

Enfermería del Trabajo

International Journal Occupational Health Nursing

www.enfermeriadeltrabajo.com/ojs/index.php/et/

Volumen 9

Número 2

Julio 2019



AET



Asociación de Especialistas
en Enfermería del Trabajo

■ Editorial

I Jornadas Andaluzas de Enfermería del Trabajo.

■ Artículos Originales

Exposición a la violencia laboral del personal de los servicios de urgencias extrahospitalarios: adaptación de escala HABS-U.

■ Protocolos de investigación

Elaboración y validación de un cuestionario para evaluar la satisfacción de los trabajadores con la vigilancia de la salud.

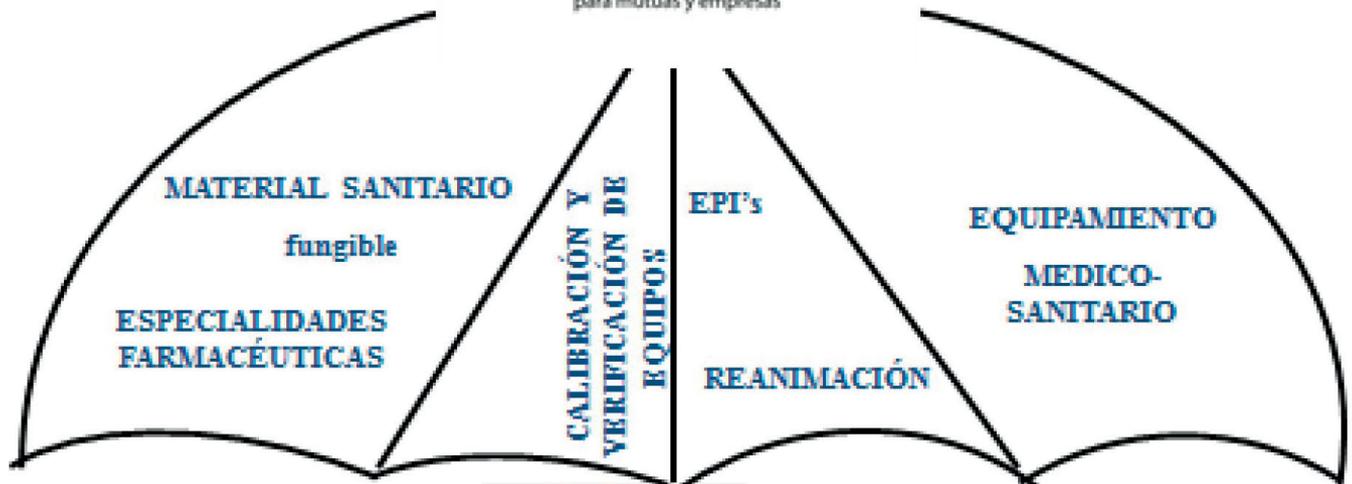
Efectividad de una intervención formativa a trabajadores de Jaén con riesgo elevado de desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2.

Prevalencia de Incapacidad temporal por trastornos mentales, relacionados con conflictos laborales, en la provincia de Sevilla.

■ Caso Clínico

Plan de cuidados de un trabajador que abusa del alcohol. A propósito de un caso.

el suministro integral



Cliente

Empresa/mutua/centro

Servicio prevención

Primer Centro Proveedor de Suministros, Servicios y Asesoramiento, con plataformas en la Península y Canarias

ENFERMERÍA DEL TRABAJO

International Journal of Occupational Health Nursing

www.enfermeriadeltrabajo.com/ojs/index.php/et/



Editores

Manuel Romero Saldaña
Ayuntamiento de Córdoba

Alfonso Meneses Monroy
Facultad Enfermería de la Cruz Roja. Madrid

Rocío de Diego Cordero
Facultad Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla

Consejo de Redacción

Silvia Arranz Alonso
Enfermera del Trabajo. Madrid

Carmen Lameiro Vilariño
Hospital Meixoeiro. Vigo

José Manuel Corbelle Álvarez
El Corte Inglés. Madrid

Antonio G. Moreno Pimentel
Sociedad Prevención Fremap. Madrid

Julio de Benito Gutiérrez
Hospital Clínico Universitario. Valladolid

María Novoa García
EMT. Madrid

Javier Gracia Rivera
Sociedad Prevención Fremap. Córdoba

María Sociedad Olmo Mora
SESCAM. Puertollano

Marta María Hernández Martín
AET. Madrid

Paula Peña Salguero
El Corte Inglés. Madrid

Beatriz Herruzo Caro
Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir

Araceli Santos Posada
Agencia Tributaria. Madrid

Consejo Asesor

M^a Ángeles Almenara Angulo
El Corte Inglés. Marbella

Yolanda Raquel Lapeña Moñuz
Facultad Ciencias Salud. Univ. Jaime I. Castellón

Gema Arévalo Alonso
El Corte Inglés. Madrid

Pablo J. López Soto
Universidad de Córdoba

María Dolores Calvo Sánchez
Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Salamanca

Jerónimo Maqueda Blasco
Director E.N.M.T. ISC III. Madrid

José Ciércoles Prado
Repsol. Madrid

Carlos Martínez Martínez
Asoc. Española Enfermería Deportiva. Madrid

Antonio Javier Cortés Aguilera
Cabildo de Tenerife

Guillermo Molina Recio
Facultad de Enfermería. Córdoba

Cristina Cuevas Santos
Ministerio Educación. Madrid

María Cándida Pérez Gonzalves
Hospital Universitario Ourense

Francisco José García Sánchez
Facultad Enfermería. Ciudad Real

Juan Ramón Quirós Jiménez
Diputación Provincial de Jaén

María Dolores García Perea
Hospital Virgen de la Macarena. Sevilla

Manuel Sánchez García
Diputación Provincial de Córdoba

Begoña García Ramírez
Enfermera del Trabajo. Madrid

Manuel Vaquero Abellán
Facultad de Enfermería. Córdoba

Cristina Godino González
Consejería MA, V y OT. Comunidad de Madrid

Revista indexada en:



Edita: Asociación de Especialistas en Enfermería del Trabajo. Plaza de Mariano de Cavia, 4. 28007 Madrid
ISSN on line 2444-7226 ISSN printed 2174-2510 Depósito Legal: CO 288-2011

Editorial

Redacción

<i>I Jornadas Andaluzas de Enfermería del Trabajo</i>	6
---	---

Artículo Original

Galián-Muñoz I, Fernández-Hernández A, Párraga-Romero JJ, Llor-Esteban B, Ruíz- Hernández JA. <i>Exposición a la violencia laboral del personal de los servicios de urgencias extrahospitalarios: adaptación de escala HABS-U</i>	7
--	---

Protocolos de investigación

Acosta del Pino JM, Repullo Leiva S <i>Elaboración y validación de un cuestionario para evaluar la satisfacción de los trabajadores con la vigilancia de la salud</i>	7
--	---

Pérez-Navarro A. <i>Efectividad de una intervención formativa a trabajadores de Jaén con riesgo elevado de desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2</i>	47
--	----

Lobato-Miranda CL. <i>Prevalencia de Incapacidad temporal por trastornos mentales, relacionados con conflictos laborales, en la provincia de Sevilla</i>	47
---	----

Caso Clínico

Ortiz-Tomé C, Rueda-Martín J, Reyes-Revuelta FJ <i>Plan de cuidados de un trabajador que abusa del alcohol. A propósito de un caso</i>	49
---	----

Summary

Editorial

Staff Redaction

<i>1st Andalusian Occupational Health Nursing Conference</i>	6
--	---

Original article

Galián-Muñoz I, Fernández-Hernández A, Párraga-Romero JJ, Llor-Esteban B, Ruíz- Hernández J A. <i>Exposure to workplace violence by emergency out-of-hospital: adaptation of scale HABS-U</i>	7
--	---

Research protocols

Acosta del Pino JM, Repullo Leiva S <i>Preparation and validation of a questionnaire to assess the satisfaction of the workers health surveillance</i>	7
---	---

Pérez-Navarro A. <i>Effectiveness of a training intervention for workers in Jaén with a high risk of developing Type 2 Diabetes Mellitus</i>	47
---	----

Lobato-Miranda CL. <i>Prevalence of temporary disability due to mental disorders, related to labor conflicts, in Seville (Spain)</i>	47
---	----

Clinical case

Ortiz-Tomé C, Rueda-Martín J, Reyes-Revuelta FJ <i>Care plan for a worker who abuses alcohol. About a case</i>	49
---	----

gCardio
damos + vida



El único tratamiento eficaz ante la muerte súbita es la **desfibrilación temprana** y aplicar la cadena de supervivencia de manera inmediata.

¿Está preparado para reanimar a una persona en parada cardiorrespiratoria?

En España las posibilidades de sobrevivir a una parada cardíaca en la calle oscilan entre el 5% y el 10%. Los primeros 8 minutos son vitales para recuperar al paciente de una muerte súbita.

ATENCIÓN--> Si dispone de un desfibrilador Zoll AED Plus compruebe si está listo para su uso



1. Confirmar que el DESA no tiene daños.
2. Verificar electrodos y sus fechas de vencimiento.
3. Revisar sus baterías.
4. Verificar indicador de estado.
5. Comprobar suministros adecuados.
6. Registro de la próxima revisión.

Si desea más información para el mantenimiento de su equipo, en gCardio le informamos sin ningún tipo de compromiso en nuestro número gratuito o a través del formulario de contacto.



Nuestro principal OBJETIVO es DAR + VIDA



¿Sabías qué...?

La **muerte súbita** es la **principal causa de muerte** en nuestro país.

Este verano no dejes que nada te aparte de tus soñadas vacaciones. Consulta nuestros desfibriladores y descubre cómo puedes ser el **héroe de la piscina**. Con gCardio ¡Tienes el corazón contento! +info



Desfibrilador AED Plus de **ZOLL**

El **desfibrilador AED Plus** avisa mediante mensajes de voz cuando el **socorrista** debe "presionar con más fuerza" o la "compresión es correcta" y mediante su metrónomo también le indica la frecuencia de 100 compresiones por minuto recomendada

Diseñados para héroes inesperados +info



Con la colaboración de SERLOMED, en pos de una prevención de calidad.

EDITORIAL

I Jornadas Andaluzas de Enfermería del Trabajo

Redacción

El pasado 13 de junio, en el Centro de Prevención de Riesgos Laborales de Sevilla tuvieron las I Jornadas Andaluzas de Enfermería del Trabajo bajo el lema "Promocionando la salud en el trabajo, consolidando el bienestar laboral" organizadas por ASANDET y AET.

Se estructuraron en siete mesas de trabajo, donde se trataron entre otros, aspectos como el abordaje de la deshabituación tabáquica a través de Enfermería del Trabajo, la Promoción de la Salud en el Trabajo con intervenciones dirigidas a las mujeres mastectomizadas, intervenciones de Promoción de la Salud en el Trabajo frente al insomnio laboral, la implantación de un programa de ejercicios y la higiene de manos de los trabajadores sanitarios en la práctica clínica. También se presentaron los Protocolos de investigación en Enfermería del Trabajo de los últimos enfermeros residentes y RedInvet, la nueva Red de Investigación en Enfermería del Trabajo.

Han sido casi 100 las Enfermeras del Trabajo inscritas y 10 ponencias presentadas y defendidas por la Enfermería del Trabajo andaluza, contando además, en una de ellas, con la colaboración internacional de la Profa Dra. Elisabete Borges de la Escola do Enfermagem de la Universidad de Oporto (Portugal). A ello hay que unir los 3 talleres que de manera simultánea se ofrecieron a los asistentes, dos de ellos impartidos por dos enfermeras y las 13 comunicaciones defendidas correspondientes a 13

estudios de investigación en Enfermería del Trabajo en Andalucía.

Además, entre todos los trabajos presentados, se hizo entrega de dos premios: Premio de investigación Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla y Premio de investigación Consejo Andaluz de Enfermería a los mejores trabajos presentados, resultando ganadores:

Primer premio, Premio de Investigación del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla: Romero-Saldaña, Manuel, Álvarez-Fernández Carlos, Jiménez-Mérida Rocío, Vaquero-Abellán Manuel, Molina-Luque Rafael, de Diego-Cordero Rocío, Molina-Recio Guillermo con el trabajo "Relación dosis-respuesta entre actividad física e incapacidad temporal: Un estudio longitudinal sobre la salud de los trabajadores".

Segundo premio, Premio de investigación Consejo Andaluz de Enfermería: García-Perea, M^a Dolores, Bejar-Prado Luis María, con el trabajo "Determinación del consumo de alimentos clave, mediante la tecnología móvil, en una muestra de trabajadores/as".

Deseamos haber alcanzado nuestros objetivos y que los asistentes hayan disfrutado de estas Jornadas y les emplazamos a futuras ediciones, en las que esperamos mejorar a partir de esta experiencia.

ARTÍCULO ORIGINAL

Exposición a la violencia laboral del personal de los servicios de urgencias extrahospitalarios: adaptación de escala HABS-U

Autores:

Galián Muñoz I¹, Fernández Hernández A², Párraga Romero JJ², Llor Esteban B², Ruíz Hernández JA².

1. Enfermera del Trabajo. Servicio Murciano de Salud.

2. Facultad de Enfermería. Universidad de Murcia

Autora de correspondencia:

D^a Inmaculada Galián Muñoz

igm13d@hotmail.com

Recibido: 15/03/2019

Trazabilidad editorial

Revisado: 11/06/2019

Aceptado: 29/06/2019

Citar como:

Galián I, Fernández A, Párraga JJ, Llor B, Ruíz JA. Exposición a la violencia laboral del personal de los servicios de urgencias extrahospitalarios: adaptación de escala HABS-U. Revista Enfermería del Trabajo. 2019; 9; 2:64-71

Resumen

Introducción. Uno de los sectores en los que la violencia laboral se presenta con mayor frecuencia es el sector sanitario, siendo urgencias uno de los servicios con mayor incidencia. Nuestro objetivo es adaptar la escala Healthcare-workers' Aggressive Behaviour Scale-Users (HABS-U), que mide manifestaciones hostiles verbales y físicas de baja intensidad procedentes de los usuarios y percibidas por el trabajador como violentas, al ámbito de las urgencias extra hospitalarias

Material y Métodos. Se desarrolló una metodología cualitativa de tipo fenomenológica, con entrevistas individuales en profundidad utilizando como guía la escala HABS-U. Se entrevistó a total de 11 trabajadores de diferentes categorías y centros

Resultados. Tras el análisis de las entrevistas, se redactaron un total de 11 ítems que formarían la escala. Se eliminaron dos ítems de la escala original, se modificaron ocho y se añadieron tres nuevos para adaptar la escala al ámbito extra hospitalario.

Conclusiones. El trabajo en urgencias hospitalarias tiene unas características específicas que pueden influir en el tipo de violencia que sufren los trabajadores por parte de los usuarios, por ello se ha procedido a adaptar la escala HABS-U a este ámbito. La futura aplicación de esta escala a una muestra posibilitará un estudio cuantitativo que nos indicará la validez de la escala y la exposición a violencia del personal que trabaja en urgencias extra hospitalaria.

Palabras clave. Violencia laboral, profesionales sanitarios, usuarios urgencias extra hospitalarias.

ARTÍCULO ORIGINAL

Exposure to workplace violence by emergency out-of-hospital: adaptation of scale HABS-U

Abstract

Introduction. One of the sectors with more workplace violence is the health sector. Urgencias is one of the services with the highest incidence. Our objective is to adapt the Healthcare-workers'Aggressive Behavior Scale-Users scale (HABS-U), which measures low-intensity verbal and physical hostile manifestations from users and perceived by the worker as violent, field of out-of-hospital emergencies.

Material and Methods. A qualitative methodology of phenomenological type was developed, with in-depth individual interviews using the HABS-U scale as a guide. A total of 11 workers of different categories and centers were interviewed

Results. After the analysis of the interviews, a total of 11 items that would form the scale were written. Two items were eliminated from the original scale, eight were modified and three new ones were added to adapt the scale to the out-of-hospital setting.

Discussion. The work in hospital emergencies has specific characteristics that can influence the type of violence suffered by workers by users, which is why we have proceeded to adapt the HABS-U scale to this area. The future application of this scale to a sample will enable a quantitative study that will indicate the validity of the scale and the exposure to violence of personnel working in out-of-hospital emergencies.

Keywords. Workplace violence, health professionals, users, out-of-hospital emergencies.

INTRODUCCIÓN

No hay una definición estandarizada de violencia en el trabajo, aunque una de las más utilizada es "la violencia laboral está constituida por incidentes en los que el personal sufre abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo - incluidos los viajes de ida y vuelta a él - que pongan en peligro, implícita o explícitamente, su seguridad, su bienestar o su salud"¹.

Existen distintas clasificaciones de la violencia laboral. Según la forma en la que manifiestan se clasifican en violencia física y psicológica¹ y según su relación con el trabajo, se definen cuatro tipos de violencia². En este trabajo de investigación nos centraremos en analizar la violencia física y psicológica tipo II, que es aquella ejercida por usuarios, pacientes o familiares, hacia los profesionales sanitarios.

Los trabajadores de la salud destacan como el grupo de trabajadores que concentra mayor porcentaje de actos violentos (24%)³ por parte de los usuarios y/familiares. Esta violencia pueden ir desde el acoso sexual (menos frecuente, 4.5%) hasta abuso emocional (hasta 62.4%)^{4,5}.

Dentro del sector de la salud, existen diferentes niveles de exposición a violencia según los servicios, destacando especialmente las plantas de hospitalización y centros de psiquiatría, geriatría y urgencias^{3,6}. Los profesionales de los Servicios de Urgencia de Atención Primaria (SUAP)

y Unidades Móviles de Emergencia (UME), se enfrentan regularmente a agresiones. Ortells y colaboradores⁷ detectaron que, más de la mitad del personal de urgencias había sufrido una agresión en el último año, mientras que May y colaboradores indicaron que el 82% del personal de Enfermería de estos servicios había sido agredido físicamente en el último año y el 100% había sufrido algún abuso verbal durante el año anterior⁸.

Es importante recordar que la exposición a violencia puede tener graves consecuencias para los profesionales de la salud, pacientes y para la organización^{9,10,11,12}.

“ El objetivo general de este trabajo es conocer las manifestaciones de hostilidad y agresividad por parte de los usuarios hacia los profesionales de los Servicios de Urgencias ”

El objetivo general de este trabajo es conocer las manifestaciones de hostilidad y agresividad por parte

ARTÍCULO ORIGINAL



Diario el Enfermero

de los usuarios hacia los profesionales de los Servicios de Urgencias de Atención Primaria y Unidad Móvil de Emergencias de la Región de Murcia, siendo nuestros objetivos específicos analizar si los ítems de la escala HABS-U (Healthcare-workers' Aggressive Behaviour Scale-Users), son válidos al ámbito de las urgencias extra hospitalarias y proponer un banco de ítems de conductas hostiles específico de urgencias extra hospitalarias.

MATERIAL Y MÉTODOS

En este estudio se ha utilizado una metodología cualitativa fenomenológica basada en entrevistas personales individuales a profesionales de los SUAP Y UME.

En la actualidad, la Región de Murcia cuenta con 17 bases UME y 27 centros SUAP, coordinadas desde el Centro Coordinador de Urgencias (CCU) con una plantilla total de 337 personas¹³.

Los criterios de selección fueron: profesionales sanitarios y no sanitarios con un puesto laboral (fijo, contrato, etc.) en cualquier SUAP o UME de la Región de Murcia. Se trató de que la muestra fuera representativa, incluyendo a personal de todos los colectivos profesionales presentes en urgencias extra hospitalarias.

La muestra estuvo compuesta por 11 profesionales sanitarios, pertenecientes a los SUAP de Archena, Alcantarilla, Murcia y Lorca. Con un rango de edad, que osciló entre los 44 y 60 años, con una media de edad 51.5 años, siendo el 45% hombres (n=5) y 55% mujeres (n=6). Las entrevistas individuales se realizaron a: personal médico (n=3), personal de Enfermería (n=5), celador (n=2) y técnico o conductor (n=1)

Se realizaron entrevistas en profundidad basadas en preguntas abiertas sobre las situaciones conflictivas con los pacientes, familiares y/o acompañantes en su lugar de trabajo. Para ello, se desarrollaron las siguientes fases: Elaboración de preguntas a mano del equipo de investigación; elaboración de un guión para las entrevistas; localización de los participantes para la selección de la muestra (visita y pedida de permiso a los coordinadores de los servicios de Archena, Alcantarilla, Murcia y Lorca, posteriormente solicitud de participación a los profesionales directamente y concreción de citas); realización y grabación de entrevistas individuales semiestructuradas (20-45min de duración) hasta que se saturó la información; transcripción de las grabaciones de audio; análisis cualitativo de las entrevistas individuales; selección de las frases más significativas y agrupación y clasificación.

El instrumento que se utilizó para elaborar el guión de preguntas fue el Healthcare-workers' Aggressive Behaviour Scale-Users (HABS-U)¹⁴. El instrumento consta de 10 ítems tipo Likert desde 1 (nunca) a 6 (diariamente) en el último año, distribuidos en dos factores: Violencia no física (primeros siete ítems) con $\alpha = 0,84$ y una varianza explicada del 35,12%; y Violencia física (últimos tres ítems, con un α de Cronbach igual a 0,76 y una varianza explicada del 22,01%.

Se le informó a los participantes que la información obtenida sería utilizada exclusivamente para fines de esta investigación y que sería confidencial. Además, se reiteró que, si en algún momento deseaban retirarse del estudio, podría hacerlo sin ningún problema, garantizándose en todo momento el anonimato de la persona.

ARTÍCULO ORIGINAL

RESULTADOS

Del análisis de las respuesta, a la pregunta si eran de aplicación los diferentes ítems de la escala HABS-U16 podemos destacar:

1. Los usuarios cuestionan mis decisiones

Ante esta afirmación el personal médico, responde que sí... Profesional 1: "... Sí, con bastante frecuencia. Y es una gran causa de malestar..." Resaltando sobre todo que esto, viene sobretodo porque no hay una relación médico-paciente, no hay un trato continuado, por lo que estos usuarios van a los servicios de SUAP para que se le administre el tratamiento que ellos desean... como no la conozco puedo dar la pataleta que me dé la gana, como no la voy a volver a ver..."

Al personal de Enfermería, en cambio, decía que no: Profesional 3: "... Enfermería no, a lo mejor en Medicina, cuestionan más al médico que a la enfermera..." Profesional 4: "... No necesariamente. Siempre aceptan, un poco, lo que les informas, mayormente lo que haces, es informales, ¿no?..."

2. Los usuarios me responsabilizan exageradamente de cualquier minucia

No existe unanimidad en la respuesta a este ítem. Afirman que no está bien redactado, ya que suelen responsabilizar al personal por la realización de acciones, pero no de minucias. Profesional 2: "... No, yo creo que no, no te pueden responsabilizar de minucias. No, los que tienen minucias si lo saben, vienen a que les resuelvas el problema, en el momento, para no ir a su médico de cabecera, y las cosas importantes se suelen resolver bien..." Profesional 7: "A minucias no, con la palabra minucia le has quitado crédito e importancia..."

3. Los usuarios han llegado a sujetarme o tocarme de una manera hostil

Algunos profesionales afirman que a ellos personalmente no les ha sucedido, pero manifiestan que son situaciones que se pueden dar en este ámbito Profesional 1: "... Puede ocurrir perfectamente. Pero que también depende de cómo tú respondas... porque con algunas personas hay que llevar una actitud muy cuidadosa..." Algunos indican que han visto a compañeros que les ha sucedido: Profesional 2: "... No, nunca a mí nunca. Pero vamos, me consta que a compañeros míos si se lo han hecho..." Otros cuentan que les ha sucedido con pacientes psiquiátricos: Profesional 4: "... Si lo han hecho te digo, que ha sido en situaciones, que la persona esa no estaba bien.

O un paciente psiquiátrico también..." Profesional 2: "... Los problemas de agresiones siempre han sido esencialmente por gente, que "per se" es conflictiva... Ya te digo psiquiátricos, gente con drogodependencias o gente con problemas alcohólicos..." Profesional 7: "... Algún paciente pero son pacientes que tienen algún problema mental, no son pacientes que están bien de la cabeza..."

4. Los usuarios me acusan injustificadamente de incumplimientos, errores o complicaciones.

Profesional de Enfermería que antes había trabajado en asistencia hospitalaria, afirma que esto no sucede en urgencias extra hospitalarias, pero sí, en hospital. Profesional 4: "... Eso ocurre mucho en hospital, aquí no. Aquí no, porque es un trasiego muy rápido y prácticamente no te da tiempo..." Uno de los profesionales médicos (profesional 1), afirma que se debería de dar un seguimiento en la atención para que se pudiera dar la pregunta, que por el tipo de asistencia que se da en urgencias extrahospitalaria se quejan por otras cosas: "...Aquí si se cuestiona es más en el proceso de diagnóstico y toma de decisiones terapéuticas ¿no?... un antibiótico, o no... o si les tendría que haber puesto otro tratamiento..."

5. Los usuarios me hacen bromas irónicas.

En este ítem, se presentan respuestas positivas con mayor incidencia en el género femenino. Uno de los profesionales de enfermería (profesional 7), relata que no ha presenciado ninguna situación de esta índole contra sí mismo, pero sí con alumnas que ha tutorizado, " por ejemplo les dicen...que me atienda ella..." o "...así también me pongo yo malo..." .

Otra de las participantes afirma que está situación le sucede con bastante frecuencia: "...un hombre mayor que me dijo que qué tal me sentía... una princesa como yo en mi reino..." (Profesional 10).

6. Los usuarios han llegado a empujarme, zarandearme o escupirme

Todos los profesionales comentan que personalmente no les ha sucedido nada de lo que se expresa en este ítem, pero que este servicio es el propicio para que pueda suceder algo así. Cabe destacar que son acciones muy diferentes dentro de un mismo ítem (ya que por ejemplo se puede dar, una pero no las otras dos), existiendo un amplio grado de gravedad dentro del mismo ítem. Profesional 2: "... Este medio es la zona que más frecuentemente suele pasar, si es cierto..." Profesional 3: "... Sí que hay gente, sí... sí pasa, sí hay gente que viene con agresividad..." Profesional

ARTÍCULO ORIGINAL

7: "Yo sé que ha pasado, pero a mí personalmente no..."

7. Los usuarios se enfadan conmigo por falta de información

Uno de los profesionales sanitarios no entiende el ítem. El resto del personal sanitario, coincide en una respuesta similar, ya que refieren que aportan más información de la exigida por el paciente, y que este ítem es más apropiado para atención hospitalaria. Profesional 1: "... No... Yo soy muy excesiva en eso, en todo caso les agobia que les informe tanto..." Profesional 4: "... Aquí siempre se informa, siempre, siempre se informa. Otras cosa es que ellos, lo entiendan o no entiendan..." Profesional 8: "No, es que aquí tampoco hay tanta información, en el hospital son muchas pruebas, es muy pesado, aquí es sota, caballo, rey..."

8. Los usuarios muestran su enfado contra mí destruyendo puertas, cristales o paredes.

Ante este ítem manifiestan que es similar a la del ítem 11, por lo que existe un solapamiento: Profesional 1: "... Humm... Bueno pueden haber demostrado lo que he te he dicho antes..." Profesional 2: "... Es la misma pregunta que antes..."

Y al igual que en ítem 11, la respuesta es sí. Profesional 3: "... Algún puñetazo en la pared, sí, si a veces la gente viene un poco fuera y... empujan la silla o... sí..." (a excepción del profesional 4). El celador (profesional 5), cuenta que contra él nunca se le ha presentado esta situación, pero contra el resto del personal sí: "... No, contra mí, no. Contra el personal, sí..."

9. Los usuarios se enfadan conmigo por la demora asistencial

Como relata el profesional 7: "Si hay un problema que cabrea a los familiares y a los pacientes es ese con diferencia, ese es nuestro talón de Aquiles..." pero nos indicaron que se puede dividir entre la asistencia en el SUAP y la asistencia domiciliaria. Todos los profesionales sanitarios coinciden en que el centro los usuarios no se molestan por la demora existencial, como afirma el profesional 2: "... cuando somos un médico, ¿no? o dos, no suelen quejarse porque... cuando nos ves trabajar por más que queramos no tienen porque, ¿entiendes?, es menos frecuente..." Al contrario que en la asistencia y traslado a los domicilios, donde si existe más demora, en este caso más que los usuarios que necesitan la asistencia, serían los familiares, los que ejercerían este tipo de violencia: Profesional 3: "... a veces la gente te dice,

es que ya llevo dos horas esperando y he llamado y tal..." Pero lo que no recoge este ítem es la actitud que presentan los familiares a los profesionales mientras que se está prestando la asistencia. Profesional 1: "... Se quejan con su actitud, con la forma de entrar, con la forma de mirarte o alguna frase indirecta o algo así..." Por último, destacar que son los celadores, puerta de entrada a este servicio, los que soportan gran parte de la presión en estas situaciones. Profesional 10: "... somos los únicos que estamos de cara al público. Mis compañeros están dentro y entonces la presión y todo eso nos lo comemos nosotros..."

10. Los usuarios me ponen malas caras o miradas de desprecio

Afirman que esta pregunta está bien formulada y dirigida para la población de urgencias extra hospitalarias. Ya que es una situación que se da en este servicio, a excepción del celador, que afirma no haber visto esa actitud.

Profesional 2: "... A veces nos encontramos con pacientes que hemos atendido y que no se han ido lo satisfechos que han querido. Luego cuando vuelven pues ya vienen un poco con la escopeta cargada. Quizá no te pongan la mejor sonrisa del mundo, pero ya vienen preparados a que tú les vas a decir algo que ellos no quieren oír, porque ellos han venido a que tú les resuelvas el problema..."

Profesional 7: "... Sí, lo mismo, si tu llegas tarde o ellos consideran que tendrías que haber venido antes, pues lógicamente la cara es de desesperación, de desprecio y comentan... ¿dónde estabais?, ¿qué estabais haciendo?..."

Por último, se realizaron dos preguntas abiertas sobre las situaciones vividas recientemente: ¿En los últimos seis meses has presenciado agresiones físicas a un compañero o un superior?.

Existe unanimidad en la respuesta a este ítem por parte del personal sanitario, ya que ninguno había presenciado agresiones físicas por parte de usuarios o familiares en los últimos 6 meses, pero sí a nivel verbal. Profesional 2: "...En el mostrador a grito pelado ¿entiendes? sobre todo cuando te viene un paciente sin cartilla..." Profesional 3: "... El caso de un chico... nos insultó... que iba a ir a por la guardia civil, que nos iba a romper los coches... Y luego, es verdad que vino a la hora y tiró una piedra tremenda en el cristal de la entrada y rompió todo el cristal..."

En una urgencia vital real, cuando los profesionales se trasladan y llegan a los domicilios se encuentran cierta tensión en el entorno y familiares. Profesional 3: "... cuando llegas en una situación de urgencia, es

ARTÍCULO ORIGINAL

cierto que la tensión que se crea, sí que genera cierta agresividad en la gente..."

Mencionan especialmente a las personas que llegan a los servicios de urgencias en estado de embriaguez, porque con este tipo de usuarios sí se llega a percibir una agresión gestual, a la par que verbal. Profesional 4: "... Pues sí. Te pueden coger de la mano, incluso te pueden insultar..."

¿Ves en este sentido, de servicio de urgencias, algo específico o algo que deberíamos de preguntar?

En esta sección es importante destacar varios aspectos. Uno de ellos es la conexión con los cuerpos de seguridad y la relación de los profesionales sanitarios con éstos, sobre todo en lo referente en la asistencia en domicilios y en calle, llegándose, a sentir desprotegidos por parte de los cuerpos de seguridad en ciertas situaciones. Profesional 1: "... Podéis coger vosotros el cuchillo (refiriéndose a la policía) y llevarlo a otro lado que no podemos trabajar así... es una situación en la que no está la cosa muy controlada y encima hay un arma blanca ahí que puede pasar cualquier cosa..." "... Siempre vas un poco viendo cual es la situación o si tienes situaciones potencialmente peligrosas...Y en algunos domicilios yo... a mí me da miedo entrar muy muy muy dentro de la casa como si fuera la boca del lobo..."

Otro punto que destacaron fue el traslado en la ambulancia, con algún paciente potencialmente peligroso, por ejemplo un paciente psiquiátrico, donde tanto el personal de Medicina y Enfermería tienen que compartir espacio (1-2 m²), con esta persona, generándose una situación de ansiedad importante para éstos. Ya que no siempre se puede recurrir a la medicación para sedar a este tipo de pacientes. Profesional 1: "... recuerdo un personaje que medía dos metros... que podía hacer cualquier cosa... miraba las cosas de la ambulancia... y yo decía este está buscando algo y tíranoslo a la cabeza y era una época en la que no había... Y tú a todo el mundo no le metes un Midazolam..."

Otro profesional destaca la inclusión de las nuevas tecnologías a la atención realizada en la calle o domicilios. Profesional 4: "...lo que sí que no nos agrada mucho, es que nos estén grabando mientras trabajamos... En accidente de tráfico pues voy a grabar como ha quedado el coche, ya de paso pues grabo como le ponen el collarín a este, o como le hacen...". Este tipo de situaciones no se recogen en el cuestionario.

Se ha llevado a cabo un análisis de los ítems, para el mantenimiento, reformulación o nueva redacción de éstos; mediante un estudio exhaustivo de las respuestas de los



profesionales sanitarios y no sanitarios, y una posterior revisión de los ítems, comprobándose que el lenguaje fuera claro y comprensible para nuestra población diana. Para los ítems que expresaban una misma idea, pero con una formulación diversa, se procedió a unificarlos y/o reformularlos. Por ejemplo: "*los usuarios manifiestan su enfado contra mí dando golpes, portazos al mobiliario...*" y el ítem "*Los usuarios muestran su enfado contra mí destruyendo puertas, cristales o paredes*". Revisamos que todos los ítems fueran relevantes y notoriamente relacionados con el tema, de forma que todos los ítems debían de contener un componente hostil o negativo como respuesta a situaciones concretas. Los ítems que se modificaron fue en base a las respuestas de los entrevistados eliminando aquellos que no se daban en urgencia y reformulando algunos de ellos

En la Tabla 1 se muestran los ítems de la escala utilizada HABS-U27 y la propuesta de ítems redactada en base a las experiencias e información recogida en el transcurso de las entrevistas en profundidad.

DISCUSIÓN

Mediante el desarrollo de este trabajo se ha pretendido realizar una aproximación, desde una perspectiva cualitativa, a las situaciones específicas que se presentan en los servicios de urgencias extra hospitalarias, relacionadas con la violencia laboral por parte de los usuarios. Se ha realizado un análisis de la información cualitativa exhaustivo, a partir de las declaraciones de los participantes en las entrevistas en profundidad.

La redacción y el análisis de los ítems se han realizado con un control detallado y pormenorizado. Lo que ha

ARTÍCULO ORIGINAL

Tabla 1. Comparativa de los ítems de la Escala HABS-U27 y los ejemplos de ítems propuestos para la escala de conductas violentas en urgencias extrahospitalarias.

Ítems de la escala HABS-U	Ítems redactados a partir de las entrevistas en profundidad
Los usuarios cuestionan mis decisiones	Los usuarios cuestionan mis decisiones como médico/enfermero
Los usuarios me responsabilizan exageradamente de cualquier minucia	Los usuarios me responsabilizan de llevar a cabo acciones incorrectas
Los usuarios han llegado a sujetarme o tocarme de manera hostil	Los usuarios han llegado a tocarme de manera hostil
Los usuarios me acusan injustificadamente de incumplimientos, errores y modificaciones	Los usuarios me acusan injustificadamente de errores en el diagnóstico y tratamientos
Los usuarios me hacen bromas irónicas	Los usuarios hacen bromas relacionadas con mi sexo/género
Los usuarios han llegado a empujarme, zarandearme o escupirme	Los usuarios han llegado a ejercer violencia física sobre mí (empujones, zarandearme, etc.)
Los usuarios se enfadan conmigo por falta de información	Los usuarios se enfadan conmigo por la falta de información en el diagnóstico
Los usuarios muestran su enfado contra mí destruyendo puertas, cristales o paredes	Eliminado
Los usuarios se enfadan conmigo por la demora asistencial	Los usuarios me miran con desprecio y me ponen malas caras después de la demora asistencial
Los usuarios me ponen malas caras o miradas de desprecio	Eliminado
	Los usuarios me graban con el móvil mientras realizo mi trabajo. Los usuarios portan arman o hay arman en el lugar de la asistencia. Debo atender a agresivos/heteroagitados en espacios reducidos (ambulancias)

permitido la elaboración tres nuevos ítems para la posible incorporación en la escala de medición de la frecuencia de la violencia laboral ejercida por usuarios en urgencias extra hospitalarias; la modificación-readaptación de ocho ítems, ya recogidos previamente en el cuestionario; la eliminación de dos de los ítems, por no aportar la suficiente información para responder, ser redundantes con otros ítems, etc.

Analizando el transcurso de las entrevistas en profundidad, se han obtenido más ítems relacionados con la violencia de tipo verbal y gestual, que de manifestaciones de violencia física. Estos resultados concuerdan con los obtenidos en estudios sobre la violencia laboral en atención sanitaria^{15,16,17}.

Muchas de las circunstancias que favorecen la violencia están relacionadas con la organización del trabajo y el diseño ambiental. Así pues la masificación y espacios pequeños, la escasez de recursos humanos sumado a la falta de información, situaciones estresantes e incremento de tiempos de espera favorecen las agresiones del personal sanitario^{18,19,20}, aspectos se dan con frecuencia en los servicios de urgencias extrahospitalarias. Destacar sobre todo, los tiempos de espera como desencadenante de la violencia en urgencias^{19,20,21}, y los espacios pequeños, relacionados con los traslados en ambulancia, especialmente en los traslados involuntarios con pacientes psiquiátricos²².

Por último, señalar la repercusión que tienen las nuevas tecnologías en el sector de las urgencias extra hospitalarias. Ya que como se manifiesta en los resultados de nuestro estudio es difícil para el personal sanitario trabajar bajo la presión de ser grabados, por la pérdida de intimidad del usuario que necesita atención urgente y de los profesionales.

Queremos destacar que se puede haber cometido un posible sesgo por el entrevistado, aunque se intentó mostrar la máxima neutralidad ante las respuestas de los entrevistados. El hecho de que las entrevistas fueron grabadas también pudo influir en la respuesta de los entrevistados.

Por último concluir que mediante la realización de las entrevistas en profundidad ha sido posible conocer si los ítems de la escala HABS-U se adaptan al ámbito de urgencias extra hospitalarias, y hemos obtenido un grupo de nuevos ítems, que se podrán utilizar para una futura medición de los comportamientos y actitudes violentas de los usuarios hacia los trabajadores de SUAP y UME. Consideramos que sería interesante aplicar esta nueva escala a una muestra representativa de trabajadores para obtener resultados cuantitativos de la exposición a violencia de usuarios de los profesionales que ejercen en las urgencias extrahospitalarias.

ARTÍCULO ORIGINAL

REFERENCIAS

1. Organización Internacional del Trabajo, Consejo internacional de enfermeras, Organización Mundial de la Salud, Internacional de Servicios Públicos. Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo. 2002.
2. Barling J, Dupré KE, Kelloway EK. Predicting workplace aggression and violence. *Annu Rev Psychol* 2009; 60: 671-692.
3. OSHA (Occupational Safety and Health Administration). Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care and Social Service Workers. Washington: OSHA. U.S. Department of Labor. 2004.
4. Pacheco E, Cunha M, Duarte J. Violence, Aggression and Fear in the Workplace. Oporto: Future Academy. 2016.
5. Bambil S, Lumini E, Becattini G, Lucchini A, Rasero L. Violenza orizzontale e bullismo nella professione infermieristica. *G Ital Med Lav Ergon* 2016; 38(1): 50-57.
6. Edward KL, Ousey K, Warelow P, Lui S. Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *Br J Nurs* 2014; 23(12):653-659.
7. Ortells N, Muñoz T, Paguina M, Morató I. Caracterización de las agresiones producidas al personal sanitario del servicio de urgencias en un hospital comarcal. *Enferm. Glob* 2013; 12(30): 196-207.
8. May DD, Grubbs LM. The extent, nature, and precipitating factors of nurse assault among three groups of registered nurses in a regional medical center. *J Emerg Nurs* 2002; 28(1):11-17.
9. Hogarth KM, Beattie J, Morphet J. Nurses' attitudes towards the reporting of violence in the emergency department. *Australas Emerg Nurs J* 2016; 19(2): 75-81.
10. Paravic T, Valenzuela S, Burgos M. Violencia percibida por trabajadores de atención primaria de salud. *Ciencia y Enferm* 2004; 10(2): 53-65.
11. Vessey JA, Demarco R, DiFazio R. Bullying, harassment, and horizontal violence in the nursing workforce: The state of the science. *Annu Rev Nurs Res* 2010; 28: 133-157
12. Dehue F, Bolman C, Völlink T, Pouwelse M. Coping with bullying at work and health related problems. *Int J of Stress Manag* 2012; 19(3): 175-197.
13. Servicio Murciano de Salud: Gerencia de Urgencias y emergencias 061. [Internet]. 2010 [cited Apr 2018]. Available from: <http://www.serviciomurcianodesalud.es/061murcia/la-organizacion>.
14. Waschgler K, Ruiz-Hernández JA, Llor-Esteban B, García-Izquierdo M. Patients' aggressive behaviours towards nurses: Development and psychometric properties of the hospital aggressive behaviour scale-users. *J Adv Nurs*. [Internet] 2013; 69, 1418-1427.
15. Franz S, Zeh A, Schablon A, Kuhnert S, Nienhaus A. Aggression and violence against health care workers in Germany - a cross sectional retrospective survey. *BMC Health Serv Res* 2010;(10):51.
16. Roche M, Diers D, Duffield C, Catling-Paull, C. Violence Toward Nurses, the Work Environment, and Patient Outcomes. *J Nurs Scholarsh* 2010; 42:13-22.
17. Hamdan M, Abu Hamra A. Workplace violence toward workers in the emergency departments of Palestinian hospitals: a cross-sectional study. *Hum Resour Health* 2015; 13(28):1-9.
18. Fernández D, Aparicio C, Pérez JL, Serrano A. Manual de Enfermería en emergencia prehospitalaria y rescate. Madrid: Arán. 2008.
19. Gacki-Smith J, Juarez AM, Boyett L, Homeyer C, Robinson L, MacLean SL. Violence against nurses working in US emergency departments. *J Nurs Adm* 2009; 39(7-8):340-9.
20. Carrasco-Rodríguez P, Rubio-González LM, Vilchez-Castellano S, Villalobos-Buitrago D. Estudio de las agresiones recibidas por el personal de Enfermería y de las vivencias al respecto en los servicios de urgencias de los hospitales de la comunidad de Madrid en un trimestre. *Nure inv* 2007; 26(1): 7-14.
21. Miret C, Martínez A. El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout. *Anales Sis San Navarra* 2010; 33(1):193-201.
22. Servicio Murciano de Salud y Secretaría Autónoma de Atención al Ciudadano Ordenación Sanitaria y Drogodependencias. Protocolo de coordinación de actuaciones para los traslados e ingresos de personas que padecen enfermedad mental [Internet] Consejería de Sanidad de la Región de Murcia; 2014 Mar [cited 2014 May 2018]. Available from: http://www.feafesmurcia.com/protocolo_definitivo_marzo_2014_def.pdf. Spanish.

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Elaboración y validación de un cuestionario para evaluar la satisfacción de los trabajadores con la vigilancia de la salud

Autores:

Acosta del Pino JM, Repullo Leiva S

Autor de correspondencia:
D. José Manuel Acosta del Pino
joseacosta1981@hotmail.com

Recibido: 7/02/2019 Trazabilidad editorial
Revisado: 21/03/2019 Aceptado: 04/04/2019

Citar como:

Acosta JM, Repullo S. Elaboración y validación de un cuestionario para evaluar la satisfacción de los trabajadores con la vigilancia de la salud. Revista Enfermería del Trabajo. 2019. 9; 2:72-93

Resumen

Introducción. El punto de partida de todo proceso de mejora es conocer el nivel de satisfacción de los usuarios respecto a los diferentes factores o elementos que intervienen en la prestación del servicio, lo que ayuda a determinar cuáles son los puntos fuertes y débiles del mismo. El método más utilizado para la medida de la satisfacción son los cuestionarios.

Objetivos. Elaborar y validar un cuestionario que permita conocer el grado de satisfacción que tienen los trabajadores con la vigilancia de la salud.

Materiales y métodos. Inicialmente se ha realizado una revisión bibliográfica en PubMed, Embase, Web of

Science, Scopus y Google Scholar dirigida a la búsqueda de cuestionarios validados que puedan ser utilizados para evaluar la satisfacción de los trabajadores con la vigilancia de la salud. La elaboración del cuestionario se realizará en dos fases, por un lado, se hará el diseño del cuestionario y por otro, la validación del mismo. La etapa de diseño del cuestionario se realizará formando un grupo de trabajo entre especialistas de Enfermería del trabajo y de Medicina del trabajo, y seguirá el método Delphi. En la etapa de validación se demostrará que el cuestionario cumple con las características de fiabilidad y validez.

Palabras Clave.

Vigilancia de la salud, cuestionario de satisfacción, salud laboral, validación.

Preparation and validation of a questionnaire to assess the satisfaction of workers with health surveillance

Abstract

Introduction. The starting point of any improvement process is to know the level of user satisfaction regarding the different factors or elements involved in the provision of the service, which helps to determine what are its strengths and weaknesses. The most used method for measuring satisfaction are the questionnaires.

Objectives. Develop and validate of a questionnaire to evaluate the grade of workers satisfaction with health surveillance.

Material and Methods. Initially has been carried out a systematic review in PubMed, Embase, Web of Science, Scopus and Google Scholar to find a validated

questionnaires that can be used to evaluate the workers satisfaction with health surveillance. The preparation of the questionnaire will be carried out in two phases, on the one hand, the design of the questionnaire and on the other, the validation. The design stage of the questionnaire will be carried out by forming a working group between specialists in Occupational health, nurses and doctors, and will follow the Delphi method. In the validation stage it will be demonstrated that the questionnaire meets the characteristics of reliability and validity.

Keywords. Health surveillance, satisfaction questionnaire, occupational health, validation.

INTRODUCCIÓN

Según la Ley 31/1995, de 8 de noviembre los trabajadores tienen derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo (artículo 14), además el empresario garantizará a los trabajadores a su servicio la vigilancia periódica de su estado de salud en función de los riesgos inherentes al trabajo (artículo 22)¹.

El Real Decreto 843/2011, de 17 de junio, considera a la Unidad Básica Sanitaria (UBS), como la unidad elemental o mínima de dotación de recursos humanos de los servicios sanitarios de los Servicios de Prevención, constituida por un médico del trabajo o de empresa y un enfermero del trabajo o de empresa o a jornada completa². La actividad sanitaria de los servicios de prevención incluye, entre otras y como principal actividad, a la vigilancia de la salud, que mediante procedimientos adecuadamente validados tiene como objetivo detectar sistemática y regularmente los signos y síntomas precoces de los daños derivados del trabajo, detectar las situaciones de riesgo, así como proponer las medidas preventivas necesarias².

La vigilancia de la salud consiste en la recogida sistemática y continua de datos acerca de un problema específico de salud; su análisis, interpretación y utilización en la planificación, implementación y evaluación de programas de salud³. Las medidas de vigilancia y control de la salud de los trabajadores se llevarán a cabo por personal sanitario con competencia técnica, formación y capacidad acreditada. Por lo tanto, es imprescindible realizar una vigilancia de la salud de calidad, que esté en evolución continua hacia la excelencia y la satisfacción de los usuarios. Se entiende por satisfacción a la sensación de cumplir satisfactoriamente una necesidad o deseo y comporta un sentimiento positivo percibido por la persona⁴. Algunos autores la definen como la coincidencia entre las expectativas y los resultados⁵.

Para Avedis Donabedian (1966), la satisfacción es la medida del resultado de la interacción entre el profesional de la salud y el paciente. La satisfacción del paciente en relación con los servicios de salud es un punto básico para determinar la calidad de la atención sanitaria que se presta⁶. El mismo autor entiende la satisfacción del paciente, como una medida de eficacia e incluso de control objetivo de la calidad de los servicios de salud⁶. Aunque han transcurrido más de 50 años desde que por primera vez Donabedian hablara de la satisfacción de los pacientes, este concepto sigue vigente.

Medir la satisfacción es esencial para cualquier organización sanitaria y su conocimiento debería ser parte del programa estratégico de cada una de ellas⁵.

Todos los modelos de gestión de la calidad en salud, desde el Ciclo evaluativo o de Mejora de Deming, hasta las

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

normas ISO-9000, el sistema de acreditación de la JCAHO o el modelo europeo de excelencia de la EFQM, se basan en la evaluación continua para conseguir un producto de calidad y satisfactorio para los clientes (pacientes). Además, una de las similitudes en los cuatro modelos es la importancia de la orientación hacia el cliente (el paciente), que todos destacan como característica primordial y que debe basarse en información contrastada acerca de las preferencias, las expectativas y las tendencias en la opinión de los pacientes. Los planes de calidad, al tener en cuenta la satisfacción del paciente como uno de los principales objetivos a conseguir, recomiendan un mayor protagonismo de éstos y desarrollan un nuevo tipo de relaciones médico-paciente, evaluando los resultados de la atención sanitaria desde la perspectiva del paciente⁷.

Justificación

La mejora de los servicios que se presta debe plantearse siempre desde el punto de vista de los usuarios. Un "servicio de calidad" es aquel que satisface las expectativas de quienes lo utilizan. Por tanto, es necesario, conocer su opinión y su grado de satisfacción. El punto de partida de todo proceso de mejora es conocer el nivel de satisfacción de los usuarios respecto a los diferentes factores o elementos que intervienen en la prestación del servicio, lo que ayuda a determinar cuáles son los puntos fuertes y débiles del mismo. La identificación por parte de los usuarios de estos puntos débiles y su correspondiente análisis son la base para mejorar cualquier actividad y/o servicio⁸.

“El método más utilizado para la medida de la satisfacción son los cuestionarios, que permiten detectar aspectos susceptibles de mejora, insuficiencias o disconformidades”

El método más utilizado para la medida de la satisfacción son los cuestionarios, que permiten detectar aspectos susceptibles de mejora, insuficiencias o disconformidades⁷.

Evaluar la satisfacción mediante cuestionarios permitirá mejorar la calidad asistencial de las UBS, detectar las variables que afectan al nivel de satisfacción y conocer las causas de insatisfacción.

PROTOSCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Paciente	Intervención	Comparación	Outcome
Trabajadores	Vigilancia de la Salud Laboral		Satisfacción

Tras realizar una amplia búsqueda bibliográfica se ha concluido que no se dispone de ningún instrumento validado que sea útil para nuestro objeto de estudio.

Dada la necesidad de evaluar, desde una aproximación basada en la evidencia, la satisfacción de los trabajadores con la vigilancia de la salud impartida desde las UBS, se ha considerado que la mejor manera es elaborar una herramienta para ello. Con este objetivo se decide iniciar el diseño y la validación de la misma que se denominará **“Cuestionario sobre la Satisfacción de los trabajadores con la Vigilancia de la Salud (CSVS)”**.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Elaborar y validar un cuestionario que permita conocer el grado de satisfacción que tienen los trabajadores con la vigilancia de la salud realizada por las UBS a las que corresponden.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estudiar la validez y la fiabilidad que tiene el cuestionario objeto de estudio en España.
- Valorar la percepción que tienen los trabajadores sobre las tareas y actividades que llevan a cabo los profesionales de las UBS relacionadas con la

vigilancia de la salud.

- Identificar y evaluar los aspectos susceptibles de mejora de las UBS.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

1.- Revisión sistemática

Inicialmente se ha realizado una revisión bibliográfica en PubMed, Embase, Web of Science, Scopus y Google Scholar dirigida a la búsqueda de cuestionarios validados que puedan ser utilizados para evaluar la satisfacción de los trabajadores con la vigilancia de la salud.

Pregunta PICO

Teniendo en cuenta que la búsqueda de estudios sobre la validación de cuestionarios relacionados con la salud laboral tiene ciertas dificultades, tales como, la falta de indexación de algunos artículos, así como a la utilización de nomenclatura no consensuada, la búsqueda incluye tanto lenguaje controlado Tesouro (términos MeSH o términos Emtree) como lenguaje natural (términos libres).

Se ha limitado temporalmente la búsqueda bibliográfica al periodo comprendido entre 2009 - 2018, ambos inclusive.

Tabla 1. Estrategia de búsqueda bibliográfica.

Estrategia de Búsqueda	PUBMED	EMBASE	SCOPUS	WEB OF SCIENCE
surveillance health AND patient satisfaction AND occupational health	159 artículos	13 artículos	1305 artículos	3 artículos
surveillance health AND satisfaction survey AND occupational health	471 artículos	22 artículos	1610 artículos	4 artículos
surveillance health AND satisfaction questionnaire AND occupational health	482 artículos	21 artículos	1012 artículos	7 artículos
surveillance health AND satisfaction AND surveys and questionnaires AND validation studies AND occupational health	13 artículos	0 artículos	460 artículos	1 artículo
"Patient Satisfaction AND "Occupational Health Services (MeSH major topic en Pubmed and Emtree major focus en Embase)	6 artículos	24 artículos	394 artículos	114 artículos

GOOGLE SCHOLAR

Search "Cuestionarios de satisfacción relacionados con la vigilancia de la salud"

Search "Cuestionarios de satisfacción relacionados con salud laboral"

Search "Cuestionarios de satisfacción relacionados con medicina del trabajo"

Search "Satisfaction questionnaires related to health surveillance"

Search "Satisfaction questionnaires related to occupational health"

Criterios de elegibilidad

a) Criterios de Inclusión:

- Artículos en los que se describa, utilice o valide alguna herramienta sobre la satisfacción de los usuarios con la vigilancia de la salud.

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

- Artículos en los que se evalúe la satisfacción de los usuarios con algún aspecto de las Unidades Básicas Sanitarias.
- Revisiones sistemáticas o informes técnicos donde se revise este tipo de instrumentos.

b) Criterios de Exclusión:

- Cualquier artículo, revisión sistemática o informe técnico que no evalúen la satisfacción de los usuarios con la vigilancia de la salud o con algún otro aspecto de la Unidades Básicas Sanitarias.

Tras realizar la lectura de los títulos y resúmenes de los artículos/estudios localizados mediante la estrategia de búsqueda en las bases de datos indicadas, se han seleccionado los que cumplen con los criterios de inclusión. Después de eliminar los que estaban repetidos han sido seleccionados 14 artículos (tabla 2), aunque ninguno de ellos ha sido considerado que es aplicable al objetivo de medida que se pretende valorar. Esto es debido, a que no reflejan la satisfacción de los trabajadores con la vigilancia de la salud o si lo reflejan, el cuestionario no

Tabla 2. Artículos seleccionados que cumplen los criterios de inclusión

ARTÍCULOS/ESTUDIOS SELECCIONADOS		
Autores	Título	Objetivos
Subirats-Cid P, Bretau-Viñas F, Vilardell-Ynaraja M, Carreras-Valls R, Sanchez E, Guixeras-Campos A, et al	¿Podemos medir la cultura preventiva? Elaboración y validación de un cuestionario de cultura preventiva	Obtener un instrumento de medida para evaluar la cultura preventiva en las instituciones hospitalarias en Cataluña
Alonso E, Cabeza P, Gutiérrez G, Pérez AR, Tomé P	Diseño y validación de un cuestionario de calidad de los cuidados de Enfermería del Trabajo en los Servicios de Prevención	Elaborar un cuestionario que nos permita conocer la percepción de los trabajadores sobre las actividades que realiza la enfermería del trabajo en los diferentes Servicios de Prevención.
Pérez MM	Satisfacción de los trabajadores en relación con la vigilancia de la salud	Realizar una revisión bibliográfica y proponer una propuesta de cuestionario de satisfacción
Guzik A, Menzel N, Fitzpatrick J, McNulty R	Patient satisfaction with nurse practitioner and physician services in the occupational health setting	Determinar si la satisfacción del paciente difería cuando la vigilancia de la salud era realizada por los enfermeros o por los médicos
Grooten WJA, Mullera M, Forsman M, Kjellberg K, Toomingasc A, Olov B, et al	Health risk appraisals in Swedish occupational health service	Describir y explorar las evaluaciones de riesgos para la salud de los servicios de salud laboral sobre el estado individual y la satisfacción general de los trabajadores
Krakov A, Kabaha N, Azuri J, Moshe S	Impact of patients' access to medical records in occupational medicine	Examinar las ventajas y desventajas de proporcionar información médica oral y escrita a pacientes de salud laboral.

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

ARTÍCULOS/ESTUDIOS SELECCIONADOS		
Autores	Título	Objetivos
Boschman JS, van der Molen HF, Sluiter JK, Frings-Dresen M	Improving occupational health care for construction workers: a process evaluation	Evaluar el proceso de vigilancia de la salud de los trabajadores de la construcción
Savinainen M, Nyberg M	Relationship between construction workers' musculoskeletal disorders and occupational health service activities	Determinar si existe una relación entre los trastornos musculoesqueléticos de los trabajadores de la construcción y las actividades realizadas desde las unidades de salud laboral
Volker D, Zijlstra-Vlasveld MC, Brouwers EPM, van der Feltz-Cornelis CM	Process evaluation of a blended web-based intervention on return to work for sick-listed employees with common mental health problems in the occupational health setting	Evaluar del proceso de una intervención combinada sobre el retorno al trabajo para los empleados enfermos con problemas de salud mental comunes en el entorno de salud laboral
Leensen MC, Groeneveld IF, Rejda T, Groenenboom P van Berkel S, Brandon T, et al	Feasibility of a multidisciplinary intervention to help cancer patients return to work	Evalúa la viabilidad de una intervención multidisciplinaria que combina el asesoramiento laboral con el ejercicio físico para mejorar el regreso al trabajo de los pacientes con cáncer
Baker A, Madan I	Process quality indicators for general clinical occupational health practice	Desarrollar indicadores genéricos de calidad que puedan mejorar las actividades realizadas por los servicios de prevención de riesgos laborales para facilitar la vuelta al trabajo tras una baja laboral.
Buck DF, Curley AL	Developing and implementing a survey employer satisfaction	Desarrollar e implementar una encuesta para determinar la satisfacción de los empresarios con la atención brindada desde salud laboral a los trabajadores lesionados
Hot I, Karlikaya E, Erdogan MS	Survey of the opinions on the occupational health system in turkey expressed by patients of the istanbul hospital of occupational diseases	Examinar la opinión de los pacientes de un hospital de enfermedades profesionales sobre la calidad de la prestación de servicios de medicina laboral en Turquía
Plomp HN, Ballast N	Trust and vulnerability in doctor-patient relations in occupational health	Explorar la relación entre la confianza y la vulnerabilidad en la relación entre el médico del trabajo y sus pacientes

está validado. De todas formas, dichos estudios han sido muy útiles ya que han proporcionado una base conceptual y metodológica que formará parte del nuevo instrumento de medida.

2.- Elaboración y validación del cuestionario

El proceso de construcción y validación de un cuestionario de medida es relativamente complejo y requiere el conocimiento teórico claro del aspecto que queremos medir, así como poseer conocimientos estadísticos avanzados y saber manejar programas informáticos para realizar las pruebas estadísticas⁹.

La elaboración del cuestionario se realizará en dos fases, por un lado, se hará el diseño del cuestionario y por otro, la validación de este, demostrando a la vez que cumple con las características de fiabilidad y validez^{10,11}.

Fase de diseño del cuestionario

La etapa de diseño del cuestionario se realizará formando un grupo de trabajo entre especialistas de Enfermería del trabajo y de Medicina del trabajo. Gracias a la colaboración de la AET (Asociación de especialistas en Enfermería del Trabajo) y al INSST (Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo), el grupo estará formado por 20 UBS (Unidades Básicas Sanitarias), por lo tanto, serán un total de 40 profesionales pertenecientes a Servicios de Prevención de la Administración Pública, a Servicios de Prevención Propios de Empresas Privadas y a Servicios de Prevención Ajenos.

1.- Servicios de Prevención de la Administración Pública:

- Diputación de Córdoba
- Ayuntamiento de Córdoba
- Hospital Reina Sofía de Córdoba
- Distrito Sanitario de Córdoba
- Otros servicios de prevención de la Administración Pública

2.- Servicios de Prevención Propios de Empresas Privadas:

- El Corte Inglés
- Mahou
- Airbus
- Acerinox

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

- Otros servicios de prevención propios de empresas privadas

3.- Servicios de Prevención Ajenos:

- Quirón
- Aspy
- Otros servicios de prevención ajenos

“ La elaboración del cuestionario se realizará siguiendo el método Delph Este método es una técnica de recogida de información.”

La elaboración del cuestionario se realizará siguiendo el método Delphi. Este método es una técnica de recogida de información que permite obtener la opinión de un grupo de expertos a través de la consulta reiterada.

Las preguntas del cuestionario se decidirán por consenso, y se basarán en la búsqueda de la excelencia relacionada con la vigilancia de la salud a través de la satisfacción de los propios trabajadores. Además, se identificarán aquellos aspectos susceptibles de mejora.

En un primer momento el investigador principal ha elaborado un borrador del cuestionario de satisfacción con diferentes dominios, y con sus correspondientes ítems (Anexo I). Dicho borrador será entregado a cada uno de los expertos que calificará de 1 a 5 la idoneidad de cada dominio y de cada uno de sus ítems (siendo 1 total desacuerdo, 2 desacuerdo, 3 no estoy seguro, 4 de acuerdo y 5 totalmente de acuerdo).

Se realizará un total de 3 vueltas, en cada una de ellas se descartará y/o modificará los dominios e ítems que obtengan una puntuación inferior al percentil 10. Además, se seguirán las recomendaciones del panel de expertos hasta que se complete la redacción final de todos ellos, tal y como aparecerán en el cuestionario final.

Según estas premisas se redactarán los ítems del cuestionario. Cada ítem se intentará definir de forma clara valorando que cumpla los criterios de suficiencia, coherencia y relevancia¹².

El criterio de suficiencia define la utilidad para valorar el

PROTOSCOLOS DE INVESTIGACIÓN

aspecto que se pretende, el criterio de coherencia define la relación entre los ítems que miden una misma dimensión entre las diferentes materias y el criterio de relevancia define la especial significación del ítem en la materia que valora¹².

Para evaluar y posteriormente poder valorar los resultados de cada ítem, se utilizará una escala analógica tipo Likert (de 1 a 4, siendo 1 el grado de menor satisfacción y 4 el de mayor satisfacción). De esta forma se intentará evitar un sesgo habitual denominado "error de tendencia central" es decir, la tendencia a elegir las respuestas centrales entre las diferentes opciones.

EXCELENTE (4); BUENO (3); MALO (2); MUY MALO (1); NS/NC

El cuestionario será en formato autoadministrado y se cumplimentará por cada trabajador como máximo un mes después de recibir el informe de resultados del examen de salud realizado.

En el formato final será incluido un apartado con datos sociodemográficos de los trabajadores: edad, sexo, categoría profesional, tipo de contrato y antigüedad laboral.

Debido a la complejidad para calcular el tamaño muestral, se ha decidido que cada UBS obtenga las respuestas del cuestionario de 300 trabajadores (n= 300). Por lo que, si habrá 20 UBS participantes en el estudio, el tamaño muestral final será de 6000 trabajadores (N=6000). Se dispondrá de un periodo de tiempo de 6 meses para que cada experto obtenga los resultados

Aspectos éticos y legales que conciernen al estudio

Para cumplir con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales¹³ y con el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos¹⁴, se obtendrá de cada trabajador un consentimiento informado que seguirá el modelo disponible en el Anexo II. En todo momento se garantizará que el cuestionario sea confidencial.

El estudio no conlleva ningún riesgo puesto que no es necesaria ninguna técnica invasiva y tendrá que ser previamente aprobado por el Comité de Bioética (CBE) del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, centro de referencia del investigador principal.

Fase de validación del cuestionario

Para que un cuestionario se considere válido debe ser fiable, capaz de medir sin error, sencillo, debe poder detectar y medir cambios, ser adecuado para medir aquello que se pretende medir y reflejar el concepto que se quiere medir^{12,15}.

Evaluar las propiedades psicométricas de un instrumento es un criterio esencial para determinar su calidad. Por lo tanto, para valorar la precisión del cuestionario es fundamental determinar la fiabilidad y la validez¹⁶.

1.- Fiabilidad

Es la propiedad que designa la constancia y precisión de los resultados que obtiene un instrumento al aplicarlo en distintas ocasiones. Evalúa el grado de consistencia en que un instrumento mide lo que debe medir¹⁶. Un instrumento es fiable cuando los resultados son comparables en situaciones similares.

La fiabilidad se mide en grados y se expresa en forma de coeficiente de correlación que varía de 0 (ausencia de correlación) a 1 (correlación perfecta). Según algunos autores, el margen aceptable para los coeficientes de fiabilidad se sitúa entre 0,7 y 0,9.

La fiabilidad se puede estimar por cuatro variables: la consistencia interna, la estabilidad, la equivalencia y la armonía interjueces¹⁶. El método utilizado depende de la naturaleza del instrumento.

- **La consistencia interna:** mide la homogeneidad de los enunciados de un instrumento indicando la relación entre ellos.

Para calcularla se utilizará el **estadístico alfa de Cronbach**, que mide la correlación de los ítems dentro del cuestionario, valorando cómo los diferentes ítems del instrumento miden las mismas características¹⁶.

El rango del estadístico alfa de Cronbach oscila de 0 a 1. Valores elevados denotan una mayor consistencia interna. Según George y Mallery¹⁷, el estadístico alfa de Cronbach por debajo de 0,5 muestra un nivel de fiabilidad no aceptable; entre 0,5 y 0,6 indica un nivel pobre; entre 0,6 y 0,7 indica un nivel débil; entre 0,7 y 0,8 hace referencia a un nivel aceptable; en el intervalo 0,8-0,9 indica un nivel bueno y si tomara un valor superior a 0,9 sería excelente.

- **La estabilidad:** Mide la constancia de las respuestas obtenidas en repetidas ocasiones, en las mismas condiciones y con los mismos sujetos¹⁶.

La estimación de la estabilidad se obtendrá con la

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN



técnica del test-retest. Por lo que se utilizará en dos ocasiones diferentes el instrumento en una misma muestra de sujetos. (0-3 semanas después) y se compararán los resultados de ambos momentos. Para valorar la estabilidad mediante test-retest se utilizará el **coeficiente de correlación intraclassa (CCI)**.

- **La equivalencia:** Es otra manera de medir la fiabilidad de un instrumento cuando se dispone de dos o más versiones del mismo test. Se mide el grado de correlación entre las versiones aplicándolas sucesivamente a los sujetos en un mismo tiempo. En este caso, como no se dispone de más versiones del cuestionario no se medirá.
- **La armonía interjueces o variación interobservador:** Mide el grado de concordancia entre los resultados de dos o más observadores al medir las mismas variables o acontecimientos¹⁶. No se requiere evaluar porque es un cuestionario autoadministrado.

2. Validez

La validez explora en qué grado un instrumento mide lo que debería medir, es decir aquello para lo que ha sido diseñado. La validez es una pieza clave tanto en el diseño de un cuestionario como en la comprobación de la utilidad de la medida realizada.

La validez se evaluará a través de sus cuatro dimensiones:

validez lógica, de contenido, de criterio y de constructo:

- **Validez lógica o aparente:** Se refiere al grado en que cada ítem mide de manera lógica lo que pretende medir. Se aplicará durante la fase de diseño del cuestionario según el juicio del grupo de expertos^{11,12,18}.
- **La validez de contenido:** Es un método relevante sobre todo cuando se diseña un instrumento. Evalúa de manera cualitativa si el cuestionario abarca todas las dimensiones del fenómeno que se quiere medir, ya que se considera que un instrumento es válido en su contenido si contempla todos los aspectos relacionados con el concepto que mide^{16,18}. Para ello es necesario tener una idea clara de los aspectos conceptuales que se van a medir. Un inconveniente de esta dimensión es que no suele estar disponible un listado correcto sobre el contenido del fenómeno que se va a medir y por lo tanto hay que establecerlo. Esto supone el riesgo de que no se incluyan todas las dimensiones. Para medir este tipo de validez se utilizará el método Delphi.
- **Validez de criterio:** Se establece la validez de criterio comparando el instrumento de medida con una prueba de referencia o Gold-Standard¹⁸. En este caso no disponemos de prueba de referencia, por lo que no se llevará a cabo.
- **La validez de constructo:** Es el grado en que una

PROTOSCOLOS DE INVESTIGACIÓN

medición se relaciona con otras mediciones de manera consistente con las hipótesis teóricas que definen el constructo que se quiere medir¹⁵.

Para medirla se utilizará el análisis factorial, que agrupa las respuestas en función de factores subyacentes; por lo que en estos casos se la denomina validez factorial.

El análisis factorial es un análisis estadístico multivariante que reduce un conjunto de variables interrelacionadas en un número de variables comunes llamados factores¹⁶.

Hay dos tipos de análisis factorial: el exploratorio y el confirmatorio. El exploratorio se utiliza cuando no se conocen previamente los factores definitorios de las variables y el confirmatorio cuando se parte de factores definidos "a priori" y se comprueba la adecuación de estos al constructo teórico¹⁵. Se realizará mediante el **índice de Kaiser Meyer Olkim (KMO)**, el cual indica el grado de intercorrelación de las variables; si es mayor de 0,7 se considera factible.

Concepto de factibilidad

La factibilidad mide si el cuestionario es asequible para el campo en el que se quiere utilizar¹⁶. Los aspectos que habitualmente se evalúan son: el tiempo que se requiere para cumplimentarlo, la sencillez y la amenidad del formato, la brevedad y claridad de las preguntas, así como el registro, la codificación y la interpretación de los resultados¹⁶.

Esta característica es preciso medirla en distintas poblaciones para conocer si el instrumento es adecuado

en sujetos en diferentes situaciones.

Se obtendrá mediante el cálculo del porcentaje de respuestas no contestadas y el tiempo requerido para rellenarlo.

La factibilidad también se medirá evaluando la percepción del usuario respecto a la facilidad de usar el cuestionario, así como la percepción del profesional respecto a su utilidad en la práctica clínica.

En primer lugar, se realizará una validación del cuestionario a nivel nacional.

Análisis de datos

Para el análisis estadístico de los datos de cada una de las pruebas de validación, se utilizará el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 25.

Se va a calcular el estadístico alfa de Cronbach, el coeficiente de correlación intraclase (CCI) y el índice de Kaiser Meyer Olkim (KMO).

Recursos e instalaciones necesarios para el desarrollo del estudio .

No se requiere uso de recursos ni de instalaciones especiales, salvo ordenador con el software informático (Excel, SPSS) para la explotación de los datos.

No se cuenta con financiación externa para el desarrollo del estudio.

REFERENCIAS

1. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales. Boletín Oficial del Estado, 10 de noviembre de 1995, núm. 269, pp. 32590-32611. [consultado 5 de junio de 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/1gSF4XA>
2. España. Real Decreto 843/2011, de 17 de junio, por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención. Boletín Oficial del Estado, de 4 de julio de 2011, núm. 158, pp. 70693-70703. [consultado 5 de junio de 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2KgNYit>
3. Dolores M, Gómez S, Fàbrega MS, Ardanuy TP. Notas Técnicas de Prevención La vigilancia de la salud en la normativa de prevención de riesgos laborales. 2012;1. [consultado 5 de junio de 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2xGTXGM>
4. Fontova A. Estudio de la satisfacción de pacientes y profesionales en un servicio de urgencias hospitalario. TDX (Tesis Dr en Xarxa) [Internet]. 2015 May 19 [consultado 18 de octubre de 2018]; Disponible en: <https://bit.ly/2EeUUvA>
5. Bustamante P, Avendaño D, Camacho B, Ochoa E, Alemany FX, Romero MA, et al. Evaluación de la satisfacción del paciente con la atención recibida en un servicio de urgencias hospitalario y sus factores asociados. Emergencias [Internet]. 2013;25:171-6. [consultado 8 de junio de 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2EfQ40Y>

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

6. De Los Ríos JL, Ávila TL. Algunas consideraciones en el análisis del concepto: satisfacción del paciente. Investigación y Educación en Enfermería [Internet]. 2004;XXII(2):128-137 [consultado 8 de junio de 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2Qq49QT>
7. Montoya M, Valdés C, Rábano M, Artos Y, Cabello P, Castro N, et al. Variables asociadas a la satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis. Rev Soc Esp Enferm Nefrol [Internet]. 2009 Mar; 12(1): 19-25. [consultado 9 de junio de 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2BcY7bZ>
8. Gobierno de Navarra. Guía para medir la satisfacción respecto a los servicios prestados. [Internet]. 2009. [consultado 11 de junio de 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2zThBCo>
9. Martín MC. Matronas Profesión. [Internet]. Vol. 5, Matronas profesión, ISSN 1578-0740, Vol. 5, No. 17, 2004, págs. 23-29. Ediciones Mayo S.A; 2004 [consultado 13 de agosto de 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2qVehBW>
10. Sancañudo C, Jiménez-Rodríguez D, Tébar FJ, Hernández-Morante JJ. Traducción y validación de un cuestionario para la detección de trastornos del comportamiento alimentario en pacientes con diabetes mellitus. Med Clin (Barc) [Internet]. 2017 Jun 21 [consultado 17 de agosto de 2018];148(12):548-54. Disponible en: <https://bit.ly/2QWQTQ1>
11. Mokkink LB, Prinsen CAC, Bouter LM, De Vet HCW, Terwee CB. The COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments (COSMIN) and how to select an outcome measurement instrument. Braz J Phys Ther [Internet]. [consultado 17 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0143>
12. Subirats-Cid P, Bretau-Viñas F, Vilardell-Ynaraja M, Carreras-Valls R, Sanchez E, Guixeras-Campos A, et al. ¿Podemos medir la cultura preventiva? Elaboración y validación de un cuestionario de cultura preventiva. Medicina y Seguridad del Trabajo. Número 250. 2018; [consultado 5 de septiembre de 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2Dy0bOz>
13. España. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Personales y garantía de los derechos digitales. Boletín Oficial del Estado, 6 de diciembre de 2018, núm. 294, pp. 119788-119857. [consultado 11 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2SKxSRj>
14. Unión Europea. Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos. Diario Oficial de la Unión Europea L119, 4 de mayo de 2016, pp. 1-88. [consultado 3 de septiembre de 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/21hsPpq>
15. Garcia M, Rodriguez F, Carmona L. Validacion de cuestionarios. Reumatol Clínica [Internet]. 2009 [consultado 5 de octubre de 2018]; 05(4):171-7. Disponible en: <https://bit.ly/2BjjSrV>
16. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales Á. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud?. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2011 Abr [consultado 6 de octubre de 2018]; 34(1): 63-72. Disponible en: <https://bit.ly/2qVVpTB>
17. George D, Mallery, P. SPSS/PC+ step by step: A simple guide and reference. Belmont, CA. Estados Unidos Wadsworth Publishing Company 1995. [consultado 7 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2Ux43W2>
18. Ramada-Rodilla, JM, Serra-Pujadas, C, Delclós-Clanchet, G. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. Salud Pública de México [Internet]. 2013; [consultado 15 de octubre de 2018]; 55(1):57-66. Disponible en: <https://bit.ly/2DxeYZM>

PROTOSCOLOS DE INVESTIGACIÓN

ANEXO I. Borrador del Cuestionario sobre la Satisfacción de los usuarios con la Vigilancia de la Salud (CSVS)

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad: _____ años

Sexo: Mujer Hombre

Categoría profesional: _____

Tipo de Contrato: Plantilla Vacante (Interino) Eventual

Antigüedad Laboral (en la misma categoría Laboral): _____ años

ANTES DEL EXAMEN DE SALUD LABORAL

• INSTALACIONES

LIMPIEZA DE LAS INSTALACIONES

¿Cómo calificaría la limpieza y orden de las siguientes instalaciones?

Marcar con una X dentro del recuadro

	Excelente	Bueno	Malo	Muy Malo	NS/NC
1. Aseos y zonas comunes					
2. Secretaría					

ACCESIBILIDAD DE LAS INSTALACIONES

3. ¿Cómo calificaría la accesibilidad a la Unidad de Salud Laboral?

Excelente Bueno Malo Muy Malo NS/NC

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

COMODIDAD/CONFORT DE LAS INSTALACIONES

¿Cómo calificaría la comodidad/confort de las siguientes instalaciones?

Marcar con una X dentro del recuadro

	<i>Excelente</i>	<i>Bueno</i>	<i>Malo</i>	<i>Muy Malo</i>	<i>NS/NC</i>
4. Sala de espera					
5. Secretaría					

- ADMINISTRACIÓN

OPINIÓN SOBRE LA ATENCIÓN DEL PERSONAL DE SECRETARÍA

6. ¿Cómo calificaría la actitud y disponibilidad del personal de secretaría que le ha atendido?

Excelente *Bueno* *Malo* *Muy Malo* *NS/NC*

7. ¿Cómo calificaría la información y/o orientación que el profesional le ha transmitido relacionado con las gestiones administrativas (documentos, lugares de presentación, etc.) en caso de haberlo necesitado?

Excelente *Bueno* *Malo* *Muy Malo* *NS/NC*

8. ¿Cómo calificaría el tiempo de espera previo a ser atendido por el personal de secretaría?

Excelente *Bueno* *Malo* *Muy Malo* *NS/NC*

9. ¿Cómo calificaría el grado de amabilidad /respeto del personal de secretaría que le ha atendido?

Excelente *Bueno* *Malo* *Muy Malo* *NS/NC*

10. ¿Cómo calificaría el grado de confidencialidad mostrado, por el personal de secretaría, sobre los datos de su historia clínico-laboral?

Excelente *Bueno* *Malo* *Muy Malo* *NS/NC*

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

OPINIÓN SOBRE EL PROCESO DE CITACIÓN:

11. ¿Cómo calificaría el método utilizado para la comunicación de su cita para realizarse la Vigilancia de la Salud?

Excelente Bueno Malo Muy Malo NS/NC

12. ¿Cómo calificaría usted la atención recibida a la hora de darle la cita?

Excelente Bueno Malo Muy Malo NS/NC

13. ¿Cómo calificaría la necesidad de confirmar la cita con antelación?

Excelente Bueno Malo Muy Malo NS/NC

14. ¿Cómo calificaría el tiempo de demora desde solicitar la cita hasta la consulta?

Excelente Bueno Malo Muy Malo NS/NC

DURANTE EL EXAMEN DE SALUD LABORAL

• LIMPIEZA DE LAS INSTALACIONES

¿Cómo calificaría la limpieza y orden de las siguientes instalaciones?

Marcar con una X dentro del recuadro

	Excelente	Bueno	Malo	Muy Malo	NS/NC
15.Consulta de Medicina					
16.Consulta de Enfermería					

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

- COMODIDAD/CONFORT DE LAS INSTALACIONES

¿Cómo calificaría la comodidad/confort de las siguientes instalaciones?

Marcar con una X dentro del recuadro

	<i>Excelente</i>	<i>Bueno</i>	<i>Malo</i>	<i>Muy Malo</i>	<i>NS/NC</i>
<i>17. Consulta de Medicina</i>					
<i>18. Consulta de Enfermería</i>					

- PROFESIONALES SANITARIOS

¿Cómo calificaría la actitud y disponibilidad de los siguientes profesionales que le han atendido?

	<i>Excelente</i>	<i>Bueno</i>	<i>Malo</i>	<i>Muy Malo</i>	<i>NS/NC</i>
<i>19. Enfermero del trabajo</i>					
<i>20. Médico del trabajo</i>					

¿Cómo calificaría la información y/o orientación, que cada uno de los siguientes profesionales, le han transmitido en consulta relacionado con los procedimientos de vigilancia de la salud, en caso de haberlos necesitado (TES, embarazo, discapacitados, sospecha de enfermedad profesional, notificación de riesgo, AT/incidente, etc.?)

	<i>Excelente</i>	<i>Bueno</i>	<i>Malo</i>	<i>Muy Malo</i>	<i>NS/NC</i>
<i>21. Enfermero del trabajo</i>					
<i>22. Médico del trabajo</i>					

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo calificaría el grado de información recibida relacionada con su examen de salud de los siguientes profesionales que le han atendido?

	<i>Excelente</i>	<i>Bueno</i>	<i>Malo</i>	<i>Muy Malo</i>	<i>NS/NC</i>
<i>23. Enfermero del trabajo</i>					
<i>24. Médico del trabajo</i>					

¿Cómo calificaría el tiempo que le ha dedicado cada uno de los siguientes profesionales?

	<i>Excelente</i>	<i>Bueno</i>	<i>Malo</i>	<i>Muy Malo</i>	<i>NS/NC</i>
<i>25. Enfermero del trabajo</i>					
<i>26. Médico del trabajo</i>					

¿Cómo calificaría el conocimiento sobre los riesgos de su puesto de trabajo de cada uno de los siguientes profesionales?

	<i>Excelente</i>	<i>Bueno</i>	<i>Malo</i>	<i>Muy Malo</i>	<i>NS/NC</i>
<i>27. Enfermero del trabajo</i>					
<i>28. Médico del trabajo</i>					

¿Cómo calificaría el conocimiento, de cada uno de los siguientes profesionales, sobre el instrumental/ aparataje del que disponía para la realización de su examen de salud?

	<i>Excelente</i>	<i>Bueno</i>	<i>Malo</i>	<i>Muy Malo</i>	<i>NS/NC</i>
<i>29. Enfermero del trabajo</i>					
<i>30. Médico del trabajo</i>					

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo calificaría la exploración y/o valoración de su estado de salud, realizada por cada uno de los siguientes profesionales, durante el examen de salud?

	<i>Excelente</i>	<i>Bueno</i>	<i>Malo</i>	<i>Muy Malo</i>	<i>NS/NC</i>
31. Enfermero del trabajo					
32. Médico del trabajo					

¿Cómo calificaría el interés mostrado, por cada uno de los siguientes profesionales, para resolver y solucionar sus problemas durante el examen de salud?

	<i>Excelente</i>	<i>Bueno</i>	<i>Malo</i>	<i>Muy Malo</i>	<i>NS/NC</i>
33. Enfermero del trabajo					
34. Médico del trabajo					

¿Cómo calificaría la resolución de sus dudas, de cada uno de los siguientes profesionales, sobre alguna cuestión relacionada con su examen de salud?

	<i>Excelente</i>	<i>Bueno</i>	<i>Malo</i>	<i>Muy Malo</i>	<i>NS/NC</i>
35. Enfermero del trabajo					
36. Médico del trabajo					

¿Cómo calificaría la duración de las pruebas complementarias realizadas por cada uno de los siguientes profesionales?

	<i>Excelente</i>	<i>Bueno</i>	<i>Malo</i>	<i>Muy Malo</i>	<i>NS/NC</i>
37. Enfermero del trabajo					
38. Médico del trabajo					

PROCOLOS DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo calificaría el grado de comprensión de la información que le ha proporcionado cada uno de los siguientes profesionales?

	<i>Excelente</i>	<i>Bueno</i>	<i>Malo</i>	<i>Muy Malo</i>	<i>NS/NC</i>
<i>39. Enfermero del trabajo</i>					
<i>40. Médico del trabajo</i>					

¿Cómo calificaría la información recibida, por de cada uno de los siguientes profesionales, sobre la evaluación de su estado de salud?

	<i>Excelente</i>	<i>Bueno</i>	<i>Malo</i>	<i>Muy Malo</i>	<i>NS/NC</i>
<i>41. Enfermero del trabajo</i>					
<i>42. Médico del trabajo</i>					

¿Cómo calificaría el tiempo de espera previo a ser atendido por cada uno de los siguientes profesionales?

	<i>Excelente</i>	<i>Bueno</i>	<i>Malo</i>	<i>Muy Malo</i>	<i>NS/NC</i>
<i>43. Enfermero del trabajo</i>					
<i>44. Médico del trabajo</i>					

- AMABILIDAD/RESPECTO MOSTRADA POR LOS DISTINTOS PROFESIONALES

¿Cómo calificaría el grado de amabilidad /respeto de cada uno de los siguientes profesionales que le han atendido?

	<i>Excelente</i>	<i>Bueno</i>	<i>Malo</i>	<i>Muy Malo</i>	<i>NS/NC</i>
<i>45. Enfermero del trabajo</i>					
<i>46. Médico del trabajo</i>					

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

• GRADO DE SEGURIDAD TRANSMITIDO POR LOS DISTINTOS PROFESIONALES QUE LE HAN ATENDIDO

¿Cómo calificaría el grado de seguridad mostrado en consulta por parte de los siguientes profesionales?

	<i>Excelente</i>	<i>Bueno</i>	<i>Malo</i>	<i>Muy Malo</i>	<i>NS/NC</i>
<i>47. Enfermero del trabajo</i>					
<i>48. Médico del trabajo</i>					

• GRADO DE CONFIANZA TRANSMITIDO POR LOS DISTINTOS PROFESIONALES QUE LE HAN ATENDIDO

¿Cómo calificaría el grado de confianza mostrado en consulta por parte de los siguientes profesionales?

	<i>Excelente</i>	<i>Bueno</i>	<i>Malo</i>	<i>Muy Malo</i>	<i>NS/NC</i>
<i>49. Enfermero del trabajo</i>					
<i>50. Médico del trabajo</i>					

• PROTECCIÓN DE DATOS

¿Cómo calificaría el grado de confidencialidad mostrado, por los siguientes profesionales, sobre los datos de su historia clínico-laboral?

	<i>Excelente</i>	<i>Bueno</i>	<i>Malo</i>	<i>Muy Malo</i>	<i>NS/NC</i>
<i>51. Enfermero del trabajo</i>					
<i>52. Médico del trabajo</i>					

• INTIMIDAD

¿Cómo calificaría el grado intimidad que le han proporcionado los siguientes profesionales?

	<i>Excelente</i>	<i>Bueno</i>	<i>Malo</i>	<i>Muy Malo</i>	<i>NS/NC</i>
<i>53. Enfermero del trabajo</i>					
<i>54. Médico del trabajo</i>					

PROTOSCOLOS DE INVESTIGACIÓN

• ESCUCHA ACTIVA MOSTRADA POR LOS DISTINTOS PROFESIONALES

¿Cómo calificaría la disposición de cada uno de los siguientes profesionales para escucharle?

	Excelente	Bueno	Malo	Muy Malo	NS/NC
55. Enfermero del trabajo					
56. Médico del trabajo					

• OPINIÓN SOBRE EL ESTADO DEL INSTRUMENTAL/APARATAJE

¿Cómo calificaría la dotación del instrumental/aparataje con el que se le ha atendido en cada una de las siguientes consultas?

	Excelente	Bueno	Malo	Muy Malo	NS/NC
57. Enfermero del trabajo					
59. Médico del trabajo					

• EDUCACIÓN/PROMOCIÓN DE LA SALUD

¿Cómo calificaría las recomendaciones, relacionadas con la promoción de la salud, realizadas, por parte de los siguientes profesionales, durante el examen de salud?

	Excelente	Bueno	Malo	Muy Malo	NS/NC
59. Enfermero del trabajo					
60. Médico del trabajo					

DESPUÉS DEL EXAMEN DE SALUD LABORAL

• INFORME DE VIGILANCIA DE LA SALUDatendido?

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

61. *¿Cómo calificaría la rapidez del envío del informe sobre la vigilancia de la salud?*

Excelente Bueno Malo Muy Malo NS/NC

62. *¿Cómo calificaría la comprensión del informe recibido tras la vigilancia de la salud?*

Excelente Bueno Malo Muy Malo NS/NC

63. *¿Cómo calificaría la confidencialidad del informe recibido tras la vigilancia de la salud?*

Excelente Bueno Malo Muy Malo NS/NC

• EDUCACIÓN/PROMOCIÓN DE LA SALUD

64. *¿Cómo calificaría las actividades realizadas desde la Unidad de Salud Laboral relacionadas con la educación/promoción de la salud?*

Excelente Bueno Malo Muy Malo NS/NC

• PERIODICIDAD DE LA VIGILANCIA DE LA SALUD

65. *¿Cómo calificaría la periodicidad de la realización de los exámenes de salud?*

Excelente Bueno Malo Muy Malo NS/NC

• SATISFACCIÓN GENERAL

• SATISFACCIÓN GENERAL CON EL PROCESO DE CITACIÓN

66. *En general, ¿Cómo calificaría su grado de satisfacción con todo lo relacionado con respecto a su cita en la Unidad de Vigilancia de la Salud (atención recibida, demora en la cita, tiempo de espera en consulta, etc.)?*

Excelente Bueno Malo Muy Malo NS/NC

• SATISFACCIÓN GENERAL CON LA ATENCIÓN TELEFÓNICA

67. *En general, ¿Cómo calificaría su grado de satisfacción con la atención telefónica recibida desde la Unidad de Vigilancia de la Salud?*

Excelente Bueno Malo Muy Malo NS/NC

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

• SATISFACCIÓN GENERAL CON LOS PROFESIONALES

En general, ¿Cómo calificaría su grado de satisfacción con la atención recibida, por parte los siguientes profesionales?

	Excelente	Bueno	Malo	Muy Malo	NS/NC
68. Enfermero del trabajo					
69. Médico del trabajo					
70. Personal de Secretaría					

• SATISFACCIÓN GENERAL CON LA VIGILANCIA DE LA SALUD

71. En general, ¿Cómo calificaría su grado de satisfacción tras haberse realizado el examen de salud?

Excelente Bueno Malo Muy Malo NS/NC

ANEXO II - CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO - INFORMACIÓN AL TRABAJADOR/A

Antes de proceder a la firma de este consentimiento informado, lea atentamente la información que a continuación se le facilita y realice las preguntas que considere oportunas.

Naturaleza

El objetivo del estudio es elaborar y validar un cuestionario que permita conocer el grado de satisfacción que tienen los trabajadores con la vigilancia de la salud realizada por las UBS a las que corresponden.

“Cuestionario sobre la Satisfacción de los usuarios con la Vigilancia de la Salud (CSVs)”

Importancia

Es de vital importancia valorar periódicamente el grado de satisfacción de los trabajadores relacionado con la vigilancia de la salud que se imparte desde los servicios de prevención a los que pertenecen.

Gracias a ello se podrán identificar todos aquellos

aspectos que sean susceptibles de mejora, tales como, la atención o la calidad de las intervenciones realizadas.

Implicaciones

- La participación es totalmente voluntaria.

- El/la trabajador/a puede retirarse del estudio cuando así lo manifieste, sin dar explicaciones y sin que esto repercuta en su vigilancia de la salud.

- Todos los datos de carácter personal obtenidos en este estudio son confidenciales y se tratarán conforme a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos.

- La información obtenida se utilizará exclusivamente para fines específicos de investigación.

Riesgos de la investigación:

Ninguno previsible, puesto que, no es necesaria ninguna técnica invasiva. Si requiere información adicional se puede poner en contacto con nuestro personal sanitario.

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO - CONSENTIMIENTO POR ESCRITO

Yo, _____

- He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento
- He podido hacer preguntas sobre el estudio
- He recibido suficiente información sobre el estudio y he hablado con el personal sanitario informador: _____
- Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio
- Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos.
- Se me ha informado de que la información obtenida sólo se utilizará para fines específicos de investigación

Comprendo que puedo retirarme del estudio o incluso no participar:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones
- Sin que esto repercuta en mi vigilancia de la salud

Presto libremente mi conformidad para participar en el proyecto titulado:

"Cuestionario sobre la Satisfacción de los usuarios con la Vigilancia de la Salud (CSVs)"

Firma del trabajador/a
(o representante legal en su caso)

Firma del profesional
sanitario informador

Nombre y apellidos:
Fecha:

Nombre y apellidos:
Fecha:

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Efectividad de una intervención formativa a trabajadores de Jaén con riesgo elevado de desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2

Autor:

Pérez-Navarro A.

Enfermero Especialista en Enfermería del Trabajo

Autor de correspondencia:

D. Ángel Pérez Navarro

angel_pz88@hotmail.com

Recibido: 9/02/2019 Trazabilidad editorial Revisado: 24/03/2019 Aceptado: 04/04/2019

Citar como:

Pérez-Navarro A Efectividad de una intervención formativa a trabajadores de Jaén con riesgo elevado de desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2. Revista Enfermería del Trabajo. 2019. 9; 2:94-108

Resumen

Introducción. En los últimos años, la prevalencia de la Diabetes Mellitus Tipo II ha aumentado de forma considerable, representando un problema importante en el ámbito laboral, ocasionando desde limitaciones de acceso al mercado de trabajo hasta salida del mismo como consecuencia de las complicaciones crónicas. Por ello, se pretende desarrollar un Programa de Promoción de la Salud en el Trabajo, cuyo fin es reducir o retrasar la aparición de la enfermedad en el colectivo laboral con riesgo elevado de padecerla, disminuyendo así la incapacidad, coste y mortalidad asociados.

Objetivos. General: Evaluar la efectividad de una intervención formativa para reducir el riesgo elevado de padecer Diabetes Mellitus Tipo II en la población laboral de la provincia de Jaén. Específicos: Analizar el impacto de los distintos factores de riesgo del colectivo laboral

relacionados con el desarrollo de la patología; Determinar la prevalencia de trabajadores/as con alto riesgo de sufrir la enfermedad; Valorar la satisfacción personal de los participantes.

Material y métodos. Consistirá en un diseño epidemiológico experimental a través de un Ensayo Clínico Controlado Aleatorizado en paralelo. Obteniendo dos grupos de estudio: grupo control y grupo experimental. A este último, se le aplicará la intervención de Enfermería del Trabajo, basada en 3 sesiones formativas. Se pasará el cuestionario FINDRISC (nivel de riesgo de padecer DM Tipo II) a los trabajadores/as antes y después de la actividad, para valorar de forma significativa, si se ha reducido su puntuación tras la misma, comparando los resultados de ambos grupos (200 participantes en total).

Palabras clave: Salud laboral, promoción de la salud en lugares de trabajo, diabetes mellitus.

Effectiveness of a training intervention for workers in Jaén with a high risk of developing Type 2 Diabetes Mellitus

Abstract

Introduction. In recent years, the prevalence of Type II Diabetes Mellitus has increased considerably, representing a major problem in the workplace, from limitations on access to and exit from the labour market as a result of chronic complications. It is therefore intended to develop a programme for the promotion of occupational health, the aim of which is to reduce or delay the occurrence of the disease in the occupational group at high risk of suffering it, thereby reducing incapacity, associated cost and mortality.

Objectives. General: To evaluate the effectiveness of a formative intervention to reduce the high risk of suffering Diabetes Mellitus Type II in the working population of the province of Jaén. **Specific:** To analyze the impact of the different risk factors of the working group related to the development of the pathology; To determine the

prevalence of workers at high risk of suffering the disease; Assess the personal satisfaction of the participants.

Material and methods. It will consist of an experimental epidemiological design through a randomized controlled clinical trial in parallel. Obtaining two study groups: control group and experimental group. For the latter, the intervention of Nursing Labour, based on 3 training sessions, will be applied. The FINDRISK questionnaire (level of risk of Type II DM) shall be passed on to workers before and after the activity in order to assess significantly whether their scores have been reduced after the activity, comparing the results of both groups (200 participants in total).

Keywords: occupational health, workplace health promotion, diabetes mellitus.

INTRODUCCIÓN

El término Diabetes Mellitus (DM), según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como alteraciones metabólicas de múltiples etiologías, caracterizadas por hiperglucemia crónica y trastornos en el metabolismo de los hidratos de carbono, las grasas y proteínas, resultado de defectos en la secreción de insulina, en la acción de la misma o en ambas¹. Es una enfermedad metabólica frecuente, existiendo distintos tipos de presentación, siendo más habitual la Diabetes Mellitus Tipo 2 entre los trabajadores y trabajadoras.

La DM Tipo 2 es considerada uno de los problemas sanitarios más graves del siglo XXI, aumentando su prevalencia en los últimos años de forma significativa², representando entre el 90 - 95 % del total de diabéticos. Se diagnostica de forma tardía en el 30 - 50 % de los casos^{3,4} siendo un asunto de primera importancia en Salud Pública, tanto por su severidad como por la diversidad de aparición de complicaciones crónicas: insuficiencia renal, infarto de miocardio, ceguera, accidente cerebrovascular o amputación de miembros inferiores, entre otros⁵.

“Aproximadamente la mitad de las muertes atribuibles a la hiperglucemia tienen lugar antes de los 65 años de edad, estimándose que para el año 2030, sea la séptima causa de mortalidad”

Aproximadamente la mitad de las muertes atribuibles a la hiperglucemia tienen lugar antes de los 65 años de edad, estimándose que para el año 2030, sea la séptima causa de mortalidad⁶. De acuerdo con la “Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud”, la prevalencia de esta enfermedad está en torno al 6,5 % en la población entre 30 y 65 años⁷. Por otro lado, un porcentaje elevado de población adulta (15,6 %) en Andalucía⁸, se encuentra en riesgo de padecer Diabetes, entre los que se encuentra el personal laboral.

En 1997 y 2003, el Comité de Expertos para la clasificación y el diagnóstico de Diabetes Mellitus identificó a un grupo de personas cuyos niveles de glucosa no cumplían los criterios de Diabetes, pero que eran demasiado altos como para tratarlos como normales^{9,10}. Eran aquellos que padecían lo que se denominó Prediabetes, el estadio

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

previo para el desarrollo de Diabetes Mellitus, considerada como una epidemia silente, por su carácter asintomático y el subdiagnóstico de la misma^{11,12}. No se debe estimar como una entidad clínica por su cuenta, sino como mayor riesgo de padecer la enfermedad.

En la mayoría de los casos se encuentra sin diagnosticar durante muchos años, porque la hiperglucemia se desarrolla de forma gradual, y en general, en los primeros estadios no es lo bastante grave como para que el personal laboral note los síntomas clásicos de la diabetes. Aparece con más frecuencia en trabajadoras con Diabetes Mellitus Gestacional previa, trabajadores/as con hipertensión, obesidad o dislipemia, y en ciertos subgrupos étnicos (afroamericanos, latinoamericanos...), con asociación importante de predisposición genética, incluso mayor que la DM Tipo 1¹³.

Tiene un importante impacto económico en el mercado laboral. La presencia de la enfermedad, y en especial, el estado evolutivo de la misma, puede generar un amplio abanico de situaciones laborales que van desde la limitación del acceso al mercado de trabajo, hasta la salida del mismo por incapacidad permanente.

En este sentido, estudios como el de Chu y Jacobs revelan que la presencia de diabetes en sí misma disminuye un 3,5% el empleo, siendo esta disminución del 12% si aparecían complicaciones¹⁴.

Según el proyecto SECCAID, los costes directos de la diabetes ascienden a 5.809 millones de euros anuales, de los cuales 2.143 millones son debidos a las complicaciones de la enfermedad¹⁵. En cuanto a los costes indirectos (aquellos relacionados con la pérdida de productividad laboral y jubilaciones anticipadas) ocasionados por diabetes ascienden a 2.800 millones de euros anuales en España¹⁶, una cifra elevada y a tener en consideración.

La **Promoción de la Salud**, complementa las medidas de seguridad y salud en el ámbito laboral, promoviendo mejoras en las condiciones del entorno y fomentando el hábito de buenas conductas, ganando salud en el lugar de trabajo¹⁷. Quedando reflejado el impulsar Programas de Promoción de la Salud en el trabajo, según el Real Decreto 843/2011, de 17 de junio, en concreto en su artículo 3.118. Por lo tanto, desarrollar dichas actividades en el ambiente laboral, podría reducir la incidencia de DM Tipo 2 en los trabajadores y trabajadoras, disminuyendo así los costes, morbilidad y mortalidad asociados¹⁹.

Justificación

La evidencia actual ha demostrado el beneficio para las personas con alto riesgo de desarrollar DM Tipo 2, de un

PROTOSCOLOS DE INVESTIGACIÓN

diagnóstico precoz seguido de una intervención sobre los estilos de vida^{20,21}. Por eso, el uso de herramientas que permitan identificar a trabajadores/as en riesgo de padecer la enfermedad en los próximos años, es una labor crucial y rentable. Distintos estudios sugieren que se pueden obtener mayores beneficios con el diagnóstico y tratamiento tempranos de la hiperglucemia, incidiendo en los factores de riesgo de la Diabetes²². Además, a partir de los 30 o 45 años, independientemente de los factores de riesgo, la detección sistemática puede tener una buena relación coste-eficacia²³.

Puesto que la efectividad de la intervención es mayor cuanto más elevado sea el riesgo, la prioridad es intervenir sobre trabajadores/as de alto riesgo. Con el fin de mejorar la identificación de individuos con riesgo de padecer Diabetes, sin necesidad de someterlos sistemáticamente a pruebas de laboratorio (test de tolerancia oral a la glucosa, glucemia plasmática o hemoglobina glicosilada A1c), se han publicado diversos estudios de validación de RPC (Reglas de Predicción Clínica o Escalas de Riesgo)²⁴. Por este motivo, diferentes Sociedades Científicas recomiendan la utilización del Cuestionario validado FINDRISC, para mejorar la identificación del colectivo laboral con riesgo elevado de padecer dicha enfermedad.

El *Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC)* fue la primera escala predictiva de estilos de vida y parámetros clínicos utilizada para la identificación de individuos en riesgo de desarrollar DM Tipo 2. Es un cuestionario de cribado muy eficaz, sencillo de realizar, fidedigno, rápido y económico. Comprende ocho aspectos que incluyen: la edad, el índice de masa corporal (IMC), circunferencia abdominal, el grado de actividad física, la dieta, uso de medicamentos antihipertensivos, niveles elevados de glucosa en algún momento y antecedentes familiares de DM, de manera numérica, de tal forma que cada trabajador/a obtiene una puntuación. Se encuentra validado en España, gracias al estudio de Soriguer et al desarrollado en Pizarra (Málaga)²⁵. Aunque puede ser autoadministrado, se recomienda la supervisión por parte de un profesional sanitario cualificado, informando al sujeto de cualquier duda. Este score ha sido el más difundido y usado en múltiples países del mundo^{26,27}. Predice el riesgo de desarrollo de Diabetes Tipo II en 10 años, con más de un 85 % de precisión, estratificando el mismo en bajo, ligeramente elevado, moderado, alto y muy alto^{24,28}. Situando el punto de corte para presentar riesgo elevado de sufrir la enfermedad, en una puntuación igual o mayor a 15 puntos.

Los datos más sólidos para la prevención de la patología provienen del Programa de Prevención de Diabetes (Diabetes Prevention Program, DPP)²⁹. Este programa demostró que una intervención formativa sobre los hábitos de vida podría disminuir la incidencia de DM Tipo 2 en un 58 % durante 3 años. El seguimiento de 2 grandes estudios sobre intervenciones en el estilo de vida para

prevenir dicha enfermedad, ha mostrado una disminución sostenida en la frecuencia de conversión a la Diabetes Tipo II: del 43 % en el Finnish Diabetes Prevention Study (DPS)²⁹ y del 34 % en el Diabetes Prevention Program Outcomes Study (DPPOS)³⁰. Los principales objetivos que abordaron la intervención sobre la conducta y hábitos de vida saludable en dicho programa, fueron la disminución de peso en un 7 % y la realización de ejercicio físico moderado con una frecuencia de 150 minutos/semana³¹. En relación a un estudio sobre la relación coste-eficacia, sugirió que la mencionada intervención sobre los hábitos de vida utilizada fue rentable^{32,33}.

La promoción de la salud en el trabajo se ha convertido en un pilar fundamental de la estrategia de Responsabilidad Social Corporativa (RSC) de muchas entidades, ya que se ha demostrado su validez como instrumento para capacitar a los empleados en el autocuidado. De hecho, muchas compañías lo llevan a cabo. Además, estas entidades han ofrecido a sus empleados información sobre prevención y tratamiento de la Diabetes, con el objetivo de dar a conocer y sensibilizar sobre esta enfermedad y detectar sujetos con cifras alteradas de glucosa. La identificación precoz de trabajadores/as con riesgo elevado de desarrollar DM Tipo 2, permite la puesta en marcha de medidas educativas y preventivas que han demostrado su efectividad, hacen posible modificar e incluso revertir este estado de alto riesgo y retrasar la aparición de la enfermedad, con el indudable beneficio personal, de salud pública, económico y social que ello comporta³⁴.

Objetivos.

General.

Evaluar la efectividad de una intervención formativa para reducir el riesgo elevado de padecer Diabetes Mellitus Tipo 2 en la población laboral de la provincia de Jaén.

Específicos

- Analizar el impacto de los distintos factores de riesgo del colectivo laboral relacionados con el desarrollo de la Diabetes Mellitus Tipo 2, identificados mediante el cuestionario FINDRISC.
- Valorar la satisfacción personal de los participantes al finalizar la intervención.

Hipótesis

El desarrollo de una actividad formativa de educación para la salud destinada a los trabajadores y trabajadoras por parte de Enfermería del Trabajo, reduce el riesgo de padecer Diabetes Mellitus Tipo 2 en los próximos 10 años, manifestado por una disminución en la puntuación del cuestionario validado FINDRISC.

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN



MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de estudio. Población y muestra.

Consistirá en un diseño epidemiológico experimental a través de un ECCA (Ensayo Clínico Controlado Aleatorizado) en paralelo. Se empleará una aleatorización simple de los participantes, tras la verificación de criterios de inclusión y exclusión del protocolo, utilizando el software Epidat 4.2. Cuya finalidad es obtener dos grupos en el estudio: *grupo control* (trabajadores/as incluidos/as de forma aleatoria, a los que se les aplica el tratamiento habitual, basado en consejos sobre de estilos de vida saludables, en una única visita en consulta) y *grupo experimental* (trabajadores/as incluidos/as de forma aleatoria, a los que se le aplica la intervención enfermera).

Dicha intervención consistirá en 3 sesiones formativas impartidas por el/la enfermero/a del Trabajo, aplicada a los sujetos del grupo experimental, que serán divididos a su vez en 4 subgrupos (25 en cada uno) para llevar a cabo la actividad, obteniendo así un número adecuado de trabajadores/as para su idóneo desarrollo. Se realizará una sesión en semana (la misma sesión de cada semana para los 4 subgrupos), de lunes a jueves por la tarde (un día para cada subgrupo), con una duración de 2 horas cada una, en horario de 17 a 19 h, durante 3 semanas consecutivas, en el aula de formación del CPRL de Jaén. Cada una de ellas irá enfocada a conseguir unos resultados determinados (relativas al conocimiento de la enfermedad y control de factores de riesgo, el ejercicio físico y la alimentación respectivamente) a través de ciertos indicadores. Incluyendo en ellas las intervenciones correspondientes para conseguir dichos objetivos.

La población diana estará compuesta por el colectivo

laboral que pertenezca a la Junta de Andalucía, en la provincia de Jaén. Trabajadores/as de la Junta de Andalucía que acudan al Área de Vigilancia de la Salud en el CPRL de Jaén, para la realización del Examen de Salud Laboral.

Para determinar el tamaño de la muestra del estudio, el cálculo se basa en los datos aportados por el artículo "*Riesgo basal de Diabetes Mellitus según cuestionario FINDRISC, factores asociados y evolución clínica tras 18 meses de seguimiento*", realizado por M.A Salinero-Fort y sus colaboradores, publicado en la Revista Clínica Española en el 2010.

Para detectar diferencias en el contraste de la hipótesis nula ($H_0: \mu_1 = \mu_2$) mediante una prueba T-Student bilateral para dos muestras relacionadas, teniendo en cuenta que el nivel de significación es del 5 %, y asumiendo que la media de la puntuación FINDRISC al inicio es de 18, la media de la puntuación FINDRISC al final es de 16 y la desviación típica de la variable diferencia es de 3,40, y teniendo en cuenta que el porcentaje esperado de abandonos es del 30 %, sería necesario reclutar 36 participantes en el grupo experimental y 36 en el grupo control, en total 72 trabajadores/as.

Para salvar las diferencias del estudio actual con el planteado en el artículo y debido a que la intervención elegida no presenta ningún riesgo para los participantes, se ha decidido ampliar la muestra hasta un total de 100 sujetos por grupo de tratamiento (100 en el control y 100 en el experimental). En total, 200 participantes que serán seleccionados a lo largo de 7 meses (ampliable a un año si fuera necesario).

El procedimiento utilizado para ello será un muestreo consecutivo a la identificación de los sujetos en el CPRL,

PROTOSCOLOS DE INVESTIGACIÓN

hasta completar el tamaño de muestra establecido en el estudio.

Criterios de elegibilidad.

Criterios de inclusión.

- Aquellos/as que hayan decidido formar parte del estudio de investigación mediante su aceptación expresa por consentimiento informado.
- Edad: desde los 40 años (edad de elección de comienzo del cribado FINDRISC) hasta los 65 años.
- Trabajadores/as que han obtenido una puntuación igual o mayor a 15 puntos en el cuestionario FINDRISC (Alto Riesgo de Diabetes).
- Colectivo laboral que presente categorías de mayor riesgo de diabetes (Prediabetes) establecida, según Historia Clínica: Glucemia Basal Alterada, Intolerancia a la Glucosa y/o Hemoglobina Glicosilada HbA1c entre 6 - 6,4 %. En este último caso, aunque se les calcule el riesgo mediante FINDRISC, son considerados de alto riesgo, por lo que se les incluirá en dicho estudio.

Criterios de exclusión

- Trabajadores/as con Diabetes Mellitus diagnosticada previamente (Tipo 1, Tipo 2, MODY, LADA...).
- Aquellos/as cuya puntuación en el cribado de FINDRISC sea menor o igual a 14 puntos o no se encuentren en el rango de edad establecido.
- Personal laboral que no desee formar parte del estudio de investigación.

Variables y medición.

Dependientes: Nivel de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus Tipo 2 mediante el cuestionario validado FINDRISC.

Independientes: Edad, IMC, hipertensión arterial con tratamiento farmacológico, perímetro abdominal, sexo, actividad física, alimentación, niveles elevados de glucosa en sangre en algún momento (diabetes gestacional o por toma de determinados medicamentos), antecedentes familiares de Diabetes Mellitus, niveles de glucemia y de HbA1c, satisfacción personal de la intervención desarrollada (Anexo I).

La recogida y medición de las variables se llevará a cabo por el personal de Enfermería mediante la entrevista inicial, historia clínica y utilización del cuestionario FINDRISC para aquellos/as trabajadores/as que acudan al reconocimiento de salud laboral en el Centro de Prevención de Riesgos Laborales de Jaén. A los participantes se les informará tanto de forma oral como escrita del protocolo

de investigación que se va a llevar a cabo (Hoja de Información), con los objetivos que se pretenden alcanzar, las intervenciones a desarrollar, duración pertinente, posibles riesgos para su salud, normativa reguladora de la misma, confidencialidad de los datos, entre otros. Quedando implícita su participación mediante la entrega del consentimiento informado firmado.

Se les realizará una entrevista inicial acerca de los datos personales del individuo utilizando el cuestionario validado FINDRISC (Anexo III) cuyo fin será determinar su nivel de riesgo de padecer Diabetes Mellitus Tipo 2. Para calcular el peso y la talla, se utilizará la Báscula Barys Plus con tallímetro, validada y homologada, determinando así el IMC mediante su respectiva ecuación, estando los participantes en ayunas y con la vejiga vacía, sin utilizar calzado, ni ropa pesada, ni objetos en bolsillos. Para calcular el perímetro abdominal, se empleará la cinta métrica anatómica homologada 66Fit, estando el participante de pie, con los pies juntos, los brazos a los lados y el abdomen relajado para, a continuación, rodear su abdomen con la cinta métrica a la altura del ombligo y sin presionar, hacer una inspiración profunda, y al momento espirar el aire.

Consultaremos en la historia clínica laboral de los participantes, para valorar la presencia de Prediabetes, que incluye, según el Grupo de Trabajo de Consensos y Guías Clínicas de la Sociedad Española de Diabetes a criterio de la OMS 35, una de las siguientes 3 situaciones: glucemia basal alterada (glucemia plasmática en ayunas entre 110 mg/dl - 125 mg/dl) o intolerancia a la glucosa (las concentraciones de glucosa plasmática a las dos horas del test de tolerancia oral a la glucosa se sitúan entre 140 mg/dl - 199 mg/dl) o Hemoglobina Glicosilada (HbA1c entre 6 - 6,4 %). Aquellos que presenten dichas cifras (considerados de alto riesgo) y que cumplan los criterios de inclusión, formarán parte del estudio. El punto de corte de riesgo elevado de desarrollar DM Tipo II con mayor sensibilidad y especificidad utilizado es de 15 puntos³⁶. A partir de aquí, se formarán los dos grupos de estudio, según el procedimiento mencionado con anterioridad y se llevará a cabo el ensayo clínico. Tras finalizar la intervención de Enfermería, se facilitará una encuesta de Satisfacción Personal, que abordará distintos aspectos del procedimiento realizado. Consistente en una escala de tipo Likert formada por 5 ítems, donde la menor puntuación es 1 y la mayor 5 puntos (Anexo IV).

Todo ello, plasmando el lenguaje enfermero estandarizado a través de la Taxonomía NIC y NOC (en su sexta y quinta edición respectivamente) (ANEXO II). Basando nuestras intervenciones en los estándares de la evidencia científica, según los criterios SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network), aportando mayor calidad a las mismas. Transcurrirá un periodo mínimo de 18 meses (basándonos en el artículo "Riesgo basal de Diabetes Mellitus según cuestionario FINDRISC, factores asociados y evolución clínica tras 18 meses de seguimiento", realizado

por M.A Salinero-Fort y sus colaboradores en 2010) desde que se realiza la Intervención de Enfermería, hasta que se vuelva a pasar el cuestionario FINDRISC a los sujetos de la muestra, para valorar de forma significativa, si se ha reducido su puntuación tras la actividad formativa, comparando los resultados de ambos grupos.

Recogida de datos y fuentes de información.

En primer lugar, se lleva a cabo una búsqueda bibliográfica detallada en bases de datos científicas como: Medline/Pubmed, Cochrane Library, Scielo, Cuiden y Cinahl. Utilizando como descriptores en español: "riesgo diabetes tipo 2", "cribado diabetes", "trabajador diabético", "factor riesgo diabetes"; y empleando los siguientes descriptores en inglés: "risk of type 2 diabetes", "screening diabetes", "diabetic worker", "diabetes risk factors ". El operador booleano utilizado es "AND". Sin limitación en tiempo de búsqueda.

Análisis de datos.

Los datos recogidos sobre las variables dependientes e independientes mencionadas en este estudio se registrarán en una base de datos anonimizada, construida para tal fin y procesadas estadísticamente mediante el programa estadístico SPSS v24. El análisis de los datos se llevará a cabo por intención a tratar.

En primer lugar, se realiza un análisis estadístico descriptivo de cada una de las variables de la base de datos. En el caso de las variables cualitativas se presentará una tabla de frecuencias (número de casos y porcentaje) y como representación gráfica, el gráfico de sectores. Para el caso de las variables cuantitativas se presentará para cada una de ellas: media, mediana, desviación típica, mínimo y máximo, y como representación gráfica, el diagrama de caja y bigotes. En este análisis se determinará tanto la prevalencia del personal laboral con alto riesgo de padecer la enfermedad y su correspondiente intervalo de confianza, así como la de los distintos factores de riesgo. Además, se valorará el grado de satisfacción de los participantes.

Para determinar la efectividad de la intervención formativa en los dos grupos se llevará a cabo un análisis bivalente. Si la variable de comparación entre los grupos es cualitativa se realizará el Chi-cuadrado (en tablas $r \times s$) o el test de Fisher (en tablas 2×2). Evaluando el Riesgo Relativo y sus correspondientes intervalos de confianza. En el caso de que se desee comparar los niveles de una variable cuantitativa en los dos grupos, se utilizará el Test t-Student para muestras independientes o el test no paramétrico U-Mann Whitney. Se estudiará la normalidad de ésta a través del test de Kolmogorov Smirnov o Test de Shapiro Wilks, dependiendo del tamaño de la muestra. En el estudio bivalente se incluirá un análisis para determinar la comparabilidad del grupo experimental y grupo control. De este modo se comprobará, a través de los correspondientes test bivariantes, si los dos grupos

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

presentan características similares, que es lo esperable al haber realizado una asignación aleatoria a grupos. En el caso en que alguna de las variables de clasificación de los sujetos haya presentado diferencias significativas, se evaluará su posible influencia en las variables dependientes a través del Modelo Lineal General. Para estudiar la efectividad del programa de formación a lo largo del tiempo se calculará mediante el Modelo Lineal General por cada variable dependiente, considerando como factor intrasujetos el tiempo (mediciones antes y tras la intervención), y como factor intersujetos el grupo de tratamiento. Pudiendo considerar como covariable alguno de los factores que presenten diferencias entre los grupos al inicio del estudio. Para los análisis se considerará significativo un valor $\alpha=0.05$.

Limitaciones del estudio

Durante el desarrollo del estudio, pueden existir pérdidas del tamaño muestral, ya que existe un porcentaje de los participantes que son interinos, teniendo en cuenta dicho aspecto a la hora de determinar el tamaño de la muestra, con el fin de corregir esas pérdidas. Otra dificultad que podemos encontrar es la veracidad y fidelidad de ciertos datos obtenidos en el cuestionario, así como que los datos de la historia clínica laboral no estén completos.

No se ha podido realizar un enmascaramiento por la naturaleza del estudio. Para subsanarlo, se realiza una evaluación ciega en la determinación final del riesgo de padecer DM Tipo 2 a través de FINDRISC tras la intervención, siendo realizado por personal que desconoce en qué grupo ha estado cada participante. Los análisis estadísticos se harán sin conocer el tratamiento asignado o por personal ajeno a la intervención.

Aspectos éticos.

El estudio se llevará a cabo según la Ley 14/2007 de 3 de Julio de Investigaciones Biomédicas, siguiendo los preceptos incluidos en el informe Belmont y la Declaración de Helsinki para la investigación biomédica. El tratamiento de los datos de carácter personal de los sujetos que participan en el estudio se ajustará a lo establecido en la Reglamentación UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de Abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD). Se asegurará el anonimato de los sujetos y confidencialidad de los datos, los cuales no estarán accesibles a personas ajenas al mismo. Se informará a los participantes candidatos a entrar en el protocolo mediante una Hoja de Información (Anexo V). Todos los sujetos que participen en el estudio prestarán previamente su consentimiento informado por escrito (Anexo V). Este proyecto será sometido al dictamen del Comité de Ética de la Investigación de la Provincia de Jaén previamente a su inicio.

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Definition, Diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications: Report of a WHO Consultation. Part1: Diagnosis and clasification of diabetes mellitus. Geneve: World Heath Organization; 1999.
2. Pérez A, Barrios Y, Monier A, Berenguer M, Martínez I. Repercusión social de la educación diabetológica en personas con diabetes mellitus. MEDISAN [revista en Internet]. 2009;13(4).
3. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of DM. Diabetes Care. 2014; 37(suppl 1):62-67.
4. Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. Diabetes Research and Clinical Practice. 2010; 87(1): 4-14.
5. de la Paz KL, Proenza L, Gallardo Y, Fernández S, Mompié A. Factores de riesgo en adultos mayores con diabetes mellitus. MEDISAN [revista en Internet]. 2012;16(4).
6. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med, 2006, 3(11):e442.
7. Estrategia en diabetes del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
8. Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiú E, Calle-Pascual A, Carmena R, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study. Diabetologia 2012;55:88-93.
9. Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. DiabetesCare 1997;20:1183-1197.
10. Genuth S, Alberti KG, Bennett P, et al.; Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Follow-up report on the diagnosis of diabetes mellitus. Diabetes Care 2003;26:3160-3167.
11. Mirabal Izquierdo D, Vega Jiménez J. Detección precoz de pacientes con riesgo de diabetes mellitus en la atención primaria de salud. Rev Méd Electrón [Internet]. 2015 Sep-Oct;37(5).
12. Vega Jiménez J, Mirabal Izquierdo D. Prediabetes: una epidemia silente para la salud pública mundial en pleno siglo XXI. Rev Electrón Portales Médicos [Internet]. 2014;9(10).
13. Diabetes Care 2017;40(Suppl. 1):S1-S2 | DOI: 10.2337/dc17-S001.
14. Tunceli K, Bradley CJ, merenz D, Williams LK, Pladevall M, Lafata JE. The impact of diabetes on employment and work productivty. Diabetes Care 2005; 28: 2662-2667.
15. Crespo C, et al. Costes directos de la diabetes mellitus y de sus complicaciones en España (Estudio SECCAID: Spain estimated cost Ciberdem Cabimerin Diabetes). Av Diabetol. 2013;29(6):182-189.
16. Lopez-Bastida J, et al. Costs, outcomes and challenges for diabetes care in Spain. Global Health 2013;9:17.
17. Declaración de Luxemburgo sobre Promoción de la salud en el lugar de Trabajo. Documento técnico. 1997.
18. Real Decreto 843/2011, de 17 de junio, por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención. BOE núm. 158, de 4/07/2011.
19. La promoción de la salud en el lugar de trabajo. Documento informativo para empresas y centros de administración. Junta de Andalucía. Consejería de igualdad, salud y políticas sociales. 2014.
20. Vermunt PW, Milder IE, Wielaard F, De Vries JH, Baan CA, Van Oers JA, et al. A lifestyle intervention to reduce type 2 diabetes risk in Dutch primary care: 2.5-year results of a randomized controlled trial. Diabet Med 2012;29:e223-314.
21. Costa B, Barrio F, Cabre JJ, Pinol JL, Cos X, Sole C, et al. Delaying progression to type 2 diabetes among high-risk Spanish individuals is feasible in real-life primary healthcare settings using intensive lifestyle intervention. Diabetologia 2012;55:1319-28.

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

22. Herman WH, Ye W, Griffin SJ, et al. Early detection and treatment of type 2 diabetes reduce cardiovascular morbidity and mortality: a simulation of the results of the Anglo-Danish-Dutch study of intensive treatment in people with screen-detected diabetes in primary care. *Diabetes Care* 2015;38:1449-1455.
23. Kahn R, Alperin P, Eddy D, et al. Age at initiation and frequency of screening to detect type 2 diabetes: a cost-effectiveness analysis. *Lancet* 2010;375:1365-1374.
24. Mata Cases M, Artola S, Escalada J, et al. Consenso sobre la detección y el manejo de la prediabetes. Grupo de Trabajo de Consensos y Guías Clínicas de la Sociedad Española de Diabetes. *Endocrinol Nutr [Internet]*. 2015;62(3):e23-e36.
25. Soriguer F, Valdés S, Tapia MJ, Esteva I, Ruiz de Adana MS, Almaraz MC, et al. [Validation of the FINDRISC (Finnish Diabetes Risk Score) for prediction of the risk of type 2 diabetes in a population of southern Spain. Pizarra Study]. *Medicina clinica*. 2012;138(9):371-6.
26. Wilson PW, Meigs JB, Sullivan L, Fox CS, Nathan DM, D'Agostino RB. Prediction of incident DM in middle-aged adults: the Framingham offspring study. *Arch Intern Med*. 2007; 167:1068-74.
27. Lindström J, Tuomilehto J. The diabetes risk score: a practical tool to predict type 2 diabetes risk. *Diabetes Care*. 2003; 26:725-31.
28. Rydén L, Standl E, Bartnik M, et al. Guías de práctica clínica sobre diabetes, prediabetes y enfermedades cardiovasculares. *Rev Esp Cardiol [Internet]*. 2007;60(5).
29. Lindstrom J, Ilanne-Parikka P, Peltonen M, et al.; Finnish Diabetes Prevention Study Group. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. *Lancet* 2006;368:1673-1679.
30. Knowler WC, Fowler SE, Hamman RF, et al.; Diabetes Prevention Program Research Group. 10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. *Lancet* 2009;374:1677-1686.
31. Diabetes Prevention Program (DPP) Research Group. The Diabetes Prevention Program (DPP): description of lifestyle intervention. *Diabetes Care* 2002;25:2165-2171.
32. Herman WH, Hoerger TJ, Brandle M, et al.; Diabetes Prevention Program Research Group. The cost-effectiveness of lifestyle modification or metformin in preventing type 2 diabetes in adults with impaired glucose tolerance. *Ann Intern Med* 2005;142:323-332.
33. Diabetes Prevention Program Research Group. The 10-year cost-effectiveness of lifestyle intervention or metformin for diabetes prevention: an intent-to-treat analysis of the DPP/DPPOS. *Diabetes Care* 2012;35:723-730.
34. Task Force Members, Rydén L, Grant PJ, Anker SD, Berne C, Cosentino F, et al.; ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD: the Task Force on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and developed in collaboration with the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *European Heart Journal* 2013;34:3035-87.
35. World Health Organization (WHO) 2006. Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia. Report of a WHO/IDF.
36. Paulweber B, Valensi P, Lindstrom J, Lalic NM, Greaves CJ, McKee M, et al. A European evidence based guideline for the prevention of type 2 diabetes. *Horm Metab Res* 2010;42(Suppl 1):S3-36.
37. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. (2014). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. Sexta Edición. Barcelona: Elsevier.
38. Moorhead S, Johnson M, Mass M, Swanson E. (2014). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. Quinta Edición. Barcelona: Elsevier.

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Anexo I. Variables de estudio

VARIABLE	TIPO	VALOR
Nivel de Riesgo de Diabetes	Cuantitativa Discreta	Bajo: Menos de 7 puntos. Ligeramente elevado: De 7 a 11 puntos. Moderado: De 12 a 14 puntos. Elevado: De 15 a 20 puntos. Muy alto: Más de 20 puntos.
Edad	Cuantitativa Continua	Años
IMC	Cuantitativa Continua	Kg/m ²
Sexo	Cualitativa Dicotómica	Hombre/Mujer
HTA Arterial con tto farmacológico	Cualitativa Dicotómica	Sí/No
Perímetro abdominal	Cuantitativa Continua	Centímetros
Consumo de frutas, verduras y hortalizas a diario	Cualitativa Dicotómica	Sí/No
Actividad física a diario	Cualitativa Dicotómica	Sí /No
Niveles elevados de glucosa en algún momento	Cualitativa Dicotómica	Sí/No
Antecedentes familiares de Diabetes Mellitus	Cualitativa Dicotómica	Sí /No
Niveles de Hemoglobina Glicosilada A1c	Cuantitativa Continua	%
Niveles de glucemia	Cuantitativa Continua	mg/dl
Satisfacción personal de la Intervención de Enfermería	Cuantitativa Discreta	Nada: 1 punto. Poco: 2 puntos. Medianamente: 3 puntos. Bastante: 4 puntos. Muy satisfecho: 5 puntos.

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Anexo II. Intervenciones de Enfermería: contenido de las sesiones formativas^{13, 37, 38}

PRIMERA SESIÓN	NIC (INTERVENCIÓN)	Grado de Recomendación A y Nivel de Evidencia 1+
	<p>5602 – Enseñanza: proceso de enfermedad. Ayudar al sujeto a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.</p> <p>Actividades</p> <p>560201 – Evaluar el nivel de conocimientos de la persona relacionado con el proceso. 560205 – Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad, según corresponda. 560209 – Proporcionar información a la persona acerca de la enfermedad, según corresponda. 560219 – Describir las posibles complicaciones crónicas, según corresponda.</p>	
	<p>NOC (RESULTADO)</p> <p>1820 – Conocimiento: control de la diabetes. Grado de conocimiento transmitido sobre la diabetes, su tratamiento y la prevención de complicaciones.</p> <p>Indicadores</p> <p>180302 – Características de la enfermedad. 180306 – Signos y síntomas de la enfermedad. 180303 – Factores contribuyentes. 180309 – Complicaciones de la enfermedad. 180304 – Factores de riesgo. 182012 – Importancia de mantener el nivel de glucemia dentro del rango objetivo. 182031 – Signos y síntomas de enfermedad precoz.</p>	
	NIC (INTERVENCIONES)	Grado de Recomendación A
	<p>6650 – Vigilancia: recopilación, interpretación y síntesis objetiva y continuada de los datos de la persona para la toma de decisiones clínicas. 1280 – Ayuda para disminuir el peso. 1260 – Manejo del peso. Facilitar el mantenimiento del peso corporal óptimo y el porcentaje de grasa corporal</p> <p>Actividades</p> <p>665001 - Determinar los riesgos de salud de la persona, según corresponda. 128002 – Determinar con el individuo la cantidad de pérdida de peso deseada. 128003 – Establecer una meta de pérdida de peso mensual. 126001 – Comentar con el individuo la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio, la ganancia de peso y la pérdida de peso. 126004 – Comentar los riesgos asociados con el hecho de estar por encima o por debajo del peso saludable.</p>	

	NOC (RESULTADOS)	
	<p>1902 – Control del riesgo: acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir las amenazas para la salud que son modificables. 1627 – Conducta de pérdida de peso. Acciones personales para perder peso con dieta, ejercicio y modificación de la conducta. 1841 – Conocimiento: manejo del peso. Grado de conocimiento transmitido sobre la promoción y el mantenimiento del peso corporal óptimo y un porcentaje de grasa compatible con la estatura, el cuerpo, el sexo y la edad.</p>	
	Indicadores	
	<p>190203 – Controla los factores de riesgo personales. 190204 – Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas. 190210 – Participa en la detección sistemática de problemas de salud. 162703 – Se compromete con un plan para comer de forma saludable. 162705 – Controla la ración de los alimentos. 162712 – Utiliza estrategias de modificación de la conducta. 162714 – Evita la ingesta de alimentos y líquidos muy calóricos. 184101 – Peso personal óptimo. 162706 – Establece una rutina de ejercicio. 184103 – Estrategias para conseguir el peso óptimo. 184102 – Índice de masa corporal óptimo. 184118 – Cambios de estilo de vida para favorecer el peso óptimo.</p>	

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

PRIMERA SESIÓN	<p>NIC (INTERVENCIÓN) Grado de Recomendación A y Nivel de Evidencia 1+</p> <p>5602 – Enseñanza: proceso de enfermedad. Ayudar al sujeto a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.</p> <p>Actividades</p> <p>560201 – Evaluar el nivel de conocimientos de la persona relacionado con el proceso. 560205 – Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad, según corresponda. 560209 – Proporcionar información a la persona acerca de la enfermedad, según corresponda. 560219 – Describir las posibles complicaciones crónicas, según corresponda.</p> <p>NOC (RESULTADO)</p> <p>1820 – Conocimiento: control de la diabetes. Grado de conocimiento transmitido sobre la diabetes, su tratamiento y la prevención de complicaciones.</p> <p>Indicadores</p> <p>180302 – Características de la enfermedad. 180306 – Signos y síntomas de la enfermedad. 180303 – Factores contribuyentes. 180309 – Complicaciones de la enfermedad. 180304 – Factores de riesgo. 182012 – Importancia de mantener el nivel de glucemia dentro del rango objetivo. 182031 – Signos y síntomas de enfermedad precoz.</p>
	<p>NIC (INTERVENCIONES) Grado de Recomendación A</p> <p>6650 – Vigilancia: recopilación, interpretación y síntesis objetiva y continuada de los datos de la persona para la toma de decisiones clínicas. 1280 – Ayuda para disminuir el peso. 1260 – Manejo del peso. Facilitar el mantenimiento del peso corporal óptimo y el porcentaje de grasa corporal</p> <p>Actividades</p> <p>665001 - Determinar los riesgos de salud de la persona, según corresponda. 128002 – Determinar con el individuo la cantidad de pérdida de peso deseada. 128003 – Establecer una meta de pérdida de peso mensual. 126001 – Comentar con el individuo la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio, la ganancia de peso y la pérdida de peso. 126004 – Comentar los riesgos asociados con el hecho de estar por encima o por debajo del peso saludable.</p>
	<p>NOC (RESULTADOS)</p> <p>1902 – Control del riesgo: acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir las amenazas para la salud que son modificables. 1627 – Conducta de pérdida de peso. Acciones personales para perder peso con dieta, ejercicio y modificación de la conducta. 1841 – Conocimiento: manejo del peso. Grado de conocimiento transmitido sobre la promoción y el mantenimiento del peso corporal óptimo y un porcentaje de grasa compatible con la estatura, el cuerpo, el sexo y la edad.</p> <p>Indicadores</p> <p>190203 – Controla los factores de riesgo personales. 190204 – Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas. 190210 – Participa en la detección sistemática de problemas de salud. 162703 – Se compromete con un plan para comer de forma saludable. 162705 – Controla la ración de los alimentos. 162712 – Utiliza estrategias de modificación de la conducta. 162714 – Evita la ingesta de alimentos y líquidos muy calóricos. 184101 – Peso personal óptimo. 162706 – Establece una rutina de ejercicio. 184103 – Estrategias para conseguir el peso óptimo. 184102 – Índice de masa corporal óptimo. 184118 – Cambios de estilo de vida para favorecer el peso óptimo.</p>

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Anexo III. Cuestionario FINDRISC para la determinación del riesgo de padecer DM tipo 2.

Nombre y Apellidos:

1. Edad:

- Menos de 45 años (0 puntos)
- Entre 45-54 años (2 puntos)
- Entre 55-64 años (3 puntos)
- Más de 64 años (4 puntos)

2. Índice de masa corporal: Peso (kg) / Talla (metros)²

- Menor de 25 kg/m² (0 puntos)
- Entre 25-30 kg/m² (1 punto)
- Mayor de 30 kg/m² (3 puntos)

3. Perímetro de cintura medido por debajo de las costillas (a nivel del ombligo): Hombres Mujeres

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de 94 cm (0 puntos) | <input type="checkbox"/> Menos de 80 cm (0 puntos) |
| <input type="checkbox"/> Entre 94-102 cm (3 puntos) | <input type="checkbox"/> Entre 80-88 cm (3 puntos) |
| <input type="checkbox"/> Más de 102 cm (4 puntos) | <input type="checkbox"/> Más de 88 cm (4 puntos) |

4. ¿Realiza habitualmente al menos 30 minutos de actividad física, en el trabajo y/o en el tiempo libre?:

- Sí (0 Puntos)
- (2 puntos)

5. ¿Con qué frecuencia come frutas, verduras y hortalizas?:

- A diario (0 puntos)
- No todos los días (1 punto)

6. ¿Toma medicación para la hipertensión regularmente?:

- No (0 puntos)
- Sí (2 puntos)

7. ¿Le han detectado alguna vez valores de glucosa altos (Ejemplo: en un control médico, durante una enfermedad, en el embarazo)?:

- +No (0 puntos)
- Sí (5 puntos)

8. ¿Se le ha diagnosticado Diabetes (tipo 1 o tipo 2) a alguno de sus familiares allegados u otros parientes?

- No (0 puntos)
- Sí: abuelos, tía, tío, primo/a hermano/a (3 puntos)
- Sí: padres, hermanos/as o hijos/as (5 puntos)

NIVELES DE RIESGO:

- Riesgo bajo:** menos de 7 puntos.
- Riesgo ligeramente elevado:** de 7 a 11 puntos.
- Riesgo moderado:** de 12 a 14 puntos.
- Riesgo alto:** de 15 a 20 puntos.
- Riesgo muy alto:** más de 20 puntos.

PUNTUACIÓN TOTAL

PROTOSCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Anexo IV. Encuesta de Satisfacción Personal.

El siguiente cuestionario pretende conocer su opinión acerca del desarrollo de la formación en la que ha participado, con el objetivo de identificar elementos de mejora. Indique la opción que le parezca

más adecuada, teniendo en cuenta que 1 es "Nada Satisfecho", 2 "Poco Satisfecho", 3 "Medianamente Satisfecho", 4 "Bastante Satisfecho" y 5 "Muy Satisfecho". Marque con una X la respuesta seleccionada

	1	2	3	4	5
1. La tipología (curso, seminario, taller) ha sido la adecuada para la consecución de los objetivos.					
2. Se han cumplido las expectativas que tenía en relación a la utilidad de la acción formativa en la que he participado.					
3. La modalidad (presencial, no presencial) ha facilitado el aprendizaje de los contenidos impartidos.					
4. Los métodos empleados por los/las docentes han sido adecuados para el desarrollo óptimo de la actividad.					
5. Los medios y recursos didácticos puestos a disposición han sido los adecuados.					
6. Las instalaciones físicas o virtuales han facilitado el desarrollo de la actividad.					
7. La duración de cada sesión ha resultado adecuada para adquirir los conocimientos que se proponían al principio.					
8. La duración total del estudio ha sido la adecuada para conseguir los objetivos marcados.					
9. El/la docente ha demostrado tener dominio de los contenidos que se han impartido.					
10. El/la docente ha conseguido mantener el interés de los asistentes y adaptar la sesión a las expectativas del grupo.					
11. El/la docente ha resuelto mis dudas y ha sido accesible.					
12. El/la docente ha favorecido la participación.					
13. El/la docente ha transmitido y expresado adecuadamente las ideas y contenidos con un adecuado manejo de la expresión verbal y no verbal.					
14. En general, estoy satisfecho/a con el desarrollo de la actividad.					

Otras sugerencias o aportaciones para la mejora de la formación:

.....

.....

.....

.....

.....

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Anexo V. Consentimiento Informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO - HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

Antes de proceder a la firma de este consentimiento informado, lea atentamente la información que a continuación se le facilita y realice las preguntas que considere oportunas.

Naturaleza, Importancia y Desarrollo:

Le informamos del estudio que se va a llevar a cabo en los/las trabajadores/as que acuden al CPRL de Jaén en el área de Vigilancia de la Salud. Durante la realización del examen de salud laboral, se les entrevistará sobre diferentes aspectos relacionados con su salud, mediante el cuestionario validado FINDRISC, para determinar el riesgo de padecer Diabetes Mellitus Tipo 2 en los próximos 10 años.

Al colectivo laboral que presente riesgo elevado de desarrollar Diabetes Mellitus Tipo 2, será incluido en dicho estudio, formando dos grupos de forma aleatoria, donde a uno de ellos se le realizará una Intervención de Enfermería que consistirá en 3 sesiones formativas impartidas por el/la enfermero/a del Trabajo, aplicada los sujetos de este grupo, que serán divididos a su vez en 4 subgrupos de 25 personas cada uno para llevar a cabo la actividad, obteniendo así un número adecuado de participantes para su desarrollo idóneo, realizándose una sesión en semana (la misma sesión de cada semana para los 4 subgrupos), de lunes a jueves por la tarde (un día para cada subgrupo), con una duración de 2 horas cada una, en horario de 17 a 19 h, durante 3 semanas consecutivas, en el aula de formación del CPRL de Jaén, relativas al conocimiento de la enfermedad y control de factores de riesgo, el ejercicio físico y la alimentación respectivamente. Y al otro grupo, simplemente se le dará un consejo sobre hábitos de vida saludable en consulta de forma individualizada.

Tras ello, transcurrido el plazo de 18 meses, se volverá a realizar el cuestionario validado a ambos grupos, comparando los resultados previos y posteriores a la intervención formativa, para comprobar la efectividad de la Intervención de Enfermería en el grupo experimental con respecto al grupo control. Entregando en última

instancia, un cuestionario personal de satisfacción acerca del mismo.

Implicaciones para el participante:

- La participación es totalmente voluntaria.
- El/la trabajador/a puede retirarse del estudio cuando así lo manifieste, sin dar explicaciones y sin que esto repercuta en el participante.
- Todos los datos de carácter personal obtenidos en este estudio son confidenciales y se tratarán conforme al Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de Abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD). Por ello, es importante que conozca la siguiente información: además de los derechos que ya conoce (acceso, modificación, oposición y cancelación de datos), ahora puede usted limitar el tratamiento de los datos que sean incorrectos, solicitar una copia o que se trasladen a un tercero los datos que usted ha facilitado para el estudio (portabilidad). Para ejercitar sus derechos, diríjase al investigador principal del estudio. La información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines específicos de este estudio.

Riesgos de la investigación para el participante:

Dicho estudio no supone ningún riesgo ni efecto negativo sobre su salud.

Si requiere información adicional, puede ponerse en contacto con el profesional sanitario que le ha atendido.

PROTOSCOLOS DE INVESTIGACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO - CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DEL PARTICIPANTE

EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN FORMATIVA A TRABAJADORES/AS DE JAÉN CON RIESGO ELEVADO DE DESARROLLAR DM TIPO 2

(Nombre y apellidos)

.....

He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento (Información al Participante).

He podido hacer preguntas sobre dicho estudio.

He recibido suficiente información sobre el proyecto. He hablado con el profesional sanitario informador:

.....

Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio.

Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece el Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de Abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD).

Se me ha informado de que la donación/información obtenida sólo se utilizará para los fines específicos del estudio.

Deseo ser informado/a de mis datos genéticos y otros de carácter personal que se obtengan en el curso de la investigación, incluidos los descubrimientos inesperados que se puedan producir, siempre que esta información sea necesaria para evitar un grave perjuicio para mi salud o la de mis familiares biológicos.

Sí No

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera.
- Sin tener que dar explicaciones.
- Sin que repercuta sobre mi propia persona.

Presto libremente mi conformidad para participar en dicho proyecto de investigación.

Firma del participante
(o representante legal en su caso)

Firma del profesional
Sanitario informador

Nombreyapellidos:..... Nombreyapellidos:.....

Fecha:

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Prevalencia de Incapacidad temporal por trastornos mentales, relacionados con conflictos laborales, en la provincia de Sevilla

Autora:

Lobato Miranda, Carmen Lucía

Enfermera Especialista en Enfermería del Trabajo

Autora de correspondencia:

D^a Carmen Lucía Lobato Miranda

carmen.lucia.lobato.m@gmail.com

Recibido: 10/02/2019

Trazabilidad editorial

Revisado: 25/03/2019

Aceptado: 2/04/2019

Citar como:

Lobato-Miranda CL. Prevalencia de Incapacidad temporal por trastornos mentales, relacionados con conflictos laborales, en la provincia de Sevilla
Revista Enfermería del Trabajo. 2019. 9; 2:109-115

Resumen

Introducción. En los últimos años el mundo laboral ha sufrido un cambio sustancial, siendo muchos de estos cambios positivos, pero también encontrando aspectos negativos: el trabajo precario, la insatisfacción laboral o la organización disfuncional, que pueden llegar a producir situaciones de estrés o acoso laboral, dando lugar a trastornos mentales. Los trastornos mentales suponen una importante causa de Incapacidad Temporal (I.T.) y de absentismo laboral, en los países con mayor desarrollo industrial. Estas circunstancias, unidas al auge de la dualidad con el entorno laboral y los reducidos estudios en nuestro país, hacen primordial la realización de nuevos estudios que, en primera instancia, describan esta relación para intentar paliar sus consecuencias y reducir su incidencia.

Objetivos. Conocer la prevalencia puntual de trastornos

mentales por conflictos laborales, como diagnóstico de incapacidad temporal, en la población trabajadora de la provincia de Sevilla. Describir las variables del sexo, edad y profesión/oficio.

Material y métodos. Diseño epidemiológico: Observacional Descriptivo Transversal.

Población de estudio: Asegurados en I.T., en el momento del estudio. Se determinará el listado de trabajadores empleando la aplicación Sigilum Milenium, de la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades de Sevilla (UMVI), con los parámetros contingencia común y teniendo en cuenta todos los distritos de la provincia. Cómo diagnósticos para la búsqueda se emplearán los relacionados con conflictos laborales según la bibliografía consultada.

Palabras clave. Enfermedad psiquiátrica. Incapacidad Temporal. Condiciones de trabajo.

Prevalence of temporary disability due to mental disorders, related to labor conflicts, in Seville (Spain)

Abstract

Introduction. In recent years the world of work has undergone a substantial change, with many of these positive changes, but also finding negative aspects: precarious work, job dissatisfaction or dysfunctional organization, which can lead to situations of stress or work harassment, leading to mental disorders. Mental disorders are an important cause of Temporary Disability (I.T.) and absenteeism, in countries with greater industrial development. These circumstances, together with the rise of duality with the work environment and the small studies in our country, make the realization of new studies that, in the first instance, describe this relationship to try to mitigate its consequences and reduce its incidence.

Objectives. To know the punctual prevalence of mental

disorders due to labor conflicts, as a diagnosis of temporary incapacity, in the working population of the province of Seville. Describe the variables of sex, age and profession / trade.

Material and methods. Epidemiological design: Observational Transversal Descriptive. Study population: Insured in I.T., at the time of the study. The list of workers will be determined using the Sigilum Milenium application of the Medical Disability Assessment Unit of Seville (UMVI), with the common contingency parameters and taking into account all the districts of the province. How diagnoses for the search will be used those related to labor conflicts according to the consulted bibliography.

Keywords. Psychiatric disease. Temporary disability. Working conditions.

PROTOSCOLOS DE INVESTIGACIÓN

INTRODUCCIÓN

En los últimos años el mundo laboral ha sufrido un cambio sustancial, tanto por el significado del trabajo en sí como por la valoración que se le otorga hoy en día. Muchos de estos cambios han sido positivos como la globalización de la economía, los cambios, tanto sociales como políticos, o las nuevas tecnologías, pero también podemos encontrar aspectos negativos: el trabajo precario, la insatisfacción laboral o la organización disfuncional del trabajo, que pueden llegar a producir situaciones de estrés o acoso laboral, dando lugar a trastornos mentales.

Los trastornos mentales conllevan una importante carga tanto socio-sanitaria como económica, siendo una importante causa de Incapacidad Temporal (I.T.) y de absentismo laboral en los países con mayor desarrollo industrial. Estas circunstancias, unidas al presente auge de la dualidad con el entorno laboral y la reducida existencia de estudios en nuestro país, hacen primordial la realización de nuevos estudios que, en primera instancia, describan esta relación para intentar paliar sus consecuencias y reducir su incidencia.

El objetivo general del presente protocolo es indicar la prevalencia de las I.T. por trastornos mentales relacionados con conflictos laborales, entendiéndolo como aquellas situaciones de baja laboral cuyo diagnóstico principal es un problema psicosocial originado por una situación laboral disfuncional.

MARCO TEÓRICO

Definiciones y conceptos teóricos

La **incapacidad temporal**: en el Real Decreto Legislativo (R.D.) 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, se encuentra su definición en el capítulo V, artículo 169¹:

“Tendrán la consideración de situaciones determinantes de incapacidad temporal:

- a) Las debidas a enfermedad común o profesional y a accidente, sea o no de trabajo, mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria de la Seguridad Social y esté impedido para el trabajo, con una duración máxima de trescientos sesenta y cinco días, prorrogables por otros ciento ochenta días cuando se presuma que durante ellos puede el trabajador ser dado de alta médica por curación.
- b) Los períodos de observación por enfermedad profesional en los que se prescriba la baja en el trabajo durante los mismos, con una duración máxima de seis meses, prorrogables por otros

seis cuando se estime necesario para el estudio y diagnóstico de la enfermedad”.

Podemos encontrar dos tipos de contingencia en la I.T.:

- Contingencia común: problema de salud de origen “no laboral”, englobando la Enfermedad Común y el Accidente No Laboral.
- En contraposición, una patología de origen laboral se encontraría dentro de las llamadas contingencias profesionales. Este tipo de contingencia la conforman la Enfermedad Profesional (anexos del R.D. 1299/2006, de 10 de noviembre, agrupados por el agente causante) y el Accidente de Trabajo.

El artículo 4., apartado 2.º, de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (L.P.R.L.), define el riesgo laboral como “la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo”.

La Organización Internacional del Trabajo reconoce que el entorno laboral es capaz de deteriorar la salud de las personas^{2,3}.

Este protocolo se enfoca en los riesgos psicosociales, tales como aspectos de la organización y gestión del trabajo, las relaciones interpersonales, rol, la relación trabajo-familia, la seguridad referente a los contratos, etc., los cuáles pueden acabar incapacitando temporalmente a la persona, generando una I.T.

El personal médico de atención primaria, es quién tiene potestad para valorar una I.T., por contingencia común, como parte del plan terapéutico.

En el caso de contingencias profesionales, es el médico de la Mutua colaboradora con la Seguridad Social quién certifica la baja, a excepción de que la empresa tenga dicha cobertura con el Instituto Nacional de la Seguridad Social (I.N.S.S.)⁴.

El **trastorno mental** de origen laboral surge cuando las demandas del puesto de trabajo exceden las capacidades de control de los trabajadores. Entre los distintos factores influyentes en las patologías psicosociales laborales se encuentran las relacionadas con la carga psíquica (estrés laboral) y las que tienen que ver con las disfunciones en la organización del trabajo (acoso laboral o mobbing).²

El estrés laboral se define como la tensión o displacer del individuo frente a su puesto de trabajo o ambiente laboral. Si esta relación resulta ser negativa para la persona, o ella lo siente como tal, se originan trastornos psicológicos, conductas insanas, etc.²

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN



Los factores ambientales relacionados con el estrés laboral más relevantes son: la estructura organizacional centralizada, condiciones físicas del puesto de trabajo, nuevas tecnologías, cambios organizacionales en el trabajo, características del puesto de trabajo, cambios de turno, relaciones interpersonales, etc.²

Las variables individuales también influyen en la percepción y manejo del estrés laboral, tales como la edad, patrón de conducta tipo A, afectividad negativa, locus de control externo, tolerancia a la ambigüedad situacional, apoyo social, buen estado físico, etc.

Cuando la respuesta adaptativa del organismo se ve sobrepasada en un contexto laboral negativo que genera estrés laboral, se convierte en burnout, lo que vulgarmente llamamos: "estar quemado". Esta respuesta suele darse en los profesionales que trabajan directamente con los usuarios, generando una serie de síntomas como son: pérdida de ilusión por el trabajo, agotamiento físico y emocional, actitudes negativas, culpa, etc. Este término fue utilizado por primera vez en 1974 para describir los síntomas que presentaban los trabajadores de una clínica de desintoxicación en Nueva York, aunque no adquiere una verdadera importancia hasta que, Maslach y Jackson, en 1981 lo definieran como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede darse en los profesionales cuyo trabajo implica prestar atención o ayuda a las personas. Se estima que

el síndrome de burnout afecta a un 20% de la población trabajadora europea.^{2,5}

Otro aspecto a valorar en relación a los trastornos mentales de origen laboral, está relacionado con las disfunciones en la organización: el acoso laboral o mobbing. Este término no fue presentado hasta la década de los 80 por Heinz Leymann en el Congreso sobre Higiene y Seguridad en el Trabajo celebrado en Hamburgo en 1983, denominándolo "acoso moral en el trabajo"; siendo una forma grave de estrés psicosocial. En España, el "barómetro Cisneros"; en 2002, apuntó datos preocupantes, afirmando que el mobbing afectaba al 12% de la población activa española.²

Leymann definió el término mobbing como "aquella situación en la que una persona o grupo de personas ejercer una violencia psicológica extrema, de forma sistemática (al menos una vez por semana) y recurrente (como mínimo seis meses), sobre otra persona o personas en el lugar de trabajo".

González de Rivera, describe las características que suele poseer una víctima de acoso laboral: "autenticidad o tendencia a buscar la autorrealización siendo fiel a uno mismo, inocencia reactiva o defensiva, dependencia afectiva"².

Los términos anteriormente abordados tienen la capacidad de deteriorar la salud mental (alteraciones del

PROCOLOS DE INVESTIGACIÓN

estado de ánimo, conductas asociales como adicciones, conductas autolesivas, conflictos familiares, etc.) y física (hipertensión, trastornos dermatológicos, alteraciones digestivas, etc.) de las personas, teniendo un importante impacto sobre la calidad de vida laboral, considerándose dicha calidad, como la dinámica de la organización del trabajo que permite que el individuo incremente su bienestar físico y psicológico. Dado las consecuencias que genera, tanto económicas como médicas, el término de calidad de vida laboral ha ido tomando protagonismo como meta en los programas para reducir el estrés laboral, burnout y mobbing en los trabajadores.²

Es importante resaltar que no es potestad del médico que extiende la baja, declararla como mobbing, para este cometido están las autoridades judiciales.

En el ámbito laboral existen, en muchas ocasiones, una simbiosis entre problemas personales, conflictos laborales y frustraciones profesionales, todo esto crea una situación difícil de analizar, delimitar y encauzar. Los diagnósticos de trastorno mental más habituales que surgen de estas circunstancias son:

- Trastornos de adaptación.
- Síndromes ansioso-depresivos.
- Trastornos por estrés.

Estos diagnósticos forman parte de la denominada "Psiquiatría menor", que, salvo en casos concretos, no justifican una baja laboral de más de dos-tres meses.⁶

Antecedentes y estado actual del tema

La OMS estima que para 2020 la ansiedad y la depresión serán la principal causa de baja laboral en las naciones "desarrolladas", siendo uno de los desencadenantes el estrés de origen laboral. En la Unión Europea, el estrés constituye el 50% de las bajas laborales, lo cual supone un gasto de 20.000 millones de euros solo en Europa.²

En la Cuarta Encuesta Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo de la Fundación Europea (2007) un 5% de los trabajadores expuso haber sufrido situaciones de acoso o violencia en los doce meses anteriores.²

Las enfermedades psiquiátricas suponen la segunda causa de I.T. en España, tras los trastornos musculoesqueléticos. En 2015 el 15-20% de las I.T. tenían origen laboral.⁴

En la VI Encuesta Nacional de Calidad de Vida en el trabajo, un 22% de los trabajadores refieren que el trabajo

repercute sobre su estado de salud. Entre las dolencias con mayor repercusión se encuentran el estrés, con un 27,9% y la depresión con un 5,4%. Un 2,9% admite haber sido víctima de acoso psicológico en el último año.²

El grupo diagnóstico más frecuente fue el relacionado con la ansiedad, entre 15-25%.^{4,7}

La Encuesta de Condiciones de Trabajo de 2015, expone que el sector sanitario es el más afectado, un 26%. Repercutiendo en un 21% a mujeres y en un 15% a hombres.⁸

En 2015, en la comunidad de Madrid, los trastornos mentales reactivos a conflictividad laboral, suponían un 19% de las I.T. relacionadas con patología psiquiátrica.³

“ La elevada incidencia de cuadros diagnósticos relacionados con problemas de salud mental de origen laboral, se está convirtiendo en uno de los principales riesgos para el bienestar de los trabajadores ”

La elevada incidencia de cuadros diagnósticos relacionados con problemas de salud mental de origen laboral, se está convirtiendo en uno de los principales riesgos para el bienestar de los trabajadores.²

El Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, en 2015, resolvió que una I.T. de una trabajadora de la Sociedad Foral de Servicios Informáticos de Gipuzkoa, ocasionada por un síndrome de ansiedad y depresión por un conflicto laboral con su superior inmediato, fuera considerada como Accidente de Trabajo por encontrar motivos exclusivamente laborales en su origen. Esta sentencia sirve como precedente para situaciones similares.

El conflicto laboral, según el estudio de Regal-Ramos R.J.³, es menor en trabajadores jóvenes, según expone porque "probablemente asumen que los primeros trabajos implican más sobrecarga y renuncia". En sus resultados recoge un descenso en el número de casos de conflictos laborales, que lo relaciona con un mayor temor de los trabajadores hacia un despido y a la pérdida de economía referente a la prestación de I.T. en relación con su salario habitual. También destaca que la mayoría de los estudios

observan que los trastornos mentales relacionados con conflictos laborales son más frecuentes entre los trabajadores cualificados.³

El estudio de Santamaria P., realizado en Madrid, valora la prevalencia de simulación en las I.T. En él podemos encontrar que los profesionales sanitarios que se encargan de su determinación, el personal médico en este caso, tiene una percepción de simulación, en Norteamérica, en lo que a solicitudes de discapacidad o de indemnización laboral se refiere, de entre un 14% y un 30%. En Europa, un abrumador 42% buscaba obtener otras ventajas, más allá de la mejoría de la propia salud, como por ejemplo una baja laboral. En nuestro país, si se concreta en el ámbito de trastornos mentales, éstos se encuentran en segundo lugar tras las patologías musculoesqueléticas crónicas o esguinces cervicales, patologías en su conjunto más subjetivas de valorar, teniendo una prevalencia en torno al 50%. El grupo con mayor incidencia de simulación, en base a la experiencia y la percepción de los profesionales del estudio, es el de 46 a 55 años de edad. En relación a aspectos externos, se encontró que un 30% de las simulaciones estaban vinculadas a conflictos laborales. Finalmente, como conclusiones destacaron la importancia de desarrollar protocolos específicos de simulación que minimicen, tanto los posibles falsos positivos como los falsos negativos, resultando con la primera opción un mejor control de las I.T., en este caso de trastornos mentales por problemas laborales.⁹

OBJETIVOS

General: Indicar la prevalencia de incapacidad temporal por trastornos mentales relacionados con conflictos laborales.

Específicos:

- Conocer la prevalencia puntual de trastornos mentales por conflictos laborales como diagnóstico de incapacidad temporal en la población trabajadora de la provincia de Sevilla.
- Describir las variables del sexo, edad y profesión/oficio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño epidemiológico:

Observacional Descriptivo Transversal.

Población de estudio:

La población de estudio son todos los asegurados que cursen con I.T. en el momento del estudio, en un día

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

determinado. Para determinar el listado de trabajadores, se empleará la aplicación Sigilum Milenium, de la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades (UMVI) de Sevilla, utilizando los siguientes parámetros:

- Contingencias comunes.
- Todos los distritos de la provincia de Sevilla.

Cómo diagnósticos para la búsqueda se emplearán los relacionados con conflictos laborales según la bibliografía consultada, que en el momento de la elaboración del protocolo contaba con el siguiente número de personas en I.T.^{10,11,12:}

- 300.00 Estado Ansiedad NEOM: 563 personas.
- 300.02 Trastorno Ansiedad Generalizado: 408 personas.
- 300.09 Estado Ansiedad Otro: 121 personas.
- 309.0 Reacción depresiva leve: 19 personas.
- 309.28 Reacción de adaptación con característica emocional mixta: 69 personas.
- 309.9 Reacción adaptación NEOM: 4 personas.
- 309.89 Reacción adaptación Otra: 15 personas.
- 311 Trastorno depresivo NCOC: 657 personas. Incluyendo, a su vez, estos diagnósticos:
 - o Depresión NEOM, estado depresivo NEOM y trastorno depresivo NEOM.

Estos diagnósticos fueron seleccionados según los grupos diagnósticos establecidos en la metodología y adaptados al CIE-9 2006, quinta versión, utilizado en la aplicación Sigilum Milenium de la UMVI de Sevilla¹¹.

Con el listado obtenido inicialmente, se elaborará una tabla, cumplimentando los siguientes datos para cada diagnóstico:

- DNI.
- Fecha de la baja.
- Edad.
- Sexo.

PROTOSCOLOS DE INVESTIGACIÓN

- Profesión u oficio del trabajador.
- Relación con conflictos laborales.

Los datos anteriormente citados serán obtenidos de la misma aplicación, Sigilum Milenium. La información acerca de la relación con conflictos laborales se tomará de lo que el médico de atención primaria haya escrito en la historia única de Diraya al valorar al usuario en I.T., o bien, de si ha plasmado dicha información en el parte de baja o confirmación.

Cálculo tamaño muestral.

Para el cálculo del tamaño muestral, determinando así una muestra representativa de la población, se empleará el programa EPIDAT 4.2, utilizando como parámetros:

- Población en I.T., con los diagnósticos seleccionados, en el momento de la elaboración del protocolo: 1856 personas.
- Proporción: 50%.
- Intervalo de confianza: 95%.
- Precisión 2,5%.

Con los datos aportados obtenemos una muestra de 841 personas. Esta muestra es provisional y será modificada cuando se realice el estudio, puesto que el número de asegurados en I.T. no será el mismo que cuando se hizo el protocolo.

Muestra seleccionada por técnica no probabilística por conveniencia.

VARIABLES Y MEDICIÓN.

La variable dependiente primaria del estudio es la Incapacidad Temporal relacionada con conflictos laborales. Es una variable cualitativa dicotómica: "sí" o "no".

Las variables secundarias son:

- Edad: variable cuantitativa discreta.
- Sexo: variable cualitativa dicotómica.
- Profesión u oficio del trabajador: variable cualitativa nominal.
- Diagnóstico de salud mental asociado: variable cualitativa nominal.

Como variable de confusión deberíamos tener en cuenta la empresa a la que pertenece la persona.

Consideraciones éticas.

El presente protocolo se ha realizado con el permiso de la UMVI de Sevilla. Cuando se lleve a cabo el estudio, los datos de cada usuario serán debidamente custodiados, estando identificados únicamente por un número asignado al caso, obviando cualquier dato personal, cumpliendo la legislación sobre protección de datos española (Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.).

Análisis estadístico.

Las variables cuantitativas se expresarán en forma de media y desviación estándar, indicando su rango. Las variables cualitativas se recogerán en forma de frecuencias absolutas y relativas (porcentajes).

La comprobación de normalidad de los datos se llevará a cabo con pruebas de representación gráfica (histograma, gráficos Q-Q y P-P), y pruebas de significación estadística (Kolmogorov-Smirnov con la corrección de Lilliefors o Shapiro-Wilk, si $N > 50$ o $N < 50$, respectivamente).

Para la comparación de porcentajes se realizarán pruebas de contraste Chi-cuadrado (aplicando el test exacto de Fisher, si estuviese indicado), y comparación de medias aritméticas de grupos independientes se empleará la prueba T de Student (dos grupos) y ANOVA (tres o más grupos).

Se realizará un análisis multivariante mediante modelos de regresión logística. La bondad de ajuste del modelo se analizará mediante la devianza ($-2 \log$ likelihood), los coeficientes de determinación de Cox and Snell y Nagelkerke y la prueba de Hosmer-Lemeshow. Se determinarán los valores crudos y ajustados de las Odds Ratio (OR).

Todas las pruebas de contraste de hipótesis serán bilaterales y se llevarán a cabo con una significación estadística de un error alfa $< 5\%$ ($p < 0.05$), y los intervalos de confianza se calcularán con una seguridad del 95%.

LIMITACIONES

- En relación a la extracción de información acerca de la prevalencia puntual de trastornos mentales por conflictos laborales, se considera la existencia de un sesgo debido a que no todos los médicos escriben en las hojas de consulta de la historia única de Diraya o en los partes de baja/confirmación, por lo que podría faltar información acerca de qué I.T. supuestamente tienen origen laboral y cuáles no, pudiendo convertirse en una nueva línea de estudio.

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

REFERENCIAS

1. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado, nº261. 2015.
2. González-Torrecillas JL. Patología Psicosocial de Origen Laboral. Cienc Forense. 2014; 11: 167-92.
3. Regal-Ramos RJ. Trastornos psiquiátricos reactivos a conflictividad laboral. Características epidemiológicas de los pacientes evaluados en la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades de Madrid. Med. Secur. Trab. 2015; 61(239): 220-32.
4. Vaquero-Álvarez M, Álvarez-Theurer E, Romero-Saldaña M. Influencia de las condiciones de trabajo sobre la incapacidad temporal por contingencias comunes. Aten. Primaria. 2017; 50(4): 238-46.
5. Navinés R, Martín-Santos R, Olivé V, Valdés M. Estrés laboral: implicaciones para la salud física y mental. Med Clin (Barc). 2016; 146(8): 359-66.
6. Madariaga-Zamalloa I. Valoración funcional de la patología psiquiátrica menor. Guía de valoración de la Incapacidad Temporal (IT) de patología psiquiátrica. Med. Secur. Trab. 2014; 60 (1): 39-43.
7. Catalina-Romero C; Martínez-Muñoz P; Quevedo-Aguado L; Ruiz-Moraga M; Fernández-Labandera C; Calvo-Bonacho E. Predictores de la duración de la incapacidad temporal por contingencias comunes en el trastorno de ansiedad. Gac. Sanit. 2012; 27(1): 40-6.
8. Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. 2015 6a EWCS – España | Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) [Internet]. [citado el 25 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://www.insht.es/portal/site/Insht/menuitem.1f1a3bc79ab34c578c2e8884060961ca/?vgnnextoid=ca39133894f9b510VgnVCM1000008130110aRCRD&vgnnextchannel=ac18b12ff8d81110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD>
9. Santamaría P, Capilla-Ramírez P, González-Ordi H. Prevalencia de simulación en incapacidad temporal: percepción de los profesionales de la salud. Clínica y Salud. 2018; 24 (3): 139-51.
10. Federación de Asociaciones de Inspección de Servicios Sanitarios de la Comunidad Valenciana. Mobbing – Acoso – Hostigamiento [monografía en Internet]. 2013. [citado en octubre de 2018]. Disponible en: <http://www.fai SSCV.es/4jornadasxativa/4comunicacioneslibres/mobbing.pdf>
11. Pirla-Carvajal JJ. CIE9MC – 5ª edición. Servicio Andaluz de Salud [monografía en internet]. 2006. [citado en octubre de 2018]. Disponible en: <http://www.cie9.com/CIE9MC.pdf>
12. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Ecie9mc [Internet]. 2014. [citado el 25 de marzo de 2019]. Disponible en: https://eciemaps.msrebs.gov.es/ecieMaps/browser/index_9_mc.html

CASO PRÁCTICO/CLÍNICO

Plan de cuidados de un trabajador que abusa del alcohol. A propósito de un caso

Autores:

Ortiz Tomé C¹, Rueda Martín J², Reyes Revuela JF³

1. Especialista en Enfermería del Trabajo.
2. Residente de Enfermería del Trabajo en el Centro de Prevención de Riesgos Laborales de Málaga.
3. Enfermero EBAP Centro de Salud El Palo, Málaga. Especialista en Enfermería del Trabajo.

Autora de correspondencia:

D^a. Celia Ortiz

celiaortiztome@gmail.com

Resumen

Introducción. El consumo de bebidas alcohólicas se sitúa como uno de los principales factores de riesgo de mala salud. Este problema alcanza tal magnitud que afecta incluso a la población trabajadora, repercutiendo en la productividad laboral, aumentando la incidencia de accidentes de trabajo, elevando las cifras de absentismo, etc. Objetivos: Diseñar un plan de cuidados de un trabajador con un consumo elevado de alcohol a partir de la valoración de un caso práctico.

Material y métodos. Se emplea la taxonomía NANDA – NOC – NIC para la elaboración del plan de cuidados de un caso práctico ficticio cuyo trabajador es valorado utilizando el Modelo de las 14 Necesidades Básicas de

Virginia Henderson. Para la obtención de los diagnósticos principales se utiliza el Modelo Área.

Conclusiones. La Enfermera especialista en Enfermería del Trabajo debe realizar jornadas de sensibilización e identificación y control de trabajadores que consumen alcohol de forma nociva y a partir de ello desarrollar planes de cuidados estandarizados que aborden al completo la esfera biopsicosocial del trabajador. Todo ello contribuye positivamente en la génesis de entornos de trabajo más sanos y seguros.

Palabras claves. Alcoholismo, enfermería del trabajo, plan de cuidados.

Care plan for a worker who abuses alcohol. About a case

Abstract

Introduction. The consumption of alcoholic beverages is one of the main risk factors for poor health. This problem reaches such magnitude that it affects even the working population, having an impact on labor productivity, increasing the incidence of work accidents, raising absenteeism figures, etc. Objectives: To design a care plan for a worker with high alcohol consumption based on the assessment of a practical case.

Material and methods. The NANDA - NOC - NIC taxonomy is used to elaborate the fictitious case study care plan

whose worker is evaluated using the Virginia Henderson Basic Needs Model. The Area Model is used to obtain the main diagnoses.

Conclusions. The Nurse Specialist in Work Nursing should conduct awareness and identification sessions and control for workers who use alcohol in a harmful way and from there develop standardized care plans that fully address the biopsychosocial sphere of the worker. All this contributes positively in the genesis of healthier and safer working environments.

Keywords: Alcoholism, nursing work, care plan.

CASO PRÁCTICO/CLÍNICO

INTRODUCCIÓN

El consumo de bebidas alcohólicas se sitúa como uno de los principales factores de riesgos de mala salud a nivel mundial, siendo junto al tabaquismo, sedentarismo y alimentación no saludable, uno de los cuatro factores de riesgos de adquisición de enfermedades no transmisibles prevenibles¹.

Se estima que el uso nocivo del alcohol provoca anualmente entorno a los 2,5 millones de fallecimientos en todo el mundo, incrementa el riesgo de muerte prematura y dispara las cifras de morbilidad asociada a su consumo en forma de traumatismos, violencia y suicidios¹. Los costes de las patologías generadas por el consumo excesivo de alcohol superaron en España en el año 2001 los 3.833 millones de euros².

En la sociedad actual el consumo de alcohol alcanza tal magnitud que se traslada incluso a la población trabajadora. La repercusión que este fenómeno tiene entre los trabajadores es muy importante pues disminuye la productividad, aumenta la incidencia de accidentes de trabajo, eleva las cifras de absentismo, provoca incapacidades laborales, etc.³

Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT)⁴: "Los efectos nocivos del consumo de alcohol y de drogas en el lugar del trabajo y el rendimiento laboral son corrientes a todos los niveles. La seguridad profesional y la productividad pueden verse afectados de forma adversa por empleados bajo el influjo del alcohol u otras drogas".

Se calcula que aproximadamente la mitad de las empresas españolas han tenido que hacer frente en los últimos tiempos a problemas originados por el consumo de alcohol entre sus trabajadores, lo cual justifica la necesidad de implementar por parte de las Unidades de Vigilancia de la Salud programas de prevención del alcoholismo y de ayuda al empleado en los casos en los que el alcohol ya es un problema*.

El Estatuto de los Trabajadores considera la embriaguez un incumplimiento contractual, pudiendo llegar a ser objeto de despido. En el caso de los accidentes de trabajo, si estos se producen bajo los efectos del alcohol, se considera que el trabajador ha cometido una imprudencia temeraria y por tanto no tiene derecho a recibir una prestación por accidente de trabajo.

Según el artículo 22 de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales, en el supuesto que se sospeche de consumo excesivo de alcohol por parte de un trabajador, este debe ser citado en el área de Vigilancia de la Salud de su Servicio de Prevención de Riesgos Laborales para valorar la aptitud en su puesto. Si no acudiese a la cita, se le solicitaría por escrito que acuda a la realización de un examen de salud obligatorio y si tampoco acudiese, se le

requeriría por vía judicial⁶.

Finalmente, resulta esencial que las políticas anti alcohol de las empresas contribuyan a mejorar las condiciones de salud de los trabajadores, valorando la disposición del trabajador para seguir un tratamiento y considerando el despido como la última opción posible.

OBJETIVO

Diseñar a partir de la valoración de un caso práctico, el plan de cuidados de un trabajador con un consumo elevado de alcohol, dentro del ámbito competencial de un Especialista en Enfermería del Trabajo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se elabora un caso práctico ficticio cuyo protagonista es valorado a partir del Modelo de las 14 Necesidades Básicas de Virginia Henderson. Se emplea la taxonomía NANDA - NOC - NIC^{7,8} para la elaboración del plan de cuidados y el Modelo Área para la obtención de los diagnósticos principales.

Presentación del caso práctico

Acude a nuestra Unidad de Vigilancia de la Salud el mando intermedio de J.O.T, celador de la Unidad de Cardiología de un Hospital de Málaga. El mando nos comenta que hace unos meses J.O.T pasó por una experiencia vital muy estresante que precisó que estuviese unos días de baja dado el alto nivel de ansiedad que presentaba. Según nos informa, desde aquel suceso no ha vuelto a ser el mismo. Llega muchos días tarde al trabajo o no acude sin avisar previamente, ha descuidado su higiene personal e incluso lo han encontrado durmiendo en la sala de trabajo en hora de máxima carga laboral. Está muy preocupado por esta situación y teme que algún día le pase algo o perjudique a algún paciente.

Al día siguiente de hablar con el supervisor, llamamos a J.O.T y lo citamos para la realización de un examen de salud. Le explicamos que el reconocimiento es obligatorio pues ha sido solicitado por su mando a raíz de identificar una serie de riesgos que pueden poner en peligro su integridad y la de terceros. J.O.T accede a acudir.

J.O.T viene a nuestra Unidad el día del reconocimiento con dos horas de retraso. Presenta aspecto desaliñado, un discreto feto enólico, temblor de MMSS, discurso lento y dificultad para centrar la atención en la conversación que mantenemos con él.

Historia del paciente

J.O.T es un hombre de 54 años viudo desde hace 8 meses. Tiene una hija de 26 años con la que no mantiene contacto desde que falleció su esposa y no se relaciona con personas

CASO PRÁCTICO/CLÍNICO

fuera del ámbito laboral. Lleva trabajando como celador en el mismo hospital desde que tenía 23 años. Ha pasado por diferentes servicios aunque lleva en Cardiología 15 años. Mantiene buena relación con sus compañeros de trabajo aunque según nos comentan, últimamente la relación con sus iguales está más deteriorada dado su estado anímico. Es hipertenso aunque no toma tratamiento y en la última analítica que se hizo tenía hipertransaminemia.

A partir de los antecedentes descritos, se procede a la valoración del trabajador mediante el modelo de las Necesidades de Virginia Henderson.

Valoración de enfermería según las 14 Necesidades Básicas de Virginia Henderson

Necesidad de respirar normalmente

- Fumador de 20 cigarrillos al día desde los 15 años sin intenciones de dejar de fumar (8 puntos en el test de Richmond).
- Capacidad vital forzada (CVF) del 87%.

Necesidad de comer y beber adecuadamente

- Realiza 3 comidas diarias sin horario fijo.
- Refiere falta de apetito y pérdida de 5 kg en los últimos 3 meses.
- Bebe un litro de cerveza diario y una botella de vino cada dos días.
- Mide 175 cm y pesa 70 Kg (IMC de 23).

Necesidad de eliminar por todas las vías corporales

- Cambios en los hábitos intestinales a raíz del fallecimiento de la esposa.
- Periodos de estreñimiento alternados con periodos de diarrea.
- Refiere episodio puntual de incontinencia urinaria que justifica con una mayor ingesta de alcohol.

Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas

- Sedentarismo (no realiza ningún tipo de actividad física por falta de motivación).
- No presenta limitaciones en la movilidad.
- Marcha atáxica

Necesidad de dormir y descansar

- Presenta dificultad para conciliar el sueño,

numerosos despertares nocturnos y sueño no reparador.

- Refiere estar muy cansado durante el día, lo que en más de una ocasión ha propiciado que se quede dormido en el trabajo.
- Padece insomnio según el "Cuestionario de Oviedo del Sueño".

Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel

- Higiene personal deficiente con buena capacidad funcional para el aseo (Barthel de 100).
- Ligero edema en MMII que deja fóvea a la palpación.

Necesidad de evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas

- Está orientado en espacio y tiempo aunque presenta bradipsiquia.
- No tiene ninguna alergia medicamentosa ni alimentaria.
- Niega haber sufrido accidentes (no nos consta registros suyos de accidentes laborales).
- Se muestra ansioso (alcanza los 30 puntos en la "Escala de Ansiedad de Hamilton").
- Refiere encontrarse muy cansado y triste (obtiene en la "Escala de Goldberg" más de 4 puntos para la escala de ansiedad y más de 2 para la de depresión).
- Se culpa por la muerte de su esposa y por la falta de relación con su hija (En el "Inventario de Texas Revisado de Duelo" obtiene 30 puntos en la parte de comportamientos del pasado y 45 en la de sentimientos actuales).
- Entre sus hábitos tóxicos se encuentran el consumo elevado de alcohol y el tabaquismo (alcanza los 13 puntos en el "Cuestionario de detección del alcoholismo: Cuestionario Malt" y 3 en el "Cuestionario de detección de consumo de alcohol: Cuestionario Cage Camuflado").
- Reconoce no estar pasando por un buen momento personal y solicita ser valorado por la Unidad de Salud Mental.

Plan de cuidados

A partir de la valoración realizada en el apartado anterior, se identifican los siguientes diagnósticos NANDA⁷:

CASO PRÁCTICO/CLÍNICO

- 00069 Afrontamiento ineficaz
- 00188 Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud
- 00193 Descuido personal
- 00002 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades
- 00241 Deterioro de la regulación del estado de ánimo
- 00135 Duelo complicado
- 00095 Insomnio
- 00196 Motilidad gastrointestinal disfuncional
- 00063 Procesos familiares disfuncionales
- 00168 Estilo de vida sedentario

Posteriormente se aplica el Modelo Área de Razonamiento Clínico para la obtención de los diagnósticos principales. Para ello se utiliza un diagrama de flujos que establece relaciones entre los diferentes diagnósticos y se seleccionan los siguientes:

1. Afrontamiento ineficaz.
2. Duelo complicado.

Se desarrollan los diagnósticos principales usando para ello la taxonomía NANDA - NOC - NIC⁷⁻⁹:

DISCUSIÓN

El alcoholismo constituye un problema social cada vez más importante pues afecta a numerosas vertientes de la faceta del individuo, incluida la laboral.

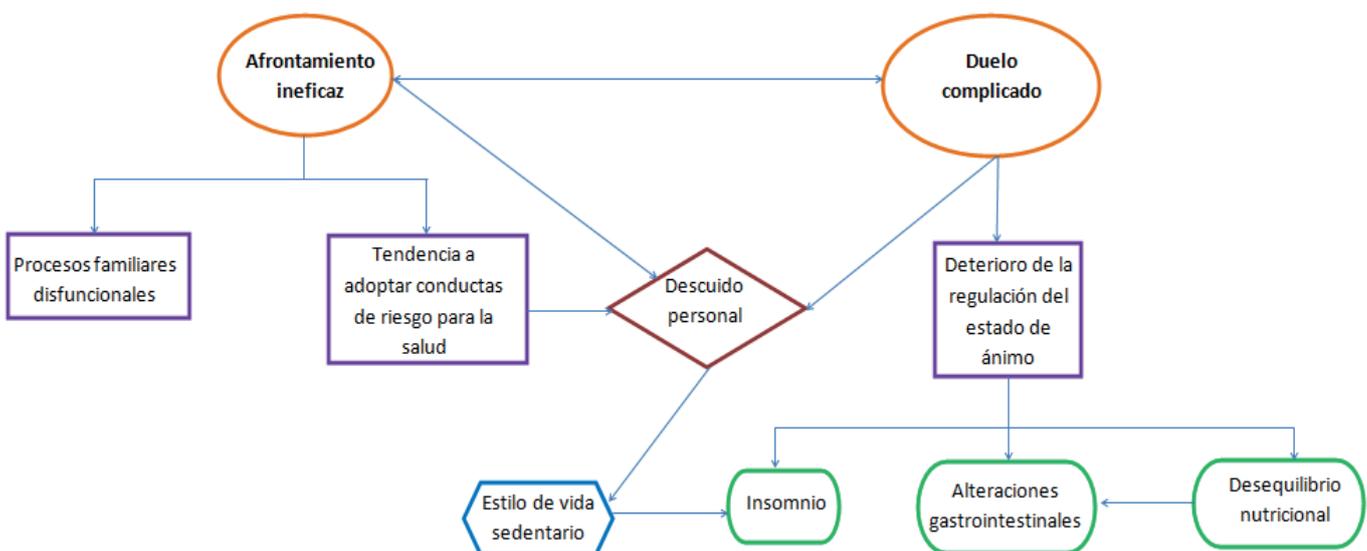
La implantación de medidas encaminadas a sensibilizar sobre el consumo elevado de alcohol y la detección precoz del mismo constituye un plan de actuación esencial a adoptar desde los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, con el fin de crear puestos de trabajo más seguros, disminuir la accidentabilidad laboral y reducir el absentismo laboral.

La Enfermera Especialista en Enfermería del Trabajo, debe tener especial consideración ante este problema de salud, pues juega un papel imprescindible en todo lo relacionado con la prevención a través de la educación sanitaria y promoción de hábitos de vida saludables.

Mediante la realización de jornadas de sensibilización y la identificación y control de aquellos trabajadores con un consumo de alcohol nocivo, la Enfermera del Trabajo debe construir planes de cuidados estandarizados que aborden de manera holística al trabajador y que permitan la creación de ambientes de trabajo más sanos y seguros.

Por último, el uso de la metodología enfermera en la génesis de estos planes de cuidados, permite prestar unos cuidados más científicos, orientados a la consecución de objetivos y enfocados a las necesidades específicas de cada trabajador.

Figura 1. Modelo de Área de Razonamiento Crítico.



CASO PRÁCTICO/CLÍNICO

Tabla 1. Diagnósticos NANDA. Afrontamiento Ineficaz.

00069 AFRONTAMIENTO INEFICAZ		
NANDA	Características definitorias	<ul style="list-style-type: none"> • Abuso de sustancias, • Cambios en el patrón del sueño • Conductas de riesgo • Estrategias de afrontamiento ineficaces
	Factores relacionados	<ul style="list-style-type: none"> • Crisis situacional
NOC		<ul style="list-style-type: none"> • 1629 Conductas de abandono del consumo de alcohol • 1409 Autocontrol de la depresión.
	Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> • 162901 Expresa el deseo de dejar de tomar alcohol • 162910 Sigue estrategias seleccionadas de eliminación de alcohol • 140909 Refiere mejoría del estado de ánimo • 140918 Mantiene el aseo y la higiene personal
NIC		<ul style="list-style-type: none"> • 5270 Apoyo emocional • 4920 Escucha activa
	Actividades	<ul style="list-style-type: none"> • 527001 Comentar la experiencia emocional con el paciente • 527017 Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa • 492002 Mostrar interés por el paciente

Tabla 2. Diagnósticos NANDA. Duelo complicado.

00069 AFRONTAMIENTO INEFICAZ		
NANDA	Características definitorias	<ul style="list-style-type: none"> • Autoculpabilización • Depresión
	Factores relacionados	<ul style="list-style-type: none"> • Muerte de persona significativa
NOC		<ul style="list-style-type: none"> • 0313 Nivel de autocuidado • 1310 Resolución de la culpa • 0004 Sueño
	Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> • 31305 Mantiene higiene personal • 131001 Expresa las causas de la culpa • 131008 Identifica exagerados sentimientos negativos • 403 Patrón de sueño • 404 Calidad del sueño
NIC		<ul style="list-style-type: none"> • 5606 Enseñanza: individual • 5290 Facilitar el duelo • 1850 Mejorar el sueño
	Actividades	<ul style="list-style-type: none"> • 560621 Reforzar la conducta si se considera oportuno • 529004 Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida • 529009 Fomentar la identificación de los miedos más profundos sobre la pérdida • 185007 Enseñar al paciente a controlar los patrones de sueño

CASO PRÁCTICO/CLÍNICO

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol; 2010 [citado 12 sept 2018]. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategies.pdf
2. López JM. Impacto social y económico del consumo de alcohol. Revista Economía de la Salud. 2005; 4(2): 82-83.
3. Confederación Regional Empresarial Extremeña [Internet]. Alcoholismo en el entorno laboral; 2016 [citado 28 aug 2018]. Disponible en: <http://prl.creex.es/j34/noticias/listar-articulos-at-0079-2015/1041-alcoholismo-en-el-entorno-laboral>
4. Organización Internacional del Trabajo [Internet]. Tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo; 1996 [citado 11 aug 2018]. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/normativeinstrument/wcms_112634.pdf
5. Asociación de Alcohólicos Rehabilitados de La Bañeza [Internet]. Manual para la prevención del alcoholismo en el entorno laboral; 2011 [citado 15 aug 2018]. Disponible en: <http://docplayer.es/49934504-Manual-para-la-prevencion-del-alcoholismo-en-el-entorno-laboral.html>
6. Ochoa E, Madoz A. Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral. Med Segur Trab. 2008; 54(213): 25-32.
7. Herdman TH, Kamitsuru S, editores. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. Barcelona: Eselvier; 2015.
8. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores. Clasificación de los Resultados de Enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud. Barcelona: Eselvier; 2013.
9. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey J Wagner C, editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Barcelona: Eselvier; 2013.

