

Medicina y Seguridad del Trabajo

(Internet)



Julio-septiembre | 3º Trimestre

2021;67(264)

Revista fundada en 1952

Edita

Ministerio de Ciencia e Innovación

Instituto de Salud Carlos III

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo



Tomo 67 · Julio-septiembre 2021 · 3º Trimestre
Med Seg Trab (Internet). 2020;67(264):155-244

Fundada en 1952

Edita:

Ministerio de Ciencia e Innovación
Instituto de Salud Carlos III
Escuela Nacional de Medicina del Trabajo
Pabellón, 13 – Campus de Chamartín – Avda. Monforte de Lemos, 3 - 5
o C/ Melchor Fernández Almagro, 3
28029 Madrid. España.

© BY-NC-SA 4.0

Periodicidad:

Trimestral, 4 números al año.

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

Diseño y maquetación:

motu estudio

Disponible en:

<http://publicaciones.isciii.es>
<http://www.scielo.org>
<http://scielo.isciii.es>
<http://www.freemedicaljournals.com/>
<http://dialnet.unirioja.es/>
<http://publicacionesoficiales.boe.es>



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



International Labour Organization

International Occupational Safety and Health Information Centre (CIS)

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



<https://revistas.isciii.es/revistas.jsp?id=MST>

Visite la web de la revista si desea enviar un artículo,
conocer las políticas editoriales o suscribirse a la edición digital.



ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA DEL TRABAJO INSTITUTO DE SALUD CARLOS III

Directora: María Jesús Terradillos García

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

COMITÉ EDITORIAL

Editor jefe: Javier Sanz Valero

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

Editor adjunto: Jerónimo Maqueda Blasco

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Madrid (España)

Coordinadora de redacción: Isabel Mangas Gallardo

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

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

IBERMUTUA. Madrid (España)

Rosa Horna Arroyo

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

Juan Antonio Martínez Herrera

Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas. Instituto Nacional de la Seguridad Social (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. Vigo (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

Directora Provincial MUFACE. Servicio Provincial de Madrid. Madrid (España)

Fernando Carreras Vaquer

Sanidad Exterior. Ministerio de Sanidad. 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)

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 y Salud 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 Sanidad. 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 y Salud en el 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 y Salud en el Trabajo. Madrid (España)



Vol. 67(264) / Julio-septiembre de 2021

SUMARIO / CONTENTS

EDITORIAL

A Emilio Jardón Dato

To Emilio Jardón Dato

María Jesús Terradillos García 160-162

—

Juan Antonio Martínez Herrera, María Dolores Carbajo Sotillo 163-165

—

Fernando Álvarez-Blázquez Fernández 166-168

ORIGINALES

Satisfacción laboral y calidad de vida de los médicos residentes españoles durante la pandemia por la COVID-19

Job satisfaction and quality of life of Spanish resident doctors during the COVID-19 pandemic

Beatriz Muñoz-Cobo Orosa, Markel Pérez García, Mercedes Rodríguez Ledott, Claudia Varela Serrano, Javier Sanz Valero 169-190

INSPECCIÓN MÉDICA

Incapacidad laboral permanente por patología vestibular en conductores profesionales: un estudio transversal

Permanent work disability due to vestibular pathology in professional drivers: a cross-sectional study

Ana M^a González Cáceres, Ana Conde Fuentes, Luis Sánchez Galán 191-211

REVISIONES SISTEMÁTICAS

Revisión Sistemática - Intervenciones en el proceso de Retorno al Trabajo en los Trastornos Mentales Comunes

Systematic review - Interventions process to return to Work in Common Mental Disorders

Gaetano Pepe Betancourt, Ana Cristina Brand P 212-231

Estrés post-traumático en la atención de emergencias y rescates

Post-traumatic stress disorder in emergency response

Stephanie Sofía Acuña Conejero, Nerea María Aguado Márquez, Jorge Álvarez Casado, Rebeca Amores Tola 232-244



doi: 10.4321/s0465-546x2021000300001

Editorial

A Emilio Jardón Dato

To Emilio Jardón Dato

María Jesús Terradillos García¹

¹Directora de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España.

Correspondencia

María Jesús Terradillos García
mterradillos@isciii.es

Recibido: 25.08.2021

Aceptado: 01.09.2021

Publicado: 30.09.2021

Financiación

Sin financiación.

Conflicto de intereses

Se señala la no existencia de conflicto de intereses para los autores del presente artículo.

Cómo citar este trabajo

Terradillos García MJ. A Emilio Jardón Dato. Med Segur Trab (Internet). 2021;67(264):160-162. doi: 10.4321/s0465-546x2021000300001

© BY-NC-SA 4.0

El pasado 20 de agosto falleció en Madrid Emilio Jardón Dato, médico inspector de la Administración de la Seguridad Social, coordinador de los Equipos de Valoración de Incapacidades del Instituto Nacional de la Seguridad Social y colaborador habitual con la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo desde hace más de 20 años.

Querido Emilio,

Comienzo a escribir estas letras y me cuesta creer que ya no estás, a pesar de que hacía algo más de dos años que no nos veíamos. Sin embargo, como nunca dejamos de escribirnos mensajes y estar más o menos al tanto de nuestras vidas, supe que tu salud había empeorado desde nuestro último encuentro, nada más volver yo a España después de unos años trabajando en el extranjero. Lo que no podía imaginar era que el resultado de tu enfermedad iba a ser tan nefasto en tan breve espacio de tiempo.

Querido Emilio, tú me conociste a mí mucho antes que yo a ti, pues una de tus características era tu prodigiosa memoria para recordar incluso a las personas con las que habías tenido breve contacto. Tú me conociste a mí mucho antes que yo a ti, pues formabas parte del tribunal de la oposición para médicos inspectores de la Seguridad Social en la que yo estaba participando, y ya nos ibas registrando en tu “disco duro” a los que íbamos superando cada examen hasta finalmente obtener una plaza de médico inspector del INSS. Así me lo hiciste saber años después cuando, tras una curiosa conjunción de circunstancias, me incorporé a la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas. Y allí ya, sí, te conocí yo a ti, querido Emilio. Conocí al Emilio profesional y al Emilio personal: al Emilio profesional de extraordinario bagaje de conocimientos y experiencia en los ámbitos de la medicina evaluadora, de la valoración médica de incapacidades, de la Salud Laboral, de la Medicina del Trabajo... Tu sólida formación académica (Diplomado en Sanidad, Diplomado en Medicina de Empresa –titulación antecesora a la actual Medicina del Trabajo–, Diplomado en Valoración Médica de Incapacidades, Experto en Seguridad Social, Médico del Trabajo,...) junto con tu dilatada trayectoria profesional (desde 1980 médico inspector de la Seguridad Social, habiendo desempeñado tu labor en las extintas Unidades de Valoración Médica de Incapacidades del también extinto INSALUD en Tenerife, Asturias y Madrid, y desde 1995 Coordinador de los Equipos de Valoración de Incapacidades –EVI– del INSS), hacían de ti un profesional imprescindible en multitud de congresos, jornadas, seminarios,... en los que transmitir tu sapiencia. Además fuiste fundamental en la puesta en marcha, organización y materialización de numerosos cursos de formación dirigidos tanto a médicos del INSS como a profesionales de otros ámbitos. Pero sobre todo, querido Emilio, eras fuente a la que acudir en muchísimas ocasiones, ya fuera cuando nos surgían dudas en materia legislativa de Seguridad Social, en aspectos de Medicina del Trabajo, en los antecedentes y trayectoria de nuestro cuerpo de médicos inspectores a lo largo de los años y en tantas otras.

Y fundamentalmente tuve el privilegio, querido Emilio, de conocerte como PERSONA: al Emilio que, tras el aspecto serio e introvertido, escondía al Emilio generoso, empático, divertido, elocuente y, sobre todo, “oidor”, como yo vine a llamarte y que tanta gracia te hacía. “Oidor” no como juez sino por tu capacidad para la paciente escucha de las cuitas que los médicos del INSS te confiaban. Cuando nos sorprendíamos por todos los datos personales que conocías de ellos y te preguntábamos: “Pero, ¿cómo puedes saber todo eso?” siempre contestabas: “Porque me lo cuentan”.

Tuve la fortuna de compartir contigo muchos ratos distendidos en los que el trabajo pasaba a segundo plano y en los que departíamos sobre numerosos temas. Lector infatigable como eras de todo aquello que pudiera incrementar aún más tus conocimientos en temas profesionales, también gustabas de otras lecturas más profanas. Y, puesto que era una afición común, pudimos comentar muchos libros que ambos habíamos leído, así como intercambiar opiniones y aconsejarnos mutuamente los que sólo uno de los dos conocía. Charlando contigo, compartiendo historias, escuchando memorias de tu pasado o tus curiosas y divertidas anécdotas, el tiempo se escapaba sigilosamente sin darnos cuenta... Nunca olvidaré que, a la vuelta a Madrid tras un viaje de trabajo, enfrascados en la conversación nos pasamos la salida de la autopista y casi acabamos en Valladolid, teniendo que hacer muchos kilómetros extra.

Y lo que son las cosas, querido Emilio, ahora estoy ocupando el puesto de Directora de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, centro con el que tú colaboraste durante décadas hasta tu jubilación: además de docente en múltiples actividades formativas (Curso Superior de Medicina del Trabajo, Diplomatura de Valoración Médica de Incapacidades...) formabas parte del comité editorial de esta revista *Medicina y Seguridad del Trabajo*, eras miembro de la Comisión de Docencia de esta Escuela, fuiste promotor e incansable impulsor de numerosos proyectos conjuntos llevados a cabo entre el Instituto Nacional de la Seguridad Social y la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, como publicaciones de varios manuales y guías, realización de cursos de formación continuada, jornadas... siempre con ese objetivo que perseguías con ahínco de mejorar y actualizar, a través de la formación continuada, los conocimientos de los médicos inspectores del INSS que les ayudaran a realizar la complicada labor que supone la valoración médica de la incapacidad laboral.

Querido Emilio, siempre disfrutabas de los escasos días lluviosos de Madrid, caminando bajo el agua tranquilamente con las manos en los bolsillos mientras el resto nos afanábamos en resguardarnos bajo los paraguas. Y es que ese clima te transportaba a tu añorada Asturias, tierra a la que casualmente yo también estoy ligada. Recuerdo cómo, cada vez que yo iba a ir a pasar allí unos días y te preguntaba si querías algo de allí, tú me respondías lleno de nostalgia: "Que me lleses..."; puedes estar tranquilo, querido Emilio, pues te llevo conmigo siempre que allí voy.



doi: 10.4321/s0465-546x2021000300002

Editorial

A Emilio Jardón Dato

To Emilio Jardón Dato

Juan Antonio Martínez Herrera¹

María Dolores Carbajo Sotillo²

¹Subdirector General de Coordinación de Unidades Médica. Instituto Nacional de la Seguridad Social, Madrid, España.

²Coordinadora de Equipos de Valoración de Incapacidades. Instituto Nacional de la Seguridad Social, Madrid, España.

Correspondencia

Juan Antonio Martínez Herrera
juan-antonio.martinez2@seg-social.es

Recibido: 25.08.2021

Aceptado: 01.09.2021

Publicado: 30.09.2021

Financiación

Sin financiación.

Conflicto de intereses

Se señala la no existencia de conflicto de intereses para los autores del presente artículo.

Cómo citar este trabajo

Martínez HerreraJA, Carbajo Sotillo MD. A Emilio Jardón Dato. Med Segur Trab (Internet). 2021;67(264):163-165. doi: 10.4321/s0465-546x2021000300002

Conocimos a Emilio en mayo de 1991, cuando vino a tomar posesión de su puesto de trabajo como jefe de la Unidad de Valoración Médica de Incapacidades de Madrid (UVMI), encuadrada en la estructura del Instituto Nacional de la Salud, situada en la Clínica del Trabajo, en la tercera planta del número 21 de la calle Reina Victoria de Madrid.

En esos momentos, la UVMI disponía de una plantilla de 10 médicos inspectores para realizar tanto los informes de valoración de la *incapacidad permanente* en el área nacional e internacional como las valoraciones de *incapacidad temporal* de más de 12 meses de duración para autorizar la prórroga de la antigua *incapacidad laboral transitoria* como el pase a la extinta *invalidez provisional*, así como para el resto de los informes para las distintas prestaciones de seguridad social.

Eran tiempos de escasez de medios humanos y materiales en la UVMI, superados en parte con su ayuda y entusiasmo. En esos años empezó a tomar cuerpo un nuevo proyecto de integración de las UVMI en la estructura del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS). Emilio fue un firme defensor de este proyecto desde su inicio, convencido de que la incorporación de las unidades de valoración médica de incapacidades a la estructura de las Direcciones Provinciales del INSS supondría una mejora importante tanto para los asegurados al sistema de la Seguridad Social como en el reconocimiento de la labor profesional de los médicos inspectores y en la disponibilidad de medios materiales y humanos para llevar a cabo sus funciones.

El Real Decreto 1300/1995 de 21 de julio (BOE de 19 de agosto) estableció las competencias del INSS en materia de incapacidades laborales, creó los Equipos de Valoración de Incapacidades (EVI) y en su disposición adicional tercera suprimió las UVMI, cuyas funciones serían asumidas por los EVI, y el personal médico de las mismas quedaría adscrito a la correspondiente dirección provincial del INSS.

En noviembre de 1995 Emilio se trasladó a la Dirección General del INSS como coordinador nacional de los Equipos de Valoración de Incapacidades, con el reto de colaborar en la puesta en marcha de los diferentes equipos de valoración de incapacidades a nivel de todo el territorio nacional. Desde el año 1995 hasta 2002 se fueron creando de manera paulatina los distintos EVI en el INSS, siendo los últimos los de las Direcciones Provinciales del País Vasco. En Cataluña hubo varios intentos de creación, pero no obstante se sigue manteniendo la estructura anterior al RD 1300/1995 hasta la actualidad.

La integración en el INSS de los médicos inspectores del antiguo INSALUD no fue pacífica. La esperanza de mejora en el reconocimiento profesional que formaba parte del proyecto inicial tardó en llegar para los médicos inspectores del INSS, precisando incluso la creación de un complemento específico de nivel 23, que no existía en la estructura del INSS, para acoger las retribuciones de los nuevos médicos inspectores del INSS en la misma cuantía que tenían en el INSALUD. No fue sino hasta agosto de 1998 cuando se produjo la equiparación de ese complemento específico con otros profesionales del grupo 1 existentes en el INSS. Las condiciones materiales tampoco fueron las adecuadas en esos momentos iniciales: las instalaciones en las que se ubicaron las unidades médicas estaban preparadas para tareas de gestión y administrativas y no contaban con las instalaciones adecuadas para realizar una labor sanitaria. No contaban con espacio suficiente en las consultas médicas para camillas, optotipos, negatoscopios... y la mayoría no disponían de lavamanos.

Emilio fue el único médico inspector con destino en la Dirección General del INSS desde el año 1995 hasta el año 2000 y en todo momento se mostró incansable e inasequible al desaliento superando todas las dificultades con el único objetivo de trabajar por la integración de los médicos inspectores en el INSS y por su reconocimiento profesional a todos los niveles.

Convencido de la necesidad de formación y actualización continua de los médicos inspectores de forma reglada, en el año 2000 puso en marcha las *jornadas de formación para médicos del INSS* y fue su coordinador hasta el año 2018. Han tenido siempre un prestigio excepcional estas jornadas formativas, conocidas cariñosamente desde del INSS como “La semana fantástica”. Han sido centenares de médicos inspectores no sólo del INSS sino también de los servicios públicos de salud y del Instituto Social de la Marina los que hemos recibido esa imprescindible actualización formativa para el desempeño de nuestra labor con la garantía suficiente para la sociedad.

Impulsó la creación del *Manual de Actuación para médicos del INSS*, publicándose su primera edición en el año 2004, seguida de otras dos publicaciones hasta la tercera edición en el año 2014. Ha sido autor y colaborador de múltiples publicaciones del INSS desde el año 2004, entre las que destacamos las siguientes: *Manual de tiempos óptimos de incapacidad temporal*, *Guía de valoración Profesional del INSS*, *Guía de valoración de enfermedades profesionales*, *Guía de ayuda para la valoración del riesgo laboral durante el embarazo* y *Guía de ayuda para la valoración del riesgo laboral durante la lactancia natural*.

Ha participado en múltiples ponencias y congresos, ha impartido cientos de horas de docencia tanto en las jornadas de médicos del INSS como en el máster de valoración de incapacidades y en otros cursos de valoración de incapacidades, siendo un referente en esta materia para los médicos inspectores del INSS.

Por último, ha realizado una labor fundamental en las oposiciones de médicos inspectores del INSS, participando como secretario de los tribunales de la oposición en múltiples ocasiones y en las comisiones de selección de médicos inspectores interinos.

Durante todos estos años siempre estuvo a disposición de toda la plantilla de médicos inspectores del INSS prestando asesoramiento y apoyo, solucionando problemas e incidencias, acudiendo presencialmente a apoyar en determinadas direcciones provinciales y, en fin, estando dedicado en cuerpo y alma a su actividad profesional.

Los dos últimos años de su vida laboral estuvieron condicionados ya por problemas de salud jubilándose finalmente en diciembre de 2018. Quisimos hacerle una despedida como se merecía, y desde el INSS múltiples compañeros de otras provincias también le insistieron reiteradamente, pero Emilio se negó y finalmente nos despedimos solo los compañeros de la subdirección médica con una comida entrañable, en la que aparecieron algunas lágrimas. Le hicimos entrega de un video elaborado en la subdirección médica, en el que se recogían algunas imágenes de su larga trayectoria profesional, para que lo guardara como recuerdo. Desde entonces tuvimos ocasión de disfrutar de su compañía en contadas ocasiones, en las que había que insistirle mucho porque se mostraba reacio a acudir y éramos conscientes de que sus problemas de salud se habían agravado.

Cuando nos llegó la noticia de su fallecimiento el pasado 20 de agosto nos sentimos consternados. Se nos ha ido un compañero de forma demasiado prematura. Solo nos consuela el legado que ha dejado en la memoria colectiva de todos los médicos inspectores del INSS y en particular en la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas, donde todavía guardamos un archivo con sus carpetas perfectamente organizadas.



doi: 10.4321/s0465-546x2021000300003

Editorial

A Emilio Jardón Dato

To Emilio Jardón Dato

Fernando Álvarez-Blázquez Fernández¹

¹Director Provincial. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Pontevedra. España.

Correspondencia

Fernando Álvarez-Blázquez Fernández
fernando.alvarez-blazquez@seg-social.es

Recibido: 25.08.2021
Aceptado: 01.09.2021
Publicado: 30.09.2021

Financiación

Sin financiación.

Conflicto de intereses

Se señala la no existencia de conflicto de intereses para los autores del presente artículo.

Cómo citar este trabajo

Álvarez-Blázquez Fernández F. A Emilio Jardón Dato. Med Segur Trab (Internet). 2021;67(264):166-168. doi: 10.4321/s0465-546x2021000300003

© BY-NC-SA 4.0

A mi amigo Emilio Jardón Dato

Quiero situar que estas letras son la consecuencia de una petición de María Jesús Terradillos García, Directora de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, para que escriba unas palabras en memoria de Emilio y no me puedo negar, sino que, bien al contrario, le agradezco que cuente conmigo porque me da la oportunidad de manifestar mis sentimientos y mi reconocimiento al médico compañero de trabajo que fue mi colaborador y también mi maestro y amigo en aspectos que más adelante relataré.

El 20 de agosto pasado recibí la triste noticia del fallecimiento de mi querido amigo y compañero de trabajo Emilio Jardón Dato. Sabía de sus múltiples padecimientos que con el tiempo se fueron agravando inexorablemente, aunque la lucha que mantuvo en los últimos años fue dura y penosa. No obstante, siempre mantuvo un ánimo paciente, discreto y silencioso procurando no trasladar nunca penuria ni compasión.

Para aquéllos que no le habéis conocido en profundidad, tengo que iniciar esta sucinta memoria señalando que Emilio era diplomado en Sanidad, en Medicina de Empresa y en Valoración Médica de Incapacidades, especialista en Medicina del Trabajo e inspector médico del cuerpo de médicos Inspectores de la Administración Sanitaria de la Seguridad Social. Además de esta formación especializada desarrolló su trabajo como un auténtico experto en diversas materias de seguridad social en las cuáles su titulación médica juntamente con el conocimiento de la legislación en materia de seguridad social y con la aplicación laboral son imprescindibles para llegar a una confluencia que permita establecer líneas de trabajo acertadas, y Emilio fue un profundo y experto conocedor de estos pormenores.

En el año 2000 me incorporé al Instituto Nacional de la Seguridad Social, tras un amplio periplo en diversas unidades del Instituto Social de la Marina que no vienen al caso. A mi llegada a los servicios centrales del INSS, inicialmente como vocal asesor de la Dirección General, tuve mi primer encuentro con Emilio y a partir de ese momento y durante un espacio de 12 años la oportunidad y la suerte de poder contar con su asesoramiento y sus enseñanzas. Mi primera sorpresa cuando empecé a informarme de nuestro equipo humano fue que Emilio conocía a todos y cada uno de los médicos repartidos por la geografía española del INSS y tenía datos en su memoria que siempre me sorprendieron sobre nombres, edades, hijos, y circunstancias laborales de cada uno de ellos. Conocía en detalle qué pasaba en las unidades médicas de las provincias en las que el INSS tenía implantación.

A mi llegada al INSS me ayudó a refrescar mis conocimientos sobre las prestaciones de seguridad social, que mi larga estancia en el ISM había lanzado, proyectado, enredado en el conocimiento de la sanidad de la gente de mar como consecuencia de mi dedicación a la sanidad marítima y posteriormente a los múltiples programas sociales, prestaciones de empleo y desempleo y un largo etcétera del colectivo incluido en la seguridad social de la gente de mar. Por tanto, al atracar en el INSS necesitaba reflotar en mi memoria las prestaciones del régimen general, de autónomos, la incapacidad temporal y permanente, las determinaciones de contingencia, la conexión con las mutuas, los convenios con las comunidades autónomas y un largo etcétera que Emilio pacientemente, tal y como era, me fue refrescando, convirtiéndose en mi faro, en mi guía. Emilio profesor y ayudante fiel en los inicios del impulso de las unidades médicas del INSS entonces sin estructurar e impulsor de directrices que unificasen criterios, medios, impulsos, etc.

Su semblante serio e introspectivo encajaba y contrastaba con un hombre simpático, irónico, independiente, autónomo, laborioso, meticoloso y solitario. Atesoraba en este envoltorio múltiples virtudes que a veces escondía y otras disimulaba, porque no tenía ningún afán de protagonismo. No se exteriorizaba, pero en este silencio era acogedor y compañero.

Quisiera destacar su labor docente, su espíritu de coordinación y unificación de los criterios médicos que debían inspirar la labor de los facultativos del INSS, su trabajo de recopilación y traslado de los manuales de trabajo y de múltiples publicaciones que ayudaron y ayudaron a los médicos del INSS en su labor diaria. Trabajo como siempre silencioso y atinado que desarrollaba como era él: silenciosamente, sin darse mérito, pero de un modo efectivo y paciente.

Le gustaban los días de “orbayu” que le ataban a sus raíces asturianas y huía del sol luminiscente y de los calores para pasear por su tierra, en donde encontraba el cobijo y descanso que tanto se merecía.

Gracias, Emilio, una vez más, gracias por tu ayuda inconmensurable. Tuve la oportunidad de dártelas reiteradas veces y hoy que me dan esta oportunidad quiero renovarlas mientras intento perfilar el reconocimiento de una persona con múltiples valores que podrían formar parte de un tratado entero y que son motivo de un agradecimiento y reconocimiento imborrables de muchos compañeros.

Y qué tal si nos sentamos
un día de “orbayu” y viento
en tu ansiada Asturias
en la playa del silencio.
Tú, americana de pana.
Yo, preguntando atento:
¿sabes por qué la marea,
la tierra, el sol, la luna, el tiempo
transcurren rápido, sin asirlos,
y escapan entre los dedos?
Tal vez lo sepas tú,
doctor del trabajo,
médico en el silencio.

A Emilio y a su compañera Carmen

Vuestro amigo Fernando Álvarez-Blázquez




doi: 10.4321/s0465-546x2021000300004

Artículo original

Satisfacción laboral y calidad de vida de los médicos residentes españoles durante la pandemia por la COVID-19

Job satisfaction and quality of life of Spanish resident doctors during the COVID-19 pandemic

Beatriz Muñoz-Cobo Orosa¹  0000-0002-0564-4724

Markel Pérez García¹  0000-0002-1820-3610

Mercedes Rodríguez Ledott¹  0000-0001-5538-496X

Claudia Varela Serrano¹  0000-0001-6548-3064

Javier Sanz Valero^{2,3}  0000-0002-8735-0075

¹Unidad Docente de Medicina del Trabajo Comunidad Autónoma del País Vasco. Vitoria. España.

²Instituto de Salud Carlos III. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Madrid. España.

³Universidad Miguel Hernández. Departamento de Salud Pública e Historia de la Ciencia. Campus Sant Joan d'Alacant. Alicante. España.

Correspondencia

Markel Pérez García
marke_93@hotmail.com

Recibido: 22.09.2021

Aceptado: 29.09.2021

Publicado: 30.09.2021

Contribuciones de autoría

Las autoras y los autores de este trabajo han contribuido por igual.

Financiación

Sin financiación.

Conflicto de intereses

Se señala la no existencia de conflicto de intereses para los autores del presente artículo.

Cómo citar este trabajo

Muñoz-Cobo B, Pérez M, Rodríguez M, Varela C, Sanz J. Satisfacción laboral y calidad de vida de los médicos residentes españoles durante la pandemia por la COVID-19. Med Segur Trab (Internet). 2021;67(264):169-190. doi: 10.4321/s0465-546x2021000300004

Resumen

Introducción: Describir y analizar la percepción existente acerca de los factores vinculados a la satisfacción laboral (SL) y la calidad de vida (CV) de los médicos residentes españoles durante la pandemia por la COVID-19.

Método: Estudio descriptivo-correlacional, siendo la población diana los residentes españoles a los que se preguntó, mediante formulario online, entre el 01/11/2020 y el 31/12/2020. Para la SL se utilizó el cuestionario Font-Roja y para la CV el WHOQOL-BREF (ambos mediante escala Likert de 5 valores).

Resultados Respondieron 404 residentes, sin diferencias por sexo ($p = 0,269$). La SL presentó media de $2,97 \pm 0,04$ y la CV de $3,27 \pm 0,03$. Se observó asociación en la SL de los residentes de primer año y el resto ($p < 0,001$). La SL no se afectó por los turnos de urgencia, pero sí la CV para las relaciones sociales ($p = 0,042$). La relación entre SL y CV fue buena ($Rho = 0,53$, $p < 0,001$).

Conclusiones: El tutor fue referente para el residente, no así la dirección del hospital. No se encontraron diferencias en relación al sexo ni a los turnos de guardia con la SL. Los residentes de primer año presentaron mayor SL y CV, pudiendo deberse a su menor responsabilidad y cansancio acumulado durante la pandemia. Los turnos de guardia sí afectaron la CV, específicamente en las relaciones sociales. La escasa formación en investigación se vio asimismo agravada por la pandemia.

Palabras clave: Satisfacción Laboral; Calidad de Vida; Internado y Residencia; Pandemias; COVID-19.

Abstract

Introduction: To describe and analyze the existing perception about the factors related to job satisfaction (LS) and quality of life (QOL) of Spanish resident doctors during the COVID-19 pandemic.

Method: Descriptive-correlational study, the target population being the Spanish residents who were asked, using the online form, between 11/01/2020 and 12/31/2020. The Font-Roja questionnaire was used for LS and the WHO-QOL-BREF for QOL (both using a 5-value Likert scale).

Results: 404 residents responded, without differences by sex ($p = 0.269$). The LS presented a mean of 2.97 ± 0.04 and the CV of 3.27 ± 0.03 . An association was observed in the LS of the first-year residents and the rest ($p < 0.001$). The LS was not affected by the emergency shifts, but the (QOL) for social relationships ($p = 0.042$). The relationship between SL and (QOL) was good ($Rho = 0.53$, $p < 0.001$).

Conclusions: The tutor was a reference for the resident, not the hospital management. No differences were found in relation to sex or duty shifts with the LS. First-year residents presented higher LS and (QOL), which could be due to less responsibility and less accumulated fatigue during the pandemic. The shifts on duty did affect QOL, specifically in social relationships. Poor research training was also compounded by the pandemic.

Keywords: Job Satisfaction; Quality of Life; Internship and Residency; Pandemics; COVID-19.

Introducción

Existe evidencia probada de la relación entre ambiente de trabajo, salud y calidad de vida de los/las trabajadores/as. En particular, el bienestar y la salud están estrechamente vinculados a la tensión a la que se exponen los/las trabajadores/as del área de la salud. Los y las profesionales sanitarios son uno de los colectivos que soportan más tensión en su lugar de trabajo y presentan mayor riesgo de desarrollar agotamiento⁽¹⁾. Al mismo tiempo, existen en España antecedentes de que los/las residentes perciben una mala calidad de vida profesional y un bajo apoyo por parte de sus supervisores/as.

La relación de la satisfacción laboral (SL) y calidad de vida (CV) llevó a definir la calidad de vida laboral (CVL) como la estimulación o la apreciación subjetiva del conjunto de compensaciones que se obtienen del entorno y de la actividad laboral y que responden, en niveles satisfactorios, a las demandas, expectativas, deseos y necesidades de la persona en el propio trabajo y fuera de él⁽²⁾.

La CVL es un concepto amplio y heterogéneo debido a la riqueza y pluralidad de temas estrechamente vinculados con el mundo del trabajo. A su vez es difuso y ambiguo, como consecuencia de las diferentes disciplinas, enfoques teóricos y áreas de estudio desde los que trata de abordarse, e indudablemente controvertido, por los matices ideológicos y políticos y por los intereses particulares subyacentes que condicionan los planteamientos y las intervenciones llevadas a cabo en el ámbito de trabajo en aras de mejorar la calidad de vida del profesional⁽³⁾.

Recordar también que el enfoque para abordar un estudio tan complejo y plural como el de la SL y la CV, en el ámbito laboral, debe llevar implícito el reconocimiento de los entresijos de su naturaleza multidimensional (globalidad), interactiva (psicosocial), sistémica (holística e integradora) e histórica (contextualizada).

Recientemente, Costello et al.⁽⁴⁾, afirmaban que el estrés y el agotamiento del personal médico residente podría estar relacionado con la alta rotación y, en su revisión sistemática, señalaban la necesidad de estudios prospectivos sobre dichas situaciones de tensión y cansancio en estos profesionales para establecer su vinculación con la existencia de los turnos y otros posibles factores de riesgo potencialmente modificables.

En este mismo sentido, Azam et al.⁽⁵⁾, indicaban que el agotamiento era un peligro reconocido en los profesionales de la salud. Por lo tanto, recomendaban realizar intervenciones proactivas, a nivel individual e institucional, para prevenir el agotamiento del médico y, consecuentemente, mejorar la CVL del médico y optimizar el entorno laboral en los hospitales. A todo ello, hay que añadir que la actual enfermedad por coronavirus (COVID-19), debido a las restricciones de movimiento que muchos países han establecido, ha sido identificada como un elemento desencadenante del aumento de la soledad y del aislamiento social entre personas, lo cual contribuye a un mayor deterioro de la salud mental y física que, en consecuencia, disminuye la CV individual⁽⁶⁾. La COVID-19 se asoció inicialmente con un impacto estresante leve en la población más joven, pero, como la pandemia todavía estaba en curso, estos hallazgos tendrían que verificarse con posteriores estudios⁽⁷⁾. Tampoco se ha estudiado si esta afectación es similar en los/las médicos/as residentes, quienes, a pesar de su juventud, han visto modificarse todo su entorno laboral y docente.

Collado Hernández y Torre Rugarcía⁽⁸⁾, basándose en situaciones de alerta epidemiológica recientes, indicaban que la presencia de una pandemia podría tener repercusiones psicosociales entre el personal sanitario relacionadas con la preocupación por el contagio o por la salud de su familia. Todo esto produjo una importante carga de estrés que se vio a su vez aumentada, ya que durante las epidemias hay un incremento sustancial en el volumen de pacientes debido a la alarma general de la población.

La pandemia de la enfermedad por COVID-19 no provocó el agotamiento de los médicos, pero ciertamente lo ha amplificado. Incluso antes de la pandemia, los médicos hablaban cada vez más de su descontento con la situación de la medicina moderna, desde las métricas de compensación basadas en el desempeño hasta la ardua carga administrativa de sus prácticas. Las divisiones entre los objetivos médicos y administrativos representan una amenaza para la satisfacción profesional y la longevidad del médico dentro de la profesión. Estas divisiones, como otras debilidades dentro de nuestro sistema de salud, se han visto exacerbadas por la pandemia de COVID-19⁽⁹⁾.

Concretamente en España, la alarmante situación sanitaria generada por la pandemia COVID-19 ha supuesto un enorme sobreesfuerzo de todo el personal de la salud, que ha tenido que afrontar demandas físicas, psicológicas, emocionales y sociales en un contexto en el que la incertidumbre de la evolución de la pandemia y la escasez de recursos para combatirla han estado muy presentes. Muchos informes sugieren que el personal sanitario está sobrecargado hasta el punto de agotamiento, y los problemas se han intensificado con el aislamiento de un número cada vez mayor de trabajadores⁽¹⁰⁾.

En consecuencia, el objetivo de este trabajo fue describir y analizar la percepción existente acerca de los factores vinculados a la SL y a la CV de los médicos residentes españoles durante la pandemia por la COVID-19.

Métodos

Diseño

Estudio no experimental y de corte transversal con enfoque cuantitativo, descriptivo-correlacional.

Población

La población diana debía cumplir los siguientes criterios:

- Criterio de inclusión: Ser médico/a residente de cualquier especialidad en España.
- Criterio de exclusión: no estar en ejercicio activo, por cualquier causa, en el momento de recolección de los datos.

Teniendo presente la estimación del coeficiente α de Cronbach y el coeficiente de correlación intra-clase (CCI) como medidas de consistencia interna y fiabilidad de los resultados, se calculó el número mínimo necesario de individuos a entrevistar, asumiendo como valores esperados de ambos coeficientes los obtenidos en experiencias previas (valores de 0,8 a 1,0 para ambos estadísticos): un nivel de confianza del 95% y una precisión o amplitud del intervalo del 5%, resultando necesario un mínimo de 142 personas encuestadas⁽¹¹⁾. Estos cálculos se determinaron a partir de las fórmulas de Bonett^(12,13).

El cálculo del tamaño muestral de la población se realizó mediante muestreo aleatorio simple sin reposición, efectuando la estimación de parámetros poblacionales (valor esperado aproximado a 0,5, precisión del intervalo 0,05 y nivel de confianza = 0,95), en una población infinita, mediante el programa informático de análisis epidemiológico de datos (EPIDAT 4.2), obteniendo un valor mínimo de 385 residentes.

Ámbito de aplicación

El espacio de atención fue el territorio nacional español.

Instrumento de medida

Se elaboró, con la aplicación de Google Forms®, un formulario electrónico mediante preguntas cerradas para su difusión a través de Internet.

Esta herramienta para la recogida de datos (Anexo 1) incluyó una sección inicial (sexo, edad = 2020 menos el año de nacimiento, presencia de patología, año de residencia y realización de turnos de guardia); el cuestionario para la evaluación de la Satisfacción Laboral (SL) y el cuestionario para la medida de la Calidad de Vida (CV). Ambos cuestionarios presentaron formato de respuesta tipo Likert (con rango entre 1 y 5; donde 1 es mínima valoración y 5 es el valor máximo). También se incluyó una pregunta de cierre, de texto libre, por si algún residente quería dejar cualquier tipo de observación.

Satisfacción Laboral

Se midió mediante el cuestionario original Font-Roja de SL⁽¹⁴⁾, que consta de 24 ítems, complementado con 4 preguntas procedentes del cuestionario elaborado por el sistema público de salud del País Vasco

(Osakidetza)⁽¹⁵⁾; 2 de estos nuevos ítems, que evalúan el entorno físico de trabajo, fueron propuestos por Núñez et al.⁽¹⁶⁾. Los 28 ítems finales presentan una estructura factorial de 3 dimensiones, que determinan la satisfacción de los profesionales con distintas facetas de su labor profesional:

- Factor 1: Relaciones de mando, interpersonales y participación (preguntas 1 a 12). Se referirá al grado de satisfacción que experimenta el/la trabajador/a en relación con lo que espera por parte de sus responsables, a las relaciones con sus compañeros/as y las posibilidades de participación en la mejora del Servicio o Unidad.
- Factor 2: Formación, promoción y retribución (preguntas 13 a 23). Este factor mide la satisfacción de la formación para el puesto, así como el grado en que el trabajador cree que puede mejorar, tanto en cuanto a su nivel profesional, como a nivel de reconocimiento por su trabajo.
- Factor 3: Organización del trabajo (preguntas 24 a 28). Hace referencia a la percepción con respecto al conocimiento de los objetivos, la organización del trabajo y la interrelación entre los distintos servicios del hospital.

Calidad de Vida

Se evaluó mediante el cuestionario WHOQOL-BREF⁽¹⁷⁾, formado por 26 preguntas, una pregunta de cada una de las 24 facetas contenidas en el WHOQOL-100 y dos preguntas globales: calidad de vida global y salud general. Estos ítems forman un perfil de 4 dominios:

- Dominio 1: Salud física (ítems 3, 4, 10, 15, 16, 17 y 18).
- Dominio 2: Salud psicológica (ítems 5, 6, 7, 11, 19 y 26).
- Dominio 3: Relaciones sociales (ítems 20, 21 y 22).
- Dominio 4: Ambiente (ítems 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 y 25).

Este cuestionario obtiene un perfil de la persona y, al mismo tiempo, una puntuación sobre percepción de calidad de vida global (ítem 1) y salud general (ítem 2).

Recolección de los datos: ejecución de la encuesta

Se realizó una difusión a nivel nacional, mediante lista de distribución digital de reclutamiento personalizado, que incluyó un enlace a la encuesta electrónica. El acceso al formulario se abrió de forma programada el 1 de noviembre de 2020 y se cerró el 31 de diciembre de 2020. Se enviaron, a través de lista de distribución, dos recordatorios.

Procesamiento de la información

Los datos fueron recolectados mediante tabla Excel de la misma aplicación de Google Forms, realizando periódicamente tablas de respaldo para salvaguardar la información. Los datos recogidos, desprovistos de ítems que hicieran posible la identificación de los encuestados, se informatizaron y fueron de acceso restringido a la plataforma mediante acceso codificado.

Análisis estadístico

Para las variables cualitativas (sexo, presencia de patología, año de residencia) se calcularon la frecuencia absoluta y relativa (porcentaje). Para las cuantitativas (edad y los ítems de los respectivos cuestionarios de SL y CV) se obtuvo la media y su desviación estándar, la mediana, el máximo y el mínimo.

El análisis de las propiedades del cuestionario y las relaciones entre sus elementos se realizó probando la consistencia interna mediante el estadístico del Alfa de Cronbach. La fiabilidad de las mediciones asociadas a las variables cuantitativas (ítems), se obtuvo el coeficiente de correlación intraclassa (CCI).

La comprobación de la normalidad de las variables cuantitativas se ejecutó utilizando el test de Kolmogorov-Smirnov (K-S). La comparación de medias entre 2 variables cuantitativas se realizó mediante la t de student para muestras independientes, para comparar múltiples medias se usó el análisis de la

varianza (ANOVA), con prueba post-hoc de Tukey. Para obtener la relación entre las variables cuantitativas discretas (valores Likert) se usó el coeficiente de correlación de Spearman.

Para conocer la relación entre los resultados de los cuestionarios con relación a la edad de los/las residentes se recodificó la variable año de nacimiento en dos grupos, tomando como punto de corte el valor de la mediana: grupo 1 (igual o menores de 27 años) y grupo 2 (28 o más años).

El nivel de significación utilizado en todos los contrastes de hipótesis fue $\alpha \leq 0,05$.

El cálculo del tamaño muestral se formalizó con el programa para el análisis epidemiológico de datos tabulados EPIDAT versión 4.2. El análisis de los datos se efectuó mediante el programa estadístico informático *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM-SPSS) versión 27 para el sistema operativo Windows.

El control de la calidad de la información se efectuó mediante la doble entrada de los datos. Corrigiendo las inconsistencias realizando la consulta con los datos originales.

Consideraciones éticas

En todo momento se tuvieron en cuenta las recomendaciones de la Declaración de Helsinki, en su revisión de 2008. Aun así, el presente estudio no recogió datos personales ni aquellos que pudieran facilitar la identificación de los participantes. Así pues, se garantizó en todo momento la confidencialidad de las respuestas y el anonimato de los participantes.

El protocolo de investigación de este estudio fue valorado por el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos de Euskadi (CEIm-E), emitiendo el día 14/10/2020 (recogido en Acta 21/2020) informe favorable con número PI2020186.

Resultados

Se obtuvo la respuesta de un total de 404 residentes con edad media de $27,82 \pm 0,15$ años, mediana igual a 27, máximo de 57 y mínimo de 24 años, sin diferencias significativas por sexo (Hombre/Mujer) = 27,59/27,94; $p = 0,269$), presentando las siguientes frecuencias según año de residencia, ver Tabla 1.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de los/las residentes participantes en el estudio de satisfacción laboral y calidad de vida.

| | fi | % (IC95%) |
|----------------------------|-----|---------------------|
| Hombres | 137 | 33,91 (29,29-38,53) |
| Mujeres | 267 | 66,09 (61,47-70,71) |
| Residentes de 1º año | 80 | 19,80 (15,92-23,69) |
| Residentes de 2º año | 142 | 35,15 (30,49-39,80) |
| Residentes de 3º año | 112 | 27,72 (23,36-32,09) |
| Residentes de 4º o 5º año | 70 | 17,33 (13,64-21,02) |
| Realizan turnos de guardia | 306 | 75,74 (71,56-79,92) |
| Con alguna patología | 16 | 3,96 (2,06-5,86) |

El examen de las variables informó de la inexistencia de valores faltantes. El estudio de la consistencia de las respuestas, mediante el Alfa de Cronbach, dio superior a 0,80 en todos los casos. Además, al estudiar la homogeneidad de cada uno de los ítems de forma individualizada también se obtuvo, en todos ellos, un valor igual o superior a 0,87. En consecuencia, el análisis de las perturbaciones demostró que no fue necesario eliminar ninguno de los ítems. La fiabilidad de las respuestas obtenidas, medida por el CCI dio también valores superiores a 0,80, todos ellos significativos, $p < 0.001$; ver Tabla 2. El test de K-S confirmó la normalidad de la muestra, tanto en el resultado global como en los diferentes apartados ($p < 0,05$ en todos los casos).

Tabla 2. Medidas de consistencia interna y fiabilidad de las respuestas obtenidas sobre satisfacción laboral (SL) y calidad de vida (CV)

| | Consistencia Interna | Fiabilidad |
|--------------------------------------|----------------------|--|
| | α Cronbach | Coefficiente de Correlación Intraclase (IC95%) |
| Respuestas conjuntas SL | 0,95 | 0,95 (0,94-0,96) |
| Respuestas conjuntas CV | 0,90 | 0,90 (0,89-0,91) |
| Respuestas residentes 1º año SL | 0,93 | 0,93 (0,90-0,95) |
| Respuestas residentes 1º año CV | 0,90 | 0,90 (0,87-0,93) |
| Respuestas residentes 2º año SL | 0,95 | 0,95 (0,93-0,96) |
| Respuestas residentes 2º año CV | 0,90 | 0,90 (0,87-0,92) |
| Respuestas residentes 3º año SL | 0,94 | 0,94 (0,92-0,95) |
| Respuestas residentes 3º año CV | 0,91 | 0,90 (0,89-0,94) |
| Respuestas residentes 4º y 5º año SL | 0,95 | 0,94 (0,93-0,97) |
| Respuestas residentes 4º y 5º año CV | 0,88 | 0,88 (0,83-0,92) |

Resultados concernientes con la Satisfacción Laboral

El estudio del resultado global del cuestionario sobre SL ofreció las siguientes medidas centrales: media $2,97 \pm 0,04$, mediana 2,98, máximo 4,64 y mínimo 1,25. El dato medio global fue inferior al de la SL autopercebida: $3,33 \pm 0,03$. Si bien, la asociación observada entre los resultados de la SL obtenidos mediante el cuestionario y la autopercepción expresó una relación buena directa ($Rho = 0,61$; $p < 0,001$).

Los valores estadísticos de cada uno de los ítems y las medidas resumen y global pueden consultarse en la Tabla 3.

Tabla 3. Medidas centrales resultantes de las respuestas de los/las residentes en relación a la satisfacción laboral

| Ítem | media | mediana | máximo | mínimo |
|------|-----------------|---------|--------|--------|
| 1 | $3,34 \pm 0,06$ | 4,00 | 5,00 | 1,00 |
| 2 | $3,72 \pm 0,05$ | 4,00 | 5,00 | 1,00 |
| 3 | $3,27 \pm 0,05$ | 3,00 | 5,00 | 1,00 |
| 4 | $3,91 \pm 0,05$ | 4,00 | 5,00 | 1,00 |
| 5 | $3,73 \pm 0,05$ | 4,00 | 5,00 | 1,00 |
| 6 | $3,20 \pm 0,05$ | 3,00 | 5,00 | 1,00 |
| 7 | $2,69 \pm 0,06$ | 3,00 | 5,00 | 1,00 |
| 8 | $3,09 \pm 0,06$ | 3,00 | 5,00 | 1,00 |
| 9 | $3,89 \pm 0,05$ | 4,00 | 5,00 | 1,00 |
| 10 | $3,29 \pm 0,05$ | 3,00 | 5,00 | 1,00 |
| 11 | $2,91 \pm 0,05$ | 3,00 | 5,00 | 1,00 |
| 12 | $3,09 \pm 0,05$ | 3,00 | 5,00 | 1,00 |
| 13 | $3,19 \pm 0,05$ | 3,00 | 5,00 | 1,00 |
| 14 | $3,20 \pm 0,05$ | 3,00 | 5,00 | 1,00 |
| 15 | $2,59 \pm 0,05$ | 3,00 | 5,00 | 1,00 |
| 16 | $2,65 \pm 0,05$ | 3,00 | 5,00 | 1,00 |
| 17 | $2,90 \pm 0,05$ | 3,00 | 5,00 | 1,00 |
| 18 | $2,74 \pm 0,05$ | 3,00 | 5,00 | 1,00 |
| 19 | $2,30 \pm 0,05$ | 2,00 | 5,00 | 1,00 |
| 20 | $2,41 \pm 0,06$ | 2,00 | 5,00 | 1,00 |
| 21 | $2,16 \pm 0,05$ | 2,00 | 5,00 | 1,00 |

| Ítem | media | mediana | máximo | mínimo |
|-------------------|-------------|---------|--------|--------|
| 22 | 2,42 ± 0,05 | 2,00 | 5,00 | 1,00 |
| 23 | 2,14 ± 0,05 | 2,00 | 5,00 | 1,00 |
| 24 | 3,20 ± 0,05 | 3,00 | 5,00 | 1,00 |
| 25 | 2,90 ± 0,45 | 3,00 | 5,00 | 1,00 |
| 26 | 2,70 ± 0,05 | 3,00 | 5,00 | 1,00 |
| 27 | 3,11 ± 0,05 | 3,00 | 5,00 | 1,00 |
| 28 | 2,39 ± 0,05 | 2,00 | 5,00 | 1,00 |
| Factor 1 | 3,34 ± 0,04 | 3,38 | 5,00 | 1,33 |
| Factor 2 | 2,61 ± 0,04 | 2,55 | 4,55 | 1,00 |
| Factor 3 | 2,86 ± 0,04 | 2,80 | 5,00 | 1,00 |
| SL autopercebida* | 3,33 ± 0,03 | 3,00 | 5,00 | 1,00 |
| Global | 2,97 ± 0,04 | 2,98 | 4,64 | 1,25 |

Factor 1 = Relaciones de mando, interpersonales y participación (preguntas 1 a 12).

Factor 2 = Formación, promoción y retribución (preguntas 13 a 23).

Factor 3 = Organización del trabajo (preguntas 24 a 28).

* Pregunta adicional al cuestionario de SL.

El ítem 4 («Entiende que el trato personal -respeto, comprensión, etc.- que su superior directo tiene respecto a usted, es...») fue el que obtuvo mayor puntuación media $3,91 \pm 0,05$, mientras que el ítem 23 («Cree que la dirección del hospital es receptiva a los problemas y demandas de los trabajadores») fue el que menor puntuación media mostró $2,14 \pm 0,05$.

La asociación de los resultados medios, por sexo (Hombre/Mujer), no ofreció significación estadística: Factor 1 ($3,36/3,33$; $p = 0,672$), Factor 2 ($2,59/2,62$; $p = 0,747$), Factor 3 ($2,79/2,89$; $p = 0,163$) y Global ($2,96/2,97$; $p = 0,843$).

Al relacionar la SL según patología (No/Si) no se encontró asociación: Factor 1 ($3,35/3,09$; $p = 0,183$), Factor 2 ($2,61/2,62$; $p = 0,946$), Factor 3 ($2,87/2,60$; $p = 0,142$) y Global ($2,97/2,82$; $p = 0,358$).

La comparación de los resultados de SL según la realización, o no, de turnos de guardia (No/Si) tampoco presentó ninguna asociación estadística: Factor 1 ($3,41/3,32$; $p = 0,355$), Factor 2 ($2,70/2,58$; $p = 0,147$), Factor 3 ($2,81/2,87$; $p = 0,445$) y Global ($3,02/2,95$; $p = 0,353$).

La comparación por grupos de edad (grupo1/grupo 2) mostró asociación en todos los casos, a favor del grupo 1 (el más joven): Factor 1 ($3,43/3,21$; $p = 0,005$), Factor 2 ($2,68/2,49$; $p = 0,009$), Factor 3 ($2,96/2,70$; $p < 0,001$) y Global ($3,05/2,83$; $p = 0,002$).

Al comparar los datos globales de la SL, según el año de residencia, se observaron diferencias entre los/residentes del 1^{er} año y el resto de ellos ($p < 0,001$ en todos los casos).

Resultados relativos a la Calidad de Vida

El puntaje del resultado global del cuestionario sobre CV ofreció las siguientes medidas centrales: media $3,27 \pm 0,03$, mediana 3,31, máximo 4,81 y mínimo 1,46. La media de resultado global fue inferior a la CV autopercebida: $3,38 \pm 0,05$, presentando el resultado global del cuestionario de CV y los datos de autopercepción una buena correlación ($Rho = 0,55$; $p < 0,001$).

Los estadísticos de cada uno de los ítems y las medidas resumen y global pueden consultarse en la Tabla 4.

Tabla 4. Medidas centrales resultantes de las respuestas de los/las residentes en relación a la calidad de vida

| Ítem | media | mediana | máximo | mínimo |
|-----------|-------------|---------|--------|--------|
| 1 | 3,38 ± 0,05 | 3,00 | 5,00 | 1,00 |
| 2 | 3,75 ± 0,05 | 4,00 | 5,00 | 1,00 |
| 3 | 1,74 ± 0,05 | 1,00 | 5,00 | 1,00 |
| 4 | 1,50 ± 0,05 | 1,00 | 5,00 | 1,00 |
| 5 | 3,47 ± 0,05 | 4,00 | 5,00 | 1,00 |
| 6 | 3,82 ± 0,05 | 4,00 | 5,00 | 1,00 |
| 7 | 3,25 ± 0,05 | 3,00 | 5,00 | 1,00 |
| 8 | 3,19 ± 0,05 | 3,00 | 5,00 | 1,00 |
| 9 | 3,37 ± 0,05 | 3,00 | 5,00 | 1,00 |
| 10 | 3,27 ± 0,06 | 3,00 | 5,00 | 1,00 |
| 11 | 3,51 ± 0,06 | 4,00 | 5,00 | 1,00 |
| 12 | 3,67 ± 0,05 | 4,00 | 5,00 | 1,00 |
| 13 | 3,53 ± 0,05 | 4,00 | 5,00 | 1,00 |
| 14 | 2,91 ± 0,05 | 3,00 | 5,00 | 1,00 |
| 15 | 3,61 ± 0,06 | 4,00 | 5,00 | 1,00 |
| 16 | 2,87 ± 0,06 | 3,00 | 5,00 | 1,00 |
| 17 | 3,27 ± 0,05 | 3,00 | 5,00 | 1,00 |
| 18 | 3,39 ± 0,05 | 3,00 | 5,00 | 1,00 |
| 19 | 3,46 ± 0,05 | 4,00 | 5,00 | 1,00 |
| 20 | 3,42 ± 0,05 | 4,00 | 5,00 | 1,00 |
| 21 | 3,05 ± 0,06 | 3,00 | 5,00 | 1,00 |
| 22 | 3,70 ± 0,05 | 4,00 | 5,00 | 1,00 |
| 23 | 3,91 ± 0,05 | 4,00 | 5,00 | 1,00 |
| 24 | 3,91 ± 0,05 | 4,00 | 5,00 | 1,00 |
| 25 | 3,32 ± 0,06 | 3,00 | 5,00 | 1,00 |
| 26 | 2,84 ± 0,05 | 3,00 | 5,00 | 1,00 |
| Dominio 1 | 2,81 ± 0,03 | 2,86 | 5,00 | 1,14 |
| Dominio 2 | 3,39 ± 0,03 | 3,50 | 4,50 | 1,83 |
| Dominio 3 | 3,39 ± 0,05 | 3,67 | 5,00 | 1,00 |
| Dominio 4 | 3,48 ± 0,03 | 3,50 | 5,00 | 1,25 |
| Global | 3,27 ± 0,03 | 3,31 | 4,81 | 1,46 |

Dominio 1: Salud física (ítems 3, 4, 10, 15, 16, 17 y 18).

Dominio 2: Salud psicológica (ítems 5, 6, 7, 11, 19 y 26).

Dominio 3: Relaciones Sociales (ítems 20, 21 y 22).

Dominio 4: Ambiente (ítems 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 y 25).

Los ítems 23 («¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?») y 24 («¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?») fueron los que lograron mayor puntuación media $3,91 \pm 0,05$, mientras que el ítem 4 («¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?») fue el que menor puntuación media alcanzó $1,50 \pm 0,05$.

No se observaron diferencias significativas en los datos de la CV según el sexo (Hombre/Mujer): Dominio 1 (2,74/2,84; $p = 0,112$), Dominio 2 (3,39/3,39; $p = 0,964$), Dominio 3 (3,32/3,42; $p = 0,301$), Dominio 4 (3,49/3,47; $p = 0,889$) y Global (3,25/3,29; $p = 0,532$).

Al relacionar la CV según existencia de patología (No/Si) no se encontró ninguna asociación: Dominio 1 (2,81/2,77; $p = 0,790$), Dominio 2 (3,39/3,35; $p = 0,792$), Dominio 3 (3,40/3,21; $p = 0,424$), Dominio 4 (3,48/3,42; $p = 0,738$) y Global (3,28/3,20; $p = 0,598$).

El análisis de los resultados de CV según la realización, o no, de turnos de guardia (No/Sí) sí presentó asociación para el Dominio 3 (3,23/3,44; $p = 0,042$), no existiendo asociación para el resto de los Dominios, ni para el resultado Global: Dominio 1 (2,831/2,80; $p = 0,680$), Dominio 2 (3,36/3,40; $p = 0,477$), Dominio 4 (2,83/2,80; $p = 0,412$) y Global (3,25/3,28; $p = 0,598$). Relación, correspondencia

La comparación por grupos de edad (grupo1/grupo 2) no encontró diferencias significativas en el Dominio 1 (2,84/2,76; $p = 0,170$) y en el Dominio 4 (3,52/3,41; $p = 0,133$). Pero, si se encontraron en los otros dominios y en el resultado global, siempre a favor del grupo más joven: Dominio 2 (3,44/3,31; $p = 0,031$), Dominio 3 (3,48/3,25; $p = 0,014$) y Global (3,32/3,20; $p = 0,025$).

No hubo diferencias entre los datos globales de la CV en relación con el año de residencia.

Relación entre la Satisfacción laboral y la Calidad de Vida

La correlación entre SL autopercibida y CV autopercibida fue buena ($Rho = 0,53$; $p < 0,001$), mientras que, entre la SL y la CV global resultantes de los valores de los cuestionarios, fue moderada ($Rho = 0,39$; $p < 0,001$), ver Figura 1.

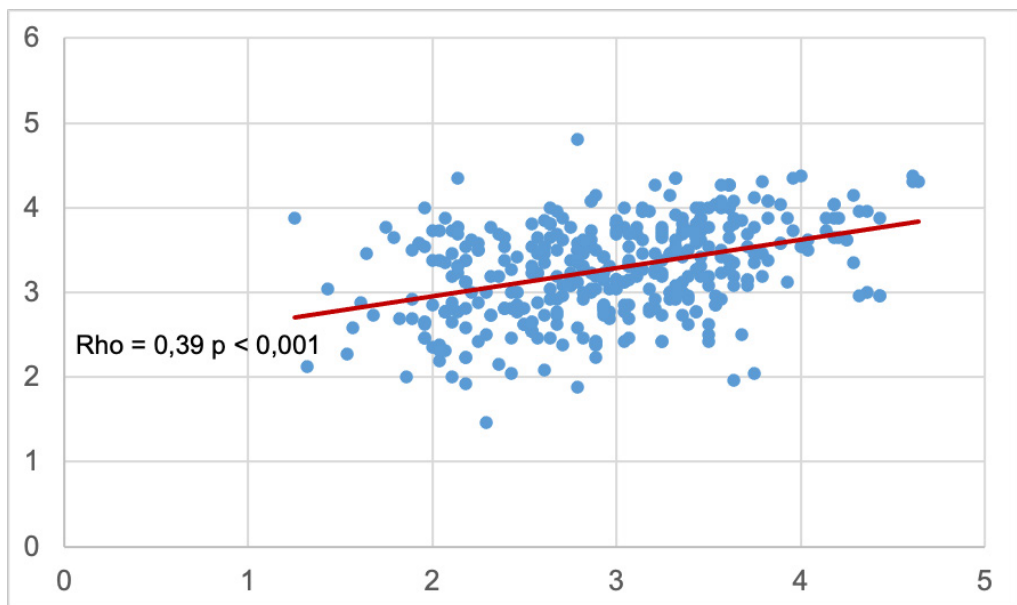


Figura 1. Diagramas de puntos de la relación entre el resultado del cuestionario de la satisfacción laboral (x) versus el de la calidad de vida (y).

Principales observaciones recogidas en el apartado de cierre

Este apartado apenas fue utilizado por los residentes. Los comentarios más frecuentes aludieron a la falta de formación. Así, 6 (1,49% IC95% 0,31-2,66) personas manifestaron falta de formación y supervisión en general y también para realizar investigación. De ellas, 5 (1,24% IC95% 0,16-2,32) declararon que esta circunstancia se había acentuado desde el inicio de la pandemia.

Otra observación realizada por 7 (1,73% IC95% 0,46-3,01) residentes fue su «sentimiento de ser utilizados» como «mano de obra barata», más que como médicos en época de formación, a partir de la promulgación de la pandemia.

Algunos de los residentes de 1º año, 5 (1,24% IC95% 0,16-2,32) declararon que sus respuestas podrían no ser muy relevantes ya que consideraban que carecían de suficiente información.

Discusión

Según los resultados obtenidos, los residentes españoles percibieron que tanto su SL como su CV se clasificaba dentro del rango considerado normal por los dos cuestionarios empleados y con resultados similares a anteriores estudios realizados en época no pandémica⁽¹⁸⁾.

Resultó interesante comprobar cómo a pesar de compatibilizar formación y trabajo, desafío acrecentado por la pandemia, presentaron niveles de satisfacción adecuados, habiendo sido capaces de adaptarse a la situación. En una comunicación realizada al 8º Congreso Iberoamericano en Investigación de Gobernanza Universitaria se notificó un resultado similar, habiendo verificado que los jóvenes que estudiaban y a la vez trabajaban expresaron que su vida no era perfecta, pero se sentían a gusto con ella y manifestaron que la mayoría de las circunstancias que la conforman eran en general buenas⁽¹⁹⁾.

El número de participantes se consideró adecuado al ser mayor que el tamaño muestral calculado y superior a la mayoría de los trabajos que recopiló Raji⁽²⁰⁾, en su revisión sistemática sobre el bienestar en la época de la residencia.

El Alfa de Cronbach calculada (con valores cercanos a 1) permitió obtener garantías sobre la consistencia de los resultados recabados, es decir, de la ausencia de errores en la medida realizada, lo que aportó robustez a los datos. El CCI permitió conocer el alto grado de concordancia de las respuestas aportadas por los diferentes participantes. Estos valores garantizaron la buena coherencia y fiabilidad del cuestionario empleado para conocer la SL y la CV de los residentes participantes. Los resultados obtenidos sobre SL fueron más consistentes que los indicados en otros estudios previos donde también se utilizó el cuestionario Font-Roja como base⁽²¹⁾ y lo mismo se observó al contrastar los resultados del cuestionario de CV⁽²²⁾.

Qué el ítem más valorado en relación con la SL fuera el trato con su superior directo se explicaría por la buena relación que se suele establecer con el tutor, ya que éste se suele implicar activamente en el proceso de formación del residente y favorece su aprendizaje, fomentando así el respeto y confianza mutuos. Este resultado también fue apuntado en un estudio previo⁽²³⁾, donde se considera al tutor como persona imprescindible para la formación del residente. El trabajo de Zubair et al.⁽²⁴⁾, evidenció que prácticamente la mitad de los residentes reconocían la buena labor de su director de programa y cuando los residentes realizaban bien su trabajo, era reconocido por su superior y éste les ayudaba a desarrollar nuevas técnicas.

Sin embargo, también existen investigaciones donde se han visto datos contrarios. Así, Pehlivanoglu et al.⁽²⁵⁾, señalaron que algunos residentes habían sufrido algún tipo de abuso verbal durante su formación.

Por otra parte, el hecho de que la percepción de la receptividad de la dirección del hospital ante los problemas de los residentes fuera la cuestión que menor puntuación recibió podría deberse al escaso contacto que suele existir entre ellos, lo cual provocaba que los residentes experimentasen falta de apoyo por parte de la gerencia hospitalaria. El diseño de acciones de perfeccionamiento por parte de la dirección, que redunde en la mejora de las tareas más habituales de los residentes, debería ser una actividad usual⁽¹⁸⁾.

En una encuesta realizada en la época de pandemia a través de redes sociales por la vocalía de residentes de la sociedad española de medicina familiar y comunitaria, se puntuó de forma notable (por encima de 7 sobre 10) la intervención del tutor, mientras que la actuación de la dirección obtuvo solo la calificación de aprobado, sin diferencias significativas según los distintos años de residencia⁽²⁶⁾.

En relación con la SL no se encontraron diferencias por sexo, aunque mujeres y hombres tienden a asumir roles diferentes los cuales, en muchas ocasiones, les son impuestos en el desarrollo de su labor hospitalaria. En línea a los hallazgos encontrados, Pulcrano et al.⁽²⁷⁾, en su revisión sistemática, identificaron 6 artículos que correlacionaban el sexo femenino con un mayor riesgo de burnout, depresión y menor SL, mientras que otros 9 artículos no encontraron asociación por sexo. Otra investigación tampoco halló relación entre la SL y el sexo⁽²⁸⁾.

La falta de significación estadística según existencia de patología se debió fundamentalmente al escaso número de personas que declararon sufrir una enfermedad que pudiera interferir en sus labores formativas/asistenciales propias de esta etapa. En el caso de los médicos residentes, es el cuerpo docente, principalmente su tutor, quien debe utilizar su sensibilidad médica para detectar algún problema de salud de los médicos en formación de manera temprana. En este marco es importante reconocer los factores de vulnerabilidad de los propios residentes y así tomar medidas de protección de todos los actores de la relación clínica⁽²⁹⁾.

Si llamó la atención la no existencia de asociación entre el grado de SL y la realización de turnos de guardia, más aún cuando existen estudios, donde se señalaron los riesgos potenciales de trabajar un exceso de horas, como por ejemplo el de Sundberg et al.⁽³⁰⁾, quienes concluyeron que la calidad del trabajo se podía ver afectada por el horario nocturno, el trabajo a altas horas de la mañana y el realizado de manera desorganizada. Menéndez-González et al.⁽³¹⁾, vieron que la realización de guardias, especialmente cuando no se libran, afectaba tanto a la SL como a la CV, reconociendo algunos residentes el haber recurrido a fármacos para evitar el sueño. Se evidenció que en los turnos de guardia frecuentemente los residentes no están supervisados ni reciben retroalimentación, reconociendo haber cometido errores importantes durante su labor asistencial como consecuencia de la fatiga⁽³²⁾. No obstante, los residentes manifestaban estar satisfechos con el sueldo y con los incrementos recibidos por los turnos de guardia, lo cual paliaba parcialmente, a su juicio, los aspectos negativos mencionados⁽¹⁸⁾. Se podría pensar que en los residentes consultados la retribución económica relativizó su percepción en relación con la SL, pero se aprecia que, en general, están satisfechos con su trabajo.

Posiblemente el dato más llamativo, derivado de la pandemia, y que contradice a todos los estudios anteriores fue que los residentes de primer año mostraron una mayor SL en comparación con los más veteranos. Generalmente los residentes más experimentados se asocian con menores niveles de estrés en el trabajo y mayor satisfacción al encontrarse más próximos a terminar la especialidad y ver sus objetivos cumplidos^(25,27,33). Así, Alrawashdeh et al.⁽³⁴⁾, en su estudio sobre agotamiento ocupacional y satisfacción laboral de los médicos en tiempos de crisis de COVID-19, manifestaron que, en cuanto a la satisfacción laboral, el análisis de regresión reveló que la edad se asoció positivamente con mayores niveles de satisfacción laboral. Igualmente, Macedo et al.⁽³⁵⁾, concluyeron que los residentes de primer año eran menos competentes para lidiar con el estrés ocupacional porque, dada su inexperiencia profesional, tenían un repertorio de recursos más reducido a su disposición.

En el caso de este estudio, esta mayor SL referida podría haberse visto modificada por factores debidos a la pandemia (diferente organización de las guardias en algunos centros, sensación de menor responsabilidad para residentes de primer año) o factores externos (como retribución económica favorable o escaso cansancio acumulado).

Tal y como señalaron Kovach et al.⁽³⁶⁾, los médicos residentes de mayor edad tienen factores estresantes adicionales relacionados con responsabilidades familiares, hijos o el cuidado de padres, situación altamente preocupante durante la pandemia por el miedo al contagio. La revisión de García-Iglesias et al.⁽³⁷⁾, identificó que la preocupación personal más comúnmente relacionada con el brote de Covid-19 fue la concerniente con la salud de la familia y el riesgo de transmitir la enfermedad a la misma.

En lo concerniente a la calidad de vida fueron los ítems sobre las condiciones del lugar donde se vive y el acceso a los servicios sanitarios los que tuvieron una mayor puntuación media. En el primer caso, hay que tener en cuenta que es un periodo en el cual, con frecuencia, existe un cambio de residencia a la ciudad donde se cursará la especialidad, circunstancia que favorece el contacto con nuevas amistades y, a la vez, posibilita la aparición de nuevas metas y objetivos profesionales⁽²⁵⁾. Prieto-Miranda et al.⁽³⁸⁾, comprobaron que algunos residentes consideraron el cambio de domicilio como algo trascendental, Puranitee et al.⁽²⁸⁾, verificaron que el nuevo clima educativo estuvo fuertemente relacionado con la calidad de vida de los residentes y Cárdenas-Ayón et al.⁽³⁹⁾, confirmaron la satisfacción de los residentes con el ambiente académico-laboral. El estar inmerso en el ámbito sanitario, lógicamente, facilita el acceso al mismo en el caso de que hiciera falta acceder a una consulta médica⁽⁴⁰⁾. Además, hay que tener en cuenta que se trata de una población joven que, como se ha visto en los resultados de este estudio, raramente tienen una patología que les dificulte realizar su tarea laboral. Esto explicaría que

el ítem relacionado con la necesidad de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria fuera el que menor puntuación obtuviese.

Al igual que en la SL, no hubo relación entre la CV y el sexo. Esta circunstancia ya fue probada por Pulcrano et al.⁽²⁷⁾, que lo asociaba a la juventud de las mujeres y a la ausencia de factores estresantes tales como la maternidad. Anteriormente, Foley et al.⁽⁴⁰⁾, no encontraron asociación significativa en relación al sexo, la etnia o el tipo de programa de formación. Tampoco se encontró relación con el año de residencia o el sexo.

Por el contrario, Aziz et al.⁽⁴¹⁾, observaron una tasa de agotamiento significativamente mayor en las médicas con turnos de urgencia, en comparación con sus homólogos masculinos. Zubair et al.⁽²⁴⁾, señalaron que las mujeres eran más propensas a tener una menor sensación de bienestar y Cohen et al.⁽⁴²⁾, encontraron que ellas informaban de un mayor grado de estrés que los hombres. No obstante, se preguntaron si ésta diferencia podía deberse a un sesgo de información, ya que las mujeres presentaban mayor disposición a manifestar su estrés y malestar.

El tener turnos de guardia si se asoció con el Dominio 3 (relaciones sociales), lo cual se explicaría, según Macedo et al.⁽³⁵⁾, por tener que lidiar con situaciones difíciles que pudieron llevar al desánimo, fatiga, pesimismo, escepticismo, pérdida de la capacidad de sentir placer, retraimiento social, irritabilidad y falta de cuidado de uno mismo. Adicionalmente, el trabajo por turnos, afecta al estado anímico lo que provoca algún tipo de desafectación en las relaciones profesionales, sociales y familiares⁽³²⁾.

Notoriamente, estas condiciones se vieron sumamente exacerbadas por las situaciones generadas por la pandemia, donde se constataron niveles medios/altos de ansiedad, depresión, preocupación e insomnio y, en menor medida, estrés⁽³⁷⁾. Además, Pollock et al.⁽⁴³⁾, en su revisión de la evidencia, señalaron que los sanitarios de primera línea no eran plenamente conscientes de las necesidades de apoyar el bienestar social de los pacientes que acudían a urgencias, y carecían de equipos, tiempo o habilidades necesarias para realizar correctamente esa intervención.

Por otra parte, la edad influyó en los Dominios 2 (Salud psicológica), 3 (Relaciones sociales) y en el resultado global de la CV, obteniendo siempre los residentes jóvenes mejor media, lo cual podría sorprender ya que, por norma general, ellos se hallan en los primeros años de residencia y suelen tener una peor CV⁽³⁵⁾. Estos hallazgos, al igual que se ha discutido en relación con la SL, se consideró que serían resultado de la pandemia y del incremento de las responsabilidades según año de residencia⁽²⁶⁾.

De nuevo, como se vio con la SL, los resultados de CV relacionados con el año de residencia se comportaron de forma inversa a lo conocido hasta el momento, donde se admitía que durante la residencia disminuía la CV solo durante el primer año⁽³⁸⁾. No obstante, hay que tener en cuenta que algunos residentes de primer año declararon que sus respuestas podían no ser muy relevantes ya que consideraban que carecían de suficiente información.

Es reseñable la relación que expresan los residentes entre su SL y su CV autopercebida, con un resultado mayor que el observado de los resultados de los cuestionarios, y ello a pesar de que, según el informe de la Organización Médica Colegial de España⁽⁴⁴⁾, la mitad habían visto aumentado el número de guardias realizadas desde el inicio del estado de alarma, y una gran mayoría afirmaban que su proceso de formación se había visto deteriorado. En contraste, un estudio realizado entre profesionales sanitarios en formación confirmaría los resultados de este trabajo ya que en general los residentes manifestaron continuar con su labor asistencial, al tiempo que mantenían el número de guardias mensuales y pensaban que recibían una formación adecuada⁽⁴⁵⁾.

Una revisión, realizada antes de la pandemia, confirmó la asociación entre la satisfacción de los médicos en formación con los factores personales (desarrollo profesional, apoyo de los colegas, clima de equipo⁽⁴⁶⁾, componentes que en este trabajo también obtuvieron una adecuada puntuación. Por difícil que sea este periodo de formación médica, las experiencias compartidas y las discusiones con profesionales más experimentados permitieron incrementar la madurez emocional de los residentes, quienes desarrollaron gradualmente una mayor capacidad de lidiar con los altibajos de su profesión⁽³⁵⁾, más, si cabe, en este periodo.

Por último, se quieren discutir las observaciones realizadas en la parte final de la encuesta, que, si bien no fueron numerosas, son importantes ya que se manifestaron de forma espontánea.

La falta de formación expresada por los residentes se ha detectado también en otros trabajos relacionados con la pandemia y, generalmente, se percibe como necesidad de establecer un periodo extra para completar la formación, y, sobre todo, para recuperar los rotatorios no realizados debido a la pandemia. Máxime si se tiene en cuenta que la mitad de los residentes consideró que el trabajo relacionado con la COVID no le había aportado nada a nivel formación^(26,44,45) y que se había focalizado el aprendizaje socio-sanitario en una sola patología. De todos modos, es importante reseñar que, en general y en el periodo pre-pandémico, los médicos en formación habían manifestado tanto su conformidad con el programa de formación⁽⁴⁷⁾ como estar contentos con la elección de especialidad y el grado de consecución de sus objetivos⁽²⁵⁾.

Asimismo, se comentó la escasa formación en investigación que se había visto agravada por la pandemia. Aunque, esta queja no es un hecho exclusivo del periodo pandémico, ya que se había constatado en estudios previos⁽⁴⁸⁾, donde se indicaba que las actividades relacionadas con la investigación y la docencia estaban asociadas con la satisfacción global del residente.

Igualmente, es destacable la observación realizada por algunos residentes, como su sentimiento de ser utilizados como «mano de obra barata», más que como médicos en época de formación, a partir de la promulgación de la pandemia. Esta apreciación también se recogió en otros estudios^(26,45), donde incluso se ponía de manifiesto la ampliación de jornada no remunerada⁽⁴⁴⁾. Así, Menéndez-González et al.⁽³¹⁾, advirtieron que era totalmente erróneo pensar que cuanto más se trabaja más se aprende, ya que existe un punto en que la fatiga impide adquirir nuevos conocimientos y es necesario un equilibrio entre el tiempo dedicado a la formación mediante actividades asistenciales, el empleado en las actividades no asistenciales y el descanso. En este sentido, sería bueno recordar que formar y ayudar al cuidador sanitario supuso una mejoría en su calidad de vida⁽⁴⁹⁾.

Las limitaciones del presente trabajo fueron las propias de este tipo de diseño, esencialmente la subjetividad personal del que reportó, hecho que pudo redundar en errores de medición, más aún en el periodo estudiado, por lo que se tuvo en cuenta que los resultados obtenidos pudieron no constituir evidencia sólida, quedando a criterio de los participantes la sinceridad de las respuestas. Sin embargo, la participación de residentes de un extenso número de unidades docentes permitió mostrar una visión amplia de lo ocurrido durante la pandemia en todo el territorio nacional. Dada la cantidad de contestaciones obtenidas se consideró que el posible sesgo de información no influyó de manera significativa en los hallazgos encontrados.

Conclusiones

Por todo lo anteriormente expresado, se pudo concluir:

Que el tutor ejerció un papel primordial como referente para el residente durante su formación, así como un apoyo fundamental para el mismo. Sin embargo, los altos cargos hospitalarios no favorecieron dicho contacto, y por ello son percibidos como un ente que no llega a gestionar los problemas a los que los trabajadores se ven expuestos.

No se encontraron diferencias en cuanto a la relación de sexo ni turnos de guardia con la SL. Sorprendentemente los residentes de primer año presentaron mayor SL y CV en comparación con los veteranos, pudiéndose deber este hecho a la pandemia, dado que en muchos hospitales los residentes principiantes tuvieron que asumir menor responsabilidad y presentaron menor cansancio acumulado.

En contraposición, los turnos de guardia sí que afectaron la CV, específicamente en las relaciones sociales, tanto por la restricción de las actividades y por alteraciones del estado anímico, como por el aumento del estrés generado por la pandemia.

Los resultados de CV relacionados con el año de residencia se comportaron de forma inversa a lo conocido hasta el momento, ya que durante la residencia disminuía la CV solo durante el primer año, al contrario del resultado obtenido en este estudio.

La escasa formación en investigación se vio asimismo agravada por la pandemia.

Los datos obtenidos en este estudio pusieron de manifiesto la necesidad de realizar nuevas investigaciones en cuanto a la SL y CV de los residentes durante este periodo y los venideros, ya que los resultados no siempre fueron los esperados y la evolución de la pandemia podría condicionar en gran medida a los factores determinantes de la salud relacionados con el bienestar de estos.

Bibliografía

1. Peydró-Navarro C. Calidad de vida, trabajo y salud en los profesionales sanitarios: un estudio en el Hospital General Universitario de Alicante [tesis doctoral]. Alicante, España: Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante; 2015.
2. González P, Peiró JM, Bravo MJ. Calidad de vida laboral. En: Peiró JM, Prieto F, editores. Tratado de Psicología del Trabajo (Volumen 2): Aspectos psicosociales del trabajo. Madrid, España: Síntesis; 1966.
3. Segurado-Torres A, Agulló-Tomás E. Calidad de vida laboral: hacia un enfoque integrador desde la Psicología Social. *Psicothema*. 2002;14(4):828-36. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/806.pdf>
4. Costello H, Walsh S, Cooper C, Livingston G. A systematic review and meta-analysis of the prevalence and associations of stress and burnout among staff in long-term care facilities for people with dementia. *Int Psychogeriatr*. 2019;31(8):1203-16. Doi: 10.1017/S1041610218001606. Disponible en: <https://bit.ly/3H8FIDe>
5. Azam K, Khan A, Alam MT. Causes and adverse impact of physician Burnout: A systematic review. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2017;27(8):495-501. PMID: 28903843. Disponible en: <https://bit.ly/3G8N0jy>
6. Noone C, McSharry J, Smalle M, Burns A, Dwan K, Devane D, et al. Video calls for reducing social isolation and loneliness in older people: a rapid review. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;5(5):CD013632. DOI: 10.1002/14651858.CD013632. Disponible en: <https://bit.ly/3rWks7W>
7. Zhang Y, Ma ZF. Impact of the COVID-19 pandemic on mental health and quality of life among local residents in Liaoning province, China: A cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(7):e2381. DOI: 10.3390/ijerph17072381. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/7/2381>
8. Collado-Hernández B, Torre-Rugarcía Y. Actitudes hacia la prevención de riesgos laborales en profesionales sanitarios en situaciones de alerta epidemiológica. *Med Segur Trab*. 2015;61(239):233-53. DOI: 10.4321/S0465-546X2015000200009. Disponible en: <https://bit.ly/3HbJlmg>
9. Mullangi S, Diamond R, Patel KK. Bridging the divide between physicians and administrators during COVID-19. *Am J Manag Care*. 2020;26(12):499-500. DOI: 10.37765/ajmc.2020.88497. Disponible en: <https://bit.ly/3rXqTrx>
10. Giménez-Espert MC, Prado-Gascó V, Soto-Rubio A. Psychosocial risks, work engagement and job satisfaction of nurses during COVID-19 pandemic. *Front Public Health*. 2020;8:e566896. DOI: 10.3389/fpubh.2020.566896. Disponible en: <https://bit.ly/34f3KbU>
11. Monje-Agudo P, Borrego-Izquierdo Y, Robustillo-Cortés M de LA, Jiménez-Galán R, Almeida-González CV, Morillo-Verdugo RA. Diseño y validación de una encuesta de satisfacción con la atención farmacéutica recibida en las consultas de farmacia hospitalaria. *Farm Hosp*. 2015;39(3):152-6. DOI: 10.7399/fh.2015.39.3.8366. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/fh/v39n3/05original03.pdf>
12. Bonett DG. Sample size requirements for estimating intraclass correlations with desired precision. *Stat Med*. 2002;21(9):1331-5. DOI: 10.1002/sim.1108. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/sim.1108>
13. Bonett DG, Wright TA. Sample size requirements for estimating pearson, kendall and spearman correlations. *Psychometrika*. 2000;65(1):23-8. DOI: 10.1007/BF02294183.

- 14.** Aranaz-Andrés JM. Cuestionario Font Roja: Un instrumento de medida de la satisfacción en el medio hospitalario. *Todo Hosp.* 1988;(52):63-8.
- 15.** Nogués-Sánchez L. Evaluación de la satisfacción laboral en un servicio de recursos humanos de un hospital público [trabajo de fin de máster]. Palma, España: Universitat de les Illes Balears; 2016. Disponible en: <https://bit.ly/3IIVWTK>
- 16.** Núñez-González E, Estévez-Guerra GJ, Hernández-Marrero P, Marrero-Medina CD. Una propuesta destinada a complementar el cuestionario Font-Roja de satisfacción laboral. *Gac Sanit.* 2007;21(2):136-41. DOI: 10.1157/13101040. Disponible en: <https://bit.ly/3rXwiiij>
- 17.** WHOQOL Group. WHOQOL: Measuring Quality of Life [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2021 [citado 21 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/toolkits/whoqol>
- 18.** Fernández-Martínez O, Moreno-Suárez S, Hidalgo-Cabrera C, García del Río-García B, Martín-Tapia A. Calidad de vida profesional de los médicos residentes. *Arch Med.* 2007;3(3):1-19. Disponible en: <https://bit.ly/3r5P6ww>
- 19.** Salazar-Botello CM, Muñoz-Jara Y, Mendoza-Llanos R, Acuña-Hormazábal Á. Satisfacción con la vida, satisfacción laboral y actitud ante el cambio en tiempos de pandemia: La experiencia de quienes estudian y trabajan. VIII Congreso Iberoamericano en investigación de gobernanza universitaria; 2020 nov 18; Universidad Santo Tomás, Bogotá, Colombia. DOI: 10.15332/dt.inv.2020.01605. Disponible en: <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/30724>
- 20.** Raj KS. Well-being in residency: A systematic review. *J Grad Med Educ.* 2016;8(5):674-84. DOI: 10.4300/JGME-D-15-00764.1. Disponible en: <https://bit.ly/3rV9fEQ>
- 21.** Porcel-Gálvez AM, Martínez-Lara C, Gil-García E, Grao-Cruces A. Construcción y validación del cuestionario G_Clinic para medir la satisfacción laboral en profesionales de enfermería de las unidades de gestión clínica. *Rev Esp Salud Publica.* 2014;88(3):419-28. DOI: 10.4321/S1135-57272014000300011. Disponible en: <https://bit.ly/3INBTyy>
- 22.** Krägeloh CU, Henning MA, Hawken SJ, Zhao Y, Shepherd D, Billington R. Validation of the WHO-QOL-BREF quality of life questionnaire for use with medical students. *Educ Health Abingdon Engl.* 2011;24(2):545. PMID: 22081657. Disponible en: <https://bit.ly/3u8myo4>
- 23.** Lucas-Pérez-Romero FJ, Chacón-Caso P, Casado-Vicente V, Pablo-Cerezuela F. Percepción de los residentes de medicina familiar y comunitaria sobre el programa formativo de la especialidad. *Rev Clínica Med Fam.* 2012;5(1):17-24. DOI: 10.4321/S1699-695X2012000100004. Disponible en: <https://bit.ly/3r8cc5v>
- 24.** Zubair MH, Hussain LR, Williams KN, Grannan KJ. Work-related quality of life of US general surgery residents: Is It Really so Bad? *J Surg Educ.* 2017;74(6):e138-46. DOI: 10.1016/j.jsurg.2017.09.018. Disponible en: <https://bit.ly/3AFzkvs>
- 25.** Pehlivanoglu B, Hassoy H, Calle C, Dendooven A, Nalbantoglu Ilk, Reshchikova L, et al. How does it feel to be a pathology resident? Results of a survey on experiences and job satisfaction during pathology residency. *Virchows Arch Int J Pathol.* 2017;471(3):413-22. DOI: 10.1007/s00428-017-2167-2. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00428-017-2167-2>
- 26.** Gutiérrez-Muñoz B, Ruiz-Aranda A, Párraga-Martínez I. Situación de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria en época de la COVID-19: opiniones y percepciones. *Rev Clin Med Fam.* 2021;14(1):43-6. Disponible en: <https://bit.ly/3o5u92R>
- 27.** Pulcrano M, Evans SRT, Sosin M. Quality of Life and Burnout rates across surgical specialties: A systematic review. *JAMA Surg.* 2016;151(10):970-8. DOI: 10.1001/jamasurg.2016.1647. Disponible en: <https://bit.ly/3rWAHsS>
- 28.** Puranitee P, Stevens FFCJ, Pakakasama S, Plitponkarnpim A, Vallibhakara SA-O, Busari JO, et al. Exploring burnout and the association with the educational climate in pediatric residents in Thailand. *BMC Med Educ.* 2019;19(1):245. DOI: 10.1186/s12909-019-1687-7. Disponible en: <https://bit.ly/3r7XwDy>

29. Vergès C. ¿Qué hacer cuando un médico tiene problemas de salud que afectan su desempeño clínico? *Rev Bioet Derecho*. 2017;(40):83-100. Disponible en: <https://bit.ly/3o5crfM>
30. Sundberg K, Frydén H, Kihlström L, Nordquist J. The Swedish duty hour enigma. *BMC Med Educ*. 2014;14(Suppl 1):S6. DOI: 10.1186/1472-6920-14-S1-S6. Disponible en: <https://bit.ly/35y5GNh>
31. Menéndez-González M, Ryan-Murúa P, García-Salaverri B. Efecto subjetivo de las guardias sobre la salud, calidad de vida y calidad asistencial de los médicos residentes de España. *Arch Med*. 2005;1(1):1-14. Disponible en: <https://bit.ly/3AlxoT4>
32. Sarmiento PJ, Parra Chico A. Calidad de vida en médicos en formación de postgrado. *Pers Bioét*. 2015;19(2):290-302. DOI: 10.5294/pebi.2015.19.2.8. Disponible en: <https://bit.ly/3rY1fCR>
33. Cohen-Aubart F, Lhote R, Steichen O, Roeser A, Otriv N, Levesque H, et al. Workload, well-being and career satisfaction among French internal medicine physicians and residents in 2018. *Postgrad Med J*. 2020;96(1131):21-7. DOI: 10.1136/postgradmedj-2019-136657. Disponible en: <https://pmj.bmj.com/content/96/1131/21>
34. Alrawashdeh HM, Al-Tammemi AB, Alzawahreh MK, Al-Tamimi A, Elkholy M, Al Sarireh F, et al. Occupational burnout and job satisfaction among physicians in times of COVID-19 crisis: a convergent parallel mixed-method study. *BMC Public Health*. 2021;21(1):811. DOI: 10.1186/s12889-021-10897-4. Disponible en: <https://bit.ly/3AEx6wg>
35. Macedo PCM, Cítero V de A, Schenkman S, Nogueira-Martins MCF, Morais MB, Nogueira-Martins LA. Health-related quality of life predictors during medical residency in a random, stratified sample of residents. *Rev Bras Psiquiatr Sao Paulo Braz* 1999. 2009;31(2):119-24. DOI: 10.1590/s1516-44462009000200007. Disponible en: <https://bit.ly/3HpzM3H>
36. Kovach JG, Combs CJ, Singh H, Dubin WR. Psychiatry Academic Resident Quality of Life. *Acad Psychiatry*. 2016;40(1):76-80. DOI: 10.1007/s40596-015-0387-9. Disponible en: <https://bit.ly/3g1jy4F>
37. García-Iglesias JJ, Gómez-Salgado J, Martín-Pereira J, Fagundo-Rivera J, Ayuso-Murillo D, Martínez-Riera JR, et al. Impacto del SARS-COV-2 (COVID-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática. *Rev Esp Salud Publica*. 2020;94(1):e202007088. Disponible en: <https://bit.ly/3o7kbyX>
38. Prieto-Miranda SE, López-Benítez W, Jiménez-Bernardino CA. Medición de la calidad de vida en médicos residentes. *Educ Med*. 2009;12(3):169-77. Disponible en: <https://bit.ly/35B97Tv>
39. Cárdenas-Ayón E, Cabrera-Pivaral CE, Viniestra-Velázquez L, González-Reyes HF, Luce-González EG, Ortiz-López MA. Satisfacción de los residentes de medicina familiar con el ambiente académico laboral. *Rev Médica Inst Mex Seguro Soc*. 2010;48(2):227-31. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2010/im102s.pdf>
40. Foley PJ, Roses RE, Kelz RR, Resnick AS, Williams NN, Mullen JL, et al. The state of general surgery training: a different perspective. *J Surg Educ*. 2008;65(6):494-8. DOI: 10.1016/j.jsurg.2008.04.001. Disponible en: <https://bit.ly/3rRIAsc>
41. Aziz AA, Kahlout BH, Bashir K. Female Physicians Suffer a Higher Burnout Rate: A 10-Year Experience of the Qatar EM Residency Training Programme. *J Coll Physicians Surg--Pak JCPSP*. 2018;28(8):651-2. DOI: 10.29271/jcpsp.2018.08.651. Disponible en: <https://bit.ly/3o7U1Ll>
42. Cohen JS, Patten S. Well-being in residency training: a survey examining resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta. *BMC Med Educ*. 2005;5:21. DOI: 10.1186/1472-6920-5-21. Disponible en: <https://bit.ly/33ZIkix>
43. Pollock A, Campbell P, Cheyne J, Cowie J, Davis B, McCallum J, et al. Interventions to support the resilience and mental health of frontline health and social care professionals during and after a disease outbreak, epidemic or pandemic: a mixed methods systematic review. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;11:CD013779. DOI: 10.1002/14651858.CD013779. Disponible en: <https://bit.ly/3KV0tPB>

- 44.** Organización Médica Colegial de España (OMC). Percepción de la situación de la formación sanitaria especializada en España [Internet]. Madrid, España: OMC; 2020 [citado 19 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3v2i0gC>
- 45.** Sánchez-Martínez DA, Madrigal-Laguía P, Serrano-Porta S, Guardiola-Olmos JÁ, Cañadilla-Ferreira M. Análisis de la actividad laboral de los profesionales sanitarios en formación de la Región de Murcia ante la pandemia por COVID-19. *Rev Esp Educ Médica*. 2020;1(1):11-23. DOI: 10.6018/edumed.422531. Disponible en: <https://revistas.um.es/edumed/article/view/422531>
- 46.** Domagała A, Bata MM, Storman D, Peña-Sánchez JN, Świerz MJ, Kaczmarczyk M, et al. Factors Associated with Satisfaction of Hospital Physicians: A Systematic Review on European Data. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(11):e2546. DOI: 10.3390/ijerph15112546. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/15/11/2546>
- 47.** Schonhaut L, Rojas P, Millán T. Calidad de vida de los médicos residentes del Programa de Formación de Especialistas en Pediatría. *Rev Chil Pediatr*. 2009;80(1):30-8. DOI: 10.4067/S0370-41062009000100004. Disponible en: <https://bit.ly/3u4U6mP>
- 48.** Ayala-Morillas LE, Fuentes-Ferrer ME, Sánchez-Díaz J, Rumayor-Zarzuelo M, Fernández-Pérez C, Marco-Martínez F. Factores asociados a la satisfacción del residente con su formación como especialista. *Rev Clínica Esp*. 2014;214(4):175-83. DOI: 10.1016/j.rce.2014.01.004. Disponible en: <https://bit.ly/3shu0uD>
- 49.** Alouat-Chentouf S, Sanz-Valero J. Calidad de vida de los cuidadores de las personas adultas en ingreso domiciliario: revisión sistemática. *Hosp Domic*. 2021;5(2):89-113. DOI: 10.22585/hospdomic.v5i2.129. Disponible en: <https://revistahad.eu/index.php/revistahad/article/view/129>

Anexo

Satisfacción laboral & calidad de vida de los médicos residentes españoles

| Preguntas iniciales | | |
|--|--------------------------|--|
| Sexo | Hombre | |
| | Mujer | |
| Año de nacimiento | | |
| ¿En la actualidad está usted enfermo/a? | No | |
| | Si | |
| Año de residencia en el momento de responder este formulario | Residente de 1º año | |
| | Residente de 2º año | |
| | Residente de 3º año | |
| | Residente de 4º o 5º año | |
| ¿Realiza turnos de urgencia fuera del horario laboral ordinario? | No | |
| | Si | |

| Cuestionario sobre satisfacción laboral | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|-----------|
| ¿Cómo calificaría el grado de su satisfacción laboral? | | | | | | |
| Muy malo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Muy bueno |
| | | | | | | |
| Cree que en su servicio o unidad se valora y reconoce el trabajo bien hecho: | | | | | | |
| Nunca | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Siempre |
| | | | | | | |
| Considera que la capacitación de su superior directo para ejercer las funciones que le corresponden como tal es: | | | | | | |
| Muy baja | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Muy alta |
| | | | | | | |

| Cuestionario sobre satisfacción laboral | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|--------------------|
| Su mando directo le da las orientaciones y apoyo que requiere para el desempeño de su trabajo: | | | | | | |
| Nunca | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Siempre |
| | | | | | | |
| Entiende que el trato personal (respeto, comprensión, ...) que su superior directo tiene respecto a usted, es: | | | | | | |
| Muy inadecuado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Muy adecuado |
| | | | | | | |
| En general, valora la relación profesional con su superior directo como: | | | | | | |
| Muy insatisfactoria | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Muy satisfactoria |
| | | | | | | |
| En relación a las posibilidades de participación en las decisiones cotidianas que afectan a su actividad y entorno de trabajo, está: | | | | | | |
| Muy insatisfecho/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Muy insatisfecho/a |
| | | | | | | |
| Considera que sus posibilidades de participar en la mejora del funcionamiento (organización y planificación del trabajo, definición de criterios de actuación, etc.) de su unidad o servicio, son: | | | | | | |
| Muy bajas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Muy alta |
| | | | | | | |
| Su mando directo trabaja con el equipo los proyectos y cuestiones que afectan a su unidad o servicio, y propicia la aportación de propuestas y sugerencias: | | | | | | |
| Nunca | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Siempre |
| | | | | | | |
| En general, la relación entre compañeros y el ambiente de trabajo existente en su servicio o unidad es: | | | | | | |
| Muy insatisfactoria | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Muy satisfactoria |
| | | | | | | |
| La información que se le da para la correcta ejecución de su trabajo es: | | | | | | |
| Muy insatisfactoria | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Muy satisfactoria |
| | | | | | | |
| Considera que las sugerencias y aportaciones que realiza para la mejora del servicio son adecuadamente escuchadas y consideradas: | | | | | | |
| Nunca | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Siempre |
| | | | | | | |
| Su nivel de conocimiento sobre los objetivos, proyectos, resultados, etc. De su unidad o servicio es: | | | | | | |
| Muy bajo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Muy alto |
| | | | | | | |
| La formación que ha recibido en el Hospital para el desarrollo de su puesto de trabajo, le ha resultado: | | | | | | |
| Muy insatisfactoria | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Muy satisfactoria |
| | | | | | | |
| Las posibilidades de formación para su desarrollo profesional que le ofrece el hospital, le parecen: | | | | | | |
| Muy insatisfactorias | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Muy satisfactorias |
| | | | | | | |
| La respuesta del hospital a las necesidades y peticiones de formación de los trabajadores, es: | | | | | | |
| Muy insatisfactoria | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Muy satisfactoria |
| | | | | | | |
| Considera que en el hospital existen, a igualdad de méritos y capacidades, iguales oportunidades de promoción y desarrollo profesional: | | | | | | |
| Nunca | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Siempre |
| | | | | | | |
| Considera que en el hospital va a poder satisfacer sus expectativas de promoción o desarrollo profesional: | | | | | | |

| Cuestionario sobre satisfacción laboral | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---------------|
| Nunca | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Siempre |
| Cree que en el hospital se valora a las personas en función de la calidad en el cumplimiento de sus responsabilidades: | | | | | | |
| Nunca | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Siempre |
| La retribución total que recibe en relación al trabajo que realiza, le parece: | | | | | | |
| Muy inadecuada | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Muy adecuada |
| La retribución que recibe, en comparación con la del resto de categorías, le parece: | | | | | | |
| Muy inadecuada | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Muy adecuada |
| Cree que recibe una información suficiente y adecuada sobre las decisiones tomadas por la dirección del hospital que le afectan: | | | | | | |
| Nunca | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Siempre |
| En general, las decisiones que está tomando el equipo directivo del hospital le parecen: | | | | | | |
| Muy inadecuadas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Muy adecuadas |
| Cree que la dirección del hospital es receptiva a los problemas y demandas de los trabajadores: | | | | | | |
| Nunca | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Siempre |
| En su opinión, la organización del trabajo en tu unidad o servicio es: | | | | | | |
| Muy inadecuada | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Muy adecuada |
| La coordinación entre los distintos servicios del hospital para la prestación de un buen servicio es: | | | | | | |
| Muy inadecuada | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Muy adecuada |
| Considera que los esfuerzos realizados por el hospital para mejorar su funcionamiento son: | | | | | | |
| Muy bajos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Muy altos |
| El nivel de colaboración que existe entre su servicio y otros servicios, con los que debe relacionarse por razones de trabajo es: | | | | | | |
| Muy bajo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Muy alto |
| Su nivel de conocimiento sobre los objetivos, proyectos, resultados, etc. Del hospital es: | | | | | | |
| Muy bajo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Muy alto |

| Cuestionario sobre calidad de vida | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|------------------|
| ¿Cómo calificaría su calidad de vida? | | | | | | |
| Muy mala | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Muy buena |
| ¿Cómo de satisfecho/a está con su salud? | | | | | | |
| Muy insatisfecho/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Muy satisfecho/a |
| Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas | | | | | | |
| ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita? | | | | | | |

| Cuestionario sobre calidad de vida | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|------------------|
| Nada | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Extremadamente |
| ¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria? | | | | | | |
| Nada | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Extremadamente |
| ¿Cuánto disfruta de la vida? | | | | | | |
| Nada | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Extremadamente |
| ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido? | | | | | | |
| Nada | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Extremadamente |
| ¿Cuál es su capacidad de concentración? | | | | | | |
| Nada | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Extremadamente |
| ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria? | | | | | | |
| Nada | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Extremadamente |
| ¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor? | | | | | | |
| Nada | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Extremadamente |
| Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida. | | | | | | |
| ¿Tiene energía suficiente para la vida diaria? | | | | | | |
| Nada | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Totalmente |
| ¿Es capaz de aceptar su apariencia física? | | | | | | |
| Nada | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Totalmente |
| ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades? | | | | | | |
| Nada | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Totalmente |
| ¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria? | | | | | | |
| Nada | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Totalmente |
| ¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio? | | | | | | |
| Nada | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Totalmente |
| ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro? | | | | | | |
| Nada | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Totalmente |
| Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semanas se ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida | | | | | | |
| ¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño? | | | | | | |
| Muy insatisfecho/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Muy satisfecho/a |
| ¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria? | | | | | | |
| Muy insatisfecho/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Muy satisfecho/a |

| Cuestionario sobre calidad de vida | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|------------------|
| ¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo? | | | | | | |
| Muy insatisfecho/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Muy satisfecho/a |
| | | | | | | |
| ¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo? | | | | | | |
| Muy insatisfecho/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Muy satisfecho/a |
| | | | | | | |
| ¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales? | | | | | | |
| Muy insatisfecho/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Muy satisfecho/a |
| | | | | | | |
| ¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual? | | | | | | |
| Muy insatisfecho/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Muy satisfecho/a |
| | | | | | | |
| ¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as? | | | | | | |
| Muy insatisfecho/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Muy satisfecho/a |
| | | | | | | |
| ¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive? | | | | | | |
| Muy insatisfecho/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Muy satisfecho/a |
| | | | | | | |
| ¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios? | | | | | | |
| Muy insatisfecho/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Muy satisfecho/a |
| | | | | | | |
| ¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona? | | | | | | |
| Muy insatisfecho/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Muy satisfecho/a |
| | | | | | | |
| La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas | | | | | | |
| ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión? | | | | | | |
| Nunca | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Siempre |
| | | | | | | |
| Cierre | | | | | | |
| ¿Le gustaría hacer algún comentario? | | | | | | |
| | | | | | | |



doi: 10.4321/s0465-546x2021000300005

Inspección médica

Incapacidad laboral permanente por patología vestibular en conductores profesionales: un estudio transversal

Permanent work disability due to vestibular pathology in professional drivers: a cross-sectional study

Ana M^a González Cáceres¹

Ana Conde Fuentes²

Luis Sánchez Galán³

¹Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín (HUGCDN). Unidad Docente Multiprofesional de Salud Laboral de Canarias. Gran Canaria. España.

²Hospital Universitario de Móstoles. Unidad Docente Multiprofesional de Salud Laboral de Madrid. Madrid. España.

³Médico Inspector. Dirección provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social de Madrid.

Correspondencia

Ana M^a González Cáceres
anamariaglzc@gmail.com

Recibido: 23.08.2021

Aceptado: 05.09.2021

Publicado: 30.09.2021

Contribuciones de autoría

AMGC Y ACF, elaboración de la idea, diseño del estudio, análisis e interpretación de los datos, así como la escritura del borrador del artículo. LSG, revisión crítica del contenido del artículo.

Financiación

Sin financiación.

Conflicto de intereses

Se señala la no existencia de conflicto de intereses para los autores del presente artículo.

Cómo citar este trabajo

González Cáceres AM, Conde Fuentes A, Sánchez Galán L. Incapacidad laboral permanente por patología vestibular en conductores profesionales: un estudio transversal. *Med Segur Trab (Internet)*. 2021;67(264):191-211. doi: 10.4321/s0465-546x2021000300005

© BY-NC-SA 4.0

Resumen

Introducción: la Patología Vestibular afecta a la capacidad laboral y personal de los pacientes que sufren esta enfermedad.

Método: estudio observacional, descriptivo, analítico y transversal. Como población de estudio se ha comparado a los conductores profesionales frente al resto de profesiones. Las variables usadas han sido: comunidad autónoma, género, edad, patología vestibular, situación de incapacidad temporal, tipo de contingencia, régimen de cotización, CNAE-2009, profesión (CNO-11), tipo de inicio de expediente, calificación, resolución del expediente y tiempo que tarda en resolverse en función de la resolución del expediente.

Resultados: la muestra de expedientes estudiados ha sido de 597, que corresponden a los expedientes por incapacidad permanente presentados en España durante el 2018 para obtener la calificación de incapacitado permanente, o bien denegar dicha prestación. Del total de expedientes valorados, 72 (12.06%) corresponde a conductores profesionales y 525 (87.94%) al resto de categorías. El sexo mayoritario corresponde a hombres (326, 54.61%) con una franja de edad >55 años (276, 46.23%). Con la categoría de enfermedad común aparecen 574 expedientes (96.15%) y el 53.94% (n=322) de estos se inician de oficio. De todos los expedientes presentados, el 55.61% (n=270) tienen una calificación de no incapacitado y el 35.85% (n=214) de incapacidad total. En el contraste de hipótesis hemos obtenido una Odds Ratio de 2.42 (IC95%: 1.42-4.19) con $p < 0.001$.

Conclusiones: ser conductor profesional es un factor de riesgo para que un expediente de incapacidad permanente por patología vestibular se resuelva de forma favorable.

Palabras clave: incapacidad permanente; patología vestibular; conductor profesional; vértigo.

Abstract

Introduction: vestibular disease affects occupational and personal capacities of those patients who suffers this disease.

Method: observational, descriptive, analytic and transversal study. As population for study, we compare the professional drivers to the rest of professional workers. The variables used are: Autonomous community, gender, age, vestibular disease, temporal disability situation, type of contingency, contribution rates, CNAE-2009, Profession (CON-11), start of record, qualifications, expedient resolution, and the time it takes for a case resolution according to case resolution variable.

Results: the total sample of study shows 597 cases, those are the cases that have been evaluated for permanent disability by vestibular disease in Spain during 2008, that eventually are qualified for permanent disability or whether not. Of the total sample of cases evaluated, 72 (12.06%) correspond to professional drivers and 525 (87.94%) to the rest of professionals. The majority gender group correlates to males, with a total of 326 cases (54.61%) with an age group superior to 55 years old (276, 46.23%). In the category of Common diseases it appears 574 cases (96.15%) and all of these, 53.94% (n=322) were initiated ex officio. Of all cases presented, 55.61% (n=270) present a resolution of not disabled and the 35.85% (n=214) with total disability. In the hypothesis testing we obtain an Odds' ratio result of 2.42 (IC95%: 1.42-4.19) with $p < 0.001$.

Conclusions: being professional driver is a risk factor for those cases where permanent disability would be resolved in a favourable way.

Keywords: permanent disability; vestibular disease; professional driver; vertigo.

Introducción

Se denomina Vértigo, en sentido estricto, a la ilusión o falsa sensación por la que una persona cree que los objetos que le rodean o ella misma están sometidos a un movimiento de rotación u oscilación. La presencia de vértigo es la consecuencia de que los impulsos que llegan a la corteza a través del sistema vestibular de ambos lados no son, como en condiciones normales, complementarios y, por lo tanto, no pueden ser integrados armónicamente entre sí y con los procedentes de otros sistemas sensitivos sensoriales (cinestesia y vista)⁽¹⁾. La exploración de la Patología Vestibular requiere la colaboración del médico especialista en Otorrinolaringología y su sistematización es importante para llegar a un diagnóstico que es fundamentalmente clínico⁽²⁾. El nistagmo es el hallazgo objetivo que acompaña al vértigo: se trata de un movimiento involuntario y alternante de los ojos caracterizado por un movimiento lento con dirección horizontal, vertical, oblicuo o rotatorio, seguido de un componente rápido de dirección contraria⁽³⁾.

Actualmente, los trastornos del equilibrio constituyen uno de los motivos más frecuentes de consulta en Atención Primaria, de manera que casi el 2% de la población española consulta cada año por vértigo. La prevalencia estimada del vértigo en la población general es del 3-7%, pero si se añade la sensación de inestabilidad, aumenta hasta el 17-30%. Además, la incidencia es mayor en el sexo femenino y con la edad, llegando a afectar hasta al 20% de la población mayor de 65 años, en quienes comporta riesgo de caídas y genera una alta morbilidad⁽⁴⁾. Estos trastornos vertiginosos tienen un importante impacto sobre la calidad de vida: pueden provocar una grave sensación de incapacidad y declive funcional con repercusiones en la vida laboral, social y familiar de los pacientes. Su carácter crónico, fluctuante e invalidante tiene un fuerte impacto psicológico y suele conllevar ansiedad y depresión para quien lo sufre, por lo que resulta fundamental realizar una correcta valoración, tratamiento y rehabilitación específica. Es motivo frecuente de dependencia e incapacidad laboral, y puede requerir prestaciones de incapacidad, temporal (I.T.) o permanente (I.P.)⁽³⁾. En el año 2018, el INSS informa de 5.843.809 procesos cerrados de I.T., de los que 94.969 procesos (1.62%), responden a Patología Vertiginosa⁽⁵⁾.

Según el Real Decreto Legislativo 6/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial⁽⁶⁾, se define Conductor como «persona que, con las excepciones del párrafo segundo del punto 4, maneja el mecanismo de dirección o va al mando de un vehículo, o a cuyo cargo está un animal o animales. En vehículos que circulen en función de aprendizaje de la conducción, tiene la consideración de conductor la persona que está a cargo de los mandos adicionales». Partiendo de esta premisa, dicha ley distingue entre conductor habitual y Conductor Profesional. A éste último lo define como «persona provista de la correspondiente autorización administrativa para conducir, y cuya actividad laboral principal sea la conducción de vehículos a motor dedicados al transporte de mercancías o de personas, extremo que se acreditará mediante certificación expedida por la empresa para la que ejerza aquella actividad, acompañada de la correspondiente documentación acreditativa de la cotización a la Seguridad Social como trabajador de dicha empresa»^(6,7).

Se define la Incapacidad Permanente (I.P.) a la «situación del trabajador que, después de estar sometido al tratamiento prescrito presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral». No impedirá a tal calificación la posibilidad de recuperación de la capacidad laboral del incapacitado, si dicha posibilidad se estima médicamente como incierta o a largo plazo^(8,9). Debemos recordar que el término Enfermedad no va ligado unívocamente al de Incapacidad Laboral. Para poder calificar a un paciente como Incapacitado Laboralmente no basta con que exista una lesión o una alteración de sus estructuras y/o funciones corporales (físicas o mentales), es decir, no basta con que exista una discapacidad, sino que debe darse ineludiblemente la condición de que dicha alteración impida el desarrollo de su puesto de trabajo, situación que puede ser Transitoria (Incapacidad Temporal) o Permanente (Incapacidad Permanente)⁽⁸⁾. El Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) es la Entidad Gestora de la Seguridad Social Española, dotada de personalidad jurídica, que tiene encomendada la gestión y administración de las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social, Contingencia, situación de recaída y otros elementos de carácter personal⁽¹⁰⁾.

La presencia de Patología Vestibular en los Conductores Profesionales supone un problema de salud que limita la capacidad laboral y también supone un riesgo laboral para el profesional que, además, puede tener consecuencias catastróficas desde el punto de vista de la Salud Pública debido a los pasajeros que transporta. *Kirschen et al*⁽¹¹⁾ en su artículo explican la dificultad del tema debido a que interfieren dos obligaciones médicas con implicación ético-legal, siendo una de ellas la confidencialidad médico-paciente y otra la obligación de informar sobre situaciones que puedan afectar a la Salud Pública. En este caso, prevalece la segunda ya que se trata de proteger a un mayor número de gente por un motivo completamente evitable tal y como puede ser establecer una I.T., si se considera necesario.

La hipótesis de este trabajo afirma que los Conductores Profesionales obtienen más I.P. por Patología Vestibular que el resto de ocupaciones en su conjunto. Entre los objetivos están establecer la frecuencia y realizar la descripción de expedientes de I.P. presentados por Patología Vestibular en Conductores Profesionales con respecto al resto de ocupaciones laborales en su conjunto.

Métodos

Diseño del estudio

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, analítico y transversal. Se extrajeron los datos de los expedientes de I.P. presentados por Patología Vestibular desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2018 de una de las Bases de Datos Corporativas del INSS.

Población

Población de estudio: Conductores Profesionales incluidos en el epígrafe «N» de la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO-11) (ver Tabla 1) que presentan Patología Vestibular (ver Tabla 2), epígrafes 386, 078.81 y 438.85 de la CIE-9, y que tienen un expediente de I.P. resuelto (tanto resolución aprobada como denegada) durante el año 2.018.

Tabla 1: Conductores Profesionales incluidos en el epígrafe «N» de la CNO-11.

| 83. Maquinistas de locomotoras, operadores de maquinaria agrícola y de equipos pesados móviles y marineros. | |
|--|---|
| 831. | Maquinistas de locomotoras y afines. |
| 8311. | Maquinistas de locomotoras. |
| 8312. | Agentes de maniobras ferroviarias. |
| 832. | Operadores de maquinaria agrícola y forestal móvil. |
| 8321. | Operadores de maquinaria agrícola móvil. |
| 8322. | Operadores de maquinaria forestal móvil. |
| 833. | Operadores de otras máquinas móviles. |
| 8331. | Operadores de maquinaria de movimientos de tierras y equipos similares. |
| 8332. | Operadores de grúas, montacargas y de maquinaria similar de movimiento de materiales. |
| 8333. | Operadores de carretillas elevadoras. |
| 834. | Marineros de puente, marineros de máquinas y afines. |
| 8340. | Marineros de puente, marineros de máquinas y afines. |
| 84. Conductores de vehículos para el transporte urbano o por carretera. | |
| 841. | Conductores de automóviles, taxis y furgonetas. |
| 8411. | Conductores propietarios de automóviles, taxis y furgonetas. |
| 8412. | Conductores asalariados de automóviles, taxis y furgonetas. |
| 842. | Conductores de autobuses y tranvías. |
| 8420. | Conductores de autobuses y tranvías. |

| | |
|-------|---|
| 843. | Conductores de camiones. |
| 8431. | Conductores propietarios de camiones. |
| 8432. | Conductores asalariados de camiones. |
| 844. | Conductores de motocicletas y ciclomotores. |
| 8440. | Conductores de motocicletas y ciclomotores. |

Población de comparación: trabajadores del resto de categorías profesionales que presentan Patología Vestibular (ver Tabla 2), epígrafes 386, 078.81 y 438.85 de la CIE-9, y que tienen un expediente de I.P. resuelto (tanto resolución aprobada como denegada) durante el año 2.018.

Tabla 2: Patología Vestibular (CIE-9).

| 386: Síndrome de vértigo y otras alteraciones del aparato vestibular | |
|---|--|
| 386.0 | Síndrome de Ménière |
| 386.1 | Otro vértigo periférico y vértigo periférico NEOM |
| 386.2 | Vértigo de origen central |
| 386.3 | Laberintitis |
| 386.5 | Disfunción laberíntica |
| 386.8 | Otros trastornos del laberinto |
| 386.9 | Síndrome de vértigo y trastornos laberínticos NEOM |
| 078.81: Vértigo epidémico | |
| 438.85: Vértigo | |

Criterios de Inclusión y Exclusión (ver Tabla 3):

Tabla 3: Criterios de Inclusión y Exclusión.

| Criterios de Inclusión | Criterios de Exclusión |
|--|--|
| Conductores profesionales cuya ocupación se encuentra incluida en el epígrafe “N” de la CNO-11: Conductores y operarios de maquinaria móvil. | Trabajadores incluidos en el epígrafe “N” de la CNO-11 cuya tarea fundamental no sea la conducción de vehículos, como son los profesionales incluidos en los códigos: 8312 (Agentes de maniobras ferroviarias), 832 (Operadores de maquinaria agrícola y forestal móvil), 833 (Operadores de otras máquinas móviles) y 844 (Marineros de puente, marineros de máquinas y afines) |
| Conductores profesionales que presentan patología vestibular (procesos recogidos en los epígrafes 386, 078.81 y 438.85 de la CIE-9). | Conductores cuya ocupación no esté incluida en las ocupaciones seleccionadas del epígrafe “N” de la CNO-11. Ejemplos: epígrafe 9812. Conductores de vehículos de tracción animal para el transporte de personas y similares. Epígrafe 3153. Pilotos de aviación y profesiones afines. |
| Expedientes de I.P. resueltos por patología vestibular en conductores profesionales (incluidos en el epígrafe “N” de la CNO-11) entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2.018. | Trabajadores de otras categorías de la CNO-11 en la que una de sus tareas sea la conducción de vehículos, pero no su tarea principal (ejemplo: policía local, bomberos, policía nacional, etc.). |
| Datos recopilados en el territorio español. | Conductores profesionales cuya ocupación se encuentra incluida en el epígrafe “N” de la CNO-11 (conductores y operarios de maquinaria móvil) que hayan iniciado expediente de I.P por otra causa distinta a la patología vestibular (epígrafes 386, 078.81 y 438.85 de la CIE-9). |
| Datos aportados por el INSS recogidos por una de sus Bases de Datos corporativas. | Expedientes de I.P. resueltos por patología vestibular en conductores profesionales (incluidos en el epígrafe “N” de la CNO-11) antes del 1 de enero de 2.018 y después del 31 de diciembre de 2018. |

Variables

A) Variables Explicativas:

A.1. Variables Geográficas: CC.AA.

A. 2. Variables Biológicas:

A.2.1. Género.

A.2.2. Edad.

A.2.3. Patología Vestibular (CIE-9).

A.3. Variables Laborales:

A.3.1. Situación de I.T.

A.3.2. Tipo de Contingencia:

- Enfermedad Común.
- Accidente de Trabajo (A.T.).
- Accidente no laboral.
- Enfermedad Profesional (E.P.).

A.3.3. Régimen de Cotización:

- Régimen General de la Seguridad Social (RGSS).
- Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos.
- Otros:
 - Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores del Mar.
 - Conciertos Asistencia Sanitaria.

A.3.4. Clasificación Nacional de Actividades Económicas (CNAE-2009).

A.3.5. Profesión (CNO-11).

A.4. Variables Procedimentales:

A.4.1. Tipo de Inicio de Expediente:

- Iniciación a Solicitud del Interesado.
- Iniciación de Oficio:
 - INSS.
 - Servicio Público de Salud (S.P.S.).
 - Iniciación a Solicitud de las Entidades Colaboradoras con la Seguridad Social.

A.4.2. Calificación:

- No Incapacitado.
- I.P. Parcial (para la profesión habitual).
- I.P. Total Normal (para la profesión habitual).
- I.P. Total Cualificada.
- I.P. Absoluta (para todo trabajo).
- Gran Invalidez.
- Baremo.

B) Variable Resultado:

B.1. Resolución del Expediente.

Recogida de la información

Los datos empleados proceden de las Bases de Datos Corporativas del INSS. La Base de Datos analizada para la realización de este trabajo fue solicitada y posteriormente facilitada por la Dirección General del INSS para esta finalidad.

Análisis de datos

Hemos realizado un análisis descriptivo de la muestra que hemos obtenido, analizando las siguientes variables: CC.AA., Género, Edad, Patología Vestibular (CIE-9), Situación de I.T., Tipo de Contingencia, Régimen de Cotización, CNAE-2009, Profesión (CNO-11), Tipo de Inicio de Expediente, Calificación y Resolución de Expediente.

- Hemos convertido la variable cuantitativa Edad en Rangos de edad, con lo que la hemos obtenido una variable cualitativa más. Así que, finalmente, la totalidad de las variables de nuestro estudio son cualitativas. De cada variable hemos calculado la frecuencia y los porcentajes.
- Para realizar el análisis estadístico hemos utilizado el programa estadístico R Core Team 2020, versión 4.0.2.
- Para probar nuestra hipótesis hemos utilizado el test de independencia de la ji-cuadrado y, también, hemos realizado un análisis multivariable para predecir la variable Resolución de Expediente.

Consideraciones éticas

El tratamiento de datos personales en la investigación en salud se ha regido por lo dispuesto en la Disposición adicional decimoséptima de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales (LOPD-GDD)⁽¹²⁾, tal y como establece el Capítulo II del Título VI de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad⁽¹³⁾. Así mismo hemos evitado la descripción individualizada de aquellos casos que, aunque eran anónimos ofrecían un tamaño muestral de la unidad.

Limitaciones del estudio

Existe poca información sobre estudios previos.

- Se trata de un estudio transversal^(14,15), con los inconvenientes propios de este tipo de diseño, como son: no puede establecerse con exactitud la secuencia temporal de las diferentes variables estudiadas, no permite establecer relaciones causales. Los problemas derivados de estudiar solo los casos prevalentes y la alta probabilidad de sesgo (medición y selección).
- Al obtener los datos de una Base Corporativa del INSS no hemos calculado previamente el tamaño muestral que queríamos obtener.
- No consta en la Base de Datos obtenida ningún caso atribuible al código diagnóstico de la CIE-9, 780.4 (vértigo y mareo), frecuentemente utilizado por los médicos de atención primaria en situaciones de I.T. por el síntoma vértigo, y que posiblemente hayan sido más precisados con posterioridad.

Resultados

Descripción de la muestra

Obtenemos una muestra de 597 expedientes de I.P. por Patología Vestibular presentados en el INSS por trabajadores de toda España durante el año 2018. Del total de los expedientes presentados, 72 (12.06%) son de Conductores Profesionales (epígrafe «N» de la CNO-11) y 525 (87.94%) pertenecen al resto de categorías profesionales.

Perfil dominante de la muestra: El perfil predominante de los trabajadores que forman parte de la muestra es el de un hombre, mayor de 55 años, con uno de los diagnósticos incluidos en el código

386 de la CIE-9 (Síndrome de vértigo y otras alteraciones del aparato vestibular). Se encuentra en Situación de I.T. por Enfermedad Común y ha cotizado por el RGSS. Son, principalmente, trabajadores de las Ocupaciones elementales y sus actividades económicas pertenecen, sobre todo, a Actividades administrativas y servicios auxiliares, seguida de Transporte y almacenamiento, de la industria manufacturera y del comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos de motor y motocicletas. El expediente de I.P. se ha iniciado de Oficio y la Calificación que ha obtenido es la de No Incapacitado.

Expedientes de I.P. por Patología Vestibular en Conductores Profesionales:

Expediente de I.P. presentados por Patología Vestibular en Conductores Profesionales: De los 72 procesos recogidos que corresponden a Conductores Profesionales, el 65.5% (n=45) obtiene una resolución favorable de su expediente de I.P. frente al 37.5% (n=27) cuya resolución es desfavorable. Podemos observar que el 48.61% son mayores de 55 años (n=35), el 93.06% (n=67) son hombres y en el 97.22% (n=67) su patología es recogida en el INSS como Síndrome de vértigo y otras alteraciones del aparato vestibular. La Enfermedad Común con el 97.22% (n=70) es el Tipo de Contingencia más prevalente, además, el 84.72% (n=61) de estos conductores se encuentra en Situación de I.T. cuando se inicia el proceso y, con el mismo porcentaje, se encuentra el RGSS como Régimen de Cotización más prevalente. Con el 72.22% (n=52) vemos que el código «H» de la CNAE (Transporte y almacenamiento) es el más frecuente de nuestra muestra. En la CNO-11 no podemos apreciar un código que se diferencie tan claramente de los otros, el código 843 (Conductores de camiones) con el 50% (n=36) es el más prevalente, pero va seguido con un 27.78% (n=20) del código 842 (Conductores de autobuses y tranvías). El 65.28% (n=47) de los expedientes se inicia de Oficio; el INSS inicia el 50% (n= 36) frente al 15.28% (n=11) que inicia el Servicio Público de Salud. Por último, el 56.94% (n=41) obtiene una Calificación de I.P. Total, siendo la I.P. Total Normal el tipo más frecuente con un 33.33% (n=24).

Tabla 4: Expedientes de I.P. PRESENTADOS por Patología Vestibular en CONDUCTORES PROFESIONALES en 2018.

| A. VARIABLES EXPLICATIVAS | | | |
|----------------------------------|--|----------|----------|
| a.1. Variables Biológicas | | n | % |
| Edad | Menores de 45 años | 9 | 12.5 |
| | Entre 45 y 55 años | 28 | 38.89 |
| | Mayores de 55 años | 35 | 48.61 |
| Género | Hombre | 67 | 93.06 |
| | Mujer | 5 | 6.94 |
| Patología Vestibular (CIE-9) | 386: síndrome de vértigo y otras alteraciones del aparato vestibular | 70 | 97.22 |
| | 078.81: vértigo epidémico | 0 | 0 |
| | 438.85: vértigo | 2 | 2.78 |
| a.2. Variables Laborales | | n | % |
| Situación de I.T. | Sí | 61 | 84.72 |
| | No | 11 | 15.28 |
| Tipo de Contingencia | Enfermedad Común | 70 | 97.22 |
| | Accidente de Trabajo | 2 | 2.78 |
| | Accidente no laboral | 0 | 0 |
| | Enfermedad profesión | 0 | 0 |
| Régimen de Cotización | R.G.S.S. | 61 | 84.72 |
| | Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos | 11 | 15.28 |
| | Otros | 0 | 0 |

| | | | |
|--|---|------|-------|
| CNAE-2009 | A. Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca | 2 | 2.78 |
| | B. Industrias extractivas | 0 | 0 |
| | C. Industria manufacturera | 1 | 1.39 |
| | D. Suministro de energía, gas, vapor y aire acondicionado | 0 | 0 |
| | E. Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación | 1 | 1.39 |
| | F. Construcción | 2 | 2.78 |
| | G. Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos de motor y motocicletas | 4 | 5.55 |
| | H. Transporte y almacenamiento | 52 | 72.22 |
| | I. Hostelería. | 1 | 1.39 |
| | J. Información y comunicaciones | 0 | 0 |
| | K. Actividades financieras y de seguros | 0 | 0 |
| | L. Actividades inmobiliarias | 0 | 0 |
| | M. Actividades profesionales, científicas y técnicas | 0 | 0 |
| | N. Actividades administrativas y servicios auxiliares | 2 | 2.78 |
| | O. Administración pública y defensa; seguridad social obligatoria | 0 | 0 |
| | P. Educación | 0 | 0 |
| | Q. Actividades sanitarias y de servicios sociales | 0 | 0 |
| | R. Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento | 0 | 0 |
| | S. Otros servicios | 0 | 0 |
| | T. Actividades de los hogares: como empleadores de personal doméstico y como productores de bienes y de servicios para uso propio | 0 | 0 |
| U. Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales | 0 | 0 | |
| Casillas sin datos | 7 | 9.72 | |
| Profesión (CNO-11) | 8. Operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores | | |
| | N. conductores y operadores de maquinaria móvil | n | % |
| | 831. Maquinistas de locomotoras y afines. | 1 | 1.39 |
| | 841. Conductores de automóviles, taxis y furgonetas. | 15 | 20.83 |
| | 842. Conductores de autobuses y tranvías. | 20 | 27.78 |
| | 843. Conductores de camiones. | 36 | 50 |
| | 844. Conductores de motocicletas y ciclomotores. | 0 | 0 |
| a.3. Variables Procedimentales | | | |
| Tipo de Inicio de Expediente | Iniciación a solicitud del interesado | 25 | 34.72 |
| | Iniciación de oficio | 47 | 65.28 |
| | INSS | 36 | 50 |
| | S.P.S. | 11 | 15.28 |
| | Iniciación a solicitud de las entidades colaboradoras con la Seguridad Social | 0 | 0 |
| Calificación | No incapacitado | 27 | 37.5 |
| | Parcial | 0 | 0 |
| | Total | 41 | 56.94 |
| | Total cualificada | 17 | 23.61 |
| | Total normal | 24 | 33.33 |
| | Absoluta | 4 | 5.55 |
| | Baremo | 0 | 0 |
| | Gran invalidez | 0 | 0 |
| B. VARIABLE RESULTADO | | | |
| Resolución | Aprobada | 45 | 62.5 |
| | Denegada | 27 | 37.5 |

Expedientes de I.P. por Patología Vestibular aprobados en Conductores Profesionales. Según los datos recopilados nos encontramos con el siguiente perfil de Conductor Profesional que obtiene una I.P. por Patología Vestibular en el año 2.018: se trata de un hombre (n=44; 97.78%), mayor de 55 años (n=22; 48.89%) y que padece una de las patologías recogidas en el código 386 (n=45; 100%) de la CIE-9 (Síndrome de vértigo y otras alteraciones del aparato vestibular). Se encuentra en Situación de I.T. (n=44; 97.78%) por Enfermedad Común (n=43; 95.56%) y ha cotizado por el RGSS (n=39; 86.67%). Son Conductores de camiones (n=22; 48.89%), su actividad económica pertenece al código «H» (n=37; 82.22%) de la CNAE-2009 (Transporte y almacenamiento), su expediente de I.P se ha iniciado de Oficio (n=39; 86.67%) y, finalmente, han obtenido una I.P. Total (n=41; 91.11%).

Tabla 5: Expedientes de I.P. APROBADOS por Patología Vestibular en CONDUCTORES PROFESIONALES en el año 2.018.

| VARIABLES EXPLICATIVAS | | | | |
|----------------------------------|--|--|----------|----------|
| a.1. Variables Biológicas | | | n | % |
| Edad | Menores de 45 años | | 6 | 13.33 |
| | Entre 45 y 55 años | | 17 | 37.78 |
| | Mayores de 55 años | | 22 | 48.89 |
| Género | Hombre | | 44 | 97.78 |
| | Mujer | | 1 | 2.22 |
| Patología Vestibular (CIE-9) | 386: síndrome de vértigo y otras alteraciones del aparato vestibular | | 45 | 100 |
| | 078.81: vértigo epidémico | | 0 | 0 |
| | 438.85: vértigo | | 0 | 0 |
| a.2. Variables Laborales | | | n | % |
| Situación de I.T. | Sí | | 44 | 97.78 |
| | No | | 1 | 2.22 |
| Tipo de Contingencia | Enfermedad Común | | 43 | 95.56 |
| | Accidente de Trabajo | | 2 | 4.44 |
| | Accidente no laboral | | 0 | 0 |
| | Enfermedad profesión | | 0 | 0 |
| Régimen de Cotización | R.G.S.S. | | 39 | 86.67 |
| | Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos | | 6 | 13.33 |
| | Otros | | 0 | 0 |

| VARIABLES EXPLICATIVAS | | | |
|--|---|------|-------|
| CNAE-2009 | A. Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca | 1 | 2.22 |
| | B. Industrias extractivas | 0 | 0 |
| | C. Industria manufacturera | 0 | 0 |
| | D. Suministro de energía, gas, vapor y aire acondicionado | 0 | 0 |
| | E. Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación | 1 | 2.22 |
| | F. Construcción | 0 | 0 |
| | G. Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos de motor y motocicletas | 3 | 6.67 |
| | H. Transporte y almacenamiento | 37 | 82.22 |
| | I. Hostelería. | 0 | 0 |
| | J. Información y comunicaciones | 0 | 0 |
| | K. Actividades financieras y de seguros | 0 | 0 |
| | L. Actividades inmobiliarias | 0 | 0 |
| | M. Actividades profesionales, científicas y técnicas | 0 | 0 |
| | N. Actividades administrativas y servicios auxiliares | 1 | 2.22 |
| | O. Administración pública y defensa; seguridad social obligatoria | 0 | 0 |
| | P. Educación | 0 | 0 |
| | Q. Actividades sanitarias y de servicios sociales | 0 | 0 |
| | R. Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento | 0 | 0 |
| | S. Otros servicios | 0 | 0 |
| | T. Actividades de los hogares: como empleadores de personal doméstico y como productores de bienes y de servicios para uso propio | 0 | 0 |
| U. Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales | 0 | 0 | |
| Casillas sin datos | 2 | 4.44 | |
| Profesión (CNO-11) | 8. Operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores | | |
| | N. conductores y operadores de maquinaria móvil | n | % |
| | 831. Maquinistas de locomotoras y afines. | 0 | 0 |
| | 841. Conductores de automóviles, taxis y furgonetas. | 9 | 20 |
| | 842. Conductores de autobuses y tranvías. | 14 | 31.11 |
| | 843. Conductores de camiones. | 22 | 48.89 |
| | 844. Conductores de motocicletas y ciclomotores. | 0 | 0 |
| a.3. Variables Procedimentales | | n | % |
| Tipo de Inicio de Expediente | Iniciación a solicitud del interesado | 6 | 13.33 |
| | Iniciación de oficio | 39 | 86.67 |
| | INSS | 29 | 64.44 |
| | S.P.S. | 10 | 22.22 |
| | Iniciación a solicitud de las entidades colaboradoras con la Seguridad Social | 0 | 0 |
| Calificación | No incapacitado | 0 | 0 |
| | Parcial | 0 | 0 |
| | Total | 41 | 91.11 |
| | Total cualificada | 17 | 37.78 |
| | Total normal | 24 | 53.33 |
| | Absoluta | 4 | 8.89 |
| | Baremo | 0 | 0 |
| Gran invalidez | 0 | 0 | |

Expedientes de I.P. por Patología Vestibular denegados en Conductores Profesionales. Según los datos de nuestra muestra nos encontramos con el siguiente perfil de Conductor Profesional al que se le ha denegado una I.P. por Patología Vestibular en el año 2.018: se trata, también, de un hombre (n=23; 85.19%), mayor de 55 años (n=13; 48.15%) y que padece una de las patologías recogidas en el código 386 (n=25; 92.59%) de la CIE-9 (Síndrome de vértigo y otras alteraciones del aparato vestibular). Se encuentra en Situación de I.T. (n=17; 62.96%) por Enfermedad Común (n=27; 100%) y ha cotizado por el RGSS (n=22; 81.48%). Son Conductores de camiones (n=14; 51.85%), su actividad económica pertenece al código «H» (n=15; 55.56%) de la CNAE-2009 (Transporte y almacenamiento), su expediente de I.P se ha Iniciado a Solicitud del Interesado (n=19; 70.37%) y la Calificación obtenida ha sido de No Incapacitado (n=27; 100%).

Tabla 6: Expedientes de I.P. DENEGADOS por Patología Vestibular en CONDUCTORES PROFESIONALES en el año 2.018.

| VARIABLES EXPLICATIVAS | | | | |
|------------------------------|--|--|----|-------|
| a.1. Variables Biológicas | | | n | % |
| Edad | Menores de 45 años | | 3 | 11.11 |
| | Entre 45 y 55 años | | 11 | 40.74 |
| | Mayores de 55 años | | 13 | 48.15 |
| Género | Hombre | | 23 | 85.19 |
| | Mujer | | 4 | 14.81 |
| Patología Vestibular (CIE-9) | 386: síndrome de vértigo y otras alteraciones del aparato vestibular | | 25 | 92.59 |
| | 078.81: vértigo epidémico | | 0 | 0 |
| | 438.85: vértigo | | 2 | 7.41 |
| a.2. Variables Laborales | | | n | % |
| Situación de I.T. | Sí | | 17 | 62.96 |
| | No | | 10 | 37.04 |
| Tipo de Contingencia | Enfermedad Común | | 27 | 100 |
| | Accidente de Trabajo | | 0 | 0 |
| | Accidente no laboral | | 0 | 0 |
| | Enfermedad profesión | | 0 | 0 |
| Régimen de Cotización | R.G.S.S. | | 22 | 81.48 |
| | Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos | | 5 | 18.52 |
| | Otros | | 0 | 0 |

| VARIABLES EXPLICATIVAS | | | |
|--|---|----------|----------|
| CNAE-2009 | A. Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca | 1 | 3.70 |
| | B. Industrias extractivas | 0 | 0 |
| | C. Industria manufacturera | 1 | 3.70 |
| | D. Suministro de energía, gas, vapor y aire acondicionado | 0 | 0 |
| | E. Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación | 0 | 0 |
| | F. Construcción | 2 | 7.41 |
| | G. Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos de motor y motocicletas | 1 | 3.70 |
| | H. Transporte y almacenamiento | 15 | 55.56 |
| | I. Hostelería. | 1 | 3.70 |
| | J. Información y comunicaciones | 0 | 0 |
| | K. Actividades financieras y de seguros | 0 | 0 |
| | L. Actividades inmobiliarias | 0 | 0 |
| | M. Actividades profesionales, científicas y técnicas | 0 | 0 |
| | N. Actividades administrativas y servicios auxiliares | 1 | 3.70 |
| | O. Administración pública y defensa; seguridad social obligatoria | 0 | 0 |
| | P. Educación | 0 | 0 |
| | Q. Actividades sanitarias y de servicios sociales | 0 | 0 |
| | R. Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento | 0 | 0 |
| | S. Otros servicios | 0 | 0 |
| | T. Actividades de los hogares: como empleadores de personal doméstico y como productores de bienes y de servicios para uso propio | 0 | 0 |
| U. Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales | 0 | 0 | |
| | Casillas sin datos | 5 | 18.52 |
| Profesión (CNO-11) | 8. Operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores | | |
| | N. conductores y operadores de maquinaria móvil | n | % |
| | 831. Maquinistas de locomotoras y afines. | 1 | 3.70 |
| | 841. Conductores de automóviles, taxis y furgonetas. | 6 | 22.22 |
| | 842. Conductores de autobuses y tranvías. | 6 | 22.22 |
| | 843. Conductores de camiones. | 14 | 51.85 |
| | 844. Conductores de motocicletas y ciclomotores. | 0 | 0 |
| | a.3. Variables Procedimentales | n | % |
| Tipo de Inicio de Expediente | Iniciación a solicitud del interesado | 19 | 70.37 |
| | Iniciación de oficio | 8 | 29.63 |
| | INSS | 7 | 25.93 |
| | S.P.S. | 1 | 3.70 |
| | Iniciación a solicitud de las entidades colaboradoras con la Seguridad Social | 0 | 0 |
| Calificación | No incapacitado | 27 | 100 |
| | Parcial | 0 | 0 |
| | Total | 0 | 0 |
| | Total cualificada | 0 | 0 |
| | Total normal | 0 | 0 |
| | Absoluta | 0 | 0 |
| | Baremo | 0 | 0 |
| | Gran invalidez | 0 | 0 |

Contraste de hipótesis

Se ha empleado el programa estadístico R Core Team 2020, versión 4.0.2. y se ha utilizado el test estadístico ji-cuadrado y el test exacto de Fisher para realizar el contraste de hipótesis. Hemos obtenido una Odds Ratio de 2.42 con un I.C (95%) 1.42-4.19 con p-valor < 0.001. Contamos con una muestra de 72 Conductores Profesionales frente a 525 trabajadores del resto de ocupaciones. Observamos que en el grupo de los Conductores Profesionales los expedientes aprobados suponen un 62.5% (n=45), significativamente superior al 40.76% (n=214) del resto de ocupaciones. (Ver tablas 7 y 8):

Tabla 7: Tabla de contingencia de las variables Profesión y Resolución del Expediente.

| Profesión | Resolución del Expediente | | |
|--------------|----------------------------|------------------------------|-------|
| | Denegada | Aprobada | Total |
| No conductor | 311 (n) 59.24 % 92 % | 214 (n) 40.76 % 82.6 % | 525 |
| Conductor | 27 (n) 37.5 % 8 % | 45 (n) 62.5 % 17.4 % | 72 |
| Total | 338 | 259 | 597 |

Tabla 8: Test estadísticos empleados para el contraste de hipótesis.

| Test estadístico | p-valor | OR | IC95% |
|-----------------------|-----------|------|------------|
| Ji-cuadrado | 0.0004827 | 2.42 | 1.42 -4.19 |
| Test Exacto de Fisher | 0.0005783 | | |

Análisis Multivariable para predecir la variable “Resolución de Expediente”: Se han seleccionado los 591 registros de la Base de Datos que tienen todas las variables informadas. Se ha utilizado la Regresión Logística para predecir la variable dicotómica Resolución de Expediente que está codificada como 0-Denegado y 1-Aprobado; por lo tanto, el evento es aprobado. Se ha utilizado el método “FORWARD - BACKWARD” para obtener el modelo más parsimonioso (ver Tabla 9). Se considera significativo un p-valor inferior a 0.05. Finalmente, se van a utilizar las variables:

- Edad.
- Género.
- Tipo de Inicio de expediente.
- Situación de I.T.
- Régimen de cotización.
- Profesión (CNO-11).

Las variables Tipo de contingencia y Patología Vestibular (CIE-9) quedan excluidas.

El modelo B, con las variables Género, Tipo de Inicio de Expediente y Profesión (CNO-11) forman el modelo más parsimonioso. Teniendo en cuenta estas variables:

- Género: a las mujeres se les aprueban menos expedientes de I.P. que a los hombres (OR=0.516; I.C (95%)=0.35 - 0.757; p-valor=<0.001).
- Tipo de Inicio de Expediente: aquellos a los que les inicia el expediente el INSS-SPS (Iniciación de Oficio) o Mutuas (Entidades Colaboradoras con la Seguridad Social) tienen más aprobados que cuando el Inicio de Expediente lo realiza el propio trabajador (OR=6.688; I.C (95%)=4.588-9.883; p-valor=<0.001).
- Profesión (CNO-11): los Conductores Profesionales tienen más expedientes aprobados que los no conductores (OR=1.766; I.C (95%)=0.986-3.209; p-valor = 0.06; resultado marginalmente significativo).

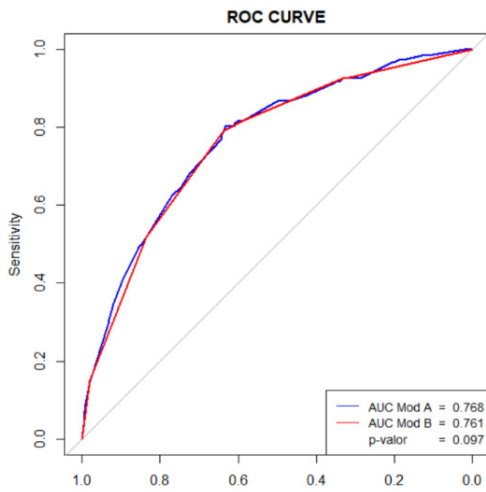
Tabla 9: Análisis Univariable y Multivariables (Modelo A y B) para predecir la variable «Resolución de Expediente».

| | | Análisis Univariable | | | | | Análisis Multivariable (Modelo A) | | | | | Análisis Multivariable-FORWARD-BACKWARD (Modelo B) | | | | | |
|---|------------|----------------------|--------|-------|---------|-------------|-----------------------------------|--------|-------|---------|--------------|--|--------|-------|-------|-------------|----------|
| Variables | | n | b | EE | OR | IC 95 | p- valor | b | EE | OR | IC 95 | p- valor | b | EE | OR | IC95 | p- valor |
| Constante | | | | | | | | -1.19 | 0.294 | 0.304 | 0.169-0.537 | <000.1 | -1.178 | 0.181 | 0.308 | 0.214-0.436 | <000.1 |
| Edad | < 45 años | | | | 1 (ref) | | | | | 1 (ref) | | | - | - | - | - | - |
| | 45-55 años | 591 | -0.076 | 0.248 | 0.927 | 0.571-1.512 | 0.76 | -0.196 | 0.282 | 0.822 | 0.473-1.431 | 0.49 | - | - | - | - | - |
| | > 55 años | 591 | -0.248 | 0.238 | 1.281 | 0.805-2.054 | 0.3 | 0.221 | 0.272 | 1.248 | 0.733-2.136 | 0.42 | - | - | - | - | - |
| Género: mujer | | 591 | -0.74 | 0.17 | 0.48 | 0.34-0.66 | <000.1 | -0.661 | 0.198 | 0.516 | 0.349-0.76 | <000.1 | -0.662 | 0.197 | 0.516 | 0.35-0.757 | <000.1 |
| Tipo de inicio de Expediente: INSS-SPS-Mutuas | | 591 | 1.9 | 0.19 | 6.68 | 4.62-9.8 | <000.1 | 1.908 | 0.328 | 6.739 | 3.633-13.217 | <000.1 | 1.9 | 0.195 | 6.688 | 4.588-9.883 | <000.1 |
| Situación de IT: Sí | | 591 | 1.66 | 0.21 | 5.26 | 3.54-7.98 | <000.1 | 0.01 | 0.358 | 1.01 | 0.49-2.003 | 0.98 | - | - | - | - | - |
| Reg. de cotización: resto | | 591 | -0.12 | 0.23 | 0.88 | 0.56-1.38 | 0.59 | -0.209 | 0.261 | 0.811 | 0.484-1.35 | 0.42 | - | - | - | - | - |
| Profesión: conductor | | 591 | 0.91 | 0.26 | 2.47 | 1.5-4.15 | <000.1 | 0.57 | 0.305 | 1.769 | 0.98-3.246 | 0.06 | 0.569 | 0.3 | 1.766 | 0.986-3.209 | 0.06 |
| AIC | | | | | | | 685.80 | | | | | 682.22 | | | | | |
| BIC | | | | | | | 720.86 | | | | | 699.75 | | | | | |

Para comprobar la bondad del ajuste de los modelos de Regresión Logística, se calcula las respectivas curvas ROC y sus respectivas áreas bajo la curva (AUC) (ver tabla 10 y gráfica 1).

Tabla 10. Cálculo de la curva ROC junto a su AUC correspondiente.

| Modelo | AUC | IC (95%) | Sensibilidad | Especificidad | VPP | VPN | Accuracy |
|--------|-------|-------------|--------------|---------------|------|------|----------|
| A | 0.769 | 0.73 - 0.81 | 0.80 | 0.63 | 0.62 | 0.81 | 0.71 |
| B | 0.761 | 0.72 - 0.80 | 0.79 | 0.64 | 0.62 | 0.80 | 0.70 |



Gráfica 1. Curva ROC.

Discusión

Durante el año 2018 se valoraron en el INSS un total de 166.327 expedientes de I.P., de los que 90.799 (54.59%) fueron aprobados y 75.528 (45.41%) fueron denegados.

De los 8.149 expedientes de I.P. de Conductores Profesionales (códigos 841, 842, 843 y 844 del epígrafe «N» de la CNO-11) valorados en ese mismo año, 5.453 expedientes (66.92%) obtienen una resolución favorable y 2.696 (33.08%) son denegados⁽¹⁶⁾.

Con respecto a la frecuencia de la Patología Vestibular como causa de I.P. en la población trabajadora de España, se ha informado que la prevalencia de expedientes de I.P. con juicio clínico principal de patologías otorrinolaringológicas en la Dirección Provincial del INSS de Madrid en el año 2001 fue del 2,27% (IC 95% 1,76-2,78). Uno de cada 12 de estos expedientes de I.P. por patología otorrinolaringológica lo era por síndrome vertiginoso⁽¹⁷⁾.

Nuestra hipótesis afirma que los Conductores Profesionales obtienen más I.P. por Patología Vestibular que el resto de profesionales. Con el test estadístico ji-cuadrado hemos obtenido una Odds Ratio (OR) de 2.42 con un I.C (95%) 1.42 - 4.19. Como la OR es mayor que 1; la exposición es un factor de riesgo. Es decir, ser Conductor Profesional favorece que se aprueben más expedientes de I.P. por Patología Vestibular. Además, como el IC (95%) no contiene el valor 1, el resultado es estadísticamente significativo con p-valor <0.001. Tenemos una confianza del 95% que dentro del intervalo 1.42-4.19 está contenida la verdadera Odds Ratio poblacional. En conclusión, hemos aceptado la hipótesis alternativa, por lo tanto, ser Conductor Profesional es un factor de riesgo para que un expediente de I.P. por Patología Vestibular se resuelva de forma favorable.

La norma que regula los criterios de aptitud psicofísica en España es el Real Decreto 818/2009, de 8 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento General de Conductores⁽¹⁸⁾, dicho R.D. tiene su base en la Directiva Europea sobre el permiso de conducción⁽¹⁹⁾. En el apartado 9 del anexo IV (Sistema Nervioso y Muscular) se hace referencia a que no deben existir alteraciones del equilibrio (vértigos, inestabilidad, mareo, vahído) permanentes, evolutivos o intensos, ya sean de origen otológico o de otro tipo⁽²⁰⁾. Según la «Guía del Consejo Sanitario en Seguridad Vial Laboral de la Dirección General de Tráfico»⁽²¹⁾, en la Patología Vestibular aguda no se debe conducir hasta que el tratamiento prescrito haga desaparecer la sintomatología vertiginosa. En el caso de ser Conductor Profesional y padecer vértigo recurrente se debe evitar conducir al menos en un periodo libre de crisis de seis meses. Se ha de tener en cuenta que los fármacos antivertiginosos también pueden afectar a la capacidad de conducir. Se puntualiza que el vértigo es un síntoma que incapacita temporalmente para trabajar como conductor y que se puede incurrir en problemas legales si se conduce mientras el periodo que dura la baja laboral. En el Real Decreto 170/2010, de 19 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de centros de reconocimiento destinados a verificar las aptitudes psicofísicas de los conductores, en su Anexo III que regula el Modelo de Historia Clínica se hace referencia a que se debe preguntar si el conductor «sufre o ha sufrido mareos o vértigos»^(22,23).

Recientemente se ha publicado un Real Decreto-ley que en su disposición final quinta establece una modificación del artículo 77 («Reserva de datos») de la L.G.S.S.⁽²⁴⁾ en el que, en el apartado «j» se menciona que: «La colaboración con el organismo autónomo Jefatura Central de Tráfico para que éste inicie, en su caso, el procedimiento de declaración de pérdida de vigencia del permiso o la licencia de conducción de vehículo a motor por incumplimiento de los requisitos para su otorgamiento en aquellos supuestos en que el INSS declare en situación de I.P. a un trabajador profesional de la conducción como consecuencia de presentar una limitación orgánica y/o funcional que disminuya o anule su capacidad de conducción de vehículos a motor».

En un estudio realizado por *Huppert et al*⁽²⁵⁾, se comparan las distintas normativas en países europeos sobre la conducción. El país con los requisitos más estrictos es Alemania que exige que los conductores tengan un periodo libre de enfermedad de 2 años en el caso de enfermedad de Ménière y de 3 años en el caso de migraña vestibular. Según *Sindwani et al*⁽²⁶⁾, en el estudio que realizaron en Canadá, los conductores con afecciones médicas tales como la enfermedad de Ménière, deben ser evaluados por un médico como, por ejemplo, un especialista en otorrinolaringología para evaluar la afectación de su patología sobre la capacidad para conducir. En 1.994, según el Ministerio de Transporte de Ontario, se presentaron 21.000 informes que denegaba la capacidad de conducir a distintos pacientes por diversas patologías. Es significativo dentro de este artículo remarcar que el 52% de los pacientes afirmaron que seguirán conduciendo pese a la prescripción médica que aconseja dejar de realizar dicha tarea. En 2 estudios de similares características realizados por *Sinnott et al*⁽²⁷⁾ y por *Evans et al*⁽²⁸⁾, apuntan la necesidad de la actualización constante por parte de los médicos evaluadores de pacientes con patología vestibular, ya que, dependiendo del resultado de dicha evaluación, el resultado puede suponer revocar el permiso de circulación con las consecuencias profesionales y personales para dicha persona.

En dos artículos escritos por *Laux et al*⁽²⁹⁾ y por *Huppert et al*⁽³⁰⁾, se señala la importancia de realizar un examen interdisciplinar a la hora de evaluar a un Conductor Profesional y su capacidad sobre la conducción de vehículos según la normativa establecida en Alemania en 2.014, donde se menciona la falta de literatura existente sobre la actuación adecuada en personal con Patología Vestibular. Complementado a los artículos anteriores, cabe destacar el análisis publicado por *Von Brevern et al*⁽³¹⁾, de origen alemán, en el que se desarrollan las distintas Patologías Vestibulares y su afectación sobre la conducción en dos grupos de conductores, a los que divide en profesionales y no profesionales. Se establecen los periodos libres de enfermedad recomendados para asegurar una conducción adecuada y las pruebas neurológicas que ayudan tanto para el diagnóstico como para comprobar la afectación de dicha patología sobre la conducción. *Bronstein et al*⁽³²⁾ realizaron un estudio en el año 2013 donde se explican las distintas pruebas que serían necesarias realizar en función de diversas patologías que afectan al aparato vestibular y la clínica propia de cada enfermedad. Además, añaden la importancia de tener en cuenta la individualidad a la hora de valorar un paciente y su afectación en la conducción. Otro factor a tener en cuenta en esta materia es la inestabilidad residual en patologías vertiginosas, así

en pacientes tratados con gentamicina intratimpánica, se logra un control del vértigo (desaparición completa de las crisis) en el 81% de los pacientes con un seguimiento a largo plazo (>5 años), pero en un 15% de ellos no se produce una reducción significativa del nivel de discapacidad medida con cuestionarios debido a cierta sensación de inestabilidad⁽³³⁾.

En los tres primeros apartados dentro del primer punto del artículo 15 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales⁽³⁴⁾ se indica que «el empresario aplicará las medidas para evitar los riesgos, evaluar los riesgos que no se puedan evitar y combatir los riesgos en su origen». Según el «Análisis de las condiciones de trabajo de los Conductores Profesionales»⁽³⁵⁾, las vibraciones que se transmiten a través del asiento del vehículo al cuerpo del trabajador son vibraciones de cuerpo entero que, además de resultar molestas para el conductor, a largo plazo puede tener importantes efectos para la salud. Entre ellos, sobre el sistema coclear-vestibular, pudiendo provocar una mayor incidencia de perturbaciones vestibulares, como es el caso del vértigo. En el resto de bibliografía consultada sobre Evaluaciones de Riesgo y Vigilancia de la Salud en Conductores Profesionales^(36,37,38,39) no hemos encontrado ninguna referencia a la Patología Vestibular como factor de riesgo a considerar en este tipo de Evaluaciones. Sin embargo, por lo incapacitante de este tipo de trastorno consideramos que debería tenerse en cuenta en la elaboración de futuras Evaluaciones de Riesgo y tenerlo presente, por parte de los Médicos del Trabajo, en la Vigilancia de la Salud de dicho sector profesional.

Los accidentes de tráfico en el entorno laboral son un problema de tal gravedad que en España superan el 30% de los accidentes laborales mortales, según el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSSST). Ello sin mencionar todas las lesiones y otros tipos de secuelas que conllevan este tipo de accidentes⁽⁴⁰⁾. Numerosos estudios identifican una fuerte relación entre los accidentes de conductores de vehículos de transporte y somnolencia, donde se señalan como principales causas de la falta de sueño, el consumo de medicamentos, o las excesivas (más de cuatro) horas de conducción. Del mismo modo, un alto grado de estrés, experimentado por el trabajador, es otra de las causas más citadas en el riesgo de sufrir un accidente, como consecuencia de la disminución de la concentración y el aumento de la sensación de fatiga⁽⁴¹⁾. No hemos encontrado ningún estudio en el que se relacione la presencia de Patología Vestibular en Conductores Profesionales con el aumento de accidentes de trabajo (accidentes de tráfico). Sería interesante que se realicen más trabajos en el que se tengan en cuenta este tipo de patologías como causa de accidentes laborales en el sector de la Conducción Profesional. Y que, como hemos ido argumentando a lo largo del trabajo, se tenga en cuenta que existe poca información sobre este tema, por lo que sería interesante que se lleven a cabo más estudios.

Conclusiones

Existe poca bibliografía en la que se analice la presencia de Patología Vestibular con la capacidad para conducir.

No hemos encontrado ningún estudio a nivel nacional ni internacional que analice la prevalencia de I.P. derivada de la Patología Vestibular en Conductores Profesionales.

No hemos encontrado ningún estudio en el que se relacione la presencia de patología vertiginosa en Conductores Profesionales con el aumento de accidentes de trabajo.

No hemos encontrado ninguna referencia a la Patología Vestibular como factor de riesgo a considerar en las Evaluaciones de Riesgo de los Conductores Profesionales. Por lo incapacitante del cuadro creemos conveniente que debería tenerse en cuenta en la elaboración de futuras Evaluaciones de Riesgo y tenerlo presente en la Vigilancia de la Salud de dicho sector profesional.

El perfil de un Conductor Profesional que obtiene una I.P. por Patología Vestibular es el de un hombre, mayor de 55 años y que padece una de las patologías recogidas en el código 386 de la CIE-9 (Síndrome de vértigo y otras alteraciones del aparato vestibular). Se encuentra en Situación de I.T. por Enfermedad Común y ha cotizado por el RGSS. Son Conductores de camiones, su actividad económica pertenece al código «H» de la CNAE-2009 (Transporte y almacenamiento), su expediente de I.P. se ha Iniciado de Oficio y, han obtenido una I.P. Total.

A pesar de que la Patología Vestibular es poco prevalente como Inicio de Expediente de I.P. se conceden bastantes I.P. por dicha patología en Conductores Profesionales. Nos encontramos con una patología poco prevalente pero bastante incapacitante.

Ser Conductor Profesional es un factor de riesgo para para que un expediente de I.P. por Patología Vestibular se resuelva de forma favorable (el trabajador afectado recibe una incapacidad laboral permanente en el sistema de seguridad social española).

Agradecimientos

A la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas del INSS por habernos facilitado la base de datos. A nuestro tutor, el Dr. Luis Sánchez Galán, por su supervisión y aportarnos sus conocimientos en el campo de la Otorrinolaringología y su experiencia en el INSS. Al Dr. Jesús M^a González Martín, estadístico de la Unidad de Investigación del HUGCDN, por su ayuda con el análisis de los datos estadísticos. A la Directora de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, la Dra. María Jesús Terradillos García, por su guía en la elección del tema de este proyecto. A nuestras familias, por su apoyo constante.

Bibliografía

1. Pérez-Arellano JL. Manual de Patología General. 6^a ed. Barcelona, España: Elsevier; 2006.
2. Megías-Gámiz L, Ibáñez-Rodríguez JA, Oliva-Domínguez M. Exploración de la Función Vestibular. En: SEORL. Libro Virtual de Formación en ORL. ISBN 978-84-692-5637-4 [Consultado el 1 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3H2aqbG>.
3. Guerra-Jiménez G, Arenas-Rodríguez A, Falcón-González JC, Pérez-Plasencia D, Ramos-Macías A. Epidemiología de los trastornos vestibulares en la consulta de otoneurología. Acta Otorrinolaringol Esp [Internet]. 2017 [consultado el 18 de junio de 2019];68(6):317-22. DOI: 10.1016/j.otorri.2017.01.007. Disponible en: <https://bit.ly/33Wxbzo>
4. García-García E, González-Compta X. Actualización en el manejo del vértigo. AMF [Internet] 2019 [consultado el 13 de noviembre de 2020];15(4):184-91. Disponible en: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2417.
5. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Bases de datos corporativas. 2018.
6. Real Decreto Legislativo 6/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial. Boletín Oficial del Estado, n^o 261, (31/10/2015). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rdlg/2015/10/30/6/con>
7. Hernández-Rodríguez V J. Evaluación de los riesgos psicosociales y nivel de satisfacción laboral de los conductores profesionales. [tesis doctoral]. Málaga: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga; 2017.
8. Regal-Ramos R. El Médico Inspector de la Seguridad Social. Med segur trab [Internet]. 2014 [consultado el 28 de julio de 2020]; 60(Suppl 1):12-6. Disponible en: <https://bit.ly/3lFwEko>.
9. 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. Boletín Oficial del Estado, n^o 261 (31/10/2015). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rdlg/2015/10/30/8/con>
10. Sánchez-Galán L. Datos epidemiológicos en incapacidad temporal en el Instituto Nacional de la Seguridad Social. Med segur trab [Internet]. 2016 [consultado el 28 de julio de 2020];62(Suppl extra):31-4. Disponible en: <https://bit.ly/3lyFVdM>
11. Kirschen MP, Friedlander JA. Grounded for an ethical dilemma: disequilibrium in a commercial airline pilot. Continuum (Minneapolis Minn) [Internet]. 2012 [consultado el 15 de junio de 2019];18(5 Neuro-otology):1158-62. Disponible en: <https://bit.ly/3o0C9SG>

- 12.** Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Boletín Oficial del Estado, nº 294, (06-12-2018). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3>
- 13.** Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, nº 102 (29/04/1986). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>
- 14.** Álvarez-Hernández G, Delgado-DelaMora J. Diseño de Estudios Epidemiológicos, I, El Estudio Transversal: Tomando una Fotografía de la Salud y la Enfermedad. Bol Clin Hosp Infant Edo Son [Internet]. 2015 [consultado el 11 de septiembre de 2020];32(1):26-34. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2015/bis151f.pdf>
- 15.** Rodríguez M, Mendivelso F. Diseño de investigación de corte transversal. Rev. Medica. Sanitas [Internet]. 2018 [consultado el 15 de diciembre de 2020];21(3):141-6. Disponible en: <https://bit.ly/3GclORi>
- 16.** Instituto Nacional de la Seguridad Social. Bases de datos corporativas. 2018.
- 17.** Sánchez-Galán L, Rodríguez-Ortiz de Salazar B. Revisión médico-legal y estado actual de la evaluación médica de la hipoacusia profesional en el sistema español de la Seguridad Social. Med Segur Trab [Internet]. 2005; [consultado el 1 de agosto de 2021];51(198):07-20. Disponible en: <https://bit.ly/3KQJdez>
- 18.** Real Decreto 818/2009, de 8 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento General de Conductores. Boletín Oficial del Estado, nº 138 (08/06/2009). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2009/05/08/818>
- 19.** Pérez-de la Paz J, Valdés-Rodríguez E. Lesiones relacionadas con el tráfico y papel de los centros de reconocimiento de conductores. Med Segur Trab [Internet]. 2014 [consultado el 2 de diciembre de 2020]; 60(Suppl 1):196-204. Disponible en: <https://bit.ly/3rUs379>
- 20.** Real Decreto 1055/2015, de 20 de noviembre, por el que se modifica el Reglamento General de Conductores, aprobado por Real Decreto 818/2009, de 8 de mayo. Boletín Oficial del Estado, nº 279 (21/11/2015). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2015/11/20/1055>
- 21.** Álvarez-González FJ, González-Luque JC, Lascorz-Ayats T, Mirabet-Lis E, Ozcoidi-Val M, Pérez-Torralba F. Guía de consejo sanitario en Seguridad Vial Laboral [Internet]. Madrid: Observatorio Nacional de Seguridad Vial (DGT); 2013 [consultado el 15 de junio de 2019]. Disponible en: <https://prevencionar.com/2019/06/17/seguridad-vial-laboral-guia-de-consejo-sanitario/>.
- 22.** Real Decreto 170/2010, de 19 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de centros de reconocimiento destinados a verificar las aptitudes psicofísicas de los conductores. Boletín Oficial del Estado, nº 54 (03/03/2010). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2010/02/19/170>
- 23.** Álvarez-González FJ, Assaf-Hassan B, Calvo-Calvo B, Cervelló-Ferrada P, Dols-Ruiz J, Durán-Romero R *et al.* Protocolo de exploración médico-psicológica para centros de reconocimiento de conductores, Guía para la historia clínica [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007 [consultado el 2 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3rXYod0>
- 24.** Real Decreto-ley 2/2021, de 26 de enero, de refuerzo y consolidación de medidas sociales en defensa del empleo. Boletín Oficial del Estado, nº 23 (27/01/2021). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2021/01/26/2>
- 25.** Huppert D, Straumann D, Magnusson M, Pyykkö I, Brandt T. Dizziness in Europe: from licensed fitness to drive to licence without fitness to drive. *J Neurol* [Internet]. 2018 [consultado el 10 de junio de 2019];265(Suppl 1):9-17. DOI: 10.1007/s00415-018-8806-y. Disponible en: <https://bit.ly/3nZXlbc>
- 26.** Sindwani R, Parnes L, Goebel J, Cass S. Approach to the vestibular patient and driving: a patient perspective. *Otolaryngol Head Neck Surg* [Internet]. 1999 [consultado el 2 de diciembre de 2020];121(1):13-7. DOI: 10.1016/S0194-5998(99)70115-4. Disponible en: <https://bit.ly/3KYWmbU>
- 27.** Sinnott JD, Mahoney H, Wilkinson AS, Broomfield SJ. Dizziness, driving, and the driver and vehicle-licensing agency: audit of advice given to patients, and design of a patient information leaflet.

J Laryngol Otol [Internet]. 2019 [consultado el 11 de diciembre de 2020];133(9):822-4. DOI: 10.1017/S0022215119001713. Disponible en: <https://bit.ly/348NWau>

28. Evans A, Eng CY. Driving and otolaryngology: do we know the rules?. J Laryngol Otol [Internet]. 2006 [consultado el 3 de enero de 2021];120(3):181-4. DOI: 10.1017/S0022215105006663. Disponible en: <https://bit.ly/3GaY13P>

29. Laux G, Widder B. Fahreignung bei psychischen und neurologischen Erkrankungen. Nervenarzt [Internet]. 2014 [consultado el 2 de octubre de 2020];85:803-4. DOI: 10.1007/s00115-013-3991-5. Disponible en: <https://bit.ly/3fZgaXS>

30. Huppert D, Brandt T. Schwindel, von der Fahreignung mit führerschein zum führerschein ohne fahreignung: sind die aktuellen leitlinien gerechtfertigt?. Laryngorhinootologie [Internet]. 2019 [consultado el 2 de octubre de 2020];98(10):674-84. DOI: 10.1055/a-0960-6464. Disponible en: <https://bit.ly/3G51T6K>

31. Von Brevern M, Von Stuckrad-Barre S, Fetter M. Fahreignungsbeurteilung bei Schwindel aus neurologischer Sicht. Nervenarzt [Internet]. 2014 [consultado el 4 de octubre de 2020];85:841-6. DOI: 10.1007/s00115-014-4011-0. Disponible en: <https://bit.ly/3Hb5scM>

32. Bronstein A, Golding J, Gresty M. Vertigo and dizziness from environmental motion: visual vertigo, motion sickness and drivers' disorientation. Semin Neurol [Internet]. 2013 [consultado el 10 de junio de 2019];33(03):219-30. DOI: 10.1055/s-0033-1354602. Disponible en: <https://bit.ly/3AAG0eh>

33. Pérez-Fernández N. Calidad de vida en pacientes con Enfermedad de Ménière. En: Pérez-Garríguez H, López-Escámez JA, Morales- Angulo C, Pérez-Fernández N. Ponencia Oficial del LX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cervicofacial: Enfermedad de Ménière: desde las ciencias básicas hacia la medicina clínica. Badalona: Ediciones Médicas SL; 2009. p. 176.

34. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales. Boletín Oficial del Estado, nº 269, (10-11-1995). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/1995/11/08/31/con>

35. DelaOrden-Rivera MV. Análisis de las condiciones de trabajo de los conductores profesionales [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), O.A., M.P.; 2018 [consultado el 16 de junio de 2019]. NIPO: 276-18-069-7. Disponible en: <https://bit.ly/3IKEN7c>

36. UGT-SMC (Servicios para la Movilidad y el Consumo). La salud y Condiciones de Trabajo en los Conductores de Autobuses [Internet]. AETIVA (Asociación Empresarial de Transportes Interurbanos de Viajeros en Autobuses de Aragón [consultado el 15 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3G57fyS>

37. Fundación MAPFRE. Seguridad y salud para conductores de mercancías [Internet]. Fundación MAPFRE; 2011 [consultado el 15 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/35tvkmh>

38. Unión General de Trabajadores. Riesgos en el sector de transportes por carretera [Internet]. Castilla y León: Comisión Ejecutiva Confederal de UGT; 2001 [consultado el 15 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3u4o0Yl>

39. Teomiro-Salgado S, DeLaRica-Aspiunza M, Paul-Salvador I. Manual de buenas prácticas de Prevención de Riesgos Laborales en el transporte de mercancías por carretera [Internet]. Bizkaia: OSALAN, Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales; 2016 [consultado el 15 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/34d1hOS>

40. Llamazares-Robles J. La seguridad vial laboral: La influencia de los accidentes de tráfico en el entorno laboral [tesis doctoral]. Valencia: Facultad de Psicología, Universidad de Valencia; 2019.

41. Ortín-Botella MF. Salud Ocupacional en trabajadores del taxi del área metropolitana de Alicante [tesis doctoral]. Elche: Departamento de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández; 2017.



doi: 10.4321/s0465-546x2021000300006

Revisión sistemática

Revisión Sistemática - Intervenciones en el proceso de Retorno al Trabajo en los Trastornos Mentales Comunes

Systematic review - Interventions process to return to Work in Common Mental Disorders

Gaetano Pepe Betancourt¹  0000-0001-6668-7309

Ana Cristina Brand P²  0000-0003-3821-9262

¹Instituto de Salud Carlos III, Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, Madrid, España.

²Sante Fe College of Gainesville, Florida, United States.

Correspondencia

Gaetano Pepe Betancourt
pepegae@hotmail.com

Recibido: 14.07.2021

Aceptado: 08.09.2021

Publicado: 31.03.2021

Contribuciones de autoría

Las autoras y los autores de este trabajo han contribuido por igual.

Financiación

Sin financiación.

Conflicto de intereses

En esta revisión no hubo conflicto de interés.

Cómo citar este trabajo

Betancourt GP, Brand AC. Revisión Sistemática - Intervenciones en el proceso de Retorno al Trabajo en los Trastornos Mentales Comunes. Med Segur Trab (Internet). 2021;67(264):212-231. doi: 10.4321/s0465-546x2021000300006

Resumen

Introducción: Los trastornos mentales comunes (TMC), causan sufrimiento individual y menoscabo significativo a la salud, tienen un impacto negativo en el bienestar del individuo, las circunstancias financieras y a la sociedad. La respuesta de los médicos ha sido otorgar la incapacidad con la finalidad de mitigar los síntomas. Pero el dilema que entraña esta respuesta es que el reposo es beneficioso sólo si mantiene un equilibrio funcional del paciente y el retorno al trabajo. Bajo este enfoque, se plantea que las intervenciones psicosociales permiten preparar al individuo para retornar al trabajo.

Método: el diseño de esta revisión es de alcance descriptivo y de enfoque mixto. La búsqueda se realizó a partir de: PubMed/MEDLINE, ELSEVIER, SciELO, Academic Google. El criterio de temporalidad fueron artículos publicados en los últimos 5 años, desde el 06 de diciembre y finalizó el 30 de diciembre del 2019.

Resultados: se analizaron 28 artículos a texto completo, la evidencia científica se sustentó en 13 estudios controlados. Se encontró evidencia de calidad moderada de que las intervenciones aplicadas mejoran los síntomas y reducen el número de días de incapacidad en pacientes con TMC. Nivel de evidencia B de GRADE.

Conclusiones: las intervenciones psicosociales facilitan un retorno al trabajo saludable y sostenible. Sin embargo, para que esto suceda, estas deben dirigirse no solo al individuo con incapacidad para trabajar, sino también a la interacción de este con su lugar de trabajo.

Palabras clave: Salud mental; absentismo; costos de atención en salud; retorno al trabajo.

Abstract

Introduction: Common mental disorders (CMD), cause individual suffering and significant impairment to health, have a negative impact on the well-being of the individual, financial circumstances and society. Physicians' response has been to grant disability in order to mitigate symptoms. But the dilemma involved in this response is that rest is beneficial only if it maintains a functional balance for the patient and return to work. Under this approach, it is stated that psychosocial interventions allow preparing the individual to return to work.

Method: The design of this review is descriptive in scope and mixed in approach. The search was carried out from the following databases: PubMed/MEDLINE, ELSEVIER, SciELO, Academic Google. Temporality search criteria were articles published in the last 5 years, from December 06 to December 30, 2019.

Results: 28 full-text articles were analyzed; the scientific evidence was supported in 13 controlled studies. We found a moderate evidence that the interventions applied improve symptoms and reduce the number of days of disability in patients with CMD. Evidence level B of GRADE.

Conclusions: psycho-social interventions facilitate a healthy and sustainable return to work. However, for this to happen, they must address not only the individual with an inability to work, but also their interaction with their workplace.

Keywords: Mental Disorders; Absenteeism; Health Care Cost; Return to Work.

Introducción

Los trastornos mentales comunes (TMC), como los trastornos del estado de ánimo, los trastornos adaptativos y ansiedad, afectan aproximadamente a un tercio de la población europea en edad de trabajar y son una de las principales causas de baja por enfermedad común, después de los trastornos musculoesqueléticos⁽¹⁾. Son problemas de salud altamente prevalentes que causan angustia y menoscabo significativo a la salud, producen además sufrimiento individual y un impacto negativo en el bienestar del individuo, las circunstancias financieras, la red social y el riesgo de estigmatización⁽²⁻³⁾.

La prevalencia de los trastornos mentales varía según los países debido a los métodos de definición y evaluación, pero la Organización Mundial de la Salud (OMS 2017) estimó recientemente la prevalencia de la depresión al 4,4% y de los trastornos de ansiedad al 3,6% para la población mundial. Actualmente, la OMS clasifica la depresión como el mayor contribuyente individual a la discapacidad global y el número de personas que sufren de depresión y ansiedad está aumentando. Los TMC son causa de aproximadamente el 45% de todas las bajas por enfermedad entre las mujeres y el 32% de todas las bajas por enfermedad entre los hombres⁽⁴⁾.

La depresión afecta en España al 4-5% de la población, siendo así el cuarto país europeo con más casos⁽⁵⁾, y se estima que provoca una discapacidad funcional completa de 47 días al año de promedio al año. Los problemas psiquiátricos, entre los que se encuadra la depresión, son la segunda causa de absentismo laboral del país, representando el 11% de las bajas, tan sólo por detrás de las patologías de la columna lumbar (13%)⁽⁴⁾.

Se estima que la depresión representa el 3,8% del total de años de vida ajustados por discapacidad para la población europea, siendo en España del 4,33%⁽⁶⁾, contribuyendo a que una de cada 10 bajas se deba a este problema.

El costo para la sociedad en términos de atención médica, baja por enfermedad y pérdida de productividad para los empleadores es alto. Según los datos registrados por la OCDE (2017) el gasto público total por baja por enfermedad totaliza el 2% del producto interno bruto en promedio⁽¹⁾.

Las crecientes tasas de prevalencia de los TMC y los costos de Incapacidad indican la necesidad de que los responsables políticos avancen la política de discapacidad. En un intento de lograr ahorros económicos considerables tanto desde una perspectiva individual como social al aumentar nuestro conocimiento sobre cómo ayudar a las personas con TMC a mejorar su salud mental y regresar al trabajo⁽⁴⁾.

Habitualmente la respuesta de los médicos de atención primaria (MAP) y de los especialistas ha sido otorgar la baja para el reposo, justificando dicha indicación en la llamada incapacidad temporal (IT). El dilema que entraña esta respuesta es que, si bien clínicamente el reposo es necesario para lograr la mitigación de los síntomas, en el ámbito ocupacional el reposo será beneficioso sólo si mantiene el equilibrio entre el restablecimiento funcional del paciente y las acciones tendientes al alta acompañadas de intervenciones psicosociales que permitan preparar al paciente el retorno al trabajo (RAT)⁽¹⁾.

Con la extensión del reposo, se corre el riesgo de agudizar la condición clínica derivada de expectativas negativas del paciente y del empleador acerca de su competencia para el puesto de trabajo⁽¹⁾. Por otro lado, el absentismo laboral no es el único problema generado por el impacto de la depresión en la población trabajadora. Hay otro problema, en apariencia paradójico, pero en realidad muy fácil de entender: se trata del «presentismo», es cuando un trabajador, generalmente por miedo al despido, sigue acudiendo a su puesto de trabajo «el trabajador presente-ausente», lo que igualmente merma la productividad laboral. Es habitual en casos de depresión (ya que habitualmente no implica un impedimento físico demasiado paralizante) y a su vez, es uno de los factores que impiden el correcto restablecimiento de la salud⁽⁴⁾.

Los trabajadores deprimidos pueden necesitar hacer un extra - esfuerzo para ser productivo durante su trabajo, que puede provocar efectos secundarios de fatiga después del trabajo⁽⁷⁻⁸⁾.

El envejecimiento a menudo se acompaña de un aumento de enfermedades agudas y crónicas que conducen a limitaciones funcionales o incapacidad para trabajar. Las patologías crónicas como enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y la depresión se están convirtiendo en un problema

creciente de los trabajadores mayores. Los problemas de salud relacionados con el trabajo, tales como trastornos musculoesqueléticos y los trastornos mentales son una fuente importante de IT y de jubilación por discapacidad, afectando a los empleadores⁽⁹⁾.

Un enfoque multidisciplinario de RAT, viene a jugar un rol importante, eficaz y rentable en reducción del absentismo. El enfoque multidisciplinario acorta el tiempo de regreso al trabajo, reduciendo la ocurrencia de algunas enfermedades físicas y enfermedades mentales⁽¹²⁻¹³⁾.

Se considera que las intervenciones dirigidas al trabajo reducen la discapacidad laboral creando un ambiente de trabajo más adecuado para un trabajador con TMC, tales como modificar tareas de trabajo u horas de trabajo. El trabajador puede ser apoyado en el tratamiento de la depresión en el trabajo, mediante un programa gradual de regreso al trabajo o mejorando las habilidades para hacer frente con situaciones de trabajo⁽¹⁴⁾. Las intervenciones clínicas pueden reducir los tiempos de IT, al reducir los síntomas depresivos y, por lo tanto, eliminando los obstáculos para trabajar.

Por otro lado, se observa un problema importante que es la falta de cooperación entre estas partes interesadas. Además, la atención primaria de salud a menudo no se enfoca en el RAT y las intervenciones relacionadas con el lugar de trabajo. Se sabe que estos tipos de intervenciones tienen efectos prometedores sobre la mejoría de los síntomas y la reducción del número de días de la IT en pacientes con TMC⁽¹⁸⁾.

Hay razones que respaldan la necesidad de intervenir temprano para prevenir la IT prolongada y promover la rápida incorporación al trabajo.

- El trabajo tiene beneficios para la salud, mientras que la ausencia prolongada del trabajo la perjudica. Actualmente existe abundante evidencia de que el empleo es un determinante importante de la salud de las personas, los cuales contribuyen a la autoestima y a su estatus social, así como también al bienestar material y a la participación social.
- El trabajo mantiene las capacidades físicas necesarias para un buen funcionamiento fisiológico. Por el contrario, no tener un trabajo tendría un impacto negativo y significativo en la salud física y psicológica, y también se asociaría con un mayor riesgo de suicidio e incluso la tasa de mortalidad⁽¹⁹⁾.

Actualmente hay pruebas sólidas de que cuanto más larga sea IT, mayor es el riesgo de que el RAT se vea comprometido y resulte en consecuencias adversas para la salud. En este sentido se observa una brecha importante entre la recuperación clínica de individuo y sus capacidades y por otra la incorporación directa al trabajo, desde esta perspectiva cabe preguntarse si el alta del paciente implica una incorporación del trabajador, sin que exista un proceso de adaptación tomando en consideración una serie de variables contextuales, expresadas en el «proceso de retorno al trabajo», un diseño adecuado de intervenciones terapéuticas y psicosociales en el ámbito ocupacional requiere tomar en cuenta las más recientes investigaciones en esta materia.

Métodos

El diseño de este estudio es de alcance descriptivo y de enfoque mixto. Se lleva a cabo una revisión sistemática con técnicas cualitativas para el levantamiento de subcategorías. Asimismo, empleando técnicas cuantitativas se realiza una síntesis de la distribución de estas subcategorías en la muestra analizada.

Los riesgos potenciales de sesgo de esta revisión se deben en parte a:

- Falta de asignación de un correcto diagnóstico, en los artículos revisados, lo que en cierta medida produce que la intervención aplicada en cada caso no sea la correcta.
- Los sesgos de revisión consistentes en que uno de los artículos de la revisión tomó en cuenta una población de trabajadores y no trabajadores, riesgo de sesgo según el grupo etario.
- Sesgo de hallazgos no significativos debido a amplios intervalos de confianza como evidencia sin efecto.

El proceso de búsqueda de la literatura se realizó a partir de las siguientes bases de datos: PubMed/MEDLINE, ELSEVIER, SciELO, Google académico, se utilizaron términos libres y descriptores DeCS, MeSH, y Major Topic. Abordando el tema de pacientes con TMC, absentismo laboral, costos económicos del cuidado de la salud y RAT, cuestionario de salud mental del paciente (HPQ9). El criterio temporal de búsqueda fueron artículos publicados en los últimos 5 años, La misma se realizó 06 de diciembre y finalizó el 30 de diciembre del 2019. Las fórmulas de búsqueda se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1: Estrategia de búsqueda

| Base de Datos | Términos de búsqueda | Estrategia de búsqueda |
|------------------|--|---|
| MEDLINE-Pub-med | Mental Disorders, Absenteeism, Health Care Cost, Return to Work, HPQ9. | Search ((Mental Disorders[MeSH Terms]) AND Health Care Costs) AND Return to Work Filters: published in the last 5 years Search ((PHQ-9) AND absenteeism[MeSH Terms]) AND Return to Work Filters: published in the last 5 years Search ((somatic symptoms) AND absenteeism[MeSH Terms]) AND Return to Work[MeSH Terms] |
| Scielo | Desorden mental, absentismo, retorno al trabajo | Afecciones de Salud Mental y Retorno al Trabajo |
| ELSEVIER | Mental Disorders, Absenteeism, Health Care Cost, Return to Work | Mental Disorders and Absenteeism and Health Care Cost and Return to Work |
| Google Académico | «Mental Disorders» «Absenteeism» «Return to Work» | «Mental Disorders» «Absenteeism» «Return to Work» filetype:pdf |

Una vez obtenida la colección bibliográfica se realizó una evaluación de pertinencia cotejando la idoneidad de los artículos para el estudio a partir de la revisión de los títulos y el resumen de estos. Posteriormente se restringe la búsqueda aplicando los siguientes criterios de inclusión y exclusión contenidos en la Tabla 2.

Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión.

| Criterios de inclusión | Criterios de exclusión |
|---|--|
| Uso de palabras claves. | Trastornos mentales orgánicos. |
| Incapacidad por enfermedad mental leve. | Otras causas de incapacidad temporal. |
| Publicaciones científicas. | Artículos teóricos o conceptuales, Literatura negra. |

Resultados

A partir de la estrategia de búsqueda se obtuvo un total de 288 artículos, una vez eliminados los duplicados e incluidos los artículos de la lista de referencia, se procedió al análisis de pertinencia y a aplicar los criterios de inclusión y exclusión, así como la selección de publicaciones indexadas en sistemas ISI y/o Scielo para asegurar la calidad de estas. El procedimiento de selección siguió las orientaciones de la declaración PRISMA⁽⁶⁾, con la obtención final de 28 artículos que conforman la base del estudio.

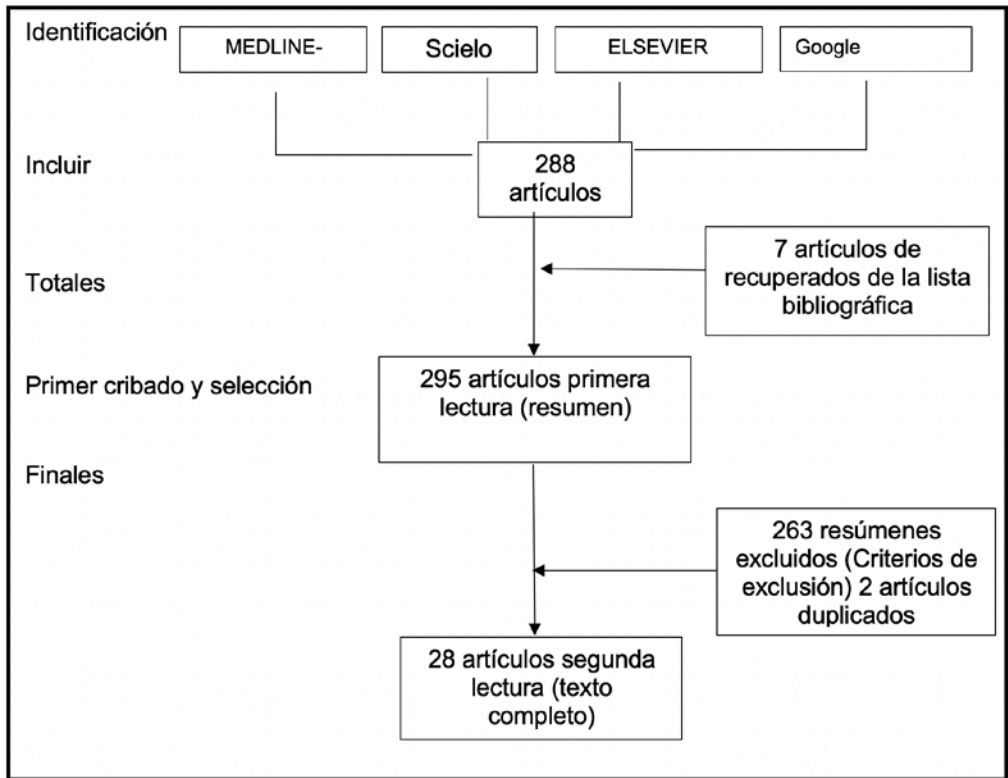


Diagrama 1: El flujograma ilustra el proceso seguido y los resultados obtenidos en la selección de los artículos, una vez aplicado los criterios de inclusión y exclusión.

Tabla 3. Características de los artículos revisados

| AÑO | PAIS | TITULO | PUBLICACION |
|------|---------------|--|----------------------------|
| 2007 | USA | Telephone screening, outreach, and care management for depressed workers and impact on clinical and work productivity outcomes: a randomized controlled trial. | JAMA |
| 2010 | Países Bajos. | Prevention of recurrent sickness absence among employees with common mental disorders: design of a cluster-randomised controlled trial with cost-benefit and effectiveness evaluation. | BMC Public Health |
| 2013 | Chile | Afecciones de Salud Mental y el Proceso de Retorno al Trabajo: Una Revisión Sistemática | Ciencia & Trabajo |
| 2013 | Países Bajos. | Effectiveness of guideline-based care by occupational physicians on the return-to-work of workers with common mental disorders: design of a cluster-randomised controlled trial. | JO. Environmental Medicine |
| 2014 | Reino Unido | Employment, Social Affairs & Inclusion Evaluation of policy and practice to promote mental health in the workplace in Europe Final Report | Comision europea |

| AÑO | PAIS | TITULO | PUBLICACION |
|------|---------------|--|---------------------------------------|
| 2014 | Canadá | Estimating the net benefit of a specialized return-to-work program for workers on short-term disability related to a mental disorder: an example exploring investment in collaborative care. | JO. Environmental Medicine |
| 2014 | Países Bajos. | Interventions to improve return to work in depressed people | Cochrane SystematicReview |
| 2015 | Australia. | Interventions to improve return to work outcomes in individuals with mental health conditions. | I. S.C Recovery Research |
| 2015 | Países Bajos. | Effectiveness of a blended web-based intervention on return to work for sick-listed employees with common mental disorders: results of a cluster randomized controlled trial. | J Med Internet Res. |
| 2015 | Suiza | Costs of production loss and primary health care interventions for return-to-work of sick-listed workers in Sweden. | J.Disability and Rehabilitation |
| 2015 | Suecia | What positive encounters with healthcare and social insurance staff promotes ability to return to work of long-term sickness absentees? | Scandinavian J. Public Health |
| 2015 | Canadá | The effectiveness of return-to-work interventions that incorporate work-focused problem-solving skills for workers with sickness absences related to mental disorders: a systematic literature review. | British Medical Journal |
| 2016 | Países Bajos. | Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. | Lancet Psychiatry |
| 2017 | Países Bajos. | Return-to-work intervention versus usual care for sick-listed employees: health-economic investment appraisal alongside a cluster randomised trial. | British Medical Journal |
| 2017 | Eslovenia | Reducing Absenteeism and a Faster Return to Work | Social sciences |
| 2017 | Canadá | Return-to-Work Strategies for Employees With Mental Health Condition | I.S.C.E benefits specialist |
| 2017 | Dinamarca | Study Protocol: Integrated mental health care and vocational rehabilitation to improve return to work rates for people on sick leave because of common mental disorders (IBBIS) | ClinicalTrials |
| 2017 | Francia | Supporting the return to work following sick leave for a depressive disorder: why and how? | Sante Ment Que |
| 2017 | Países Bajos. | Predictors of return to work among patients in treatment for common mental disorders: a pre-post study | BMC Public Health |
| 2017 | Países Bajos. | Screening instruments for predicting return to work in long-term sickness absence. | Occupational Medicine |
| 2017 | Países Bajos. | Barriers to and facilitators of return to work after sick leave in workers with common mental disorders | I. Occupational Safety and Health |
| 2018 | Suecia | Increasing return-to-work among people on sick leave due to common mental disorders: design of a cluster-randomized controlled trial of a problem-solving intervention versus care-as-usual conducted in the Swedish primary health care system (PROSA). | BMC Public Health |
| 2018 | Países Bajos. | Determinants of Sickness Absence and Return to Work Among Employees with Common Mental Disorders: A Scoping Review | Journal Disability and Rehabilitation |
| 2019 | Países Bajos. | Quickscan assesses risk factors of long-term sickness absence: A cross-sectional (factorial) construct validation study. | PLOS ONE |

| AÑO | PAIS | TITULO | PUBLICACION |
|------|------------|--|--------------------------------|
| 2019 | Suiza | Psychological treatments for return to work in individual sick leave due to common mental disorders or musculoskeletal disorders: a systematic review and meta-analysis of randomized-controlled trials. | Arch Occup Environ Health |
| 2019 | Australia. | The relationship between depression symptoms, absenteeism and presenteeism. | Journal of Affective Disorders |
| 2019 | Canadá | Workplace issues and mental health. | Canadian Psychology |
| 2019 | Canadá | Workforce reentry for employees | Canadian Psychology |

Se construyó una base de datos en formato Excel Office 2016 para el análisis temático de los artículos seleccionados, se distinguen en 7 categorías y posteriormente ordenadas para su análisis. (Grafico 3).

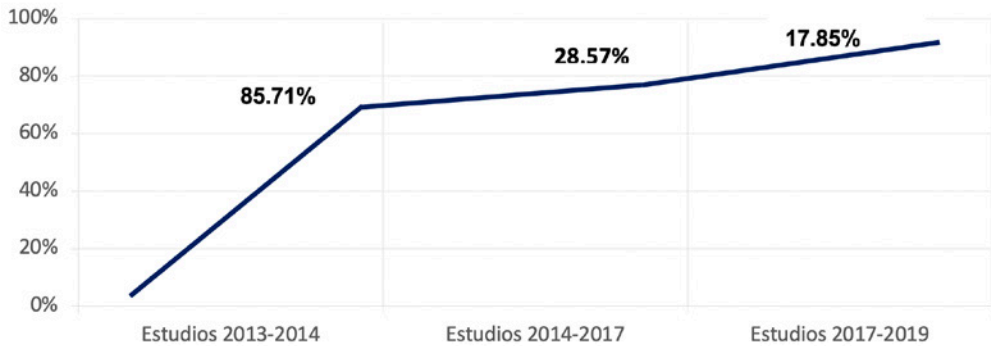


Gráfico 1: Distribución temporal de artículos por año de publicación.

Se observa un aumento de las publicaciones en los últimos 5 años a partir de 2013. Concentrándose en 85.71% a partir de 2014. También se evidencia un aumento sostenido de 28.57% hacia el 2017 y de 17.85% en 2019.

El 46.42% se corresponden con ensayos aleatorizados de doble ciego, independientemente del número de brazos que hayan tenido según el tipo de intervención aplicada; Terapia cognitivo conductual (TCC), terapia de resolución de conflicto (TRC), terapia vocacional (TV), e intervención integrada de retorno al trabajo (RAT). El 46.42% son estudios descriptivos observacionales de serie de casos, los cuales evalúan como una intervención influye en la muestra. Solo dos estudios son de tipo prospectivo. Se observa que el mayor número de artículos fueron publicados de revistas de Medicina ocupacional y salud mental.

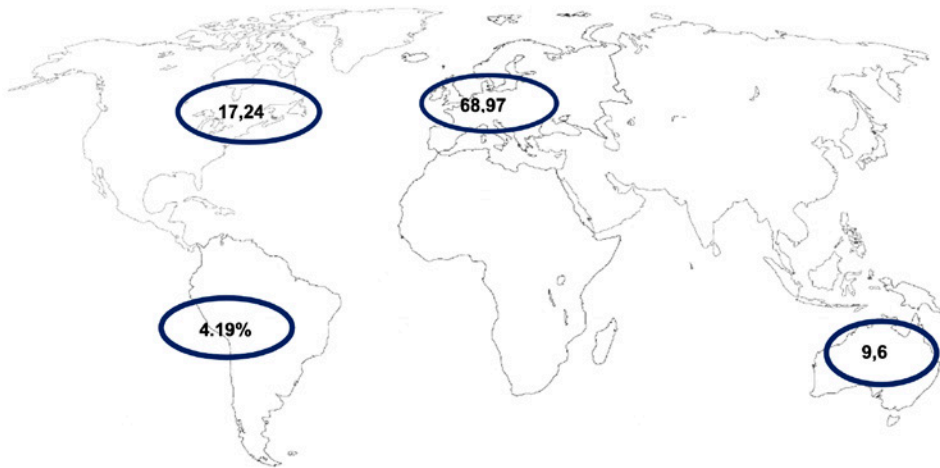


Diagrama 2: Distribución mundial de artículos publicados.

La mayor cantidad de artículos se publicaron en Europa 20 artículos (68,97%), y 6 artículos en América (17,24%), destaca que el 50% de los artículos (14) fueron publicados en los países Bajos. El 96.42 % de la evidencia se publicó en idioma inglés y solo una (1) en castellano, esta última corresponde a 2010, siendo además una literatura recuperada de la lista de artículos seleccionados a partir de los motores de búsqueda.

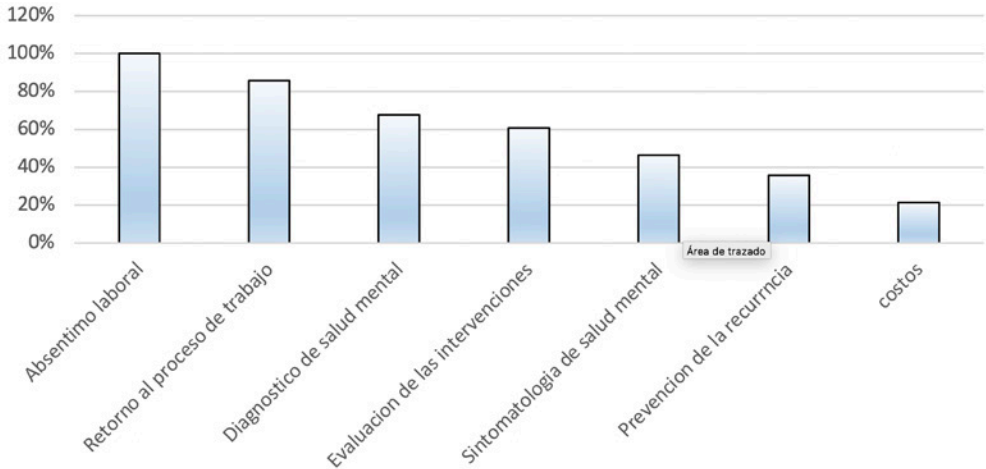


Gráfico 2: Distribución de artículos según Variable Resultado Principal.

Respecto a las temáticas abordadas, 100% valora el Absentismo laboral, uno de los puntos más abordados fue el proceso de RTA (85.71%), ninguno de los artículos hace mención del sector laboral de los participantes, es decir, estos estudios utilizaron muestras de personas de múltiples sectores. El 67.86% se centra en el diagnóstico de la salud mental, el 60.71% de la evidencia menciona la evaluación de las Intervenciones y el 46.43% hace referencia a la sintomatología de la salud mental, el 35.71% menciona la prevención de la recurrencia. Solo 6 estudios mencionan los costes de las intervenciones.

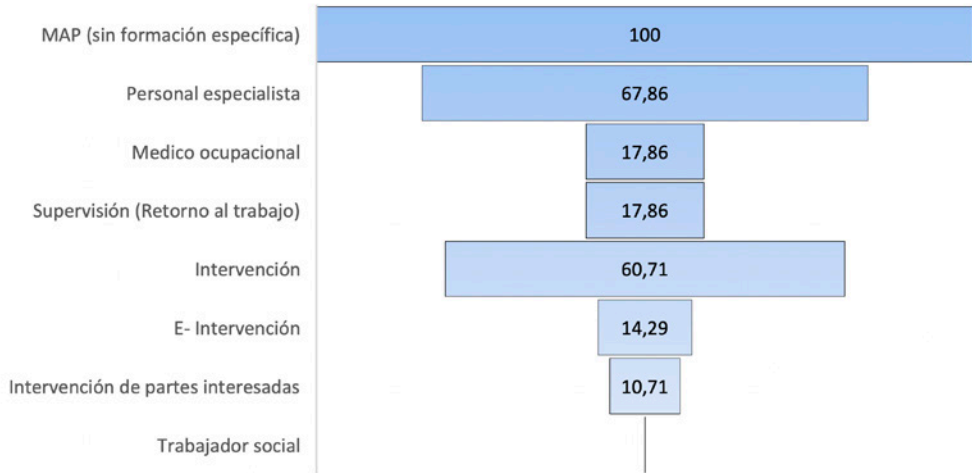


Gráfico 3: Porcentaje de profesionales tratantes involucrados en el proceso de RAT y medidas de intervención.

La revisión de la literatura muestra que los profesionales que realizan las intervenciones son de amplio espectro, se destacan en el Gráfico 3, el 100% de los MAP «sin formación específica» son los responsables de otorgar la IT, son su vez los proveedores de psicofármacos. El 67,86% de los pacientes tienen un diagnóstico de TMC (sin especificar, dato relevante de esta revisión) valorados por el personal especialista. En solo cinco (17,86%) de los estudios, el medico ocupacional (psicosociología aplicada), estuvo presente y superviso el proceso de RAT, representando un eslabón entre el centro de trabajo y la atención primaria. En el 60.71% de los casos se aplicó una intervención no sanitaria vinculada al proceso de RAT, solo en 4 de ellas se realizó de manera telemática «telefónica o electrónicamente», destaca el hecho de que solo en 10.71% de toda la cadena de las partes interesadas en proceso de RAT estuvo presente. No hubo presencia del trabajador social como parte integradora de la cadena.

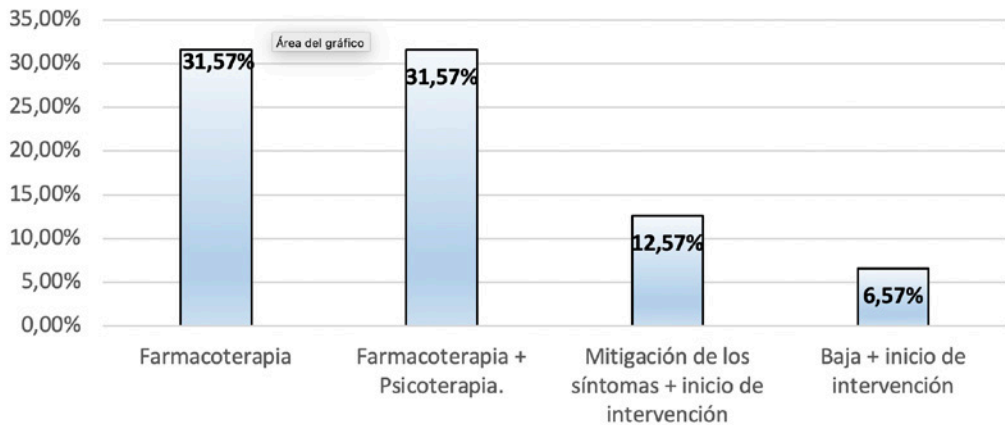


Gráfico 4: Características de las terapias aplicadas Vs instauración de una intervención.

Las técnicas que se aplicaron en las intervenciones que se observan en el Gráfico 4, son una medida importante para comprender el contexto y los resultados que se esperan de la terapia. Las técnicas aplicadas en los estudios revisados se podrían resumir como farmacoterapia 31,57%, la farmacoterapia asociada a la Psicoterapia cognitivo-conductual 31,57%; se puede apreciar que en el 12.57% de

las intervenciones se inician tras la mitigación de los síntomas. Solo en el 6.57% de las intervenciones destinadas al RAT se realizaron al inicio de la IT.

Tabla 4: Presentación estadística de las intervenciones a corto y largo plazo en función de los síntomas, funcionamiento laboral.

| INTERVENCIÓN | OR | IC 95 | valor p |
|---|------|------------|---------|
| TPU unimodal | 0.57 | 0.88-0.26 | > 0,05 |
| TPU + Tx psicológico Finnes 2019 | 1.54 | 1.02-2.31 | < 0,05 |
| TPU + Tx psicológico Nieuwenhuijsen 2014 ⁽⁹¹⁻⁹³⁾ | 0.40 | -0,66-0,14 | < 0,05 |
| Tx psicológico vs. Terapia cognitivo conductual | 2,46 | 0,99-6,10 | < 0,05 |
| TPU + terapia psicodinámica (cp) | 0.66 | 1.03-0.30 | < 0,05 |
| TPU + terapia de resolución de conflicto (lp) | 1 | 0.63-1.36 | < 0,05 |

TPU: terapia psicológica usual. Tx: terapia. CP: corto plazo. LP: largo plazo

Se presentan los resultados en función de los síntomas depresivos y el funcionamiento laboral, se compara una intervención dirigida al trabajo con una clínica intervención sola.

En relación con la capacidad funcional laboral y los días de IT, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas cuando se compararon los tratamientos con psicofármacos.

Se observa diferencia estadísticamente significativa cuando se combina alguna TPU con algún tratamiento psicológico OR 1.54 IC 95% (1.02-2.31), no obstante, la efectividad de las intervenciones psicológicas sigue siendo inconsistente según la investigación de resultados sobre el RAT.

Tres estudios analizaron la efectividad de una intervención dirigida al trabajo con una intervención clínica sola, los resultados resumidos de ausencia de enfermedad mostraron un grado moderado de evidencia de un efecto positivo OR 0,40; IC 95% (-0,66-0,14). En cuanto a la mejoría de los síntomas, se encontró diferencia estadísticamente significativa cuando una intervención dirigida al RAT se combina con una intervención clínica a largo plazo 0.63 IC del 95%: (-0.24-1,02). La TCC muestra mejores resultados OR 2.46 IC 95% (0,99-6,10), cuando se compara con la terapia psicodinámica sola.

En cuanto a los síntomas depresivos y el funcionamiento laboral, la terapia psicodinámica a corto plazo es mejor que LA TRC OR 0.66, IC 95% (-0.30-1.03), pero a largo plazo la TRC tiene mejores resultados OR 1.0 IC 95% (0.63-1.36).

Tabla 5: Comparación de las intervenciones a corto y largo plazo en función de los días de IT.

| COMPARACIÓN | OR | IC 95 | valor p |
|--|------|-----------|---------|
| TPU + terapia psicodinámica (cp) | 0.25 | 0.39-0.89 | < 0,05 |
| TPU + terapia de resolución de conflicto (lp) | 1.16 | 0.49-1.83 | < 0,05 |
| TPU + e@ TCC / TRC ⁽²⁾ | 0.23 | 0.45-0.01 | < 0,05 |
| TPU + e@ TCC / TRC | 0.56 | 0.76-0.36 | < 0,05 |
| TPU + ICO e@-Modulo de tratamiento de RAT *3m | 1,18 | 0,54-2.56 | > 0.05 |
| PPU + ICO e@-Modulo de tratamiento de RAT *6m | 1.73 | 0.88-3.38 | > 0.05 |
| TPU + ICO e@-Modulo de tratamiento de RAT *9m ^β | 2.2 | 1.11-4.45 | < 0,05 |
| TPU + ICO e@-Modulo de tratamiento de RAT *12m | 1.15 | 0.49-2.71 | > 0.05 |

ICO: intervención Colaborativa Ocupacional

Se encontró evidencia de baja calidad de que la terapia psicodinámica a corto plazo no es más efectiva que la TRC OR 0.25 IC 95% (0.39-0.89) y que la TRC a largo plazo es más efectiva en la reducción del número de días de baja en TMC OR 1.16 IC95% (0.49-1.83).

En relación con la TCC y la TRC en línea o telefónica ((e@-Modulo) versus la atención habitual, los resultados agrupados de tres estudios muestran que existe evidencia de calidad moderada OR 0.23 IC 95% (-0.45-0.01) que la TCC en línea redujo los días de IT más de lo habitual que en atención primaria. Así mismo hubo evidencia estadísticamente significativa de que la TRC en línea también reduce los síntomas depresivos OR 0.56 IC 95% (0.36-0.76). Además, la intervención e@-Modulo es más efectiva a los 9 meses desde el inicio de la intervención OR 2.2 IC 95% (1.11-4.45). Finalmente se encuentran pruebas de calidad moderada basadas en que una intervención dirigida al RAT más una intervención clínica reduce el número de días de IT en el término medio cuando se compara con una intervención clínica sola

Tabla 6: Características basales y síntomas de los participantes en el control de atención habitual y los grupos de ICO (n = 220).

| SÍNTOMAS Y CONDICIONES | Atención habitual | Intervención ICO | p |
|---------------------------------------|-------------------|------------------|------|
| Solo síntomas depresivos (PHQ-9 ≥10) | 6% | 8% | 0,44 |
| Solo síntomas somáticos (PHQ-15 ≥10) | 8% | 6% | 0,61 |
| Solo síntomas de ansiedad (GAD-7 ≥10) | 3% | 5% | 0,74 |
| síntomas depresivos y somatización | 13% | 12% | 0,78 |
| síntomas depresivos y de ansiedad | 9% | 12% | 0,45 |
| síntomas de ansiedad y somatización | 7% | 7% | 0,97 |
| todos los síntomas | 54% | 50% | 0,53 |

ICO: intervención Colaborativa Ocupacional.

Con relación a la mejoría de los síntomas depresivos, somáticos y de ansiedad, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas $p > 0.005$ entre los dos brazos que recibieron una ICO inicial y los que no.

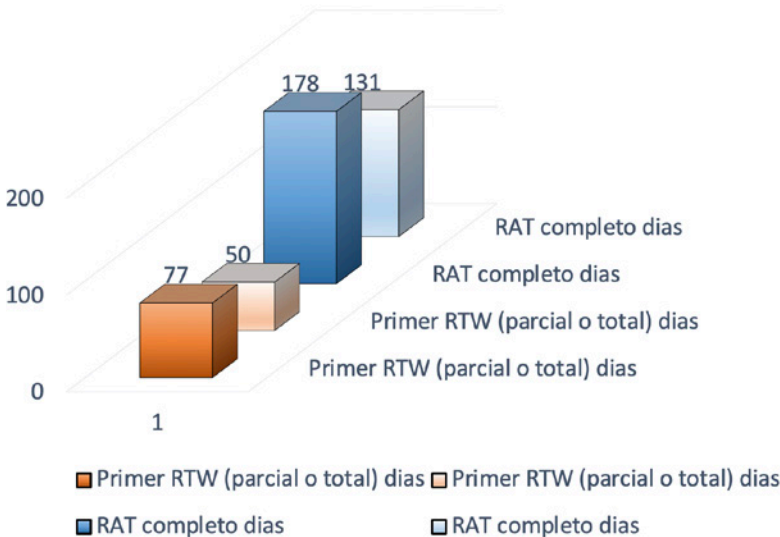


Gráfico 5. Tiempo de RAT tras remisión de los síntomas tras 1 año de seguimiento. con ICO.

Tabla 7: Tiempo de RAT tras remisión de los síntomas en ambos brazos del estudio tras 1 año de seguimiento. (no intervención Vs ICO).

| Tiempo de RAT (parcial o total) | No intervención IC 95% | OR | intervención CIU IC 95% | OR |
|---------------------------------|------------------------|----------|-------------------------|----------|
| primer RTW (parcial o total) | (29.0-152.3) | 77días | (20.8-99.0) | 50días |
| RAT completo | (72.0-243.3) | 178 días | (68.5-198.0) | 131 días |

ICO: intervención Colaborativa Ocupacional.

Se observa el tiempo transcurrido en número de días hasta el primer RTW (parcial o total) para ambos grupos. El 84% (n 89) de los participantes sin intervención, la primera toma de contacto con el trabajo (Parcia o total) se produjo a los 77 días, en comparación con los participantes del grupo de ICO 87.7% (n 131) que se produjo a los 50 días. Tras un (1) año de seguimiento y posterior el tiempo de RAT completo (sin recaídas), en el 67.7% en los participantes de ICO la medida de resultado fue de 131 días en comparación con el 61% del grupo de no intervención, siendo la medida de 178 días para el grupo sin intervención.

La ICO condujo a un primer contacto laboral más rápido y a una mayor remisión de los síntomas en pacientes con TMC tras un año de seguimiento. Esto sugiere que el potencial de la intervención ICO podría explotarse mejor con una mejor continuidad y adhesión de los médicos ocupacionales en la cadena integradora del proceso de RAT.

Tabla 8: Costos mensuales por paciente en la intervención ICO desde la perspectiva del empleador (en euros 2011).

| Mes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | Acumula-tivo |
|----------------|------|------|-------|-------|------|-------|------|------|------|------|------|-------|--------------|
| Costos totales | 3098 | 2671 | 2244 | 1958 | 1958 | 1672 | 1359 | 1359 | 1047 | 971 | 971 | 987 | 20205 |
| Beneficios | -214 | -86 | 42 | 151 | 151 | 260 | 379 | 379 | 498 | 606 | 606 | 714 | 3486 |
| Beneficio neto | -514 | -600 | -558 | -407 | -256 | 4 | 383 | 762 | 1260 | 1866 | 2472 | 3187 | - |
| Retorno ROI | 0 | -2 | -1,86 | -1,36 | 0,83 | 0,013 | 1,27 | 2,54 | 4,2 | 6,22 | 8,24 | 10,62 | - |

*Costo de la intervención ICO € 300. *Ratio de inversión (Return on Investment; ROI)

Se evaluó ICO diseñada para promover el RAT mejorando el funcionamiento de los empleados, que incluye la oportunidad de consulta psiquiátrica al médico ocupacional. Esta intervención se realizó a través de módulos y las tareas de *Return @ Work*.

Solo se incluyeron los costos de la intervención y los costos derivados del absentismo y del presentismo, asumiendo así que el empleador estaría interesado en conocer el coste y retorno de la inversión.

En la tabla 8 se observan los costos mensuales por paciente acumulados durante 12 meses, los beneficios incrementales ascendieron a € 3.187 a favor de ICO OR 1992 IC 95% -418-7390 p < 0.08 que se debió principalmente en una reducción de absentismo durante 12 meses en comparación con ninguna intervención.

Luego se calcularon los beneficios netos durante los 12 meses por empleado restando el coste de la ICO de € 300, siendo el punto de equilibrio para el empleador, el momento en que comienza la recuperación de la inversión el ROI a los 12 meses es de $3.187/300= 10.62$, lo que significa que por cada euro invertido se recuperan € 10.6. No obstante existe una incertidumbre estadísticamente significativa en la estimación del intervalo de confianza OR 1961(-656-7029) P=0.104.

Discusión

La CIE-10⁽²²⁾ proporciona una descripción detallada y pautas de diagnóstico, no obstante, con el diagnóstico de TMC existen «problemas de larga data y notoriamente difíciles asociados con la descripción y clasificación», aun así, la CIE-10 describe la necesidad de categorías en varias subdivisiones con el propósito de «facilitar la descripción de los trastornos manifestados por una mezcla de síntomas para los cuales una etiqueta psiquiátrica más simple y tradicional no es apropiada pero que, sin embargo, representan estados severos de angustia e interferencias importantes en el funcionamiento. Como consecuencia de esto, los trastornos de humor, ansiedad y la mayoría de los trastornos de adaptación no complicados, son diagnósticos diferenciales entre sí. Aunque existen muchas características comunes entre los TMC, existen diferentes recomendaciones de tratamiento, especialmente con respecto a los tratamientos que tienen efecto en el tiempo de RAT.

Para el trastorno de adaptación, la TRC ha mostrado un efecto moderado, mientras que la TCC no, por el contrario, los pacientes con afecciones del estado del ánimo la TCC ha mostrado tener efectos moderados⁽²¹⁾. Por lo tanto, la evaluación antes del tratamiento es crucial. El propósito de la evaluación de la salud mental es, por lo tanto, proporcionar un tratamiento correcto para cada subcategoría específica. En este escenario, el contenido de las intervenciones de RAT difiere mucho entre los ensayos.

El mayor número de estudios se concentra en 2014, con un aumento del 28.57% hacia el 2017 los que revela un incremento del interés en las estrategias destinadas al RAT, así como de los tratamientos y diversas terapias en los pacientes que sufren un TMC, no obstante, la evaluación de los TMC presenta desafíos considerables ya que es multifactorial y con raíces complejas, además, los tratamientos para los TMC son a menudo unimodales con un solo profesional responsable del tratamiento. Los tratamientos protocolizados específicos y de buena calidad se asocian con un menor tiempo de IT y un mejor RAT. Destaca el hecho de que solo en el 6.57% de las intervenciones destinadas al RAT se realizaron al inicio de la IT, lo que denota una falta de protocolización de al menos una intervención desde el inicio del tratamiento de cara al RAT en los pacientes con TMC. Las intervenciones tienen como objetivo mejorar el proceso de RAT, mediante la identificación de problemas percibidos como un obstáculo y la búsqueda de soluciones. Las intervenciones tempranas y multidisciplinarias iniciadas desde el inicio de la IT, y el establecimiento de contacto con el empleador para planificar el reintegro, mejoran la efectividad del RAT⁽²²⁾.

Con respecto al tratamiento con psicofarmacológico, en los artículos revisados no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación con una disminución del número de días de IT cuando se compararon los efectos de los inhibidores de la recaptación de serotonina frente a otros fármacos como los inhibidores de la monoamino oxidasa, antidepresivos Bicíclicos o tricíclicos y Escitalopran⁽²³⁾. La revisión Cochrane de Nieuwenhuijsen et al.⁽¹⁵⁾, mostró que ninguno de los antidepresivos probados fue más efectivo que otro para reducir el número de días de IT antes de RAT.

En cuanto a la mejoría de los síntomas, se encontró diferencia estadísticamente significativa cuando una intervención a largo plazo dirigida al RAT se combina con una intervención clínica sola. En relación con los síntomas depresivos y el funcionamiento laboral, la terapia psicodinámica a corto plazo es mejor que para la TRC.

La gravedad de los síntomas es un predictor establecido de RAT en las personas con TMC, siendo posible acortar la duración de IT al proporcionar una mejor sistemática de detección y las opciones de tratamiento⁽¹⁵⁾ sin embargo, la reducción de los síntomas de ninguna manera es el único factor importante en el proceso de regreso al trabajo⁽¹⁶⁾.

Varios estudios han investigado el efecto de las intervenciones psicológicas dirigidas al RAT, siendo las evidencias algo mixtas, las intervenciones dirigidas al trabajo deben agregarse a las intervenciones de tratamiento para mejorar la recuperación vocacional de las personas deprimidas⁽¹⁵⁾.

Cabe destacar que existe una brecha importante de información entre el diagnóstico de enfermedad mental, la relevancia de los síntomas que conduce a IT y el proceso de reincorporación, hay que tomar en cuenta el punto de corte en cuanto a la sintomatología sea más leve para poner en marcha la intervención destinada a la reincorporación, o visto de otra manera, el proceso de reincorporación debería

estar orientado desde el mismo momento en que se da la IT hasta el momento de la reincorporación, previniendo al mismo tiempo las recaídas. Según van der Feltz-Cornelis et al⁽²⁴⁾, las personas con depresión se ausentan de su trabajo entre 8 a 9 veces más que aquellas que no padecen la afección y el ausentismo podría superar los 100 días, antes de que la persona retome su trabajo de manera total. Este hecho coincide con nuestro hallazgo (grafico 7) en cuanto a que los días de IT puede variar desde 50 días (RAT parcial) a 131 días (RAT total, sin recaídas) en aquellos pacientes que recibieron ICO.

Se encontró evidencia de calidad moderada en que la terapia centrada en la resolución de conflicto es más efectiva en la reducción del número de días de IT que con la terapia psicodinámica a largo plazo. En relación con la TCC y la TRC en línea o telefónica (e@-Modulo) versus la atención habitual, los resultados agrupados de tres estudios muestran que existe evidencia de calidad moderada que la TCC en línea redujo los días de IT más de lo habitual que en atención primaria. Así mismo hubo evidencia estadísticamente significativa de que la TRC en línea también reduce los síntomas depresivos. Con base en un único estudio que arroja evidencia de alta calidad, encontramos que un programa estructurado de alcance telefónico y gestión de la atención también puede conducir a reducciones de la IT en los trabajadores con TMC.

Los resultados del estudio de Volker 2015⁽³¹⁾, no pudieron ser estadísticamente agrupados; en este, se estimaron las medidas de resultado secundarias a la gravedad de los síntomas de depresión, ansiedad y somatización medidos con los cuestionarios PHQ-9, GAD-7 y PHQ-15 en términos de respuesta y remisión. La respuesta se definió como una reducción del 50% en los síntomas. La puntuación inicial de los cuestionarios fue de valor 10. La remisión se definió como una puntuación inferior a 5 para todos los cuestionarios. Estos resultados pueden verse en la tabla 6.

La evidencia indica que se debe apoyar un RAT saludable y sostenible después de un episodio depresivo, sin embargo, para que esto suceda, las intervenciones deben dirigirse no solo al individuo con una incapacidad para trabajar, sino también a la interacción de este con su lugar de trabajo^(15,25-26). En este contexto, la evidencia en grado moderado sugiere que la asignación temporal tareas más ligeras, adaptando el lugar de trabajo^(37,40), la adaptación de los procesos de trabajo, incluida la organización del trabajo, reduce el número de bajas por enfermedad y acelera el RAT. Tales medidas son generalmente más económicas y puede ser muy rentables.

La falta de motivación puede implicar que un trabajador no está disfrutando el tipo de trabajo que están haciendo, retardando el tiempo de incorporación y aumentando la barrera para el RAT. En este contexto el trabajador no entiende que el RAT es útil.

Estudios recientes han demostrado la importancia de factores como la autoeficacia y la intención del RTA a pesar de tener síntomas, la autoeficacia es la creencia que los empleados tienen respecto a su propia capacidad para satisfacer las demandas del trabajo. La auto eficacia es un predictor de RAT real⁽²⁷⁻²⁸⁾. El programa grupal danés IBBIS⁽²⁹⁾ demostró ser efectivo para reducir el nivel de síntomas y aumentar la autoeficacia para las personas con depresión y ansiedad.

En el estudio de Dewa 2014⁽³⁰⁾, evaluó los costos promedios de la discapacidad a través de un programa de atención colaborativa de RAT. En este modelo, se asume que los programas de RAT cuestan dinero, al igual los periodos de IT. Por lo tanto, la pregunta clave de este estudio comienza a responder, si los costos de un programa son menores que sus beneficios y en qué circunstancias se encuentra este hallazgo. En este, el punto de equilibrio ocurre cuando el episodio de discapacidad a corto plazo es reducido en al menos en 7 días. Además, los resultados de la sensibilidad probabilística también pueden sugerir que el 85% de las veces, los beneficios de un programa pueden superar sus costos.

Un estudio⁽⁴¹⁾ informó evidencia de alta calidad de que un programa estructurado de alcance telefónico y manejo de la atención, además de la atención habitual, redujo la ausencia por enfermedad en comparación con la atención habitual. El uso de telesalud se identificó como un importante foco de investigación futura debido al alto nivel de conectividad del paciente, el bajo costo de la administración del tratamiento y los resultados positivos observados en los trabajadores diagnosticados con depresión.

Respecto a los costos y el beneficio neto se observa a partir de los 12 meses tras la implementación de la ICO, el análisis de los costes revela un Ratio de Inversión ROI > 1 lo que significa que por cada euro

invertido se recuperan € 10.6. Vale la pena destacar que el retorno de la inversión comienza a observarse a partir de los 9 meses desde el inicio de la misma, momento en el cual comienza a disminuir en número de días de IT, como puede observarse en la (tabla 5). La reducción de los costes se observa con una reducción del número de días de IT y no en la mejoría de los síntomas, ya que una mejoría de estos no implica una mejora en la capacidad de producción. En este contexto los beneficios netos del programa parecen compensar los costos netos.

Finalmente, el propósito de esta revisión fue identificar intervenciones efectivas para mejorar los resultados del RTA en trabajadores con TMC. Para ello, es necesario llegar a un consenso sobre el diagnóstico en este grupo de pacientes, con la finalidad de estandarizar y validar las medidas de ausencia por TMC, lo que permitirá realizar más y mejores intervenciones enfocadas a la mejoría de los síntomas, el funcionamiento, el rendimiento y la productividad en el trabajo, a la vez de acortar el tiempo de IT.

Se necesita investigación futura para confirmar estos hallazgos. Se propone que los resultados de esta revisión se utilicen como fuente de información para futuros estudios de investigación.

Agradecimientos

Mutua Universal Colaboradora con la Seguridad Social N.º 10. por sus contribuciones sustanciales al aprendizaje y a la realización de este trabajo.

Bibliografía

1. Garrido-Larrea P, Ansoleaga-Moreno E, Tomicic-Suñer A, Domínguez-Valverde C, Castillo-Vergara S, Lucero-Chenevard C, et al. Afecciones de Salud Mental y el Proceso de Retorno al Trabajo: Una Revisión Sistemática. *Cienc Trab.* 2013;15(48):105-13. DOI: 10.4067/S0718-24492013000300002. Disponible en: <https://bit.ly/3ley1XD>
2. Stuart, H. Stigmatisation et discrimination liées à la santé mentale en milieu de travail. En: Corbière M, Durand MJ. *Du trouble mental à l'incapacité au travail.* Québec: Presses de l'Université du Québec; 2011. p. 367-91. ISBN: 978-2-7605-2547-4.
3. Roeloffs C, Sherbourne C, Unützer J, Fink A, Tang L, Wells KB. Stigma and depression among primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry.* 2003;25(5):311-5. DOI: 10.1016/S0163-8343(03)00066-5. Disponible en: <https://bit.ly/32XJGtR>
4. Finnes A, Enebrink P, Ghaderi A, Dahl J, Nager A, Öst LG. Psychological treatments for return to work in individuals on sickness absence due to common mental disorders or musculoskeletal disorders: a systematic review and meta-analysis of randomized-controlled trials. *Int Arch Occup Environ Health.* 2019;92(3):273-93. DOI: 10.1007/s00420-018-1380-x. Disponible en: <https://bit.ly/3lRLmvJ>
5. World Health Organization. *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates.* Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. WHO/MSD/MER/2017.2. Disponible en: <https://bit.ly/3rxR6y4>
6. Urrutia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Med Clin (Barc).* 2010;135(11):507-11. DOI: 10.1016/j.medcli.2010.01.015. Disponible en: <https://bit.ly/3ddPOQw>
7. Haslam C, Atkinson S, Brown S, Haslam R. Perceptions of the impact of depression and anxiety and the medication for these conditions on safety in the workplace. *Occup Environ Med.* 2005;62(8):538-45. DOI: 10.1136/oem.2004.016196. Disponible en: <https://oem.bmj.com/content/62/8/538>
8. Dewa CS, Lin E. Chronic physical illness, psychiatric disorder and disability in the workplace. *Soc Sci Med.* 2000;51(1):41-50. DOI: 10.1016/S0277-9536(99)00431-1. Disponible en: <https://bit.ly/3ppOLTm>

- 9.** Bellmann L, Hilpert M, Kistler E, Wahse J. Herausforderungen des demografischen Wandels für den Arbeitsmarkt und die Betriebe. In: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Erscheinungsjahr; 2003;36(2). p. 133-49. Disponible en: <https://bit.ly/3ryjwlu>
- 10.** Gabbay M, Taylor L, Sheppard L, Hillage J, Bamba C, Ford F, et al. NICE guidance on long-term sickness and incapacity. *Br J Gen Pract.* 2011;61(584):e118-24. DOI: 10.3399/bjgp11X561221. Disponible en: <https://bjgp.org/content/61/584/e118>
- 11.** Hoefsmit N, Houkes I, Nijhuis F. Intervention characteristics that facilitate return to work after sickness absence: a systematic literature review. *J Occup Rehabil.* 2012;22(4):462-77. DOI: 10.1007/s10926-012-9359-z. Disponible en: <https://bit.ly/3rwf50F>
- 12.** Persson J, Bernfort L, Wåhlin C, Öberg B, Ekberg K. Costs of production loss and primary health care interventions for return-to-work of sick-listed workers in Sweden. *Disabil Rehabil.* 2015;37(9):771-6. DOI: 10.3109/09638288.2014.941021. Disponible en: <https://bit.ly/3pGxTrJ>
- 13.** Mattias V, Bjørn L, Torleif R. Predictors of return to work among patients in treatment for common mental disorders: a pre-post study. *BMC Public Health.* 2017;18(1):27. DOI: 10.1186/s12889-017-4581-4. Disponible en: <https://bit.ly/3dg7drP>
- 14.** Lagerveld SE, Blonk RWB, Brenninkmeijer V, Wijngaards-de Meij L, Schaufeli WB. Work-focused treatment of common mental disorders and return to work: a comparative outcome study. *J Occup Health Psychol.* 2012;17(2):220-34. DOI: 10.1037/a0027049. Disponible en: <https://bit.ly/3E15P3b>
- 15.** Arends I, Bruinvels DJ, Rebergen DS, Nieuwenhuijsen K, Madan I, Neumeyer-Gromen A, et al. Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;12:CD006389. DOI: 10.1002/14651858.CD006389.pub2. Disponible en: <https://bit.ly/3D1GAMO>
- 16.** Hees HL, Koeter MWJ, Schene AH. Predictors of long-term return to work and symptom remission in sick-listed patients with major depression. *J Clin Psychiatry.* 2012;73(8):e1048-55. DOI: 10.4088/JCP.12m07699. Disponible en: <https://bit.ly/31LEEAZ>
- 17.** Nigatu YT, Liu Y, Uppal M, McKinney S, Rao S, Gillis K, et al. Interventions for enhancing return to work in individuals with a common mental illness: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychol Med.* 2016;46(16):3263-74. DOI: 10.1017/S0033291716002269. Disponible en: <https://bit.ly/3yrpoVq>
- 18.** Brämberg EB, Holmgren K, Bültmann U, Gyllensten H, Hagberg J, Sandman L, et al. Increasing return-to-work among people on sick leave due to common mental disorders: design of a cluster-randomized controlled trial of a problem-solving intervention versus care-as-usual conducted in the Swedish primary health care system (PROSA). *BMC Public Health.* 2018;18(1):889. DOI: 10.1186/s12889-018-5816-8. Disponible en: <https://bit.ly/3oTNLHY>
- 19.** Sylvain C, Durand MJ. Supporting the return to work following sick leave for a depressive disorder: why and how. *Sante Ment Que.* 2017;42(1):305-18. PMID: 28792574
- 20.** van der Feltz-Cornelis CM, Hoedeman R, de Jong FJ, Meeuwissen JAC, Drews HW, van der Laan NC, et al. Faster return to work after psychiatric consultation for sicklisted employees with common mental disorders compared to care as usual, A randomized clinical trial. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2010;7(6):375-85. DOI: 10.2147/ndt.s11832. Disponible en: <https://bit.ly/3DY4XAd>
- 21.** Rebergen DS, Bruinvels DJ, van Tulder MW, van der Beek AJ, van Mechelen W. Cost effectiveness of guideline-based care for workers with mental health problems. *J Occup Environ Med.* 2009;51(3):313-22. DOI: 10.1097/JOM.0b013e3181990d8e. Disponible en: <https://bit.ly/3GY1Avp>
- 22.** World Health Organisation. International classification of diseases and related health problems: ICD-10. Genève, Suisse; 2019. Disponible en: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/I>
- 23.** Wade AG, Fernandez JL, Francois C, Hansen K, Danchenko N, Despiegel N. Escitalopram and duloxetine in major depressive disorder: a pharmacoeconomic comparison using UK cost data. *Pharmacoeconomics.* 2008;26(11):969-81. DOI: 10.2165/00019053-200826110-00008. Disponible en: <https://bit.ly/3IMIXw2>

- 24.** van der Feltz-Cornelis CM, Hoedeman R, de Jong FJ, Meeuwissen JAC, Drewes HW, van der Laan NC, et al. Faster return to work after psychiatric consultation for sicklisted employees with common mental disorders compared to care as usual, a randomized clinical trial. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2010;6(6):375-85. DOI: 10.2147/ndt.s11832. Disponible en: <https://bit.ly/3DY4XAd>
- 25.** Nieuwenhuijsen K, Noordik E, van Dijk FJH, van der Klink JJ. Return to work perceptions and actual return to work in workers with common mental disorders. *J Occup Rehabil.* 2013;23(2):290-9. DOI: 10.1007/s10926-012-9389-6. Disponible en: <https://bit.ly/3GKV4HV>
- 26.** Volker D, Zijlstra-Vlasveld MC, Brouwers EPM, van Lomwel AGC, van der Feltz-Cornelis CM. Return-to-work self-efficacy and actual return to work among long-term sick-listed employees. *J Occup Rehabil.* 2015;25(2):423-31. DOI: 10.1007/s10926-014-9552-3. Disponible en: <https://bit.ly/30oerHo>
- 27.** Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001;16(9):606-13. DOI: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x. Disponible en: <https://bit.ly/3E0fT0A>
- 28.** Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med.* 2006;166(10):1092-7. DOI: 10.1001/archinte.166.10.1092. Disponible en: <https://bit.ly/3m6iqjt>
- 29.** Poulsen R, Hoff A, Fisker JP, Hjorthoj C, Eplov LF. Study Protocol: Integrated mental health care and vocational rehabilitation to improve return to work rates for people on sick leave because of common mental disorders (IBBIS). Regional Ethics committee: H-16015724. Version 3.1: July 5th 2019
- 30.** Dewa CS, Hoch JS. Estimating the net benefit of a specialized return-to-work program for workers on short-term disability related to a mental disorder: an example exploring investment in collaborative care. *J Occup Environ Med.* 2014 jun;56(6):628-31. DOI: 10.1097/JOM.000000000000157. Disponible en: <https://bit.ly/3IKma3U>
- 31.** Volker D, Zijlstra-Vlasveld MC, Anema JR, Beekman ATF, Brouwers EPM, Emons WHM, et al. Effectiveness of a blended web-based intervention on return to work for sick-listed employees with common mental disorders: results of a cluster randomized controlled trial. *J Med Internet Res.* 2015;17(5):e116. DOI: 10.2196/jmir.4097. Disponible en: <https://www.jmir.org/2015/5/e116/>
- 32.** Arends I, van der Klink JJL, van Rhenen W, de Boer MR, Bültmann. Prevention of recurrent sickness absence in workers with common mental disorders: results of a cluster-randomised controlled trial. *Occup Environ Med.* 2014;71(1):21-9. DOI: 10.1136/oemed-2013-101412. Disponible en: <https://oem.bmj.com/content/71/1/21>
- 33.** Volker D, Vlasveld MC, Anema JR, Beekman AF, van Roijen LH, Brouwers EPM, et al. Blended E-health module on return to work embedded in collaborative occupational health care for common mental disorders: design of a cluster randomized controlled trial. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2013;9:529-37. DOI: 10.2147/NDT.S43969. Disponible en: <https://bit.ly/31NZf7j>
- 34.** Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001;16(9):606-13. DOI: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x. Disponible en: <https://bit.ly/3E0fT0A>
- 35.** Lokman S, Volker D, Zijlstra-Vlasveld MD, Brouwers EPM, Boon B, Beekman ATF, et al. Return-to-work intervention versus usual care for sick-listed employees: health-economic investment appraisal alongside a cluster randomised trial. *BMJ Open.* 2017;7(10). DOI: 10.1136/bmjopen-2017-016348. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/10/e016348>
- 36.** Waddell G, Burton AK. Occupational health guidelines for the management of low back pain at work: evidence review. *Occup Med (Lond).* 2001;51(2):124-35. DOI: 10.1093/occmed/51.2.124. Disponible en: <https://bit.ly/31ZS00H>
- 37.** Tompa E, de Oliveira C, Dolinschi R, Irvin E. A systematic review of disability management interventions with economic evaluations. *J Occup Rehabil.* 2008;18(1):16-26. DOI: 10.1007/s10926-007-9116-x. Disponible en: <https://bit.ly/3yrxa1y>

- 38.** Carroll C, Rick J, Pilgrim H, Cameron J, Hillage J. Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: a systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions. *Disabil Rehabil.* 2010;32(8):607-21. DOI: 10.3109/09638280903186301. Disponible en: <https://bit.ly/3s5MOhW>
- 39.** Office for Official Publications of the European Communities. Work-related musculoskeletal disorders: Back to work report. EU-OSHA. 2007. Disponible en: <https://bit.ly/3dQPFms>
- 40.** Sampson A. Interventions to improve return to work outcomes in individuals with mental health conditions. Institute for Safety, Compensation and Recovery Research. Research report. 2015:152-0615-R01. Disponible en: <https://bit.ly/3yry1iM>
- 41.** Wang PS, Simon SE, Avorn J, Axocar F, Ludman EJ, McCulloch J, et al. Telephone screening, outreach, and care management for depressed workers and impact on clinical and work productivity outcomes: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2007;298(12):1401-11. DOI: 10.1001/jama.298.12.1401. Disponible en: <https://bit.ly/3dVRmih>
- 42.** van Beurden KM, Brouwers EPM, Joosen MCT, Terluin B, van der Klink JJK, van Weeghel J. Effectiveness of guideline-based care by occupational physicians on the return-to-work of workers with common mental disorders: design of a cluster-randomised controlled trial. *BMC Public Health.* 2013;13:193. DOI: 10.1186/1471-2458-13-193. Disponible en: <https://bit.ly/3m4rJR0>
- 43.** Leka S, Jain A, Houtman I, McDaid D, Park A, de Boreck V, et al. Evaluation of policy and practice to promote mental health in the workplace in Europe, Final Report. Employment, Social Affairs & Inclusion European Commission. 2014.
- 44.** Nieuwenhuijsen K, Faber B, Verbeek JH, Neumeyer-Gromen A, Hees HL, Verhoeven AC, et al. Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(12):CD006237. DOI: 10.1002/14651858.CD006237.pub3. Disponible en: <https://bit.ly/3dRAvx7>
- 45.** Olsson D, Alexanderson K, Bottai M. What positive encounters with healthcare and social insurance staff promotes ability to return to work of long-term sickness absentees?. *Scand J Public Health.* 2016;44(1):91-7. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/48512627>
- 46.** Dewa C, Loong D, Bonato S, Joosen MCW. The effectiveness of return-to-work interventions that incorporate work-focused problem-solving skills for workers with sickness absences: a systematic literature review. *BMJ Open.* 2015;5(6):e007122. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-007122. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/5/6/e007122>
- 47.** Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P, Rasmussen B, Smit F, Cuijper P, et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry.* 2016;3(5):415-24. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)30024-4. Disponible en: <https://bit.ly/31O4wf7>
- 48.** Šrekl J. Reducing Absenteeism and a Faster Return to Work. *Social sciences.* 2017;6(6):141-7. Disponible en: <https://bit.ly/3GJ3ccg>
- 49.** Pomaki G. Return-to-Work Strategies for Employees with Mental Health Condition. *Benefits Q.* 2017;33(1):50-5. PMID: 29465187
- 50.** Momsen AH, Stapelfeldt CM, Nielsen CV, Nielsen MBD, Rugulies R, Jensen C. Screening instruments for predicting return to work in long-term sickness absence. *Occup Med (Lond).* 2017;67(2):101-8. DOI: 10.1093/occmed/kqw093. Disponible en: <https://bit.ly/3DV90gW>
- 51.** Joosen M, Arends I, Lugtenberg M, van Gestel HJ, Schaapveld B, Terluin B, et al. Barriers to and facilitators of return to work after sick leave in workers with common mental disorders. Tilburg University, Tilburg School of Social and Behavioral Sciences, Department Tranzo, Warandelaan 2, 5037 AB Tilburg, The Netherlands. 2017. Disponible en: <https://bit.ly/3s8X88G>
- 52.** Brämberg EB, Holmgren K, Bültmann U, Gyllensten H, Hagberg J, Sandman L, et al. Increasing return-to-work among people on sick leave due to common mental disorders: design of a cluster-randomized controlled trial of a problem-solving intervention versus care-as-usual conducted in the

Swedish primary health care system (PROSA). *BMC Public Health*. 2018;18(1):889. DOI: 10.1186/s12889-018-5816-8. Disponible en: <https://bit.ly/3oTNLHY>

53. Vries H, Fishta A, Weikert B, Rodríguez-Sánchez A, Wegewitz U. Determinants of Sickness Absence and Return to Work Among Employees with Common Mental Disorders: A Scoping Review. *J Occup Rehabil*. 2018;28(3):393-417. DOI: 10.1007/s10926-017-9730-1. Disponible en: <https://bit.ly/3DT9Tq8>

54. Goorts K, Vandenbroeck S, Vander Elst T, Rusu D, Du Bois M, Decuman S, et al. Quicksan assesses risk factors of long-term sickness absence: A cross-sectional (factorial) construct validation study. *PLoS One*. 2019;14(1):e0210359. DOI: 10.1371/journal.pone.0210359. Disponible en: <https://bit.ly/3dLU36h>

55. Finnes A, Enebrink P, Ghaderi A, Dahl J, Nager A, Öst LG. Psychological treatments for return to work in individuals on sickness absence due to common mental disorders or musculoskeletal disorders: a systematic review and meta-analysis of randomized-controlled trials. *Int Arch Occup Environ Health*. 2019;92(3):273-93. DOI: 10.1007/s00420-018-1380-x. Disponible en: <https://bit.ly/3IRLmvJ>

56. Johnston DA, Harvey SB, Glozier N, Calvo RA, Christensen H, Deady M. The relationship between depression symptoms, absenteeism and presenteeism. *J Affect Disord*. 2019;256:536-40. DOI: 10.1016/j.jad.2019.06.041. Disponible en: <https://bit.ly/3ETEISr>



doi: 10.4321/s0465-546x2021000300007

Revisión sistemática

Estrés post-traumático en la atención de emergencias y rescates

Post-traumatic stress disorder in emergency response

Stephanie Sofía Acuña Conejero¹ 0000-0002-5970-1974

Nerea María Aguado Márquez¹ 0000-0002-3913-8985

Jorge Álvarez Casado¹ 0000-0001-5385-549X

Rebeca Amores Tola¹ 0000-0003-0447-7861

¹Instituto de Salud Carlos III. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Madrid, España.

Correspondencia

Jorge Álvarez Casado
jacasado@salud.madrid.org

Recibido: 27.07.2021

Aceptado: 28.08.2021

Publicado: 30.09.2021

Contribuciones de autoría

Los autores del presente trabajo, S.S. Acuña, N.M. Aguado, J. Álvarez y R. Amores han contribuido por igual.

Financiación

Sin financiación.

Conflicto de intereses

Se señala la no existencia de conflicto de intereses para los autores del presente artículo.

Cómo citar este trabajo

Acuña Conejero SS, Aguado Márquez NM, Álvarez Casado J, Amores Tola R. Estrés post-traumático en la atención de emergencias y rescates. *Med Segur Trab (Internet)*. 2021;67(264):232-244. doi: 10.4321/s0465-546x2021000300007

Resumen

Introducción: Los trabajadores de emergencias están expuestos a situaciones potencialmente traumáticas, por lo que sería de interés evidenciar si existe relación entre dichos profesionales y el Trastorno de Estrés Posttraumático (TEPT). Nuestro objetivo es conocer si existe evidencia de relación causal entre el desarrollo de TEPT y ser profesional de rescate, además de identificar factores de vulnerabilidad asociados e intervenciones preventivas y terapéuticas eficaces.

Método: Revisión sistemática mediante búsquedas bibliográficas en MEDLINE en bases de datos PUBMED, SCOPUS, EMBASE, WOS, Cochrane Library Plus, IBECs, LILACS y CISDOC, usando términos MeSH «*emergency responders*» y «*stress disorder, post-traumatic*». Se aplicaron estándares de calidad CONSORT, STROBE y comprobamos la evidencia mediante el sistema SIGN.

Resultados: Se seleccionaron 6 ECA (n=783) y 1 estudio de cohortes históricas (n=4487). Se describen como factores de riesgo más frecuentes: sexo femenino 2.93(1.42-6.07), diagnóstico de depresión o ansiedad 4.72(2.33-9.57) en cronicidad y abuso de sustancias 5.12(2.62-9.97) en empeoramiento del TEPT. No hay mejoras en las intervenciones preventivas (p=0.712-0.749) y (p=0.246-0.881). En 2 ECA se evidenció una reducción en la gravedad de los síntomas del TEPT mediante Terapia Cognitivo Conductual (TCC) (p=0.001 y 0.05). Existen 2 ECA con oxitocina que revelan impacto en regiones neurales para gestión emocional (p=0.0024-0.044).

Conclusiones: Existe relación causal entre el TEPT y los trabajadores de emergencias (evidencia 2+). Como tratamiento, la TCC resulta efectiva para la reducción de síntomas de TEPT (evidencia 1+). Se mostraron como principales los factores de vulnerabilidad antes mencionados (evidencia 1+). La oxitocina mostró evidencia como aliado terapéutico (evidencia 1+).

Palabras clave: emergency responders; stress disorder post-traumatic; prevention.

Abstract

Introduction: Emergency workers are exposed to potentially traumatic situations, so it would be of interest to show whether there is a relationship between these professionals and the development of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). The aim is to know if there is evidence of such relationship, in addition to identify associated vulnerability factors and effective preventive and therapeutic interventions.

Method: Systematic review through bibliographic research in MEDLINE in PUBMED, SCOPUS, EMBASE, WOS, Cochrane Library Plus, IBECs, LILACS and CISDOC databases, using MeSH terms «*emergency responders*» and «*stress disorder, post-traumatic*». CONSORT, STROBE quality standards were applied and we checked the evidence using the SIGN system.

Results: They were selected 6 RCTs (n = 783) and 1 historical cohort study (n = 4487). The most frequent risk factors are: female sex 2.93 (1.42-6.07), diagnosis of depression or anxiety 4.72 (2.33-9.57) in chronicity and substance abuse 5.12 (2.62-9.97) in worsening of PTSD. There are no improvements in preventive interventions (p = 0.712-0.749) and (p = 0.246-0.881). In 2 RCTs, a reduction in the severity of PTSD symptoms was evidenced by Cognitive Behavioral Therapy (CBT) (p = 0.001 and 0.05). There are 2 RCTs with oxytocin that reveal an impact on neural regions for emotional management (p = 0.0024-0.044).

Conclusions: There is a causal relationship between PTSD and emergency workers (evidence 2+). As a treatment, CBT is effective in reducing PTSD symptoms (evidence 1+). The aforementioned vulnerability factors were shown as the most important (evidence 1+). Oxytocin showed evidence as a therapeutic ally (evidence 1+).

Keywords: emergency responders; stress disorder post-traumatic; prevention.

Listado de abreviaturas

CDRISC: Connor-Davidson Resilience Scale.

CMH: Confidence to Manage Mental Health.

ECA: Ensayo Clínico Aleatorizado.

GSES: General Self-EfficacyScale.

MAPS: Mental Agility and Psychological Strength.

NET: Terapia de Exposición Narrativa.

PCL-S: PTSD Checklist Specific-Stressor Version.

RMnf: Resonancia Magnética Nuclear Funcional.

SPS: Social Support Scale.

SS: Social Support.

STROBE: Strengthening the reporting of Observational studies in Epidemiology.

TCC/CBT: Terapia Cognitivo Conductual.

TEPT/PTSD: Trastorno de Estrés Posttraumático.

WEMWBS: Warwick Edinburgh Mental Wellbeing Scale.

WTC: World Trade Center.

Introducción

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es una patología del ámbito de la psiquiatría perteneciente al grupo de trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. Como criterio necesario debe estar la exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en 1 o más de las siguientes formas⁽¹⁾:

- Experiencia directa del suceso traumático;
- Presencia directa del suceso ocurrido a otros;
- Conocimiento de que el suceso traumático ha ocurrido a un familiar próximo o amigo íntimo;
- Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso traumático.

Este suceso traumático debe ir unido a una serie de manifestaciones clínicas entre las que se incluyen síntomas intrusivos (recuerdos o sueños angustiosos recurrentes, reacciones disociativas como la reexperimentación del suceso traumático, reacciones fisiológicas intensas...), síntomas evitativos (evitación del recuerdo o pensamiento sobre el suceso, evitación de elementos externos estrechamente relacionados con el suceso), alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo (amnesia disociativa, creencias negativas persistentes sobre uno mismo y el entorno, percepción distorsionada de la causa o consecuencias del suceso, estado emocional negativo persistente, disminución del interés o participación en actividades significativas, desapego, incapacidad de experimentar emociones positivas...), alteración importante de la alerta y reactividad (irritabilidad y furia sin provocación, comportamiento imprudente o autodestructivo, hipervigilancia, dificultad para la concentración, alteración del sueño...)⁽¹⁾.

La duración de la persistencia de estos síntomas debe ser superior a 1 mes, debiendo causar un malestar significativo en áreas importantes del funcionamiento como son el social o laboral. Las alteraciones mencionadas no pueden ser atribuidas a consumo de sustancias o a afecciones médicas. A la hora de realizar un diagnóstico es importante especificar si hay presencia de síntomas disociativos (despersonalización o desrealización), así como si la expresión es retardada, es decir, si la totalidad de los criterios no se cumplen hasta mínimo 6 meses tras el acontecimiento⁽¹⁾.

Se trata por tanto de una dolencia que conlleva una gran repercusión a todos los niveles en la vida del paciente afecto.

Epidemiología

La mayoría de la población ha estado expuesta en algún momento de su vida a hechos traumáticos⁽²⁾. En E.E.U.U. se estima una prevalencia para hechos traumáticos de un 51.2% en mujeres y 60.7% en hombres, mientras que en población europea se arroja un 34.9%. Pese a estos altos porcentajes de eventos traumáticos, se estima sólo entorno a un 1-8% (Norteamérica) y un 1-3% (Europa) de los sujetos desarrollará TEPT^(2,3). Estos datos nos dan a entender que la mayoría de las personas presentan una buena adaptación fisiológica ante las agresiones externas, pero sigue habiendo un grupo para el cual el desarrollo de TEPT y la cronicación de sus síntomas puede llegar a ser invalidante para su día a día.

Dada la elevada intensidad y frecuencia de las situaciones traumáticas a las que se exponen diariamente los profesionales de rescates en urgencias y emergencias, ya sea en el sector médico, policial, bomberos..., el TEPT podría estar en relación con este sector laboral. En E.E.U.U. la prevalencia de este trastorno en el personal de ambulancias se acerca al 11%, situándose muy por encima de la población general⁽⁴⁾.

Nuestro objetivo mediante este estudio por lo tanto es analizar dicha posible relación, así como los factores de riesgo más comunes que pueden precipitar su aparición. Estudiaremos también si existen medidas efectivas en materia de prevención, intervención o soporte que puedan ser de utilidad para que los trabajadores de estas áreas puedan llevar a cabo su labor en unas condiciones más seguras y óptimas.

Los objetivos generales establecidos a alcanzar con la presente revisión sistemática fueron tomados en cuenta a lo largo de todo el proceso. Dichos objetivos, son los siguientes:

- Conocer si existen evidencias de relación causal entre tener una profesión de rescate y el desarrollo del trastorno de estrés postraumático.

Los objetivos fijados como secundarios se exponen a continuación:

- Identificar la evidencia en relación con aquellas medidas eficaces de afrontamiento psicoterapéutico, entendido como estrategias o actividades tanto cognitivas como conductuales, que desarrolla el individuo para hacer frente a las demandas internas y externas del entorno que le generan estrés.
- Afrontamiento farmacológico con evidencia científica que resulta más eficaz para tratar dicho trastorno en la actualidad.
- Conocer el manejo preventivo del estrés postraumático a través de estrategias eficaces y eficientes encaminadas a fortalecer habilidades emocionales y cognitivas en individuos que estuvieran expuestos a situaciones que les pudieran causar potencialmente un TEPT.
- Indagar sobre los factores de vulnerabilidad que predisponen al desarrollo del TEPT en profesionales de rescate y emergencias frente a la población general. Comprendemos que el TEPT es más que el simple el resultado de la exposición a un trauma determinado, puesto que hay otras personas que viven el mismo evento potencialmente traumatizante y no lo desarrollan. De hecho, existen ciertas condiciones de los individuos (factores de vulnerabilidad) para desarrollarlo y padecerlo. De ahí, la importancia de la evaluación y el tratamiento de forma precoz.
- Identificación de barreras para el acceso a programas preventivos o de intervención del síndrome de estrés postraumático o programas de fortalecimiento.

Métodos

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica exhaustiva de artículos científicos publicados entre 2015 y 2021 (última fecha consultada 27/01/2021) que versan sobre el Trastorno de Estrés Postraumático en trabajadores de rescates y emergencias, focalizando principalmente en aquellos aspectos relacionados con estrategias de prevención y tratamiento.

La búsqueda de los documentos bibliográficos se llevó a cabo en las siguientes bases de datos: MEDLINE (a través de Pubmed), Scopus, WOS (Web of Science), EMBASE, IBECS (Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud), Cochrane Library Plus, LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) y CISDOC. Se utilizaron los descriptores y ecuaciones de búsqueda que se muestran en la Tabla 1.

Para la elaboración de esta revisión fueron aplicados los criterios PRISMA⁽⁵⁾

Los artículos fueron, en primer lugar, seleccionados a partir de sus títulos y resúmenes, de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión establecidos previamente (Tabla 2). La selección se realizó de forma independiente por los autores, revisando en sesión conjunta las controversias y llegando a consenso de su inclusión en la colección a estudio.

Tras este primer cribado se procedió a la recuperación de los artículos a texto completo, a través de la biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud del ISCIII. Posteriormente, se realizó una tabla de síntesis de información para la lectura sistemática de los artículos, en la que se recogió información referente a datos de publicación, datos metodológicos, resultados, conclusiones y discusión (Tabla 3).

Tabla 1: Bases de datos y ecuación de búsqueda empleados.

| Base de datos | Descriptorios y ecuación de búsqueda |
|------------------|--|
| PUBMED (Medline) | (emergency responder [MeSH Terms]) AND (posttraumatic stress disorder[MeSH Terms]) Filtros: 2015-2021. (Clinical Trial, Meta-Analysis) |
| EMBASE | ('rescue personnel'/exp OR 'rescue personnel') AND ('posttraumatic stress disorder'/exp OR 'posttraumatic stress disorder') AND prevention Filtros: 2015-2021. major clinical study, cohort análisis, prospective study |
| CISDOC | estrés postraumático y personal de emergencias |
| LILLACS | «personal de EMERGENCIAS»[Descriptor de asunto]and«estrés POSTRAUMÁTICO»[Descriptor de asunto] |
| IBECS | «personal de EMERGENCIAS»[Descriptor de asunto]and«estrés POSTRAUMÁTICO»[Descriptor de asunto] |
| WOS | emergency responders AND posttraumatic stress disorder AND prevention |
| COCHRANE | [Emergency Responders] AND : [Stress Disorders, Post-Traumatic] Filtro: 2015-2021 |
| SCOPUS | (TITLE-ABS-KEY (posttraumatic AND stress AND disorder) AND TITLE-ABS-KEY (emergency AND responder) AND TITLE-ABS-KEY (prevention)) Filtro: 2015-2021 |

Tabla 2: Criterios de Elegibilidad.

| Criterios de inclusión | Criterios de exclusión |
|--|--|
| Estudios centrados en trabajadores expuestos a estrés postraumático, como personal de emergencias y rescate Artículos originales: ensayos clínicos, estudios observacionales cohortes. Estudios publicados en los últimos 5 años (enero 2015 hasta enero 2021). Idiomas: inglés y castellano. Estudios nacionales e internacionales. | Estudios de cohorte con <30 casos estudiados. Estudios con menores <16 años. Población laboral que no pertenezca a los grupos de personal de emergencias y rescate |

Tabla 3: Variables estudiadas.

| Datos publicación | Datos metodológicos | Resultados y conclusiones |
|--|---|--|
| Referencia Primer autor Año de publicación Título | Tipo de estudio Población estudiada Muestra y aleatorización Variables efecto Variables factores Control de sesgos Análisis realizado | Test estadístico y p valor Evidencias que responden a la pregunta PICO Limitaciones Avances |

La evaluación de la calidad metodológica de los artículos seleccionados se realizó utilizando las pautas de las declaraciones de CONSORT y STROBE. En la evaluación se puntuó con el valor uno por cada parámetro cumplido, en caso contrario el valor cero y en caso de no ser aplicable no se asignaba ningún valor. En aquellos casos en los que existe una subdivisión de parámetros, se realizó una evaluación de forma independiente, otorgando el mismo peso específico a cada uno de ellos, para posteriormente la calcular un valor promedio. Se asignó el nivel de evidencia de cada estudio mediante los criterios SIGN.

Resultados

Después de aplicar las estrategias de búsquedas en las distintas bases de datos se recuperaron 614 referencias. Una vez seleccionado el filtro de año (restringiendo a aquellos publicados entre 2015 y 2021), el número de referencias se redujeron a 38. Tras haber leído los resúmenes y títulos, se excluyeron 8 artículos por estar duplicados o no cumplir criterios de inclusión.

Finalmente, sobre esos 30 artículos se aplicaron los criterios de exclusión, resultando una colección final de 7 artículos, procedentes de PUBMED, EMBASE, WOS y COCHRANE (Tabla 4 y Figura 1). Entre estos 7 artículos, 6 fueron ensayos clínicos aleatorizados y una cohorte retrospectiva.

Tabla 4 Número de artículos recuperados y seleccionados según bases de datos.

| Bases de datos | Artículos recuperados | Artículos seleccionados |
|--------------------|-----------------------|-------------------------|
| PUBMED (Medline) | 499 | 5 |
| EMBASE | 60 | 0 |
| CISDOC | 0 | 0 |
| LILLACS | 0 | 0 |
| IBECS | 0 | 0 |
| WOS | 20 | 0 |
| COCHRANE | 10 | 0 |
| SCOPUS | 25 | 2 |
| Total de artículos | 614 | 7 |

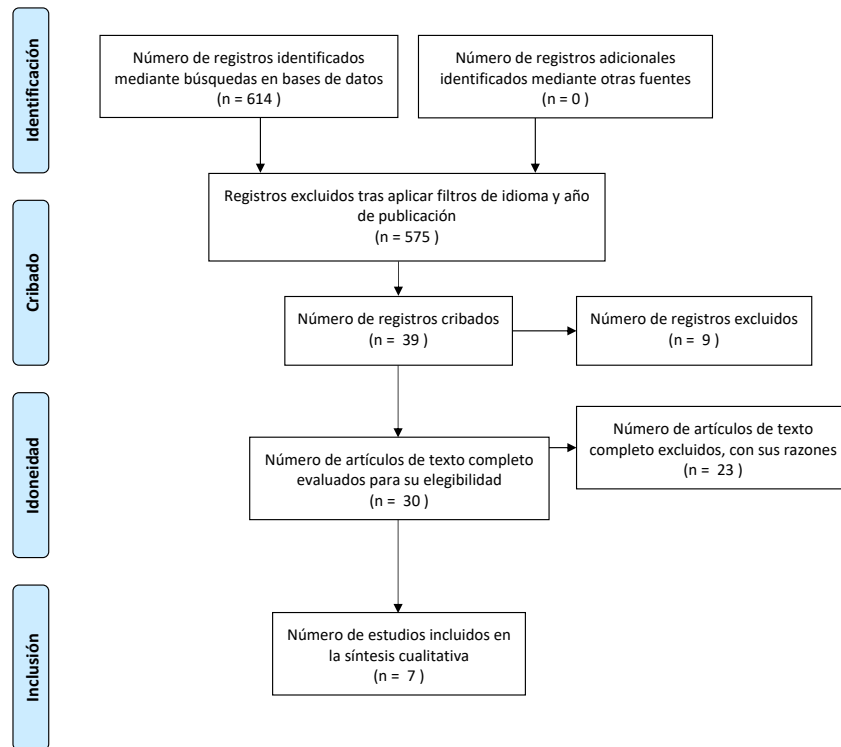


Figura 1: Flujograma de cribado de selección de artículos.

El número total de los sujetos en intervención incluidos en los 6 ensayos clínicos aleatorizados fue de 783, y la muestra total en el estudio de cohortes retrospectivas analizado fue de 4487 participantes.

J. Wild⁽⁶⁾ (2020) realizó un ensayo clínico aleatorizado en 430 policías, bomberos y otros trabajadores de emergencias y rescate acerca de la eficacia de intervenciones preventivas. Se comparó la efectividad de una intervención grupal presencial de resiliencia (incluyendo habilidades de manejo del estrés y *mindfulness*) versus una psicoeducación online (de contenido similar). No hubo diferencias significativas entre ambos grupos post-intervención o en seguimiento a los 3 meses en los objetivos principales, medidos a través de diversas escalas y cuestionarios: resiliencia (escala CD-RISC, $p=0.712-0.7499$); bienestar (escala WEMWBS, $p= 0.755-0.532$); autoeficacia (escala GSE; $p= 0.209-0.902$); capacidad para manejar su salud mental (escala CMH, $p=0.876-0.522$); participación social (escala SPS, $p=0.667-0.8289$); apoyo social (escala SS, subdividida en apoyo social en casa y en el trabajo, $p= 0.246-0.321$ y $p= 0.478-0.985$); días de baja por enfermedad (cuestionario de dos ítems, $p=0.892$ tras intervención; $p=0.754$ tras seguimiento).

P. M. Skeffington⁽³⁾ (2016) llevó a cabo un ensayo clínico aleatorizado en 75 bomberos en formación, para valorar la eficacia del programa MAPS (*Mental Agility and Psychological Strength*) en el TEPT, cuyo enfoque se basó en proporcionar herramientas para el manejo del TEPT tales como la construcción de conocimientos sobre bienestar psicológico, el autocontrol y habilidades prácticas para la reestructuración cognitiva en términos de prevención primaria, en comparación a la preparación habitual que recibieron en su formación. La muestra se dividió aleatoriamente en grupo intervención ($n = 30$) y grupo TAU (Training As Usual) ($n = 45$). Se realizó la prueba de chi-2, no siendo significativos los resultados en cuanto a distribución del sexo ($p=0.866$) ni en cuanto a las PTE exposición previas entre ambos grupos ($p=0.10$). No hubo significación estadística en el efecto principal en satisfacción y apoyo social ($p=0.246$) ni en el afrontamiento adaptativo ($p=0.881$) o inadaptado ($p=0.621$).

R. A. Bryant⁽⁷⁾ (2018) lleva a cabo un ensayo clínico aleatorizado en 100 trabajadores del servicio de emergencias con TEPT, con el objeto de valorar si, para dicha población, el tratamiento basado en Terapia Cognitivo Conductual (TCC/CBT) en exposición breve en imaginación es no inferior en resultados si la comparamos con una exposición más prolongada de similares características. También se comparó a ambos grupos con un grupo de lista de espera (WL) que recibió la terapia de exposición más tarde. En el análisis del postratamiento, hubo un efecto significativo para el tiempo ($F_{63.06} = 176.03$, $p < 0.001$), lo que indica que las puntuaciones del CAPS fueron reducidos en el postratamiento para todas las condiciones. Además, hay un efecto de interacción significativo ($F_{47.25} = 20.04$, $p < 0.001$), lo que indica que ambas condiciones de TCC condujeron a mayores reducciones que LE (lista de espera WL) al postratamiento. Hubo una diferencia no significativa entre CBT-L y CBT-B ($F_{49.00} = 0.20$, $p < 0.85$). Se reunieron menos participantes en CBT-L ($n = 11$, 40,7%) que WL ($n = 25$, 89,3%) Criterios de TEPT (diferencia de medias, 48,5%; IC del 95%: 23.7-66.2%; $\chi^2 = 14,3$, $p < 0.001$). Menos participantes en CBT-B ($n = 7$, 24,1%) de WL ($n = 25$, 89,3%) cumplió con los criterios de TEPT (diferencia de medias 65,2%; IC del 95%: 24.1 a 89,3%; $\chi^2 = 24,1$, $p < 0,001$). Hubo una diferencia no significativa entre CBT-L y CBT-B (diferencia de medias 16,6%; IC del 95%: 24.1-89,3%; $\chi^2 = 1.8$, $p = 0,18$). En cuanto a los resultados obtenidos tras el seguimiento a lo largo de 6 meses, hubo un efecto significativo para el tiempo ($F_{159.15} = 108,6$, $p < 0,001$), lo que indica que las puntuaciones CAPS se redujeron en seguimiento. No hubo interacción significativa grupo \times tiempo ($F_{159.15} = 0.2$, $p = .85$), lo que indica una diferencia no significativa entre CBT-L y CBT-B (2,6; IC del 95% = -7,75 a -12,87; $p = 0,64$; $d = 0,16$). Proporciones comparables de participantes en CBT-L ($n = 17$, 40,5%) y CBT-B ($n = 15$, 36,6%) cumplieron los criterios de TEPT en el seguimiento (diferencia de medias 3,9%; IC del 95%: -1,2% a -3,7%; $\chi^2 = 0,1$, $p = 0,72$). Por lo que se puede concluir que la intervención con TCC sobre el TEPT en personal de emergencias es eficaz si se compara con no dar un tratamiento (como ocurre al principio en el grupo de lista WL), y que el tratamiento con exposición en imaginación tiene buenos resultados, independientemente de que se realicen sesiones más largas o más cortas.

M. Alghamdi⁽⁸⁾ (2015) realiza un ensayo clínico aleatorizado, estudiando a 34 bomberos con TEPT en Arabia Saudí: la mitad recibió tratamiento con NET (terapia de exposición narrativa) y la otra mitad no (se les proporcionó la NET, pero semanas más tarde, ya que fueron asignados por azar a un segundo grupo de lista de espera). En ambos grupos, la comparación de pretratamiento y postratamiento inme-

diato (tras recibir la terapia NET), demostró una significativa reducción de las puntuaciones en el TEPT general ($p < 0,001$) con ANCOVA. La NET se postula como buena candidata en la intervención eficaz para mejorar el estado del TEPT y otros síntomas de salud mental concomitantes a este trastorno, como la ansiedad y la depresión.

L. Nawijn⁽⁹⁾ (2016) llevó a cabo un ensayo clínico aleatorizado cruzado y controlado con placebo. La muestra constó de 72 policías holandeses con TEPT (35), de los cuales 21 eran hombres y 14 mujeres, y sin TEPT (37) conformada por 19 hombres y 18 mujeres, con el objeto de estudiar la posible utilidad de la oxitocina intranasal en pacientes afectados. Se estudió la capacidad que podría tener una dosis de oxitocina (40 UI), tanto para aumentar la sensibilidad neuronal a la recompensa social como para disminuirla ante el castigo social en pacientes con TEPT; todo esto enfocado en las manifestaciones recogidas en RMNf de las regiones de interés: estriado (putamen), amígdala e ínsula anterior). Se objetivó que el grupo placebo con TEPT percibía los estímulos negativos como más nocivos que el grupo placebo con otros traumas ($p=0.001$). Durante la retroalimentación de recompensa, se observó interacción significativa del fármaco a nivel del Putamen derecho ($p = 0.047$). En las pruebas post-hoc, se vio que los pacientes con TEPT que recibieron Oxitocina tuvieron respuestas mayores en el putamen derecho ($p=0.006$) y en la ínsula anterior izquierda ($p= 0.032$). Los pacientes con TEPT hombres mostraron más tipos de eventos traumáticos durante la infancia, que sus controles masculinos sin TEPT, en la escala ETI (*Early Trauma Inventory*), que es un inventario de trauma temprano usado para estudiar las repercusiones del trauma infantil en la neurobiología y en la psicopatología de poblaciones adultas ($P=0,049$). Otro hallazgo por resaltar es que el 23% de los pacientes con TEPT cumplieron criterios diagnósticos para trastorno depresivo mayor, basado en entrevistas clínicas (MINI/SCID).

L. Nawijn⁽¹⁰⁾ (2016), en base al mismo grupo de estudio ya mencionado, llevó a cabo otro ensayo clínico aleatorizado de similares características, pero esta vez se enfocó en analizar la implicación de la oxitocina como posible aliado terapéutico para la mejora de los posibles déficits a nivel neurales, en zonas de interés relacionadas con la anhedonia (falta de motivación en actividades), a través del análisis a la sensibilidad en pruebas de recompensa social y monetaria. En las zonas de interés la administración de oxitocina aumentó significativamente la actividad durante las pruebas recompensa y pérdida en el estriado izquierdo ($p=0.044$), estriado derecho e ínsula ($p=0.024$ y $p=0.033$). No se observaron efectos de interacción significativa de la medicación por grupo, sexo y tipo de estudio ($p= > 0.05$). Se observó que, bajo placebo, la severidad de la anhedonia está significativamente relacionada de forma negativa con la respuesta del núcleo estriado izquierdo durante las pruebas de recompensa ($p=0.038$).

A. Feder⁽¹¹⁾ (2016) estudió durante 12 años una cohorte histórica retrospectiva de 4487 personas (tanto policías como personal no tradicional de emergencias) que participaron en los esfuerzos de rescate de los atentados terroristas del 11-S del *World Trade Center*. Su objetivo principal fue describir los síntomas de TEPT, mediante la escala PCL-S, en 4 tiempos de seguimiento (a los 3,6,8 y 12 años) revelando una incidencia del 12.1% en empeoramiento y del 4.4% en cronicidad del TEPT en respondedores tradicionales al final del seguimiento y del 19.3% y 5.9% en leve y gran empeoramiento respectivamente y del 10.8% en cronicidad en respondedores no tradicionales. Además, pretende estudiar posibles de factores de riesgo y factores de protección mediante una serie de cuestionarios a lo largo del seguimiento. En la cohorte de policías, en cuanto a factores de vulnerabilidad identifica: el sexo femenino con mayor empeoramiento (OR 2.32, IC95% 1.45-3.71) y cronicidad (OR 2.93, IC95% 1.42-6.07) de los síntomas de TEPT ; el diagnóstico previo de depresión, ansiedad y/o TEPT con cronicidad (OR 4.72, IC95% 2.33-5.97); el abuso de sustancias con empeoramiento (OR 5.12, IC95% 2.62-9.97) y cronicidad (OR 4.50, IC95% 1.80-11.26); la vivencia de eventos traumáticos previos con empeoramiento (OR 1.14, IC95% 1.06-1.22) y cronicidad (OR 1.12, IC95% 1.01-1.26). En la cohorte de otros respondedores, describe la raza hispana con ligero empeoramiento (OR 2.33, IC95% 1.68-3.23), gran empeoramiento (OR 5.63, IC95% 3.34-9.48) y cronicidad (OR 4.39, IC95% 2.82-6.58) del TEPT; el diagnóstico previo de depresión, ansiedad y/o TEPT con ligero empeoramiento (OR 1.52, IC95% 1.08-2.14), gran empeoramiento (OR 1.78, IC95% 1.05-3.01) y cronicidad (OR 4.53, IC95% 3,02-6.79); el abuso de sustancias con ligero empeoramiento (OR 2.34, IC95% 1.51-3.64), gran empeoramiento (OR 2.86, IC95% 1.53-5.36) y cronicidad (OR 3.38, IC95% 1.98-5.78). Como potenciales factores protectores modificables en la cohorte de policías destacó el apoyo social percibido, disminuyendo el empeoramiento del TEPT (OR 0.97, IC95%

0.94-0.99). En la cohorte de otros respondedores el apoyo social percibido disminuyó el empeoramiento del TEPT (OR 0.97, IC 0.95-0.99); el afrontamiento mediante emociones positivas disminuyó el empeoramiento (OR 0.49 IC95% 0.32-0.74) y cronicidad (OR 0.64, IC95% 0.45-0.90) del TEPT.

Las tablas 5, 6, 7 y 8 sintetizan detalladamente los resultados obtenidos en los estudios en relación con los objetivos formulados en esta revisión: relación causal entre oficios de emergencias y rescates y mayor gravedad del TEPT, factores de vulnerabilidad en relación con el TEPT, medidas terapéuticas efectivas en el TEPT, intervenciones farmacológicas experimentales, así como medidas preventivas aplicables a profesiones de emergencias.

Tabla 5: Estudios que analizan la reducción de síntomas de TEPT mediante terapia psicológica.

| Autor | Año | Diseño | Muestra | Variable efecto | Variable factor | p valor | Nivel evidencia |
|-------------------|------|---------|--|------------------------------|-----------------|---------|-----------------|
| Mohammed Alghamdi | 2015 | ECA (a) | 34 bomberos con TEPT | Reducción síntomas de estrés | NET(b) | 0.001 | 1+ |
| Richard A. Bryant | 2019 | ECA | 100 trabajadores de emergencias con TEPT | Reducción síntomas de estrés | TCC(c) | <0.001 | 1+ |

a. Ensayo clínico aleatorizado; b. Terapia de Exposición Narrativa; c. Terapia Cognitivo Conductual

Tabla 6: Estudios que analizan el efecto de programas formativos como medida preventiva en profesionales de emergencias y rescate.

| Autor | Año | Diseño | Muestra | Variable efecto | Variable factor | p valor | Nivel evidencia |
|----------------------|------|---------|---------------------------------|---|--|---------|-----------------|
| Jennifer Wild | 2020 | ECA (a) | 430 trabajadores de emergencias | Resiliencia, bienestar, auto-eficacia, apoyo social | Intervención de resiliencia VS psicoeducación online | 0.892 | 1+ |
| Petra M. Skeffington | 2016 | ECA | 75 bomberos en formación | Síntomas TEPT, apoyo social percibido, estrategias de afrontamiento | Intervención MAPS (b) | 0.246 | 1+ |

a. Ensayo clínico aleatorizado; b. Mental Agility and Psychological Strength

Tabla 7: Estudios que analizan el efecto de la oxitocina intranasal en regiones neuronales (RMNf) en pacientes con y sin TEPT.

| Autor | Año | Diseño | Muestra | Variable efecto | Variable factor | p valor | Nivel evidencia |
|--------------|------|---------|---------------------------------|--|---|---------|-----------------|
| Laura Nawijn | 2016 | ECA (a) | 72 policías (35 TEPT, 37 sanos) | Actividad neuronal, respuesta a recompensa social | Oxitocina intranasal (40 UI) VS placebo | 0.047 | 1+ |
| Laura Nawijn | 2016 | ECA | 72 policías (35 TEPT, 37 sanos) | Actividad neuronal, respuesta a recompensa social y monetaria, anhedonia | Oxitocina intranasal (40 UI) VS placebo | 0.038 | 1+ |

a. Ensayo clínico aleatorizado.

Tabla 8: Estudio que analiza la relación causal entre oficios de emergencias y rescates y mayor gravedad de TEPT mediante factores de vulnerabilidad.

| Autor | Año | Diseño | Muestra | Variable efecto | Variable factor | p valor | Nivel evidencia |
|---------------|------|------------------------------------|--|------------------|---|---------|-----------------|
| Adriana Feder | 2016 | Cohortes históricas retrospectivas | 4487 personas que colaboraron en el 11S (1874 policías y 2613 personal no tradicional) | Síntomas de TEPT | Amplia gama de factores de vulnerabilidad (depresión, ansiedad, consumo de tóxicos, eventos traumáticos...) | <0.001 | 2+ |

Discusión

Uno de los objetivos de la revisión fue el de indagar sobre los factores de riesgo, que predisponen al desarrollo del TEPT en profesionales de rescate y emergencias frente a la población general. En este sentido los resultados autor de la revisión sistemática realizada ponen de manifiesto la existencia de una relación entre el desarrollo de TEPT y la pertenencia al colectivo de profesionales de emergencia y de rescates, además de identificar una serie de factores de vulnerabilidad y potenciales factores psicosociales modificables⁽¹¹⁾. Además, se valora el nivel de evidencia científica que existe sobre posibles intervenciones preventivas que puedan aplicarse en el ámbito laboral de los trabajadores de emergencias, revelando controversias acerca de la relación de eficacia entre dichas intervenciones y la mejora en resiliencia y en habilidades de afrontamiento, abriendo un campo de debate sobre la necesidad de canalizar más recursos en la búsqueda de un mayor número de investigaciones sobre este tema^(3,6). Finalmente, en cuanto a tratamiento, la TCC resulta efectiva para la reducción de síntomas de TEPT, y los ensayos con oxitocina demostraron su utilidad como aliado terapéutico^(7,8,9,10).

Respecto a conocer si existen evidencias de relación causal entre tener una profesión de rescate y el desarrollo del síndrome estrés postraumático, y que esta relación sea mayor que en la población general, los ECA de Bryant⁽⁷⁾, Alghamdi⁽⁸⁾, Skeffington⁽³⁾ y J. Wild⁽⁶⁾ son coincidentes en identificar una relación causal entre el TEPT y la pertenencia al colectivo de trabajadores de rescate y emergencias. Estos resultados son concluyentes siendo el nivel de evidencia 1+. Además, estos resultados coinciden con los resultados de las revisiones sistemáticas de Petrie⁽⁴⁾ y Lewis-Schroeder⁽¹²⁾. Los datos de Lewis-Schroeder⁽¹²⁾ muestran una prevalencia de TEPT en Estados Unidos en policías de entre el 6-32%, de 9-22% en personal de ambulancias y de 17-32% en bomberos; en contraste con una prevalencia del 7-12%, claramente inferior, en población general. En la revisión de Petrie⁽⁴⁾ se halló una tasa de prevalencia combinada internacional del 10-11% para el TEPT en personal de ambulancias, comparable a cifras del 10,2% y del 12,4% informadas en otras revisiones sistemáticas de los respondedores de emergencias. Estas cifras son mayores que las tasas de prevalencia puntual del TEPT en la población general, que normalmente oscilan entre el 1,3 y el 2,9%.

Uno de los objetivos de la revisión fue el de indagar en aquellas medidas eficaces de afrontamiento psicoterapéutico, entendido como estrategias o actividades tanto cognitivas como conductuales, que desarrolla el individuo para hacer frente a las demandas internas y externas del entorno que le generan estrés. En ese sentido los ECA de R. Bryant⁽⁷⁾, M. Alghami⁽⁸⁾ y la cohorte de Feder⁽¹¹⁾ son coincidentes en identificar la TCC y sus diversas herramientas (apoyo social, afrontamiento centrado en emociones positivas como aceptación y refuerzo positivo) como estrategias eficaces de afrontamiento. Estos resultados son concluyentes en relación con las medidas de afrontamiento siendo el nivel de evidencia de 2+.

Con respecto al objetivo de conocer intervenciones terapéuticas farmacológicas con evidencia científica de resultar eficaces en el TEPT, los ECA de Nawjn⁽⁹⁾ y Nawjn⁽¹⁰⁾ son coincidentes en identificar la oxitocina como aliado terapéutico que activa determinadas regiones neurales de interés en pacientes con TEPT. Estos resultados son concluyentes en relación con las intervenciones terapéuticas siendo el nivel de evidencia 1+.

Otro de los objetivos de la revisión fue el de investigar sobre el manejo preventivo del estrés postraumático, de cara a conocer las estrategias eficaces y eficientes de prevención encaminadas a fortalecer habilidades emocionales y cognitivas en individuos que estuvieran expuestos a situaciones que les pudieran causar potencialmente un TEPT. En relación a ello los ECA de P.M. Skeffington⁽³⁾ y J. Wild⁽⁶⁾ no encontraron diferencias significativas entre grupo intervención y grupo control, aunque hubo una sutil mejora en alguno de los parámetros estudiados: aquellos que recibieron psicoeducación obtuvieron mejores puntuaciones en participación social, bienestar, capacidad para manejar su salud mental y algunos objetivos secundarios. La intervención de resiliencia demostró mejoras en el objetivo secundario de respuesta a los recuerdos intrusivos que caracterizan el TEPT. De igual manera, los participantes puntuaron la intervención de resiliencia como superior en cuanto a ayuda percibida, aunque este estudio sugiere que es menos costo-eficiente, comparada con la psicoeducación online.

En cuanto al objetivo de identificar factores de riesgo o vulnerabilidad, que predisponen al desarrollo del TEPT en dichos profesionales Feder⁽¹¹⁾ identifica el sexo femenino, el abuso de sustancias, el diagnóstico psiquiátrico previo y la raza hispana (emigrantes) como factores que incrementan el riesgo de desarrollar un cuadro de TEPT. Estos resultados son coincidentes con otros estudios (Alcántara⁽¹³⁾ 2013; Brewin⁽¹⁴⁾ 2000; Kessler⁽¹⁵⁾ 2014; Pietrzak⁽¹⁶⁾ 2014; Kline⁽¹⁷⁾ 2014, Breslau⁽¹⁸⁾ 2009, Cottler⁽¹⁹⁾ 1992). En este sentido Feder⁽¹¹⁾ y Skeffington⁽³⁾ identifican eventos traumáticos previos como factores de vulnerabilidad para el TEPT, siendo el nivel de evidencia 2+. Por último, el diagnóstico psiquiátrico previo (trastorno depresivo mayor) es identificado por Nawijn⁽⁹⁾ y por Feder⁽¹¹⁾ como factor de riesgo de TEPT. Estos resultados son concluyentes en relación con los factores de vulnerabilidad siendo el nivel de evidencia 2+.

Finalmente, estudiar las posibles barreras para el acceso a programas preventivos fue el último de los objetivos de la revisión. La ausencia de estudios que abordan este tema no nos permite concluir sobre el nivel de evidencia de dicho objetivo. Las revisiones sistemáticas de Petrie⁽⁴⁾ y Lewis-Schroeder⁽¹²⁾ son coincidentes en reconocer el estigma de enfermedad mental como una de las barreras sobre todo en fuerzas de seguridad y bomberos.

Agradecimientos

Al Dr. Jerónimo Maqueda Blasco por su disposición, ayuda, orientación y colaboración en la realización de esta revisión sistemática. También, a la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, por impulsarnos a desarrollar nuestras capacidades de investigación.

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 Castilla y León y la Comunidad de Madrid.

Bibliografía

1. Asociación Americana de Psiquiatría. Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. En: Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2013. p. 161-8. ISBN: 9788498358094.
2. Pérez-Sales P. Trastornos adaptativos y reacciones de estrés. En: Palomo T, Jiménez-Arriero MA, Vallejo-Ruiloba J. Manual de Psiquiatría. Madrid: Ene Life Publicidad S.A. y Editores; 2009. p. 403-17. ISBN: 978-84-691-8569-B. Disponible en: <https://bit.ly/3ecmQAZ>
3. Skeffington PM, Rees CS, Mazzucchelli TG, Kane RT. The Primary Prevention of PTSD in Firefighters: Preliminary Results of an RCT with 12-Month Follow-Up. *PLoS One*. 2016 Jul 6;11(7):e0155873. DOI: 10.1371/journal.pone.0155873. PMID: 27382968; PMCID: PMC4934826. Disponible en: <https://bit.ly/3qjELc>
4. Petrie K, Milligan-Saville J, Gayed A, Deady M, Phelps A, Dell L, et al. Prevalence of PTSD and common mental disorders amongst ambulance personnel: a systematic review and meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2018 Sep;53(9):897-909. DOI: 10.1007/s00127-018-1539-5. Epub 2018 Jun 5. PMID: 29869691. Disponible en: <https://bit.ly/3mmO3FQ>
5. Urrutia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Med Clin (Barc)*. 2010;135(11):507-11. DOI: 10.1016/j.medcli.2010.01.015. Disponible en: <https://bit.ly/3H5umdx>
6. Wild J, El-Salahi S, Degli-Esposti M, Thew GR. Evaluating the effectiveness of a group-based resilience intervention versus psychoeducation for emergency responders in England: A randomised controlled trial. *PLoS One*. 2020 Nov 12;15(11):e0241704. DOI: 10.1371/journal.pone.0241704. PMID: 33180798; PMCID: PMC7660584. Disponible en: <https://bit.ly/32afwDM>
7. Bryant RA, Kenny L, Rawson N, Cahill C, Joscelyne A, Garber B, et al. Efficacy of exposure-based cognitive behaviour therapy for post-traumatic stress disorder in emergency service personnel: a randomised clinical trial. *Psychol Med*. 2019 Jul;49(9):1565-73. DOI: 10.1017/S0033291718002234. Epub 2018 Aug 28. PMID: 30149825. Disponible en: <https://bit.ly/3pgxeOu>
8. Alghamdi M, Hunt N, Thomas S. The effectiveness of Narrative Exposure Therapy with traumatised firefighters in Saudi Arabia: a randomized controlled study. *Behav Res Ther*. 2015 Mar;66:64-71. DOI: 10.1016/j.brat.2015.01.008. Epub 2015 Feb 4. PMID: 25701801. Disponible en: <https://bit.ly/32mazrc>
9. Nawijn L, van Zuiden M, Koch SB, Frijling JL, Veltman DJ, Olff M. Intranasal oxytocin increases neural responses to social reward in post-traumatic stress disorder. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 2017 Feb 1;12(2):212-23. DOI: 10.1093/scan/nsw123. PMID: 27614769; PMCID: PMC5390752. Disponible en: <https://bit.ly/3Fjxi5w>
10. Nawijn L, van Zuiden M, Koch SB, Frijling JL, Veltman DJ, Olff M. Intranasal oxytocin enhances neural processing of monetary reward and loss in post-traumatic stress disorder and traumatized controls. *Psychoneuroendocrinology*. 2016 Apr;66:228-37. DOI: 10.1016/j.psyneuen.2016.01.020. Epub 2016 Jan 22. PMID: 26851698. Disponible en: <https://bit.ly/3pf0Zzd>
11. Feder A, Mota N, Salim R, Rodríguez J, Singh R, Schaffer J, et al. Risk, coping and PTSD symptom trajectories in World Trade Center responders. *J Psychiatr Res*. 2016 Nov;82:68-79. DOI: 10.1016/j.jpsy-chires.2016.07.003. Epub 2016 Jul 7. PMID: 27468166. Disponible en: <https://bit.ly/3skHGqc>
12. Lewis-Schroeder NF, Kieran K, Murphy BL, Wolff JD, Robinson MA, Kaufman ML. Conceptualization, Assessment, and Treatment of Traumatic Stress in First Responders: A Review of Critical Issues. *Harv Rev Psychiatry*. 2018;26(4):2016-27. DOI:10.1097/HRP.000000000000176. Disponible en: <https://bit.ly/3ec478J>
13. Alcántara C, Casement MD, Lewis-Fernández R. Conditional risk for PTSD among Latinos: a systematic review of racial/ethnic differences and sociocultural explanations. *Clin Psychol Rev*. 2013;33(1):107-19. DOI: 10.1016/j.cpr.2012.10.005. Disponible en: <https://bit.ly/3pi2mgJ>

- 14.** Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol.* 2000;68(5):748-66. DOI: 10.1037//0022-006x.68.5.748. Disponible en: <https://bit.ly/3FFWZnO>
- 15.** Kessler RC, Rose S, Koenen KC, Karam EG, Stang PE, Stein DJ, et al. How well can post-traumatic stress disorder be predicted from pre-trauma risk factors? An exploratory study in the WHO World Mental Health Surveys. *World Psychiatry.* 2014;13(3):265-74. DOI: 10.1002/wps.20150. Disponible en: <https://bit.ly/3GSxn0C>
- 16.** Pietrzak RH, Feder A, Singh R, Schechter CB, Bromet EJ, Katz CL, et al. Trajectories of PTSD risk and resilience in World Trade Center responders: an 8-year prospective cohort study. *Psychol Med.* 2014;44(1):205-19. DOI: 10.1017/S0033291713000597. Disponible en: <https://bit.ly/3qxtJmr>
- 17.** Kline A, Weiner MD, Ciccone DS, Interian A, St Hill L, Losonczy M. Increased risk of alcohol dependency in a cohort of National Guard troops with PTSD: a longitudinal study. *J Psychiatr Res.* 2014;50:18-25. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2013.11.007. Disponible en: <https://bit.ly/3yPKrRI>
- 18.** Breslau N. The epidemiology of trauma, PTSD, and other posttrauma disorders. *Trauma Violence Abuse.* 2009;10(3):198-210. DOI: 10.1177/1524838009334448. Disponible en: <https://bit.ly/3EeioMH>
- 19.** Cottler LB, Compton 3rd WM, Mager D, Spitznagel EL, Janca A. Posttraumatic stress disorder among substance users from the general population. *Am J Psychiatry.* 1992;149(5):664-70. DOI: 10.1176/ajp.149.5.664. Disponible en: <https://bit.ly/3EfXuNa>