y debido a la doble vía de procesamiento de los estímulos, una vía larga que llega a la corteza y otra corta que reacciona desde la amígdala, aparecen las llamadas micro-expresiones. Son EF de duración inferior a medio segundo, que muestran la emoción real generada por un estímulo —vía corta— antes de que se inhiba o sustituya —vía larga— por una «máscara» (habitualmente, la sonrisa social) si no se considera conveniente mostrarla⁷². Este análisis puede realizarse de manera fehaciente en los casos en los que se dispone de grabación en vídeo, lo que es excepcional en la medicina pericial. Usaríamos la matriz de análisis de conducta no verbal⁷⁷ para recoger secuencialmente los datos a analizar, de ellos se extraerían las inferencias, de las que —integrando— surgirían las hipótesis y las propuestas de actuación para confirmar o descartar dichas hipótesis, ya la tercera fase del SAVE, la verificación. Otro elemento de gran interés en este canal es observar la presencia de una expresión facial de desprecio en nuestro interlocutor (AU 12 o 14, unilateral), ya que ésta emoción implica superioridad y se relaciona con una mayor posibilidad de que traten de engañarnos.

Figura 7. Expresiones faciales mostrando la AU 1 propia de la tristeza genuina (izquierda) destacada por un óvalo oscuro y, a la derecha, una AU L 12 (elevación unilateral de la comisura labial izquierda en círculo blanco), propia de la emoción de desprecio.



Es de especial utilidad, dada la tendencia a la sobreactuación, relacionar la conducta del caso en nuestra consulta con su comportamiento en las revisiones asistenciales. Este puede haber quedado recogido en la documentación clínica aportada o la historia clínica electrónica, para lo cual hemos de tener en cuenta su contexto específico (asistencia privada, cobertura de un accidente de tráfico por la compañía aseguradora, las del servicio público de Salud, etc.). Un buen ejemplo podría ser el uso de ayudas para la deambulación; si acude con dos muletas o incluso un andador a nuestra consulta pero consta en la documentación asistencial que dos meses antes usaba sólo una muleta y se le indicó que la fuese dejando para aumentar la carga sobre el miembro inferior lesionado, hay que plantearse el motivo de dicha situación que es claramente una distorsión clínica.

Verificación (V3) o Coherencia externa

Verificar es comprobar la autenticidad de algo; en este caso tratamos de añadir datos o hechos observables sobre las hipótesis previas, para consolidarlas o descartarlas. Sus posibilidades son muy amplias e incluso, lo que sólo recomendamos ante la escasez de tiempo, es posible aplicar esta fase como primera actuación del SAVE (acudiendo a la historia clínica del servicio público de salud, por ejemplo) para obtener referencias previas sobre los asuntos acerca de los que obtendremos una declaración (V1) junto con su CNV asociado (V2). Siempre es posible simplificar la aplicación del SAVE, en función de nuestras circunstancias y las del caso.

Figura 8. Ejemplo de aplicación alternativa del proceso SAVE, iniciando con la obtención de datos del contexto (V3) antes de pasar al trabajador a consulta, para después aplicar V1 y V2.

Aplicación evaluación SAVE



Así, habría elementos de verificación estrictamente médicos, como sería el caso de una exploración complementaria, más o menos objetiva pero científicamente válida, a interpretar en el contexto clínico correspondiente; EMG/ENG en sospecha de radiculopatía, RMN de cráneo, de ángulos pontocerebelosos o vestibulograma en vértigo persistente, proteína C reactiva para actividad inflamatoria, estudios de biomecánica en limitaciones del aparato locomotor, ergometría o gammagrafía de esfuerzo en cardiopatía isquémica, SIMS⁷⁸, TOMM⁷⁹ o MMPI-2³⁴ en sospecha de fraude por simulación de afectación psíquica o neurológica, etc. También puede ser de la mayor utilidad disponer de una prueba de capacidad funcional espontánea, laboral o no, realizada cuando el informado no se sabe observado, lo que suele hacerse usando los servicios de un investigador privado.

Otra posibilidad a tener en cuenta, compatible con todo lo anterior es el acceso a información usando fuentes abiertas, gratuitas y de acceso libre en internet, llamada OSINT, por sus siglas en inglés (*Open Source Intelligence*). Sería tan sencillo como acceder al Facebook del caso aunque puede resultar mucho más complejo ya que la auténtica inteligencia es el procesamiento y análisis de la información, además de su obtención, lo que requiere conocer bien esta técnica y su aplicación⁸⁰.

CONCLUSIONES

Hemos descrito una metodología basada en conocimientos, habilidades e incluso actitudes obtenidas de los diversos campos científicos mencionados, un conjunto de herramientas de origen interdisciplinar que pueden resultarnos de máxima utilidad para desarrollar la actividad médico-pericial, entre otras. Consideramos que su mejor denominación es Análisis de Conducta en Ciencias de la Salud y nos parece un campo que justifica seguir profundizando en su conocimiento e investigación para mejorar nuestro desempeño como médicos clínicos en general y como peritos médicos en particular.

Sería un área de estudio que puede responder a las necesidades de mejora que hemos detectado en el ámbito de la valoración médica de la incapacidad y otros relacionados, en los que la posibilidad de fraude es un elemento clave a tener en cuenta. Se trata de una propuesta concreta y operativa, con terminología adaptada a su uso práctico para asegurar la mejor comunicación, que ya se aplica en nuestras consultas de inspección médica de manera flexible, en función de la disponibilidad de medios y tiempo, así como las necesidades del caso.

Dichos conocimientos, habilidades y actitudes pueden ser aprendidas y aplicadas de manera regular en la práctica clínica diaria. Existe un amplio cuerpo de doctrina científico que sostiene cada una de las propuestas realizadas y permitirá al lector interesado profundizar en cada una de ellas, usando las referencias que hemos aportado.

Este trabajo pretende favorecer el intercambio a partir del punto al que hemos llegado, e iniciar un camino en el que esperamos contar con las aportaciones de todos los compañeros interesados para seguir desarrollando la metodología del Análisis de Conducta en Medicina Evaluadora.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez Sáenz JJ, Álvarez Collado L, Álvarez Collado CJ. La pericial médica. El médico evaluador del instituto nacional de la seguridad social como perito titular. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 2003; 50 (193):59-62.
2. Echeburúa E, Muñoz JM, Loinaz I. La evaluación psicológica forense frente a la evaluación clínica: propuestas y retos de futuro. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2011; 11(1):141-159.
3. Domínguez-Muñoz A, López-Pérez R, Gordillo-León F, Perez- Nieto MA, Gómez-Álvarez A y de la Fuente Madero, JL. Bases científicas y bioéticas del Análisis de Validez en Medicina Evaluadora. *Medicina y Seguridad del Trabajo* 2014; 60 (236) 527-535. En <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v60n236/inspeccion2.pdf>
4. Richardson RD & Engel CCJr. Evaluation and management of medically unexplained physical symptoms. *Neurologist*, 2004; 10(1):18-30.doi: 10.1097/01.nrl.0000106921.76055.24
5. O'Sullivan S. Todo está en tu cabeza. 1ª Edición. Barcelona: Ariel; 2016.
6. Domínguez Muñoz A, Gómez Álvarez A, de La Fuente Madero JL, López Pérez MJ, García Ruiz P, López Pérez RM. Opiniones de los inspectores médicos acerca de la distorsión clínica en la valoración de la incapacidad laboral en España. *Ars Medica-Revista de Ciencias Médicas* 2017; 42(1), 13-19. En <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/546/670>
7. Domínguez-Muñoz A, Gómez Álvarez A, de la Fuente Madero JL, López Pérez R, Gordillo León F y Pérez-Nieto MA. Deshonestidad, engaño clínico y fraude; un área de mejora potencial en medicina pericial desde la interdisciplinariedad. Comunicación al III Congreso de Médicos Inspectores de la Administración de la Seguridad Social, Madrid, noviembre de 2015.
8. González Álvarez JL y Giménez-Salinas A. Investigación Criminal: principios, técnicas y aplicaciones. 1ª Edición. Madrid: LID Editorial; 2015.
9. Soto JE. Manual de Investigación Psicológica del Delito: el Método V.E.R.A. 1ª Edición. Madrid: Pirámide; 2014.
10. Domínguez-Muñoz A. (2016). Utilidad del análisis del CNV en Medicina Pericial. En: López RM, Gordillo F y Grau M. Comportamiento no verbal: más allá de la comunicación y el lenguaje. 1ª Edición. Madrid: Pirámide; 2016.pp. 239-244.

11. Jiménez Serrano J. Manual práctico del perfil criminológico (Criminal Profiling). 2ª Edición. Madrid: Lex Nova; 2012.
12. Soler Cruz M. Adaptación del comportamiento: comprendiendo al animal humano. 1ª Edición. Madrid: Editorial Síntesis; 2009.
13. García García E, González Marqués J, Maestú Unturbe F. Neuronas espejo y teoría de la mente en la explicación de la empatía. *Ansiedad y estrés*, 2011; 17(2-3):265-279.
14. Kenrick DT. Sex, Murder, and the Meaning of Life: A Psychologist investigates how evolution, cognition, and complexity are revolutionizing our view of Human Nature. 1ª Ed. New York: Basic Books; 2011.
15. Tinbergen N. The Study of Instinct. 1th Edition. New York: Oxford University Press; 1951.
16. Van Wolkenten M, Brosnan SF, de Waal FBM. Inequity responses of monkeys modified by effort. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2007;104(47):18854-18859.
17. Harari YN. Sapiens. De animales a dioses: Una breve historia de la humanidad. 1ª Edición. Barcelona: Editorial Debate; 2014.
18. Mlodinow L. Las lagartijas no se hacen preguntas. 1ª Edición. Barcelona: Editorial Crítica; 2016.
19. Ariely D. Las trampas del deseo. 1ª Edición. Barcelona: Ariel; 2008.
20. Ariely D. Las ventajas del deseo. 1ª Edición. Barcelona: Ariel; 2011.
21. Ariely D. Por qué mentimos...en especial a nosotros mismos. 1ª Edición. Barcelona: Ariel; 2012.
22. Trivers R. The Folly of Fools: The Logic of Deceit and Self-Deception in Human Life. 1ª Ed. New York: Basic Books; 2011.
23. Dubner SJ y Levitt SD. Freakonomics. 1ª Edición. Barcelona: Zeta Bolsillo; 2007.
24. Braynen W. Moral dimensions of moral hazards. *Utilitas*, 2014;26(1):34-50. doi:10.1017/S0953820813000204
25. Domínguez-Muñoz A. Análisis de casos de preexistencia en Incapacidad Temporal por contingencia común y propuestas de mejora. Comunicación al XVI Congreso Nacional de la Asociación Española de Derecho Sanitario (AEDS), celebrado en Madrid del 22 al 24 de octubre de 2009.
26. Domínguez-Muñoz A. La simulación como fraude a la Seguridad Social: Reflexiones sobre estudios previos. Comunicación oral al X Congreso Español de Criminología, celebrado en Granada del 7 al 9 de mayo de 2014.
27. Domínguez-Muñoz A, López Pérez R, Gordillo León F, Perez-Nieto MA, Gómez Álvarez A y de la Fuente Madero JL. Distorsión clínica y simulación en la incapacidad temporal; un estudio preliminar. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 2013; 13:29-45. En <http://masterforense.com/pdf/2013/2013art2.pdf>
28. Reinhard MA, Greifeneder R & Scharmach M. Unconscious processes improve lie detection. *J Pers Soc Psychol*, 2013;105(5):721-739. doi: 10.1037/a0034352
29. Bechara A, Damasio H, Tranel D and Damasio AR. The Iowa Gambling Task and the somatic marker hypothesis: some questions and answers. *TRENDS in Cognitive Sciences* 2005; 9 (4):159-162
30. Kahneman D. Pensar rápido, pensar despacio. 1ª Edición. Barcelona: Editorial Debate; 2012.
31. Eagleman D. Incógnito. Las vidas secretas del cerebro. 1ª Edición. Barcelona: Anagrama; 2013.
32. American Psychiatric Association (APA) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.) 1th Edition. Washington DC: APA; 2013.
33. Tearnan, B.H. Detection of deception and malingering. *The Pain Practitioner*, 2003, 13 (1), 8-14.
34. Rogers R. Clinical assessment of malingering and deception. 3ª Ed. New York: The Guilford Press; 2008
35. Vicente Pardo JM. Impacto del dolor en la incapacidad laboral: metodología de valoración. Grados funcionales de limitación. *Med. segur. trab.* [Internet]. 2014 Mar [citado 2017 Ago 18] ; 60(234): 133-142. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2014000100011](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2014000100011&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2014000100011>.
36. Colchero-Calderón MC, del Yerro-Páez VM. ¿Qué esconde un síntoma o signo raro en un paciente en proceso de incapacidad laboral? *Semergen* 2010;36:604-7 - DOI: 10.1016/j.semereg.2010.06.005
37. Engel GL. The Need for a new Medical Model: A challenge for Biomedicine. *Science* 1977; 196; 129-136.
38. Leventhal H, Phillips LA, Burns E. The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. *Journal of Behavioral Medicine*, 2016;39(6):935-946.
39. McHugh S & Vallis TM. (Eds.) *Illness Behavior: a multidisciplinary model*. 1st Edition. New York: Plenum Press; 1986.

40. Galán Rodríguez A, Blanco Picabia A y Pérez San Gregorio MA. Análisis del concepto de Conducta de Enfermedad: Un acercamiento a los aspectos psicosociales del enfermar. *Anales de Psicología*, 2000;16(2):157-166.
41. Ensalada LH. The importance of illness behavior in disability management. *Occup Med*. 2000; 15(4):739-54.
42. Kirmayer LJ, Sartorius N. Cultural models and somatic syndromes. *Psychosom Med*. 2007;69(9):832-40.
43. Escobar JI, Hoyos-Nervi C and Gara M. Medically Unexplained Physical Symptoms in Medical Practice: A Psychiatric Perspective. *Environ Health Perspect*. 2002; 110 (suppl 4):631-636.
44. Aronoff GM. Chronic pain and the disability epidemic. *The Clinical Journal of Pain*, 1991; 7(4), 330-8.
45. Main CJ, Keefe FJ, Jensen MP, Vlaeyen JWS, Vowles KE, Fordyce WE. Behavioral methods for chronic pain and illness; International Association for the Study of Pain. Revised Edition. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015.
46. Vollmer-Conna U, Fazou C, Cameron B, Li H, Brennan C, Luck L, Davenport T, Wakefield D, Hickie I, Lloyd A. Production of pro-inflammatory cytokines correlates with the symptoms of acute sickness behaviour in humans. *Psychol Med*. 2004; 34(7):1289-97.
47. Pascual Pascual P y Cerecedo Pérez MJ. Somatización o síntomas somáticos y trastornos relacionados. *Actualización en Medicina de Familia*, 2015;11(5):281-286. Disponible en http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1433
48. Bass C, Halligan PW. Illness related deception: social or psychiatric problem? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 2007;100 (2):81-84.
49. Schein EH. *Humble Inquiry: The gentle art of asking instead of telling*. 1th Edition. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers, Inc.; 2013.
50. Charon R. Narrative Medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. *Journal of the American Medical Association*, 2001;286 (15):1897-1902 (doi:10.1001/jama.286.15.1897).
51. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Manual de actuación para médicos del INSS. 3ª Edición. Madrid: Secretaría de Estado de la Seguridad Social-Ministerio de Empleo y Seguridad Social; 2014.
52. Rollnick S, Miller WS & Butler CC. *Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior*. New York: The Guilford Press; 2008.
53. Schafer JR. & Navarro J. *Advanced interviewing techniques: Proven techniques for police, military, and security personnel*. 2nd Edition. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas Publishing Company; 2009.
54. Hartwig M, Granhag PA, Stromwall LA, & Kronkvist O. Strategic use of evidence during police interviews: when training to detect deception works. *Law Hum Behav*, 2006; 30(5), 603-619. doi: 10.1007/s10979-006-9053-9
55. Baumeister RF, Bratslavsky E, Muraven M & Tice DM. Ego depletion: is the active self a limited resource? *J Pers Soc Psychol*. 1998; 74(5):1252-65.
56. Danziger S, Levav J, Avnaim-Pesso L. Extraneous factors in judicial decisions. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 2011; 108(17):6889-6892. doi:10.1073/pnas.1018033108.
57. Gordillo F, López RM, Mestas L, Pérez-Nieto MA y Arana JM. La toma de decisiones en el ámbito judicial. *Behavior & Law Journal*, 2016; 2 (1): 51-58.
58. Corcoran J. *Motivational Interviewing: A workbook for Social Workers*. New York: Oxford University Press; 2016
59. Cialdini RB. *Influencia. Un libro fascinante sobre la ciencia y la práctica de la persuasión*. 1ª Edición. Ilustrae: Madrid; 2014.
60. Crimmins J. *7 Secrets of Persuasion: Leading-edge neuromarketing techniques to influence anyone*. 1th Edition. Career Press, Inc.: Wayne, NJ; 2016.
61. Cialdini RB. *Pre-suasión. Un método revolucionario para influir y convencer*. 1ª Edición. Editorial Conecta: Barcelona; 2017.
62. Saborío Morales L, Hidalgo Murillo LF. Síndrome de Burnout. *Med. leg. Costa Rica [Internet]*. 2015 Mar [cited 2017 Aug 08] ; 32(1 : 119-124. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000100014&lng=en
63. Halty L, González JL, Sotoca A. Modelo ENCUIST: aplicación al perfilado criminal. *Anuario de Psicología Jurídica*, 2017 ;27(1):21-31.
64. Navarro J & Sciarra Poynter T. *Dangerous Personalities: An FBI Profiler Shows You How to Identify and Protect Yourself from Harmful People*. 1th Edition. New York: Rodale Press, Inc.; 2014.
65. Parales-Quenza CJ. El error fundamental en psicología: reflexiones en torno a las contribuciones de Gustav Ichheiser. *Revista Colombiana de Psicología*, 2010;19(2):161-175.

66. Eysenck H. Fundamentos biológicos de la personalidad. 1ª Edición: Fontanella, Barcelona; 1967.
67. Köhnken G, Manzanero AL, Scott MT. Análisis de la validez de las declaraciones: mitos y limitaciones. Anuario de Psicología Jurídica, 2015;25: 13-19.
68. Llor Estéban B, Ruiz Hernández JA, Valverde Soto MJ. Valoración de la Credibilidad del Testimonio: Aplicación del Modelo Reality Monitoring. Revista Internacional de Psicología, 2013; 12 (2):1-30.
69. Boskovic I, Bogaard G, Merckelbach H, Vrij A & Hope L. The Verifiability Approach to Detection of Malingered Physical Symptoms. Psychology, Crime & Law, 2017 (en prensa). <http://dx.doi.org/10.1080/1068316X.2017.1302585>
70. Adams SH. Statement analysis: What do suspects' words really reveal? FBI Law Enforcement Bulletin, 1996:12-20.
71. Pennebaker JW. The Secret Life of Pronouns: What Our Words Say About Us. 1th Edition. New York: Bloomsbury USA; 2011.
72. López RM, Gordillo F y Grau M. Comportamiento no verbal: más allá de la comunicación y el lenguaje. 1ª Edición. Madrid: Pirámide; 2016.
73. Ekman P. Cómo detectar mentiras: una guía para utilizar en el trabajo, la política y la pareja. Madrid: Editorial Paidós; 2005.
74. Navarro J. What everybody is saying: an ex-FBI agent's guide to speed-reading people. 1st Edition. New York: Harper-Collins; 2008.
75. Schafer JR. The like switch. New York: Simon & Schuster; 2015.
76. Ekman P, Friesen WV, Hager J. Facial Action Coding System (FACS): A technique for the measurement of facial movement. Salt Lake City: Research Nexus; 2002.
77. López R, Torres M y Soto JE. Nonverbal Behavior Analysis Matrix, una herramienta de análisis de conducta en seguridad. Segurilatam, 2016;2: 100-101
78. Santamaría Fernández P. Utilidad diagnóstica del inventario estructurado de simulación de síntomas (SIMS) en población española. Madrid: Tesis Doctoral Universidad Complutense; 2014.
79. Delain SL, Stafford KP & Ben-Porath YS. Use of the TOMM in a Criminal Court Forensic Assessment Setting. Assessment, 2003; 10(4):370-81.
80. Martín Martín JR. Monografía: Cómo explotar OSINT eficazmente. Madrid: ESFAS; 2010. En http://www.defensa.gob.es/ceseden/Galerias/esfas/destacados/en_portada/COMOX20EXPLOTARx20OSINTx20EFICAZMENTE.pdf

Revisión

Envejecimiento activo y saludable. ¿Cómo promocionarlo en el trabajo?*

Active and healthy aging. How to promote it at work?

Laura María Blanco Álvarez¹, Francisco Javier González Espinel², Alejandra Montalt Barrachina¹, Cristina Oliver López¹

1. Unidad Docente de la Comunidad de Madrid. Madrid. España.

2. Unidad Docente de Castilla y León. España.

Recibido: 14-03-17

Aceptado: 27-06-17

Correspondencia

Alejandra Montalt Barrachina

Hospital Universitario La Paz

Paseo de la Castellana 261, 28046. Madrid. España.

Tlf: 917 27 72 45

Correo electrónico: Alejandra.montalt@salud.madrid.org

Resumen

Introducción: Actualmente se está produciendo un acusado cambio demográfico en el que se observa un envejecimiento en la población activa, debido principalmente al aumento de la esperanza de vida y la disminución en las tasas de fecundidad. Resulta un desafío para nuestra sociedad el tratar de mejorar la calidad de vida del trabajador mayor.

Objetivo: Identificar y evaluar las intervenciones más actuales en la promoción de la salud del trabajador mayor, fomentando el envejecimiento activo y saludable en su entorno laboral.

Metodología: Se ha realizado una revisión bibliográfica basada en la literatura publicada durante el periodo de 2006-2016 en varias bases de datos científicas: MEDLINE, SCOPUS, IBECS, LILACS, y WOK.

Resultados: La búsqueda produjo un total de 63 registros y tras la aplicación de filtros y criterios de exclusión e inclusión, se seleccionaron un total de 8 artículos (3 estudios transversales, 3 ensayos clínicos controlados aleatorizados y 2 ensayos clínicos cuasi-experimentales).

Se evidenciaron resultados estadísticamente significativos en distintas estrategias de promoción de la salud en el trabajador mayor, repercutiendo positivamente en su desempeño laboral.

Conclusiones: Se obtuvieron hallazgos positivos en determinados parámetros de salud (actividad física diaria, hábitos alimenticios, peso, BMI, etc.) en los programas cuyo objetivo era mantener la salud y

* Este trabajo se ha desarrollado dentro del Programa Científico de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo del Instituto de Salud Carlos III en convenio con la Unidad Docente de Medicina del Trabajo de Castilla y León y la Unidad Docente de Medicina del Trabajo de la Comunidad de Madrid. Madrid. España.



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

bienestar del trabajador mayor. Además se ha constatado la falta de estudios longitudinales de calidad, existiendo la necesidad de generar evidencia para el ajuste de los actuales programas en función de la franja de edad, patología predominante en cada sector laboral y su correspondiente análisis coste-efectividad.

Med Segur Trab (Internet). 2017;63(248):276-88

Palabras clave: envejecimiento, trabajador mayor, promoción de la salud.

Abstract

Introduction: The aging of the active workforce explains the strong demographic change which is nowadays taking place mainly due to both increasing longevity and decreasing fertility rates. It seems to be a challenge to improve the life quality of the older worker.

Objective: To identify and evaluate the modern interventions in the health promotion of the older worker by encouraging an active and healthy aging at the workplace.

Methods: A systematic review based on the literature published between 2006-2016 in different scientific databases has been carried out: MEDLINE, SCOPUS, IBECs, LILACS and WOK.

Results: The search produced a total of 63 registers. After applying filters and inclusion and exclusion criteria a total of 8 original articles were selected: 3 cross-sectional studies, 3 randomised controlled studies and 2 non randomised control trials.

Statistically significant results were observed in different health promotion strategies of the older worker improving the workplace activities.

Conclusions: The articles aiming for the maintenance of health, well-being in active aging obtained positive results regarding several health indicators (daily physical activity, food habits, body weight, BMI, etc.). Still, quality longitudinal studies are scarce. There is a clear necessity to generate evidence adjusting the existing programmes according to the age, the predominant pathology in each labour sector and the corresponding cost-effectiveness analysis.

Med Segur Trab (Internet). 2017;63(248):276-88

Keywords: aging, older worker, health promotion.

INTRODUCCIÓN

Debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años se está incrementando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. En concreto, se espera que entre 2015 y 2050, la proporción de la población mundial con más de 60 años de edad pasará de 900 millones hasta 2000 millones, lo que representa un aumento del 12% al 22%¹.

Las tendencias de la población activa en la Unión Europea apuntan a que el grupo de edades de 55 a 64 años aumentará en un 16% entre 2010 y 2030. En 2014 la tasa de empleo del grupo de edad comprendido entre 55 y 64 años fue de 51.8%².

En España según la encuesta de población activa de 2016 (tercer trimestre), la población trabajadora es de 22.848 miles de personas, de las cuales aproximadamente 2.246 miles tienen 55 o más años de edad³.

El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero constituye también un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad. Por primera vez en la historia, la mayoría de las personas pueden esperar vivir hasta los setenta años e incluso más allá¹.

Este incremento de la esperanza de vida, en concreto en los países europeos, no ha implicado un aumento similar en la esperanza de vida libre de discapacidad. Según un informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2010), en los próximos años la mitad de la población del Reino Unido tendrá una discapacidad a los 62 años y la esperanza libre de discapacidad será aún menor para los grupos sociales y laborales más desfavorecidos⁴.

En cuanto a las causas de discapacidad, son fundamentalmente: el deterioro sensorial, el dolor en el cuello y la espalda, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, los trastornos depresivos, las caídas, la diabetes, la demencia y la artrosis⁵.

A menudo, el gasto social y sanitario dedicado a los ancianos se considera un costo para la sociedad cuando, en realidad, debería entenderse como una inversión que permite ofrecerles la oportunidad de seguir realizando numerosas contribuciones positivas. Los sistemas de salud deben adaptarse a las necesidades de la población de más edad y en la mayoría de los países no están bien preparados para hacer frente a las necesidades de estas personas, que suelen padecer varias enfermedades crónicas y síndromes geriátricos. En concreto, se prevé que en 2050 se haya cuadruplicado el número de ancianos que necesiten ayuda para realizar sus actividades cotidianas. Por ello, es preciso que los sistemas brinden servicios integrados y específicos para los ancianos que les ayuden a conservar sus facultades⁵.

La implementación de medidas para la promoción de un envejecimiento activo y saludable (EAS) se ha convertido ya en un objetivo político de suma importancia en Europa⁶.

En la edad avanzada, la salud no debe definirse solamente como la ausencia de enfermedad. La salud en la vejez no es una cuestión de azar y aunque algunas variaciones que se observan en la salud de las personas mayores reflejan su herencia genética, la mayor parte se debe a factores físicos y sociales puesto que, además, este entorno determina sus posibilidades de desarrollarse y sus hábitos de salud⁵.

Cabe destacar, cómo el desempeño laboral puede adelantar este proceso natural. En concreto, hay estudios que sugieren que el declive físico comienza 12 años antes en trabajadores manuales y obreros en relación a trabajadores de oficina o administración⁷.

Se han propuesto más de diez teorías sobre el envejecimiento, pero ningún modelo único puede explicar satisfactoriamente el envejecimiento humano, ya que es un proceso multidimensional. Tampoco puede aplicarse consistentemente una definición de «ancianos». En 1980, las Naciones Unidas recomendaron 60 años como la edad de la transición al segmento de la población mayor. Sin embargo, desde el punto de vista de la salud ocupacional, las indicaciones de los problemas de edad aparecen más temprano. Se ha informado de que ciertas capacidades funcionales necesarias para algunos tipos de trabajo han disminuido a los 45 años de edad. Por lo tanto, la definición de «trabajador envejecido» podría considerarse aplicable a partir de los 45 años. Esta definición está en armonía con las definiciones anteriores propuestas por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y las Naciones Unidas, e incluye a personas del segmento de la población «mayor» que aún no se han jubilado y siguen formando parte de la población activa. La OIT, en 1980, ha definido a los trabajadores de más edad como «todos los trabajadores que pueden experimentar dificultades de empleo y ocupación debido al adelanto de la edad». A los efectos consideró que los términos «envejecimiento» y «mayor» eran sinónimos y se aplicaban a los trabajadores mayores de 45 años⁸.

El trabajador mayor goza de una serie de características propias del proceso de envejecimiento. Si bien estas pueden ser ventajosas o limitantes, pueden darse en mayor o menor medida en cada caso particular.

Los aspectos positivos a destacar son el aumento de las competencias profesionales, las destrezas en la cooperación y el conocimiento de la organización y función de la empresa⁹.

En cuanto a los aspectos negativos, cabe incidir en el empeoramiento de la capacidad física, ya que estudios apuntan a una disminución acusada a partir de los 50 años¹⁰, que junto con el deterioro cognitivo son las principales limitaciones que encuentran los trabajadores a la hora del desempeño laboral¹¹.

Es por ello necesario utilizar métodos que permitan evaluar dichas capacidades de los trabajadores en relación a las exigencias del puesto laboral y actuar rápida y convenientemente.

Uno de los mejores y más extendidos métodos utilizados a la hora de definir las acciones necesarias para mantener la capacidad de trabajo, es el denominado Work Ability Index (WAI) o Índice de Capacidad de Trabajo (ICT) desarrollado en 1998¹². Los principales factores que modifican dicho índice son la edad, el trabajo físico intenso, trabajos con riesgo psicosociales, un estilo de vida poco saludable y la no realización de ejercicio físico. Este método, ayuda a detectar tan pronto como es posible, riesgos relacionados con el desempeño laboral. De esta forma, se ayuda a determinar las medidas necesarias a implementar en el puesto de trabajo, constituyendo una herramienta en el diseño de los programas de promoción de la salud en el trabajo¹³.

La promoción de la salud en el ámbito laboral presenta unas características que le confieren ventajas respecto de otros modelos preventivos como son la estancia durante gran parte de la jornada diaria en el centro de trabajo¹⁴ o la posibilidad de la participación simultánea de un gran grupo de trabajadores, favoreciendo de esta forma la motivación colectiva¹⁵.

En España, actualmente se conocen estudios que demuestran la evidencia del impacto positivo de la promoción de la salud en los trabajadores, sin embargo, la utilización de dicha medida en el centro de trabajo es aún insuficiente. Otra crítica que se le puede hacer, es el no desarrollo de programas sistemáticamente planificados, siendo las actuaciones meramente puntuales sin una evaluación posterior. Esto hace difícil identificar las intervenciones más eficaces así como la magnitud de mejora de cada una de ellas⁴.

Por ello, nuestro propósito es aunar la evidencia existente en la eficacia de la implantación de este tipo de intervenciones.

OBJETIVO GENERAL

Identificar y evaluar las intervenciones en el ámbito de la promoción de la salud y envejecimiento activo de los trabajadores mayores.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar las intervenciones más aplicadas en la promoción de la salud a nivel laboral y describir sus efectos.
- Evaluar la calidad y limitaciones de los programas de salud y estudios analizados.
- Analizar las barreras éticas a la hora de implementar nuevas intervenciones.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda de los artículos publicados hasta la fecha (5/12/16), utilizando las bases de datos científicas: MEDLINE, IBECs, LILACS, SCOPUS y WOK.

Tabla 1. Búsqueda bibliográfica.

BÚSQUEDA	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA
MEDLINE	“Aging worker”[Title/Abstract] OR “aging workforce”[Title/Abstract] OR “aging employee” [Title/Abstract] AND “health promotion” [Title/Abstract]
SCOPUS	“aging worker”[Title/Abstract] OR “aging workforce”[Title/Abstract] OR “aging employee”[Title/Abstract] AND “health promotion”[Title/Abstract]
IBECs	“Older worker” AND “Health promotion”
LILACS	“Older worker” AND “Health promotion”
WOK	“Older worker” AND “Health promotion”

Los artículos fueron seleccionados según los siguientes criterios de inclusión y revisión por pares.

Criterios de inclusión:

- Estudios en humanos de ambos sexos.
- Estudios en población en edad laboral en los que se promoció el envejecimiento activo y saludable, según los criterios de cada país.
- Escritos en inglés y en español.
- Año de publicación: Desde el 2006 hasta diciembre 2016.

Criterios de exclusión:

- No cumplir los criterios de inclusión.
- Estudios no finalizados, Artículos de opinión, Metanálisis, revisiones sistemáticas, revisiones, cartas al director, libros, protocolos, comunicaciones, a propósito de un caso, notas técnicas.

Finalmente, a cada artículo seleccionado se les asignó un nivel de evidencia científica de acuerdo a los criterios del Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).

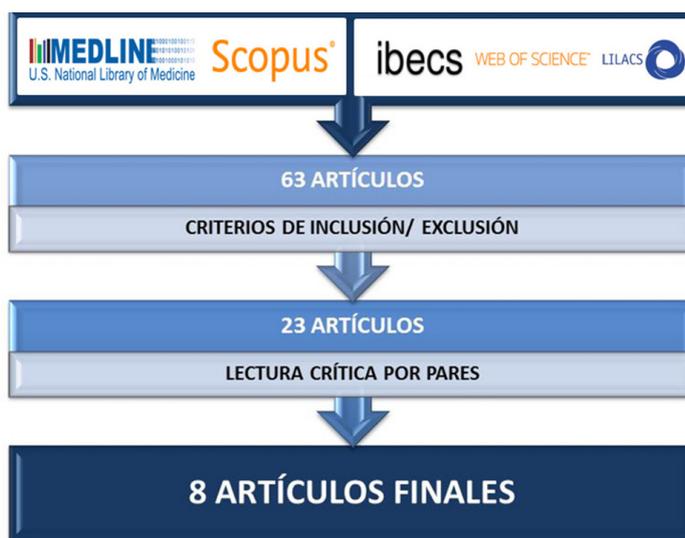
RESULTADOS

Las distintas estrategias de búsqueda arrojaron un total de 63 registros. Tras la lectura de los mismos y cumplir los criterios de inclusión, se seleccionaron 8: 3 transversales, 3 ensayos clínicos y 2 cuasi experimentales.

Tabla 2. Resultados de la búsqueda.

BÚSQUEDA	RESULTADOS OBTENIDOS	Nº DE ARTÍCULOS TRAS ELIMINAR: DUPLICADOS, ANÁLISIS DE TÍTULO/ABSTRACT Y APLICAR CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	Nº DE ARTÍCULOS TRAS ANÁLISIS DE CONTENIDO
MEDLINE	9	7	2
SCOPUS	38	12	2
IBECS	4	1	1
LILACS	5	2	0
WOK	7	3	3

Figura 1. Flujograma de la búsqueda.



En la **Tabla 3** se resume la colección bibliográfica definitiva, de acuerdo a la siguiente información: autor/es, año de publicación, diseño, muestra, tiempo de seguimiento, intervención, resultados y grado de evidencia según Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

Para el análisis de los resultados los artículos seleccionados se han agrupado de acuerdo al tipo de intervención analizada; Programas basados en la formación online (2); programas basado en el ejercicio físico (2), programas basados en charlas y talleres sobre hábitos de vida saludable (1) y, finalmente un cuarto grupo de artículos que evalúan la necesidad de instaurar programas (3).

1. Programas basados en la formación online^{16, 17}

A Web-based health promotion program for older workers: randomized controlled trial.
Cook RF, Hersch RK, Schlossberg D, Leaf SL.¹⁶

Tabla 3. Publicaciones analizadas sobre programas de promoción de la salud en trabajadores mayores.

AUTOR	DISEÑO	MUESTRA (n) TIEMPO DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIÓN	CONTROL	EDAD	RESULTADOS	EVIDENCIA SIGN
Royer F Cook et al. (2015) ¹⁶	Ensayo clínico Aleatorizado	n=278 3 meses	HealthyPast50 (promoción vía web)	140 trabajadores	50-68 años	Mejora de: - Actividad física - Dieta	1+
Jorien E Strijk et al. (2011) ¹⁷	Ensayo Clínico Aleatorizado	n=730 6 meses	Programa de vitalidad - Entrenador - Fruta gratis	363 trabajadores	\bar{x} =52	Mejora de: - tiempo dedicados al ejercicio - ingesta de fruta - tiempo de recuperación	1+
Susan L. Hughes et al. (2011) ¹⁸	Ensayo Clínico Aleatorizado	n=423 1 año	Programas de promoción: - COACH - RealAge	138 trabajadores	\bar{x} =51	COACH: - Aumento del consumo de fruta RealAge: - Disminución perímetro cintura	1+
Meei-Maan Chen et al. (2014) ¹⁹	Ensayo cuasiexperimental	n=148 20 semanas	Charlas y talleres sobre hábitos saludables	50 trabajadores	\bar{x} =55	Mejora de: - IMC - Perímetro cintura - Peso	1-
Michele Brunges et al. (2006) ²⁰	Ensayo cuasiexperimental	n=20 1 año	Fitness con entrenador	9 trabajadores	\bar{x} =45	Mejora de: -Parámetros bioquímicos -Calidad de vida(SF-36)	1-
Guillermo Soriano et al. (2016) ²¹	Transversal	n=632 No seguimiento	Cuestionario	No	mediana = 53,6	Se requiere una mayor adaptación del puesto al trabajador mayor.	3
Matthew Lee et al. (2015) ²²	Transversal	n=435 No seguimiento	Cuestionario	Estadísticas Ministerio de Empleo	\bar{x} = 61	Es posible el control de enfermedades crónicas desde el trabajo	3
Christiane Wilke et al. (2015) ²³	Transversal	n=148 No seguimiento	Cuestionario	No	\bar{x} =41	Más actividad física entre obreros que entre oficinistas	3

Este estudio identificó los efectos de un programa de promoción del envejecimiento activo y saludable llamado HealthyPast50 y evaluó sus beneficios para el trabajador mayor.

El programa incluyó distintos módulos de formación online que permitían mejorar los conocimientos sobre temas relacionados con la salud. Los datos obtenidos online mostraron una mejora de la gestión de los hábitos alimenticios ($P \leq 0.48$), la capacidad de planificación de una dieta equilibrada ($P \leq 0.3$), y el tiempo dedicado al ejercicio moderado ($P \leq 0.3$). Los datos no obtenidos online objetivaron, además, mejor planificación del ejercicio ($P \leq 0.3$) e incremento de los conocimientos sobre el proceso de envejecimiento ($P \leq 0.1$).

En conclusión, la formación online en este estudio, mejoró significativamente en poco tiempo los hábitos alimenticios. También incrementó la práctica y calidad del ejercicio físico en trabajadores mayores, especialmente en mujeres.

Comparison of two health-promotion programs for older workers.

Hughes SL, Seymour RB, Campbell RT, Shaw JW, Fabiyi C, Sokas R.¹⁷

Su objetivo era comparar los resultados de dos programas de promoción del envejecimiento activo y saludable. Se evaluó la eficacia y beneficios de las distintas intervenciones en el trabajador mayor. Obtuvimos evidencia de que estos programas mejoraron los hábitos alimenticios, la capacidad de planificación y dedicación temporal a elaborar una dieta equilibrada. También incrementó el tiempo de ejercicio moderado, y el conocimiento relacionado con el envejecimiento. Los programas atrajeron a más sujetos de raza blanca y de sexo femenino.

El programa Coach consistió en formación online combinada con tutorías en persona. Personalizaba las intervenciones y objetivos dependiendo del perfil individual. El programa RealAge sólo incluyó formación online. El grupo control únicamente recibía apuntes en papel. Los dos programas promovieron hábitos saludables. Los participantes del programa COACH redujeron la energía proveniente de grasa ($P \leq 0.27$) y la ingesta de frutas y verduras aumentó a los 12 meses ($P \leq 0.01$). El tiempo dedicado al ejercicio moderado también aumentó ($P \leq 0.13$). El grupo Real Age disminuyó la circunferencia de la cintura ($P \leq 0.018$). El grupo control no produjo resultados significativos. El estrés y cese del hábito tabáquico no mejoraron significativamente en ningún grupo.

En conclusión, el programa Coach que incluyó formación online en combinación con tutorías en persona, tuvo el doble de adherencia que el programa RealAge. El programa Coach supuso el triple de efectos beneficiosos comparado con el grupo RealAge.

2. Programas basados en ejercicio físico^{18, 19}

A process evaluation of a worksite vitality intervention among ageing hospital workers

Strijk JE, Proper KI, van der Beek AJ, van Mechelen W.¹⁸

Estudio en el que se valora la adhesión al programa Vital@work por parte de los trabajadores de dos hospitales académicos de los Países Bajos. Éste consiste en 6 meses de ejercicios, «Vitality Exercise Programme»: clases de yoga, de actividades aeróbicas tutorizadas (donde además se repartía fruta) y entrenamiento libre, cada uno una vez a la semana. Esto combinado con tres citas con un asesor personal, para la propuesta de metas saludables y solución de problemas en relación con estas.

Para ello, se cuenta con una muestra de 730 trabajadores de 45 años o más. De ellos, por aleatorización, 367 se someten al programa. Tanto el grupo que lo ejecutará, como el que funcionará como control, recibirán información escrita al inicio del estudio sobre estilo de vida saludable. La posterior recogida de datos, se realiza mediante registros de la asistencia a las actividades y de las cuestiones discutidas con el asesor personal.

En general, el programa se llevó a cabo prácticamente tal y como se planeó y la respuesta por parte de los trabajadores fue positiva. Se observó que a la hora de instaurar un programa de promoción de la salud con ejercicios, interesaba que se llevara a cabo cerca del lugar de trabajo y durante el horario laboral. Y que a la hora de imponerlo, era importante contar con la opinión de los trabajadores para adaptar ciertos aspectos, aumentando así su participación.

Health promotion in the operating room—a quality improvement project.

Brunges M, Avigne G, Wasik M.¹⁹

El envejecimiento de la fuerza laboral y los crecientes costes en los cuidados de la salud hacen ver a muchas compañías que promover el bienestar en el trabajo puede ayudar a la salud de sus trabajadores y por tanto, aumentar su rendimiento global.

Este proyecto, pretende mejorar el estado de salud de las enfermeras del perioperatorio de quirófano, valorando ocho variables antes y después de haber participado o no en un programa de bienestar individualizado con una duración de un año. En el proyecto se incluyen 20 enfermeras del perioperatorio, de ellas 11 forman parte del grupo que participa en el programa de bienestar y el resto no participa en dicho programa. Las variables que se toman en consideración en este proyecto son las siguientes (SF-36): funcionamiento físico, limitaciones relacionadas con problemas físicos, dolor corporal, estado general de salud, vitalidad, funcionamiento social, limitaciones relacionadas con problemas emocionales y salud mental.

Los resultados en el grupo participante muestran una mejoría en variables como la función física y salud general, principalmente, así como una disminución de las limitaciones relacionadas con problemas físicos. Además, los participantes en el programa tuvieron 30 días por enfermedad al año en comparación con el grupo no participante que solicitaron 54 días por enfermedad al año.

La conclusión podría resumirse en que los programas de bienestar relacionados con el trabajo podrían mejorar la salud moral y física de los trabajadores, en consecuencia mejorar su productividad y finalmente conseguir una reducción en los costes sanitarios, por ello la implantación de estas iniciativas en los centros de trabajo, incluidos hospitales entre otros, sería un reto para nuestra sociedad actual.

3. Programa basado en charlas y talleres sobre hábitos de vida saludables²⁰

The effectiveness and barriers of implementing a workplace health promotion program to improve metabolic disorders in older workers in Taiwan.

Chen M-M, Tsai AC, Wang J-Y.²⁰

El objetivo de este estudio es determinar la eficacia de la instauración de un programa de promoción de la salud en un entorno real de trabajo para reducir el riesgo de los trastornos metabólicos en trabajadores mayores de Taiwan.

Los investigadores, propusieron participar en el estudio a 6 pequeñas y medianas empresas de las cuales, 3 aceptaron. De esta forma procedieron a analizar un ensayo cuasi-experimental por el cual se formaron 2 grupos comparables y homogéneos en función de la disponibilidad de los trabajadores para ser incluidos en uno u otro grupo. Por un lado, el grupo de intervención formado por 58 trabajadores y por otro el grupo control con un total de 50.

La intervención consistió en la impartición de charlas y talleres sobre hábitos de vida saludables a lo largo de un total de 24 semanas. Mientras que el grupo control, continuaría con sus hábitos diarios.

Tras el periodo de seguimiento, los resultados arrojaron una disminución del perímetro de cintura (-3.47cm, $p < 0.001$), una disminución del Índice de Masa Corporal (-0,44 kg/m², $p = 0.006$) y disminución del peso corporal (-0.92kg, $p = 0.006$). Sin embargo, no se produjo un cambio significativo ni en presión arterial ni en parámetros

bioquímicos, salvo una disminución de los niveles de colesterol total y triglicéridos en ambos grupos.

La cuantificación de las medidas se protocolizó. Así mismo, se realizó bajo las condiciones de un ensayo simple ciego, en el cual las enfermeras encargadas de la medición, no conocían la pertenencia de los trabajadores a uno u otro grupo.

La principal limitación de este ensayo es la ausencia de aleatorización en la formación de grupos. Este hecho hace pensar en un sesgo de selección ya que los trabajadores deciden pertenecer a uno u otro grupo en función de sus intereses. De esta forma, los trabajadores más concienciados con su salud estarían en el grupo de intervención, sobreestimando el efecto de la misma.

4. Estudios que evalúan la necesidad de instaurar programas

Estudio sobre el envejecimiento activo saludable y su relación con las condiciones de trabajo en el sector sanitario: Proyecto adapt@geing2.0.

Soriano Tarín G, Rodríguez-Caro de la Rosa M, Pascual Sagastagoiti I; Campo Balsa MT.²¹

Consiste en un estudio descriptivo, transversal y multicéntrico basado en el cuestionario adapt@ageing2.0. Dicho cuestionario fue confeccionado por el equipo investigador y un foro de expertos formado por 13 médicos del trabajo. Lo cumplimentaron durante su examen de salud 632 trabajadores, del ámbito sanitario y sociosanitario de toda España, de las diferentes categorías profesionales, y todos con 45 o más años de edad. El principal objetivo del estudio era determinar si el envejecimiento es un nuevo factor de riesgo a tener en cuenta en la prevención de riesgos laborales en el sector sanitario. Se llegó a la conclusión de que en efecto, se podría considerar como factor en puestos de trabajo que requieren más demanda física o condiciones como la nocturnidad o turnicidad. Así pues, concluyen en que se deberían llevar a cabo medidas preventivas y de adaptación en estos trabajadores mayores, ya que la mayoría de ellos dicen no tenerlas.

Chronic disease self-management program in the workplace: opportunities for health improvement.

Smith ML, Wilson MG, DeJoy DM, Padilla H, Zuercher H, Corso P, et al.²²

El manejo de la enfermedad está siendo cada vez más importante en la promoción de la salud en el lugar de trabajo debido al envejecimiento de la mano de obra, al aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas y la necesidad de mano de obra americana competitiva. A pesar de la amplia disponibilidad del Programa de Autogestión de Enfermedad Crónicas (CDSMP, en inglés), y sus conocidos beneficios, la adopción del programa sigue siendo baja en el lugar de trabajo. Este programa tiene una estructura y formato estándar constituido por 2,5 horas de sesiones, una vez por semana durante 6 semanas consecutivas.

El objetivo de este estudio transversal es comparar las características de los participantes de este programa en sus lugares de trabajo en relación con otros participantes del mismo programa pero no en su lugar de trabajo y ver su adherencia a dichos programas. Se analizaron 25.554 adultos, de los cuales el 1,7 % (n = 435) participaron en talleres en los entornos de trabajo. En comparación con los participantes de talleres en los entornos distintos al lugar de trabajo, los primeros participantes en talleres en el entorno de trabajo eran significativamente más jóvenes y con menos enfermedades crónicas, además tenían más sesiones de los mismos y los grupos de clase eran de menor tamaño y en comparación con la mano de obra general de los EEUU, eran de considerablemente mayor edad y existe una mayor proporción de mujeres. Es cierto que existen limitaciones, ya que de los 45 estados involucrados en este estudio, sólo 13 estados y Puerto Rico ofrecieron talleres en los lugares de trabajo y solo sus datos fueron analizados para evitar comparaciones y reducir sesgos.

Los resultados finales globales indican que existen oportunidades para trasladar el uso del programa CDSMP al lugar de trabajo y a muchos otros nuevos públicos.

Analysis of work ability and work-related physical activity of employees in a medium-sized business.

Wilke C, Ashton P, Elis T, Biallas B, Froböse I.²³

Este estudio analiza la capacidad laboral y la actividad física relacionada con el trabajo, así como la actividad física general, según edad y puesto ocupado.

Para ello se cuenta con una muestra de 148 trabajadores voluntarios de una mediana empresa de la industria química alemana. Son mayoritariamente hombres, de 40,85 +/- 10.07 años de edad, 100 de los cuales son comerciales y 48 obreros. Se dividen en tres grupos según la edad: Grupo de edad 1(18-29), Grupo de edad 2(30-49) y Grupo de edad 3(50-65). La capacidad laboral se mide con la versión corta del «Work Ability Index» (WAI), y la actividad física relacionada con el trabajo y general mediante el «Global Physical Activity Questionnaire». Estos se les entregan en horario laboral, dándoles 20 minutos para su cumplimentación.

Los resultados reflejaron que la capacidad de trabajo según puesto, era mayor en los comerciales, no encontrándose diferencias significativas según grupo de edad. La actividad física relacionada con el trabajo era mayor en los obreros, sin tampoco encontrarse diferencias importantes entre los grupos de edad. Con respecto a la actividad física general se vio que de forma significativa, más obreros que comerciales alcanzaban las 2.5 horas semanales recomendadas por las guías actuales. Y de forma no significativa, que más trabajadores del grupo 2 de edad que del resto de grupos, alcanzaban esos objetivos de actividad física.

Las conclusiones fueron que los datos sobre actividad física y puesto no concuerdan con otros estudios por lo que se debería investigar más en esta línea. Así como la necesidad de promover la actividad física en las empresas.

DISCUSIÓN

Este trabajo actualiza la evidencia producida por revisiones sistemáticas anteriores sobre la promoción de la salud en trabajadores mayores. De los 63 registros obtenidos al realizar la búsqueda, se seleccionaron 8. Esto demuestra que a pesar de ser un tema acuciante en nuestra sociedad, existen muy pocos estudios que evalúen dichos programas.

A nivel global, los estudios son de baja calidad y es difícil conseguir conclusiones generalizables. Tampoco supusieron mejoras significativas mantenidas en el tiempo. Faltan también intervenciones enfocadas a controlar el estrés, desórdenes musculoesqueléticos, accidentes y riesgo de suicidio, entre otros. Confirmamos la falta de estudios longitudinales de calidad y la necesidad de generar evidencia sobre la que fundamentar la aplicación de nuevas intervenciones y abordar sus aspectos éticos.

Los programas de salud revisados tienen diferentes variables de estudio, vías de comunicación, métodos aplicados y objetivos a evaluar. Entre los objetivos se encuentran, la identificación de los efectos de las intervenciones sobre los trabajadores mayores de una empresa y la valoración de la adherencia de los trabajadores mayores a dichos programas.

En general estas intervenciones mejoraron la gestión personal de la actividad física, hábitos alimenticios, estrés y hábito tabáquico. Michele Brunges et al.¹⁹ describieron cómo este tipo de programas disminuye la baja por enfermedad de 52 días al año a 30 y defendieron que la intervención ayudó a bajar el estrés y mejorar la satisfacción laboral en personal de quirófano.

Royer F Cook et al.¹⁶ identificaron como un programa de promoción online fue capaz de aumentar la actividad física, especialmente en trabajadoras. Por otro lado Susan L Hughes et al.¹⁷ compararon dos programas y evidenciaron que la intervención que incluye seguimiento, personalización y trato personal en combinación con apoyo online era el triple de beneficioso y obtenía el doble de adhesión al programa que un programa online básico.

Los programas con el objetivo de mantener la salud y bienestar general del trabajador mayor consiguieron más hallazgos positivos significativos, que los estudios que se centraban en la capacidad de trabajo y productividad.

Señalamos las pocas intervenciones que han abordado la relación entre salud y capacidad de trabajo de los trabajadores mayores. Christiane Wilke et al.²³ describieron como la actividad física mejoraba la capacidad de trabajo (WAI) dependiendo de la actividad laboral, pero no objetivaron asociación con la edad del trabajador.

Mei - Maa et al.²⁰ investigaron si los efectos de un programa de promoción eran capaces de mejorar parámetros bioquímicos para controlar el riesgo de adquirir trastornos metabólicos con la edad y obtuvieron resultados no significativos.

Guillermo Soriano Tarín et al.²¹ resaltaron la falta de medidas preventivas en población trabajadora envejecida, sobre todo si realizan esfuerzos físicos continuos, turnicidad o nocturnidad. Demostraron que hay mucho margen de mejora para abordar las necesidades reales de los trabajadores mayores.

Aun así, varios artículos objetivaron que los programas de promoción de la salud en el puesto de trabajo, están positivamente considerados por parte de los trabajadores mayores.¹⁸

Sería de interés planificar los programas de promoción de la salud, contando con la opinión de los trabajadores de la empresa implicada. Muchos no participan porque las infraestructuras, distancias y horarios, no son adecuados. Así mismo, es importante ajustar las intervenciones a las peculiaridades de la actividad laboral.

Los empresarios que invierten en su capital humano promocionando salud, esperan resultados óptimos en términos de salud de sus trabajadores, productividad y calidad final de sus productos. Sería necesario que las empresas entendieran que se producen más beneficios si se aplican también a los trabajadores jóvenes.

CONCLUSIONES

En general, no hay evidencia consistente de que los programas de promoción de la salud incrementen la capacidad de trabajo, en los empleados mayores. Sin embargo, los programas basados en una intervención online, pueden ser útiles a la hora de modular los hábitos perjudiciales de un trabajador. Objetivamos, que la promoción saludable en el trabajo, combinando grupos de apoyo, aprendizaje online, cambios de dieta y ejecución de actividad física, tiene efectos beneficiosos tales como la reducción de la perímetro de la cintura, peso corporal, Índice de Masa Corporal e ingesta aumentada de alimentos saludables. Es importante recalcar que la salud de los trabajadores mayores puede mejorarse con intervenciones activas en el trabajo, pero hay que ser cuidadosos con la calidad, contenido, y coste-efectividad de estas intervenciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS | Envejecimiento [Internet]. [citado 18 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
2. Estadísticas de empleo - Statistics Explained [Internet]. [citado 18 de enero de 2017]. Disponible en: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Employment_statistics/es
3. INEbase / Mercado laboral /Actividad, ocupación y paro /Encuesta de población activa / Últimos datos [Internet]. [citado 18 de enero de 2017]. Disponible en: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176918&menu=ultiDatos&idp=1254735976595
4. Mateo Rodríguez I, Daponte Codina A, Bernal Solano M, Sánchez Pérez, M^a José. Elaboración de criterios e indicadores para desarrollar y evaluar programas de envejecimiento saludable en los lugares de trabajo. Revista Española de Salud Pública. Octubre de 2015;89(5):497-514.
5. OMS | Envejecimiento y ciclo de vida [Internet]. [citado 18 de enero de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing_facts/es/

6. AGE Platform Europe. European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations [Internet]. 2012 [citado 18 de enero de 2017]. Disponible en: http://www.age-platform.eu/images/stories/EN/ey2012_joint_leaflet-en.pdf
7. Marmot M. Fair Society, Healthy Lives: The Marmot Review. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010. London: Institute of health equity;2010.
8. Aging and working capacity. Report of a WHO Study Group. World Health Organ Tech Rep Ser. 1993;835:1-49.
9. Promoción del envejecimiento activo en el trabajo - promoting-active-ageing-in-the-workplace [Internet]. [citado 18 de enero de 2017]. Disponible en: <https://osha.europa.eu/es/tools-and-publications/publications/articles/promoting-active-ageing-in-the-workplace>
10. Naumanen P. The health promotion of aging workers from the perspective of occupational health professionals. Public Health Nurs. febrero de 2006;23(1):37-45.
11. Ordaz Castillo Elena, Ronda-Pérez Elena. Salud y condiciones de trabajo en trabajadores mayores. Med. segur. trab. [Internet]. 2015 Sep [citado 2017 Ene 18] ; 61(240): 314-324.
12. Work Ability Index | EU-OSHA [Internet]. [citado 18 de enero de 2017]. Disponible en: <https://healthy-workplaces.eu/es/tools-and-publications/practical-tools/work-ability-index>
13. Koolhaas W, van der Klink JJJ, de Boer MR, Groothoff JW, Brouwer S. Chronic health conditions and work ability in the ageing workforce: the impact of work conditions, psychosocial factors and perceived health. Int Arch Occup Environ Health. mayo de 2014;87(4):433-43.
14. Poscia A, Moscato U, La Milia DI, Milovanovic S, Stojanovic J, Borghini A, et al. Workplace health promotion for older workers: a systematic literature review. BMC Health Serv Res. 5 de septiembre de 2016;16 Suppl 5:329.
15. Barrios Casas Sara, Paravic Klijn Tatiana. Promoción de la salud y un entorno laboral saludable. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2006 Feb [cited 2017 Jan 18] ; 14(1): 136-141.
16. Cook RF, Hersch RK, Schlossberg D, Leaf SL. A Web-based health promotion program for older workers: randomized controlled trial. J Med Internet Res. 25 de marzo de 2015;17(3):e82.
17. Hughes SL, Seymour RB, Campbell RT, Shaw JW, Fabyi C, Sokas R. Comparison of two health-promotion programs for older workers. Am J Public Health. mayo de 2011;101(5):883-90.
18. Strijk JE, Proper KI, van der Beek AJ, van Mechelen W. A process evaluation of a worksite vitality intervention among ageing hospital workers. Int J Behav Nutr Phys Act. 10 de junio de 2011;8:58.
19. Brunges M, Avigne G, Wasik M. Health promotion in the operating room--a quality improvement project. AORN J. enero de 2006;83(1):171-2, 175-7.
20. Chen M-M, Tsai AC, Wang J-Y. The effectiveness and barriers of implementing a workplace health promotion program to improve metabolic disorders in older workers in Taiwan. Glob Health Promot. junio de 2016;23(2):6-14.
21. Soriano Tarín G, Rodríguez-Caro de la Rosa M, Pascual Sagastagoiti I; Campo Balsa MT. Estudio sobre el envejecimiento activo saludable y su relación con las condiciones de trabajo en el sector sanitario: Proyecto adapt@geing2.0. Rev. Asoc. Esp. Espec. Med. Trab 25 (3): 142-153, sept. 2016.
22. Smith ML, Wilson MG, DeJoy DM, Padilla H, Zuercher H, Corso P, et al. Chronic disease self-management program in the workplace: opportunities for health improvement. Front Public Health. 2014; 2: 179.
23. Wilke C, Ashton P, Elis T, Biallas B, Froböse I. Analysis of work ability and work-related physical activity of employees in a medium-sized business. BMC Res Notes. 18 de diciembre de 2015;8:803.

