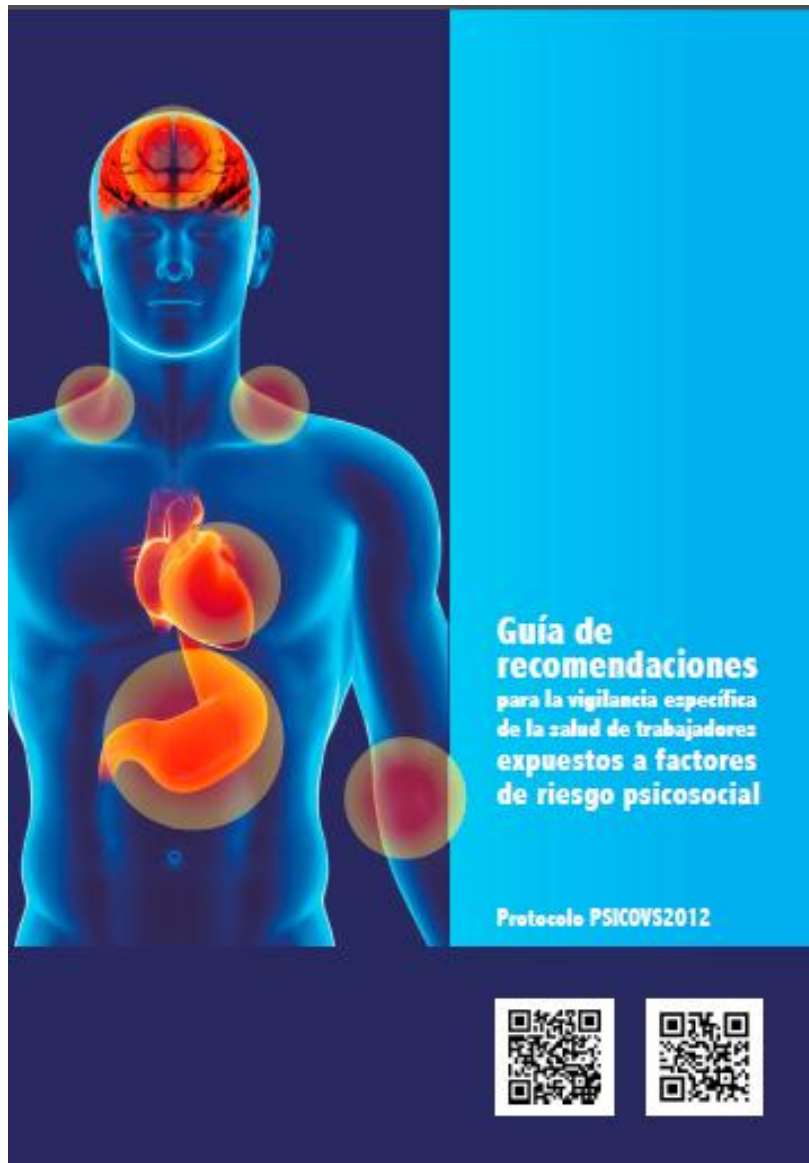


PROPUESTA Y VALIDACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA LA VIGILANCIA ESPECÍFICA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES Y TRABAJADORAS EXPUESTOS A FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL



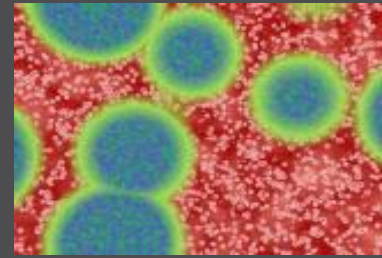
Proyecto de investigación financiado por OSALAN conforme a la RESOLUCIÓN de 23 de noviembre de 2012, de la Directora General de Osalan-Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales, por la que se resuelve la concesión de subvenciones para Proyectos de investigación en materia de prevención de riesgos laborales. (BOPV núm. 243, de 17 de diciembre de 2012)

PROPUESTA Y VALIDACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA LA VIGILANCIA ESPECÍFICA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES Y TRABAJADORAS EXPUESTOS A FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL

MEMORIA TÉCNICA (RESUMEN EJECUTIVO DEL PROYECTO)

Investigador principal:

Dr. Guillermo Soriano Tarín (SGS Tecnos SA)
guillermo.soriano@sgs.com

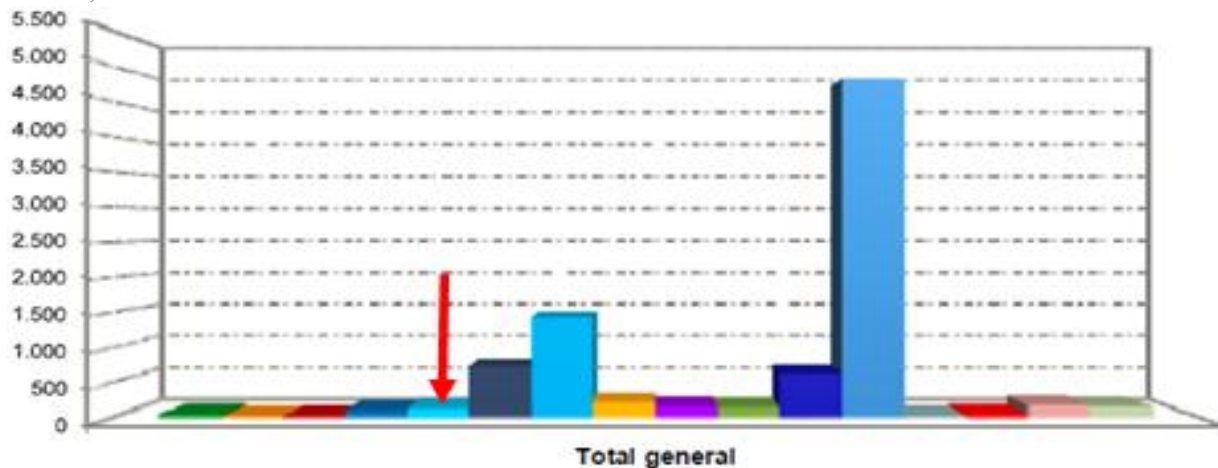


Justificación

Diferentes estadísticas ponen de manifiesto la magnitud creciente de los riesgos psicosociales y de su impacto tanto en términos de salud como económicos.

Según los datos **PANOTRATSS** del 2012, sobre un total de 6.682 partes comunicados por enfermedad causada por el trabajo, **94** se corresponden con el grupo 05 (desórdenes mentales). Asimismo, se han registrado un total de 1.915 enfermedades o defectos agravados por el trabajo de los que **21** se corresponderían con el grupo 05. En su conjunto, **apenas 115 enfermedades mentales ($0,9 \times 10^5$ trabajadores expuestos)**, agrupadas en las siguientes categorías:

- a, Desórdenes afectivos 8
- b, Trastornos fóbicos y neuróticos 34
- n, Otros desórdenes mentales 73

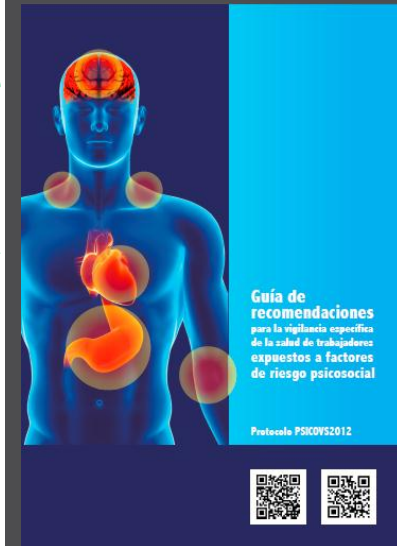


PROPUESTA Y VALIDACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA LA VIGILANCIA ESPECÍFICA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES Y TRABAJADORAS EXPUESTOS A FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL

INTRODUCCIÓN



- Por ello se ha desarrollado esta Guía de Buenas Prácticas, entendida como aquella intervención o experiencia realizada que responde a las líneas estratégicas del SNS, basada en el mejor conocimiento científico disponible, que haya demostrado ser efectiva, pueda ser transferible y represente un elemento innovador para el sistema sanitario (subsistema de salud laboral de los trabajadores).



- **CRITERIOS:** 1.- Adecuación; 2.- Pertinencia; 3.- Evaluación; 4.- Basada en el mejor conocimiento científico disponible; 5.- Efectividad; 6.- Posibilidad de Transferencia; 7.- Innovación; 8.- Eficiencia; 9.- Sostenibilidad; 10.- Equidad; 11.- Enfoque de género; 12.- Participación; 13.- Intersectorialidad; 14.- Aspectos éticos



PROPUESTA Y VALIDACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA LA VIGILANCIA
ESPECÍFICA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES Y TRABAJADORAS
EXPUESTOS A FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL

OBJETIVOS

OBJETIVO



“Hacer visible lo invisible”



PROPUESTA Y VALIDACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA LA VIGILANCIA ESPECÍFICA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES Y TRABAJADORAS EXPUESTOS A FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL **METODOLOGIA**

Grupo de trabajo PSICOVS.2012 y Panel de Expertos

Elaboración Borrador Guía para la Vigilancia específica de la salud y Protocolo PSICOVS.2012 (V1.8) y aplicación web (25-1-2013-25-5-2013)



Elaboración Protocolo definitivo PSICOVS.2012

Presentación OSALAN y difusión del protocolo (código QR)

Revisión bibliográfica

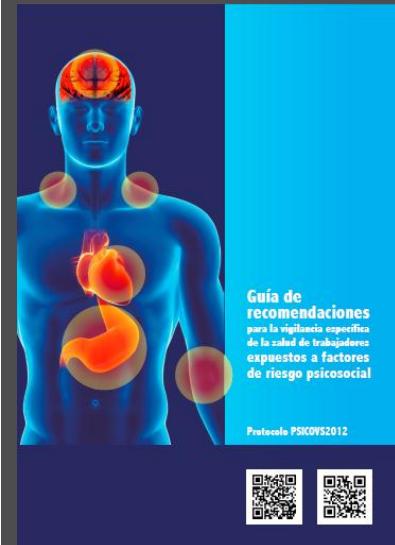
Prueba de VALIDACIÓN (877 trabajadores) (30-5-2013 al 31-8-2013) (análisis estadístico: 1-9-2013-30-10-2013)

Prueba PILOTO y Evaluación Externa (10-11-2013 al 10-12-2013)



Resultados prueba de validación

- ❑ Solicitud de participación a 22 SPA y 62 SPP (Población asignada 2.400 y tasa respuesta esperada 33% =800 protocolos)
- ❑ Participación final de 11 SPA y 28 SPP con una población asignada de 1.340 trabajadores. Muestra final 900 protocolos (877+23) (tasa respuesta 67,2%)
- ❑ 304 empresas. Ámbito todo el territorio del estado. (12,8% ≤10; 17,8% 11-49; 16,1% 50-249; 10,9% 250-499; 13,8% 500-999; 27,6% ≥ 1000)
- ❑ 2,3% Agricultura; 7,2% Construcción; 16,8% Industria y 73,7% Servicios
- ❑ 54,0% mujeres y 46,0% varones
- ❑ Edad media 43,05 años (rango 18-66 y DE±9,30 años)
- ❑ Antigüedad misma ocupación 14,0 años (0,1-44; DE± 9,56) y en puesto actual, 9,07 años (0,1-42 y DE ± 7,89)
- ❑ 37,9% Técnicos y profesionales científicos e intelectuales (personal sanitario, docente e ingenieros) y 27,4% personal de administración
- ❑ 1,3% sin estudios y 8,7% Primer grado. 24,5% Segundo grado y 65,6% tercer grado



Resultados prueba de validación: 8 Objetivos

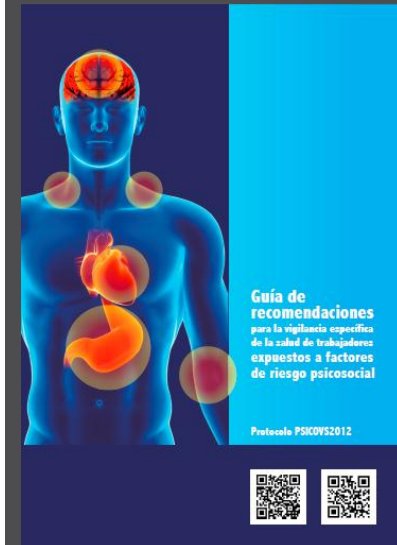
❑ 1. ANÁLISIS para MEJORAR y DEPURAR LA ESCALA Q24FRP y establecer punto de corte

El objetivo fue reducir la escala de forma óptima para que con el menor número de ítems ofrecer un resultado aceptable en cuanto a riesgos psicosociales, por lo que se seleccionaron sólo los primeros 20 ítems.

Para ello se realizaron los siguientes análisis:

- ❑ Analizar la consistencia interna de la escala en su versión 20 ítems y considerar como uno de los criterios de reducción los ítems que aportan menos a la consistencia interna y total de la escala.
- ❑ Analizar la consistencia de los 20 ítems con la escala de Karasek.
- ❑ Establecer mediante regresión la mejor combinación de los 20 ítems que optimiza la predicción de la prueba de Karasek.
- ❑ Establecer mediante regresión la mejor combinación de los 20 ítems que optimiza la predicción de la prueba de Karasek en su 25% de sujetos con peor situación en riesgos psicosociales
- ❑ Los ítems que superaron este proceso de selección (10 en total) se relacionaron en su capacidad predictiva conjunta con indicadores externos como la selección como población Diana por los especialistas.

Se estableció el punto de corte en relación a la escala de Karasek



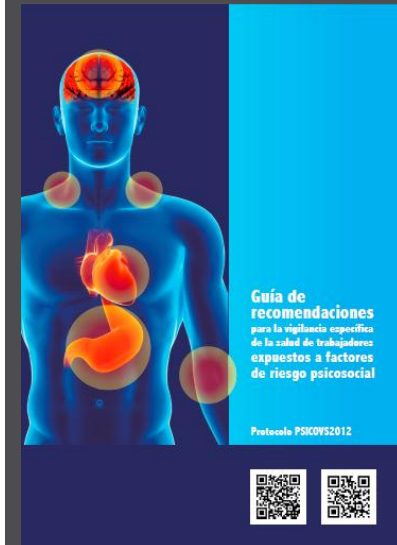
Resultados prueba de validación: Objetivos

❑ 2. ANÁLISIS para MEJORAR y DEPURAR ESCALA IGM (índice General de Malestar) y establecer punto de corte

Mismo objetivo que para los primeros 20 ítems de Q24FRP pero con dos ítems FRP21 y FRP22, que valoran daño psicológico. En este caso se empleó como criterio externo los siguientes:

- ❑ La puntuación global GSIBSI de la escala BSI-18.
- ❑ Las puntuaciones globales de la escala SCL90R.
- ❑ La puntuación obtenida en las dos preguntas incluidas del SF36
- ❑ La puntuación obtenida en la pregunta general de estrés avalada por el FIOH
- ❑ Específicamente el FRP21 con las dos escalas de somatización de BSI-18 y SCL90RS
- ❑ Específicamente el FRP22 con la escala de obsesividad del SCL90R OBSSCL.
- ❑ Los ítems que superaron este proceso de selección (los dos) se relacionaron en su capacidad predictiva conjunta con indicadores externos como todas las escalas de SCL-90R y BSI-18, así como criterios externos como haber sido asignado el sujeto a un diagnóstico positivo en la CIE 05 por los especialistas.

Se estableció el punto de corte en relación 25% superior de BSI y SCL 90R



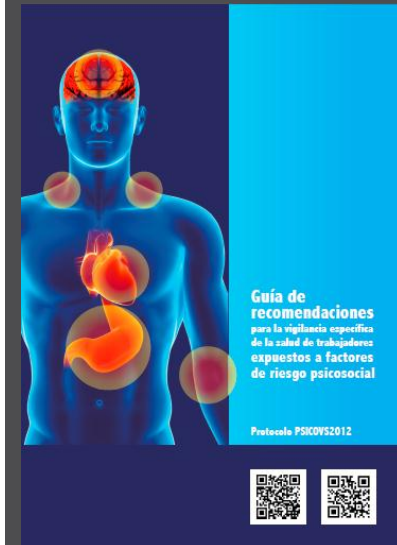
Resultados prueba de validación: Objetivos

❑ 3. ANÁLISIS para MEJORAR y DEPURAR ESCALA IFC (Índice de Factores de Confusión) y establecer punto de corte

Mismo objetivo que para los primeros 20 ítems de Q24FRP pero con dos ítems FRP23 y FRP24, que anticipan factores de confusión en concreto suspicacia/paranoidismo y querulancia. En este caso se empleó como criterio externo los siguientes:

- ❑ La puntuación obtenida en la Escala de Actitud Querulante.
- ❑ Específicamente el FRP23 con las escalas de Paranoidismo y Obsesividad del SCL90R
- ❑ Específicamente el FRP24 con Conducta querulante.
- ❑ Los ítems que superaron este proceso de selección (sólo 1) se relacionaron en su capacidad predictiva conjunta con indicadores externos como todas las escalas de SCL-90R y BSI-18.

Se estableció el punto de corte en relación 25% superior de Paranoidismo del SCL-90R



Resultados prueba de validación: Objetivos

❑ 4. ANÁLISIS sobre GHQTOT y establecer punto de corte

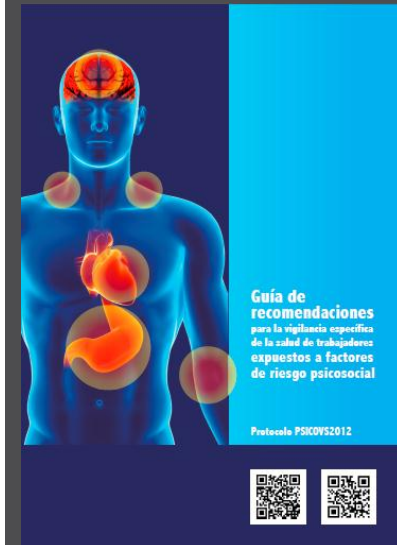
El objetivo era establecer el punto de corte para pasar de nivel y realizar una exploración en mayor profundidad.

- ❑ El punto de corte se estableció sobre la puntuación que predice mejor la pertenencia al grupo del 25% de sujetos que puntúan más alto en escalas globales de SCL-90R y BSI-18. Además se consideró los ítems (2) de SF36 y general de estrés avalado por el Instituto Finlandés de Salud Ocupacional pero se desecharon los dos primeros

❑ 5. ANÁLISIS sobre escala de Somatizaciones y establecer punto de corte

El objetivo era establecer el punto de corte para pasar de nivel

- ❑ El punto de corte se estableció sobre la puntuación que predice mejor la pertenencia al grupo del 25% de sujetos que puntúan más alto en escalas globales de somatizaciones de SCL90R y BSI-18. Se consideró asimismo el criterio de los especialistas al determinar presencia en CIE 07, CIE 09 y CIE 12



Resultados prueba de validación: Objetivos

❑ 6. ANÁLISIS sobre el cuestionario Nórdico y establecer punto de corte

El objetivo era establecer el punto de corte para pasar de nivel

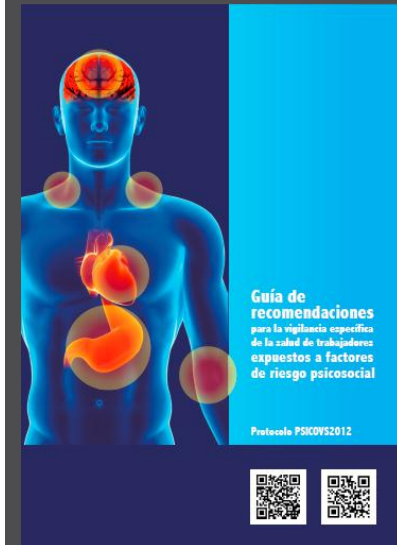
- ❑ El punto de corte se estableció sobre la puntuación que predice mejor la pertenencia al grupo del 25% de sujetos que puntúan más alto en escalas globales de somatizaciones de SCL90R y BSI-18. Se consideró asimismo el criterio de los especialistas al determinar presencia en CIE13.

❑ 7. Reducción de criterios de Entrevista sobre acontecimientos vitales

El objetivo fue reducir la cantidad de criterios y hacerlos operativos para obtener información relevante sobre experiencias vitales estresantes en y ajenas al trabajo.

Dada la estructura de las variables, se empleó un análisis factorial que permitió la reducción de las variables a 7, desde la original 17, y por criterios de relevancia se eliminó la valoración sobre la historia vital.

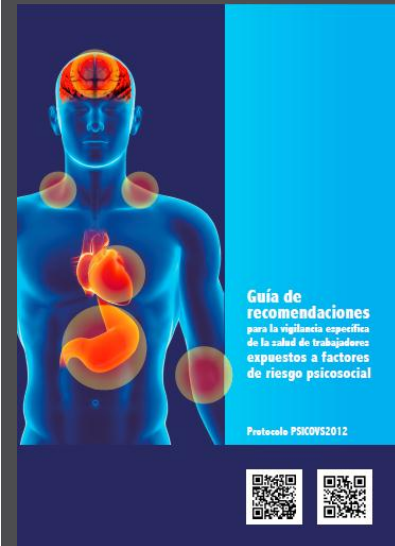
Finalmente el criterio cuantitativo se estableció en la puntuación del 70% de vivencia de traumática.



Resultados prueba de validación: Objetivos

❑ 8. Reducción de criterios de Entrevista sobre factores de confusión.

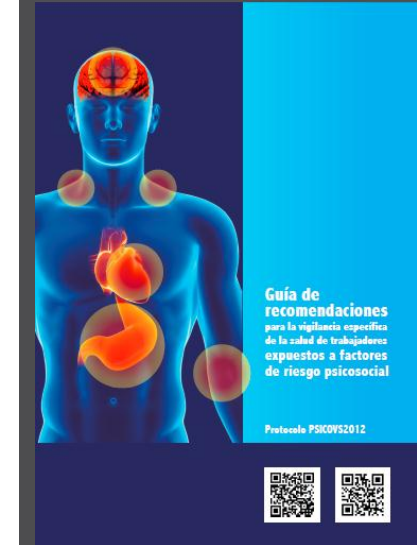
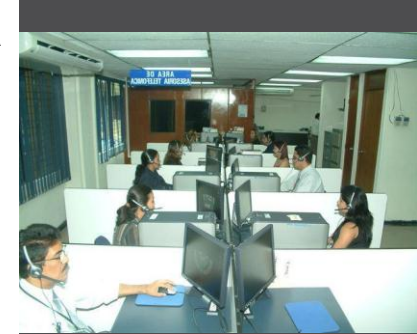
El objetivo era disponer de criterios de determinación para aquellos individuos que cumplieran ampliamente el indicador de presencia clara de factor de confusión. Por ello, y además de los análisis antes mencionados para IFC, se procedió a la reducción primero factorial y después de significación con indicadores de Obsesividad, Paranoidismo. El resultado final llevó a una re-escalación de las puntuaciones obtenidas (informe del especialista).



PROPUESTA Y VALIDACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA LA VIGILANCIA ESPECÍFICA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES Y TRABAJADORAS EXPUESTOS A FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL

RESULTADOS

PROTOCOLO PSICOVS.2012



PROPUESTA Y VALIDACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA LA VIGILANCIA
ESPECÍFICA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES Y TRABAJADORAS
EXPUESTOS A FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL

RESULTADOS

**PROTOCOLO PSICOVS.2012:
NIVELES DE INTERVENCIÓN**

Nivel de intervención 1

a) Cuestionario básico de Identificación de 10-Q-FRP (si población diana y/o ERPS+ no pasar): IFRP

(Validación con JCQ-Karasek)

b) Estado de salud actual percibido y estado de salud actual comprado (SF36)

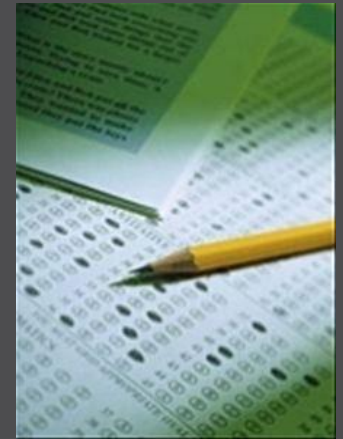
c) Entrevista semiestructurada:

BI: acontecimientos generales

BII: acontecimientos laborales)

Nivel de intervención 1

**NO ES UNA EVALUACION
DE
RIESGOS
PSICOSOCIALES**



PROPUESTA Y VALIDACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA LA VIGILANCIA ESPECÍFICA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES Y TRABAJADORAS EXPUESTOS A FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL

RESULTADOS



Nivel de intervención 2

- Cuestionario GHQ-12 de Goldberg (BSI-18; SLC 90 de Derogatis)
- Pregunta simple de estrés (FIOH)
- Cuestionario de Valoración General de Malestar **2Q-IGM**
- Entrevista semiestructurada:

BI: actitud

BII: comportamiento

BIII: suspicacia paranoide- IFC

**Nivel de
intervención 2**



PROPUESTA Y VALIDACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA LA VIGILANCIA ESPECÍFICA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES Y TRABAJADORAS EXPUESTOS A FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL

PROTOCOLO PSICOVS.2012: **RESULTADOS** **NIVELES DE INTERVENCIÓN**

Nivel de intervención 3

- Cuestionario-C1.- Trastornos musculoesqueléticos (Cuestionario Nórdico Estandarizado adaptado) (últimos 12m,IT y etiología)
- Cuestionario-C2 de Somatización S-10Q-FRP (síntomatología 12m e IT) (Validación con SCL 90)**
- Exploración física sistematizada y anamnesis (5 grupos CIE9-MC)**
- Pruebas complementarias**



PROPUESTA Y VALIDACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA LA VIGILANCIA ESPECÍFICA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES Y TRABAJADORAS EXPUESTOS A FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL

PROTOCOLO PSICOVS.2012: NIVELES DE INTERVENCIÓN

RESULTADOS

Nivel de intervención 3

RESULTADOS (Nivel 1+2):

- 0= Ausencia de síntomas y signos
- 1= Presencia de síntomas, sin positividad de las pruebas exploratorias: CASO POSIBLE
- 2= Presencia de síntomas y/o positividad de alguna prueba exploratoria: CASO PROBABLE
- 3= Con diagnóstico de certeza: CASO CONFIRMADO

CONTINGENCIA: Común, ERT o Mixta

Nivel de intervención 3



**PROTOCOLO PSICOVS.2012:
NIVELES DE INTERVENCIÓN**

Nivel de intervención 4

-Documento de derivación (supuestos 1,2 y 3) (ERT o CC)

- Personal especializado del SP
- SPS
- MATEPSS

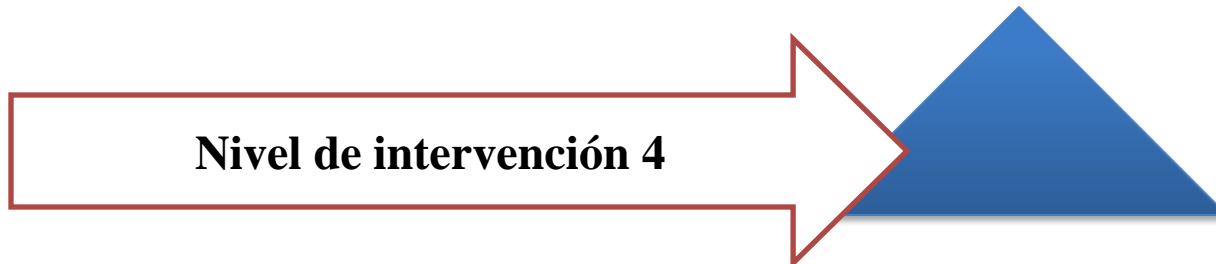
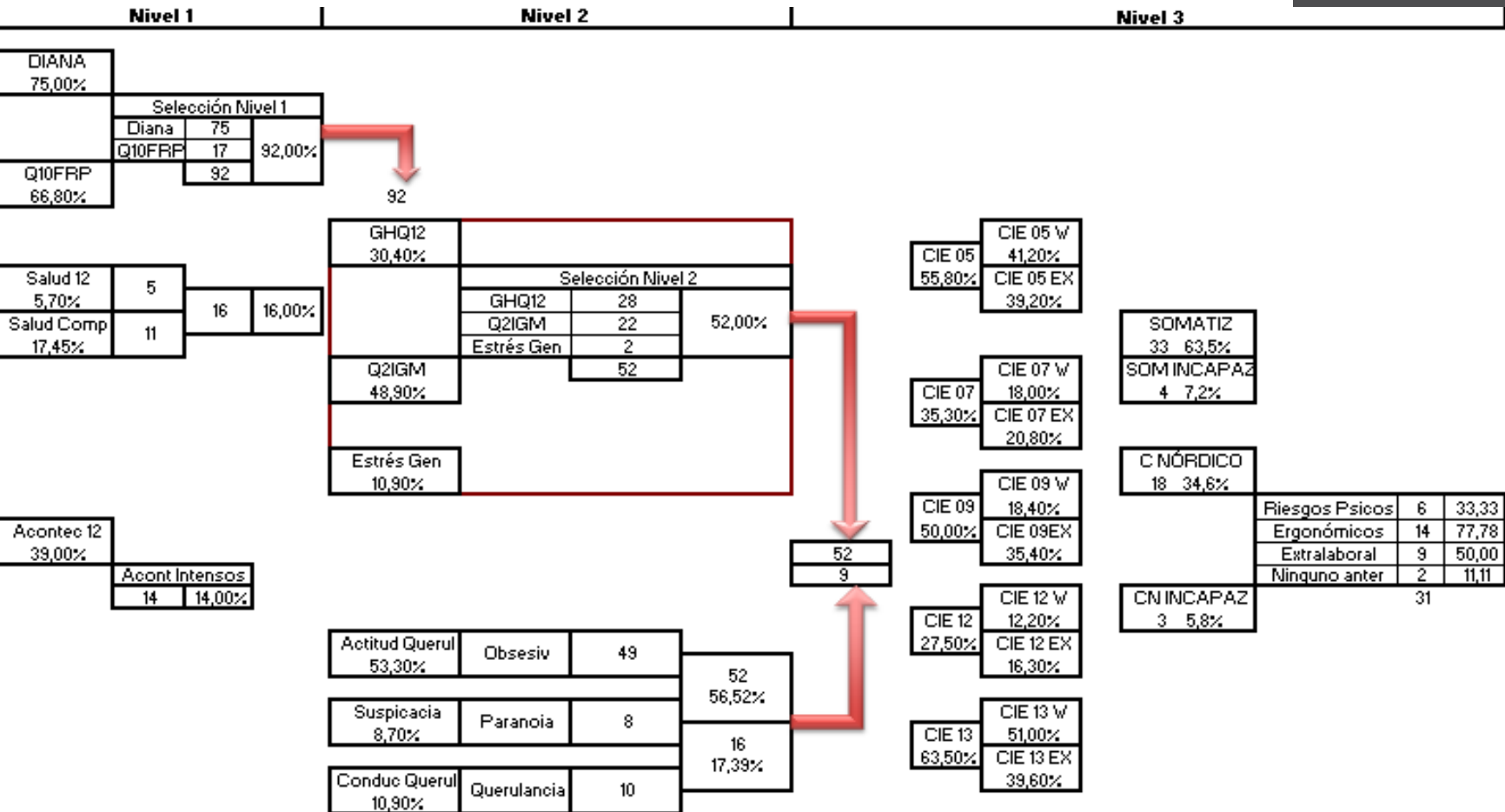


Tabla 1.- Niveles de intervención para la vigilancia específica de la salud de trabajadores expuestos a factores de riesgo psicosocial

NIVEL DE INTERVENCIÓN 1	NIVEL DE INTERVENCIÓN 2	NIVEL DE INTERVENCIÓN 3			NIVEL DE INTERVENCIÓN 4			
POBLACION DIANA	Anamnesis orientada	Posibles daños	Anamnesis dirigida	Exploración sistemática por aparatos	Pruebas complementarias según hallazgos	Otras exploraciones especiales		
<p>Población Diana y/o Evaluación de Riesgos +</p> <p>-Cuestionario básico 10Q-FRP</p> <p>+</p> <p>-Percepción del estado actual de salud percibido y comparado (SF36)</p> <p>+</p> <p>-Entrevista semiestructurada Sobre acontecimientos generales (Bloque I) y/o laborales (Bloque II)</p>	<p>CUESTIONARIO GHQ-12 de Goldberg</p> <p>PREGUNTA SIMPLE DE ESTRÉS</p> <p>Cuestionario de Valoración General de Malestar 2Q-IGM</p> <p>ENTREVISTA ESTRUCTURADA</p> <p>-Bloque I (actitud)</p> <p>-Bloque II (comportamiento)</p> <p>-Bloque III (suspicion paranoide-IFC)</p>	<p>Alteración salud mental (patología psicosocial)</p> <p>-Estrés</p> <p>-Ansiedad</p> <p>-Depresión</p> <p>-Estrés postraumático agudo</p> <p>-Otras alteraciones</p> <p>Lesiones/Trastornos musculoesqueléticos (Contractura muscular, dolor, etc...)</p> <p>Alteraciones Cardiovasculares</p> <p>Otros trastornos psicosomáticos</p>	<p>HISTORIA LABORAL</p> <p>ANAMNESIS</p> <p>-Antecedentes</p> <p>-Situación actual</p> <p>Cuestionarios de síntomas:</p> <p>C1.- Cuestionario Nórdico adaptado</p> <p>Cuestionarios de síntomas de somatizaciones:</p> <p>C2.- Cuestionario S-10Q-FRP</p> <p>Exploración física/anamnéstica</p> <p>5 grupos CIE 9-MC</p>	<p>DATOS BIOMETRICOS: Peso, Talla, IMC, TAS, TAD, FC, FR</p>	<p>CONTROL BIOLOGICO: Hemograma R, F</p> <p>Glucosa basal</p> <p>Colesterol total</p> <p>Colesterol HDL</p> <p>Colesterol LDL</p> <p>Triglicéridos</p>	<p>Derivación para valoración por el especialista en Salud Mental del SNS y/o MATEPSS (Anexo II)</p> <p>Test psicométricos específicos</p> <p>Marcadores biológicos especiales (opcional)</p>		
							<p>PIEL</p> <p>Exploración básica</p>	<p>SISTEMA OSTEOMUSCULAR:</p> <p>Exploración básica</p>
				<p>APARATO CARDIORESPIRATORIO</p> <p>Exploración básica</p>	<p>Opcional valoración por especialista o utilización de otros test psicométricos a criterio médico</p>		<p>NEUROLOGICO/MENTAL</p> <p>Exploración básica</p>	

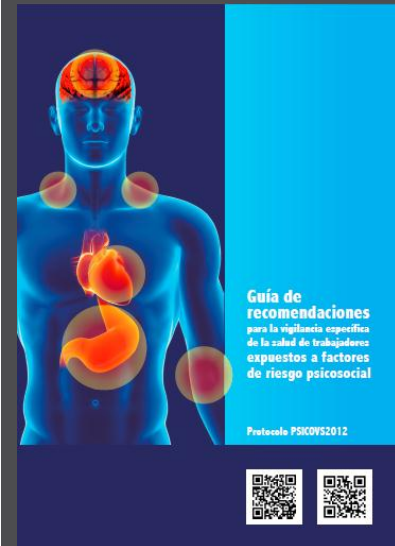
Resultados prueba piloto



Resultados prueba piloto

Resultados prueba piloto	
Nivel de intervención	% sobre muestra total ⁽¹⁾
NIVEL INTERVENCIÓN 1 POSITIVO	92,0%
NIVEL INTERVENCIÓN 2 POSITIVO	52,0%
NIVEL INTERVENCIÓN 3 POSITIVO	33,3%
NIVEL INTERVENCIÓN 4 POSITIVO	7,8%

(1) Muestra de 100 trabajadores



Resultados Evaluación externa

Resultados evaluación externa (18 EVALUADORES)	Sí
1.-Formato de la GUÍA PSICOVS2012 adecuado	61,1%
2.-Lenguaje utilizado en la GUÍA PSICOVS2012 es claro	72,2%
3.- El gráfico para la toma de decisiones y el algoritmo es fácil de entender	72,2%
4.-Son claros los criterios de puntuación y de corte para pasar de nivel de intervención	72,2%
5.-Son sencillos de aplicar los criterios de puntuación y de corte para pasar de nivel de intervención	77,8%
6.- La GUÍA y el PROTOCOLO, se adaptan a las necesidades de los profesionales sanitarios de los SP	77,8%
7.- El diseño y el formato del PROTOCOLO PSICOVS2012 es fácil de utilizar	61,1%
8.-La GUÍA y el PROTOCOLO PSICOVS2012 serán útiles para los profesionales sanitarios de los SP	88,9%
9.- Valoración global aplicabilidad sobre una escala de 1(nada) a 10 (muchísimo)	8,0

PROPUESTA Y VALIDACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA LA VIGILANCIA ESPECÍFICA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES Y TRABAJADORAS EXPUESTOS A FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL

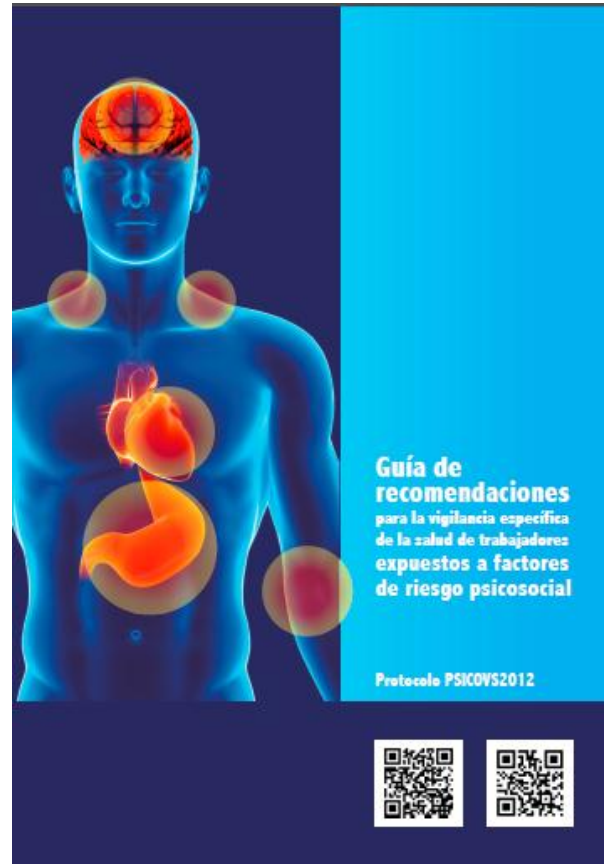
CONCLUSIONES

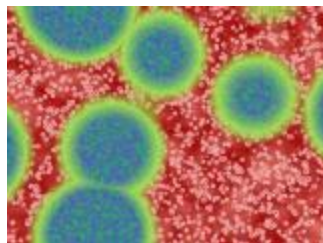
Potenciar el papel de los profesionales sanitarios de los servicios de prevención en la prevención de los FRP y sus consecuencias

Aflorar lo más precozmente posible las enfermedades de naturaleza psicosocial

Unificar y homogeneizar los instrumentos para la detección individual y colectiva de los daños

Proponer a la Autoridad Sanitaria competente la adopción del protocolo PSICOVS.2012 para la vigilancia de la salud de los trabajadores





M
U
C
H
A
S

G
R
A
C
I
A
S