MEDICINA DEL TRABAJO

Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo

Volúmen 23 Número 3 Septiembre 2014
www.aeemt.com

EDITORIAL

La enseñanza de la Medicina del Trabajo en la licenciatura y en el grado de Medicina
Gabriel Martí Amengual, Pere Sanz Gallen, Matías Tomás Salvá

ORIGINALES

¿Limitación o incapacidad laboral?
María Ascensión Maestre Naranjo, Margarita Dietl Sagüés, Sahilyn Olivares Román, Elena Martínez Fernández, María José Fuentes Piñeiro, María Luisa Rodríguez de la Pinta

El contraste de perfiles psicosociales. Una nueva metodología para la valoración del acoso laboral
Manel Fernández Jiménez, David Bussé Olivé, Daniel Rodrigo Tortosa

¿Es el fin de la especialidad? Análisis mediante la técnica de los seis sombreros.
Felipe Derteano Martínez, Vicente Parra Pérez, Álvaro Navarrete Oliva, Iulian Ténica, Enrique Calderón Cárdenas, Ivonne Luna Zambrano

REVISIÓN

Consumo de alcohol. Situación mundial actual, repercusión en la salud y aspectos laborales.
Mª Teófila Vicente Herrero, Miguel Ruiz-Flores Bistuer, Luisa Capdevila García, Mª Victoria Ramírez Iñiguez de la Torre, Mª Jesús Terradillos García, Ángel Arturo López González

CASO CLÍNICO

Tuberculosis ótica. A propósito de un caso.
Alexander Finol Muñoz., Gloria Ortega Marín., Julián Domínguez Fernández., Johanna Rivero Colina, Miguel García Espejo, María Aranzazú Llano

Staff

Directora:
Dra. Mª Teresa del Campo Balsa

Comité de Redacción:
Dr. Gregorio Moreno Manzano
Dra. Carmen Muñoz Ruiperez
Dr. Luis Reinoso Barbero
Dr. Ignacio Sánchez-Arcilla Conejo
Dr. Guillermo Soriano Tarín

Edita:
PAPERNet
papernet@papernet.es

Redacción y Suscripciones:
C/ Bueso Pineda 37. B. 3º
28043 Madrid
Tel. 917219217 / 627401344

Maquetación:
Papernet@papernet.es
Secretario de Redacción:
Eduardo Nieto

Distribución:
Gratuita para los Asociados a la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo.
La suscripción anual es:
Personas físicas: 59 € (IVA incluido)
Empresas e Instituciones: 92€ (IVA incluido)
Para fuera de España: se añadirá el franqueo correspondiente.

Imprime: CAMPILLO NEVADO

S.V.: 91046 R
I.S.S.N.: 1132-6255
D.L.: M-43.419-1991

MEDICINA DEL TRABAJO

Revista de la Asociación Española
de Especialistas
en Medicina del Trabajo

Revista indexada en:
Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS)
SCOPUS
Latindex (Catálogo)
Latindex (Directorio)

Consejo de Redacción

DIRECTORA:
Dra. Mª Teresa del Campo Balsa

FUNDADOR DE LA REVISTA EN 1991:
Dr. Javier Sanz González

COMITÉ DE REDACCIÓN:
Dr. Gregorio Moreno Manzano
Dra. Carmen Muñoz Ruiperez
Dr. Luis Reinoso Barbero
Dr. Ignacio Sánchez-Arcilla Conejo
Dr. Guillermo Soriano Tarín

CONSEJO EDITORIAL

Dr. Albert Agulló Vidal (Barcelona)
Dr. Enrique Alday Figueroa (Madrid)
Dr. Juan José Alvarez Sáenz (Madrid)
Dr. Juan Francisco Alvarez Zarallo (Sevilla)
Dr. Héctor Anabalón Aburto (Santiago de Chile)
Dr. Vicente Arias Díaz (Madrid)
Dr. Fernando Bandrés Moya (Madrid)
Dr. Antonio Botija Madrid (Madrid)
Dr. César Borobia Fernández (Madrid)
Dr. Ramón Cabrera Rubio (Málaga)
Dra. Covadonga Caso Pita (Madrid)
Dr. Eladio Díaz Peña (Madrid)†
Dra. Michele Doporto Haigh (Madrid)
Dra. Emilia Fernández de Navarrete García (Madrid)
Dr. Enrique Galindo Andujar (Madrid)
Dr. Antonio García Barreiro (Madrid)
Dr. Fernando García Escandón (Madrid)
Dra. Mª Luisa González Bueno (Toledo)
Dr. José González Pérez (Madrid)
Dra. Clara Guillén Subirán (Madrid)
Dr. Pedro. A Gutierrez Royuela (Madrid)
Dr. Javier Hermoso Iglesias (Madrid)
Dr. Jesús Hermoso de Mendoza (Navarra)
Dr. Rafael de la Hoz Mercado (New York, USA)
Dr. Antonio Iniesta Alvarez (Madrid)
Dr. Antonio Jiménez Butragueño (Madrid)†
Dr. Enrique Malboysson Correcher (Madrid)†
Dr. Jerónimo Maqueda Blasco (Madrid)
Dr. Manuel Martínez Vidal (Madrid)
Dr. Luis Nistal Martín de Serrano (Madrid)
Dra. Begoña Martínez Jarreta (Zaragoza)
Dr. Ignacio Moneo Goiri (Madrid)
Dra. Sonsoles Moretón Toquero (Valladolid)
Dr. Pedro Ortiz García (Madrid)
Dr. Francisco Pérez Bouzo (Santander)
Dr. Eugenio Roa Seseña (Valladolid)
Prof. Dr. Enrique Rojas Montes (Madrid)
Dr. Ignacio Romero Quintana (Canarias)
Dr. F. Javier Sánchez Lores (Madrid)
Dr. Raúl Sánchez Román (México DF, México)
Dra. Teófila de Vicente Herrero (Valencia)
Dr. Santiago Villar Mira (Valencia)
Dr. Paulo R. Zetola (Curitiba, Brasil)
Dra. Marta Zimmermann Verdejo (Madrid)

Sumario

Editorial

La enseñanza de la Medicina del Trabajo en la licenciatura y en el grado de Medicina 368

Gabriel Martí Amengual, Pere Sanz Gallen, Matías Tomás Salvá.

Textos Originales

¿Limitación o incapacidad laboral? 370

María Ascensión Maestre Naranjo, Margarita Dietl Sagüés, Sahilyn Olivares Román, Elena Martínez Fernández, María José Fuentes Piñeiro, María Luisa Rodríguez de la Pinta

El contraste de perfiles psicosociales. Una nueva metodología para la valoración del acoso laboral 376

Manel Fernández Jiménez, David Bussé Olivé,Daniel Rodrigo Tortosa.

¿Es el fin de la especialidad? Análisis mediante la técnica de los seis sombreros 385

Felipe Derteano Martínez, Vicente Parra Pérez, Álvaro Navarrete Oliva, Iulian Ténica, Enrique Calderón Cárdenas, Ivonne Luna Zambrano.

Revisión

Consumo de alcohol. Situación mundial actual, repercusión en la salud y aspectos laborales 389

Mª Teófila Vicente Herrero, Miguel Ruiz-Flores Bistuer, Luisa Capdevila García, Mª Victoria Ramírez Iñiguez de la Torre, Mª Jesús Terradillos García, Ángel Arturo López González

Caso clínico

Tuberculosis ótica. A propósito de un caso 399

Alexander Finol Muñoz., Gloria Ortega Marín., Julián Domínguez Fernández., Johanna Rivero Colina, Miguel García Espejo, María Aranzazú Llano.

Normas de presentación de manuscritos 405

Contents

Editorial

Occupational Medicine in the degree of Medicine program **368**
Gabriel Martí Amengual, Pere Sanz Gallen, Matías Tomás Salvá.

Original papers

Occupational limitation or disability? **370**
María Ascensión Maestre Naranjo, Margarita Dietl Sagüés, Sahilyn Olivares Román,
Elena Martínez Fernández, María José Fuentes Piñeiro, María Luisa Rodríguez de la Pinta.

Psychosocial profiles. A new method to assess occupational mobbing **376**
Manel Fernández Jiménez, David Bussé Olivé,Daniel Rodrigo Tortosa.

Is it the end of the field? Analysis by the technique of the Six Hats **385**
Felipe Derteano Martínez, Vicente Parra Pérez, Álvaro Navarrete Oliva, Iulian Ténica,
Enrique Calderón Cárdenas, Ivonne Luna Zambrano.

Review

Alcohol consumption, current global situation, health and occupational aspects **389**
Mª Teófila Vicente Herrero, Miguel Ruiz-Flores Bistuer, Luisa Capdevila García, Mª Victoria Ramírez Iñiguez de la Torre,
Mª Jesús Terradillos García, Ángel Arturo López González.

Clinical Case

Otic tuberculosis. A report of a case..... **399**
Alexander Finol Muñoz., Gloria Ortega Marín., Julián Domínguez Fernández., Johanna Rivero Colina,
Miguel García Espejo, María Aranzazú Llano.

Instructions for authors 405

Editorial

La enseñanza de la Medicina del Trabajo en la licenciatura y en el grado de Medicina

Muchos contenidos de la Medicina del Trabajo son imprescindibles para un buen ejercicio de la Medicina; es por ello que consideramos que dichas enseñanzas deben impartirse a los alumnos de licenciatura de Medicina y hoy en día para los graduados en Medicina.

Entre los conocimientos que el médico debe poseer necesariamente para el ejercicio de la Medicina hemos de destacar:

- Conocer las relaciones de los médicos con la Medicina del Trabajo según afecte a:
  - los pacientes
  - al propio médico
- Poder determinar cuándo un paciente presenta una incapacidad temporal (1) o permanente.
- Valoración de la contingencia de las incapacidades (es decir si se trata de una etiología laboral o no), pudiendo determinar claramente cuando estamos frente a un accidente de trabajo o una enfermedad profesional (2), ya que cuando se trate de una de dichas patologías el médico deberá remitir a dicho paciente a la entidad responsable y abstenerse de darle la baja u ocuparse de su tratamiento.

OBJETIVOS

Analizar y explicar los contenidos y la metodología de la enseñanza de la asignatura optativa de Medicina del Trabajo para los estudiantes de licenciatura o graduados en Medicina con el objeto de que se conozca y facilitar a aquellas Facultades que deseen iniciar la enseñanza de dicha asignatura en el futuro, que dispongan de una información básica que pueda serle útil para su implantación y desarrollo.

METODOLOGÍA

Aunque en la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona en nuestra asignatura troncal, es decir que deben cursar todos los alumnos de "Medicina Legal, Laboral y Toxicología" ya impartíamos estos conceptos básicos en el ámbito de la Medicina del Trabajo, considerábamos necesario dar una opción con carácter voluntario para que algunos alumnos pudieran ampliar dichos conocimientos, tanto en sus aspectos teóricos como prácticos, y trazamos como objetivos generales:

- La adquisición de una visión de una especialidad que tiene una orientación eminentemente preventiva (3) para evitar el riesgo de las patologías del trabajo en sus dos campos principales, enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, y aprender las ideas básicas sobre la prevención de la patología y la evaluación de las incapacidades laborales (4)
- Formar una consciencia del riesgo de los agresivos químicos, de origen industrial, no sólo para los trabajadores sino también para el medio ambiente y la importancia de tener un conocimiento suficiente sobre el que significa la contaminación del medio, de origen industrial, las fuentes de riesgo y los mecanismos de prevención (5).

Como objetivos específicos:

- Se espera que al terminar la asignatura el alumno tenga los conocimientos imprescindibles para distinguir les patologías laborales de las no laborales y poder realizar los reconocimientos preventivos necesarios.
- El estudiante tendrá que ser capaz de:
  - Distinguir los accidentes laborales de los no laborales
  - Valorar las secuelas derivadas de los accidentes laborales
  - Valorar las enfermedades profesionales y diferenciarlas de las comunes.
  - Determinar cuándo es necesario un período de observación por enfermedad profesional
  - Valorar aquellas patologías que corresponden a una incapacidad laboral permanente y los tipos de dicha incapacidad
  - Poder realizar un reconocimiento médico previo al ingreso o un reconocimiento periódico, para los trabajadores que lo precisen

- Adquirir la capacidad de actualizar, y analizar críticamente, los conocimientos sobre un tema concreto de la especialidad.

RESULTADOS

Habitualmente en la casi totalidad de las Universidades españolas se imparten dichas enseñanzas -o al menos debería hacerse- dentro de la asignatura de Medicina Legal

En la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona, conscientes de la importancia de estas enseñanzas, desde el curso 1998-99 ya iniciamos una asignatura optativa de Medicina del Trabajo de 45 horas, que de un modo ininterrumpido de lleva impartiendo hasta el curso 2013-2014. Es decir que se ha impartido durante 16 cursos académicos

Para el próximo curso académico 2014-2015 se inicia esta optativa para los graduados en medicina (titulación que ha sustituido a los licenciados en Medicina y Cirugía), con una extensión de 2 créditos de 25h, es decir con un total de 50 horas. Dentro de ellas se han impartido seminarios de las actividades que desarrollan los Servicios de Medicina del Trabajo de Seat, Puerto de Barcelona, Hospital Clínico y Provincial de Barcelona, Consorcio Hospitalario de Vic etc., impartidas por los propios responsables de dichos Servicios de Medicina del Trabajo. Y seminarios de incapacidades temporales y permanentes impartidas por médicos inspectores del ICAM.

CONCLUSIONES

1º) La enseñanza de la Medicina del Trabajo como asignatura optativa dentro de la licenciatura y el grado de Medicina en la Universidad de Barcelona, permite al alumno de Medicina, que conozca aquellos conceptos de la medicina laboral que serán precisos para su ejercicio práctico.

2º) Nos da esperanzas para que pueda incorporarse en un plazo breve como asignatura optativa en muchas otras Facultades de Medicina, ya que ello no exige ningún cambio importante en los planes de estudios, sólo la voluntad de algún profesor de dichas facultades.

3º) Permite dar a conocer las características de la especialidad de Medicina del Trabajo a los alumnos de licenciatura o grado de medicina, antes que elijan la especialidad a través del MIR y promocionar la especialidad entre las alumnos MIR.

4º) Abre la posibilidad que en el futuro pueda convertirse la Medicina del Trabajo en una asignatura trocal, es decir, para todos los estudiantes de Medicina.

Dr. Gabriel Martí Amengual (Profesor Titular de Medicina Legal de la Universidad de Barcelona y Coordinador de la Unidad Docente MIR de Medicina del Trabajo de la Universidad de Barcelona)

Dr. Pere Sanz Gallen (Profesor de la Unidad Docente MIR de Medicina del Trabajo de la Universidad de Barcelona)

Dr. Matías Tomás Salvá (Jefe del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la Administración del Govern de les Illes Balears, Presidente de la Real Academia de Medicina de les Illes Balears y Profesor de la Unidad Docente MIR de Medicina del Trabajo de la Universidad de Barcelona)

Dr. Gabriel Martí Amengual (Profesor Titular de Medicina Legal de la Universidad de Barcelona y Coordinador de la Unidad Docente MIR de Medicina del Trabajo de la Universidad de Barcelona)

Dr. Pere Sanz Gallen (Profesor de la Unidad Docente MIR de Medicina del Trabajo de la Universidad de Barcelona)

Dr. Matías Tomás Salvá (Jefe del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la Administración del Govern de les Illes Balears, Presidente de la Real Academia de Medicina de les Illes Balears y Profesor de la Unidad Docente MIR de Medicina del Trabajo de la Universidad de Barcelona)

BIBLIOGRAFIA

1) Martí G, Puig LL, Gomez J, Jimenez JA. Aspectos médico legales de las incapacidades laborales. Med Clin (Barc) 2006; 126: 671-5.

2) REAL DECRETO 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro. BOE 302 de 19 de diciembre 2006.

3) Canela J, To J, Marti G, Moreu F, Jimenez J. Medicina Preventiva y Salud Pública, Barcelona, edit. Masson, 2003.

4) Martin C, Martí G; Puig LL, Arimany J. La incapacidad temporal y sus implicaciones legales. Med Clin (Barc) 2014: 142 (Sup 2): 37-42.

5) Martí-Amengual G, Bernal X, Tomás-Salvá M, López A. Etude et évaluation de l'exposition à l'amiante dans la population de Barcelona. Lavoro e Medicina 2013; 1/2/3: 196-197.

¿Limitación o incapacidad laboral? Occupational limitation or disability?

María Ascensión Maestre Naranjo[1], Margarita Dietl Sagüés[2], Sahilyn Olivares Román[2], Elena Martínez Fernández[2], María José Fuentes Piñeiro[2], María Luisa Rodríguez de la Pinta[3]

[1] FEA Servicio Prevención Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda Madrid.
[2] Médico Residente Servicio Prevención Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda Madrid.
[3] Jefe Sección Servicio Prevención Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda Madrid.

Correspondencia:
Dra M A Maestre Naranjo
Servicio Prevención Hospital Universitario Puerta de Hierro
C/ Joaquín Rodrigo, 2
28222 Majadahonda, Madrid
E-mail : mariaascensión.maestre@ salud.madrid.org

La cita de este artículo es: MA Maestre et al. ¿Limitación o incapacidad laboral?. Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo 2014; 23: 370-375.

Resumen: La dificultad a la hora de plantearnos si un trabajador con limitaciones físico-psíquicas para su puesto de trabajo sería candidato a una incapacidad permanente, nos ha llevado a la elaboración de un protocolo.
Son fundamentales la valoración médica del trabajador y la técnica de su puesto de trabajo, y confrontar las limitaciones que presenta con las tareas que debe efectuar.
Se debe explicar adecuadamente al trabajador la imposibilidad de realizar las tareas principales de su puesto de trabajo por las limitaciones que presenta debidas a su patología, no siendo posible su adaptación.
Por último no se debe olvidar la posibilidad de consultar con la Unidad Médica de la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) para la orientación y asesoría.
.

Palabras Clave: limitación laboral, incapacidad laboral, aptitud, adaptación laboral.

NEUROTOXICOLOGY AND OCCUPATION. BIBLIOGRAPHIC AND BIBLIOMETRIC REVIEW

Abstract: The difficult situation to differentiate if a worker, with physical-physic limitation, would be a candidate for a permanent incapacity performing his/her job, lead us to elaborate a protocol.
The medical evaluation and the knowing of the tasks of the job are essential, and confront the limitations that represent the tasks that the worker must perform.
The impossibility to perform the main tasks of her/his job due to the pathology must be properly explained to the worker.
Finally we can not forget the possibility to enquiry witch the Medical Unit of the Provincial Direction of the Nacional Social Security (INSS) for the correct orientation and advice.

Key words: Occupational limitation, occupational disability, occupational competence, occupational adaptation..

Introducción

En el ámbito de la Medicina del Trabajo existen situaciones que conducen en ocasiones a interpretaciones confusas y a la toma de decisiones inadecuadas, como es el caso de determinar si un trabajador con una o varias limitaciones es susceptible de una incapacidad permanente Para ello es necesario elaborar un protocolo de actuación.

Una patología, puede permitir a un trabajador realizar sus tareas adecuadamente, mientras que la misma patología en otra profesión puede corresponder a una incapacidad permanente.

Según la Nota Técnica de Prevención 177 "la carga de trabajo se define como el conjunto de requerimientos psico-físicos a los que el trabajador se ve sometido a lo largo de la jornada laboral "(1)

El Real Decreto Legislativo 1/2013 define como "discapacidad aquella situación que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias previsiblemente permanentes y cualquier tipo de barreras que limiten o impidan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás".(2)

El término incapacidad se refiere etimológicamente a la falta de capacidad, es decir a la dificultad o imposibilidad de hacer algo. Cuando dicho término se aplica al mundo laboral, se traduce en la dificultad o imposibilidad de trabajar o de desempeñar un puesto trabajo.(3)

El artículo 128 del Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social define "la incapacidad temporal como la situación del trabajador que debido a enfermedad o accidente, se encuentra imposibilitado para el trabajo y recibe asistencia sanitaria de la Seguridad Social.(4)

El artículo 136 del Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social define "la incapacidad permanente como la situación del trabajador que después de haber estado sometido al tratamiento prescrito y de haber sido dado de alta médicamente, presenta reducciones anatómicas o funcionales, graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral".(4)

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales en su artículo 15 hace referencia a "adaptar el trabajo a la persona, en particular en lo que respecta a la concepción de los puestos de trabajo, así como a la elección de los equipos y los métodos de trabajo y de producción, con miras, en particular, a atenuar el trabajo monótono y repetitivo y a reducir los efectos del mismo en la salud".(5)

El artículo 25 de la citada ley (5) se refiere a "la protección de trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos para ello: El empresario garantizará de manera específica la protección de los trabajadores que, por sus propias características personales o estado biológico conocido, incluidos aquellos que tengan reconocida la situación de discapacidad física, psíquica o sensorial, sean especialmente sensibles a los riesgos derivados del trabajo.A tal fin, deberá tener en cuenta dichos aspectos en las evaluaciones de los riesgos y, en función de éstas, adoptará las medidas preventivas y de protección necesarias.

Los trabajadores no serán empleados en aquellos puestos de trabajo en los que, a causa de sus características personales, estado biológico o por su discapacidad física, psíquica o sensorial debidamente reconocida, puedan ellos, los demás trabajadores u otras personas relacionadas con la empresa ponerse en situación de peligro o, en general, cuando se encuentren manifiestamente en estados o situaciones transitorias que no respondan a las exigencias psicofísicas de los respectivos puestos de trabajo.

Igualmente, el empresario deberá tener en cuenta en las evaluaciones los factores de riesgo que puedan incidir en la función de procreación de los trabajadores y trabajadoras, en particular por la exposición a agentes físicos, químicos y biológicos que puedan ejercer efectos mutagénicos o de toxicidad para la procreación, tanto en los aspectos de la fertilidad, como del desarrollo de la descendencia, con objeto de adoptar las medidas preventivas necesarias".

Ante estas situaciones se debe decidir qué adaptación de puesto de trabajo es la adecuada para cada caso.A la hora de seleccionar qué adaptación es razonable, debe tenerse en cuenta la efectividad para que el trabajador logre el mismo nivel de desempeño y disfrute de los mismos beneficios que una persona promedio en una situación similar que no posea una discapacidad o incapacidad. No obstante, en cada caso la adaptación no tiene que asegurar los mismos resultados o brindar exactamente los mismos beneficios.

Se han de valorar las limitaciones temporales o permanentes de los trabajadores que puedan afectar el desarro-

llo de la actividad profesional, así como, la evolución de su enfermedad. (6)

Se debe conseguir un espacio laboral que garantice a la persona una permanencia activa y productiva en el trabajo, teniendo en cuenta sus necesidades.

El manejo correcto de estas situaciones es fundamental para mantener la equidad, justicia y sostenibilidad del mundo laboral.

Tras una adecuada adaptación se ha de distinguir entre aquel trabajador que a pesar de sus limitaciones puede hacer la mayoría de las tareas fundamentales de su puesto de trabajo, de aquel otro trabajador que no puede realizar la mayoría o ninguna de esas tareas fundamentales de modo permanente.

Ante esta situación se procede a la elaboración de un protocolo de actuación en estas situaciones para determinar si un trabajador con una limitación es susceptible de una incapacidad permanente y verificar a que trabajadores limitados es aplicable.

Material y métodos

Se realizó durante el año 2012 un estudio individualizado de cada trabajador adaptado en su puesto de trabajo que acudió al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL) del hospital.

De este estudio se eliminaron aquellos trabajadores que presentaban una situación de incapacidad transitoria, (como estado de gestación o lactancia, toma de ciertos medicamentos etc,) Estos casos se resolvieron por otras vías administrativas desde una adaptación temporal en el lugar de trabajo, una incapacidad temporal o una prestación de riesgo por embarazo.

Con cada uno de estos trabajadores se procedió a la revisión de la historia clínico-laboral, evaluación de riesgos y puesto de trabajo y en aquellos casos en los que pudiera obtenerse un resultado favorable, se inició el protocolo de actuación previamente elaborado y aceptado por empresa y Comité de Seguridad y Salud.

Protocolo

1º.Se informa a los trabajadores con limitaciones importantes para la realización de sus tareas habituales en su puesto de trabajo y tras emitir apto con limitaciones (7) para determinadas tareas la posibilidad de solicitar una incapacidad permanente al Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS); en aquellos casos en que las limitaciones eran tan importantes que no les permiten realizar la mayoría de sus tareas habituales en el lugar de trabajo, tras la adaptación y sin opción de cambio de puesto de trabajo, se emite el no apto(7) desde el Servicio de Prevención y se propone que el trabajador solicite la incapacidad permanente al INSS.(8)

2º.Se derivaron a los centros de atención e información de la Seguridad Social (CAISS) para que solicitaran toda la información administrativa al respecto: tipo de contingencia, posibles grados de incapacidad reconocibles por el Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI) y posibles cuantías según el grado.

3º. Se solicita una actualización de la documentación médica, (informes médicos y pruebas complementarias) para la elaboración del informe más completo.

4º. Se revisa la evaluación de riesgos del puesto de trabajo y se solicita a los técnicos de prevención un análisis detallado de las tareas del puesto de trabajo, donde se refleje el tipo de tareas realizadas, si estas son habituales, periódicas u ocasionales, el tiempo en la realización de las mismas respecto al tiempo total de trabajo así como las demandas físicas, sensoriales, cognitivas y de comunicación necesarias para el desarrollo de las mismas.

5º. Con toda esta información, se realiza una valoración de la compatibilidad entre tareas del puesto de trabajo y limitaciones presentadas por el trabajador, emitiendo el informe de aptitud correspondiente a la dirección.

En todo momento el trabajador está informado de la evolución de su proceso.

6º. Tras valoración de informes médicos y técnicos, en aquellos casos en que sea factible una incapacidad permanente por estar afectadas la realización de tareas habituales, se contacta con la Unidad Médica Provincial del INSS para comentar de manera individualizada cada caso, y poder orientar adecuadamente la solicitud de incapacidad permanente.(8)

7º. Elaborar un informe tipo donde se informa de la patología, se describen las tareas y la imposibilidad de cambio de puesto de trabajo.

8º. A instancias del trabajador se inicia el procedimiento para evaluar una incapacidad permanente por el INSS, aportando toda la documentación elaborada para tal efecto por el Servicio de Prevención.

Resultados

El centro de trabajo durante el año 2012 cuenta con una población de 3650 trabajadores, estaban registrados en el Servicio de Prevención 254 trabajadores aptos con limitaciones, de los cuales 142 presentaban adaptación de su puesto de trabajo.
Tras revisión de los casos se solicitan en este período cuatro propuestas de incapacidad permanente por parte de los trabajadores afectados.
De los cuatro casos presentados dos eran mujeres y dos varones. Respecto a la categoría laboral, tres eran celadores y uno era facultativo especialista de área de un servicio con exposición a radiaciones ionizantes y con riesgo de contaminación interna. La edad en todos los casos era superior a los 50 años.
Caso número 1: varón mayor de 55 años, facultativo especialista de área de un servicio con exposición a radiaciones ionizantes y con riesgo de contaminación interna, que presenta enfermedad renal evolutiva que conduce a una insuficiencia renal crónica, que precisa de diálisis, no siendo subsidiario de trasplante renal, y cardiopatía con episodios de taquicardias supraventriculares.
Revisión de puesto de trabajo por el Servicio de Protección Radiológica y clasificación del trabajador expuesto a radiaciones ionizantes como perteneciente a la categoría A (9) (10) (11)
Tras aplicar el protocolo de vigilancia de la salud para trabajadores expuestos a radiaciones ionizantes(12) y detectar que la función excretora está alterada, y dada su importancia en la eliminación de radionucleidos ante la eventualidad de una contaminación interna, es motivo de un no apto por insuficiencia renal debido a glomerulopatía evolutiva.(13)
Ante la imposibilidad de realizar adaptación o cambio de puesto de trabajo, se recomienda al trabajador solicitud de Incapacidad Permanente, iniciándose los trámites oportunos, aportando los informes médicos y técnicos elaborados desde el Servicio de Prevención.
Tras la valoración por el equipo de valoración de incapacidades (EVI), se emite resolución por el INSS de incapacidad permanente absoluta para su profesión por contingencia común.

Caso número 2: varón mayor de 55 años, celador adaptado en consultas externas. Antecedentes de espondilitis anquilopoyética, artritis reumatoide, fibromialgia, hernia discal L4-L5, patología psicosocial, con múltiples períodos de incapacidad temporal por reagudización de sus procesos.
Se procede a estudio de puesto de trabajo ergonómico y psicosocial, tras la emisión del último informe de su especialista y tras aplicar el protocolo de vigilancia de la salud para trabajadores expuestos a manipulación manual de cargas(14) se propone al trabajador solicitud de Incapacidad Permanente, iniciándose los trámites oportunos, aportando los informes médicos y técnicos elaborados desde el Servicio de Prevención y sus respectivos especialistas.
Tras valoración por equipo de valoración de incapacidades (EVI), se emite resolución por el INSS de Incapacidad Permanente Total para su profesión por contingencia común.

Caso número 3: mujer de 51 años, celadora de hospitalización, que sufrió accidente de trabajo (4) en año 2011 con fractura de cóndilo humeral, cabeza de radio y diáfisis de radio y cúbito derecho desplazado, que tras agotar el período de incapacidad temporal es dada de alta médica con secuelas de rigidez articular de codo derecho y limitación importante en la flexo-extensión y pronosupinación del codo, acompañado de dolor y pérdida de fuerza. Acude al Servicio de Prevención solicitando adaptación de puesto de trabajo, ante las secuelas presentadas, con los informes aportados y la exploración realizada es imposible adaptación de puesto de trabajo. La trabajadora es no apta para su profesión habitual, indicándole que solicite al INSS una incapacidad permanente por secuelas debidas a accidente de trabajo, aportando la documentación propia y la elaborada desde el Servicio de Prevención.
Tras valoración por equipo de valoración de incapacidades (EVI), se emite dictamen por el INSS de incapacidad permanente absoluta por contingencia profesional, revisable en tres años.

Caso número 4: mujer mayor de 55 años, celadora de urgencias, con turno de noche, acude solicitando revisión de adaptación tras haber sido denegada la solicitud de incapacidad permanente por el INSS a petición de su mé-

dico de atención primaria tras incapacidad temporal prolongada por múltiples patologías. Presenta antecedentes de artrosis generalizada avanzada, de predominio en articulaciones interfalángicas proximales, distales y trapeciometacarpianas de ambas manos con dolor, rigidez, tumefacción articular y episodios previos de subluxaciones, que precisa de tratamiento ortopédico; afectación de discos intervertebrales, cuerpo vertebral y articulaciones interapofisarias de columna cervical, dorsal y lumbar, en tratamiento farmacológico y rehabilitador (15) Cuadro de insuficiencia respiratoria moderada secundaria a asma alérgica que precisa tratamiento médico.

Se procede a revisión de su puesto de trabajo adaptado y revisión de informes médicos aportados por la trabajadora. Al no ser posible cambio de puesto de trabajo se informa a la trabajadora que recurra el dictamen emitido por el INSS aportando los informes técnicos elaborados por el Servicio de Prevención, así como el informe de no apto.

Tras valoración por el equipo de valoración de incapacidades (EVI), se emite resolución por el INSS de incapacidad permanente total por contingencia común para su profesión habitual.

En el año 2012 las cuatro propuestas de incapacidad fueron aceptadas por los trabajadores, siendo declarada por el INSS la situación de incapacidad permanente en todos ellos: dos casos de incapacidad permanente total por contingencia común, un caso de incapacidad permanente absoluta por contingencia común y el último caso de incapacidad permanente absoluta por contingencia profesional. (4)

Dos casos de incapacidad permanente correspondían a mujeres, siendo uno de los casos incapacidad permanente absoluta por contingencia profesional y el otro caso una incapacidad permanente total por contingencia común. De los dos casos correspondientes a varones, uno fue una incapacidad permanente absoluta por contingencia común y el otro caso una incapacidad permanente total por contingencia común.

Discusión

En aquellos casos en que no están claramente definidas las propuestas entre limitaciones y la realización de las tareas, los trabajadores se oponían al trámite de un expediente de incapacidad permanente, por las pérdidas económicas que dicha situación supone. En nuestra experiencia el procedimiento pudo salir adelante por la existencia de cambios organizacionales que ponían en riesgo la continuidad laboral en el centro de trabajo, lo que facilitó que pudiera aplicarse el protocolo; no sabemos qué hubiera ocurrido sin esta situación.

Otro factor que creemos favorable al estudio es la edad de tres de los trabajadores ya que eran mayores de 55 años y tras la información facilitada por el CAISS conocían las características de la prestación económica; en caso de una incapacidad permanente total sabían que el 55% de la base reguladora se incrementaba en un 20% más para los mayores de 55 años cuando, por su falta de preparación general o especializada y circunstancias sociales y laborales del lugar de residencia, se presuma la dificultad de obtener empleo en actividad distinta de la habitual y si fuera una incapacidad permanente absoluta la pensión vitalicia corresponde al 100% de su base reguladora anual. En el caso de incapacidad permanente derivada de accidente de trabajo, la base reguladora será el cociente de dividir por 12 los salarios reales percibidos por el trabajador durante el año anterior, incluyendo las pagas extraordinarias y devengos no periódicos.

La colaboración y comunicación con la unidad de médicos inspectores de la Seguridad Social ha sido imprescindible para el avance del proyecto, ya que desde los servicios de prevención se aportan informes detallados de los puestos de trabajo y la posibilidad o no de adaptación ante limitaciones importantes, (información desconocida por ellos en muchas ocasiones) a cambio de la asesoría e información aportada por ellos. No se ha presentado en el estudio ningún caso de solicitud de Incapacidad Permanente que después fuera denegada por el EVI.

Podemos concluir que ante trabajadores con limitaciones, debemos plantearnos si éstas suponen una incapacidad permanente en relación a su puesto de trabajo, en concreto a las tareas habituales realizadas y a la proporción de tiempo que dichas tareas requieren respecto al tiempo real de trabajo.

Es fundamental la colaboración entre los Servicios de Prevención y las Unidades Médicas del INSS para la adecuada orientación y valoración de las propuestas de incapacidad permanente.

Agradecimientos a la Unidad Médica de la Dirección Provincial del INSS de Madrid por su ayuda técnica y apoyo en este proyecto.
.

Bibliografía

1. R Chavarría NTP 177: La carga física de trabajo definición y evaluación Centro Nacional de Condiciones de Trabajo Barcelona. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
2. Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social Boletín Oficial del Estado (Número: 289, 03/12/2013, Disposición nº 12632, Páginas: 95635-95673).
3. Guía de valoración de incapacidad laboral para médicos de atención primaria Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, ISCIII, Ministerio de Ciencia e Innovación. Madrid. 2009.
4. Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Publicado en BOE núm. 154 de 29 de Junio de 1994.
5. Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales. BOE nº 269, 10/11/1995.
6. B Vico, A Iturralde, C Carrasco, M Monzó, T Mañez, LM Sáez de Jauregui. Adaptación de puesto de trabajo y relación con absentismo. Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo 2014; 23.
7. Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por la que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. BOE nº 27, 31/1/1997.
8. JA Diaz García. MA Gallego Montalban. Discrepancias en la capacidad de valoración laboral entre las unidades medicas de valoración y los servicios de prevención Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo 2011; 20.
9. Real Decreto 783/2001, de 6 de julio, por el que se aprueba el Reglamento sobre protección sanitaria contra radiaciones ionizantes. BOE nº 178, 26/7/2001. Vigencia desde 27 de Julio de 2001. Esta revisión vigente desde 19 de Noviembre de 2010.
10. Real Decreto 485/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas en materia de señalización de seguridad y salud en los lugares de trabajo. BOE nº 97, 23/4/1997.
11. Real Decreto 486/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo. BOE nº 97, 23/4/1997.
12. Protocolo de Vigilancia Médica de los trabajadores expuestos a las radiaciones Ionizantes. Madrid. Comisión de Salud Pública Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
13. Consejo de Seguridad Nuclear (CSN). Guía de seguridad 7.4 del C.S.N. rev-2. Bases para la vigilancia Médica de los trabajadores expuestos a las radiaciones Ionizantes. Madrid, 25/06/98.
14. Protocolo de Vigilancia Médica de los trabajadores expuestos a manipulación manual de cargas. Madrid. Comisión de Salud Pública Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
15. Toquero F, Rodríguez-Sendín JJ. Guía de Buena práctica clínica en artrosis. Atención Primaria de calidad.

El contraste de perfiles psicosociales. Una nueva metodología para la valoración del acoso laboral

Manel Fernández Jiménez [1], David Bussé Olivé [2], Daniel Rodrigo Tortosa [3].

Centro de trabajo:

[1] Especialista en Medicina del Trabajo y Técnico de Prevención de riesgos laborales; Director del gabinete Medicina Pericial; Vocal de Vigilancia de la Salud del Cuerpo Nacional de Peritos Judiciales de AEPSAL.

[2] Especialista en Psiquiatra; Màster en Psiquiatria Social; Dortor en Psiquiatría; Profesor de Psicopatología Jurídica y Forense de la U.I.C. Gabinete Medicina Pericial.

[3] Psicólogo clínico; Psicoterapeuta sistémico; Gabinete Medicina Pericial.

Correspondencia:
Manel Fernández Jiménez
info@medicinapericial.com

La cita de este artículo es: M Fernández et al. El contraste de perfiles psicosociales Una nueva metodología para la valoración del acoso laboral. Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo 2014; 23: 376-384.

Resumen:

Hasta ahora, el estudio de una hipotética situación de acoso laboral en la empresa se presentaba como una investigación muy difícil de abordar, por las dificultades que entraña probar que se han producido las actividades de acoso denunciadas desde la presunta víctima del acoso.

La experiencia recogida a lo largo de varios años de estudio de estas situaciones en nuestro Gabinete, nos permite presentar una nueva metodología para abordar estos casos de forma individualizada, que denominamos como el "contraste de perfiles psicosociales", que se apoya en la teoría general del acoso laboral, de que los acosadores presentan perfiles psicopatológicos específicos y que sus víctimas presentan perfiles indeterminados pero una sintomatología específica.

En síntesis, la metodología consiste en la confrontación de los perfiles psicopatológicos de los supuestos acosadores y acosados, a partir del análisis de sus perfiles, mediante entrevistas médicas, psiquiátricas, psicológicas y psicométricas con herramientas concretas y precisas.

Los autores concluyen indicando la alta eficiencia de la metodología en las experiencias seguidas en su gabinete y respecto de aquellos supuestos en los que puede abordarse el análisis de todas las partes implicadas, y su gran utilidad en supuestos donde sólo pueden analizarse algunos de los agentes intervinientes en el supuesto.

Palabras clave: Acoso laboral, empresa, perfiles psicosociales, acosadores, acosados, psicometría.

PSYCHOSOCIAL PROFILES. A NEW METHOD TO ASSESS OCCUPATIONAL MOBBING

Abstract:

Till now, the study of a hypothetical situation of mobbing in the enterprise was presented as a very difficult research to approach, for the difficulties to prove that the harassment activities reported have occurred at the alleged victim of the harassment.

The experience gained over several years of study of these situations in our clinical forensic practice allows us to present a new methodology to address these cases individually, methodology we call as the " contrast on psychosocial profiles", and which is based on the general mobbing theory, in the evidence that the stalkers have specific psychopathological profiles and their victims have profiles undetermined, but specific symptoms.

In summary, the methodology consists in the comparison of psychopathological profiles supposed of the supposed stalkers and harassed, from the analysis of their profiles by medical, psychiatric, psychological and psychometric interviews with specific and precise tools.

Authors conclude on the high efficiency of the methodology followed in her clinical practice, especially in those cases that can approach the analysis of all the parts involved, and their usefulness in cases where only analyzed some of the agents in the course.

Keywords: Mobbing, company, psychosocial profiles, harassing, harassment, psychometrics.

Introducción

Los parámetros generales del acoso laboral

El término de mobbing fue introducido por primera vez por el psicólogo sueco Heinz Leymann en 1984, para referirse a una situación de "terror psicológico en el trabajo, que implica una comunicación hostil y amoral, dirigida de manera sistemática por una o varias personas, casi siempre contra una persona que se siente acorralada en una posición débil y a la defensiva".

Para acotar el término, dicho terror debe de comprender al menos una de las 45 formas de comportamientos amorales descritos por el Test de dicho autor, es decir, el Leymann Inventory of Psychological Terrorization (LIPT), y debe de ejercerse al menos una vez por semana y durante un período mínimo de 6 meses.

También la Unión Europea lo ha definido como "acoso moral en el trabajo", y lo ha descrito como "comportamiento negativo entre compañeros o entre superiores e inferiores jerárquicos, a causa del cual el afectado es objeto de acoso y ataques sistemáticos durante mucho tiempo, de modo directo o indirecto, por parte de una o más personas, con el objetivo y/o el efecto de hacerle el vacío".

El hostigamiento psicológico laboral se ejerce especialmente a través de cuatro mecanismos: manipulación de la comunicación del hostigad o, manipulación de la reputación del hostigado, manipulación del trabajo del hostigado y manipulación de las contraprestaciones laborales.

Asimismo, en el desarrollo del mobbing podemos apreciar la presentación de cuatro fases diferenciadas, cuyo desarrollo y duración puede variar en función de la reacción del individuo hostigado:

a) **fase de conflicto**, en la que las partes del mobbing entran en contradicción y comienzan las agresiones, que pueden seguirse de denuncias o de reclamaciones;
b) **fase de mobbing** o de estigmatización del hostigado, que suele durar un promedio de 1,3 años, en la que comienzan a desarrollarse las actitudes manipuladoras de la comunicación, de la reputación y del trabajo del afectado;
c) **fase de intervención** de la empresa, en la que podemos observar medidas positivas o negativas hacia el hostigado, en función de la cultura y la concienciación de la dirección de la empresa sobre este fenómeno, que no acabarán siendo resolutivas, y que pueden ser acompañadas de algunos períodos de Incapacidad Transitoria; y
d) **fase de marginación** o de exclusión de la vida laboral del hostigado, en la que el trabajador compatibiliza su trabajo con largos períodos de IT y que puede derivar en situaciones enquistadas, que acaban con despidos, expedientes disciplinarios o, en el mejor de los casos, en jubilaciones por Invalidez Permanente.

Por lo que respecta a las consecuencias, cabe situarlas en cuatro planos: en el de las repercusiones para el trabajador hostigado; en el que afecta a su núcleo familiar; en el que afecta al ambiente laboral; y en el de la comunidad social de los trabajadores. Como botón de muestra de las graves consecuencias que pueden derivarse del mobbing, podemos señalar que en los países nórdicos - como Suecia-, donde el fenómeno se ha estudiado en profundidad, se estima una prevalencia del 3,5 % entre la población trabajadora, y que este fenómeno puede ser la causa del 15 % de los suicidios de la población general.

Por lo que respecta a la naturaleza, podemos decir

TABLA 1. DESCRIPCIÓN DEL ACOSADOR POR PARTE DE SUS VÍCTIMAS (PIÑUEL, 2001)		
Ausencia de dinamismo	Interferencia en el trabajo de otros.	Ausencia de sentido del humor.
Ausencia de modales o educación	Ausencia de la capacidad de escucha.	Actitud «sabelotodo»
Ausencia total de empatía	Mediocridad profesional.	Incapacidad para comunicar
Capacidad de manipulación y distorsión	Egoísmo.	Paternalismo.
Capacidad de simulación.	Autoritarismo.	Arrogancia.
Dificultad para tolerar la ambigüedad.	Indecisión.	Paranoia.
Doble personalidad (Jekyll y Hyde).	Rigidez.	Incapacidad para cooperar.
Envidia y celos profesionales.	Falta de juicio o de ecuanimidad.	Necesidad de quedar por encima.
Falsa seducción.	Ausencia de sentido de culpa o remordimientos.	Imposición.
Falta de criterio personal.	Falta de transparencia.	Incapacidad para el trabajo en equipo.
Incapacidad para afrontar el fracaso.	Personalidad controladora.	Lenguaje rudo e insultante.
Mentira compulsiva.	Trivialización.	Hechos consumados.
Oportunismo y conveniencia.	Inconsistencia.	Evasividad.

Tabla 1. Rasgos de personalidad de los acosadores laborales (Iñaki Piñuel).

que, si bien el conflicto es observado y se desarrolla en el medio laboral, dicho conflicto puede haberse originado en otro medio diferente y que sus causas pueden ser de naturaleza extralaboral o laboral.

Hablamos de conflictos originados en otros medios, cuando nos referimos a conflictos laborales que nacieron con anterioridad a la relación laboral, o a conflictos que han nacido en ámbitos extralaborales de las partes. Hablamos de conflictos de naturaleza extralaboral, al referirnos a aquellos, cuyo objeto son controversias o rivalidades con trasfondo extralaboral (por ejemplo, cuestiones de credo político o religioso, etc.), y de conflictos de naturaleza laboral, cuando nos referimos a aquellos que tienen su objeto en las relaciones y la organización del trabajo (por ejemplo, intereses crematísticos, promociones laborales, celos profesionales, necesidades de reducción de plantillas, etc.).

Cualquiera que sea esta naturaleza, lo cierto es que estamos hablando de un conflicto interpersonal y que, iniciada la controversia entre los sujetos del medio laboral, este se va a desarrollar según unos esquemas que dependerán mucho de la personalidad de los individuos en conflicto y del marco de las relaciones laborales de la empresa.

Material y Métodos

Los parámetros generales de la nueva metodología

A partir de éstas bases, aceptadas y compartidas universalmente, deducimos unas observaciones que son los fundamentos de nuestra metodología: por una parte, el acoso laboral dependerá tanto de la personalidad del supuesto acosador como de la de la víctima; por otra, el acoso, en el supuesto de darse, ocasionará unas consecuencias sobre la psicobiografia de la víctima.

La personalidad del acosador laboral

La mayoría de los autores expertos en acoso laboral han determinado que los autores de ésta situación tienen perfiles concretos y determinados.

Así, por ejemplo, en sus artículos, Iñaki Piñuel señala unos rasgos de personalidad de los acosadores, señalados por sus propias víctimas (Tabla 1).

Asimismo, en su 1ibro El Acoso moral en el traba-

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS PREVIAS DE LAS PERSONAS OBJETOS DEL MOBBING Y TENDENCIAS DEL COMPORTAMIENTO POSTERIOR (ADAPTADO DE FIELD, 1996)	
Características	**Tendencias**
Empático, afectivo, sensible, honrado, digno de confianza, concienzudo, fiable, pendiente de las necesidades ajenas, benévolo, dispuesto a ayudar, orientado a las personas, orientado al cliente, buen relaciones públicas, constructivo, popular, buen organizador, comprometido con el servicio, generoso, deseoso de complacer, perdona fácilmente, trabaja a largo plazo, multitarea (disperso), deseo de ser valorado y considerado, gusto por el trabajo bien hecho, sociable, conversa fácilmente, buen humor, humilde, modesto, tolerante, artístico, creativo, imaginativo, innovador, lleno de ideas, intuitivo, alto sentido de la justicia, alta conciencia moral y de la ética, caritativo, conciliador.	Baja asertividad, indecisión, dubitación, decide lentamente, necesidad y búsqueda de aprobación, necesita sentirse valorado, inclinación a sentirse culpable, ingenuo, dependiente, deferente, efusivo, percibido como fallo de autoconfianza, manso, llora cuando es injuriado, fácil de persuadir, tendencia a la desvaloración propia, considerado, da respuestas largas a preguntas cortas, antepone las necesidades de los demás a las propias demasiado frecuentemente, tendencia a dar demasiadas explicaciones y autojustificarse, tendencia a compartir y a revelar, credulidad.

Tabla 2. Rasgos de personalidad de las víctimas de mobbing (Iñaki Piñuel).

jo, Rodríguez López define a estas personas como resentidas, frustradas, envidiosas, celosas o egoístas, teniendo uno o varios o todos estos rasgos, en mayor o menor medida. Están necesitadas de admiración, reconocimiento y protagonismo y lo que quieren es figurar, ascender o aparentar, aun cuando simplemente deseen hacer daño o anular a otra persona.

Por su parte, Marie-France Irigoyen, en su obra El acoso moral, sostiene que "el sujeto tiene una idea grandiosa de su propia importancia; le absorben fantasías ilimitadas de éxito y de poder; se considera especial y único; tiene una necesidad excesiva de ser admirado; piensa que se le debe todo; explota al otro en sus relaciones interpersonales; carece de empatía aunque puede ser muy brillante socialmente; puede fingir que entiende los sentimientos de los demás; y tiene actitudes y comportamientos arrogantes".

En definitiva, éstos expertos se están refiriendo al acosador como un individuo con una personalidad narcisista, que desprecia cualquier valor y cualquier aspecto positivo de la víctima, y cuyo único objetivo es recibir constantemente recompensas externas.

En el mismo sentido, Piñuel describe la personalidad de las víctimas de acoso a partir de los siguientes rasgos de la (Tabla 2).

Por su parte, Rodríguez López mantiene que no se puede afirmar que exista un perfil psicológico que predisponga a una persona a ser víctima de acoso u hostigamiento en su lugar de trabajo; que las víctimas del mobbing no tienen porqué ser siempre personas débiles o enfermas desde un punto de vista psicológico, ni personas con rasgos diferenciales marcados o que presenten dificultades a la hora de relacionarse socialmente; que nada tiene que ver la imagen que pretende proyectar el acosador de su víctima con la realidad, pues mientras que esa imagen pretende reflejar una persona poco inteligente y holgazana, los acosados a menudo suelen ser inteligentes y trabajadores; a menudo se trata de personas carismáticas que tienen grandes habilidades para las relaciones sociales -, sobre todo si son inconformistas y gracias a su inteligencia y preparación cuestionan sistemáticamente los métodos y formulas de organización del trabajo que les vienen impuestos; y a menudo no dudan un

instante en colaborar con sus compañeros, facilitándoles cuantos instrumentos y medios estén a su alcance, en pro de la consecución de los objetivos colectivos.

En el mismo sentido, Marie-France Irigoyen señala que "Todo el mundo puede ser víctima, no existe un perfil estándar. Lo que sí hay son personas que por su escasa autoestima, por falta de confianza o por situaciones personales determinadas no pueden defenderse adecuadamente".

Podríamos concluir que, si bien no existe un perfil concreto y determinado del acosado de mobbing, a menudo éstas suelen ser personas inteligentes y trabajadoras, con cierto nivel de empatía y con hándicaps para defenderse de los acosadores.

El daño del acosado laboral

Las consecuencias del mobbing sobre un acosado suelen describirse en varios ámbitos, como el mental, el físico y el psicosocial.

En la **esfera mental** encontramos alteraciones cognitivas, como estrés, ansiedad generalizada; sensación de amenaza permanente; agotamiento psicológico, físico y emocional; dudas sobre el propio equilibrio emocional y de las percepciones que se tienen sobre su situación; sentimientos de culpabilidad y responsabilidad; indefensión. A su vez, también se destacan los sentimientos de fracaso, impotencia y frustración; la baja autoestima o apatía; y los problemas de concentración o atención.

Como **manifestaciones físicas u orgánicas,** podemos encontrar alteraciones psicosomáticas de todo tipo, pero las más frecuentes suelen ser cardiovasculares (hipertensión, arritmias, dolores en el pecho); trastornos musculares (cefaleas tensionales); dolores lumbares y cervicales asociados a la tensión, temblores, hiperreflexia); trastornos respiratorios (hiperventilación, sensación de ahogo, sofocos); trastornos gastrointestinales (dolores abdominales, nauseas, vómitos, sequedad de boca); y, finalmente, también se destaca la alteración del deseo sexual o libido (impotencia coeundi).

En cuanto a las **manifestaciones psicosociales**, solemos encontrar las relacionadas con la fobia social, como desconfianza hacia los demás y aislamiento social.

Las bases de la nueva metodología

A partir de las deducciones anteriores, podemos estudiar un supuesto caso de acoso laboral a partir del contraste entre el perfil de personalidad de los supuestos autores de un mobbing y el de los supuestos acosados, complementado por el del análisis de las consecuencias para la salud mental padecidas por éstos últimos.

En síntesis, se trata de determinar si en el estudio de los acosadores encontramos la personalidad narcisista; si en la de los acosados encontramos la normalidad o los patrones referidos de personas inteligentes y trabajadoras, con cierto nivel de empatía y con hándicaps para defenderse de los acosadores; y si en los acosados encontramos consecuencias para la salud y manifestaciones psicológicas y psicosociales de las expresadas. Una vez estudiados los perfiles, procederemos a efectuar los contrastes de los mismos, para valorar la compatibilidad en el hipotético mobbing laboral.

Resultados

Estudio de los perfiles de los supuestos acosadores

El estudio se inicia con un especialista en Medicina del Trabajo y Técnico de Prevención de riesgos laborales, que se limita a recoger la historia clínica laboral de los supuestos acosadores, para pasarla al psiquiatra y al psicólogo del equipo. Para el estudio de los perfiles de los acosadores utilizamos la entrevista clínica psiquiátrica, que puede ser auxiliada por la administración de tests abreviados, como el Minimental de Folstein (MMSE), dirigido al cribaje y seguimiento de las demencias, que presenta diferentes ítems para comprobar esferas de la orientación, memoria inmediata, atención y calculo, recuerdo diferido, lenguaje y construcción. El objeto de la exploración psiquiátrica es la detección de patologías que puedan derivar en rasgos narcisistas en el acosador.

El estudio psiquiátrico será apoyado con la entrevista clínica psicológica, dirigida a detectar alteraciones de la conducta o de la personalidad, que podrá ser auxiliada con la administración de una batería

de tests psicométricos, entre los que se contemplará uno de personalidad y otro de sintomatología.

Para el estudio psicométrico de la personalidad, en nuestro gabinete solemos utilizar con carácter general el test 16-PF de Catel1, que valora 16 escalas básicas primarias de la personalidad, 3 escalas de validación y estilo de respuesta, y 5 dimensiones globales de la personalidad, con puntuaciones en decatipos. Los valores comprendidos entre 1-3 y 8-10 se consideran rasgos extremos de personalidad, mientras que 4 y 7, leves tendencias hacia el rasgo correspondiente.

En determinados supuestos complejos o para profundizar en los rasgos estudiados, en ocasiones recurrimos al test de mayor complejidad, como el Minnesota Multiphasic — Personality Inventor que, además de las escalas de validación y fiabilidad, analiza diez escalas sobre aspectos clínicos o rasgos de personalidad, como la hipocondría, la depresión, la histeria, las desviaciones psicóticas, la masculinidad-feminidad, la paranoia, la psicastenia, la esquizofrenia, la hipomanía y la introversión social.

Un perfil típico de acosador en el 16-PF podría ser el siguiente:

- Alta Manipulación de la Imagen (simula una imagen de aceptabilidad, seductora, se rige por la conveniencia)
- Baja Afabilidad (no generoso, no atento hacia los demás, no empatía)
- Baja Sensibilidad (dureza, insensible a la crítica, no culpa)
- Alta privacidad (receloso, falta de transparencia)
- Alta Vigilancia (suspicaz, celos, competencia agresiva por el poder, baja tolerancia a la frustración)
- Baja Apertura al cambio (rigidez)
- Alta Dominancia (impositivo, autoritario)

Que en el MMPI podría expresarse como una alta desviación psicótica.

En cuanto al estudio de la sintomatología, a pesar de que en los acosadores no es necesario evaluar la misma, en el gabinete consideramos que su análisis puede ayudar a completar el estudio y, en ocasiones, a detectar supuestos casos paradójicos, en los que el presunto acosador resulta ser la persona acosada.

En el gabinete, los psicólogos utilizan habitualmente el test SCL-90-R de L. Derogatis, que presenta 90 respuestas y que permite analizar nueve síntomas (las somatizaciones, las obsesiones y compulsiones, la sensitividad individual, la depresión, la ansiedad, la hostilidad, la ansiedad fóbica, la ideación paranoide y el psicoticismo) así como tres indicadores (el índice global de severidad, el índice positivo de malestar y el índice total de síntomas positivos).

A partir de los perfiles psiquiátricos y psicológicos emitidos por los respectivos especialistas, así como de sus propias conclusiones, el primer profesional que analizó al supuesto acosador, el especialista en Medicina del Trabajo, acaba concretando el perfil psicosocial del supuesto acosador.

Estudio de los perfiles de los supuestos acosados

El estudio de los supuestos acosados es idéntico al de los acosadores (determinación de la historia clínica laboral, análisis psiquiátrico, análisis psicológico y determinación del perfil psicosocial), pero con una especificidad.

A los acosados se les administra también el Leyman Inventory of Psychological Terrorization (LIPT), en la versión modificada por el profesor González de Rivera, el LIPT-60, que añade 15 ítems específicos de nuestras latitudes y culturas y que se presenta para su implementación escalar.

Dicho test está planteado para el análisis individual y colectivo del riesgo de mobbing en una organización o persona y su análisis en éstas situaciones permite obtener tres indicadores globales de dicho riesgo: la media de conductas de acoso experimentadas por la población estudiada (NEAP), la intensidad media por conducta (IMAP) y el índice global de acoso (IGAP).

A pesar de que el LIPT-60 no tiene escalas de sinceridad y puede ser manipulado por el encuestado, no deja de ser un instrumento útil en nuestro método de contraste de perfiles, pues, una vez contestado, nos sirve para determinar la fiabilidad de las argumentaciones de las personas analizadas, al solicitarles que nos concreten al máximo posible para cada

uno de los ítems puntuados, las actividades, los autores y las circunstancias de tiempo y de lugar de las mismas.

El contraste de perfiles

Una vez obtenidos los perfiles psicosociales de los supuestos acosadores y acosados, pasamos al contraste de dichos perfiles.

Perfil normal del supuesto acosador

La base del contraste es el perfil del supuesto acosador, de manera que si en el estudio del mismo encontramos un perfil dentro de la normalidad la hipótesis del mobbing prácticamente queda descartada.

Cuando encontramos un perfil normal en el supuesto acosador y detectamos en el supuesto acosado un perfil de personalidad dentro de la normalidad y una sintomatología escasa, la deducción más lógica es la de que el supuesto acosado puede estar pretendiendo el desprestigio del supuesto acosador sin fundamento alguno.

Si la personalidad del supuesto acosado es normal y encontramos sintomatología compatible, la deducción es que el trabajador está viviendo una experiencia de mobbing sin que se esté dando la misma y que probablemente tiene problemas de adaptación a su entorno laboral.

Asimismo, cuando encontramos un perfil de personalidad del acosado, con rasgos psiquiátricos, de personalidad o de sintomatología, alterados, llegamos a la conclusión de que el supuesto acosado puede estar viviendo una experiencia de mobbing, sin que se esté dando la misma y que puede ser él mismo quien, consciente o inconscientemente, esté provocando un rechazo de la organización.

En ocasiones, podemos encontramos con situaciones paradójicas que nos indican que el supuesto acosado puede ser todo lo contrario, es decir, el autor de mobbing hacia otras personas de la organización.

Perfil típico del supuesto acosador

La situación contraria es la que se da cuando encontramos en el acosador el perfil característico del autor de mobbing.

En estos casos, si en el supuesto acosado no existe patología psiquiátrica ni alteraciones de la personalidad, pero si una manifiesta sintomatología, la probabilidad del mobbing cobra una alta viabilidad.

Cuando el supuesto acosado presenta patologías y trastornos de la personalidad, acompañados de sintomatología, el nivel de probabilidad del mobbing es menor que en el supuesto anterior.

Por último, si presenta patologías o alteraciones pero no sintomatología, la probabilidad aún decae más. En éstos supuestos, podemos llegar a la conclusión de que existe probabilidad, pero la misma está condicionada por el perfil del acosado.

Resolución práctica de casos de supuesto mobbing mediante la metodología del contraste de perfiles

Antes de entrar en el detalle sobre la resolución práctica de éstos supuestos en la empresa, merece la pena hacer unas consideraciones.

En primer lugar, en condiciones normales, de denuncia de acoso laboral no judicializada, el encargo de éste tipo de estudios por parte de la dirección de la empresa, a través de su servicio de prevención, goza del debido respaldo jurídico, derivado del articulado de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales que, en su artículo 15.b, recoge la obligatoriedad del empresario de evaluar los riesgos del trabajo; el 16.3, la misma de realizar investigaciones ante indicios de daños; y el 29.6 sobre las obligaciones de los trabajadores de colaborar con el empresario en la prevención de los riesgos laborales.

En segundo, en situaciones de denuncias judicializadas o en aquellas en las que se ha interrumpido la relación laboral, cualquiera de las partes puede solicitar a la autoridad judicial la colaboración de la contraparte en la realización del estudio, para conseguir el amparo de los derechos y obligaciones apuntadas más arriba.

Finalmente, que dichos estudios deberán realizarse por profesionales capacitados y que los correspondientes informes deberán de garantizar los derechos de los diferentes sujetos a la intimidad y confidencialidad de los datos médicos, motivo por el que, con independencia del soporte jurídico apuntado, es conveniente solicitar a los sujetos a analizar el

correspondiente consentimiento informado, y es obligado limitarse en la elaboración de los informes de síntesis, que deberán entregarse al Servicio de prevención, a la exposición de conclusiones, sin entrar en datos médicos o psicológicos personales.

Discusión

De acuerdo a lo apuntado más arriba, un estudio completo de una situación de acoso laboral en una empresa debería abordarse a partir de la identificación de los supuestos acosados y acosadores; el estudio de los perfiles psiquiátricos y de personalidad de todos ellos; el estudio del perfil de sintomatología de los supuestos acosados; y el contraste de los perfiles de unos y otros.

La realización de estos estudios completos, cuando ello es posible, es decir, cuando podemos analizar a todos los sujetos afectos al mismo, otorga un alto nivel de efectividad y de resolución de las situaciones, siempre y cuando las direcciones de las empresas estén completamente comprometidas con la resolución justa, democrática y adecuada del supuesto.

Decimos cuando ello es posible, habida cuenta que, por diferentes circunstancias, en algunos supuestos la práctica del estudio completo de todos los sujetos implicados en el caso es inviable, lo que merma la eficiencia del estudio, pero no lo desvirtúa por completo, como veremos en los siguientes supuestos:

En ocasiones el estudio lo solicita la dirección de la empresa a partir de una denuncia formulada por uno o varios empleados, pero una de las partes (los supuestos acosados o los supuestos acosadores) no se presta a la colaboración y la empresa decide no ejercer las obligaciones o derechos apuntados más arriba, por lo que el estudio se circunscribe al análisis de la estructura mental y psicológica de una de las partes y a la sintomatología o huella mental que se haya podido causar, lo que permite un grado de análisis de menor intensidad, pero nada despreciable.

Al respecto, podemos señalar un supuesto en el que la parte denunciante no se prestó a colaborar en la elaboración del estudio y el análisis de la parte denunciada descartó rotundamente el perfil de acosador, por lo que el estudio descartó la hipótesis de acoso. En el mismo sentido, otro supuesto en el que la parte denunciada no se prestó a colaborar en el estudio y el análisis de la parte denunciante (dos sujetos), puso de manifiesto perfil de personalidad normal y huella sintomatológica acorde, por lo que el estudio determinó alta probabilidad de acoso.

En otras ocasiones, el estudio lo solicita el trabajador directamente, después de haber presentado una demanda judicial, con la relación laboral indemne o truncada y sin haber solicitado el derecho de que la otra parte colabore en el proceso o habiéndolo hecho, pero con rechazo de la misma por parte de la autoridad judicial.

Al respecto, podemos señalar un supuesto de denuncia por parte de unos empleados que demandaron en vía judicial, en uno de los cuales se observaron pequeñas alteraciones de la personalidad, y en ambos perfil o huella sintomatológica, por lo que el estudio determinó una alta probabilidad de acoso. Asimismo, otro de las mismas características, en el que un demandante en sede judicial solicita la realización de un estudio, en el que se constata un perfil de personalidad alterado, que desvirtúa la hipótesis del mobbing.

Podemos concluir que, el acoso laboral debe de ser considerado como una acción perturbadora y consciente de unas personas hacia otras en el medio laboral.

Dicha acción se caracteriza fundamentalmente por la sutilidad y opacidad de conductas acosadoras de unas personas en la empresa sobre otras, generalmente de quienes ostentan posiciones dominantes sobre los que presentan posición de dominados.

Este tipo de comportamientos o patrones de conducta deben ser considerados como inadecuados o atípicos y no pueden partir de personas con perfiles de personalidad o patrones normales, que resuelven sus conflictos internos o externos por cauces de legalidad, de asertividad y de respeto hacia los demás, sino por personas con problemas psicopatológicos, que los suelen resolver por cauces retorcidos y torticeros.

Asimismo, por mucho cuidado que pueda tener el acosador en el desarrollo de su estrategia de mob-

bing, nunca podrá evitar dejar una huella de sus conductas en los acosados, huellas que podrán ser seguidas, valoradas, analizadas y determinadas, por equipos de profesionales bien preparados y entrenados, que usen las herramientas adecuadas.

Bajo éstas premisas, el estudio de los perfiles psicosociales de una de las partes o mejor de ambas y su posterior contraste, puede ser de una gran utilidad, tanto para la sociedad, como para las organizaciones empresariales, las autoridades laborales o judiciales o los propios individuos, para rastrear los acontecimientos vividos y las conductas acosadoras desarrolladas en el medio laboral.

Dicho estudio consiste básicamente en el análisis de la estructura mental y psicológica de las partes en conflicto y la sintomatológica de la supuestamente perturbada.

Bibliografía

- De las Cuevas C, González de Rivera JL, Henry M, Monterrey AL, Rodríguez F, Gracoa R, Análisis factorial de la versión española del SCL-90-R en la población general. Anales de Psiquiatría 1991; 7: 93-96.
- Fernández M, Algunos aspectos del Mobbing laboral. Revista Protección Laboral 2002; 33:1-10.
- Fernández M, La Salud de las organizaciones. Protección Laboral 2001; 27: 124 -126.
- García J, Rolsma D.H. Trabajando con el enemigo. Estrategias para combatir los conflictos en el lugar de trabajo. Editorial de Bolsillo – Tirant Lo Blanc -Valencia 2003.
- García JA, Aspectos clínicos y prevención del psicoterror laboral. Mapfre Med 1999; 10: 253-260.
- Gonzalez de Rivera, JL y Rodríguez-Abuin, MJ: Cuestionario de estrategias de acoso en el trabajo. El LIPT-60. Editorial EOS, Madrid, 2005.
- González de Rivero JL, El maltrato psicológico. Como defenderse del mobbing y otras formas de acoso. Espasa Calpe, Madrid 2002.
- Irigoyen, MF, El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana. Editorial Paidos, Madrid 1999.
- López JA, Mobbing en puestos de trabajo de tipo administrativo. Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo 1997; 6: 41-47.
- Martín F, Pérez J, López JA, El hostigamiento psicológico en el trabajo: Mobbing. Nota Técnica de Prevención (NTP 475). INSHT Madrid.
- Martínez, IM, Hostigamiento psicológico en el trabajo. Archivos de Prevención 2000; 3: 166-169.
- Piñuel I, Mobbing. Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo. Sal Terrae 2003.
- Piñuel I, Mobbing. Manual de autoayuda, Claves para reconocer y superar el acoso psicológico en el trabajo. Aguilar S.A. de ediciones, Madrid 2003.
- Rodríguez P, El acoso laboral en el trabajo: la responsabilidad en el acoso moral en el trabajo.- Ediciones Jurídicas Dijusa SL, Madrid 2004.
- Velázquez M, Impacto de las relacionadas con el estrés. Letrera, Bilbao 2005.
- Velázquez, M. Mobbing, estres y violencia en el trabajo. Aspectos jurídicos de los riesgos psicosociales. Gestión 2000, Madrid 2004.

¿Es el fin de la especialidad? Análisis mediante la técnica de los seis sombreros

Felipe Derteano Martínez [1], Vicente Parra Pérez [2], Álvaro Navarrete Oliva [3], Iulian Ténica [4], Enrique Calderón Cárdenas [5], Ivonne Luna Zambrano [6].

Centro de trabajo:
[1] Médico interno residente de tercer año de Medicina del Trabajo. Hospital Clínico San Carlos.
[2] Médico interno residente de tercer año de Medicina del Trabajo. Ibermutuamur.
[3] Médico interno residente de tercer año de Medicina del Trabajo. Fraternidad.
[4] Médico interno residente de tercer año de Medicina del Trabajo. Hospital Gregorio Marañón.
[5] Médico interno residente, tercer año. Medicina del Trabajo. Hospital 12 de Octubre.
[6] Médico interno residente, tercer año. Medicina del Trabajo. Fremap.

Tutores:
Dra. Clara Guillén Subirán.
Dra. María José Aguado Benedí.

Correspondencia:
Felipe Derteano Martínez
Médico interno residente. Medicina del Trabajo.
Hospital Clínico San Carlos.
Avda. Martín Lago, s/n. 28007. Madrid.
Teléfono: 607 275 922.
Correo electrónico: familiaderteano@hotmail.com

La cita de este artículo es: F Derteano et al. Es el fin de la especialidad? Análisis mediante la técnica de los seis sombreros. Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo 2014; 23: 385-388.

Resumen:

Introducción. Analizar el presente y el futuro de la especialidad de Medicina del Trabajo mediante la técnica de los seis sombreros para pensar.

Material y métodos. Técnica de los seis sombreros para pensar, técnica utilizada para poder analizar decisiones desde diferentes puntos de vista. Seis sombreros de diferente color, seis maneras diferentes de pensar.

Resultados. Se encontraron múltiples opiniones y variedad de pensamientos en relación al presente y al futuro de la Medicina del Trabajo.

Conclusiones. De la diversidad de los pensamientos obtenidos según el color de cada sombrero depende la postura a adoptar, por tal motivo se sugiere encontrar las alternativas que ofrece cada uno.

Palabras clave: Medicina del Trabajo, Técnica de los Seis Sombreros.

IS IT THE END OF THE FIELD?
ANALYSIS BY THE TECHNIQUE OF THE SIX HATS

Abstract

Objetive. To analyze the present and future of occupational medicine as a specialty using the Six Thinking Hats technique.

Material and methods. Six Thinking Hats, technique that allows us to analyze decisions from different points of view. Six Hats with different colors represent each a different perspective.

Results. Multiple options and a variety of thoughts regarding the present and future of Occupational Medicine aroused.

Conclusions. The position to adopt depends on the variety of thoughts coming from the color of each hat. Therefore, finding the alternatives for each approach is what is best suggested.

Keywords: Occupational Medicine, Six Thinking Hats technique.

Introducción

Edward de Bono (1,2), es un escritor de origen maltés, psicólogo por la Universidad de Oxford, licenciado en Medicina. Autor de 68 libros traducidos a 37 idiomas. Entrenador e instructor en el tema del pensamiento y de la creatividad, y es el padre del concepto "Pensamiento Lateral" (la habilidad adquirida para hacer que el pensamiento escape a la rigidez y se convierta en creativo). Asesor de las mayores corporaciones como IBM, DuPont, Ericsson, Siemens, etc.

De Bono ha creado varias herramientas (3,4) para mejorar las habilidades y actitudes de exploración, como son: Brain Storming (tormenta de ideas para generar nuevas propuestas ante problemas sencillos). Plus Minus Interesting (aspectos positivos, negativos e interesantes). Mapas Radiales (representación gráfica de las ideas para su rápida interpretación).

Técnica de los seis sombreros para pensar (Figura 1).

Material y Métodos

Cada sombrero es un estilo diferente de pensamiento:

- **Sombrero blanco:** Se enfoca en los datos disponi-

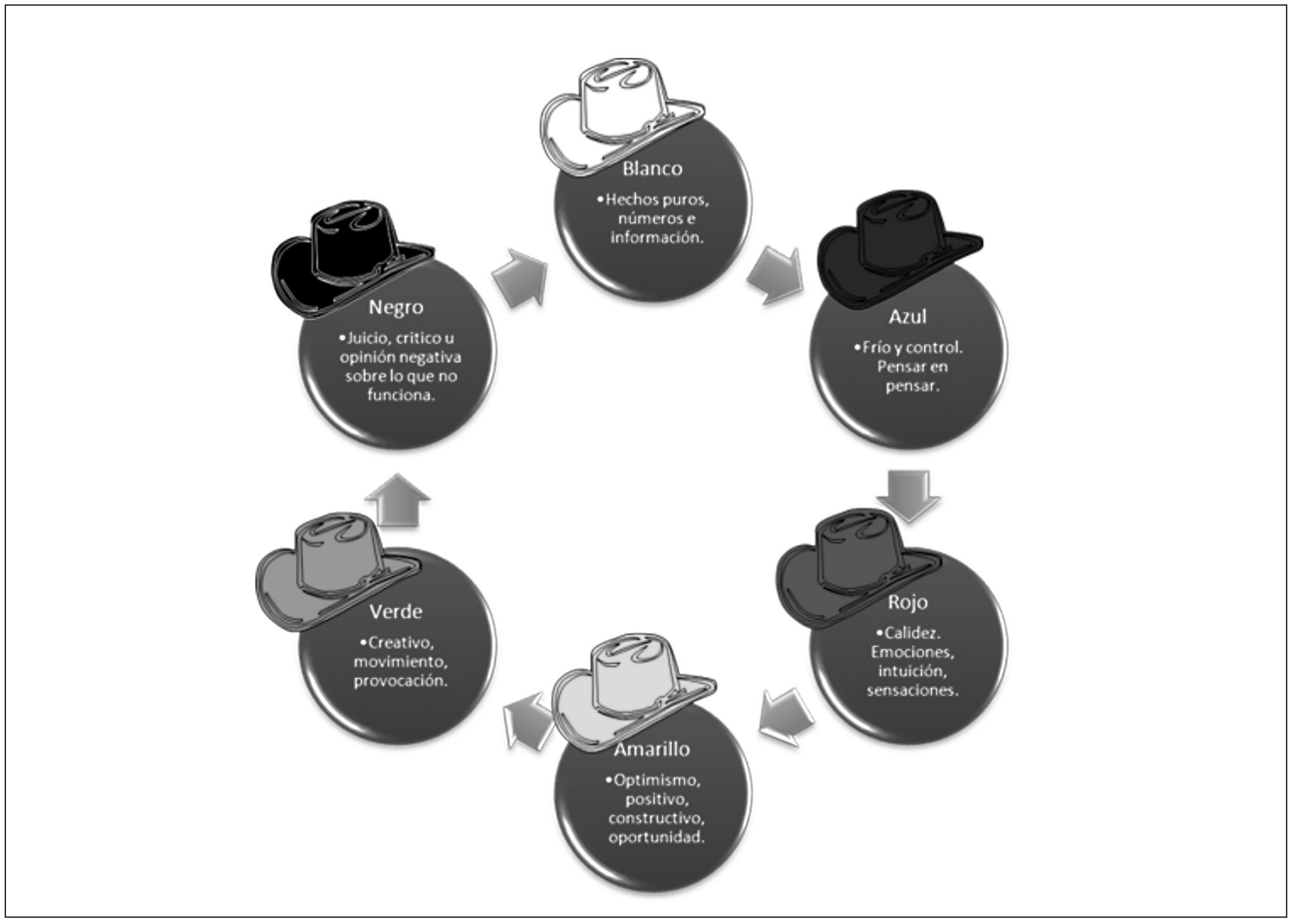


Figura 1. Técnica de los seis sombreros para pensar.

bles. Ve la información que tenemos y qué se puede aprender de ella. Es neutral.

- **Sombrero rojo:** Observa los problemas utilizando la intuición, la reacción interior y la emoción, expone los sentimientos sin dar explicaciones.
- **Sombrero negro:** Se podrán observar los puntos negativos de una decisión tratar de saber porque no podría funcionar. Resalta los puntos débiles. Ayuda a localizar fallos y riesgos. El sombrero negro es uno de los beneficios de usar esta técnica.
- **Sombrero amarillo:** Ayuda a pensar positivamente. Es el punto de vista optimista que nos ayudará a continuar cuando todo pareciera difícil y sombrío.
- **Sombrero verde:** Corresponde a la creatividad. Se desarrollan soluciones creativas a una situación. Forma libre de pensamiento en el que no hay lugar para las críticas.
- **Sombrero azul:** Controla a los otros. Cuando se presentan dificultades porque no hay ideas, dirige las actividades hacía el sombrero verde.

Resultados

De acuerdo a la colocación de cada sombrero, un color diferente, una forma de pensar. Se obtienen gran cantidad de opiniones, múltiples pensamientos que alternándolos se pueden complementar unos con otros. Pensamientos optimistas, creatividad en cuanto a soluciones y perspectivas, emociones y negatividad pueden conjugarse mediante esta técnica para que de una manera sencilla se pueda analizar el presente y el futuro de la especialidad de Medicina del Trabajo.

Discusión

El análisis de acuerdo a cada sombrero y a cada color. Sombrero amarillo: El futuro de la especialidad es esperanzador, porque se están formando residentes de alto nivel. En el transcurso de dos o tres años, a la salida de la crisis en España, hará que mejoren la calidad en los Servicios de Prevención; aumentaremos los programas de investigación y aumentará el empleo.

- **Sombrero rojo:** El RD que reglamentará los Servicios de Prevención hará que la Especialidad se limite a realizar un certificado de aptitud, por lo que es necesario ampliar el perfil del Médico del Trabajo determinando cuales son las verdaderas salidas profesionales, actualmente muy restrictivas en cuanto a las tareas que realiza (5,6).
- **Sombrero negro:** La actual crisis económica, el índice de desempleo y por ende la disminución de ofertas de plazas de residentes. El intrusismo. Los programas de troncalidad y la desaparición de Unidades Docentes.
- **Sombrero verde:** Darnos a conocer y sentir con trabajo y formación, prevención e investigación. Formación de la Medicina del Trabajo en pregrado. Integración en los sistemas sanitarios públicos.
- **Sombrero blanco:** En los últimos años, la Especialidad de Medicina del Trabajo ha visto mermadas sus posibilidades de prosperar de cara al futuro. Desde el año 2005 hasta la actual convocatoria MIR, ha disminuido la oferta de plazas considerablemente (20%). La persistente necesidad de especialistas en Medicina del Trabajo está por debajo de las necesidades, siendo inversamente proporcional en 5 años, el número de jubilaciones al de nuevos especialistas.
- **Sombrero azul:** Determinar cuáles son las verdaderas competencias del Médico del Trabajo. Potenciar un perfil amplio del mismo, actualmente muy restrictivo en cuanto a tareas. Ampliar las salidas y posibilidades profesionales. Necesidad de crear nuevas normativas.

Podríamos concluir que se obtienen diferentes pensamientos de acuerdo a cada color y a cada sombrero. Ante la diversidad de pensamientos, no habría que decantarse por un solo color, sería aconsejable el valorar las diferentes posiciones

con cada sombrero en cuanto al presente y futuro de la especialidad y su interrelación.

Habría que concienciar al Médico del Trabajo y al residente en formación a pensar y analizar el futuro de la especialidad, además de incentivar a quien corresponda (gestores, miembros de asociaciones, políticos, etc.). Finalmente podríamos decir ¡a ponerse el sombrero!.

Bibliografía

- De Bono Edward. 2006. El pensamiento lateral. Editorial Paldós Ibérica.S.A.
- De Bono Edward (2003). Seis sombreros para pensar (Six thinking hats): An Approach to business management (1985).
- De Bono Edward (1988): Seis sombreros para pensar. Barcelona. Granica
- De Bono Edward (1994). El pensamiento creativo. Barcelona. Paidos.
- A Iniesta. Nuevo escenario para la Medicina del Trabajo tras la incumplida Estrategia para la Seguridad y Salud 2007-2012. Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo 2013; 22: 6-7.
- Orden SCO/1526/2006 de 5 de mayo. Programa formativo de la Especialidad de Medicina del Trabajo. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Consumo de alcohol
Situación mundial actual, repercusión en la salud y aspectos laborales

Mª Teófila Vicente Herrero [1], Miguel Ruiz-Flores Bistuer [2], Luisa Capdevila García [3], Mª Victoria Ramírez Iñiguez de la Torre [4], Mª Jesús Terradillos García [5], Ángel Arturo López González [6].

Centro de trabajo:
[1] Médico del Trabajo. Grupo Correos. Valencia.
[2] Psiquiatra. Ibsalut. Ibiza (Illes Balears).
[3] Médico del Trabajo. MAPFRE. Valencia.
[4] Médico del Trabajo. Grupo Correos Albacete.
[5] Médico del Trabajo. INSS. Madrid.
[6] Médico del Trabajo. Ibsalut. Manacor (Illes Balears).

Correspondencia:
Mª Teofila Vicente-Herrero
Plaza del Ayuntamiento nº 22. 46002 Valencia.
Correo electrónico:
mtvh@ono.com/grupo.gimt@gmail.com

La cita de este artículo es: MT Vicente et al. Consumo de alcohol Situación mundial actual, repercusión en la salud y aspectos laborales. Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo 2014; 23: 389-398.

Resumen: El consumo de alcohol se ha globalizado, teniendo un mayor consumo de riesgo los países en vías de desarrollo.
Sin embargo, no ocurre lo mismo con los usos ni el tipo de bebida, existiendo llamativas diferencias en relación a qué se bebe y cómo se bebe en las distintas partes del mundo.
Su consumo excesivo desencadena una problemática común en todos los países con repercusión social, laboral y en la salud de la población.
En el mundo del trabajo las aportaciones preventivas a realizar desde las empresas deberán ser flexibles y adaptables a las distintas realidades. Se aconseja dar información básica de referencia, pautas para plantear actuaciones preventivas, información sobre recursos, orientación para el abordaje asistencial de los trabajadores con problemas y establecer criterios de derivación asistencial en aquellos trabajadores que, por su problemática concreta, no puedan ser abordados desde la Salud Laboral.
Palabras clave: Consumo de alcohol, Salud Laboral, Factores de Riesgo, Medidas Preventivas.

ALCOHOL CONSUMPTION, CURRENT GLOBAL SITUATION, HEALTH AND OCCUPATIONAL ASPECTS

Abstract: Alcohol consumption is widespread all over the world, having a greater risk consumption of developing countries.
While alcohol consumption it is globalized, not neither the use of it, nor its type so there is big the difference in what you drink and how to drink in different parts of the world.
His excessive consumption triggers a common problem in all countries of the world with social, labor and health of the population impact.
In the world of work preventive actions must be flexible and adaptable to different realities contributions. We suggest to baseline information, guidelines to propose preventive actions, resource information, guidelines to address healthcare workers with problems and establish criteria for referral in those care workers for that for their particular problem cannot be addressed in Occupational Health.
Keywords: Alcohol Consumption, Occupational Health, Risk Factor, Preventive Measures.

Introducción

La preocupación por el consumo de alcohol es en el momento actual una constante en todos los países del mundo y uno de los principales factores relacionados con el estado de salud de los individuos junto al estilo de vida, consumo de tabaco, sustancias de abuso, actividad física y alimentación y nutrición. Es un determinante de la salud, desde una perspectiva epidemiológica en cuanto a la relación salud-enfermedad, habiendo sido objeto tradicional de estudio desde perspectivas diferentes y en colectivos poblacionales diversos[1].

Metodología

Para realizar esta revisión se han consultado: la base de datos de la Organización Mundial de la Salud:World Health Organization. Global Information System on Alcohol and Health (GISAH). La última revisión publicada se corresponde con el 2011 y muestra la Situación actual mundial de consumo de alcohol. Se ha consultado la estrategia preventiva de la OIT considerada información básica en este tema y que parte como documento de inicio del año 1988. Se han consultado, para relacionar las patologías específicas, con el consumo abusivo de alcohol los códigos CIE 10 procedentes de la International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revisión. Finalmente se ha hecho una búsqueda bibliográfica en PubMed y otras bases de datos de referencia (Latindex, Scopus, Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud–IBECS-) acotada a los últimos 5 años sobre los términos de búsqueda: alcohol consumption and occupational risk factor y alcohol consumption and job stressors, seleccionándose a criterio de los autores aquellos trabajos considerados más significativos.

Consumo de Alcohol. Situación actual en el mundo

Para conocer el consumo de alcohol a nivel mundial, se recurre al Global Information System on Alcohol and Health (GISAH)[2] que recoge más de 200 indicadores distribuidos en siete categorías: producción de alcohol y disponibilidad; niveles de consumo; patrones de consumo; consecuencias y daños; aspectos económicos; políticas de control; y recursos para prevención y tratamiento. Revisando los datos referidos a 2010 se observa que el consumo mundial per cápita de bebidas alcohólicas en dicho año equivalía a 6,2 litros de alcohol puro consumido por cada persona de 15 años o mayor. Una gran parte de este consumo (un 24,8 % o 1,54 litros por persona) se realiza en forma de alcohol de producción casera, con un mayor riesgo de daño debido a impurezas o contaminantes desconocidos y potencialmente peligrosos en estas bebidas.

Sin embargo, existe una gran variabilidad en el consumo por habitante adulto en las diferentes zonas del planeta. Los niveles de consumo más altos se encuentran en los países del mundo desarrollado, sobre todo el hemisferio norte, destacando en el hemisferio sur Australia, Nueva Zelanda y Sudáfrica. Los niveles de consumo medio se pueden encontrar en la región del Pacífico occidental y África y los de consumo bajo en los países del norte de África y el África subsahariana; la región del Mediterráneo Oriental, Asia meridional y el Océano Índico. Estas regiones representan grandes poblaciones de musulmanes, que tienen altas tasas de abstemios.

El consumo de alcohol no registrado representa un importante problema, tanto para la medición de la verdadera naturaleza del consumo mundial de alcohol como para valorar y prevenir la repercusión en la salud. Se refiere al alcohol que no se grava y está fuera del sistema habitual de control gubernamental, ya que se produce, distribuye y vende fuera de los canales formales. Incluye tanto el alcohol para consumo propio o de producción informal (legal o ilegal), como

TABLA 1. CONSUMO ADULTO DE ALCOHOL PER CÁPITA TOTAL Y NO REGISTRADO. RELACIÓN PROPORCIONAL ENTRE ELLOS (LITROS DE ALCOHOL PURO) POR REGIÓN.

	Consumo de alcohol per cápita	Consumo de alcohol no registrado per cápita	Proporción de consumo de alcohol per cápita no registrada de consumo de alcohol per cápita total
África	6,0	1,8	30,00
América	8,4	1,2	14,28
Mediterráneo oriental	0,7	0,4	57,14
Europa	10,9	1,9	17,43
Sudeste asiático	2,20	1,6	72,70
Pacífico occidental	6,23	1,7	27,30
TOTAL MUNDIAL	6,2	1,5	24,20

Fuente: Global status report on alcohol and health. OMS 2014.

el alcohol de contrabando, alcohol destinado a usos industriales o médicos, alcohol obtenido a través de las compras a través de las fronteras, o el consumo de alcohol por parte de los turistas (Tabla 1).

El mayor consumo de alcohol registrado, en valores absolutos, se asocia con niveles relativamente altos de consumo total de alcohol, teniendo Europa las mayores cifras. Por el contrario, el porcentaje de consumo no registrado de alcohol aumenta en general en las regiones con menor consumo total. Esto significa que cuanto menor es el consumo de alcohol, mayor es la proporción de alcohol hecho en casa o producido ilegalmente. El consumo global de alcohol es más bajo en el Mediterráneo Oriental y Sudeste asiático, regiones donde el consumo de bebidas hechas en casa o producidos ilegalmente alcanza el 57,14 % y 72,7 % respectivamente.

Existe una fuerte asociación negativa entre consumo total y la proporción de consumo no registrado. En los países más pobres o en desarrollo, con un consumo de alcohol más bajo, gran parte del alcohol es hecho en casa o producido de forma ilegal, siendo por lo tanto alcohol es más barato y accesible al consumidor. En los países desarrollados el consumo de alcohol es más alto, pero la mayor parte es alcohol producido legalmente y más fácilmente controlable.

Otro factor relacionado con el consumo de alcohol no registrado es el nivel económico, medido en base al nivel de ingresos de un país.A medida que aumenta el nivel de ingresos en la población consumidora, se observa mayor nivel de consumo de alcohol con menor proporción de alcohol no registrado, excepto en la región del Mediterráneo Oriental, donde el consumo de alcohol es generalmente muy baja.

El tipo de bebidas alcohólicas consumidas también varía en las distintas partes del mundo. Los destilados son las bebidas más consumidas en términos de litros de alcohol puro en Asia y países de Europa oriental. El vino constituye la mayor proporción de alcohol que se consume en países europeos y países sudamericanos productores de vino.

En el África subsahariana, que tiene los niveles generalmente más bajos de consumo de alcohol, se consumen bebidas distintas del vino, la cerveza y los destilados.

En el resto del mundo, incluyendo la mayor parte del hemisferio occidental, el norte de Europa, muchos países de África y Australia, la bebida más consumida en términos de litros de alcohol puro es la cerveza (Tabla 2).

Globalmente el 50.1% de alcohol total registrado se consume en forma de destilados y el 34,8% cerveza.

El mayor consumo de cerveza se encuentra en América (el 55,3%). Hay países como la Federación Rusa, que muestran alto consumo tanto de cerveza como de destilados. La ingesta de vino a nivel mundial es bastante bajo (8,0%), destacando en el ámbito Europeo (25,7%) y América (11,7%).

A lo largo del tiempo el consumo se ha mantenido estable, en torno a los 4,3– 4,7 litros desde 1990 hasta

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE ALCOHOL CONSUMIDO ENTRE ADULTOS PER CÁPITA SEGÚN ZONA GEOGRÁFICA

	Cerveza	Vino	Destilado	Otras
África	33,7	6,7	7,9	51,6
América	55,3	11,7	32,6	0,4
Mediterráneo oriental	41,5	10,3	39,5	8,7
Europa	39,9	25,7	32,9	1,5
Sudeste asiático	22,3	0,4	77,3	0,0
Pacífico occidental	31,5	3,3	61,2	3,9
TOTAL MUNDIAL	34,8	8,0	50,1	7,1

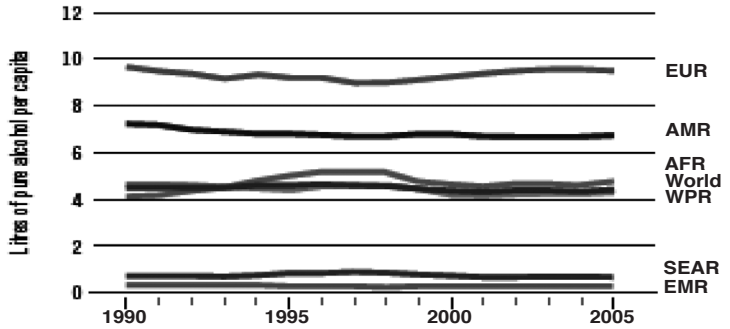
Fuente: Global status report on alcohol and health. OMS 2014.

2005. Actualmente la tendencia es al alza sobre todo por su aumento en China e India (Figura 1).

Las expectativas de consumo de alcohol según la OMS es que se mantenga estable en el mundo, ya que el aumento en la zona del Pacífico occidental (sobre todo China), América y el Sudeste asiático se compensará con el descenso del consumo en Europa, que seguirá siendo la mayor consumidora del mundo a pesar del descenso calculado en 0,6 litros per capita (Figura 1).

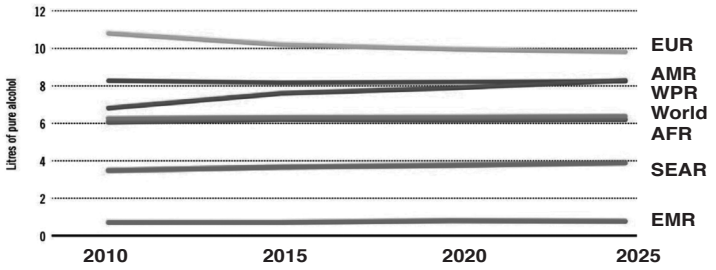
Desde 2001 hasta 2005, en todas las regiones del mundo, excepto en el Mediterráneo Oriental, el incremento supera al descenso en el consumo de alcohol, pero

FIGURA 1



Consumo de alcohol entre adultos per capita en las regiones de la OMS. 1990-2005

Expectativa de consumo de alcohol entre adultos per capita en las regiones de la OMS. 2010-2025



Fuente: Global status report on alcohol and health, OMS 2014

la tendencia mayor es hacia la estabilidad excepto en el sudeste asiático y en África donde el incremento es muy notable.

Un patrón de consumo muy lesivo es el denominado "Binge drinking" (atracón de bebida), definido como el consumo de al menos 6 Unidades de Bebida Estándar (UBE), teniendo en cuenta que 1 UBE = 10 gramos de alcohol puro o más, al menos en una ocasión en la última semana. Es un indicador asociado a consecuencias agudas del consumo de alcohol. Este tipo de consumo es muy habitual en países con un nivel de ingresos medio-alto, como Brasil o Sudáfrica, pero hay que señalar que en países con un bajo consumo de alcohol per capita (India, Malawi, Pakistán, o Zambia) también se observa una alta proporción de "binge drinking", lo que sugiere que tienen un tipo de consumo de "todo o nada"[3]. Este patrón es el opuesto a Francia donde hay un alto consumo per capita pero escasos bebedores tipo "binge drinking".

De las cifras anteriormente referidas se deduce que el consumo de alcohol está muy extendido, teniendo un mayor consumo de riesgo los países en vías de desarrollo. Si bien el consumo de alcohol se ha globalizado, no así los usos ni el tipo de bebida existiendo llamativas diferencias en el qué se bebe y el cómo se bebe en distintas partes del mundo.

Consumo de alcohol y Riesgos para la Salud

El riesgo que el consumo de bebidas alcohólicas supone para la salud a nivel mundial se sitúa en 3,3 millones de muertes al año. Si se toman en cuenta los posibles beneficios que supone para algunos grupos concretos, la mortalidad disminuiría a 2,25 millones de muertes al año (OMS, 2011). Aproximadamente el 5,9% de las muertes acaecidas en el mundo el año 2012 son atribuibles al alcohol. (7,6% para hombres y 4% para mujeres).

El alcohol es el factor de riesgo principal para las muertes de hombres en el grupo etario de 15-59 años. En la CIE 10 hay más de 30 códigos de enfermedades en el que se nominaliza directamente al alcohol y más de 200 en los que el alcohol es una causa principal. (Tabla 3).

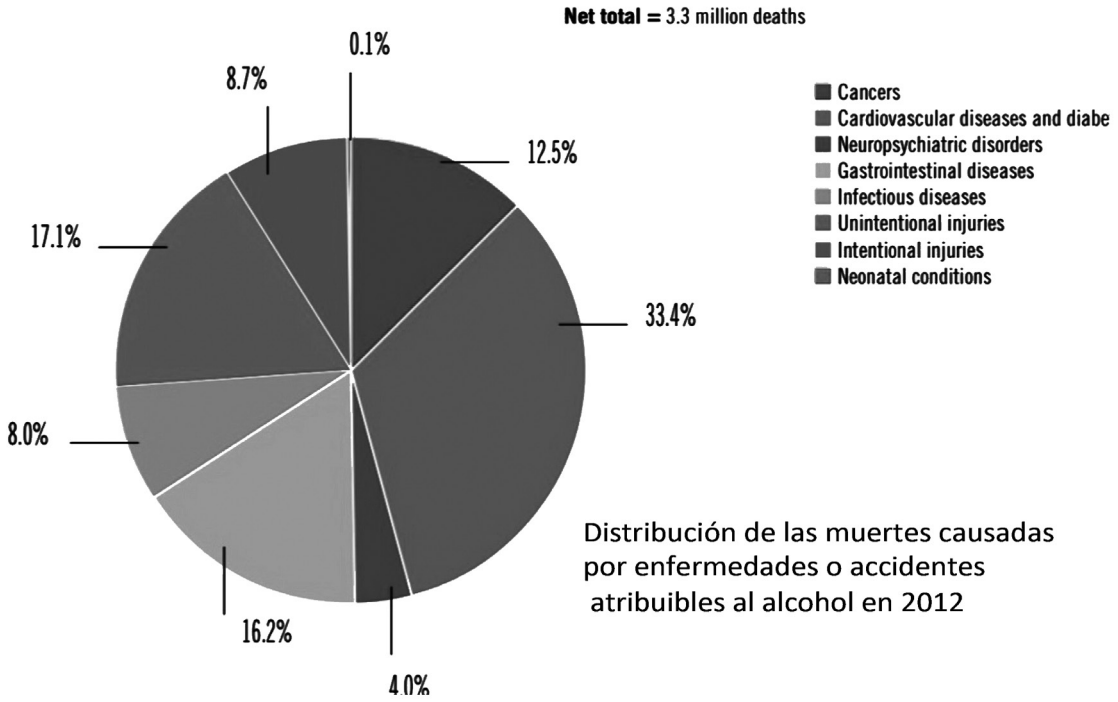
En la figura 2 se indican por grupos de enfermeda-

TABLA 3. PRINCIPALES CÓDIGOS DE LA CIE 10 REFERIDOS AL ALCOHOL

E24.4	Síndrome de seudo–Cushing inducido por alcohol
E52	Deficiencia de niacina [pelagra]
F10	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol
G31.2	Degeneración del sistema nervioso debida al alcohol
	• Ataxia cerebelosa alcohólica
	• Degeneración cerebelosa alcohólica
	• Degeneración cerebral alcohólica
	• Encefalopatía alcohólica
	• Disfunción del sistema nervioso autónomo debida al alcohol
G40.5	Ataques epilépticos relacionados con alcohol
G62.1	Polineuropatía alcohólica
G72.1	Miopatía alcohólica
I42.6	Cardiomiopatía alcohólica
K29.2	Gastritis alcohólica
K70	Enfermedad alcohólica del hígado
K70.0	Hígado alcohólico adiposo
K70.1	Hepatitis alcohólica
K70.2	Fibrosis y esclerosis del hígado, alcohólica
K70.3	Cirrosis hepática alcohólica
K70.4	Insuficiencia hepática alcohólica
K85.2	Pancreatitis aguda inducida por alcohol
K86.0	Pancreatitis crónica inducida por el alcohol
O35.4	Atención materna por (presunta) lesión al feto debida al alcohol
P04.3	Feto y recién nacido afectados por alcoholismo de la madre
Q86.0	Síndrome fetal (dismórfico) debido al alcohol
T51	Efecto tóxico del alcohol
X45	Envenenamiento accidental por, y exposición al alcohol
Y15	Envenenamiento por, y exposición al alcohol, de intención no determinada
Z81.1	Historia familiar de abuso de alcohol

Fuente ICD10 on line http://ais.paho.org/classifications/Chapters/

FIGURA 2



Fuente: Global status report on alcohol and health, OMS 2014

des las causas de muerte directamente atribuibles al consumo de alcohol. Se puede observar como las enfermedades cardiovasculares y la diabetes junto con las gastrointestinales, suman casi el 50% del total de muertes. Además de un nada despreciable 12,5% de muertes ocasionadas por cánceres que se relacionan con la ingesta de alcohol.

La cantidad de alcohol consumido y el patrón de consumo generan daño por tres mecanismos básicos: efectos tóxicos del alcohol en tejidos y órganos, intoxicación y dependencia[4].

Asimismo el consumo de alcohol ilegal (con metanol y otros productos tóxicos) tiene impacto mayor sobre morbilidad y mortalidad. La proporción de muertes atribuibles al alcohol entre el total de muertes varía mucho de una región a otra (Figura 3). Por porcentajes de muertes atribuidas al alcohol, la zona de más riesgo la constituyen los países de Europa del este, que presenta patrones y niveles de consumo de alto riesgo. Las bajas tasas de muertes atribuibles al alcohol en África pueden deberse a la elevada mortalidad prematura.

También se evidencian diferencias en la mortalidad atribuible al alcohol según el sexo, lo que estaría relacionado con los patrones de consumo y el volumen de consumo en hombres y mujeres (Tabla 4).

Las evidencias apuntan a un vínculo directo entre consumo de alcohol y tuberculosis[5] y entre consumo de alcohol e infección por VIH[6]. Además el consumo de alcohol se relaciona con la falta de adherencia al tratamiento antiretroviral[7].

El hecho de que existan distintos modelos de consumo, tipos de bebidas, características sociales y culturales en cada región hace que la morbilidad y la mortalidad varíen mucho, sin depender únicamente del consumo de alcohol entre adultos per capita.

La distribución del porcentaje de las muertes y de años de vida ajustados por discapacidad (Avad) atribuibles al alcohol es diferente según el nivel de ingresos (Figura 3).

TABLA 4. MUERTES ATRIBUIBLES AL ALCOHOL, DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO Y POR TIPOLOGÍA DE ENFERMEDAD EN 2012						
	Muertes atribuibles al alcohol			Distribución en categorías diagnósticas (%)		
	Ambos	Hombres	Mujeres	Ambos	Hombres	Mujeres
Cáncer	410.000 (5,0)	306.000 (6,6)	103.000 (2,9)	12,5	13,6	10,0
Cardiovascular y diabetes	1098.000 (5,2)	497.000 (5,3)	600.000 (6,2)	33,4	22,1	58,2
Psiquiátricas	131.000 (7,8)	104.000 (13,4)	26.000 (2,9)	4,0	4,6	2,6
Gastrointestina	533.000 (23,6)	375.000 (28,1)	158.000 (17,2)	16,2	16,6	15,3
Infecciosas	262.000 (2,8)	191.000 (3,8)	71.000 (1,6)	8,0	8,5	6,9
Heridos no intencionados	563.000 (15,2)	514.000 (21,0)	49.000 (3,7)	17,1	22,8	4,8
Heridos intencionados	285.000 (20,0)	265.000 (25,8)	21.000 (5,2)	8,7	11,7	2,0
Enfermedades neonatales	3.500 (0,1)	1.900 (9,1)	1.500 (0,1)	0,1	0,1	0,1
TOTAL	3285.000 (5,9)	2.255.000 (7,6)	1.031.000 (4,0)	100	100	100

Fuente: Global status report on alcohol and health. OMS 2014.

Consumo de alcohol. Aspectos Laborales

La gravedad del consumo de alcohol y/o otras drogas en el medio laboral ha sido reconocida por la Organización Internacional del Trabajo ya desde 1988, considerando que el consumo de alcohol y de drogas constituyen un problema que concierne a un número elevado de trabajadores[8].

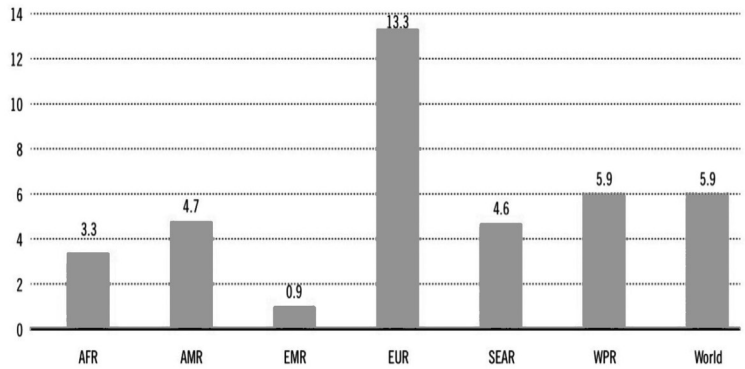
Independientemente de otros factores de índole personal o social, se consideran factores de riesgo laboral para el consumo de alcohol: los trabajos a destajo y alto rendimiento, tareas rutinarias y monótonas, insatisfacción en el trabajo, jornadas de trabajo prolongadas, turnos cambiantes, largas ausencias de casa, cansancio intenso en el trabajo, compañeros consumidores, trabajos dependientes de la relación social y disponibilidad en el medio laboral[9]. Se atribuyen a las drogas (entre las que se incluye al alcohol) muchos efectos negativos entre los que destacan el mayor absentismo, incremento de las bajas laborales, mayor accidentalidad (en nuestro país, alrededor del 25% de los accidentes laborales tienen como causa básica el alcohol), disminución del rendimiento y mayor conflictividad laboral (entre el 15-40% de sanciones disciplinarias se relacionan con el consumo de alcohol)[10].

Las publicaciones científicas en este tema muestran distintas interpretaciones en función de los sectores laborales y países estudiados, tanto en cuanto a causas, como en relación a las consecuencias del consumo abusivo de alcohol en trabajadores.

El trabajo realizado en 1995 por Ragland DR et al en trabajadores del sector del transporte sobre la influencia de factores ocupacionales y no ocupacionales en el consumo de alcohol, constata la misma variabilidad en ámbito laboral que se ve en la sociedad en su conjunto. Sin embargo, determinados aspectos laborales, como el lugar de trabajo, el tiempo de desplazamiento y los estresores laborales específicos pueden influir en el consumo abusivo de alcohol[11].

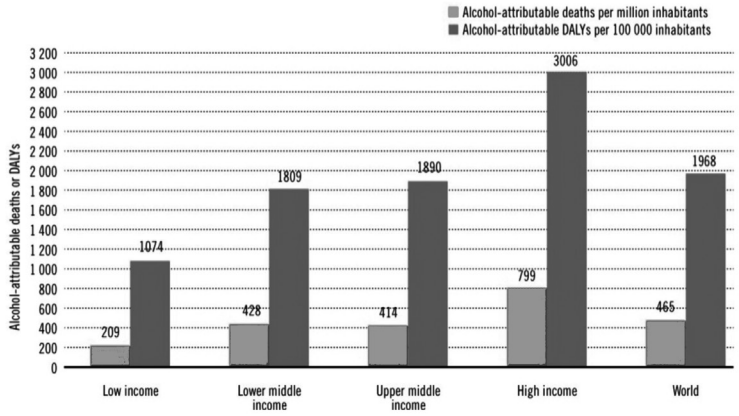
En un ámbito laboral diferente, como el de trabajadores de granjas en Sudáfrica, el estudio de 2014 de Gossage JP et al describen el consumo de alcohol en cinco comunidades y especifica las diferencias en los patrones de consumo de alcohol de los varones adultos y mujeres y en los trabajadores del campo frente a los demás. Los datos de este estudio revelan que los hombres son más propensos a ser bebedores que las mujeres y los trabajadores agrícolas, más que las personas de otros sectores laborales. Este trabajo destaca

FIGURA 3



Muertes atribuibles al alcohol del total de muertes por región de la OMS (2012)

Muertes atribuibles al alcohol y Avad por millón de habitantes por nivel de ingresos (2012)



Fuente: Global status report on alcohol and health, OMS 2014

la puesta en marcha de iniciativas por parte de los empresarios: tolerancia cero para trabajar en estado de embriaguez, uso responsable del alcohol y ayuda a los trabajadores con problemas de consumo en los casos necesarios, si bien señala que para valorar su efectividad son necesarias más investigaciones en esta línea que permitan evaluar si estas prácticas son eficaces para reducir el consumo del alcohol[12].

Señalar también en este colectivo de trabajadores agrícolas sudafricanos otro estudio del año 2000 de London L et al para evaluar los niveles de consumo abusivo de alcohol y su impacto poniendo de manifiesto la relación entre altos niveles de consumo y problemática derivada con repercusión en salud pública[13].

También realizado en Sudáfrica, en este caso en trabajadores del sector de seguridad, es el estudio realizado por Harker Burnhams N et al en 2014 que identifica los comportamientos relacionados con el consumo de alcohol y los riesgos asociados, sugiriendo que las personas empleadas en tales posiciones están en alto riesgo de desarrollar trastornos relacionados con el alcohol y de contraer el VIH. Pone de relieve la necesidad de implantar servicios diseñados para prevenir el consumo de riesgo de alcohol entre los empleados de este sector[14].

Quizá uno de los aspectos más presentes en cuanto a factores laborales condicionantes de consumo abusivo de alcohol es el relativo a la influencia de los factores de riesgo psicosocial en el lugar de trabajo. Este es el tema de estudio en el trabajo realizado en trabajadores chilenos por Ansoleaga E et al en 2013, que pone en evidencia la asociación entre el consumo abusivo y la exposición a un conjunto de factores de riesgo psicosocial de los modelos de Karasek y Siegrist[15].

El estudio realizado entre 2008-2010 en trabajadores del ámbito sanitario en España muestra que el 24% de

ellos eran consumidores de alcohol, concurriendo en trabajadores con consumo de alcohol el 25% de los accidentes detectados, siendo la variable de consumo, la menos respondida entre los participantes del estudio. Se detectó mayor prevalencia de consumo en hombres que en mujeres[16].

Además, en el trabajo de Hiro H et al de 2007, realizado en trabajadores de Japón, es el estrés objeto de estudio en relación con el consumo de alcohol en ámbito laboral. Este estudio se llevó a cabo en varones de distintos grupos de edad mediante encuesta realizada a 25.104 trabajadores y muestra cifras de consumidores abusivos del 6,5%, poniendo de relieve que ciertos factores de estrés en el trabajo se relacionan con consumo excesivo de alcohol, y que esta asociación varía entre los diferentes grupos de edad[17].

También en Japón, Morikawa Y et al en 2014 valoran la edad de los trabajadores y aspectos laborales como la ocupación, el trabajo por turnos y el estrés del trabajo (utilizando la versión japonesa de Karasek) y su relación con el consumo de alcohol. Sus resultados muestran un consumo de alcohol que se incrementa con la edad y mayor en trabajadores "blue collar" en comparación con los "white collar" en todos los grupos de edad. En los trabajadores con edades entre 20-29 años y con trabajo por turnos también había aumentado el consumo, al igual que ocurría en los trabajadores con menor apoyo social.

Los resultados de este estudio sugieren que la ocupación y el horario de trabajo están relacionados con el consumo de alcohol, especialmente en el grupo de edad más joven y que los factores psicosociales están directamente relacionados con el aumento de la ingesta de alcohol[18.]

Como conclusión de esta revisión vemos que el consumo de alcohol es una problemática común en todos los países del mundo con repercusión social, laboral y en la salud de la población.

En el ámbito del trabajo las aportaciones preventivas a realizar desde las empresas deberán ser flexibles y adaptables a las distintas realidades. Los programas que se puedan instaurar deberán contar con la participación de los diversos sectores de la empresa y de los trabajadores, respondiendo a sus preguntas e inquietudes, y aportando una visión positiva y no sancionadora. Se aconseja dar información básica de referencia, pautas para plantear actuaciones preventivas, información sobre recursos, orientación para el abordaje asistencial de los trabajadores con problemas y establecer criterios de derivación asistencial en aquellos trabajadores que por su problemática concreta no puedan abordarse en Salud Laboral.

Dentro de las políticas para controlar el consumo de alcohol en la empresa pueden realizarse diversas medidas como supresión de la venta de alcohol dentro del recinto de la empresa, detección precoz de bebedores excesivos, detección de problemas relacionados con el alcohol y ofertar a los bebedores excesivos y a los dependientes atención personalizada para reducir o abandonar el consumo de alcohol, asegurando la confidencialidad y la seguridad del puesto de trabajo. Si no se acepta la ayuda y el problema continúa o se agrava, aplicar medidas disciplinarias escalonadas, evitando que sean irreversibles[19].

Bibliografía

- Salleras Sanmartí L, Bach Bach L. Alcohol y salud. En: Piedrola et al, editores. Medicina Preventiva y Salud Pública. 8ª ed. Barcelona: Salvat; 1988. p.1000-15.
- World Health Organization. Global Information System on Alcohol and Health (GISAH). World Health Organization; 2011. [Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf]. Consultado el 23/08/2014.
- Clausen T, Rossow I, Naidoo N, Kowal P. Diverse alcohol drinking patterns in 20 African countries. Addiction 2009;104:1147-54.
- Rehm J, Gmel G, Sempos CT, Trevisan M. Alcohol-related morbidity and mortality. Alcohol Res Health 2003; 27: 39-51.
- Lönnroth K, Williams BG, Stadlin S, Jaramillo E, Dye C. Alcohol use as a risk factor for tuberculosis - a systematic review. BMC Public Health 2008;14:289.
- Baliunas D, Rehm J, Irving H, Shuper P. Alcohol consumption and risk of incident human immunodeficiency virus infection: a meta-analysis. Int J Public Health 2010; 55: 159-66.
- Hendershot CS, Stoner SA, Pantalone DW, Simoni JM. Alcohol use and antiretroviral adherence: review and meta-analysis. J Acquir Immune Defic Syndr 2009;52:180-202.

- Organización Internacional de los Trabajadores (OIT). Iniciativas en el lugar de trabajo para prevenir y reducir los problemas causados por el alcohol y otras drogas. Ginebra: OIT; 1988.
- Ochoa Mangado E, Madoz Gúrpide A. Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral. Med Segur Trab 2008; 54: 213.
- Bastida N. Problemas laborales asociados al consumo de alcohol. Adicciones. 2002; 14: 239-249.
- Ragland DR, Greiner BA, Krause N, Holman BL, Fisher JM. Occupational and nonoccupational correlates of alcohol consumption in urban transit operators. Prev Med 1995; 24: 634-45
- Gossage JP, Snell CL, Parry CD, Marais AS, Barnard R, de Vries M et al. Alcohol use, working conditions, job benefits, and the legacy of the "Dop" system among farm workers in the Western Cape Province, South Africa: hope despite high levels of risky drinking. Int J Environ Res Public Health 2014;11: 7406-24.
- London L. Alcohol consumption amongst South African farm workers: a challenge for post-apartheid health sector transformation. Drug Alcohol Depend 2000; 59:199-206.
- Harker Burnhams N, Parry C, Laubscher R, London L. Prevalence and predictors of problematic alcohol use, risky sexual practices and other negative consequences associated with alcohol use among safety and security employees in the Western Cape, South Africa. Subst Abuse Treat Prev Policy 2014; 4:14.
-Ansoleaga E, Montaño R, Vézina M. Psychosocial risk at work and hazardous alcohol consumption among Chile's working adults. Can J Public Health 2013; 31:104.
- Burgos Diez P, Del Amo Merino P, Ruiz Albi T, Queipo Burón D, Rescalvo Santiago F, Martínez León MM, Burgoa Andrés J. Influencia de las variables laborales en la presencia de morbilidad de los trabajadores sanitarios. Revista de la Asociación de Especialistas en Medicina del Trabajo 2011; 20: 4-15.
- Hiro H, Kawakami N, Tanaka K, Nakamura K; Japan Work Stress and Health Cohort Study Group. Association between job stressors and heavy drinking: age differences in male Japanese workers. Health 2007; 45: 415-25.
- Morikawa Y, Nakamura K, Sakurai M, Nagasawa SY, Ishizaki M, Nakashima M, Kido T, Naruse Y, Nakagawa H. The Effect of Age on the Relationships between Work-related Factors and Heavy Drinking. J Occup Health 2014; 19.
- Salvador Llivina T, Suelves JM, del Pozo Irribarría J. Mano a mano. Programa para la prevención y asistencia de las drogodependencias en el medio laboral. Gobierno de la Rioja: Consejería de Salud. Plan Riojano de Drogodependencias y otras Adicciones; 2003.

Tuberculosis ótica
A propósito de un caso

Alexander Finol Muñoz [1], Gloria Ortega Marín [2], Julián Domínguez Fernández [3], Johanna Rivero Colina [4], Miguel García Espejo [5], María Aranzazú Llano [6].

Centro de trabajo:

[1] Médico Interno Residente de 2º años de Medicina del Trabajo. Hospital Universitario de Ceuta.
[2] Adjunto Medicina del Trabajo. Hospital Universitario de Ceuta.
[3] Médico especialista en Medicina Preventiva, Salud Pública y Medicina del Trabajo. Jefe de Sección-Responsable del Servicio de Medicina Preventiva, Salud Pública y Prevención de Riesgos Laborales. Jefe de Estudios de Formación Sanitaria Especializada. Coordinador de la Unidad Docente y de la Unidad Multiprofesional de Salud Laboral.
[4] Médico Interno Residente de 2º año de Medicina de Familia. Hospital Universitario de Ceuta.
[5] Médico Interno Residente de 3er año de Medicina del Trabajo. Hospital Universitario de Ceuta.
[6] Enfermera Interna Residente de 2º año de Enfermería del Trabajo. Hospital Universitario de Ceuta.

Correspondencia:
Alexander José Finol Muñoz
Hospital Universitario de Ceuta.
C/ Loma Colmenar, s/nº. Edificio 2. Planta-1.
51003 Ceuta.
Correo Electrónico: finolito@hotmail.com

La cita de este artículo es: A Finol et al. Tuberculosis ótica, a propósito de un caso. Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo 2014; 23: 399-404.

Resumen: La tuberculosis (TBC) está asociada a factores epidemiológicos, sociales y demográficos. Es el resultado de estilos de vida, tabaco, ocupación, migraciones, entre otros. Dentro de la manifestaciones clínicas de la TBC extrapulmonar, la otitis media crónica (OMC) tuberculosa, presenta una incidencia entre 0,04% y 2,8%. Caso Clínico: Mujer de 45 años, auxiliar de enfermería en quirófanos. Presenta durante 6 meses, otitis aguda media derecha, resistente a múltiples tratamientos tópicos y orales junto a hipoacusia de oído derecho. Remitida a otorrinolaringología, se inicia tratamiento con antibioticoterapia y corticoides, sin respuesta terapéutica, por lo que es intervenida quirúrgicamente, con baciloscopia y cultivo negativo en la primera oportunidad y resultando positivos en la ultima operación. Se instaura tratamiento antituberculoso, con mejoría clínica y buena evolución, sin embargo persiste hipoacusia del 70%. En pacientes con OMC, se debe sospechar de TBC, especialmente en profesionales de la salud por su alto riesgo de exposición laboral.

Palabras clave: Tuberculosis, Otitis, Riesgos laborales, Enfermedad Profesional, Enfermería, Tuberculosis Otica.

OTIC TUBERCULOSIS. A REPORT OF A CASE

Abstract: The tuberculosis (TBC) is associated with epidemiological, social and demographic factors. It is the result of life's styles, tobacco, occupation, migrations, between others. Inside clinical manifestations of the TBC extrapulmonar, the average tubercular chronic otitis (TCO), presents an incident between 0.04 % and 2.8 %. Clinical case: 45-years old woman, nursing auxiliary in operating rooms. She presents for 6 months, chronic sharp right otitis with hearing loss, resistant to multiple topical and oral treatments. Sent to otorhinolaryngology, treatment begins with antibiotics and steroids, without therapeutic response, so it's being decided to be controlled surgically, with baciloscopia and negative culture in the first opportunity and turning out to be positives in the last operation. Antituberculosis treatment is restored, with clinical improvement and good evolution, nevertheless persists hipoacusia of 70 %. In patients with TCO, it is necessary to suspect in TBC, more over in professionals of health for high risk of labour exhibition.

Keywords: Tuberculosis, Occupational Hazards, Occupational Diseases, Nursering, Otic Tuberculosis.

Introducción

A pesar del esfuerzo realizado por detener la tuberculosis (TBC) en el mundo, esta enfermedad sigue siendo un problema de salud pública. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente un tercio de la población mundial presenta infección tuberculosa latente. Para el año 2009, se notificaron alrededor de 9,4 millones de casos incidentes de TBC en el mundo y cerca de 1,3 millones de muertes, equivalente a una letalidad de 20 muertes por 100.000 habitantes: la segunda causa más frecuente de mortalidad por infección.[1]

Para documentar este caso, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en Scielo, PubmedMedline, Lilacs, Google Académico, encontrándose 12 artículos con relación al tema, siendo el tiempo de búsqueda desde el 01/05/2014 al 28/05/2014. Es llamativa la escasa cantidad de investigaciones realizadas en este tópico, lo que realza la importancia de esta publicación.

La incidencia de tuberculosis se ha asociado a múltiples factores tanto epidemiológicos como sociales. Los datos disponibles señalan que mayoritariamente, la tuberculosis es el resultado de factores demográficos, estilos de vida, tabaco y ocupación.[2]

En los países industrializados se señala que a parte de la longevidad, hay otros factores como la privación socioeconómica, la inmigración de países de alta incidencia, el declive de los programas de tuberculosis, la fármaco resistencia y con mucha importancia la epidemia del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), han contribuido sustancialmente a las tendencias actuales.

En el sistema español, la enfermedad profesional es atendida desde tres conjuntos normativos e institucionales, distintos pero complementarios: la normativa en prevención de riesgos laborales, la normativa sanitaria y la normativa de seguridad social. Esta última constituye el eje del sistema y proporciona la definición legal de enfermedad profesional, actualmente recogida en el Art. 116 de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS) de 1994, conforme a la cual se considera tal: la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta ley, y que éste provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional. Para que una enfermedad sea calificada como profesional han de cumplirse tres notas o requisitos exigidos por la Ley:

1.- que la enfermedad sea contraída a consecuencia del trabajo prestado por cuenta ajena.
2.- que la enfermedad sea consecuencia de las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones reglamentarias de aplicación y desarrollo de la ley.
3.- Que la patología proceda de la acción de elementos o sustancias que en el cuadro reglamentario se indiquen para cada enfermedad profesional. En España, la tuberculosis es una enfermedad de declaración obligatoria y considerada una enfermedad profesional, de acuerdo a Real decreto publicado en 2006.

Dentro de la manifestaciones clínicas de la TBC, están adquiriendo una relevancia importante las formas extrapulmonares, que se calculan que suponen aproximadamente el 30%.En orden decreciente de aparición, diversos autores concluyen que se encuentran las siguientes: pleural, ganglionar, miliar, meníngea, genitourinaria, suprarrenal y otitis media crónica (OMC) supurada de origen TBC, cuya incidencia oscila entre el 0,04% y el 2,8%.[3]

El diagnóstico de sospecha debe basarse en otitis medias crónicas tórpidas, que no ceden al tratamiento habitual, sobre todo si se asocia una parálisis facial de forma bastante precoz.

Caso clínico

Mujer de 45 años, auxiliar de enfermería en área

de quirófanos, alérgica a sulfamidas con antecedentes de Artritis Reumatoide, Síndrome de Raynaud, Eritema Nodoso. Remitida al especialista de otorrinolaringología posterior a presentar durante 6 meses, otitis aguda media derecha, resistente a múltiples tratamientos tópicos y orales junto a hipoacusia ipsilateral. Al examen físico se evidencia en oído derecho perforación amplia activa, granulaciones en caja timpánica y otorrea. Resto de la exploración sin hallazgos significativos. La audiometría constata una hipoacusia mixta con caída en agudos (8000 hertzios - 90 decibelios). Tomografía Axial Computarizada (TAC) de Oído: otomastoiditis derecha. Fibroscopia: cavum libre. Una vez valorada, se decide tratamiento con antibioticoterapia y corticoides, sin respuesta terapéutica exitosa. Por lo que se decide Tímpanoplastia con mastoidectomía cerrada, tomándose muestras para estudio anatomopatológico, siendo negativa la baciloscopia y el cultivo para micobacterias, se indica tratamiento antibiótico, con buena evolución inicial pero 15 días después presenta dolor creciente en región mastoidea derecha, signos de tumefacción retroauricular y febrícula a pesar de tratamiento, sin embargo al examen físico no se aprecian hallazgos de interés. Se solicita nuevo TAC de oído que reporta ocupación por partes blandas de la cavidad mastoidea derecha (Figura 1). Fibroscopia

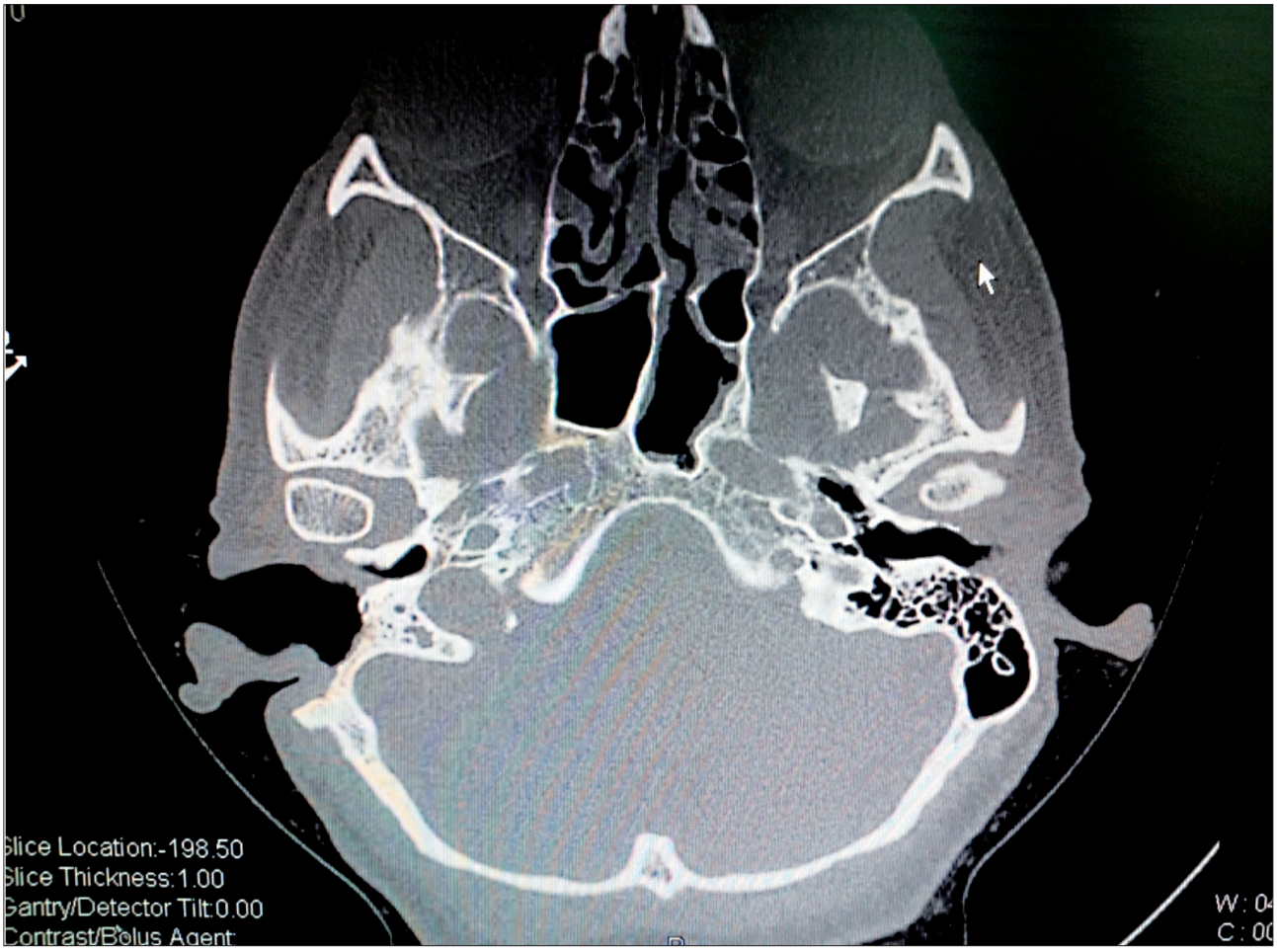


Figura 1. TAC de oído que reporta ocupación por partes blandas de la cavidad mastoidea derecha.

sin alteraciones, siendo nuevamente programada para intervención quirúrgica. Es intervenida bajo anestesia general de tímpanoplastia y mastoidectomía abierta.Se toman muestras para análisis microbiológico y patológico, con un diagnóstico presuntivo de Mastoiditis Crónica Granulomatosa. Se recibe resultado de Tinción Zhiel-Nielsen negativa (-) y 6 meses posteriores, Cultivo en medio: Mycobacteria Growth Indicador Tube (MGIT) positivo (+) para Mycobacterium tuberculosis. Informe Anatomopatológico: Mastoiditis Crónica Granulomatosa, Infiltrado Inflamatorio Linfo-histiocitario.
Se decide iniciar tratamiento tuberculostático con Rifampicina, Isoniacida y Etambutol. Consiguiendo mejoría clínica. Sin embargo la hipoacusia es de tipo irreversible. Dicha incapacidad ha precisado prótesis auditiva.
Posteriormente, a través del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), la trabajadora pudo acceder a una indemnización por Lesión Permanente No Invalidante ya que su enfermedad fue de origen laboral, comprobándose su relación.

Discusión

A pesar de la disminución de la incidencia de TBC, durante los últimos años, se ha observado un aumento de los casos en forma mundial. Esto se debe a distintas causas, siendo algunas de ellas la epidemia del SIDA, el incremento de las migraciones desde zonas endémicas, el hacinamiento en distintas áreas geográficas, y al control parcial de la administración de los medicamentos por parte de las autoridades de salud.[2]
En pacientes con otitis media crónica se debe mantener siempre una sospecha de OMT, especialmente si fracasa el tratamiento antibiótico, si ha tenido algún contacto de TBC, o si cursa con una TBC pulmonar o extrapulmonar. Esta última asociación se observa entre el 40% a 65% de los casos[3]. En este caso, se concluyó que tenía factores de riesgo epidemiológicos para TBC, por su trabajo como auxiliar de enfermería, ya que esta expuesta constantemente a pacientes sin conocer su estado respiratorio, pudiendo ser alguno de ellos portador bacilífero sin saberlo o sin cumplir tratamiento, aunado a este factor es importante señalar la alta incidencia de tuberculosis en la población de Ceuta, por la presión migratoria que debe asumir desde países centroafricanos con alta endemia de TBC y el paso constante de poblaciones de Marruecos también con alta incidencia y escaso control sanitario.
Las vías de transmisión posibles son diversas, pero la más frecuente es la hematógena secundaria a una TBC miliar. Otras posibles son las que se producen en forma directa, es decir, desde las fosas nasales a través de la trompa de Eustaquio, por extensión linfática, por forma externa debido a perforación timpánica, por extensión directa de estructuras adyacentes, como el sistema nervioso central, y por infección congénita, ya sea por vía placentaria o la que ocurre en el canal del parto[3].
Con respecto a la clínica, la tríada clásica descrita desde el descubrimiento de la OMT ha sido una otorrea indolora, perforación timpánica y parálisis facial. Es necesario destacar, que actualmente, se presenta en forma más heterogénea, caracterizada por una evolución lenta e insidiosa de otorrea serosa, que puede tornarse purulenta por sobreinfección bacteriana, con o sin otalgia, e hipoacusia al momento del diagnóstico[4].

En la otoscopia es posible confirmar la otorrea serosa o purulenta proveniente del oído medio, visualizándose signos que sugieren infección por TBC: una membrana timpánica gruesa e hiperemia, perforación timpánica única o múltiple, granulaciones pálidas, hiperémicas y friables del oído medio, destrucción de los huesecillos, erosión del hueso cortical mastoideo y compromiso de la vaina del nervio facial. En la región periauricular se pueden encontrar adenopatías anteriores y posteriores, así como también en la zona cervical[3,4]. En este paciente se manifiesta por su otorrea purulenta persistente y las granulaciones encontradas en la mastoidectomía abierta.

Las pruebas de imagen son fundamentales, ya que no sólo permiten orientarse hacia un diagnóstico, sino que además pueden evidenciar posibles complicaciones. El método de elección es la tomografía computada, donde se puede objetivar opacificación del oído medio y mastoides, esclerosis de la corteza mastoidea, aumento de densidad y radioluscencia de la corteza mastoidea si existe resorción ósea, destrucción de huesecillos y destrucción ósea mastoidea o del hueso petroso[3].En la formulación del diagnóstico de toda otitis media crónica se deben tener presente y descartar como posibles causas, la infección por hongos, un colesteatoma, histiocitosis, granulomatosis deWegener, granulomatosis eosinofílica, sífilis y sarcoidosis[4]. Las posibles complicaciones de la OMT son numerosas. La más frecuente es la hipoacusia, presentándose en el 90% de los casos. Esta puede ser de tipo conductiva en un 90%, sensorioneural en un 8%, y mixta en un 2%. La reversibilidad de ésta y la severidad de sus secuelas, están directamente relacionadas con el tiempo de inicio del tratamiento, lo que refuerza una vez más la importancia de una sospecha y de un diagnóstico precoz. La parálisis periférica del nervio facial, otra complicación frecuente, se produce por compresión o por infiltración de su vaina. Se observa en un 16% hasta un 35% de los casos y es reversible[5]. Otras complicaciones son la necrosis de la cadena osicular, la otomastoiditis, el secuestro y destrucción ósea de la mastoides, y del hueso petroso, la fístula retroauricular y el compromiso de la articulación témporomandibular[5]. Entre las complicaciones intracraneanas es importante mencionar: meningitis, tuberculoma, abscesos cerebrales, parálisis múltiple de pares craneales, laberintitis, y la trombosis lateral del seno sigmoideo[4]. Esta paciente no presentó parálisis facial, pero sí otomastoiditis, por lo que debió ser intervenida quirúrgicamente.

El tratamiento de la OMT, como ha sido mencionado anteriormente, puede ser conservador como también quirúrgico. El esquema antibiótico indicado es el primario simplificado de TBC para formas pulmonares o extrapulmonares, el cual consiste de isoniazida, rifampicina y pirazinamida y posteriormente isoniazida y rifampicina.[2-5]

El artículo 150 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, establece que las lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo, causadas por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales que, sin llegar a constituir una incapacidad permanente, supongan una disminución o alteración de la integridad física del trabajador y aparezcan recogidas en el baremo anejo a las disposiciones de desarrollo de dicha ley, serán indemnizadas, por una sola vez, con las cantidades alzadas que en el mismo se determinen, por la entidad que estuviese obligada al pago de las prestaciones de incapacidad permanente, todo ello sin perjuicio del derecho del trabajador a continuar al servicio de la empresa.[6]

En este caso la trabajadora ha conseguido una indemnización por Lesión Permanente No invalidante, por tratarse de una hipoacusia unilateral, comprobado por audiometría, irreversible, causada por su actividad laboral, pero que permite que siga cumpliendo sus funciones como auxiliar de quirófano.

En conclusión, la tuberculosis, es una patología que ha evolucionado junto con los avances de la medicina desde el siglo pasado. De tener incidencias muy elevadas a enfrentarse a las resistencias en su tratamiento, la salud pública mundial ha debido adaptarse a nuevos desafíos para controlarla[5]. La otitis media crónica tuberculosa, es una forma de presentación muy poco habitual, además la similitud de su cuadro clínico con otras etiologías, hace que sea de difícil diagnóstico al no sospechar de ella precozmente[5]. La realización de un diagnóstico temprano es sumamente importante, ya que mientras antes se trate, menos serán las complicaciones, especialmente la hipoacusia, la cual puede llegar a ser permanente.

Es primordial la sospecha clínica en aquellos trabajadores que por actividades laborales se encuentran expuestos constantemente a infección por tu-

berculosis, ya que el inicio tardío del tratamiento adecuado, provocará algún tipo de incapacidad en la persona afectada, que podrá disminuir su habilidad en el trabajo y por ende su calidad de vida personal y familiar.

Bibliografía

1. Nishiike S, Irifune M, Osakl Y et al. Tuberculous otitis media: clinical aspect of 12 cases. Ann Otol Rhinol Laryngol 2003; 12: 935-8.
2. Awan MS, Salahuddin I. Tuberculous otitis media: two case reports and literature review. Ear Nose Trota J 2002; 81: 792-4.
3. Chirch L, Ahmad K, Spinner W et al. Tuberculous otitis media: report of 2 cases on Long Island, N.Y., and a review of all cases reported in the United States from 1990 through 2003. Ear Nose Throat J 2005; 84: 488-97.
4. Herrera E, Contreras R, Vargas A. Tuberculosis ótica: comunicación de caso y revisión bibliográfica. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/anaotomex/aom-2007/aom071i.pdf. [Mayo 09 - 2014]
5. JuanetJ, Acuña M, Casar C. Otomastoiditis tuberculosa: A propósito de un caso. Rev Chil Enferm Respir 2011; 27: 43-48.
6. Gobierno de España. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Disponible en: http://www.seg-social.es/Internet_1/Masinformacion/Tramitesy Gestiones/Prestación por lesión 045997/index.htm. [Mayo 11 - 2014]
7. Larrosa M, Valle M, Caso C. Enfermedad profesional en el personal sanitario: continúa el reto del diagnóstico, el reconocimiento de la contingencia y las actuaciones derivadas. Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo 2011; 20: 175-180.

Normas de Publicación de Artículos de la "Revista de la Asociación de Medicina del Trabajo"

LA "REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA DEL TRABAJO" es una revista científica de la especialidad Medicina del Trabajo que se presenta en formato papel y electrónico. Esta revista está siendo editada por dicha Sociedad Científica desde 1.991 y está abierta a la publicación de trabajos de autores ajenos a dicha Asociación.

Sus objetivos fundamentales son la formación e investigación sobre la salud de los trabajadores y su relación con el medio laboral. Para la consecución de estos objetivos trata temas como la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y aspectos periciales de los accidentes de trabajo, las enfermedades profesionales y las enfermedades relacionadas con el trabajo, así como la vigilancia de la salud individual y colectiva de los trabajadores y otros aspectos relacionados con la prevención de riesgos laborales y la promoción de la salud en el ámbito laboral.

Su publicación va dirigida a los especialistas y médicos internos residentes de Medicina del Trabajo, especialistas y enfermeros internos residentes en Enfermería del Trabajo, así como a otros médicos, enfermeros y profesionales interesados en la actualización de esta área de conocimiento de la Medicina.

Este documento recoge los principios éticos básicos e instrucciones dirigidas a los autores en relación con la escritura, preparación y envío de manuscritos a la revista. Estas instrucciones se basan en los Requisitos de Uniformidad del International Committee of Medical Journal Editors, que pueden consultarse en www.icmje.org.

1. Consideraciones Éticas y Derechos de Autor

No se aceptarán artículos ya publicados. En caso de reproducir parcialmente material de otras publicaciones (textos, tablas, figuras o imágenes), los autores deberán obtener del autor y de la editorial los permisos necesarios.

Los autores deben declarar cualquier relación comercial que pueda suponer un conflicto de intereses en

conexión con el artículo remitido. En caso de investigaciones financiadas por instituciones, se deberá adjuntar el permiso de publicación otorgado por las mismas.

En la lista de autores deben figurar únicamente aquellas personas que han contribuido intelectualmente al desarrollo del trabajo, esto es, participado en la concepción y realización del trabajo original, en la redacción del texto y en las posibles revisiones del mismo y aprobada la versión que se somete para publicación. Se indicará su nombre y apellido (en caso de utilizar los dos apellidos, se unirán por un guión). Las personas que han colaborado en la recogida de datos o participado en alguna técnica, no se consideran autores, pudiéndose reseñar su nombre en un apartado de agradecimientos.

En aquellos trabajos en los que se han realizado estudios con pacientes y controles, los autores deberán velar por el cumplimiento de las normas éticas de este tipo de investigaciones y en particular contar con un consentimiento informado de pacientes y controles que deberá mencionarse expresamente en la sección de material y métodos.

El envío para su publicación de un trabajo implica la formal aceptación de estas normas y la cesión de los derechos de autor del mismo a la "Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo" (ver apartado 3. Normas de Presentación de Manuscritos)."Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo" declina cualquier responsabilidad derivada del incumplimiento por los autores de estas normas.

2. Contenidos

LA "REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA DEL TRABAJO" presenta un contenido científico, en el que se busca predominantemente actualizar el conocimiento de dicha especialidad, en especial mediante la publicación de artículos de investigación. Los tipos de contenidos de la revista son:

- Editorial. Trabajos escritos por encargo del Director y el Comité Editorial o redactados por ellos mismos que trata de aspectos institucionales, científicos o profesionales relacionados con la Medicina del Trabajo. La extensión máxima es de 4 páginas DIN-A 4 mecanografiados a doble espacio y bibliografía no superior a 6 citas.

- Originales. Trabajos de investigación inéditos y no remitidos simultáneamente a otras publicaciones, en cualquier campo de la Medicina del Trabajo, con estructura científica: resumen, palabras clave, introducción, material y métodos, resultados, discusión y si fuera necesario agradecimientos. La extensión recomendada es de quince páginas DIN-A 4, mecanografiadas a doble espacio, con 6 tablas y/o figuras y un máximo de 40 referencias bibliográficas. En la Introducción deben mencionarse claramente los objetivos del trabajo y resumir el fundamento del mismo sin revisar extensivamente el tema. Citar sólo aquellas referencias estrictamente necesarias.

En Material y Métodos se describirán la selección de personas o material estudiados detallando los métodos, aparatos y procedimientos con suficiente detalle como para permitir reproducir el estudio a otros investigadores. Se describirán brevemente las normas éticas seguidas por los investigadores tanto en estudios en humanos como en animales. Se expondrán los métodos científicos y estadísticos empleados así como las medidas utilizadas para evitar los sesgos. Se deben identificar con precisión los medicamentos (nombres comerciales o genéricos) o sustancias químicas empleadas, las dosis y las vías de administración.

En los Resultados, se indicarán los mismos de forma concisa y clara, incluyendo el mínimo necesario de tablas y/o figuras. Se presentarán de modo que no exista duplicación y repetición de datos en el texto y en las figuras y/o tablas.

En la Discusión se destacarán los aspectos novedosos e importantes del trabajo así como sus posibles limitaciones en relación con trabajos anteriores. Al final de este apartado deberá aparecer un texto a modo de conclusiones, indicando lo que aporta objetivamente el trabajo y las líneas futuras de aplicación y/o investigación que abre. No debe repetirse con detalles los resultados del apartado anterior.

En Agradecimientos podrán reconocerse las contribuciones que necesitan agradecimiento pero no autoría, el reconocimiento por ayuda técnica y/o apoyo material o financiero, especificando la naturaleza del mismo así como las relaciones financieras o de otro tipo que puedan causar conflicto de intereses.

- Revisiones. Esta sección recoge la puesta al día y ampliación de estudios o trabajos científicos ya publicados. Peden ser encargadas por el Director y el Comité de Redacción en consideración el interés del tema en el ámbito de la Medicina del Trabajo.

- Casos clínicos. Reseña de experiencias personales de la práctica diaria cuya publicación resulte de interés por la inusual incidencia del problema y/o las perspectivas novedosas que aporta en el ámbito de la Medicina del Trabajo. Incluye una descripción del caso, información detallada de antecedentes, exploraciones (reproducción de imágenes características), manejo y evolución. Se completará con una discusión, que incluirá una breve conclusión. La extensión no será superior a 4 folios mecanografiados a doble espacio y la bibliografía no superior a 6 citas.

- Cartas al director. Sección destinada a contribuciones y opiniones de los lectores sobre documentos recientemente publicados en la Revista, disposiciones legales que afecten a la Medicina del Trabajo o aspectos editoriales concretos de la propia publicación. Se pueden incluir observaciones científicas formalmente aceptables sobre los temas de la revista, así como aquellos trabajos que por su extensión reducida no se adecuen a la sección de originales.

La extensión máxima será de 2 hojas DIN-A4, mecanografiadas a doble espacio, admitiéndose una tabla o figura y hasta 10 citas bibliográficas.

En caso de que se trate de comentarios sobre trabajos ya publicados en la revista, se remitirá la carta a su autor que dispondrá de 2 meses para responder; pasado dicho plazo, se entenderá que declina esta opción.

Los comentarios, trabajos u opiniones que puedan manifestar los autores ajenos al Comité Editorial en esta sección, en ningún caso serán atribuibles a la línea editorial de la revista. En cualquier caso, el Comité Editorial podrá incluir sus propios comentarios.

- Comentarios Bibliográficos. Sección donde se incluyen reseñas comentadas sobre publicaciones científicas recientes de especial de interés en el ámbito de la Medicina del Trabajo.

Otros posibles contenidos son:
- **Normativa.** Sección donde se reseñan y publican total o parcialmente, las disposiciones relevantes en el campo de la Salud Laboral y del ejercicio de la Medicina del Trabajo.

- Noticias. Dedicada a citar las noticias de actualidad de la especialidad.

- Agenda. Citas y eventos relacionados con la Medicina del Trabajo y en general la Salud Laboral.

El Director y el Comité de Redacción podrán considerar la publicación de trabajos y documentos de especial relevancia para la Medicina del Trabajo, que no se ajusten a los formatos anteriores.

3. Normas de Presentación de Manuscritos

Los autores deberán enviar sus manuscritos en archivos digitales mediante correo electrónico dirigidos a: papernet@papernet.es

Los archivos digitales tendrán las siguientes características:
a) Texto: en formato Microsoft Word®
b) Imágenes (ver también apartado "Figuras"):
- formato TIFF, EPS o JPG
- resolución mínima: 350 ppp (puntos por pulgada)
- tamaño: 15 cm de ancho

Toda imagen que no se ajuste a estas características se considera inadecuada para imprimir. Indicar la orientación (vertical o apaisada) cuando ello sea necesario para la adecuada interpretación de la imagen. Se pueden acompañar fotografías de 13 × 18, diapositivas y también dibujos o diagramas en los que se detallarán claramente sus elementos. Las microfotografías de preparaciones histológicas deben llevar indicada la relación de aumento y el método de coloración. No se aceptan fotocopias.

El formato será en DIN-A4 y todas las páginas irán numeradas consecutivamente empezando por la del título. La primera página incluirá los siguientes datos identificativos:

1. Título completo del artículo en español y en inglés, redactado de forma concisa y sin siglas.
2. Autoría:
   a) Nombre completo de cada autor. Es aconsejable que el número de firmantes no sea superior a seis.
   b) Centro de trabajo y categoría profesional de cada uno de ellos: indicar Servicio, Institución/empresa y localidad.
3. Direcciones postal y electrónica del autor a quien pueden dirigirse los lectores y de contacto durante el proceso editorial
4. Número de tablas y figuras.

La segunda página incluirá el Resumen del trabajo en español e inglés (Abstract), con una extensión máxima de 150 palabras, y al final una selección de tres a cinco Palabras Clave, en español e inglés (Keywords) que figuren en los Descriptores de Ciencias Médicas (MSH: *Medical Subjet Headings*) del Index Medicus.

En la tercera página comenzará el artículo, que deberá estar escrito con un tipo de letra Times New Roman del cuerpo 11 a doble espacio.

Su estilo deberá ser preciso, directo, neutro y en conjugación verbal impersonal. La primera vez que aparezca una sigla debe estar precedida por el término completo al que se refiere.

Se evitará el uso de vocablos o términos extranjeros, siempre que exista en español una palabra equivalente. Las denominaciones anatómicas se harán en español o en latín. Los microorganismos se designarán siempre en latín.

Se usarán números para las unidades de medida (preferentemente del Sistema Internacional) y tiempo excepto al inicio de la frase ([…]. Cuarenta pacientes…).

La Bibliografía se presentará separada del resto del texto. Las referencias irán numeradas de forma consecutiva según el orden de aparición en el texto donde habrán identificado mediante números arábigos en superíndice. No deben emplearse observaciones no publicadas ni comunicaciones personales ni las comunicaciones a Congresos que no hayan sido publicadas en el Libro de Resúmenes. Los manuscritos aceptados

pero no publicados se citan como "en prensa". El formato de las citas bibliográficas será el siguiente:

Artículos de revista

a) apellido/s e inicial/es del nombre de pila (sin punto abreviativo) del cada autor. Si son más de tres, se citan los tres primeros y se añade la locución latina abreviada *"et al.". punto*.

b) título completo del artículo en la lengua original. *punto*.

c) nombre abreviado de la revista y año de publicación. *punto y coma*.

d) número de volumen. *dos puntos*.

e) separados por guión corto, números de página inicial y final (truncando en éste los órdenes de magnitud comunes). *punto*.

Ejemplo:

Ruiz JA, Suárez JM, Carrasco MA et al. Modificación de parámetros de salud en trabajadores expuestos al frío. Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo 2012; 21: 8-13.

Para artículos aceptados y pendientes de ser publicados:

Lillywhite HB, Donald JA. Pulmonary blood flow regulation in an aquatic snake. Science (en prensa).

Libros

Los campos autor y título se transcriben igual que en el caso anterior, y después de éstos aparecerá:

a) nombre en español, si existe, del lugar de publicación. *dos puntos*.

b) nombre de la editorial sin referencia al tipo de sociedad mercantil. *punto y coma*.

c) año de publicación. *punto*.

d) abreviatura "p." y, separados por guión corto, números de página inicial y final (truncando en éste los órdenes de magnitud comunes). *punto*.

Como ejemplos:

- Capítulo de libro:

Eftekhar NS, Pawluk RJ. Role of surgical preparation in acetabular cup fixation. En: Abudu A, Carter SR (eds.). Manuale di otorinolaringologia. Torino: Edizioni Minerva Medica; 1980. p. 308-15.

- Libro completo:

Rossi G. Manuale di otorinolaringologia. IV edizione. Torino: Edizioni Minerva Medica; 1987.

Tesis doctoral

Marín Cárdenas MA. Comparación de los métodos de diagnóstico por imagen en la identificación del dolor lumbar crónico de origen discal. Tesis Doctoral. Universidad de Zaragoza; 1996.

Citas extraídas de internet

Cross P, Towe K. A guide to citing Internet sources [online]. Disponible en:
http://www.bournemouth.ac.uk/service-depts/lis/LIS_Pub/harvards [seguido de fecha de acceso a la cita]

Libro de Congresos

Nash TP, Li K, Loutzenhiser LE. Infected shoulder arthroplasties: treatment with staged reimplatations. En: Actas del XXIV Congreso de la FAIA. Montréal: Peachnut; 1980: 308-15.

Las Tablas se presentarán después de la Bibliografía, una por página, con los textos a doble espacio. Irán numeradas consecutivamente en números arábigos en el mismo orden con el que son citadas por primera vez en el texto. Todas las Tablas deben ser citadas en el texto empleando la palabra Tabla seguida del número correspondiente; Si la remisión se encierra entre paréntesis, son innecesarios los términos "ver", "véase", etc. Serán presentadas con un título de cabecera conciso. Las observaciones y explicaciones adicionales, notas estadísticas y desarrollo de siglas se anotarán al pie.

Las Figuras incluyen todo tipo de material gráfico que

no sea Tabla (fotografías, gráficos, ilustraciones, esquemas, diagramas, reproducciones de pruebas diagnósticas, etc.), y se numeran correlativamente en una sola serie. Se adjuntará una Figura por página después de las Tablas si las hubiera, e independientemente de éstas. Irán numeradas consecutivamente en números arábigos en el mismo orden con el que son citadas por primera vez en el texto. Para las alusiones desde el texto se empleará la palabra Figura seguida del número correspondiente. Si la remisión se encierra entre paréntesis, son innecesarios los términos ver, véase, etc.

Serán presentadas con un título de cabecera conciso. Las observaciones y explicaciones adicionales, notas estadísticas y desarrollo de siglas se anotarán al pie. Las leyendas interiores deben escribirse como texto, no como parte de la imagen incrustado en ellas.

4. Proceso de Publicación

A la recepción de los manuscritos, se enviará una notificación al autor de contacto y se procederá a una evaluación por pares llevada acabo por el Comité de Redacción, que realizarán una valoración del trabajo anónimo mediante un protocolo específico, en el que se valorará primordialmente: su calidad científica, su relevancia en Medicina del Trabajo y su aplicación práctica. Los trabajos podrán ser aceptados, devueltos para correcciones o no aceptados; en los dos últimos casos se indicará a los autores las causas de la devolución o rechazo.

Los manuscritos que sean aceptados para publicación en la revista quedarán en poder permanente de la "Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo" y no podrán ser reproducidos ni total ni parcialmente sin su permiso.

5. Política editorial

Los juicios y opiniones expresados en los artículos y comunicaciones publicados en la revista son del autor(es), y no necesariamente aquellos del Comité Editorial. Tanto el Comité Editorial como la empresa editora declinan cualquier responsabilidad sobre dicho material. Ni el Comité Editorial ni la empresa editora garantizan o apoyan ningún producto que se anuncie en la revista, ni garantizan las afirmaciones realizadas por el fabricante sobre dicho producto o servicio.

¡HAZTE SOCIO!

Entra en la web de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo. AEEMT

www.aeemt.com

Ser socio de la AEEMT, además de los beneficios estatutarios correspondientes supone una serie de ventajas, algunas de las cuales son:

Ventajas

- **Recibir** en el domicilio la **Revista Medicina del Trabajo** en formato papel, y posibilidad de consultarlo a texto completo en Internet.
- **Descuentos y otros beneficios** en la participación jornadas, simposium y Congreso Español de Medicina y Enfermería del Trabajo.
- **Participar en los programas de formación continuada** de la Asociación.
- **Acceso al área de socios** de la web de la AEEMT.
- **Acceso a Asesoría Jurídica** de la Asociación.

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA DEL TRABAJO
A.E.M.T.