

Revista Española de Salud Pública



VOLUMEN 80

NÚMERO 4

Junio-Julio 2006

EDITORIAL

La Revista Española de Salud Pública en el Social Science Citation Index de Thomson Scientific. **C Pérez Andrés, E Delgado López-Cózar y E Jiménez Contreras . 293**

COLABORACIONES ESPECIALES

Criterios éticos para las decisiones sanitarias al final de la vida de personas incapaces. **IM Barrio Cantalejo y P Simón Lorda. 303**

Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica. De los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres. **S Velasco, MT Ruiz y C Álvarez-Dardet. 317**

ORIGINALES

Factores individuales y del entorno asociados a la variabilidad geográfica de los trastornos psicológicos entre áreas pequeñas: un análisis multinivel. **R Gispert Magarolas, X Puig Oriol, E Palomera Fanegas, J Autonell Caldenty, JM Giné Giné, G Ribas Serra, JJ Coll Fiol. 335.**

Clasificación de las personas dependientes a partir de la Encuesta de discapacidades, deficiencias y estado de salud de 1999. **I Albarrán Lozano y P Alonso González. 349**

Enfermedades profesionales declaradas en hombres y mujeres en España en 2004. **M García Gómez y R Castañeda López. 361**

Distribución y tendencia de los fallecimientos en el medio hospitalario en España durante el período 1997-2003. **A Jiménez-Puente, E Perea-Milla y F Rivas-Ruiz. 377**

Percepción de la violencia escolar por parte de las personas responsables de la dirección de los centros de enseñanza de Alicante. un estudio cualitativo. **C Martínez Fernández, I Hernández-Aguado y AM Torres. 387**

Epidemiología del síndrome del túnel carpiano de origen laboral en la provincia de Alicante, 1996-2004. **J Roel-Valdés, V Arizo-Luque y E Ronda-Pérez. 395**

CLÁSICOS DE LA SALUD PÚBLICA EN ESPAÑA

Gaspar Casal: Descripción ecológica de la pelagra, primera enfermedad carencial. **JM López Piñero. 411**

ACTIVIDADES CIENTÍFICAS

11º Congreso Mundial de Salud pública y 8º Congreso Brasileño de Salud Colectiva. **417** □ □ □ □

Taller internacional síntesis de resultados cualitativos. **418** □ □ □

Indizada en Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud/IBECS, Índice Médico Español, CUIDEN, LILACS
MEDLINE/Index Medicus, EMBASE/Excerpta Medica y Directorio Ulrich

EDITORIAL**LA REVISTA ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA INGRESA EN EL SOCIAL SCIENCE CITATION INDEX DE THOMSON SCIENTIFIC****Cristina Pérez Andrés (1), Emilio Delgado López-Cózar (2) y Evaristo Jiménez Contreras (2)**

(1) Comité de Redacción de la Revista Española de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo.

(2) EC3: Evaluación de la Ciencia y de la Comunicación Científica. Departamento de Biblioteconomía y Documentación. Universidad de Granada.

Thomson es una empresa dedicada a proporcionar información especializada en diferentes áreas: financiera, cuidados de salud, educación, legal, científica e impuestos y contabilidad¹. En el caso de la información científica la gestión se hace a través de *Thomson Scientific*, antes Thomson ISI.

Thomson Scientific elabora información especializada que comercializa en una serie de bases de datos: *Science Citation Index* (SCI), *Social Science Citation Index* (SSCI) y *Arts and Humanities Citation Index* (A&HCI), actualmente reunidas en el *Web of Science* (WOS)², las cuales se han convertido en los últimos años en el referente mundial a la hora de identificar la llamada ciencia internacional y, por extensión, la investigación de mayor calidad e impacto. Debido al carácter selectivo y a las prestaciones bibliométricas que estas bases de datos ofrecen, gobiernos e instituciones han convertido al *Institute for Scientific Information* (ISI) en la fuente de datos habitual para las diferentes actividades evaluadoras. Entre ellos cabe destacar el factor de impacto, el cual es el producto más conocido habitualmente por los autores y lectores de artículos científicos.

Por estas razones, y por otras que desgranaremos posteriormente, estar presente en las bases de datos del ISI ha llegado a ser una prioridad para investigadores, instituciones y revistas. El problema es que se trata de un anhelo compartido por miles de revistas en el mundo. Muchas son las que lo solicitan (más de 2.000 cada año) y pocas las que lo consiguen. Este año una de ellas ha sido la *Revista Española de Salud Pública* (RESP). Que una revista científica española como la RESP ingrese en el ISI posee una significación especial que debe ser resaltada y fuente de satisfacción no sólo para los editores de la revista sino para toda la comunidad científica y profesional a la que representa.

En primer lugar conviene resaltar que en las bases de datos del ISI (<http://scientific.thomson.com/mjl>) sólo figuran 9.000 revistas científicas de las más de 100.000 que circulan en todo el mundo. Así el SCI, cuya cobertura arranca de 1945, tiene indizadas en la actualidad 6.543 revistas distribuidas en 71 categorías; el SSCI (desde 1956) posee 1.917 revistas distribuidas en 54 categorías y el A&HCI (desde 1975) indiza 1.149 revistas distribuidas en 27 categorías². Pues bien, la RESP pasa a ser una de las 67 revistas

españolas que han superado el proceso de evaluación (tabla 1), tras solicitar su ingreso en agosto de 2001, y hoy ya se encuentra indizada en el ISI. De ellas 36 figuran en el SCI, 13 en el SSCI y 18 en el A&HCI. Estos datos adquieren su verdadero valor si reparamos en el hecho de que la RESP se convierte en la primera revista española sobre salud pública que accede a las bases de datos del ISI y en una de las pocas revistas iberoamericanas que de esa misma disciplina lo han conseguido (Salud Pública de México y Revista de Saude Publica).

En segundo lugar cabe señalar que el ISI es muy selectivo debido a las exigencias que impone y que deben cumplir las revistas que ingresan en él, exigencias que finalmente repercuten beneficiosamente en las revistas que indiza, tanto en lo que concierne al aumento de su visibilidad y prestigio como en lo que se refiere a la mejora de sus prácticas editoriales internas. Desde hace años el ISI cuenta con un riguroso proceso de evaluación de las revistas candidatas a ser indizadas en sus fondos³. Los criterios de selección de revistas empleados por el ISI se pueden estructurar en cuatro grandes apartados:

1. Cumplimiento de los estándares de publicación en revistas científicas.
2. Cobertura temática de la revista.
3. Representatividad internacional.
4. Repercusión y visibilidad científica.

El primero de ellos, que actúa como pre-requisito para el resto, es el cumplimiento de los estándares internacionales de publicación científica, entre los que cabe subrayar la regularidad y puntualidad, la calidad y corrección de los títulos de los artículos, en el sentido de que sea descriptivos y ajustados a los contenidos de los trabajos; la calidad de los resúmenes y palabras clave, que debe entenderse en el mismo sentido que el punto anterior; la indicación de las instituciones

(todas) a las que pertenecen los autores firmantes; la corrección y exhaustividad de las referencias bibliográficas, y la práctica acreditada y regular del sistema de evaluación por pares (externo y anónimo) de los originales que se envían a la revista.

El segundo aspecto que se valora es la cobertura temática de la revista. En este caso el ISI pondera que la revista ocupe un espacio científico diferenciado que sea de interés para la base de datos, bien porque se trate de un campo emergente e innovador o porque la revista represente a una comunidad sólida cuyas aportaciones son científicamente relevantes. Aspecto éste que representa una «ventana de oportunidad» para las revistas españolas, tradicionalmente maltratadas en esta base de datos, sesgo que el ISI está tratando de corregir.

El tercer aspecto tiene que ver con la representatividad internacional de la revista. En este punto el ISI exige que la revista esté patrocinada por una organización solvente, que su equipo editorial (especialmente el comité científico) lo integren investigadores de prestigio, lo que es extensible a los científicos que publican en ella e, incluso a la audiencia a la que se dirige, en el sentido de que sea internacional y no meramente local, lo que es observable a través de su presencia en bibliotecas y, muy especialmente, en bases de datos.

Y, por último, pero no menos importante, evalúa la repercusión científica de la revista a través del recuento de las citas que recibe. El hecho de que una revista no esté incluida en el ISI no significa que su impacto medido en citas no pueda ser estudiado. Ello se puede hacer de forma directa, contabilizando las citas que los artículos que publica la misma reciben en el WOS o de forma indirecta, haciendo un seguimiento del impacto científico de los autores que constituyen el comité editorial de la revista o de los autores que publican en ella, en ambos casos se puede calcular el impacto que alcanzan las publica-

ciones internacionales (léase la publicadas en revistas ISI) de las que son responsables. Precisamente este riguroso filtro, entre otros factores, es el que dota de exclusividad a estas bases de datos y otorga reputación a las revistas que logran franquearlo, como es el caso de la RESP.

Por ofrecer algunos datos generales de los procesos de evaluación de *Thomson Scientific*, señalaremos que aproximadamente unas 2.000 revistas son evaluadas cada año. Se incluyen aquí tanto las nuevas que se someten a valoración para su posible inclusión o cobertura como las que se reevalúan para su posible salida o cambio de ubicación en los campos en que se organiza la base de datos. Finalmente, cada año son incluidas entre 150-200 nuevas revistas.

Como consecuencia de todo ello no es exagerado afirmar que en las bases de datos ISI se encuentra la bibliografía científica de mayor difusión, visibilidad e impacto internacional. Pero lo que realmente ha transmutado a las bases de datos ISI en «oscuro objeto de deseo» es la posibilidad que ofrece de conocer el impacto y repercusión científica que tienen los trabajos publicados a partir del recuento de las citas bibliográficas que reciben. Con el paso del tiempo los indicadores bibliométricos que proporcionan han devenido en herramientas imprescindibles para la evaluación del rendimiento investigador de las instituciones, de las revistas y de los propios científicos. Publicar en una revista indizada por el ISI se ha convertido en un signo intrínseco de calidad valorado positivamente por los más diversos sistemas de evaluación. En el caso de España, tanto la Comisión Nacional Evaluadora de la Actividad Investigadora (CNEAD)⁴ desde 1990, como la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA)⁵ desde 2002, organismos encargados de evaluar y acreditar el rendimiento científico de los investigadores, *valoran preferentemente las aportaciones que sean artículos en revistas de prestigio reconocidas*

do, aceptándose como tales las que ocupen posiciones relevantes en los listados por ámbitos científicos en el «Subject Category Listing» del Journal Citation Reports del Science Citation Index (SCI), del Social Sciences Citation Index (SSCI) y del Arts and Humanities Citation Index (AHCI) (Institute of Scientific Information, -ISI- Philadelphia, PA, USA).

Estas prácticas, que no son privativas de nuestro país y están extendidas por todo el planeta, han provocado que las revistas cubiertas por el ISI atraigan los mejores trabajos de investigación, aquéllos que poseen la mayor relevancia científica, tanto por el objeto de investigación como por su calidad metodológica. De ahí la trascendencia que para la vida de una revista tiene ingresar en las bases de datos del ISI.

Para entender mejor el contexto en el que se produce el ingreso de la RESP hay que aludir a dos factores externos que lo han propiciado. De un lado la política de *Thomson Scientific* de ampliar significativamente su fondo editorial. Consciente de sus sesgos geográficos (predominio de las revistas anglosajonas y en lengua inglesa) así como de sus lagunas en la cobertura de revistas de Ciencias Sociales y de orientación aplicada, ha decidido solventar este talón de Aquiles incluyendo unas 400 revistas. En última instancia explica todos estos movimientos la competencia de productos como *Scopus* (<http://www.info.scopus.com>), *Google Scholar* (<http://scholar.google.es>), *Psychinfo* (<http://www.apa.org/psycinfo>), e incluso *Índice de Impacto de las Revistas Españolas de Ciencias Sociales* (IN-RECS: <http://ec3.ugr.es/in-recs>), que han roto el monopolio de las bases de datos ISI en cuanto al tratamiento, búsqueda y recuperación a través las citas bibliográficas, aunque no de los indicadores bibliométricos donde ISI sigue siendo el referente.

De otro lado, la incorporación de revistas españolas a las bases de datos del ISI, que ha

sido un goteo continuado en los últimos años, es en última instancia reflejo del creciente peso de la ciencia española en el ámbito internacional, que en el último año ha experimentado una importante aceleración fruto, al menos en una parte no desdeñable, de la actividad desplegada por la Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT) (<http://www.fecyt.es>), interlocutor nacional frente a la empresa norteamericana. Esta actividad se ha concretado en la incorporación de varias revistas españolas a la sección de Ciencias Sociales, la más «descuidada» de la base de datos hasta ahora en lo que a la cobertura se refiere, ya que sólo recogía dos títulos: *Psicothema* y *European Journal of Psychiatry*. A partir de 2006 a esta lista se han unido otras 11 revistas, entre las que se cuenta la RESP, (tabla 1), que a final de año llegarán a ser 20. Por otra parte desde la FECYT también se están tomando medidas para apoyar a las revistas científicas españolas en su necesario proceso de apertura al exterior (léase de nuevo su incorporación a los listados de las bases de datos internacionales, especialmente las del ISI). En un futuro más o menos inmediato, y si se concretan las medidas que están discutiéndose, habrá un apoyo tangible y el reconocimiento consiguiente a las revistas que incrementen su visibilidad internacional.

Por último, cabe comentar que la RESP ha sido incluida dentro del SSCI en la categoría *Public, Environmental and Occupational Health*, una categoría compuesta por 70 revistas (tabla 2) que, de acuerdo con la definición del ISI, cubre «materias sobre medicina social, hábitos saludables, educación para la salud, seguridad y salud mental y comunitaria. En esta categoría se incluyen también recursos relacionados con la salud de grupos específicos tales como adolescentes, personas mayores, o mujeres». Esta adscripción hay que calificarla al menos como discutible, pues esta misma categoría figura en el SCI (tabla 2) cubriendo un ámbito temático más acorde con los contenidos de la RESP, ya que incluye recursos relacionados con la

epidemiología, higiene, y salud; enfermedades parasitarias y parasitología, medicina tropical, medicina industrial, salud laboral, control de infecciones y medicina preventiva. También incluye recursos sobre salud y medioambiente, etiología y control del cáncer; medicina de la aviación, medicina de los aerosoles y medicina». Es necesario destacar que éste es el único caso en el que una misma categoría figura en los dos índices, algo que se ha dado históricamente en muy contadas ocasiones, y que habla a las claras de una cierta indefinición respecto a las fronteras de la especialidad, seguramente por el carácter transversal que posee. De hecho hay 19 revistas que figuran en ambas categorías y por lo tanto en los dos índices (tabla 2).

Se trata de una categoría dominada absolutamente por las revistas anglosajonas (tabla 3) que llegan a representar más del 90% de las publicaciones, y particularmente, por las revistas de Estados Unidos e Inglaterra cuyos valores agregados superan el 85%. Esta distribución pone de nuevo de manifiesto los sesgos geográficos y lingüísticos de los que adolecen las bases de datos del ISI. El (80%) de las revistas están editadas por editoriales comerciales (tabla 4), ocupando un papel destacado las multinacionales de la edición científica (Elsevier, Blackwell, Kluwer...). No existe en esta categoría, a diferencia de otras, un monopolio tan acusado por parte de estas editoriales.

Conviene tener en cuenta estos datos para hacer una correcta lectura e interpretación del futuro factor de impacto de la RESP, el cual no aparecerá hasta 2008 porque, como es bien sabido, la fórmula de este famoso indicador se construye con las citas y artículos publicados en un período de dos años, que en el caso de las revistas ahora aceptadas serán 2006 y 2007. Es oportuno recordar que por ser un indicador ampliamente utilizado en la evaluación de los científicos, el factor de impacto de una revista ha sido objeto de investigación y de innumerables discusiones⁶⁻⁹. Por tanto, existe abundante literatura

Tabla 1
Revistas españolas indizadas por Thomson Scientific

Revista	FI	Categoría en la que se encuentra y FI agregado de la misma	
Actas españolas de psiquiatría	0,286	Neurociencias	3,552
AIDS Review			
Archivos de bronconeumología	1,401	Sistema respiratorio	2,99
Nefrología	0,466	Urology & nephrology	2,697
Medicina clínica	1,074	Medicine, general & internal	4,326
Revista clínica española	0,273	Medicine, general & internal	4,326
Revista española de cardiología	1,769	Cardiac & cardiovascular systems	3,603
Revista española de enfermedades digestivas	0,535	Gastroenterology & hepatology	3,332
Neurología	0,571	Clinical neurology	2,539
Revista de neurología	0,391	Clinical neurology	2,359
Neurocirugía	0,232	Neurosciences	3,552
		Surgery	1,741
Drug news & perspectives	2,159	Pharmacology & pharmacy	2,604
Drugs of today	1,248	Pharmacology & pharmacy	2,604
Methods and findings in experimental and clinical pharmacology	0,798	Pharmacology & pharmacy	2,604
Drugs of the future	0,547	Pharmacology & pharmacy	2,604
Histology and histopathology	2,023	Cell biology	5,551
Journal of physiology and biochemistry	0,934	Biochemistry & molecular biology	4,374
Enfermedades infecciosas y microbiología clínica	0,905	Infectious diseases	3,435
		Microbiology	3,254
International microbiology	1,868	Biotechnology & applied microbiology	2,795
		Microbiology	3,254
		Physiology	3,085
Grasas y aceites	0,194	Química aplicada	1,557
		Ciencia y tecnología de los alimentos	1,346
		Pathology	2,326
International journal of developmental biology	2,051	Developmental biology	5,098
Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology	0,857	Allergy	3,213
		Immunology	4,181
Afinidad	0,220	Química	2,985
Archives of computational methods in engineering	1,400	Computer science, interdisciplinary applications	1,577
		Engineering, multidisciplinary	0,862
		Mathematics, interdisciplinary applications	1,636
Ardeola	0,509	Ornitología	0,906
Boletín de la sociedad española de cerámica y vidrio	0,684	Materials science, ceramics	0,711
Collectanea Mathematica		Mathematics	0,501
Materiales de construcción	0,542	Construction & building technology	0,504
		Materials science, multidisciplinary	1,643
Publications mathematiques	0,659	Mathematics	0,501
Revista de metalurgia	0,414	Metallurgy & metallurgical engineering	0,939
Revista matemática iberoamericana	0,855	Mathematics	0,501
Scientia marina	1,036	Marine & freshwater biology	1,431
Spanish Journal of Agricultural Research	-	Agriculture, Multidisciplinary	1,366
Test	1,163	Statistics & probability	1,389
World Rabbit Science	-	Agriculture, Dairy & Animal Science	1,046
Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles	-	Geography,	1,204
El Profesional de la Información	-	Information Science & Library Science	0,818

Tabla 1 (Cont.)

Revistas españolas indizadas por Thomson Scientific

Revista	FI	Categoría en la que se encuentra y FI agregado de la misma	
European Journal of Psychiatry	0,018	Psychiatry	1,326
Infancia y Aprendizaje	-	Psychology, Developmental;	1,818
		Psychology, Educational	1,162
International Journal of Clinical and Health Psychology	-	Psychology, Clinical	1,925
Investigaciones Económicas	-	Economics	0,827
Psicológica	-	Psychology, Experimental	2,040
Psicothema	0,874	Psychology, Multidisciplinary	0,650
Revista de Economía Aplicada	-	Economics	0,827
Revista Española de Pedagogía	-	Education & Educational Research	0,525
Revista Española de Salud Pública	-	Public, Environmental And Occupational Health	1,663
Scripta Nova-Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales	-	Geography	1,204
The Spanish Journal of Psychology	-	Psychology, Multidisciplinary	1,472
Al-Qantara	-	History; Religion	
Anuario Filosófico	-	Philosophy	
Arbor-Ciencia Pensamiento y Cultura	-	Humanities, Multidisciplinary	
Archaeofauna	-	Archaeology	
Archivo Español de Arte	-	Art	
Boletín de la Real Academia Española	-	Literature, Romance	
Cuadernos Hispanoamericanos	-		
Goya	-	Art	
Hispania-Revista Española de Historia	-	History	
Insula-Revista de Letras y Ciencias Humanas	-	Literary Theory & Criticism	
Pensamiento	-	Philosophy	
Revista de Dialectología y Tradiciones Populares	-	Folklore	
Revista de Filología Española	-	Language & Linguistics Theory; Literature, Romance	
Revista de Indias	-	History	
Revista de Literatura	-	Literature, Romance	
Revista de Occidente	-	Humanities, Multidisciplinary	
Studia Monastica	-	Religion	
Sefarad	-	Religion	
Theoria-Revista de Teoría Historia y Fundamentos de la Ciencia	-	History & Philosophy Of Science	

y evidencias sobre los factores sociológicos y estadísticos que le afectan y pueden condicionarlo^{9,10}. Entre otros, los siguientes son los más importantes:

1. Estadísticamente hablando el FI no es más que un promedio: el número medio de citas recibidas por los artículos publicados en una revista. Constatado el hecho de que la distribución de citas entre los artículos de una revista no se ajusta a una curva normal (es no paramétrica), un pequeño número de artículos reciben altas tasas de citación y, por el contrario, la mayoría de los artículos no son citados o reciben tasas ínfimas de cita-

ción, nunca debe tomarse el FI de una revista como representativo de un artículo publicado en ella.

2. El FI de una revista depende directamente de dos grandes variables. Por una parte, del tamaño de la comunidad científica de la que la revista no es más que una expresión (mayor número de científicos, centros de investigación y publicaciones suponen potencialmente un mayor número de citas); y por otra, de la naturaleza de la disciplina o especialidad a la que la revista se adscriba y, especialmente, de los hábitos de publicación y prácticas de citación que imperen en ella.

Tabla 2

Revistas indizadas en la categoría Public, Environmental and Occupational Health del Social Sciences Citation Index*

	SSCI	SCI	FI	Total citas 2005	Artículos 2005
Annual review of public health	X	X	3,674	1628	24
American journal of public health	X	X	3,566	17954	297
Journal of epidemiology and community health	X	X	3,003	5197	162
Psychiatric services	X		2,700	4129	173
Social science & medicine	X		2,619	13990	460
Nicotine & tobacco research	X	X	2,549	1257	87
American journal of health promotion	X		2,495	1362	45
Tobacco control	X	X	2,415	2048	82
Sociology of health & illness	X		2,169	1132	41
Journal of womens health and gender-based medicine			2,111	747	0
Journal of adolescent health	X	X	2,013	3013	144
Aids and behavior	X		2,012	558	54
Aids patient care and stds	X		1,944	766	86
American journal of community psychology	X		1,922	1859	46
Psychology & health	X		1,796	1196	49
Health education & behavior	X		1,720	842	48
Accident analysis and prevention	X		1,717	2181	131
Aids education and prevention	X		1,700	1014	60
Aids care-psychological and socio-medical aspects of Aids/HIV	X		1,644	1510	114
Health risk & society	X		1,634	186	25
Injury prevention	X	X	1,536	840	69
Public health reports	X	X	1,526	2469	94
Health & place	X		1,492	437	29
Womens health issues	X		1,479	344	29
Health education research	X		1,303	1371	64
Journal of safety research	X		1,263	457	61
Journal of public health management and practice	X		1,235	815	0
Health promotion international	X		1,159	496	41
European journal of public health	X	X	1,118	676	103
Journal of public health	X	X	1,031	101	64
Journal of american college health	X		1,000	791	42
Public health	X	X	0,986	808	155
Australian and New Zealand journal of public health	X	X	0,976	970	85
Canadian journal of public health-revue canadienne de sante publique	X		0,976	1256	102
Community mental health journal	X		0,962	792	52
International journal of occupational and environmental health	X	X	0,962	393	57
Health	X		0,935	155	23
Journal of public health policy	X	X	0,930	255	20
Journal of womens health	X	X	0,897	480	81
Journal of palliative care	X		0,875	569	31
Health & social care in the community	X		0,869	384	54
Journal of rural health	X	X	0,866	461	55
Reproductive health matters	X		0,857	279	33
Studies in family planning	X		0,830	666	28
Journal of health care for the poor and underserved	X		0,815	382	79
Family & community health	X		0,763	263	26
Journal of community psychology	X		0,732	806	45
Scandinavian journal of public health	X	X	0,727	356	73
Journal of school health	X		0,721	828	54
Public health nursing	X	X	0,693	479	61
Salud publica de México	X		0,689	481	49
Journal of community health	X		0,657	531	32
Scandinavian journal of caring sciences	X		0,650	433	57
American journal of health behavior	X		0,640	370	53
Administration and policy in mental health	X		0,556	219	25
Gesundheitswesen	X		0,548	730	125

Tabla 2 (Cont.)

Revistas indizadas en la categoría Public, Environmental and Occupational Health del Social Sciences Citation Index*

	SSCI	SCI	FI	Total citas 2005	Artículos 2005
International journal of health planning and management	X		0,541	187	20
Childrens health care	X		0,487	151	20
Women & health	X		0,431	795	27
Journal of the royal society for the promotion of health	X		0,381	97	11
Journal of religion & health	X		0,298	113	25
Revista de saude publica	X		0,287	607	133
Biosecurity and bioterrorism-biodefense strategy practice and science	X				
Health expectations	X	X			
International journal of occupational safety and ergonomics	X				
Journal of health and social behavior	X				
Journal of occupational health psychology	X				
Maternal and child health journal	X				
Prevention science	X				
Revista española de salud publica	X				
Revista panamericana de salud publica	X				

* Ordenadas según factor de impacto de 2005.

Tabla 3

Países de publicación de las revistas indizadas en la categoría Public, Environmental and Occupational Health del Social Sciences Citation Index

Países	Revistas	
	N	%
EE.UU.	32	45,7
Inglaterra	28	40,0
Canadá	2	2,9
Australia	1	1,4
Holanda	1	1,4
Alemania	1	1,4
Noruega	1	1,4
Polonia	1	1,4
España	1	1,4
Brasil	1	1,4
México	1	1,4

En este sentido sabemos que las revistas de ciencias experimentales concitan mayor

citación que las de ciencias sociales y humanas, así como las revistas de especialidades

Tabla 4

Editoriales con más de dos revistas indizadas en la categoría Public, Environmental and Occupational Health del Social Sciences Citation Index

Editoriales	Revistas	
	N	%
Blackwell Publishing	8	11,4
Elsevier Science	8	11,4
Taylor & Francis	5	7,1
Kluwer Academic	4	5,7
Sage Publications	4	5,7
Oxford University Press	4	5,7
Springer/Plenum Publishers	4	5,7
Mary Ann Liebert Inc	3	4,3
BMJ Publishing Group	3	4,3
Lippincott Williams & Wilkins	2	2,9
John Wiley & Sons Inc	2	2,9
Total	47	67,1

básicas alcanzan niveles de citación más elevados que las revistas de orientación aplicada (especialidades clínicas). Por tanto, en principio el FI de una revista será comparable exclusivamente al de otras revistas clasificadas en la misma categoría. Así, por ejemplo, en la tabla 1 sólo son comparables entre sí los factores de impacto de las cuatro revistas incluidas en la categoría *Pharmacology and Pharmacy*. Y *Medicina Clínica* y la *Revista Clínica Española*, ya que están indizadas en la misma categoría del mismo índice. Y también lo son *Neurología* y *Revista de Neurologie Internationale microbiology* y *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica*. El resto de revistas de la tabla no son comparables entre sí por su FI, como no lo son con otras revistas que no estén en la misma categoría cualquiera que sea su nacionalidad. Sólo con determinadas cautelas y mediante transformaciones de los valores de los índices se pueden sal-

var estas diferencias entre categorías para realizar comparaciones entre ellas.

3. El tipo de revista y, particularmente, el tipo de trabajos que publique condicionará su FI. Así, las revisiones, los artículos metodológicos, las cartas, los artículos polémicos, son trabajos con una alta e inmediata atención de los lectores, por lo que su potencialidad de citación es mayor. Esto quiere decir que una revista que publique habitualmente este tipo de trabajos puede alcanzar mejores niveles de citación.

4. El número de trabajos de la revista afecta al FI, de manera que las revistas que más trabajos publican al año muestran una menor variabilidad en sus impactos que las que publican pocos.

5. La fórmula utilizada para calcular el FI posee también unos efectos un tanto perversos. El FI es un cociente entre el número de

citas (numerador) y el número de artículos publicados (denominador). Pues bien, mientras que el ISI en el numerador incluye las citas a todos los trabajos publicados por una revista (artículos, revisiones, resúmenes de congresos, editoriales...) en el denominador sólo incluye los artículos originales o de revisión. Esta fórmula favorece a aquellas revistas que publiquen muchos trabajos de carácter menor que no sean artículos o revisiones.

6. La rapidez en la publicación, e indirectamente la periodicidad de una revista, es un factor clave para conseguir mayores tasas de citación. Cuanto antes estén los artículos a disposición de los lectores antes podrán ser citados.

Teniendo en cuenta todas estas cautelas podrá hacerse una lectura adecuada del impacto que obtenga la RESP en el futuro. En cualquier caso, hay que felicitarse de que la RESP haya conseguido estar entre las revistas científicamente más influyentes del mundo, algo que se puede exhibir con orgullo. Es un logro de la revista, de todos los que la hacen posible día a día y, por encima de todo, de las personas que publican en ella sus trabajos, de las que los evalúan y de las que los leen.

BIBLIOGRAFÍA

1. Thomson. About us. Disponible en: <http://www.thomson.com/> (Consultado el 1 de julio de 2006).
2. Web of Science. Disponible en: <http://www.accesowok.fecyt.es/login/> (Consultado el 1 de julio de 2006).
3. Ruiz Pérez R, Delgado López-Cózar E, Jiménez Contreras E. Criterios del Institute for Scientific Information para la selección de revistas científicas. Su aplicación a las revistas españolas: metodología e indicadores. *Int J Clin Health Psychol* 2006, 6(2): 401-24.
4. Resolución de 25 de octubre de 2005, de la Presidencia de la Comisión Nacional Evaluadora de la Actividad Investigadora, por la que se establecen los criterios específicos en cada uno de los campos de evaluación. (BOE núm 266 de noviembre de 2005). Disponible en: <http://www.mec.es/ciencia/jsp/plantilla.jsp?area=cneai&id=501>
5. Resolución de 18 de febrero de 2005 de la Dirección General de Universidades por la que se modifican determinados aspectos de procedimiento de presentación de solicitudes de evaluación o informe de la ANECA para la contratación de personal docente e investigador, así como los criterios de evaluación, establecidos en las resoluciones de 17 de diciembre de 2002 y de 24 de junio de 2003, de dicha Dirección General. (BOE núm. 54 de 4 de marzo de 2005). Disponible en: <http://www.aneca.es/>
6. Garfield E. Citation Indexing. Its theory and applications in Science, Technology and Humanities. New York: Wiley; 1979.
7. Garfield E. *Current Content* 1994; (25): 3-7
8. Garfield E. The Agony and the Ecstasy. The History and Meaning of the Journal Impact Factor. International Congress on Peer Review And Biomedical Publication. Chicago, 16 de Septiembre de 2005. Disponible en <http://garfield.library.upenn.edu/papers/jifchicago2005.pdf>
9. Seglen PO. Why the impact factor of journals should not be used for evaluating research. *BMJ* 1997; 314: 498-502.
10. Amin M, Mabe M. Impact Factors: Use and abuse. *Perspectives in Publishing* 2000, 1: 1-6.

COLABORACIÓN ESPECIAL**CRITERIOS ÉTICOS PARA LAS DECISIONES SANITARIAS AL FINAL DE LA VIDA DE PERSONAS INCAPACES (*)****Inés M^a Barrio Cantalejo (1) y Pablo Simón Lorda (2)**

(1) Fundación de Investigación Biosanitaria Andalucía Oriental (FIBAO). GRANADA

(2) Escuela Andaluza de Salud Pública. GRANADA.

(*) El presente trabajo ha sido realizado en el marco del grupo de investigación Rimared, el cual obtuvo financiación del Ministerio de Sanidad y Consumo en su convocatoria de Redes Temáticas Cooperativas 2002-2006.

RESUMEN

Actualmente las relaciones sanitarias se apoyan en el reconocimiento del derecho de los pacientes a participar en las decisiones sobre su salud. Esta idea es el fundamento del consentimiento informado. Sin embargo, problema surge cuando el paciente no puede participar en estas decisiones porque se halla en una situación de incapacidad. Es otro, un representante, quien debe decidir por él. En España no existe claridad sobre qué criterios deben orientar las decisiones que ha de tomar el representante. El presente artículo presenta los criterios de decisión en pacientes incapaces desarrollados por la jurisprudencia norteamericana: el criterio subjetivo, el criterio del juicio sustitutivo y el criterio del mejor interés o mayor beneficio. El criterio subjetivo consiste en seguir las directrices que el paciente dictó antes de perder la capacidad. El criterio del juicio sustitutivo trata de deducir la decisión que hubiese tomado el propio paciente si pudiera, a partir de lo que conocemos de él. El criterio del mayor beneficio intenta proteger el bienestar del paciente. Tradicionalmente el «mejor interés» ha sido defender la vida a toda costa, sin atender a otro tipo de consideraciones. Quizás sea el momento de buscar un consenso sobre lo que socialmente hoy en día se considera «mejor interés». Su significado no podrá derivarse exclusivamente del derecho a la vida, sino de la conjunción entre éste –en cantidad y calidad suficientes– y la libertad, interpretados a la luz del respeto a la dignidad de la persona.

Palabras clave: Competencia mental. Incompetencia mental. Representante legal. Decisiones de representación. Testamento vital. Planificación anticipada de atención. Consentimiento por terceros.

ABSTRACT**Ethical Criteria for Substitute Decision-Making in People without Capacity**

Nowadays healthcare relationships rest on the recognition of the right of patients to take part in the decisions about their health. This idea is the foundation of the informed consent theory. Nevertheless, problem arises when the patient cannot take part in these decisions because he hasn't enough capacity. Then, another person, a substitute, must decide for him. In Spain does not exist enough clarity about the criteria that must guide the decisions of the proxy. The present work deals with the three criteria developed by the North American jurisprudence. These criteria are: the subjective criterion, the criterion of the substitute judgment and the best interest or major benefit criterion. The subjective criterion is based on the statement of the own patient, usually written in an advance directive or living will. The criterion of the substitute judgment tries to rebuild the decision that the own patient had taken if he remained capable. The criterion of the major benefit tries to protect the well-being of the patient. Traditionally the «better interest» has been to defend the life at any expense, without attending to another type of considerations. Probably it is the moment to look for a new consensus on what today the society has to consider the «better interest» of a patient. Surely this new definition meaning would not stem exclusively from the right to life, but from the conjunction between quantity and quality of life considerations and the freedom of patients, all interpreted in the light of the respect person's dignity.

Key words: Mental competency. Mental incompetency. Proxy. Legal guardians. Third-party-consent. Living Hill. Advance care planning.

Correspondencia:
Inés M^a Barrio Cantalejo
C/ Periodista Rafael Gago Palomo, 7-portal 1-7º A
18014 GRANADA
Teléfono: 652 910 204
Correo electrónico: imbarrio@fundacionhvn.org

INTRODUCCIÓN

Tras el inicio de la democracia en España, nuestro ordenamiento jurídico ha tratado de incorporar a sus disposiciones la necesidad ineludible de proteger la libertad de los ciudadanos para gestionar su propio proyecto de vida. En el ámbito de la salud esto se ha traducido en la necesidad de garantizar jurídicamente la protección del derecho del paciente a decidir sobre su cuerpo y su salud. Esto es lo que se conoce por «consentimiento informado», un derecho de tardío reconocimiento, pues hasta la Ley General de Sanidad de 1986 había sido prácticamente desconocido entre nosotros.

Actualmente el Convenio de Oviedo¹ y la Ley Básica 41/2002² son las normas que dotan a este derecho de una notable solidez. A ellas hay que añadir el desarrollo de un importante conjunto de normas autonómicas. Esperemos que este hecho y la reflexión bioética creciente en el ámbito sanitario permitan en los próximos años la consolidación de este derecho y el abandono de las formas paternalistas.

Sin embargo, la introducción de planteamientos novedosos se acompaña con frecuencia de nuevos problemas. Uno de los que plantea la teoría del «consentimiento informado» es el de cómo tomar decisiones cuando el paciente no esté en condiciones para hacerlo. La Ley Básica denomina a esta situación «consentimiento por representación».

En este ámbito de las decisiones de representación hay dos grandes preguntas que responder. La primera es delimitar quién tomará las decisiones, o sea, quién será el representante. La segunda es con qué criterios deberá decidir dicho representante. Tanto la Ley Básica como las legislaciones autonómicas han tratado de aclarar la primera pregunta. En cambio ninguna profundiza en los criterios de decisión que deben guiar al representante. No obstante es un tema que

preocupa a los profesionales sanitarios y a los familiares que cuidan a un paciente en situación de incapacidad.

Los objetivos del presente trabajo son, en primer lugar, exponer los tres criterios que ha elaborado la jurisprudencia norteamericana para guiar las decisiones sanitarias en pacientes incapaces. En segundo lugar, revisar cómo la legislación española aborda esta cuestión y señalar cómo aparecen reflejados estos tres criterios en nuestro ordenamiento jurídico.

DESARROLLO DE LOS CRITERIOS DE DECISIÓN EN LA JURISPRUDENCIA NORTEAMERICANA

Los criterios utilizados en la jurisprudencia norteamericana acerca de cómo deben de ser tomadas las decisiones en pacientes incapaces son tres: el criterio subjetivo, el criterio del juicio sustitutivo y el criterio del mayor beneficio. Reseñados en este orden presentan, de mayor a menor, la probabilidad de reproducir fielmente la decisión que el propio paciente incapaz tomaría si pudiese.

Para conocer el verdadero significado de cada uno de estos criterios conviene familiarizarse con el concepto de «estándar de evidencia o prueba». Es el requisito fundamental que exige la *common law* –derecho formado por los jueces– para dictar sentencias. Los estándares de evidencia miden la probabilidad de acierto de una decisión adoptada en un proceso judicial. De menor a mayor exigencia se clasifican en:

- a) **Preponderancia de la prueba**, que equivale a una probabilidad de acierto en procesos civiles superior al 50%.
- b) **Prueba clara y convincente**, que implica una probabilidad de acierto en los procesos civiles, basada en unas pruebas tan claras como para que no exista una duda sustancial.

c) **Prueba más allá de toda duda razonable** en los procesos criminales, que ha de aportar un grado de certeza cercano al 100%. En los casos judiciales que dieron lugar a la definición de los tres criterios el debate estribó en la posibilidad de aplicar o no el máximo estándar de evidencia.

La definición de los tres criterios ha respondido a la búsqueda de soluciones inmediatas y aplicables a casos concretos. Por este motivo no existe una gran reflexión sobre la fundamentación ética de tales criterios. No obstante tanto la *President's Commission* como otros autores³⁻⁵ entienden que los valores morales que están detrás de estos criterios son dos: el bienestar del individuo y el respeto a su autodeterminación. El principio de beneficencia es el suelo en el que se apoya el criterio del mayor beneficio. El principio de autonomía es en el que descansan los criterios del juicio subjetivo y juicio sustitutivo. Cualquier representante que tenga que decidir en lugar de un paciente incapaz deberá dilucidar qué interés tiene que primar⁶, si la libertad o el bienestar del paciente. Este dilema es el común denominador de los casos judiciales que han dado lugar a la definición de los tres criterios. Veamos qué contenidos tienen esos criterios y las ventajas e inconvenientes de la aplicación de cada uno de ellos.

El criterio subjetivo

Se denomina «subjetivo» porque consiste en poner en práctica las instrucciones del paciente sobre los cuidados que prefiere cuando sea incapaz. La aplicación de estas instrucciones ha de ir apoyada en «pruebas claras y convincentes» de que el propio paciente hubiese tomado la misma decisión si pudiera. Las indicaciones del paciente pueden haber sido transmitidas de forma verbal o escrita. La forma oral presenta problemas porque tiende a solaparse con el criterio del juicio sustitutivo que veremos a continuación. Por eso la forma escrita es la

expresión paradigmática del criterio subjetivo. Los testamentos vitales son los documentos que tratan de realizar esta función.

Sin embargo llevar a la práctica el criterio subjetivo es muy difícil. Para poder aplicarlo el paciente tiene que haber expresado su decisión respecto a una situación clínica idéntica a aquella en la que se encuentre cuando siendo ya incapaz haya que decidir por él. El caso del Hermano Fox (anexo 1) es ilustrativo a este respecto⁷⁻⁹. Fox había conversado en el pasado con el Padre Eichner sobre el caso Quinlan^{10,11} (anexo 2). Eichner relató en el Tribunal que Fox había dicho de forma reiterada que él no desearía seguir viviendo si se encontrara en una situación similar. La situación clínica del hermano Fox era idéntica a la que había padecido Quinlan, un estado vegetativo persistente. Además, la decisión a tomar era retirar la respiración artificial, la misma que en el caso Quinlan. El tribunal que juzgó el caso entendió que con el testimonio del Padre Eichner se podía afirmar «con una elevada probabilidad» que el hermano Fox hubiese deseado que se le retirase el respirador. En este caso pudo aplicarse el criterio subjetivo pero esto no es posible siempre. A medida que la situación clínica del paciente incapaz se aleja de aquella sobre la que se pronunció siendo capaz, resulta difícil justificar la aplicación del criterio subjetivo. En tales situaciones lo que procede es utilizar el criterio del juicio sustitutivo, que veremos a continuación, aunque el criterio subjetivo sea siempre el ideal al que todos los representantes aspiran.

El criterio del juicio sustitutivo

Este criterio ha sido el más debatido y utilizado en los casos judiciales norteamericanos sobre decisiones sanitarias en incapaces. Aunque no existe una única formulación¹², la definición más clásica y utilizada en el Derecho y en la Bioética norteamericanos¹³ es la siguiente: el sustituto debe tomar la

decisión que tomaría *el mismo paciente* si fuera capaz. Para ello hay que tener en cuenta tanto la escala de valores que el paciente aplicaría como las condiciones clínicas (diagnóstico, pronóstico, beneficios de cada opción terapéutica, etc) en las que la decisión se llevaría a cabo.

El mencionado caso de Karen Ann Quinlan¹⁴ (anexo 2) constituye el primer intento de aplicar el **criterio del juicio sustitutivo** a la decisión de retirar medidas de soporte vital en pacientes incapaces. Karen, en estado vegetativo persistente tras una intoxicación de alcohol y barbitúricos, tenía escasas posibilidades de recuperar la conciencia. Sus padres solicitaron la retirada del respirador, argumentando que ella había afirmado que no estaba de acuerdo en mantener la vida artificialmente a los pacientes en coma o en una situación que les hiciese sufrir.

La petición de los padres se basaba en la posibilidad de reconstruir lo que Karen hubiera decidido si fuera capaz, basándose en lo que ella había expresado cuando sí era plenamente capaz al discutir sobre casos similares al que ahora era el suyo. En un primer momento del proceso judicial, con apoyo de los profesionales sanitarios que atendían a Karen y con gran impacto mediático-social, no se aceptaron como pruebas suficientemente convincentes las declaraciones de los padres y se aplicó *criterio del mayor beneficio*, del que hablaremos a continuación¹⁵⁻¹⁷. Sin embargo, finalmente el Tribunal Supremo del Estado de Nueva Jersey¹⁸ dio la razón al matrimonio Quinlan apoyándose en los siguientes puntos:

a) Que el Estado tiene obligación de proteger la vida de los ciudadanos y garantizar los tratamientos médicos adecuados. Esta obligación, sin embargo, puede entrar en conflicto con las preferencias del individuo y, en determinadas circunstancias, éstas pueden sobrepasar aquella.

b) Que aunque los profesionales sanitarios argumenten que su práctica y su moral

profesional les lleva a evitar actuaciones que pongan fin a la vida, éste no puede ser el único criterio para tomar decisiones, sino que entran en juego otros derechos y valores que los tribunales también han de defender.

c) Que, aunque Karen no puede tomar ninguna decisión porque es incapaz, esto no invalida su derecho a que su privacidad sea respetada.

d) Y que, la única forma de proteger este derecho es permitir a la familia que decida como lo hubiera hecho ella en estas circunstancias.

Por último, es importante señalar tres cosas sobre el juicio sustitutivo:

- Sólo se puede aplicar si el paciente ha sido capaz en algún momento de su vida. De lo contrario no hay preferencias que reconstruir porque nunca las hubo. No puede aplicarse, por tanto, a personas discapacitadas psíquicas, a niños pequeños ni a pacientes desconocidos que nunca han tenido una relación personal con el representante.
- En el paciente que sí fue capaz alguna vez y que es conocido por su representante, la reconstrucción de sus deseos exige clarificar dos cuestiones: la escala de valores que tomaría en consideración y la manera como la aplicaría en el contexto concreto en que se encuentra. Para ello se buscan juicios del paciente sobre situaciones parecidas a la que ahora se analiza y deducir de ellos qué hubiese elegido en esta situación concreta¹⁹. Pero al ser el juicio sustitutivo un constructo mental hipotético, se plantea la pregunta sobre su grado de evidencia. Por este motivo, autores como Buchanan y Brock²⁰ han propuesto un sistema para determinar el grado de evidencia de una decisión atendiendo a la forma de documentar los deseos de paciente (anexo 3).

- El criterio del juicio sustitutivo exige una enorme honestidad moral. El sustituto tiene que ser capaz de poner entre paréntesis sus propias opiniones para ponerse en el lugar de la persona a la que sustituye²¹. Existe el riesgo de que lo que el sustituto expresa como «juicio sustitutivo» no sea más que su propia opinión, deseo o juicio²².

Los estudios que evalúan el grado de fiabilidad de las decisiones tomadas usando el criterio del juicio sustitutivo²³⁻²⁹ señalan la necesidad de que paciente y sustituto dediquen tiempo a dialogar sobre sus preferencias y escalas de valores para que, llegado el momento, el juicio sustitutivo sea realmente aplicable.

El criterio del mayor beneficio o del mejor interés

Este criterio fue descrito por la President's Comisión de la siguiente manera:

Dado que muchas personas no han proporcionado argumentos serios acerca de cómo desearían ser tratados, los sustitutos no tienen una guía segura para realizar un juicio sustitutivo. Más aún, algunos pacientes no han sido nunca capaces. En estas situaciones, los sustitutos serán incapaces de realizar un juicio sustitutivo válido; en su lugar, deben de intentar elegir para el paciente aquella opción que constituya su mejor interés, según criterios objetivos, socialmente consensuados. Por lo tanto el criterio del mejor interés no se fundamenta en el valor de la autodeterminación, sino exclusivamente en la protección del bienestar del paciente. El sustituto deberá de tener en cuenta factores como el alivio del sufrimiento, la preservación o la restauración de la funcionalidad, la calidad y la duración de la vida³⁰.

El caso Conroy (anexo 4) es un buen ejemplo de aplicación del criterio de mayor

beneficio^{31,32}. El señor Whittemore, único familiar de Claire Conroy, solicitó que se le retirara la sonda nasogástrica. Aunque mientras se realizaba el juicio en Tribunal Intermedio de Apelación la Sra. Conroy falleció, la sentencia final fue opuesta a que se retirara la sonda, puesto que ello le produciría la muerte de una manera activa e inaceptable por deshidratación y consunción. Para este tribunal tal acción iba en contra de su *mejor interés*, único criterio de decisión que podía usarse, dado que resultaba imposible conocer qué hubiera decidido la enferma de haber sido capaz. Esta sentencia fue nuevamente apelada por el sobrino de la ya fallecida Sra. Conroy ante el Tribunal Supremo del Estado de New Jersey³³⁻³⁵ que confirmó la primera sentencia. El tribunal consideraba que en ausencia de cualquier tipo de indicio sobre las preferencias del paciente se debía aplicar el criterio **criterio puramente objetivo**, o sea, el criterio del mejor interés. En caso de duda *es mejor equivocarse a favor de la vida*. Según el Tribunal, de haber seguido viva Claire Conroy no hubiera aceptado la retirada de la sonda nasogástrica.

Si difícil es aplicar el criterio del juicio sustitutivo, decidir el mejor interés del paciente no lo es menos. Al tener que prescindir totalmente del principio de autonomía y descansar solamente en el principio de beneficencia queda la puerta abierta para actitudes claramente paternalistas³⁶. Por eso la aplicación del criterio del mejor interés debe apoyarse en una reflexión sobre lo que socialmente se considera tal cosa. Se trata pues de intentar establecer un consenso intersubjetivo acerca de lo que puede ser el mejor interés de un paciente, para después dejar que el sustituto lo aplique al caso concreto³⁷.

En la construcción de este consenso sobresalen tres propuestas: la de H Tristram Engelhart o **modelo libertario**³⁸, la del matrimonio Emanuel³⁹⁻⁴¹ o **modelo comunitarista**, y la propuesta de Drane y Coulehan o **modelo de evaluación biopsicosocial**⁴².

Tabla 1

Dimensiones de la calidad de vida y grupos de decisiones terapéuticas que definen el mejor interés según Drane y Coulehan

Dimensiones vitales	Elementos de la calidad de vida
I. BIOLÓGICA 1. Somato – sensorial 2. Fisiológico – conductual	Placer, dolor, respuestas funcionales de características humanas. Funcionalidad física y sentimientos asociados.
II. PSICOLÓGICA 3. Cognitivo – racional 4. Ético – volitiva	Vigilia, conciencia, curiosidad, introspección, y sentimientos asociados. Autonomía, independencia, actividad moral, elección, conciencia y sentimientos asociados.
III. SOCIAL 5. Social 6. Económica	Capacidad de relación, amor, cuidado, apoyo. Sentido de las necesidades financieras para el mantenimiento de la vida.
TIPO DE DAÑO	
Grado A. Daño leve Grado B. Daño medio o considerable Grado C. Daño máximo o severo	
GRUPO 1	
<p>* Retirar o no iniciar tratamientos de soporte vital <i>suele ser el mejor interés</i> del paciente. * Las decisiones en este sentido realizadas por los familiares sustitutos o los representantes legales son razonables o correctas. * El mantenimiento continuado de estas medidas sólo puede justificarse en situaciones extremas.</p> <p>1. Daño considerable (B) permanente en las 6 dimensiones biopsicosociales 2. Daño severo (C) permanente en las dimensiones 3, 4 y 5, incluso aunque la mejora fisiológica sea posible o probable. 3. Dolor severo (C) intratable. 4. Dolor considerable (B) intratable, con suficiente incapacidad cognitiva (B) de tal forma que el paciente sea incapaz de otorgar algún significado o sentido al dolor. 5. Daño leve (A) pero permanente en las dimensiones 1, 2, 3, 4 y 5 cuando el tratamiento que se considera causaría un daño severo (C) personal o familiar en la economía (5) o un agotamiento grave de los recursos institucionales escasos de una comunidad.</p>	
GRUPO 2	
<p>* Los profesionales sanitarios pueden respetar las decisiones de los familiares sustitutos o de los representantes legales en este sentido sin quebrantar los valores profesionales.</p> <p>1. Daño permanente considerable (B) o severo (C) en cualquiera de las dimensiones, junto con alguna sospecha, basada en la biografía del paciente, de que él mismo hubiera rechazado el tratamiento. 2. Daño permanente considerable (B) o severo (C) en cualquiera de las dimensiones, junto con un proceso de muerte inevitable, aunque no sea inminente. 3. Daño permanente considerable (B) o severo (C) en cualquiera de las dimensiones, junto con una carga económica considerable (B) para el propio paciente, su familia o la comunidad. 4. Daño permanente severo (C) en cualquiera de las dimensiones, junto con avanzada edad. 5. Daño permanente considerable (B) en las dimensiones 3, 4 y 5 junto con alguna de las situaciones siguientes: a) Incertidumbre sustancial acerca de la efectividad del tratamiento propuesto. b) Se espera que el tratamiento sólo producirá una mejora fisiológica leve. c) El tratamiento requiere medidas invasivas o muy caras, o ambas (p.ej. diálisis crónica). d) El único tratamiento disponible es experimental. e) Las sugerencias sobre las posibles preferencias del paciente se basan en su biografía.</p>	
GRUPO 3	
<p>* El tratamiento de soporte vital <i>es el mejor interés</i> para el paciente. * La retirada o el no-inicio del tratamiento de soporte vital no es aceptable, incluso aunque lo demanden los familiares sustitutos o los representantes legales.</p> <p>1. Daño permanente leve (A) en las dimensiones 1, 2, 3, 4, y 5 (o en cualquier otra) cuando el tratamiento sólo supone una carga ligera. 2. Daño fisiológico considerable (B) cuando los déficits son en parte subsanables y el tratamiento supone una carga ligera.</p>	

De los tres, quizás la que más fortuna ha tenido en la antropología médica, la psicología clínica y la psiquiatría ha sido el tercero.

Drane y Coulehan apelan al modelo antropológico biopsicosocial diseñado por Engel en 1977⁴³. Según sus autores este modelo per-

mite delimitar los elementos fundamentales que otorgan calidad a la vida de un sujeto. Puesto que para ellos el criterio del mejor interés consiste en un juicio sobre la calidad de vida del incapaz, se puede reconstruir en cada caso concreto en qué consiste aquel examinando cómo están afectados los elementos que componen la calidad de vida.

Si se considera que en cada caso concreto estos elementos pueden estar lesionados en un grado leve (Grado A), en un grado medio o considerable (Grado B) o de forma máxima o severa (Grado C), entonces se puede clasificar a los pacientes en tres grupos diferentes. Cada uno de estos grupos entraña una forma distinta de entender lo que será el mejor interés para ese sujeto. En la tabla 1 se encuentran los elementos que componen la calidad de vida según el modelo y el protocolo de aplicación del criterio del mejor interés resultante de esa clasificación.

Posiblemente este esquema precise mejoras y mayor concreción en algunas de las situaciones que describe. También se precisa establecer los mecanismos mediante los que se decida en qué situación se encuentra un paciente y a qué grupo puede ser asignado. Pero lo que nadie le discute es el importante intento de armonización de los variados factores que intervienen a la hora de definir el mejor interés en cada caso concreto.

Criterios de decisión en pacientes incapaces en la legislación española actual

Las actuales leyes han intentado, de forma escasa e imprecisa, suplir las insuficiencias de la Ley General de Sanidad (LGS) en esta materia. Esta ley reconocía en el ya derogado artículo 10.6 el «consentimiento por representación» pero no establecía orientación alguna sobre a qué tipo de decisiones se refería ni sobre los criterios de decisión que se podía utilizar.

El Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser

*humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina*¹ marca un punto de inflexión importante en el tratamiento legal de las decisiones de representación. Para el Convenio, el criterio principal que debe guiar al representante debe ser la búsqueda del **beneficio directo** de su representado (art.6.1) y el representante deberá retirar su consentimiento «en cualquier momento en interés de la persona afectada» (art.6.5). Lo que significa para el Convenio «beneficio directo» coincide con la visión más tradicional de la teoría sobre la representación, ya que el representante deberá evitar «el riesgo gravemente perjudicial para la salud» de su representado (art.7). Quizás la aportación más novedosa sea incluir la consideración de «los deseos expresados anteriormente por el paciente» (art.9).

Aunque haría falta detenerse más en los contenidos de «beneficio directo» y «deseos expresados anteriormente», el texto del Convenio comienza a dibujar un panorama más preciso respecto a las condiciones legales de la representación, y lo sitúa en una órbita más moderna y cercana a lo ya debatido en Estados Unidos.

Sin embargo, para introducir esta nueva orientación en nuestro Ordenamiento han sido necesarias algunas modificaciones legislativas. La más importante de ellas es la Ley 41/2002, *básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*². que representa la norma de carácter básico que fija los mínimos en esta materia. A ella han de ir adaptándose las numerosas leyes autonómicas que, previas o posteriores a ella, regulan las decisiones de representación en cada Comunidad Autónoma.

Tanto la Ley básica como la legislación autonómica son muy parcas a la hora de desarrollar orientaciones sobre los criterios de decisión en pacientes incapaces.

En la tabla 1 se muestra un resumen de los criterios de decisión que aparecen en las diversas legislaciones. Las normas que reconocen la utilización de instrucciones previas están introduciendo de facto lo que en la legislación norteamericana se denominaba «criterio subjetivo» y «criterio del juicio sustitutivo». Además, todas las normas introducen poco especificado el criterio del «mejor interés», con denominaciones variopintas y a veces confusas. Con todo hay que decir a favor de estas leyes que incluir expresiones como «la decisión debe ser a favor del paciente» o «con respeto a la dignidad personal», introducen un cambio importante en el lenguaje jurídico. Éste se enriquece con las consideraciones sobre la calidad de vida de los pacientes, sus valores y preferencias, más allá de la férrea defensa de la prolongación ilimitada de la vida, que era el criterio y la interpretación más frecuente hasta el momento.

La mayor parte de las legislaciones consideran la expresión de preferencias sobre cuidados sanitarios futuros el contenido más importante del documento. Sin embargo conviene señalar varios ejemplos de legislaciones más ricas y matizadas, como son la del País Vasco⁴⁴, La Rioja⁴⁵, Extremadura⁴⁶ y Murcia⁴⁷. Además de la obligada mención a actuaciones médicas y cuidados futuros, estas leyes añaden la conveniencia de expresar también objetivos vitales, valores y expectativas personales, valores éticos, culturales, sociales, filosóficos o religiosos, con el fin «de ayudar a interpretar las instrucciones y servir de orientación para la toma de decisiones clínicas llegado el momento». Al hacer esto, estas leyes reconocen explícitamente que frecuentemente los representantes se ven en la necesidad de efectuar un «juicio sustitutivo» de lo que el paciente quería cuando redactó su documento de voluntades anticipadas. Sin duda, la Ley de la Rioja es la que más claramente recoge dos enseñanzas fundamentales arrojadas por más de treinta años de experiencia estadounidense: el concepto de planificación y las

limitaciones de la literalidad del documento. La ley sugiere que el documento no sea «un formulario más a firmar por el paciente» sino «la culminación de un proceso de planificación, una vez que el otorgante se ha informado, reflexionado y comunicado sus preferencias de cuidados y tratamientos a su representante y seres queridos, sobre todo los relativos al final de su vida».

Respecto a las limitaciones de una interpretación literal del texto, la ley riojana expresa en el artículo 8 que *ningún otorgante puede prever anticipadamente todas sus contingencias futuras y el documento de instrucciones previas se deberán interpretar en el contexto clínico real del caso*. Precisamente, *la actuación del representante estará orientada a hacer valer lo que el otorgante hubiera preferido en el caso de que pudiera decidir*. Aquí parece clara la conveniencia de hacer un juicio sustitutivo.

Esta visión flexible y clínica no se encuentra en las demás legislaciones, que tienden a propiciar interpretaciones literales y cerradas de las instrucciones, lo que sin duda complicará su aplicación en la práctica clínica.

CONCLUSIONES

Se ha explicado con anterioridad que los dos derechos fundamentales que entran en juego en las decisiones de representación son el derecho a la vida y el derecho a la libertad. Sólo muy recientemente se ha empezado a admitir que no existe una superioridad jerárquica del primero sobre el segundo. Los dos derechos deben de ser interpretados en cada caso concreto a la luz del respeto a la dignidad de la persona.

El ordenamiento jurídico español se ha estructurado tradicionalmente en torno a la superioridad de la vida sobre la libertad. Así ha sido en sujetos capaces y, cuánto más, en el caso de los incapaces, que no pueden ejercer

por sí mismos su derecho a la libertad. De aquí que el criterio tradicional de decisión haya sido el de «mejor interés». Esto ha significado defender su vida a toda costa sin atender a otro tipo de consideraciones como su calidad de vida o sus deseos (criterio subjetivo) o lo que el paciente hubiera decidido de haber sido capaz (criterio del juicio sustitutivo).

Pero hoy ya no se puede seguir haciendo esta identificación entre la vida y el mayor beneficio. Ya no se puede prescindir fácilmente del derecho a la libertad, uno de los pilares del ordenamiento jurídico actual. Las consideraciones sobre la calidad de vida de un sujeto pueden dar un sentido totalmente distinto al «mejor interés» si las realiza él mismo o las realizan otros. Y hoy día quien

tiene en primer lugar el derecho a determinar el contenido de ese «beneficio» o «interés» es el propio paciente, de forma inmediata o de forma mediata, a través de su representante. De aquí que se impone admitir la idea contraria al planteamiento clásico: el propio paciente, ahora incapaz, debería haber decidido lo que hay que hacer (criterio subjetivo); y si no es posible, su representante actuará como el paciente lo haría de ser todavía capaz (criterio del juicio sustitutivo). Y sólo si son imposibles estas dos vías, el representante actuará conforme al «mayor beneficio» de la persona incapaz. Este criterio tampoco deberá guiarse sólo por la idea de cantidad de vida. Hoy tendría que incluir necesariamente una ponderación adecuada de la idea de calidad de vida.

Anexo 1

Resumen del Caso Fox

El Hermano Joseph Charles Fox ingresó en la Congregación Católica de la Sociedad de María en 1912, cuando tenía 16 años. A los 57 años conoció al Padre Philip Eichner y trabaron una profunda y duradera amistad. En Agosto de 1979, a los 83 años de edad se produjo una hernia inguinal mientras trabajaba en el jardín de la Chaminade High School de Minneola (Nueva York), de cuya comunidad era Superior el Padre Eichner. Fue intervenido quirúrgicamente de manera correcta en el Nassau Hospital, pero sufrió un accidente anestésico con parada cardiorrespiratoria. Se consiguió reanimarlo, pero sufrió un daño cerebral severo y entró en coma. Necesitaba respiración artificial. El Padre Eichner llamó a dos neurocirujanos para que evaluaran su situación. Ambos coincidieron en que no existían posibilidades razonables de que el Hermano Fox se recuperara nunca porque se encontraba en un «estado vegetativo persistente». Por ello el Padre Eichner solicitó a los médicos del hospital que le retiraran la respiración artificial. Tanto los facultativos como los representantes del hospital se negaron, a no ser que existiera una orden judicial que reconociera al Padre Eichner como tutor y que aceptase la retirada del respirador. El Fiscal del Condado de Nassau había amenazado con emprender acciones judiciales contra los médicos y el hospital si retiraban la respiración artificial por su propia iniciativa. Entonces el Padre Eichner se dirigió al Juzgado de primera instancia (New York Supreme Court) para solicitar tal autorización.

Anexo 2

Resumen del caso Quinlan

En la noche del 15 de Abril de 1975 la joven de 25 años Karen Ann Quinlan -hija adoptiva de Joseph y Julia Quinlan- fue llevada por sus amigos inconsciente y en postura de decorticación al Servicio de Urgencias del Newton Memorial Hospital (New Jersey). Había permanecido sin respiración por un tiempo que se estimaba de unos 15 minutos. Las circunstancias exactas que llevaron a Karen a la parada respiratoria nunca fueron totalmente esclarecidas. En los análisis de sangre se detectaron barbitúricos y benzodiazepinas, aunque no en cantidades tóxicas.

En los primeros días de su ingreso precisó la realización de una traqueotomía para colocarle un tubo para un respirado. Karen nunca recuperó la conciencia y a finales de Mayo se le diagnosticó un "estado vegetativo persistente". Durante los primeros meses los padres de Karen -unos católicos devotos- mantuvieron la esperanza en una recuperación de su hija. Pero una vez perdida ésta comenzaron a plantearse la posibilidad de retirar el respirador artificial y permitir que muriera. Amparándose en la alocución de Pío XII a los anestesiólogos (1957) pensaban que era lícito retirar a Karen el respirador. Así pues, el 31 de Julio de 1975 Joseph y Julia Quinlan solicitaron a los médicos que desconectarán la respiración artificial de Karen.

El médico responsable (Dr. Morse) lo comentó con otros colegas y con el servicio jurídico de la institución y concluyó que retirar el respirador y permitir la muerte de Karen era moralmente cuestionable y legalmente punible. El matrimonio Quinlan decidió por tanto acudir al juez para que nombrara tutor a Joseph Quinlan, con la expresa intención de ordenar posteriormente el cese de lo que consideraban medios extraordinarios de soporte vital.

Anexo 3

Reconstrucción de preferencias y grado de evidencia obtenido en el «juicio sustitutivo» según Buchanan y Broca

1. Cuanto más descriptiva y directa sea la forma de expresar una preferencia, mayor valor tiene.

Ejemplo: La declaración de Juan de que «no desearía ser mantenido vivo mediante un respirador artificial si estuviera inconsciente de forma permanente» tiene más valor que si tan sólo hubiera dicho que «no desearía ser mantenido vivo mediante máquinas».

2. Cuanto más personalizada y autorreferenciada sea la forma de expresar una preferencia, mayor valor tiene.

Ejemplo: La declaración de Juan de que «él no desearía ser mantenido vivo por los medios X e Y en las circunstancias Z» tiene más valor que la afirmación de que «José no debería haber sido mantenido vivo con los medios X e Y en las circunstancias Z».

3. Cuanto mayor sea el número de fuentes que aportan la misma evidencia, mayor valor tiene esta última.

Ejemplo: Si Luis y Sara, de forma independiente, dicen que Juan expresó en un momento determinado una cierta preferencia, ello tiene más valor que si sólo Sara lo dice.

4. A mayor fiabilidad de las fuentes por criterios de cercanía afectiva, objetividad analítica, ausencia de otros intereses, etc, mayor valor tiene su testimonio.

5. Cuantas más veces hayan sido expresadas las mismas preferencias, y cuanto más largo haya sido el tiempo en el cual estas expresiones se han producido, mayor valor tienen.

Ejemplo: Si Juan ha dicho quince veces a lo largo de los últimos dos años que no desearía un respirador artificial, ello tiene más valor que si en el mismo período dijo una vez lo contrario.

Anexo 4

Resumen del Caso Conroy

Claire Conroy era una mujer de 85 años con un elevado grado de deterioro físico y mental producido por una constelación variada de enfermedades (arteriosclerosis severa generalizada con afectación cardíaca y cerebral -síndrome mental orgánico-, diabetes, hipertensión, úlceras necróticas en el pie izquierdo, infecciones urinarias de repetición, etc). No podía hablar ni moverse por sí misma y estaba casi siempre en posición fetal. Sólo respondía a ciertos estímulos con sonrisas o gemidos, pero en general estaba permanentemente al margen de la realidad circundante. No tenía control de esfínteres.

Su tutor legal desde 1979 era su sobrino Thomas Whittemore -su único familiar vivo- que la visitaba todas las semanas en la residencia asistida donde vivía (Parklane Nursing Home) en Bloomfield (New Jersey). El 21 de Julio de 1982 la Sra. Conroy fue trasladada al Clara Maas Memorial Hospital de la ciudad para tratar una gangrena isquémica de su pierna. El tratamiento recomendado fue la amputación, pero el Sr. Whittemore rechazó la intervención alegando que de ser ella capaz nunca habría dado su consentimiento. La operación no se realizó, pero la Sra. Conroy sobrevivió.

Durante su ingreso hospitalario se le colocó una sonda nasogástrica para alimentarla e hidratarla. Entonces el Sr. Whittemore solicitó que se le retirara la sonda, cosa a la que se negó el médico del hospital. Una vez trasladada de nuevo a la residencia asistida el Sr. Whittemore solicitó otra vez la retirada del tubo, a lo que también se opuso el médico de la residencia, al considerar que se trataba de una práctica médica inaceptable éticamente. Es importante señalar que el sobrino no obtenía ganancia económica alguna con la muerte de su tía.

Ante la reiterada negativa de los médicos el Sr. Whittemore acudió entonces al Juez de Primera Instancia para que le permitiera retirar el tubo, sabiendo que ello le ocasionaría con seguridad la muerte en menos de una semana.

BIBLIOGRAFÍA

1. Boletín Oficial del Estado. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE del 15/11/2002.
2. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. *Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment*. Washington DC: U.S. Government Printing Office, 1983. p. 132.
3. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 4ª ed. New York: Oxford Univ. Press, 1994. p. 170-180.
4. Olick RS. *Taking Advance Directives Seriously*. Washington DC: Georgetown University Press, 2001. p. 45-76.
5. Buchanan AE, Brock DW. *Deciding for Others. The Ethics of Surrogate Decision - Making*. New York: Cambridge Univ. Press 1989; p. 122-134.
6. Simón P y Barrio IM. *¿Quién decidirá por mí?* Triacastela, Madrid, 2004. p. 38-41.
7. Paris JJ. *Court Intervention and the Diminution of Patient's Rights: The Case of Brother Joseph Fox*. NEJM 1980; 303(15):876-8
8. Annas GJ. *Quinlan, Saickewicz, and Now Brother Fox*. Hastings Cent Rep 1980; (June):20-21.
9. Simón P y Barrio IM. *Simón P y Barrio IM. ¿Quién decidirá por mí?* Triacastela, Madrid, 2004. p. 26-34.
10. Gafó J. *La Eutanasia*. Madrid: Temas de Hoy, 1989. p. 32.
11. Baergen R. *Revising the Substituted Judgment Standard*. J Clin Ethics 1995; 6(1):30-8.
12. *Es la que emplean tanto la President's Commission, como Buchanan & Brock, como Beauchamp y Childress*.
13. *The Multi - Society Task Force on PVS. Medical Aspects of the Persistent Vegetative State (I & II)*

- NEJM 1994; 330(21):1499-1507; 330(22):1572-79.
14. Quinlan Decision and «Right to Die». March 31, 1976 (In the Matter of Karen Ann Quinlan: An Alleged Incompetent) En: *Historic Documents of 1976*. Washington DC: Congressional Quarterly Inc; 1977. p.197-219.
 15. Branson R, Casebeer K, Levine MD, Oden TC, Ramsey P, Capron AM. The Quinlan Decision: Five Commentaries. *Hastings Cent Rep* 1976; (February):8-19.
 16. Healey JM. The Quinlan case and the mass media. *Am J Public Health* 1976; 66:295
 17. Quinlan Decision and «Right to Die». March 31, 1976 (In the Matter of Karen Ann Quinlan: An Alleged Incompetent) En: *Historic Documents of 1976*. Washington DC: Congressional Quarterly Inc; 1977. p.197-219.
 18. Ruiz Navascués R, Reyes Bermúdez MT, Izaguerri Blázquez MT, Romero Galindo MS, Herguido García F, Martín Cuesta AM, Rodríguez Rodríguez OS, Peñacobu Puente C. Historia clínica de valores y creencias de salud. *Nure Investigación* 2005; 12 (2). Disponible en: www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/Proyecto12.pdf (citada el 22 de enero de 2006).
 19. Buchanan AE y Brock DW. *Deciding for Others. The Ethics of Surrogate Decision - Making*. New York: Cambridge Univ Press 1989; p.120 -1.
 20. Sulmasy DP, Terry PB, Weisman CS, Miller DJ, Stallings RY, Vettese MA, Haller KB. The Accuracy of Substituted Judgments in Patients with Terminal Diagnoses. *Ann Intern Med* 1998; 128:621-9.
 21. Gutheil TG, Appelbaum PS. Substituted judgment: best interest in disguise. *Hastings Cent Rp*, 1983;13: 9-10.
 22. Emanuel EJ. What Criteria Should Guide Decision Makers for Incompetent Patients? *Lancet* 1988; (January): 170-1.
 23. Zweibel NR, Cassel CK. Treatment Choices at the End of Life: A Comparison of Decisions by Older Patients and Their Physician - Selected Proxies. *Gerontologist* 1989; 29:615-21.
 24. Seckler AB, Meier DE, Mulvihill M, Cammer Paris BE. Substituted Judgment: How Accurate Are Proxy Predictions? *Ann Intern Med* 1991; 115(2):92-8.
 25. Uhlman RF, Pearlman RA, Cain KC. Physicians' and Spouses' Predictions of Elderly Patients' Treatment Preferences. *J Gerontology* 1988; 43:115-121.
 26. Pearlman RA, Uhlman RF, Jecker NS. Spousal Understanding of Patient Quality of Life: Implications for Surrogate Decisions. *J Clin Ethics* 1992; 3(2):114-21.
 27. Hare J, Pratt C, Nelson C. Agreement Between Patients and Their Self - Selected Surrogates on Difficult Medical Decisions. *Arch Intern Med* 1992; 152:1049-54.
 28. Gerety M, Chiodo LK, Kantan DN, Tuley MR, Cornell JE. Medical Treatment Preferences of Nursing Home Residents: Relationship to Function and Concordance with Surrogate Decision - Makers. *J Am Geriatr Soc* 1993; 41:953-60.
 29. Sulmasy DP, Haller K, Terry PB. More Talk, Less Paper: Predicting the Accuracy of Substituted Judgments. *Am J Med* 1994; 96:432-8.
 30. Jacob DA. Family Members' Experiences with Decision Making for Incompetent Patients in the ICU: A Qualitative Study. *Am J Crit Care*. 1998; 7(1):30-6.
 31. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. *Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment*. Washington DC: U.S. Government Printing Office, 1983. p. 134-5.
 32. Simón P y Barrio IM. *¿Quién decidirá por mí? Triacastela*, Madrid, 2004: p. 41-5.
 33. Annas GJ. Nonfeeding: Lawful Killing in CA, homicide in NJ. *Hastings Cent Rep* 1983; (December):19-20.
 34. Annas GJ. When Procedures Limit Rights: From Quinlan to Conroy. *Hastings Cent Rep* 1985; (April):24-26.
 35. Curran WJ. Defining Appropriate Medical Care: Providing Nutrients and Hydration for the Dying. *NEJM* 1985; 313(15):940-2.
 36. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 4^a ed. New York: Oxford Univ. Press, 1994; pp.174-6.
 37. Superior Court of New Jersey Appellate Division. In the Matter of Claire C. Conroy. En: Beauchamp TL, Walters LeRoy. *Contemporary Issues in Bioethics*. 4th ed. Belmont: Wadsworth Pub Co 1994: 452-4.

38. Superior Court of New Jersey, Chancery Division, Essex County. In the Matter of Claire C. Conroy. En: Beauchamp TL, Walters LeRoy. Contemporary Issues in Bioethics. 4th ed. Belmont: Wadsworth Pub Co, 1994. p. 450-2.
39. Supreme Court of New Jersey. In the Matter of Claire C. Conroy. 486 A. 2d 1209 - 1250 (NJ 1985).
40. Buchanan AE & Brock DW. Deciding for Others. The Ethics of Surrogate Decision - Making. New York: Cambridge Univ Press; 1989. p. 122-5.
41. Kopelman LM. The Best – Interest Standard as Threshold, Ideal, and Standard of Reasonableness. J Med Philos 1997; 22:271-89.
42. Engelhart HT. Los fundamentos de la bioética. (Trad. de la 2ª ed. en inglés). Barcelona: Paidós; 1995. p. 386-7.
43. Emanuel EJ. A Communal Vision of Care for Incompetent Patients. Hastings Cent Rep 1987 (October / November): 15- 20.
44. Emanuel LL, Emanuel EJ. Decisions at the End of Life: Guided by Communities of Patients. Hastings Cent Rep 1993; 23(5):6-14.
45. Lindeman Nelson J & Lindeman Nelson H. Guided by Intimates. Hastings Cent Rep 1993; 23(5):14-5.
46. Drane JF, Coulehan JL. The Best - Interest Standard: Surrogate Decision Making and Quality of Life. J Clin Ethics 1995; 6(1): 20-9.
47. Engel GL. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. Science 1977; 196:129-35.
48. Boletín Oficial del País Vasco. Decreto 270/2003, de 4 de noviembre, por el que se crea y regula el Registro vasco de voluntades anticipadas. BOPV del 28/11/2003.
49. Boletín Oficial de La Rioja. Ley 9/2005, de 30 de septiembre, reguladora del documento de instrucciones previas en el ámbito de la sanidad de La Rioja. BOR del 06/10/2005
50. Boletín Oficial del Estado. LEY 3/2005, de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente de Extremadura. BOE del 05/08/2005.
51. Boletín Oficial de la Región de Murcia. Decreto 80/2005, de 8 de julio, por el que se aprueba el reglamento de instrucciones previas y su registro en la Región de Murcia. BORM del 19/07/2005.

COLABORACIÓN ESPECIAL**MODELOS DE ATENCIÓN A LOS SÍNTOMAS SOMÁTICOS SIN CAUSA ORGÁNICA. DE LOS TRASTORNOS FISIOPATOLÓGICOS AL MALESTAR DE LAS MUJERES****Sara Velasco (1), M^a Teresa Ruiz (2) y Carlos Álvarez-Dardet (1, 2)**

(1) Departamento de Salud Pública. Universidad de Alicante.

(2) Red de Género y Salud.

RESUMEN

Los síntomas somáticos sin causa orgánica (SSCO) permanecen médicamente inexplicados. Su abordaje podría estar limitado por un concepto biologicista de la salud. Diversas teorías críticas estudian factores contextuales, de género y subjetivos para los SSCO y sus modelos de atención. El objetivo de este trabajo ha sido revisar literatura española (1995-2002) explorando modelos explicativos y de atención a los SSCO relacionándolos con las teorías subyacentes sobre salud. Se realizó búsqueda en Medline, Sociological Abstracts, Psycinfo, Doyma, Google y Scirus, bajo palabras clave: Gender and health, Primary care, Somatic complaints and women or gender, Fibromyalgy, Chronic fatigue, Functional syndromes, Feminist studies and primary care, malaise women. Seleccionando 31 artículos. Se clasificaron según teorías sobre salud: biomédica, psicosocial, socialista, biopsicosocial, ecosocial, psicoanalítica y feminista. Después, se identificaron modelos explicativos/de atención por bloques teóricos según: términos utilizados para SSCO; factores causales/asociados; modelos de atención; factores relación médico-paciente. En el marco biomédico se encuentran: explicaciones fisiopatológicas; atención directiva, centrada en la visión médica, tendente a adaptación del enfermo a su cronicidad con tratamientos sintomáticos y antidepressivos. En modelos teóricos críticos: relacionan síntomas con contexto social, experiencias subjetivas y de género; centrado en la visión de la/el paciente; evitan la medicalización, dirigido a construir el significado subjetivo de los síntomas, al empoderamiento de la mujer y su autorresponsabilidad. Conviene reconocer la existencia de teorías alternativas a la biomédica que amplían la comprensión de los SSCO, incluyendo factores contextuales, de género y subjetivos asociados al proceso de salud-enfermedad, que producen modelos de atención con mayor potencial de atención integral.

Palabras clave: Género. Salud de las mujeres. Feminismo. Psicoanálisis. Síntomas afectivos. Investigación biomédica. Modelos biológicos.

ABSTRACT**Attention Models to Somatic Symptoms Without Organic Cause: From Physiopathologic Disorders to Malaise of Women**

Somatic symptoms of no identifiable organic cause remain medically unexplained and have been delved into to only a limited degree from a biologicist conception of health. Different critical theories study contextual, gender-related and subjective factors for Somatic Symptoms of No Identifiable Organic Cause and their care models. This study has been aimed at reviewing published Spanish studies (1995-2002) exploring explanatory SSNIOC's by relating them to the underlying health theories. A search was run in Medline, Sociological Abstracts, Psycinfo, Doyma, Google and Scirus, using the key words: Gender and health, Primary care, Somatic complaints and women or gender, Fibromyalgy, Chronic fatigue, Functional syndromes, Feminist studies and primary care, malaise women, a total of 31 articles having been selected and classified by health theories: biomedical, psychosocial, socialist, biopsychosocial, ecosocial, psychoanalytical and feminist.. Explanatory/care models were then identified by theory-related blocks, according to: terms use for SNIIOC's; related/causal factors, care models, physician-patient relationship factors.

Within the biomedical framework, physicpathological, directive care explanations were found focusing on the medical viewpoint, tending toward adapting the patient to his/her degree of chronicity with symptomatic and antidepressant treatments. In critical theory models: symptoms are related to the social context, subjective gender experiences, focusing on the patient viewpoint; avoiding medicalization, aimed at constructing the subjective significance of the symptoms, on empowering the woman and on her taking responsibility for herself. It is advisable to recognize the existence of theories alternative to biomedical theory which broaden the comprehension of SSNIOC's, by including contextual, gender-related subjective factors related to the wellness-illness process which give rise to care models of greater integral care potential.

Key words: Gender. Women's health. Feminism. Psychoanalysis. Affective symptoms. Models, Theoretical. Biomedical Research. Models, Biological.

Correspondencia:
Sara Velasco Arias
C/ Sueca 35, 9
46006 Valencia

Correo electrónico: saravelasco@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Los síntomas somáticos sin causa orgánica (SSCO) incluyen una larga serie de quejas subjetivas para las que no se encuentran signos clínicos que las justifiquen. Puede tratarse de síntomas solos o agrupados (anexo 1)¹. Algunos grupos de síntomas constituyen síndromes funcionales (anexo 2) que coexisten, a menudo, en los mismos pacientes y se suceden a lo largo de su vida. Los diagnósticos funcionales se solapan unos con otros² y también con diagnósticos psicopatológicos como ansiedad y depresión³⁻⁵. El solapamiento puede depender, entre otros factores, tanto de que se apliquen clasificaciones nosológicas basadas en criterios para trastornos orgánicos que no se pueden objetivar en estos síntomas y síndromes, como de la consecuente interpretación subjetiva de los médicos. Los estudios de Nimnuan¹, comprueban que pacientes con grupos similares de síntomas son diagnosticados de unos u otros síndromes funcionales dependiendo del especialista al que acuden: fibromialgia si acuden al reumatólogo; fatiga crónica si acuden al neurólogo y colon irritable si se trata del digestólogo. Cada especialista toma en consideración los síntomas que le son familiares y dejan fuera del diagnóstico una media de 8 síntomas que no encajan en su especialidad.

La prevalencia de los SSCO parece ser creciente⁶⁻⁸ y es claramente más alta en mujeres⁹, de etiología mal conocida, de diagnóstico difícil y solapable^{1,2}, de curso crónico, y no se cuenta con un tratamiento médico que se haya mostrado eficaz. Al menos utilizando los conceptos sobre salud y enfermedad de la teoría biomédica no se encuentran explicaciones consistentes para los hechos anteriores sobre los SSCO, ni se dispone de tratamientos fundamentados en factores etiológicos o asociados, o mecanismos de la enfermedad, sino sólo sintomáticos y paliativos. El panorama de la comprensión y abordaje terapéutico podría estar lastimado por los límites de la capacidad explica-

tiva del concepto biologicista de la salud del paradigma biomédico.

Según un trabajo inédito de recopilación y caracterización de teorías de la salud realizado por los autores, existen teorías de la salud alternativas caracterizadas por diferentes conceptos del proceso de salud-enfermedad. Las teorías socialista¹⁰, biopsicosocial¹¹⁻¹⁵, ecosocial^{10,16} y psicoanalítica^{17,18}, se caracterizan por incluir en el proceso salud enfermedad tanto el contexto social y la biografía como su interacción con la experiencia vivida y subjetiva de las personas. Ello implica que buscan etiología y factores causales o asociados en la biografía y la forma en que estos factores psicosociales son experimentados, es decir, el significado subjetivo. La teoría feminista, una teoría crítica más, añade los conceptos ligados a la diferencia sexual y la construcción social del género¹⁹⁻²⁶ como factores del contexto socio-cultural que influye en el proceso de enfermar. Bajo estas perspectivas conceptuales se describe la influencia de factores del contexto social, de género y subjetivo sobre el fenómeno de los SSCO. Son factores que influyen: la clase social⁸, el nivel cultural y la etnia²⁷, la situación laboral, el estado civil^{8,28,29}, y los estilos de vida y capacidad de respuesta a factores estresantes³⁰ o eventos vitales. Se añaden factores de género: cuidado de hijos pequeños, carga del trabajo doméstico y múltiples roles²⁸, feminidad y masculinidad y experiencia vivida³¹ y análisis de género y poder y cómo este interviene en la presentación de los síntomas en las consultas, inmersas en un determinado tipo de relación médico-paciente³²⁻³⁴. Se trata de considerar múltiples factores psicosociales y sus interacciones³⁵.

Bajo estas teorías deben producirse además de variaciones en los modelos explicativos, variaciones en los modelos de atención a los SSCO.

El objetivo del trabajo es revisar la literatura española del período 1995-2002, explo-

rando modelos explicativos y de atención a los SSCO relacionándolos con las teorías subyacentes sobre la salud. Los objetivos instrumentales son 1. Clasificar los artículos revisados sobre síntomas somáticos sin causa orgánica según sus teorías subyacentes o explícitamente utilizadas. 2. Identificar los modelos de atención a los trastornos estudiados en base a los siguientes contenidos: términos que utilizan para los síntomas en estudio; factores causales y asociados que consideran; modelos de atención que proponen, factores que consideran en la relación médico-paciente.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una revisión de la literatura sobre síntomas somáticos sin causa orgánica. La búsqueda bibliográfica en castellano se restringió a los síntomas, quejas y síndromes sin causa orgánica presentados en atención primaria en mujeres y se ha realizado en las siguientes bases bibliográficas: MEDLINE, Sociological Abstracts, PsycINFO, DOYMA y buscador GOOGLE y SCIRUS, bajo las siguientes palabras clave:

Género y salud. Gender and health; Atención primaria y género. Primary care and gender; Somatización y género o mujeres. Somatic and gender or women; Quejas y mujeres o género y atención primaria. Complaints and women or gender and primary care; Fibromialgia. Fibromyalgy síndrome; Fatiga crónica. Chronic fatigue síndrome; Síndromes funcionales. Functional syndroms; Estudios feministas y atención primaria. Feminist studies and primary care; Malestar de las mujeres. Discontent, malaise women.

Los criterios de selección, aplicados a través de los resúmenes, tratan de obtener artículos que muestren modelos explicativos o de atención relacionados con atención primaria.

Los criterios de inclusión han sido: artículos sobre SSCO relacionados con estudios de población general y atención primaria, salud mental, depresión, somatización, síndromes funcionales, dolor, dolores musculoesqueléticos, fatiga crónica, fibromialgia, trastornos mentales comunes, distress psicológico, países occidentales.

Los criterios de exclusión: artículos relacionados con el medio hospitalario, enfermedades orgánicas, pediatría, niños, adolescentes y tercera edad, enfermedades psiquiátricas mayores, trastornos de la alimentación, ginecología, reproducción y menopausia, medicinas alternativas, países del tercer mundo.

La búsqueda inicial bajo palabras clave género y salud (gender and health) permitió seleccionar fácilmente los artículos en bases de datos españolas aplicando los criterios de exclusión e inclusión, porque el número de registros encontrado era pequeño. Sin embargo, se amplió la búsqueda a bases internacionales y publicaciones específicas feministas, por que no se encontraron trabajos españoles de teorías contextuales y feministas. Se requirió limitar con palabras clave sucesivas (primary care and gender, Somatic and gender or women, Complaints and women or gender and primary care).

Se delimitó temporalmente el período de estudio a los años comprendidos entre 1995 a 2002, ambos incluidos. Los artículos se clasificaron en empíricos (referidos a una investigación de campo) y teóricos (revisiones, monográficos, editoriales). Se revisaron 2.740 registros y se seleccionaron mediante los resúmenes 108 artículos. Entre ellos se seleccionaron para la revisión los 31 artículos teóricos encontrados sobre los síntomas somáticos sin causa orgánica³⁶⁻⁶⁶.

En la lectura de los artículos seleccionados se aplica una parrilla que los clasifica en sus correspondientes teorías, buscando en cada artículo la definición subyacente o

explícita que utilizan para los cuatro conceptos fundamentales que caracterizan cada teoría: concepto de enfermedad, tipo de causalidad, modelo de atención de salud y factores en la relación médico-paciente. Se ha seguido la clasificación de teorías y conceptos definitorios realizada previamente en el trabajo «Teorías de la salud. Revisión de conceptos» (tabla 1).

Para los síntomas somáticos sin causa orgánica se extrae el marco explicativo y el modelo de práctica clínica identificando los siguientes contenidos: 1. términos que utilizan para los síntomas en estudio; 2. factores causales y asociados; 3. modelos de atención que proponen, 4. factores que consideran en la relación médico-paciente (tabla 3).

Clasificación de artículos sobre síntomas somáticos sin causa orgánica según marcos teóricos

Los 31 sobre SSCO revisados (anexo 1) se han podido ubicar en once categorías, que se pueden agrupar en tres bloques teóricos. Se encuentran trabajos en los que se asocia la concepción biomédica, algunos asociada a la psico-social, que se incluyen dentro de un primer bloque que denominamos biomédico³⁶⁻⁴⁴. No explicitan su marco teórico, por lo que es necesario deducirlo a partir de la identificación de los conceptos que utilizan (anexo 1).

Forman un segundo bloque -que denominamos contextual-subjetividad-, 6 artículos de los cuales 2 se basan en la teoría psicoanalítica^{45,46}, 3 asocian criterios biomédicos y psicoanalíticos⁴⁷⁻⁴⁹, 1 asocia teoría biopsico-social y psicoanalítica⁵⁰. Prácticamente en todos ellos se explicita el marco teórico utilizado y en todos se pueden detectar explícitamente los criterios definitorios de su correspondiente marco.

Un tercer bloque denominado feminista agrupa 16 artículos que siempre combinan la

teoría feminista con otra teoría; hay representación de artículos que combinan todas las teorías planteadas, tanto con biomédica^{51,52}, como contextuales⁵³⁻⁵⁶ y de la subjetividad⁵⁷⁻⁶⁶.

No se ha encontrado ningún trabajo que asocie el marco biomédico con teorías sobre el contexto social. No se han encontrado trabajos ubicables en las teorías socialista o ecosocial, a no ser que fueran también feministas.

Modelos explicativos y de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica

En los artículos revisados se identifican modelos de atención a síntomas somáticos sin causa orgánica que pueden resumirse en tres, -aunque con variaciones menores en cada trabajo-, correlacionados con los tres bloques de teorías clasificadas: el modelo biomédico-psicosocial, modelo biopsico-social-psicoanalítico; y modelos feministas (tabla 2).

Modelo biomédico y psicosocial

Los términos definitorios para los síntomas y síndromes somáticos sin causa orgánica que utilizan los trabajos que se encuadran dentro del paradigma biomédico son siempre diagnósticos según las clasificaciones vigentes de enfermedades generales y mentales (CIE, Clasificación Internacional de enfermedades y DSM Diagnostical and Statistical Manual de la American Psychiatric Association), o trastornos fisiopatológicos psiquiátricos: «depresión y ansiedad, somatización o trastornos somatoformes»^{36, 37}, y síndromes funcionales de otras especialidades: «síndrome de fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, síndrome de colon irritable, síndrome de piernas inquietas, disfunción temporomandibular, cefalea tensional»^{39,41}. De manera accesoria se recogen términos

Tabla 1

Resultados de ubicación de artículos revisados en teorías de la salud

Artículo. Autor/a (nº cita) Año, País	Teoría explicitada o subyacente
<i>BLOQUE 1º. Paradigma biomédico y psicosocial</i>	
Gill, David (36) 1999 Reino Unido	Biomédico
Ruiz Doblado, S (37) 1997 España	Biomédico
Alijotas, Jaume (38) 2002 España	Biomédico
Uceda, Julia (39) 2000 España	Biomédico
Sanz-Carrillo, C, (40), 1998, España	Biomédico Psicosocial
Moreno, Isabel (41) 2000 España	Biomédico Psicosocial
Claraco Vega, LM (42) 1999 España	Biomédico Psicosocial
Caballero Martínez, L. (43) 2002, España	Biomédico Psicosocial
Arnetz, Bengt, B (44) 1996, Suecia	Psicosocial
<i>BLOQUE 2º. Contextual y subjetividad</i>	
García Campayo, J(45) 2000, España	Biomédico Psicoanalítico
Iglesias Serrano, C(46) 2000, España	Biomédico Psicoanalítico
López Herrero, LS (47)1997España	Psicoanalítico
Aparicio, Daniela (48) 2002 España	Psicoanalítico
de Luis Arribas, LM (48) 2000, España	Biomédico Psicoanalítico
Tizón, José Luis (50) 2000, España	Biopsicosocial psicoanalítico
<i>BLOQUE 3º. Feminista</i>	
Richman, Judith A (51) 2001	feminista-biomédica
Valls Llobet, Carme(52) 2002 España	feminista-biomédica
Stoppard, Janet M (53) 1987, Canadá	feminista-psicosocial
OMS(54) 2002 Suiza	feminista-psicosocial
Romito, Patricia (55) 1994, Italia	feminista-socialista
Hankin, Janet R (56) 1990, EEUU	feminista-socialista
Annandale, Ellen (57) 1990 G Bretaña	feminista-biopsicosocial
Wool, Carol, A (58) 1994 EEUU	feminista- biopsicosocial
Stewart, Donna E (59) 1996 Canada	feminista- biopsicosocial
Gisjbers Van Wijk C MT (60) 1996, Holanda	feminista- biopsicosocial
Busfield, Joan (61) 1988, EEUU	feminista- ecosocial
Malterud, Kirsti (62) 1998, Noruega	feminista- ecosocial
Malterud, Kirsti (63) 2000, Noruega	feminista- ecosocial
Tubert, Silvia (64) 1999, España	feminista-psicoanalítica
Bayo-Borrás, Regina (65) 2002, España	feminista-psicoanalítica
Delgado, Ana (66) 2001 España	feminista-psicoanalítica

Tabla 2

Resultados de modelos explicativos y de atención encontrados para síntomas somáticos sin causa orgánica agregados por bloques teóricos (*)

Bloque biomédico-psicosocial	
Términos utilizados	Trastornos psiquiátricos (DSM): somatización, manifestaciones somáticas de depresión: depresión enmascarada, equivalente depresivo, depresión sin depresión. Pacientes somatizadores. Síndromes somáticos funcionales o psicógenos Síndromes funcionales(CIE) : fatiga crónica, fibromialgia, intestino irritable, cefalea tensional, dismenorrea primaria, s. miofascial., migraña, disfunción temporomandibular, s. de piernas inquietas. Hiperfrecuentadores. Enfermedades medioambientales. Enfermedades del espectro afectivo. "Diagnósticos de moda".
Factores causales y asociados	Etiología: Trastorno endógeno fisiopatológica ó exógena por estresores psicosociales que generan trastorno fisiopatológico. Biológicos no conocidos y estilos de vida. Mala adaptación al estrés con factores ergonómicos y psicosociales. En los crónicos es "una forma de vida" Hipótesis no comprobadas de alteración fisiopatológicas en la homeostasis por trastorno neuroendocrinoimmune, disfunción corticohipofisopararrenal o vírica. Factores asociados: enfermedad física o psiquiátrica y factores sociales estresantes biológicos: sexo femenino, falta de forma física, alteraciones del sueño, alteraciones del mecanismo regulador del dolor, alteración del sistema de respuesta al estrés. Cognitivas: cultura de dolor, hipervigilancia, estrategias de afrontamiento, autoeficacia percibida de control del dolor, depresión ansiedad, rasgos de personalidad alterados, comportamientos frente al dolor. Predisposiciones por influencia aprendida en la familia(carencias afectivas infantiles y experiencias repetidas de enfermedad, predisposición familiar negativa hacia la enfermedad psiquiátrica); Insatisfacción laboral, conyugal y social como estresores. Personalidad histriónica en mujeres y antisocial en hombres, o dependiente en ambos.
Modelo de atención	Diagnóstico por anamnesis sistemática de síntomas y criterios de conducta. Exploración y pruebas complementarias para diagnóstico diferencial. Valoración psicopatológica por escalas autoadministradas. Clasificación CIE y DSM. Tratamiento farmacológico sintomático del dolor y de soporte (antidepresivos, ansiolíticos, antiinflamatorios y corticoides de efectos dudosos). Ejercicio progresivo controlado. Terapia cognitivo conductual para adaptación del paciente. "Modelo de reatribución" para que el paciente atribuya sus síntomas a causa psicológica y acepte farmacoterapia y psicoterapia. Intervención familiar con modelo de reatribución y psicoeducativo
F. relación médico-paciente	Factores negativos: Desconcierto y frustración del médico por falta de daño orgánico objetivable y ausencia de tratamiento eficaz, lo que deriva en falta de una conducta y actitud diagnóstica homogénea y rechazo de los pacientes calificados de "dificiles", "simuladores" y "aprehensivos". Factores positivos: capacidad y conocimientos técnicos
Bloque contextual y subjetividad. Biopsicosocial psicoanalítico.	
Términos utilizados	Quejas del cuerpo sin lesión corporal. Somatización.. Trastorno psíquico somatizado. Quejas biológicamente no explicables Lo psicossomático. "Malestar en la cultura, Histeria del s. XX".
Factores causales y asociados	Etiología: Agentes externos, hábitos y conflictos intrapsíquicos. Conflicto personal inconsciente. Factores asociados: Situaciones vitales de vulnerabilidad: pérdidas personales (muerte o separación, otras pérdidas). Conflictos interpersonales (familia, trabajo), cambios en el desarrollo (adolescencia, jubilación). Inadaptación personal (trabajo, hogar), cambios geográficos (emigración), estrés o aislamiento social.
Modelo de atención	Diagnóstico descriptivo y comprensivo con integración interpretativa. Exploración biográfica y sucesos vitales. Localización biográfica de los síntomas. Inducir comprensión de su malestar. Entrevista clínica y relación médico-paciente prolongada centrada en el paciente y no en la enfermedad. como consultante además miembro de la comunidad. Escucha psicoanalítica, significado simbólico de los síntomas, en consulta médica. Incluir al sujeto en la relación médico-paciente y subjetivar el dolor. Psicoterapia grupal psicodinámica, cognitivo-conductual o psicoeducativa. Apoyo teórico en "psicología clínica contemporánea" (cognitivo-conductual y psicoanalítico) Atención integral, continuada en equipos interdisciplinarios y biopsicosociales, comunitaria, participativa, clínica biopsicosocial con orientación psicológicamente influida
Factores relación médico-paciente	Factores negativos: la hiperdemanda e incapacidad de los pacientes para ser conscientes de su trastorno psicológico provoca frustración, ira, rechazo contratransferencial y agresividad en los médicos por inadecuación del paciente. Factores positivos: Conocimiento transferencial y comprensivo de la historia del paciente. Capacidad de escucha de lo subjetivo e intervenir en situaciones familiares tras el paciente.

Tabla 2

Resultados de modelos explicativos y de atención encontrados para síntomas somáticos sin causa orgánica agregados por bloques teóricos (*) (Cont.)

Bloque Feminista (biomédico-socialista-biopsicosocial-ecosocial-psicoanalítico)	
Términos utilizados	Problemas de salud mental, Enfermedad mental (DSM). Malestar o alteraciones psicológicas Quejas somáticas. Síndromes funcionales Síntomas sin enfermedad o síntomas de enfermedad no diagnosticada. Trastornos médicamente inexplicados. Síntomas expresión del malestar de las mujeres.
Factores causales y asociados	Etiología desconocida. Posible causa viral o neuroendocrinoimmune. E. Multicausales en interacción con el contexto social y experiencia vivida, relacionada con género y poder. Factores asociados: biológicos y psicosociales de género y su interiorización (biopsicosociales): Contexto social de opresión de las mujeres: Factores contingentes: Pobreza, dependencia económica, ser objeto de violencia, discriminación por sexo, raza, poder limitado, discriminatoria calidad de los servicios sanitarios Relaciones de dominación social y familiar. Roles de género desvalorizados, estereotipados: rol maternal, el conyugal, de ama de casa, cuidado de tres o más niños pequeños, falta de apoyo de familia y amigos, falta de comunicación en la pareja. Modos de vida tradicionales, Factores predisponentes: experiencias infantiles traumáticas. Factores desencadenantes: violencia, migraciones, desarraigo, pérdidas de seres queridos. Factores de protección: inserción laboral y social. Autonomía y control ante eventos severos; acceso a recursos materiales, capacidad para elegir; soporte psicológico del entorno.
Modelo de atención	Biopsicosocial, centrado en la paciente y sensible al género Redistribución del poder, reconociendo la experiencia de la paciente y retando la relación entre el poder de género y la autoridad profesional. Estrategia de comunicación que invite a la paciente a usar su conocimiento en la vida diaria., hacer emerger los significados de interacciones de género y poder como explicaciones significativas de los síntomas. Grupos de autoayuda y discusión Tratamiento biológico para el dolor y síntomas y ejercicio. Limitar psicofármacos, psiquiatría y medicalización. Terapias de orientación feminista: "talking cure" y de autonomía, responsabilidad y socialización y <i>empoderamiento</i> Favorecer la competencia de los/las sanitarias para reconocer y atender los factores de género Promover la formulación e implementación de políticas de salud dirigidas a las necesidades de las mujeres.
Factores relación Médico-paciente	Factores negativos: Posibles sesgos de género que se manifiestan en errores diagnósticos. Efectos del poder médico, como institución de saber y como institución masculina. Prejuicios e Intervención de patrones socioculturales estereotipados de género por parte del médico/a Factores positivos: capacidad para visualizar condicionantes de género y no funcionar con estereotipos

(*) Se presentan los resultados de modelos explicativos y de atención agregados por bloques teóricos y no por artículos y teorías porque, si bien la información no pierde coherencia, ésta sería excesivamente extensa. Sin embargo, dicha información está disponible para consulta contactando con las autoras/es.

como pacientes «simuladores, somatizadores hiperfrecuentadores» de servicios sanitarios, y se les califica de «pacientes difíciles, insatisfechos, hiperdemandantes, frustrantes para el médico»^{36, 37}.

En la teoría psicosocial se les llama «síndromes psicógenos, y enfermedades del espectro afectivo» y también «somatizadores»³⁸⁻⁴².

Si los factores causales son desconocidos para el enfoque biomédico y las hipótesis expuestas como no demostradas, son de

mecanismos fisiopatológicos que causen daño orgánico (neuro-endocrino-immune o viral)^{38,39}, bajo la teoría psicosocial se apunta a factores causales psicológicos como respuesta al estrés. Estilos de vida, aprendizajes y creencias, y características como personalidad histriónica en mujeres, antisocial en hombres o dependiente en ambos se consideran predisponentes. Se señala que estos pacientes se niegan a reconocer o atribuir sus síntomas a causas psicológicas, y los trabajos refieren este punto como una fuente de frustración y desconcierto para los médicos que desemboca en el rechazo de los pacientes^{38,42}.

Tabla 3

Comparación de modelos de atención biomédico-psicosocial, biopsicosocial-psicoanalítico y feminista-ecosocial a síndromes somáticos sin causa orgánica

Modelo	Modelo biomédico-psicosocial de "reatribución"	Modelo biopsicosocial-psicoanalítico	Modelo feminista-ecosocial para síntomas médicamente no explicados en mujeres
Principios	<ul style="list-style-type: none"> - Directivo, centrado en la visión médica. Dirigido a la adaptación del enfermo a su estado y su entorno. - Invisibilidad del contexto, del sexo de la paciente y de factores socio-culturales y de género 	<p>Centrado en el paciente y no en la enfermedad. Incluye su biografía, su contexto personal y social. Clínica de la escucha y del encuentro, significado subjetivo de los síntomas. Apoyo en la relación médico-paciente.</p>	<p>Centrado en la paciente. Prácticas de <i>empoderamiento</i> de la paciente. Construcción del significado subjetivo de los síntomas por la paciente. Activación de la autonomía y autorresponsabilidad.</p>
Actuaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento farmacológico sintomático del dolor y antidepresivos y de soporte - Ejercicio progresivo controlado - Terapia cognitivo conductual para adaptación del paciente - Reatribuir la visión médica al paciente. - Cuidado adaptativo de los somatizadores crónicos e intervención familiar adaptativa. - Descartar la curación, va a ser crónica - Acompañar en el esfuerzo de adaptación - Externalizar la enfermedad - No reforzar la conducta quejosa. -Contenidos de intervención psico-familiar: <ul style="list-style-type: none"> -Normalizar la enfermedad (lo normal es la enfermedad) -Pautas a la familia para no hablar de los síntomas, reglar dónde cuándo y con quién. -Proteger del paciente a los hijos. -Grupos de familias de somatizador. 	<ul style="list-style-type: none"> - Búsqueda de significado en el contexto social y las experiencias vividas. - Dar espacio a la queja subjetiva del paciente, localizar la causa psicosocial del malestar y el significado simbólico de los síntomas e interpretar y comprender significados - Apoyo en relación médico-paciente elementos de la relación transaccional que el médico ha de saber manejar. - Apoyo en capacidad de observación e "intervención médica psicológicamente influida" - Trabajo en equipo interdisciplinar. - Posibilidad de trabajo grupal, familiar y comunitario. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar la medicalización - Reconocimiento de los síntomas como fuente de conocimiento médico - Réto a la relación entre poder y género y autoridad profesional y redistribución del poder. - <i>Empoderamiento</i> de la mujer - Estrategia de comunicación que invite a la paciente a utilizar su conocimiento y experiencia diaria, manteniendo el rol de paciente como fuente de conocimiento. - Hacer emerger los significados de interacciones de género y poder como explicaciones significativas de la paciente para sus síntomas. - Promover socialización - Posibilidad de tratamiento en grupos de mujeres

El modelo de atención biomédico se puede sintetizar como directivo, centrado en la visión médica, dirigido a la adaptación del enfermo a su estado y su entorno y no hace visibles el contexto, el sexo de la persona ni factores socio-culturales y de género. Se basa en la anamnesis de los síntomas, -que en el modelo psicosocial se completa con escalas autoadministradas de exploración psicopatológica-, seguidos de un diagnóstico sintomático que clasifica al paciente para desembocar en un tratamiento farmacológico de mantenimiento (analgésicos y antidepresivos). Las quejas médicas apuntan precisamente a las dificultades de clasificación de los pacientes porque los síntomas son numerosos, diversos, cambiantes, inespecíficos y solapados. Cuando se plantea el abordaje psicológico del paciente, que precisamente niega este aspecto, el objetivo de la intervención es «reatribuir»⁴² el padecimiento del paciente a su causa psicológica.

Modelo psicoanalítico y biopsicosocial

En los artículos revisados los términos describen no el síntoma que el médico explora sino las quejas, lo que el paciente siente, incluyendo así la escucha del sujeto. Añaden a los términos definitorios la ausencia de lesión orgánica: «quejas del cuerpo sin lesión corporal». Incluyen el mecanismo de conflicto psíquico que se expresa somáticamente: lo «psicosomático o trastorno psíquico somatizado». Encuadran los trastornos estudiados como un equivalente de la histeria del siglo XIX, en la medida en que lo consideran producto del malestar en la cultura⁴⁶⁻⁴⁸.

Algunos trabajos incorporan la influencia de la dinámica del conflicto psíquico, pero manteniéndose dentro de la psiquiatría descriptiva y clasificatoria, estos son mixtos biomédico-psicoanalíticos, que continúan llamando a los pacientes somatizadores o con síntomas físicos inespecíficos⁴⁷. Cuando la teoría psicoanalítica se asocia con la teoría

biopsicosocial la definición se fija en las quejas (componente subjetivo), biológicamente no explicadas, definiéndose los trastornos como «la expresión del malestar personal y social en un idioma de quejas corporales con búsqueda de ayuda médica»⁵⁰.

En cuanto a los factores causales o asociados, las teorías psicoanalítica y biopsicosocial apuntan a los conflictos inconscientes frente a situaciones de vulnerabilidad como pérdidas, conflictos interpersonales, relaciones familiares, cambios en el desarrollo y situaciones sociales. Los síntomas se consideran efectos del contexto en el psiquismo y el cuerpo.

El modelo de atención se centra en el paciente y el conocimiento sobre sí mismo, incluyendo su biografía, su contexto personal y social. En consecuencia las intervenciones se apoyan en la escucha en entrevista clínica, dar espacio a la queja subjetiva del paciente, localizar la comprensión del malestar y el significado simbólico de los síntomas. Apoyo crucial en la relación médico-paciente, dinámica de la clínica del encuentro⁴⁷⁻⁵⁰.

El modelo biopsicosocial incluye atención al contexto social y trabajo en equipo interdisciplinar. Si bien consideran en la relación médico-paciente la frustración del médico y la hiperdemanda e incapacidad de los pacientes para ser conscientes de su trastorno, estas dificultades se enfocan como elementos de la relación transferencial que el médico ha de saber manejar apoyándose en su capacidad de observación y de «intervención médica psicológicamente influida»⁵⁰ (tabla 2). La atención psicoanalítica no hace referencia a tratamientos farmacológicos.

Modelo feminista

Todos los artículos bajo teoría feminista diferencian el sexo de los y las pacientes y de

los y las médicas, lo cual interviene en los padecimientos. Buscan explicación a la mayor prevalencia de SSCO en mujeres y su peor evolución, teniendo en cuenta que esos hechos han de tener un significado relacionado con la condición social y subjetiva de las mujeres⁵⁸.

Los artículos feministas-biomédicos conservan los términos de síndromes funcionales a la par que tienden a rechazar los términos psiquiatrizantes de los síntomas, especialmente la antigua neurastenia^{51,52}. Las categorías feministas hablan sistemáticamente de quejas y malestar: «quejas somáticas, malestar psicológico, síntomas del malestar», en el sentido psicoanalítico del malestar en la cultura. Se define el malestar de las mujeres como «una sensación subjetiva de padecimiento psíquico que no se encuentra dentro de los criterios clásicos de enfermedad, sino que se corresponde con conflictos psicosociales»²⁴. «Es el sufrimiento que no puede ser descifrado y expresado en palabras y que aparece en el cuerpo como síntomas mal definidos y sin causa orgánica demostrable». Además, especialmente en el feminismo-ecosocial, se definen como «síntomas médicamente no explicados, síntomas sin enfermedad o síntomas de enfermedad no diagnosticada»^{61,62}.

La observación de factores causales, asociados, predisponentes y también protectores se basan en un núcleo central explicativo que es la opresión de las mujeres por su condición social subordinada, analizando las diferentes formas en que se manifiesta su privación de poder social y familiar. El feminismo-biomédico añade a los factores estresantes generales, la violencia, el abuso continuado y los abusos infantiles en la historia personal de las mujeres con síndromes somáticos⁵¹. El feminismo-socialista destaca el contexto histórico, y socioeconómico en que viven las mujeres, incorporando los factores sociales de género: la situación marital, múltiples roles, ser madre de niños pequeños y el trabajo asalariado^{55,56}.

El feminismo-psicosocial añade a los posibles factores estresantes generales los mismos factores sociales de género anteriores, detectando además factores protectores de género como el empoderamiento de las mujeres a través de la autonomía y el control de eventos vitales, acceso a recursos materiales y apoyo y soporte del entorno^{53,54}. El feminismo-biopsicosocial, ecosocial y psicoanalítico se diferencian del socialista y psicosocial en que añaden a la fenomenología social de género, la importancia de la experiencia vivida. Aparecen nuevos factores relacionados con los significados subjetivos, como coherencia con los ideales de feminidad y masculinidad, resiliencia, control autopercebido⁵⁷⁻⁶³. Por último, lo específico del feminismo-psicoanalítico son los factores que dependen de la construcción de la subjetividad bajo las influencias de los consensos sociales de género, relaciones de dominación social y familiar, la desvalorización de los roles femeninos y conflictos de identidad, las pérdidas y el aislamiento^{64,66,67}. En el anexo 3 se relacionan los factores asociados que son el cuerpo de investigación de los estudios feministas.

El modelo de terapia de orientación feminista se basa siempre en influir en los factores de opresión de género, familiar y social. Se sintetiza como centrado en la paciente. Prácticas de empoderamiento de la paciente y construcción del significado subjetivo de los síntomas por la paciente con activación de la autonomía y autorresponsabilidad. Desde los trabajos que se han ubicado en el feminismo ecosocial, categoría que contiene y sintetiza los conceptos de las anteriores, se apoyan en un modelo general de salud de las mujeres basado en un «trabajo consciente de dar cuidado a mujeres visualizando los problemas relacionados con su socialización y su posición como mujeres en esta sociedad, y ayudarlas a desarrollar estrategias para conseguir más autoridad y responsabilidad sobre sus propios cuerpos y sus vidas. Se sintetiza en: 1) consideración de la identidad de género de la paciente y de los roles de

género; 2) Consideración de la situación personal y social de la paciente; 3) Trato respetuoso; 4) encaminar a la paciente a enfrentarse con sus problemas de salud y estimular su autorresponsabilidad; 5) evitar la medicalización». Este modelo general de atención a la salud de las mujeres, cuya estrategia para los SSCO se basa en: «empoderamiento de la mujer redistribuyendo el poder, reconociendo la experiencia de la paciente, retando a la relación entre poder y género y autoridad profesional. Estrategia de comunicación que invite a la paciente a utilizar su conocimiento y experiencia diaria, manteniendo el rol de la paciente como fuente de conocimiento. Hacer emerger los significados de interacciones de género y poder como explicaciones significativas de la paciente para sus síntomas. Posibilidad de tratamiento en grupos de mujeres»⁶³.

En la relación médico-paciente las teorías feministas analizan la interacción de los estereotipos de género y su efecto sobre las actuaciones diagnósticas y terapéuticas de los médicos y médicas.

En la tabla 4 se sintetizan los tres modelos principales encontrados.

COMENTARIOS

Los modelos explicativos y de atención a SSCO identificados se pueden reducir a tres: el biomédico-psicosocial y los dos alternativos producidos bajo teorías críticas: el biopsicosocial-psicoanalítico y el feminista que se apoyan en concepciones diferentes del funcionamiento humano y de la salud.

Los síntomas y síndromes somáticos parecen situarse en la encrucijada entre el cuerpo, la mente y lo social, y los modelos dependen de cuáles de estas esferas se contemplen, limitando o ampliando su capacidad de comprensión del fenómeno.

Podemos identificar una transición conceptual entre los modelos que va desde defi-

nir los síntomas somáticos como «trastornos fisiopatológicos» (psiquiátricos o funcionales), hasta «síntomas del malestar cultural de las mujeres»

En el modelo biomédico-psicosocial, el cuerpo es el objeto de la mirada médica que describe lo objetivable –signos, analíticas y escalas psicopatológicas en las que la mente es tomada también como un órgano– para llegar a un diagnóstico descriptivo de la enfermedad y no del significado del padecimiento para el paciente. El problema es que las evidencias apuntan a que los sistemas de clasificación diagnóstica basados en síntomas y escalas son escasamente válidos para estos trastornos^{1 2 30}. Una posible consecuencia de ello es la calificación de estos pacientes, en los trabajos biomédicos, como inadecuados, de los que se desconfía y nombrarlos, no por la enfermedad que padecen, –por ejemplo, enfermedad por somatización–, sino por lo que hacen –paciente simulador o somatizador–, depositando un carácter de intencionalidad en el paciente, o bien, definirlos por su actitud o conducta, –hiperfrecuentadores, aprensivos, irritables, difíciles.

El modelo de atención biomédico se restringe a un hipotético funcionamiento fisiopatológico que, no por desconocido e improbad, deja de tomarse como causa. Se aplican los tratamientos farmacológicos disponibles (psicofármacos y analgésicos), aún con evidencias reconocidas de escasa eficacia y bajo la convicción de que los trastornos por somatización en realidad no tienen cura, al menos biológica. Se aplican actuaciones directivas, se intenta conseguir que el paciente «reatribuya» su padecimiento a la versión médica, tratándolos como «enfermos sin enfermedad» o que ésta es psicológicamente auto-causada, y que se adapte a ella; que padecen un error de funcionamiento, tratando de convencerle de que no se va a curar y que ha de adaptarse a su sufrimiento crónico con intervenciones que pauten cuándo, cómo y con quién debe el paciente mani-

festar su dolor. Hay tensión entre lo que el médico espera del paciente, al que encuentra inadecuado, frustrante y difícil, y lo que el paciente espera de la medicina, que no alivia su sufrimiento. El encuentro en esta tensión está marcado por una cierta lucha de poder y rechazo mutuo^{3,32}.

Desde la categoría psicoanalítica se discute la pertinencia de los términos biomédicos calificatorios de los y las pacientes por sus acciones y proponen nombrar los padecimientos, –trastorno psíquico somatizado–, incluyendo así además la hipótesis causal que es el conflicto psíquico. Para este segundo modelo biopsicosocial-psicoanalítico, la persona está en la historia, tiene biografía, y lo que le ocurre y sus síntomas tienen significados. Ya no se trata sólo de qué le pasa a la o el paciente, sino porqué le pasa insertado en su biografía. No es tan importante describir, clasificar y diagnosticar, sino interpretar y comprender significados. Apoyan su centro de gravedad en la comprensión del funcionamiento humano como una interacción entre la situación social y la subjetividad. El giro fundamental con respecto a los biomédicos está en que se buscan los factores causales o asociados en el contexto social y las experiencias vividas.

Se desplaza la mirada sobre el o la paciente como sujeto, escuchando sus quejas y se propone una clínica de la escucha, centrada en el paciente (tabla 4).

Las teorías feministas, -segundo bloque crítico-, además de incluir el contexto y la subjetividad añaden una aportación principal, y es que hacen aparecer la diferencia sexual como fuente de comprensión del fenómeno. El hecho de que la mayor parte de los pacientes de que hablamos sean mujeres permanece opaco en las anteriores teorías, sin embargo, el sexo puede contribuir a determinar y explicar los fenómenos tanto para los y las pacientes como de las actuaciones de médicos y médicas. Se evidencia que los estereotipos de género pueden actuar

como determinantes de diferencias por sexos^{9,22,26,29}.

El malestar de las mujeres, -concepto procedente de la teoría feminista^{24 64,69}-, es producto de su posición social y de la vivencia de sus experiencias, y se presenta como una línea explicativa alternativa de los síntomas somáticos sin causa orgánica, producto de la asociación de las teorías feminista, contextuales y de la subjetividad, que incluye una concepción culturalista del funcionamiento humano y de la enfermedad. Esta perspectiva abre enigmas de investigación nuevos sobre el malestar de las mujeres que componen el cuerpo de investigación feminista que incorporan factores asociados y protectores contextuales, subjetivos y de género^{59,60,62,66,67} que se multiplican al indagar en los factores que gravitan sobre las formas de vida de las mujeres (tabla 3). Las propuestas terapéuticas se relacionan con la modificación de los factores de opresión de las mujeres, la recuperación de la autonomía y auto-responsabilidad. El modelo pivota sobre la devolución de la palabra a las mujeres.

Una de las limitaciones de este trabajo es que la clasificación de teorías realizada no excluye que existan otras teorías no recogidas y que sea susceptible de mayor complejidad o de otros límites basados en otros conceptos no considerados. Otra limitación procede de que se ha revisado una muestra limitada de artículos ya que no se ha hecho inclusión exhaustiva sino saturación de trabajos para cada marco teórico y que aplicando otros criterios de selección, o teniendo en cuenta artículos empíricos que no se han considerado, pudieran aparecer más modelos o variantes de los encontrados.

En cuanto a implicaciones de los resultados del presente trabajo podemos considerar la conveniencia de revisar y discutir los marcos teóricos que subyacen a los modelos de atención que se utilizan, ya que pueden estar limitados por concepciones parciales

del proceso salud-enfermedad. Cuando se actúa bajo protocolos aparentemente sólo técnicos, los médicos y médicas están actuando siempre bajo concepciones teóricas determinantes y bien definidas del funcionamiento humano y de la salud, aunque no estén explicitadas en su formación, pero que dirigen sus pautas diagnósticas y terapéuticas. En el caso de los padecimientos por SSCO, muy ligados a factores contextuales, de género y subjetivos, desde concepciones biomédicas, puede estar dejándose fuera precisamente los factores asociados y modelos de atención que podrían ser más eficaces.

CONCLUSIONES

El abordaje de los SSCO desde el paradigma biomédico se presenta limitado porque su teoría de la salud no incluye los aspectos del funcionamiento humano que probablemente determinan el problema. Es conveniente reconocer la existencia de teorías alternativas a la biomédica que amplían las posibilidades de comprensión del problema, incluyendo factores contextuales, de género y subjetivos asociados al proceso de salud-enfermedad y que producen modelos de atención que incluyen dichos aspectos, con mayor potencial de atención integral a los y las pacientes con SSCO.

Anexo 1

Listado de síndromes somáticos funcionales¹

Dificultad para mantener el sueño	Dolor torácico
Despertar temprano	Dificultad para respirar
Dormir demasiado poco	Ardor
Angustia al caer dormido	Molestia en la garganta
Fonosensibilidad	Dolor abdominal
Fotosensibilidad	Cansancio mental
Palpitaciones	Cansancio físico
Temblor	Somnolencia diurna
Vértigo	Irritabilidad
Cambios de humor	Fallos de memoria
Pesadillas	Boca seca
Rigidez matutina	Alteración del gusto
Dolor persistente	Zumbidos
Dolor lumbar	Síntomas menstruales
Sentir dolor por todas partes	
Entumecimiento	Nauseas
Dolor pélvico	Vómitos
Reacciones a químicos o alimentos	Picor
Dolor facial	Cefalea

Anexo 2

Listado de síndromes somáticos funcionales (Nimnuan, 2001) (1)

Síndrome de colon irritable
Disfunción articular temporomandibular
Dolor facial atípico
Dispepsia no ulcerosa
Dolor pélvico crónico
Cefalea tensional
Fibromialgia
Síndrome de fatiga crónica
Bolo histérico
Sensibilización química múltiple
Hiperventilación
Síndrome premenstrual
Dolor torácico no cardíaco

Anexo 3

Cuerpo de investigación feminista en estudios de género sobre factores predisponentes en las mujeres a síntomas somáticos médicamente no explicados.

Constelación factorial predisponente: opresión de las mujeres y dominación social y familiar

Factores sociales de género:
El matrimonio
El trabajo de ama de casa
La doble jornada laboral o roles múltiples
Discriminación laboral
Tener tres o más niños pequeños
La falta de soporte o ayuda de amigos o familiares
La falta de comunicación íntima y confidencial con la pareja
Factores de significados subjetivos en experiencia vivida:
Experiencia infantiles traumáticas
Abusos infantiles
Violencia
Abuso continuado
Migraciones
Desarraigo, desinserción social y aislamiento
Pérdidas y muerte de seres queridos
Desvalorización de los roles femeninos
Ideales de feminidad y masculinidad
Características psicológicas estereotipadas de género:
Abnegación
Ser complaciente
No asertividad
Cuidadora
Dependencia

BIBLIOGRAFÍA

1. Nimnuan CH, Rabe-Hesketh S, Wesseley S, Hotopf M. How many functional somatic syndromes? *J Psychosom Res* 2001;51(4):549-57.
2. Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes, one or many. *Lancet* 1999; 354: 936-9.
3. Henningsen P, Jakobsen T, Schiltenwolf M, Weiss MG. Somatization Revisited: Diagnosis and Perceived Causes of Common Mental Disorders. *Journal of Nervous & Mental Disease* 2005;193(2):85-92.
4. Fink P, Sørensen L, Engberg M, Holm M, Munk-Jørgensen. Prevalence, Health Care Utilization, and General Practitioner. Recognition Somatization in Primary Care. *Psychosomatics* August 1999; 40:330-8.
5. Lewis G, Wessely S. The epidemiology of fatigue: more questions than answers. *J Epidemiol Community Health* 1992;46:92-7.
6. Organización Mundial de la Salud. Carga de los trastornos mentales y conductuales. En: Informe de salud en el Mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. [citado 10 de nov. 2003]. Disponible en: www.who.org.
7. Organización Mundial de la Salud. Gender and women's mental health. 2001 [citado 10 de nov. 2003]. Disponible en: www5.who.int/mental_health.
8. Fahrenberg J. Somatic complaints in the German population. *J Psychosom Research*. 1995 Oct; 39(7): 809-17.
9. Kroenke K, Spitzer RL. Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosom Med* 1998 Mar-Apr; 60 (2): 150-5.
10. Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Int J Epidemiol* 2001;30:668-77.
11. Dubos R. El espejismo de la Salud. Utopías, progreso y cambio biológico. México: Fondo de Cultura Económica; 1975 (e. o. 1959).
12. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Scien* 1977;196:129-36.
13. Cassel J. The contribution of the social environment to host resistance. *Am J Epidemiol* 1976; 104:107-23.
14. Borrel i Carrió F. El modelo biopsicosocial en evolución. *Med Clin (Barc)* 2002;119(5):175-9.
15. Porta M, Álvarez-Dardet C, Fernández E. Presentación. Epidemiología, ecología y epistemología: nuevas prácticas y paradigmas para la salud pública en la aldea global. *Rev Salud Pública*; 5:14-21.
16. Krieger N. Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider? *Soc Sci Med* 1994; 39: 887-903.
17. Freud S. Obras completas. Madrid: Biblioteca Nueva; 1972.
18. Tizón García J. Los nuevos modelos asistenciales en medicina: una visión a partir de algunos fundamentos psicológicos y epistemológicos. Revisión en *Salud Pública* 1995;4:57-83.
19. Mollet K. Política sexual. Madrid: Cátedra; 1969.
20. Marecek J, Kravetz D. Mujer y salud mental : un análisis de los intentos feministas de cambio. (e. o. 1973). En: Sáez Buenaventura C.(comp). *Mujer, locura y feminismo*. Madrid: Dédalo; 1979.
21. Fox Keller E. Reflexiones sobre género y ciencia. Valencia: Alfons el Magnanim; 1991.
22. Borges S; Waitzkin H. Women's narratives in primary care medical encounters. *Women-Health* 1995; 23(1): 29-56.
23. Rubin G. «The traffic in women: Notes on the 'Political Economy' of sex». En: Reiter, Rayna (comp.): *Toward an Anthropology of Women*, Nueva York y Londres, Monthly Review Press; 1975.
24. Burin M. El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada. Buenos Aires: Paidós; 1990.
25. Fee E. *Woman and Health Care. The politics of sex in medicine*. New York, 1983.
26. Ruiz MT. Igualdad de oportunidades en los servicios sanitarios: sesgo de género como determinante de la estructura de salud de la Comunidad. En: Miqueo, Consuelo (ed) *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*. Madrid: Minerva; 2001.
27. Campbell JL, Ramsay J, Green J. Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care. *Qual Health Care* 2001 Jun; 10(2): 90-5.

28. Arber S. Class, Paid Employment and Family Roles: Making Sense of Structural Disadvantage, Gender and Health Status. *Soc Scie Med*1991; 32 (4): 425-36.
29. Piccinelli M, Simon G. Gender and cross-cultural differences in somatic symptoms associated with emotional distress. An international study in primary care. *Psychol Med* 1997 Mar; 27(2): 433-44.
30. Gulbrandsen P, Fugelli P, Hjortdahl P. Psychosocial problems presented by patients with somatic reasons for encounter: tip of the iceberg? *Fam Pract*1998 Feb; 15(1): 1-8.
31. Johansson EE, Hamberg K, Westman, G, Lindgren G. The meanings of pain: an exploration of women's descriptions of symptoms. *Soc Sci Med*1999 Jun; 48(12): 1791-802.
32. Wileman L, May C, Chew-Graham C. Medically unexplained symptoms and the problem of power in the primary care consultation: a quality study. *Fam Prac*2002; 19(2):178-82.
33. Borges S, Waitzkin H. Women's narratives in primary care medical encounters. *Wom Health* 1995; 23(1): 29-56.
34. West C. Reconceptualizing gender in physician-patient relationship. *Soc Sci Med* 1993; 36(1): 57-66.
35. Méndez Carlos. La Fibromialgia, los Trastornos Funcionales Digestivos y la Depresión Monografía Postgrado Reumatología. Universidad de la República Uruguay. Cátedra de Reumatología. Febrero 2002. [citado 10 de nov. 2003]. Disponible en: www.afibrom.org/Trabajopremiado.doc.
36. Gill D, Sharpe M. Frequent consulters in general practice: a systematic review of studies of prevalence, associations and outcome. *J Psychosom Res* 1999; 47(2):115-30.
37. Ruiz- Doblado S, Pérez A, Lara L. Identificación de síntomas depresivos en atención primaria (I): Factores relacionados. *Anal Psiquiatr* 1997; 13(4): 139-48.
38. Alijotas J, Alegre J, Fernández-Solá J, Clots J, et al. Documento de consenso sobre el diagnóstico del síndrome de fatiga crónica en Catalunya. *Med Clin* 2002; 118: 73-6.
39. Uceda J, González I, Fernández C, Hernández R. Fibromialgia. *Rev Esp Reumatol* 2000; 27(10): 414-6.
40. Sanz-Carrillo C, Arévalo E, García -Campayo J. Somatización y familia: intervención del médico de atención primaria. *Aten Prim* 1998; 21(8): 545-52.
41. Moreno I, Montaña A. Fibromialgia. *Rev Esp Reumatol* 2000; 27(10): 436-41.
42. Claraco LM, Monreal A, García J. Manejo del paciente somatizador en atención primaria. *Form Méd Cont* 1999; 6(8): 536-43.
43. Caballero L. Somatizaciones y síndromes somáticos funcionales. ¿Galgos o podencos?. *Semergen* 2002; 28(4): 175-6.
44. Arnetz BB. Causes of change in the health of populations: a biopsychosocial viewpoint. *Soc Sci Med* 1996; 43(5): 605-8.
45. García Campayo J, Sanz Carrillo C. Eficacia de la psicoterapia analítica grupal en enfermos somatizadores. *Actas Esp Psiquiatr*2000; 28(2): 105-14.
46. Iglesias C, Oller M. Manejo del paciente con trastornos de somatización. *Jano* 2000; 58(1326): 45-51.
47. López Herrero LS. La histeria cien años después. *Aten Prim* 1997; 19(3):151-3.
48. Aparicio D. Dolor: el interlocutor determina el destino del síntoma. *Mujer y Salud* 2002; 10:17-8.
49. Luis de Arribas LM, Martínez FJ. Lo psicósomático en atención primaria. *Aten Prim* 2000; 25(9): 112-8.
50. Tizón JL. La atención primaria a la salud mental: una concreción de la atención sanitaria centrada en el consultante. *Aten Prim* 2000; 26(2):101-17.
51. Richman AJ, Jason AL. Gender biases underlying the social construction of illness states: the cases of chronic fatigue syndrome. *Current Sociology* 2001 May; 49(3):15-29.
52. Valls C. Diagnóstico diferencial del dolor de las mujeres. *Mujer y Salud* 2002; 10: 4-8.
53. Stoppard JM. A Feminist Position on Mental Health. *Sex Roles* 1987 June11-12; 16: 669-71.
54. Organización Mundial de la Salud. Gender and women's mental health. 2002 [citado 1 de ene. 2002] Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/.
55. Romito P. Work and Health in Mothers of Young Children. *Int J Health Serv* 1994; 24 (4): 607-28.

56. Hankin JR. Gender and Mental Illness. *Resea Com Mental Health* 1990;6: 183-201.
57. Annandale E, Hunt K . Masculinity, Femininity and Sex: An Exploration of Their Relative Contribution to Explaining Gender Differences in Health. *Soc Health Illness* 1990; 12 (1): 24-46.
58. Wool CA, Barsky AJ. Do women somatize more than men? Gender differences in somatization. *Psychosomatics* 1994Sep; 35(5): 445-52.
59. Stewart DE. Women's health and psychosomatic medicine. *J Psychosom Research* 1996 Mar;40(3): 221-6.
60. Gijsberg Van Wijk CMT, Van Vliet KP, Kolk AM. Gender perspectives and quality of care: towards appropriate and adequate health care for women. *Soc Sci Med* 1996;43(5):707-20.
61. Busfield J. Mental Illness as Social Product or Social Construct: A Contradiction in Feminists' Arguments? *Soc Health Illness* 1988 Dec; 10:521-42.
62. Malterud K, Okkes I. Gender differences in general practice consultations: methodological challenges in epidemiological research. *Fam Pract* 1998 Oct 15(5):404-10.
63. Malterud K. Symptoms as a source of medical knowledge: understanding medically unexplained disorders in women. *Fam Med* 2000 Oct; 32(9): 603-11.
64. Tubert S. Construcción cultural de la feminidad. En: *Salud mental y género. Aspectos psicosociales diferenciales en la salud de las mujeres*. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales;2000.
65. Bayo-Borrás R. Cuando no hay palabras para decirlo, hay cuerpo para expresarlo. *Mujer y Salud* 2002;10:14-6.
66. Delgado A. Salud y género en las consultas de atención primaria. *Aten Prim*2001 Feb;27 (2):75-8.
67. Tubert S. Psicopatología femenina y malestar en la cultura. *Symposium Internacional Mujer y Calidad de Vida, CAPS, Barcelona*;1990.
68. Van Den Brink-Muinen A. Women's health care: for won and Hig? *Soc Sci Med*; 44(10):1541-51.
69. Rodríguez R (ed.) *El malestar silenciado. La otra salud mental*. Madrid: Isis Internacional. Ediciones de las Mujeres 14;1990.

ORIGINAL

FACTORES INDIVIDUALES Y DEL ENTORNO ASOCIADOS A LA VARIABILIDAD GEOGRÁFICA DE LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS ENTRE ÁREAS PEQUEÑAS: UN ANÁLISIS MULTINIVEL (*)

Rosa Gispert Magarolas (1), Xavier Puig Oriol (2), Elisabet Palomera Fanegas (1), Jaume Autonell Caldenty (3), Josep M^a Giné Giné (1), Gloria Ribas Serra (1), José Juan Coll Fiol (1)

(1) Servei d'Informació i Estudis. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

(2) Departament d'Estadística. Universitat Politècnica de Catalunya.

(3) Sant Joan de Deu. Serveis de salut mental. Barcelona.

(*) Financiado: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, convocatòria 2000.

RESUMEN

Fundamento: Para planificar las necesidades de servicios sanitarios es fundamental conocer la distribución de la morbilidad por trastornos psicológicos en el territorio así como los factores que la determinan. El objetivo es identificar los factores que pueden explicar la variabilidad geográfica de estos trastornos en Cataluña.

Métodos: Los datos proceden de la Encuesta de Salud de 1994 y de la estadística de población de 1996 para Cataluña. Se estima la prevalencia de trastornos psicológicos por edad y sexo y por sector sanitario. En un modelo de regresión logística a dos niveles se estudia la asociación entre las variables individuales (primer nivel: Encuesta de Salud n=12.455) y las de la zona de residencia (segundo nivel: el sector sanitario, n= 46) con la prevalencia de trastornos psicológicos.

Resultados: Las variables individuales que influyen en las diferencias entre sectores son: la edad (45-64 años OR:0,63 y >64 años: OR:0,22), la situación laboral (no trabaja OR:1,60) y el número de trastornos crónicos (TC) (TC=1 OR: 1,75 TC=2 OR: 2,06 TC=3-5 OR:3,36 y TC>5 OR: 8,9) en hombres. En las mujeres, además de estas variables (edad 25-44 años OR: 0,63 45-64 años OR:0,45 y >64 años OR: 0,32 la situación laboral no trabaja OR:1,30 y el número de trastornos crónicos (TC) TC=1 OR: 1,75 TC=2 OR: 2,44 TC=3-5 OR:4,09 y TC>5 OR: 11,14), influye el tipo de hogar (monoparental OR: 1,42). Las variables a nivel de la zona de residencia son la proporción de inmigración (hombres OR:1,55 y mujeres OR:1,68) y de desempleo (hombres OR:1,07 y mujeres OR:1,06).

Conclusiones: Los factores individuales no son suficientes para explicar la variabilidad geográfica de la prevalencia de los trastornos psicológicos, ya que también influyen las características de la zona de residencia.

Palabras clave: Trastornos mentales. Comparación transcultural. Estado de salud. Factores socioeconómicos. Factores de riesgo. Análisis multinivel. Regresión logística. Análisis de área pequeña.

Correspondencia:

Rosa Gispert

Servei d'Informació i Estudis

Departament de Salut

Travessera de les Corts 131-159

08028 Barcelona

Correo Electrónico: rosa.gispert@gencat.net

ABSTRACT

Individual and Ecological Factors Related to the Geographical Variability of Psychological Distress among Small Areas: a Multilevel Analysis in Catalonia, Spain

Background: To know the geographic distribution of the prevalence of psychological distress is important for mental health services planning. This study is aimed at identifying the individual factors and those related to the area of residence which may explain the geographic variability of psychological distress (by healthcare districts) in Catalonia.

Methods: The data was taken from the 1994 Catalanian Health Survey and from the 1996 Catalonia population statistics. The prevalence of psychological distress is estimated by age and sex and by healthcare district. In a two-level logic regression model, a study is made of the relationship between the individual variables (first level: health survey n=12,455) and those of the area of residence (second level: the healthcare district, n=46) to the geographic distribution of the prevalence of psychological distress.

Results: The significant variables at individual level are in men: age (45-64 years OR:0,63 y >64 years OR: 0,22), working status (no work OR:1,60), number of chronic diseases (CD) (CD=1 OR: 1,75 CD=2 OR: 2,06 CD=3-5 OR:3,36 and CD>5 OR: 8,9). In women: age (25-44 years OR: 0,63 45-64 years OR:0,45 and >64 years OR: 0,32), working status (no work OR:1,30), number of chronic diseases (CD=1 OR: 1,75 CD=2 OR: 2,44 CD=3-5 OR:4,09 and CD>5 OR: 11,14), and also the kind of parental household in women (single-parental OR: 1,42). The variables at the level of the area of residence are immigration (men OR:1,55 and women OR:1,68) and unemployment (men OR:1,07 and women OR:1,06).

Conclusions: The individual factors do not suffice to explain the geographical variability of the prevalence of psychological distress, but the characteristics of the area of residence are also important.

Key words: Mental disorders. Health status. Cross-cultural comparison. Socioeconomic factors. Risk factors. Multilevel analysis. Logistic regression. Small-area analysis.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales han sido reconocidos por la OMS como unos de los problemas de salud crónicos más frecuentes en la mayor parte de sociedades desarrolladas¹. Estudios previos en nuestra área han puesto de manifiesto diferencias territoriales en la situación de la salud mental²⁻³. Para la planificación de los servicios sanitarios es fundamental conocer cómo se distribuye la morbilidad por trastornos mentales a nivel del territorio, con el fin de valorar las necesidades de atención y en qué medida éstas están satisfactoriamente cubiertas.

Estudios epidemiológicos en diversos ámbitos y con distintos diseños han mostrado importantes variaciones geográficas en la prevalencia de los trastornos mentales, aunque aún hoy es difícil saber hasta qué punto están influidas por aspectos metodológicos⁴. Los factores a los que se atribuyen estas diferencias se relacionan con características sociodemográficas del territorio, con la oferta de servicios sanitarios⁵⁻⁶ y con distintos indicadores de necesidad que señalan aspectos individuales, como las variables demográficas y socioeconómicas, antecedentes de factores estresantes y enfermedades orgánicas⁷⁻⁹. Por tanto, la distinta distribución de estos factores a nivel del territorio podría explicar, al menos en parte, las diferencias observadas entre áreas geográficas.

El objetivo de este trabajo es analizar qué factores pueden explicar la distribución de la prevalencia de trastornos psicológicos a nivel de áreas pequeñas en Cataluña, teniendo en cuenta a la vez las variables a nivel individual y las del entorno, de forma que faciliten una mejor comprensión del fenómeno.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se refiere a la población general de Cataluña, una comunidad autónoma

situada al noreste de España con algo más de seis millones de habitantes. Está dividida en 55 sectores sanitarios agrupados a su vez en 8 regiones sanitarias, que son las divisiones administrativas en las que está organizado el Servicio Catalán de la Salud (SCS), entidad gestora que ejerce las competencias autonómicas en la gestión y compra de servicios sanitarios.

Los datos proceden de diversas fuentes: la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA) de 1994, que contiene información a nivel individual de la población general no institucionalizada. Incluye, entre otros temas, una escala de medida de la disfunción psicológica, el *General Health Questionnaire de Goldberg* (GHQ-12)¹⁰, así como preguntas relativas a la salud general auto percibida, número de trastornos crónicos, discapacidad y características sociodemográficas de las personas encuestadas¹¹. El tamaño de la población así como las características sociales, demográficas, y económicas de las áreas geográficas analizadas provienen de la estadística de población de 1996¹². También se han utilizado los datos de la estadística de mortalidad¹³ y de la Encuesta de establecimientos sanitarios en régimen de internado de Cataluña¹⁴, facilitados por el Departament de Sanitat i Seguretat Social.

La agrupación geográfica analizada ha sido el sector sanitario, adaptando en algunos casos sus límites geográficos a los de las comarcas, para poder disponer de la información de las variables procedentes de la estadística de población. De esta forma se han obtenido territorios que corresponden a 46 de los 55 sectores del SCS. Se exceptúan los 11 sectores de la ciudad de Barcelona que se han considerado como una unidad, puesto que no es posible desagregarlos en las fuentes de datos disponibles. La distribución geográfica resultante se compone de 21 sectores con menos de 50.000 habitantes, 15 con más de 100.000, que se sitúan fundamentalmente a lo largo de la zona costera, y 10 con una población entre 50.000 y 100.000 habitantes.

La variable dependiente del estudio, es decir, la prevalencia de trastornos psicológicos, se estima mediante el GHQ-12, que mide la disfunción psicológica. La población participante fue la mayor de 15 años ($n=12.455$). La puntuación en la escala por encima de un umbral determinado se interpreta como la probabilidad de padecer trastornos psicológicos¹⁰. En los estudios de validación realizados en España¹⁵ el punto de corte para determinar la probabilidad de tener estos trastornos es de 2/3. Este punto permite crear la variable dicotómica «padecer trastornos psicológicos» (sí/no). A partir de aquí se ha estimado por edad y sexo la proporción de individuos del total de la muestra que presentaban estos trastornos, y también se ha estimado la prevalencia de trastornos psicológicos por sectores sanitarios, de acuerdo al municipio de residencia de la persona encuestada. Los valores de la muestra se han ponderado en función del diseño y de la estratificación¹⁶.

Las variables relativas a la salud que se utilizan en los dos niveles del modelo proceden de la encuesta y se han utilizado a nivel individual (en el primer nivel del modelo) o agregadas por sector sanitario (en el segundo). Las variables socioeconómicas del primer nivel proceden de la encuesta de salud y las del segundo del resto de fuentes de información.

Todas estas variables explicativas se han seleccionado con el fin de representar el conjunto de factores que según la literatura revisada pueden tener una influencia en el desarrollo de trastornos mentales⁵⁻⁹, agrupados en los conceptos siguientes: comorbilidad, factores estresantes, sociodemográficos y económicos y de recursos sanitarios. En el anexo 1 se describen las variables utilizadas en el estudio.

Para el análisis conjunto de la información con distintos niveles de agregación (individual y por áreas geográficas), se ha utilizado el método de análisis de niveles

múltiples. Una de las hipótesis de este tipo de análisis es que la estructura de los datos ha de ser jerárquica, es decir, cada nivel es una agrupación de los elementos del nivel inferior. En este trabajo se utiliza un modelo con dos niveles. El primero corresponde a los individuos de la población general residentes en cada sector ($n= 12.455$) y el segundo a las áreas geográficas: los sectores sanitarios ($n= 46$).

El análisis de niveles múltiples tiene en cuenta la no independencia entre elementos de un mismo grupo (en nuestro caso los individuos de un mismo sector sanitario) y descompone la varianza en varianza intra-grupal (nivel 1: de los individuos), y varianza intergrupala (nivel 2: entre sectores). En otras palabras, se divide la varianza en niveles de manera que es posible estimar la variabilidad entre las distintas áreas geográficas (sectores) y evaluar como ésta se va reduciendo al introducir variables tanto del primer nivel como del segundo¹⁷.

La estructura básica de un modelo multi-nivel es una extensión del modelo lineal generalizado, en el que es posible tratar el intercepto y la pendiente como variables aleatorias que varían de grupo en grupo. El modelo planteado en este estudio, teniendo en cuenta que los datos provienen de una encuesta transversal y que la variable respuesta es dicotómica (padecer trastornos mentales sí/no), se formula bajo una regresión logística.

El análisis se ha realizado modelando por separado los dos sexos, dado que resultados anteriores ponen de manifiesto un posible comportamiento diferenciado. Se ha utilizado la macro *glimmix* implementada en SAS¹⁸.

RESULTADOS

La prevalencia de trastornos psicológicos por edad y sexo del conjunto de Cataluña en

el año 1994 fue de 9,30% en los hombres y de 15,56% en las mujeres, siendo del 12,68% para el total de la población. Por edad la prevalencia es más elevada en los grupos de edad más jóvenes (tabla 1).

En la figura 1 los mapas representan la distribución de la prevalencia de trastornos psicológicos por sectores sanitarios. Se observa una variabilidad importante entre ellos, aunque con una mayor concentración de prevalencias elevadas en las zonas del litoral.

Los valores descriptivos básicos de las variables sociodemográficas y de recursos que caracterizan los sectores sanitarios se presentan en la tabla 2, aunque su distribución geográfica analizada gráficamente (no mostrada) no presenta patrones fácilmente interpretables.

En el ajuste del modelo logístico multinivel destaca la inestabilidad de los resultados porque los modelos obtenidos varían en función de la estrategia y el orden en la introducción de las variables, debido en parte a la correlación existente entre ellas. La construcción del modelo para cada sexo se ha basado

en el principio de parsimonia, para garantizar la estabilidad de los coeficientes ante la introducción de nuevas variables y en el criterio de mantener aquéllas que mejoren el modelo reduciendo la variabilidad entre sectores.

En el modelo ajustado para los hombres (tabla 3), en el nivel 1 (variables individuales) hay que destacar el menor riesgo (odds ratio inferiores a 1) de las edades avanzadas respecto a las jóvenes, el efecto protector de trabajar y el gradiente ascendente del riesgo al presentar un mayor número de trastornos crónicos. Aunque la variable «tipo de hogar» no es significativa, se ha mantenido en el modelo porque mejora sensiblemente su valor predictivo. Los indicadores del segundo nivel (sector sanitario) que mejor se adaptan al modelo han sido la inmigración y la tasa de desempleo.

En cuanto a la bondad del ajuste, en el modelo con variables sólo del primer nivel la varianza entre sectores era de $\tau_{00}=0,0809575$ en el límite de la significación, sin embargo al incluir las variables del segundo nivel se reduce esta variabilidad ($\tau_{00}=0,03626878$, $p=0,1406$) dejando de ser significativa la varianza entre los sectores.

Tabla 1

Prevalencia de trastornos psicológicos por sexo y grupo de edad. Cataluña, 1994

	Hombres %	IC	Mujeres %	IC	Total %	IC
15-19	10,00	(7,72-12,27)	17,87	(14,93-20,81)	13,90	(12,03-15,77)
20-39	9,82	(8,49-11,15)	14,35	(12,87-15,83)	12,21	(11,21-13,22)
40-59	9,30	(7,94-10,66)	15,20	(13,64-16,76)	12,47	(11,42-13,53)
60-79	8,21	(6,70-9,72)	16,86	(15,05-18,67)	13,08	(11,86-14,30)
80 +	8,73	(4,65-12,80)	14,73	(10,99-18,47)	12,52	(9,70-15,34)
Total	9,30	(8,62-9,98)	15,56	(14,77-16,36)	12,68	(12,15-13,21)

Fuente: escala GHQ-12. Encuesta de Salud de Cataluña. Ref.: 11.

Figura 1

Prevalencia poblacional de trastornos psicológicos (GHQ-12) por sectores sanitarios. Cataluña, 1994

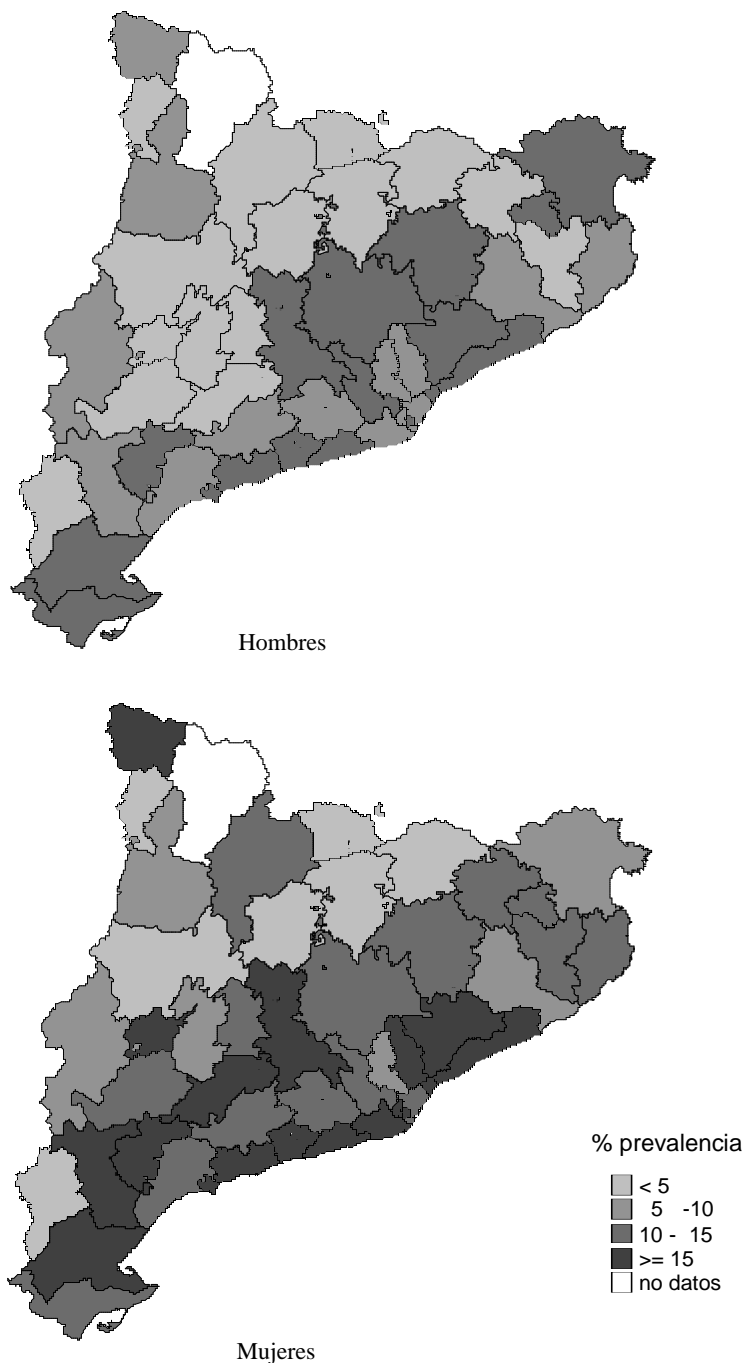


Tabla 2

Descripción de las características socioeconómicas, demográficas, sanitarias y de morbilidad de los sectores sanitarios. Cataluña 1996

	Total	Mínimo	Máximo
Morbilidad ¹:			
- trastorno psicológico (%)*	12,6	0,00	18,92
- mala salud percibida (%)	24,16	17,38	39,43
- población con alguna discapacidad (%)	12,00	5,20	25,33
- restricción de actividad (%)	14,4	0	17,82
- trastornos crónicos (%) *	23,6	12,14	36,51
Factores estresantes :			
- desocupación (%)**	14,82	7,08	27,12
- inmigración (%)	0,56	0,16	2,68
- emigración (%)	0,39	0,08	1,76
- hogares unipersonales (%)	4,15	3,22	5,75
- núcleos monoparentales (%)	7,37	4,26	12,05
- población no casada (%) *	31,33	26,56	36,39
- tasa de suicidio (por 100.000 habitantes) ²	8,31	0,00	18,26
Socio-económicos:			
- densidad de población (habitantes/km2)	195,37	4,29	20532,69
- mayores de 65 años (%)	18,51	10,27	28,09
- menores de 16 años (%)	15,86	12,34	18,33
- renta familiar disponible (millones de ptas. x 1000 hab.)	1565,13	1228,61	2447,01
- índice de dependencia	49,78	36,53	65,11
- asalariados eventuales (%)**	12,12	5,78	16,48
- asalariados fijos (%)**	26,73	15,15	35,76
Recursos sanitarios²:			
- camas psiquiátricas agudos (por 10.000 hab.)	1,45	0,00	22,98
- médicos asociados a estas camas (por 10.000 hab.)	0,29	0,00	3,83

* Mayores de 15 años.

** 16 - 65 años.

¹ Cataluña 1994.² Catalunya 1998.

El modelo final para las mujeres (tabla 4) es consistente con el de los hombres. A nivel individual hay que destacar la inclusión como factor explicativo del nivel de estudios y que a mayor número de trastornos crónicos supe-

rior es el riesgo de presentar trastornos psicológicos. Este efecto es más acentuado que en el modelo de los hombres. Los indicadores del sector (segundo nivel) han sido la inmigración y la tasa de desempleo. La variabili-

Tabla 3

Asociación entre la distribución territorial de la prevalencia de trastornos psicológicos (GHQ) y las características individuales y del sector de residencia, Hombres

REGRESIÓN LOGÍSTICA MULTINIVEL				
Efectos Fijos	OR	IC 95%		p
Nivel 1				
Edad				0,0001
15-24 (cat.ref.)	1,00			
25-44	1,02	0,74	1,40	
45-64	0,63	0,45	0,89	
>64	0,22	0,15	0,34	
Clase Social				
I-II (cat.ref.)	1,00			0,0764
III	1,07	0,77	1,49	
IV-V	1,31	1,00	1,70	
Laboral				0,0008
Trabaja (cat.ref.)	1,00			
No trabaja	1,60	1,25	2,04	
Estudiante/ama de casa	1,15	0,77	1,71	
Hogar				0,3866
No monoparental (cat. ref.)	1,00			
Monoparental	1,18	0,81	1,73	
Trastornos crónicos				
Ninguno (cat. ref.)	1,00			0,0001
1	1,75	1,32	2,33	
2	2,06	1,50	2,84	
3-5	3,36	2,50	4,50	
+ de 5	8,90	5,98	13,3	
Nivel 2				
Tasa de desempleo	1,06	1,04	1,09	0,0001
% de inmigrantes	1,68	1,12	2,50	0,0156

Efectos Aleatorios	Varianza (τ_{00})	p_valor
Nivel 2	0,03626878	0,1406

Tabla 4

Asociación entre la distribución territorial de la prevalencia de trastornos psicológicos (GHQ) y las características individuales y del sector de residencia, Mujeres

REGRESIÓN LOGÍSTICA MULTINIVEL				
Efectos Fijos	OR	IC 95%		p
Nivel 1				
Edad				0,0001
15-24 (cat.ref.)	1,00			
25-44	0,63	0,51	0,79	
45-64	0,45	0,34	0,58	
>64	0,32	0,24	0,44	
Nivel estudios				0,0018
Universitarios (cat.ref.)	1,00			
Primarios/Secundarios	1,30	0,92	1,82	
Básicos	0,90	0,62	1,29	
Clase Social				0,0038
I-II (cat.ref.)	1,00			
III	0,71	0,54	0,93	
IV-V	1,04	0,84	1,29	
Laboral				0,0353
Trabaja (cat.ref.)	1,00			
No trabaja	1,30	1,03	1,63	
Estudiante/ama de casa	1,02	0,85	1,23	
Hogar				0,0049
No monoparental (cat. ref.)	1,00			
Monoparental	1,42	1,11	1,82	
Trastornos crónicos				0,0001
Ninguno (cat. ref.)	1,00			
1	1,75	1,35	2,27	
2	2,44	1,86	3,19	
3-5	4,09	3,19	5,25	
+ de 5	11,14	8,34	14,9	
Nivel 2				
Tasa de desempleo	1,07	1,04	1,10	0,0001
% de inmigrantes	1,55	1,04	2,32	0,0380

Efectos Aleatorios	Varianza (τ_{00})	p
Nivel 2	0,10166655	0,0105

dad entre sectores ajustando el modelo con sólo las variables individuales es estadística-

mente significativa y es más del doble que la obtenida para los hombres ($\tau_{00} = 0,19829320$,

$p=0,0026$ versus $\tau_{00}=0,0809575$ en los hombres), sin embargo con la inclusión de las variables de segundo nivel la varianza del modelo final se reduce notablemente ($\tau_{00}=0,10166655$, $p=0,0105$), aunque no deja de ser estadísticamente significativa.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio ponen de manifiesto que en Cataluña se observa una importante variabilidad territorial en la distribución de la prevalencia de los trastornos psicológicos. La mayor frecuencia se sitúa en las zonas del litoral mediterráneo donde se concentra mayor densidad de población. Esta distribución sería consistente con la mayor frecuencia de problemas de salud mental en las zonas urbanas¹⁹. Aunque una parte de la variabilidad pueda estar justificada por la consistencia de los datos (debida a las diferencias en los efectivos de población), la variabilidad territorial ya había sido puesta de manifiesto en otros estudios realizados en la misma zona geográfica²⁻³.

La magnitud de la prevalencia de los trastornos psicológicos observada para el conjunto de Cataluña²⁰ es coherente con la de otros trabajos y se encuentra en una posición intermedia con respecto a la de otros países⁴. Además, las diferencias entre sectores sanitarios coinciden con los resultados evidenciados a nivel de zonas más amplias, como son las regiones sanitarias, con una prevalencia alta en las regiones sanitarias de Tarragona y Tortosa (en la costa mediterránea al sur de Cataluña), baja en las de Lérida y Gerona (situadas en la parte más occidental y nororiental respectivamente) y en torno a la media en el resto (donde se sitúa la zona de Barcelona, la de mayor importancia numérica respecto al conjunto de Cataluña)².

Del análisis de niveles múltiples destacan dos aspectos muy importantes del fenómeno estudiado. En primer lugar que los factores que pueden explicar la variabilidad territori-

al pertenecen a los dos niveles de agregación (características individuales y del territorio de residencia). En segundo, que estos factores son de naturaleza diversa, tanto relacionados con la salud como con las características socioeconómicas o del entorno social.

En los modelos obtenidos para ambos sexos, las variables más relevantes son las individuales (edad, no trabajar y número de trastornos crónicos, etc.), destacando por encima de todo la morbilidad crónica. Sin embargo, la distinta distribución territorial de estos factores no explica completamente la variabilidad de la prevalencia de trastornos psicológicos entre los sectores. En cambio, al introducir las variables del segundo nivel, es decir las relativas al territorio, la variabilidad entre sectores se reduce y ambos modelos mejoran. En el segundo nivel (sector sanitario) los factores explicativos pertenecen fundamentalmente al ámbito socioeconómico (tasa de desempleo y proporción de población inmigrante). Eso quiere decir que además de un efecto individual se observa un efecto vinculado al lugar de residencia, en el sentido de que unas zonas tienen una mayor prevalencia de trastornos mentales que otras.

A pesar de las diferencias en el diseño los resultados de la literatura consultada muestran una amplia coincidencia con los de este trabajo, tanto en los factores individuales como en los de territorio. De manera general, la comorbilidad y la situación socioeconómica son los factores más importantes a nivel individual^{5-9,21} mientras que los factores económicos y demográficos lo son a nivel de grupo^{6,7,19}. La asociación de un número importante de trastornos crónicos con depresión, ansiedad y otros trastornos mentales, se justifica en gran medida por el hecho de que estas personas han de adaptar sus aspiraciones, estilos de vida, situación laboral, etc. en función de su enfermedad²², lo que a su vez también tiene implicaciones socioeconómicas²¹. El hecho de que los datos analizados provengan de un estudio

transversal no permite diferenciar si los trastornos crónicos son anteriores o consecuencia del problema psicológico, pero confirman la asociación observada por otros autores^{9,23-25}.

Los indicadores sociodemográficos utilizados en este trabajo se han seleccionado de acuerdo a los factores que según la literatura se mostraban asociados a los trastornos mentales y teniendo en cuenta las recomendaciones de un proyecto europeo sobre este tema²⁶. Sin embargo la información finalmente disponible, ha determinado en gran medida el tipo de variables utilizadas, que en algunos casos puede que no reflejen el fenómeno de forma óptima.

Aparte de las limitaciones de las variables, debe hacerse mención a las limitaciones del método. Los resultados de los modelos son bastante inestables de manera que ha tenido que utilizarse un procedimiento conservador en su construcción, por ello hay que ser cuidadoso en la interpretación de los resultados. Es razonable pensar que la influencia de las variables grupales del modelo refleje su asociación con otras variables posibles y no recogidas o, incluso, la interacción de diversas variables entre sí. Por eso, tiene que hacerse una interpretación genérica de los resultados en el sentido de que la prevalencia de trastornos mentales presenta una asociación con factores socioeconómicos y demográficos a nivel de sector sanitario, más que dar importancia a las variables del modelo desempleo o emigración. Por otra parte, cabe señalar que en la

actualidad se dispone de nuevos datos para estimar la prevalencia de trastornos mentales en Cataluña que facilitan estimaciones similares²⁷. Sin embargo, el tamaño de la muestra de la nueva encuesta no permite una desagregación por áreas pequeñas como la que aquí se ha realizado. Puesto que el objetivo del estudio es más explicativo que descriptivo, entendemos que la utilización de datos anteriores, aunque pueda ser un inconveniente, no invalida los resultados. Por otra parte, a pesar de que la muestra utilizada es muy grande, en algún territorio con un número muy pequeño de habitantes no se han obtenido casos y, a pesar de las ponderaciones realizadas, puede suponer una limitación²⁸.

En definitiva, los resultados de este trabajo ponen de manifiesto que la variabilidad geográfica en la presentación de los trastornos psicológicos no se explica solo con las variables de las personas, también hay que considerar variables contextuales a nivel de la zona geográfica de su residencia. Es decir, dos personas con iguales características individuales (edad, estado civil, número de trastornos crónicos, etc.) tienen una probabilidad diferente de presentar trastornos mentales si la zona donde residen es diferente (en la tasa de desempleo, de inmigración, etc.). Este hecho tiene importantes implicaciones en la planificación de servicios, dado que aconsejaría estimar la necesidad de recursos teniendo en consideración no sólo las características personales sino también las de la zona geográfica de referencia.

Anexo 1

Definición de las variables utilizadas en el estudio

<p>Nivel 1: individuos</p> <p>Características individuales: (Fuente: ESCA, 1994)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad: años cumplidos agrupados según análisis. - Clase Social: medida a partir de una clasificación basada en la ocupación: clase I-II (la más alta); III; IV-V. - Situación laboral: del entrevistado, agrupada en: trabaja, no trabaja (paro, pensionista, etc.), estudiante + ama de casa. - Tipo de hogar: agrupado según sus miembros en: monoparental y no monoparental. - Trastornos crónicos: número de trastornos de la lista prefijada de la encuesta en categorías: ninguno, 1; 2; 3-5; >5.
<p>Nivel 2: Sector Sanitario</p> <p>Morbilidad: (Fuente: ESCA, 1994)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno psicológico: proporción de población con trastornos psicológicos (GHQ-12 >2) por sexo*. - Estado de salud: proporción de población con mala salud percibida (categorías: regular + mala). - Discapacidad: proporción de población con alguna discapacidad de la lista. - Restricción de actividad: proporción de población con restricción de actividad en el último año. - Enfermedades crónicas: proporción de población con algún trastorno crónico*. <p>Factores estresantes: (Fuente: Estadística de Población, 1996)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desocupación: población desocupada respecto a la población activa por 100**. - Inmigración: porcentaje de inmigrantes (del resto del país y de otros países) sobre la población de cada sector. - Emigración: porcentaje de emigraciones sobre la población de cada sector. - Hogares unipersonales: porcentaje de población >16 años que vive sola. - Núcleos monoparentales: porcentaje de población >16 años que son padres solos. - Población no casada: porcentaje de población no casada*. - Tasa de suicidio: mortalidad por suicidio por 100.000 habitantes. (Fuente: Mortalidad, 1996-1998). <p>Factores socio-económicos: (Fuente: Estadística de Población, 1996)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Densidad de población: número de habitantes por km². - Población mayor: porcentaje de población mayor de 65 años. - Población joven: porcentaje de población menor de 16 años. - Renta familiar: renta familiar disponible (millones de pesetas por 1000 habitantes) - Índice de dependencia: porcentaje de población <14 años y >65 años. - Trabajadores eventuales: porcentaje de asalariados eventuales**. - Trabajadores fijos: porcentaje de asalariados fijos**. <p>Recursos sanitarios: (Fuente: EESRI, 1998)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Número de camas: camas psiquiátricas de agudos por 10.000 habitantes. - Número de médicos: médicos asociados a estas camas (ajustado a 40 horas)/ 10.000 habitantes.

ESCA: Encuesta de salud de Cataluña EESRI: Encuesta de establecimientos sanitarios en régimen de internado.

(*) Mayores de 15 años.

(**) 16 - 65 años.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo forma parte de un proyecto de investigación financiado por la Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, convocatòria 2000.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. The world health report 2001 - mental health: new understanding, new hope. (consultada Sep 2004). Disponible en: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf
2. Rajmil L, Gispert Magarolas R, Roset Gamisans M, Muñoz Rodríguez PE, Segura Benedicto A. Prevalencia de trastornos mentales en la población general de Cataluña. *Gac Sanit* 1998; 12(4):153-9.
3. Haro JM, Salvador-Carulla L, Cabases J, Madoz V, Vazquez-Barquero JL. Utilisation of mental health services and costs of patients with schizophrenia in three areas of Spain. *Br J Psychiatry* 1998; 173:334-40.
4. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe, a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005; 15(4):357-76.
5. Harrison J, Barrow S, Gask L, Creed F. Social determinants of GHQ score by postal survey. *J Pub Health Med* 1999; 21(3):283-8.
6. Stuart H. Access to physician treatment for a mental disorder: a regional analysis. *Soc Psychiatr Psychiatric Epidemiol* 2000; 35(2):61-70.
7. Harrison J, Barrow S, Creed F. Mental health in the north west region of England: associations with deprivation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33(3):124-8.
8. Martikainen P, Stansfeld S, Hemingway H, Marmot M. Determinants of socioeconomic differences in change in physical and mental functioning. *Soc Sci Med* 1999; 49(4):499-507.
9. Gispert R, Rajmil L, Schiaffino A., Herdman M. Sociodemographic and health-related correlates of psychiatric distress in a general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38:677-83.
10. Goldberg DP, Williams P. User's guide to the General Health Questionnaire. Windsor: NFER-Nelson 1988.
11. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. Enquesta de Salut de Catalunya, 1994. Barcelona: Servei Català de la Salut; 1996.
12. Estadística de Població, 1996. Institut d'Estadística de Catalunya. Disponible en: www.idescat.es/bases/bases/bemc/bemc.stm (Consultada Abr 2002).
13. Servei d'informació i estudis. Anàlisi de la mortalitat a Catalunya 1998. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 2000.
14. Servei d'informació i estudis. EESRI 1998. Informació estadística de l'assistència hospitalària a Catalunya. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 2000.
15. Muñoz Rodríguez PE. Estudio de validación predictiva del General Health Questionnaire (GHQ) en población general urbana. *Anales del Fondo de Investigación Sanitaria* 1993, expediente 93/0905. Madrid: FIS; 1993:221.
16. Guillen M, Juncà S, Rué M, Aragay JM. Efecto del diseño muestral en el análisis de encuestas de diseño complejo. Aplicación a la encuesta de salud de Catalunya. *Gac Sanit* 2000; 14(5):399-402.
17. Rice N & Leyland A. Multilevel models: applications to health data. *J Health Serv Res Policy* 1996; 1(3):154-64.
18. Witte JS, Greenland S, Kimm LL. Software for hierarchical modeling of epidemiologic data. *Epidemiology* 1998; 9(5):563-6.
19. Kovess-Masfety V, Alonso J, de Graaf R, Demyttenaere K. A European approach to rural-urban differences in mental health: the ESEMeD 2000 comparative study. *Can J Psychiatry* 2005; 50(14):926-36.
20. Herrera R, Autonell J, Spagnolo E, Gispert R. Estudio epidemiológico en salud mental de la comarca del Baix Llobregat (Barcelona), fase II. *Informaciones Psiquiátricas* 1990; 120:111-30.
21. Wildman J. Income related inequalities in mental health in Great Britain: analysing the causes of health inequality over time. *J Health Econ* 2003; 22(2):295-312.
22. Turner J, Kelly B. Emotional dimensions of chronic disease. *BMJ* 2000; 172:124-8.
23. Phelan M, Stradins L, Morrison S. Physical health of people with severe mental illness. *BMJ* 2001; 322:443-4.

24. Pennix B, Leveille S, Ferrucci L, Van Eijk J, Guralnik JM. Exploring the effect of depression on physical disability: longitudinal evidence from the established population for epidemiologic studies of the elderly. *Am J Public Health* 1999; 89(9):1346-52.
25. Demyttenaere K, Bonnewyn A, Bruffaerts R, Brugha T, De Graaf R, Alonso J. Comorbid painful physical symptoms and depression: prevalence, work loss, and help seeking. *J Affect Disord* 2006; 92(2-3): 185-93.
26. Beecham j, Johnson S and the EPCAT Group. The European Socio-Demographic Schedule (ESDS): rationale, principles and development. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102 Sup 405:33-46.
27. Salleras L, Tresserras R. La salut i els serveis sanitaris a Catalunya. La visió dels ciutadans. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 2003.
28. Fernandez E, Schiaffino A. Diseños muestrales complejos. *Gac Sanit* 2001; 15(1):82-83.

ORIGINAL

CLASIFICACIÓN DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES A PARTIR DE LA ENCUESTA DE DISCAPACIDADES, DEFICIENCIAS Y ESTADO DE SALUD DE 1999 (*)

Irene Albarrán Lozano y Pablo Alonso González

Universidad de Extremadura. Facultad de Estudios Empresariales y Turismo.

(*) Este trabajo ha contado con la financiación del Ministerio de Educación y Ciencia y el Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica a través del proyecto SEJ2005-08070/ECON, cofinanciado con fondos FEDER.

RESUMEN

Fundamento: En relación con las personas en situación de dependencia, para pasar a un sistema en el que prime el cuidado formal médico social, en el que tenga más peso el papel de las instituciones, conviene analizar las distintas realidades que presentan estas personas. El objetivo de este trabajo consiste en la clasificación de la población española en situación de dependencia en distintos grupos, cada uno de ellos con unas características diferenciadas.

Métodos: Se analizan los datos de la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (INE, 1999) referidos a la población mayor de 6 años que no está institucionalizada. Mediante la utilización de técnicas de análisis multivariante se configuran grupos en función de la edad, el sexo, las discapacidades relacionadas con las actividades de la vida diaria, la severidad de las mismas y el número de horas de cuidados por semana.

Resultados: Se obtienen nueve perfiles estadísticamente heterogéneos. En los tres primeros, con 341.262 personas (24,5% de la población total dependiente), se tiene menos de 60 años. Salvo en un grupo predominan las mujeres (61% varones) con edades entre 13 y 36 años. En el grupo menos afectado por la falta de autonomía (136.240 personas) presentan problemas para desplazarse sólo el 26% de sus integrantes (en severidad máxima el 7%), de cuidado el 25% (10% en severidad máxima) y sólo el 32% necesitan más de 15 horas semanales de cuidado. Son, en su mayoría (74%), mujeres de entre 82 a 90 años.

Conclusiones: La población dependiente española presenta distintas realidades que responden a diversas categorías en función de la edad, el sexo, el número y severidad de las actividades de la vida diaria afectadas. Las distintas valoraciones de la severidad asociada a dichas categorías, utilizando tanto el criterio de máxima severidad del INE como otro criterio alternativo que introduce el nivel de severidad de todas las actividades de la vida diaria no sólo de la máxima, confirman la distinción de los nueve grupos encontrados.

Palabras clave: Cuidados a largo plazo. Actividades de la vida diaria. Análisis por conglomerados.

Correspondencia:

Irene Albarrán Lozano
Facultad de Estudios Empresariales y Turismo
Universidad de Extremadura
Avda. Universidad s/n
10071 Cáceres
Correo electrónico: ialbaloz@unex.es

ABSTRACT

Dependent Individuals Classification Based on the 1999 Disabilities, Impairments and Health Status Survey

Background: In order to move to a system in which formal medical-social care is a priority, in which the institutions play a greater role, it is advisable to analyze the different actual situations of those individuals who are dependent. The objective of this study consists of classifying the dependent Spanish population into different groups, each of their own distinguishing characteristics.

Methods: The data from the Disabilities, Deficiencies and Health Status Survey (Spanish National Institute of Statistics, 1999) related to the non-institutionalized population over 6 years of age. Groups are configured using multivariate analysis techniques in terms of the age, sex, daily living activity-related disabilities, the severity thereof and the number of hours of care per week.

Results: Nine statistically heterogeneous profiles were obtained. In the first three, with 341,262 individuals (24.5% of the total dependent population), the individuals in question were under 60 years of age. With the exception of one group, females were predominant (61% males), falling within the 13-36 age range. In the group least affected by lack of self-sufficiency (136,240 individuals), solely 26% of those comprising this group had problems getting around (maximum degree of severity in 7%), regarding care, 25% (maximum degree of severity in 10%) and only 32% need more than 15 hours of care per week. Most thereof (74%) are females within the 82-90 age range.

Conclusions: The dependent Spanish population is revealed to be in different situations related to different categories in terms of age, sex, number and severity of the daily living activities affected. The different assessments of the severity related to said categories, employing both the Spanish National Institute of Statistics maximum severity criterion as well as another alternative criterion which implements the degree of severity of all of the daily living activities, not only the maximum, confirm the nine groups found to be different from one another.

Key words: Long-term care. Activities of daily living. Clustering

INTRODUCCIÓN

Hasta ahora la atención a las personas dependientes ha recaído en la familia y, por tanto, han prevalecido los llamados cuidados informales. Si lo que se pretende es pasar de este sistema a otro en el que primen los cuidados formales médicosociales¹ y tenga más peso el papel de las instituciones conviene analizar primeramente las distintas realidades que presentan las personas en situación de dependencia.

En este trabajo se pretende profundizar en los perfiles específicos que pueden presentar las personas dependientes, centrándose en la simultaneidad de diferentes discapacidades –la denominada codiscapacidad–, y en su severidad, para así tener una idea más clara de estas situaciones y poder enfocar sus soluciones con planteamientos más adecuados a la realidad. Se considera importante ahondar en la idea de codiscapacidad¹ vinculándola a la ayuda para realizar las actividades cotidianas y su dimensión social^{2,3}.

Dado que este trabajo se centra en las personas dependientes, parece oportuno delimitar exactamente qué se entiende por tal. No existe una definición única y homogénea respecto al fenómeno de la dependencia. La mayoría de las acepciones se reducen o centran en los aspectos físicos o mentales añadiéndose, en ocasiones, la dimensión social y económica⁴. Así, la dependencia puede definirse desde cuatro ejes: aspectos físicos (basados en escalas como la de Katz), aspectos mentales, dimensión social y dimensión económica⁵.

Para este trabajo nos centraremos en la definición de la dependencia proporcionada por el Consejo de Europa⁶, según la cual es el estado en el que se encuentra una persona que necesita la asistencia de otra para realizar determinadas actividades. De esta forma, no se asocia la situación de dependencia a personas con edades superiores a 64 años.

Respecto a la búsqueda y definición de patrones de comportamiento existen investigaciones que en la mayoría de las ocasiones buscan una tipología de usuarios o demandantes de determinados servicios sanitarios, cuidados formales e informales⁷⁻⁹. En otras ocasiones centran el estudio en algún tipo específico de enfermedad o discapacidad¹⁰. Lo más frecuente es focalizar los estudios en las dimensiones física y mental, principalmente en la primera, utilizando el término de capacidad funcional¹¹.

En la definición de qué actividades cotidianas están asociadas a la dependencia, la mayoría de los trabajos desde los orígenes de los estudios se centran en las actividades de la vida diaria (AVD)^{12,13}. Para este estudio se utilizan las enumeradas por el INE en la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES) de 1999, que son las siguientes: 1) realizar cambios de las diversas posiciones del cuerpo y mantenerse, 2) levantarse, acostarse, permanecer de pie o sentado, 3) desplazarse dentro del hogar, 4) deambular sin medio de transporte, 5) asearse solo, 6) controlar las necesidades e ir solo al servicio, 7) vestirse, desvestirse y arreglarse, 8) comer y beber, 9) encargarse de las compras, 10) encargarse de las comidas, 11) encargarse de la limpieza y el planchado de la ropa, 12) encargarse de la limpieza y mantenimiento de la casa, 13) encargarse del bienestar de la familia. Las ocho primeras son denominadas actividades básicas de la vida diaria –ABVD– y las restantes actividades instrumentales de la vida diaria –AIVD–.

En concreto, para clasificar a las personas en situación de dependencia existen varios criterios¹⁴ basados en considerar bien el número y naturaleza de las AVD bien las diversas escalas de capacidad funcional muy utilizadas en el ámbito clínico-sanitario (como los índices de Katz, Lawton y Brody, por ejemplo) o bien en la utilización de técnicas multivariantes.

En este artículo se parte del tercero de ellos, puesto que la utilización de técnicas multivariantes no presupone ninguna hipótesis de partida sobre el número de categorías de la dependencia o el contenido de las mismas. Del mismo modo que Zunzunegui y Béland¹¹, en este análisis se introducen variables de diversa naturaleza, no sólo relacionadas con la dificultad o no para realizar las AVD (tal y como otros autores consideraban¹⁵⁻¹⁷) sino también el grado de severidad y otras como el sexo, la edad o el estado civil. Esta investigación amplía el estudio de Zunzunegui y Béland¹¹ puesto que, partiendo de una preselección de la población en situación de dependencia, tal y como se ha definido previamente, se recurre a la utilización de técnicas de segmentación para ver qué perfiles o realidades describen.

MATERIAL Y MÉTODOS

Población de estudio:

El estudio se centra en la población de más de seis años reflejada en la EDDDES que requiera la ayuda de otra persona. Esta encuesta fue elaborada por el INE en colaboración con el IMSERSO y la Fundación ONCE durante 1999 y recoge información sobre 70.500 hogares y unas 220.000 personas en toda España. Es decir, se recogía información referida únicamente a personas que residen en vivienda familiar. Aplicando a cada persona encuestada su factor de elevación en función del muestreo estadístico realizado por el INE, se garantiza la representatividad nacional de la encuesta.

La EDDDES adoptó la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías propuesta por la Organización Mundial de la Salud en 1980 y posteriormente fue modificada¹⁸, identificando 36 posibles discapacidades agrupadas en 10 bloques. A su vez, para cada una de las discapacidades se recoge el grado de severidad con que la padece el individuo, distinguién-

dose entre moderada, severa y total, existiendo, obviamente, un cuarto nivel asociado a la inexistencia de la discapacidad. Dado que el fenómeno de la dependencia toma carácter definitivo al incorporar la ayuda de otra persona, eso sugiere que puede ocurrir a cualquier edad¹⁹. Por ello, el estudio no se ha restringido a las personas de más de 64 años, sino a toda la población no institucionalizada mayor de seis años, puesto que antes de esta edad no se habla de discapacidades sino de limitaciones²⁰.

Medida de las variables

Las variables del estudio son: la edad (en años), variables dicotómicas que recogen la existencia o no de una característica como son las asociadas a las discapacidades, la presencia de discapacidades asociadas a las ABVD y la posesión o no de certificado de minusvalía (1 es sí, 0 es no), el sexo del encuestado (1 es hombre, 0 es mujer), las horas semanales de cuidados siguiendo la codificación del INE (1 para menos 7 horas, 2 entre 7 y 14 horas, 3 entre 15 y 30 horas, 4 entre 31 y 40 horas, 5 entre 41 y 60 horas y 6 para más de 60 horas) y la severidad de la discapacidad, también siguiendo la codificación del INE²⁰ (1 en el caso de sin dificultad, 2 dificultad moderada, 3 dificultad grave y 4 imposibilidad de realizar la actividad).

Análisis estadístico

Tras la selección de las personas participantes según el criterio establecido, el siguiente eje del trabajo consistió en tener en cuenta el grado de dependencia de la población afectada para proceder a su clasificación. Para ello se utilizaron técnicas multivariantes para clasificar a la población dependiente española en grupos, buscando la máxima homogeneidad interna y heterogeneidad externa (mayor igualdad entre los individuos que integren un grupo y diferenciación con el resto). Finalmente, se com-

probó que los perfiles encontrados responden a situaciones distintas contrastadas estadísticamente.

La EDDDES facilita información sobre el número de horas semanales que una persona destina al cuidado de un individuo con discapacidad, si bien la codifica en intervalos. La definición de persona dependiente es la utilizada por Puga¹⁹, entendiéndose por dependencia «el hecho de no poder valerse por sí mismo en algún grado, es decir, tener dificultades o no poder realizar determinadas actividades habituales para el conjunto de la población». O sea, se requiere ayuda para la realización de una o varias de estas actividades o, sencillamente, no pueden realizarse.

Para llevar a cabo la investigación se han seguido los siguientes pasos:

Selección de la población dependiente

Se consideró como criterio de selección la definición del Consejo de Europa en sentido amplio, es decir, padecer cualquiera de las trece AVD y tener registradas horas de cuidado. De esta forma no se han considerado otros criterios más restrictivos ampliamente utilizados, como el índice de Katz¹², que sólo considera seis de las AVD, el índice de Barthel²¹, que sólo distingue dos grados de severidad, o el índice de Lawton y Brody¹³, que detalla actividades que no han sido consideradas en la encuesta, como por ejemplo, la utilización del teléfono.

División en grupos heterogéneos de la población analizada

Partiendo de la hipótesis de que las discapacidades que afectan a las 13 AVD no se presentan por igual en todos los individuos, será aceptada si del conjunto de variables que caracterizan a cada individuo se obtienen, mediante el análisis cluster, grupos diferentes estadísticamente significativos. En primer lugar se realizaron técnicas de

análisis jerárquico y, una vez decidido el número de grupos a tener en cuenta, técnicas de análisis no jerárquico (o de k medias) probando con distinto número de grupos. Se emplea como medida de distancia la euclídea al cuadrado:

$$d_{ij}^2 = \sum_{k=1}^p (X_{ik} - X_{jk})^2$$

donde: d_{ij}^2 representa la distancia entre los individuos i y j , X_{ik} es el valor de la variable X_k para el individuo i , X_{jk} y el valor de la variable para el individuo j .

Tras probar con los distintos métodos de agrupamiento posibles elegido fue el de Ward, que minimiza la variación interna del grupo obtenido. Tras analizar el dendrograma se realizaron varias pruebas utilizando el algoritmo k medias para finalmente seleccionar la clasificación correspondiente a nueve agrupaciones.

Se contrastó estadísticamente la asociación dos a dos de las distintas discapacidades mediante el test Chi-cuadrado²² cuyos resultados aparecen en la tabla 1. Se rechaza en todos los casos al 5% la no relación, agrupándose las discapacidades por bloques: DESPLAZARSE (discapacidades 1 a 3), DEAMBULAR (únicamente la discapacidad 4), CUIDARSE (discapacidades 5 a la 8) y TAREAS (discapacidades 9 a 13). Las variables agrupadas presentan el valor 1 si el individuo registra cualquiera de las discapacidades agrupadas y 0 en caso contrario. Tras varias pruebas y técnicas multivariantes de segmentación se confirmó un mayor poder diferenciador agrupando por bloques que cada discapacidad por separado. Como severidad del bloque se asoció la máxima registrada en cualquiera de las discapacidades integrantes siguiendo el criterio del INE²³.

Análisis y comparación de los grupos obtenidos

Una vez obtenidos los grupos o categorías de dependencia, se analizaron detalladamente

Tabla 1
Pruebas Chi-cuadrado por grupos de discapacidades

DESPLAZARSE			
DISCAPACIDADES	1	2	3
1	--	617098,67 (0,000)	442311,29 (0,000)
2		--	588418,14 (0,000)
3			--

CUIDARSE				
DISCAPACIDADES	5	6	7	8
5	--	434120,50 (0,000)	718789,59 (0,000)	262824,15 (0,000)
6		--	519095,32 (0,000)	537366,51 (0,000)
7			--	343896,67 (0,000)
8				--

TAREAS					
DISCAPACIDADES	9	10	11	12	13
9	--	387646,87 (0,000)	366536,15 (0,000)	285314,87 (0,000)	332319,17 (0,000)
10		--	781794,27 (0,000)	458617,65 (0,000)	646165,15 (0,000)
11			--	774240,04 (0,000)	517341,51 (0,000)
12				--	342817,11 (0,000)
13					--

Contraste χ^2 con 1 grado de libertad
 Valor del estadístico
 (significación)

te y se contrastaron estadísticamente mediante técnicas de análisis de la varianza, ANOVA, si existían diferencias significativas entre ellos para todas las variables que han intervenido en su formación. Para ello, se contrastó la hipótesis nula de igualdad entre todas las medias de cada uno de los grupos, es decir:

$$H_0 : \bar{x}_1 = \bar{x}_2 = \dots = \bar{x}_9 = \bar{x}$$

$$H_1 : \exists \bar{x}_i / \bar{x}_i \neq \bar{x} \quad i = 1, 2, \dots, 9$$

Si se aceptaba la hipótesis de diferencia de comportamiento, considerábamos que representaban perfiles diferenciados.

Estimación del grado de severidad de la dependencia y comparación entre los grupos obtenidos

Una vez determinados los grupos estadísticamente diferenciados, se procedió a cal-

cular el valor que en cada uno de ellos alcanzaban tanto el índice propuesto por el INE como con el índice alternativo establecido por Alegre y otros investigadores²⁴. Se contrastó y constató estadísticamente que cada categoría presentaba distinto grado de dependencia medido por los distintos valores de los índices utilizados.

RESULTADOS

Los análisis realizados sugieren la formación de nueve clusters o categorías diferentes, con un volumen de población distinto, tal y como se recoge en la tabla 2. La tabla 3 recoge los resultados del test ANOVA, el cual indica que todas las variables introducidas en la formación de grupos resultan estadísticamente significativas al 5%, evidenciando la existencia de grupos que reflejan situaciones distintas. La tabla 4 muestra los valores centrales (valores medios) para las

distintas variables en los nueve grupos. Se aprecia, tal como confirma el test ANOVA de la tabla 3, la heterogeneidad de los perfiles. Al calcular el valor de cada índice usando los valores medios de cada cluster (y a continuación evaluar el test *F* de igualdad de medias con cada uno de los índices) las cifras que se obtienen son 39.255,3 para el caso del índice INE y 11.680,84 para el caso del índice alternativo²⁴. En ambos casos, los grados de libertad son 8 para el numerador y 1.394.912 para el denominador, con lo que el valor de *p* en cada uno de ellos es prácticamente cero, rechazándose la hipótesis de igualdad conjunta de medias en los dos casos. Los valores de los dos índices para los centros de cada uno de los conglomerados o categorías de dependencia se recogen en la figura 1.

El grupo de población dependiente seleccionado consta de 1.394.921 personas que cumplen las condiciones antes señaladas.

Tabla 2

Volumen de población en cada categoría de dependencia

Cluster	No ponderado	Ponderado
1	632	119.246
2	111	18.774
3	1.196	203.242
4	1.955	322.516
5	1.144	198.170
6	1.115	188.495
7	807	136.240
8	728	121.297
9	542	86.941
Número de personas	8.230	1.394.921
Datos no válidos	22	3.846

Tabla 3
ANOVA

VARIABLES	CONGLOMERADO		ERROR		F	Signif.
	MEDIA CUADRÁTICA	gl	MEDIA CUADRÁTICA	gl		
EDAD	61.480,274,562	8	35,524	1.394.912	1.730.676,001	0,000
ABVD	590,132	8	0,126	1.394.912	4.678,951	0,000
ESTADO CIVIL	28.545,648	8	0,439	1.394.912	64.973,988	0,000
CERTIF. MINUSVALÍA	6.572,431	8	0,146	1.394.912	44.935,468	0,000
HORAS SEMANALES	16.968,555	8	3,638	1.394.912	4.664,816	0,000
SEXO	1.632,122	8	0,212	1.394.912	7.700,506	0,000
DISCAPACIDADES:						
DESPLAZARSE	728,372	8	0,245	1.394.912	2.970,456	0,000
DEAMBULAR	1.515,594	8	0,193	1.394.912	7.866,417	0,000
CUIDARSE	1.593,046	8	0,240	1.394.912	6.627,237	0,000
TAREAS	329,780	8	0,131	1.394.912	2.517,566	0,000
SEVERIDADES:						
DESPLAZARSE	5.882,042	8	2,097	1.394.912	2.804,854	0,000
DEAMBULAR	17.649,791	8	1,846	1.394.912	9.563,485	0,000
CUIDARSE	14.998,366	8	2,231	1.394.912	6.721,326	0,000
TAREAS	9.159,235	8	1,928	1.394.912	4.749,566	0,000

gl = grados de libertad.
Signif. = significación estadística.

Figura 1

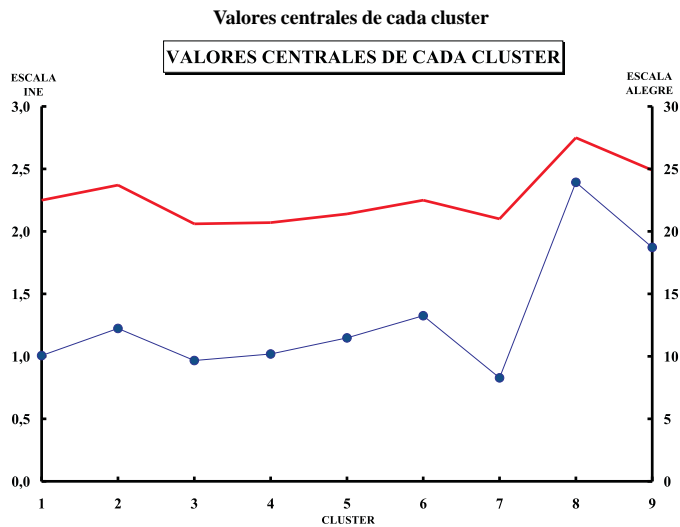


Tabla 4
Centros de los conglomerados finales

CONGLOMERADO									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
EDAD	9	26	50	67	75	80	85	86	93
ABVD	1	1	1	1	1	1	1	1	1
ESTADO CIVIL	1	1	2	2	2	2	3	3	3
CERTIF. MINUSVALÍA	1	1	0	0	0	0	0	0	0
HORAS SEMANALES	5	4	3	3	3	4	3	6	4
SEXO	0	1	0	0	0	0	0	0	0
DISCAPACIDADES:									
DESPLAZARSE	0	0	1	1	1	1	0	1	1
DEAMBULAR	1	1	1	1	1	1	1	1	1
CUIDARSE	1	1	0	0	0	1	0	1	1
TAREAS	1	1	1	1	1	1	1	1	1
SEVERIDAD									
DESPLAZARSE	1	1	1	2	2	2	1	3	2
DEAMBULAR	1	2	2	2	3	3	2	3	3
CUIDARSE	2	1	1	1	1	2	1	3	2
TAREAS	2	3	3	3	3	3	3	4	3

Codificación de las variables:

EDAD: años

ABVD, CERTIF. MINUSVALÍA, DISCAPACIDADES: 1 presencia; 0 ausencia

ESTADO CIVIL: 1 soltero; 2 casado; 3 viudo

HORAS SEMANALES: 3 entre 15 y 30; 4 entre 31 y 40; 5 entre 41 y 60; 6 más de 60 horas

SEXO: 1 hombre; 0 mujer

SEVERIDADES: 1 sin dificultad; 2 dificultad moderada; 3 dificultad grave; 4 imposibilidad para realizar la actividad

Tabla 5
Descripción de la población integrante de cada categoría de dependencia

GRUPO	CARACTERÍSTICAS
1 119.246 personas (8,6% s/ total)	Grupo más joven, igualdad varones-mujeres (49%), tienen ABVD el 77% y certificado de minusvalía el 73%, todos solteros, horas semanales de cuidado en media entre 31 y 40 recibiendo más de 30 horas a la semana el 69%. Respecto a las discapacidades es el grupo menos afectado: DESPLAZARSE el 38%, DEAMBULAR el 54%, CUIDARSE el 64% y TAREAS el 66%.
2 18.774 (1,3%)	Segundo grupo más joven (de 13 a 36 años) y único grupo con más varones (61%). Tienen ABVD el 73% y certificado de minusvalía el 69%. El 88% son solteros, reciben en media de 31 a 40 horas semanales de cuidado y el 62% más de 30 horas. DESPLAZARSE el 34%, DEAMBULAR el 58%, CUIDARSE el 50% siendo lo más destacable TAREAS que afecta al 90%.

Tabla 5 (Cont.)

Descripción de la población integrante de cada categoría de dependencia

GRUPO	CARACTERÍSTICAS
3 203.242 (14,6%)	El 62% son mujeres, edades medias (de 36 a 59), el 77% tienen ABVD y certificado de minusvalía el 44% y el 60% están casados. Horas semanales en media de 15 a 30 recibiendo el 41% más de 30 horas. DESPLAZARSE el 50%, DEAMBULAR el 57%, CUIDARSE el 38% y TAREAS el 81%.
4 322.516 (23,1%)	Grupo con mayor proporción de personas casadas (68%), el 67% son mujeres, edades medias-altas (60-72 años), tienen ABVD el 83% y certificado de minusvalía el 25%. Reciben horas semanales en media de 15 a 30 y el 42% más de 30 horas. DESPLAZARSE el 54%, DEAMBULAR el 70%, CUIDARSE el 38% y TAREAS el 79%.
5 198.170 (14,2%)	Más mujeres (71%), edades medias-altas (73-77), el 89% tienen ABVD y certificado de minusvalía el 15%, el 54% están casados. Horas semanales de cuidado en media de 15 a 30 recibiendo el 43% más de 30 horas. DESPLAZARSE el 55%, DEAMBULAR el 76%, CUIDARSE el 42% y TAREAS el 81%.
6 188.495 (13,5%)	Más mujeres (73%), edades medias-altas (78-83), tienen ABVD el 90% y certificado de minusvalía el 10%, muchos (48%) son viudos, horas semanales en media de 15 a 30 recibiendo el 48% más de 30. DESPLAZARSE el 56%, DEAMBULAR el 79%, CUIDARSE el 53% y TAREAS el 86%.
7 136.240 (9,8%)	Más mujeres (74%), edades altas (82-90), el 78% tienen ABVD y sólo un 4% certificado de minusvalía, más de 2/3 de las personas están viudas, horas semanales en media de 15 a 30 recibiendo el 32% más de 30 horas (mínimo registrado en los nueve grupos). Grupo menos afectado en términos de severidad y horas de cuidado. DESPLAZARSE el 26%, DEAMBULAR el 65%, CUIDARSE el 25% y TAREAS el 85%.
8 121.297 (8,7%)	Grupo con más mujeres (el 76%) y más número de horas semanales de cuidado (en media de 41 a 60 recibiendo el 38% más de 60 horas). Edades altas (82-90), todos tienen ABVD y certificado de minusvalía el 10%. Están viudos el 62%. Grupo más afectado por la dependencia en términos de prevalencia, severidad y horas de cuidado. DESPLAZARSE el 85%, DEAMBULAR el 98%, CUIDARSE el 94% y TAREAS el 95%.
9 86.941 (6,2%)	Grupo más longevo (de 90 a 99 años), mujeres el 74%, el 94% tienen ABVD y certificado de minusvalía el 5%. Predominan las personas viudas (79%). Horas semanales que reciben de cuidados en media de 31 a 40 recibiendo y el 29% más de 40. Segundo grupo más afectado. DESPLAZARSE el 62%, DEAMBULAR el 87%, CUIDARSE el 75% y TAREAS el 92%.

Existen más mujeres (67%) que hombres, con edades comprendidas entre los 6 y los 99 años con una media de 68 años, el 85% tienen ABVD y el 24% poseen certificado de minusvalía. El 44% están casados. Respecto a las horas semanales de cuidado, el 49% está en valores entre 4 y 6 (más de 31 horas). En relación al porcentaje de población dependiente con niveles elevados de severidad –los máximos de la escala del INE, nive-

les 3 y 4– para las discapacidades de desplazarse, deambular sin medio de transporte, cuidarse y realizar tareas son 52%, 72%, 48% y 68%, respectivamente. En la tabla 5 se detallan las características de cada uno de los nueve grupos o categorías de dependencia diferenciadas estadísticamente.

El número medio de horas semanales de cuidados en todos los casos está situado

Tabla 6
Impacto de las discapacidades y severidades por grupos
(% población afectada)

	CONGLOMERADO								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
desplazarse	38%	34%	50%	54%	55%	56%	26%	85%	62%
severidad 3-4	23%	20%	28%	32%	32%	37%	7%	70%	44%
deambular	54%	58%	57%	70%	76%	79%	65%	98%	87%
severidad 3-4	33%	34%	33%	44%	51%	56%	33%	87%	65%
cuidarse	64%	50%	38%	38%	42%	53%	25%	94%	75%
severidad 3-4	39%	30%	22%	25%	29%	36%	10%	78%	55%
realizar tareas	66%	90%	81%	79%	81%	86%	85%	95%	92%
severidad 3-4	56%	77%	62%	62%	65%	70%	64%	90%	81%
más de 30 horas	69%	62%	41%	42%	43%	48%	32%	82%	67%

como mínimo entre las 15 y las 30 horas, agravándose en los casos de los grupos 8 –edades medias superiores a los 86 años– y 1 –edad media de 9 años–. Los porcentajes de población afectada por cada grupo de discapacidad, junto con los máximos grados de severidad y horas de cuidados en la tabla 6.

DISCUSIÓN

Como consecuencia del análisis realizado hay que destacar dos resultados. En primer lugar, que la situación de dependencia no es propia ni exclusiva de las personas mayores de 64 años, tal y como evidencian los grupos del 1 al 4. Es más, el grupo 4 engloba a personas con edades entre los 60 y los 72 años. En segundo lugar, se constata la existencia de un perfil evolutivo de la dependencia en la población de más de 60 años –grupos 4 a

9–, destacándose la situación peculiar de las personas de 82 a 90 años, ya que con el mismo perfil sociodemográfico –mujeres, con edades entre 82 y 90 años– se registran dos realidades opuestas en términos de situación de dependencia: un grupo refleja el máximo nivel de severidad y el otro el mínimo de todos los registrados.

Los perfiles obtenidos a partir de las categorías anteriores permiten conocer con mayor profundidad la heterogénea realidad existente entre las personas en situación de dependencia. El perfil tipo se caracteriza por la presencia de discapacidades asociadas a las ABVD y por una mayor incidencia en mujeres que en hombres en todos los grupos identificados, a excepción del número 2 –varones jóvenes–. La severidad se va agravando con la edad, hecho verificado en todos los grupos excepto en el número 7.

Cada una de las nueve categorías representa un perfil de dependencia distinto, no sólo en términos de discapacidades asociadas a las AVD sino también en términos de severidad, utilizando tanto el criterio del INE como el alternativo²⁴. Los grupos reflejan una evolución de una situación de dependencia que lleva asociado un agravamiento a medida que aumenta la edad, con excepción de los grupos 1 y 2 de jóvenes. Hay que destacar los grupos 7 y 8, que teniendo igual perfil en edad y sexo, presentan dos realidades opuestas, con lo que, creemos que puede no ser correcto afirmar rotundamente que por sí solos, el sexo y la edad determinan situaciones de dependencia.

Respecto a la severidad, se confirman parte de los resultados obtenidos por Alegre et al²⁴ relativos a las diferencias de valoración de la severidad al utilizar el criterio del INE y el alternativo. Así, se aprecia que el criterio del INE infravalora el grado de dependencia de los grupos 3 a 6, que coincide que tienen menores tasas de severidad absolutas en los 4 grupos de discapacidades asociadas a las AVD.

Los resultados obtenidos no pueden ser comparados directamente con los de otras investigaciones⁷⁻¹¹ que diferencian situaciones pero centrándose en características o aspectos asociados al uso de servicios sanitarios por parte sólo de personas mayores, con información sobre el estado de salud percibido, ayudas recibidas, raza, nivel de estudios, antecedentes familiares, etc... Existen estudios¹¹ que incluyen a las AVD pero sólo el número sin diferenciar de qué actividad se trata ni su severidad.

Como continuidad al trabajo presentado se profundizará en el análisis de los grupos 7 y 8 para determinar los factores que inciden en éstas situaciones. Asimismo, se estudiará el impacto de las codiscapacidades en cada una de las categorías para, en una fase posterior, trabajar en la elaboración de un índice (como sugieren otros autores²⁴) que cuantifi-

que el impacto de todas las AVD y estudiar el efecto económico y social que puedan tener. De esta forma, se ofrecería, tal y como establece Puga¹, una mejor respuesta a las necesidades generadas a consecuencia de la situación de dependencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Puga González D. La dependencia de las personas con discapacidad: entre lo sanitario y lo social, entre lo privado y lo público. *Rev Esp Salud Pública* 2005; 79: 327-30.
2. Puga MD, Abellán A. El proceso de discapacidad. Un análisis de la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. Madrid: Fundación Pfizer; 2004.
3. Rodríguez Cabrero G. (coord.). La protección social de la dependencia. Madrid: IMSERSO; 1999.
4. European Commission. Social Protection for Dependency in Old Age in the 15 EU Members States and Norway. Luxembourg: Publications of the European Communities; 1999.
5. Wilkin D y Thompson D. User's Guide to Dependency Measures for Elderly People. Sheffield: University of Sheffield Joint Unit for Social Services Research; 1989.
6. Consejo de Europa. Políticas Sociales Innovadoras en la Ciudad, Conferencia de Oslo 22-24 Junio 2000, Volumen 1 y 2. Estrasburgo; 2000.
7. Walsh J. Trends and Characteristics of Disability Support Pensioners. Paper presented at National Forum on Future Directions for Disability Policy, Department of Social Security, 24-25 July 1997. Canberra; 1997.
8. Manton KG. The Characteristics of the Elderly LTC Population and its Service Use. Durham (NC): U.S. Department of Health and Human Services, Assistant Secretary for Planning and Evaluation Grant no. 87ASPE185A; 1991.
9. Manton KG y Liu K. Recent Changes in Service Use Patterns of Disabled Medicare Beneficiaries. *Health Care Financ Rev.* 1990 Spring;11(3): 51-66.
10. Lea RD, Etheredge GD, Freeman JN y Lloyd WB. Familial Disability Patterns in Individuals with

- Chronic Work-related Spine Injury/illness. *Spine* 2003; 28(19): 2292-2297.
11. Zunzunegui MV y Béland F. La salud de las personas mayores de Leganés. *Rev Gerontol* 1995; 5: 245-8.
 12. Katz S, Ford AB, Moskowitz AW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA* 1963; 185: 914-919.
 13. Lawton MP, Brody EM. Assessment of Older People: Self-maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *Gerontologist* 1969; 9: 179-86.
 14. Casado D y López G. Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro. Colección Estudios Sociales nº 6. Barcelona: Fundación La Caixa; 2001.
 15. Ruigómez A y Alonso J. Validez de la medida de capacidad funcional a través de las actividades básicas de la vida diaria en la población anciana. *Rev Gerontol* 1996; 6: 215-223.
 16. Martínez de la Iglesia J. et al. Valoración funcional de personas mayores de 60 años que viven en una comunidad urbana. Proyecto ANCO. *Aten Primaria* 1997; 20: 475-84.
 17. Eiroa Patiño P. et al. Discapacidades y necesidades de servicios en las personas mayores detectadas en la encuesta de salud OARS-Vigo. *Med Clin (Barc)* 1996; 106: 641-8.
 18. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM). Madrid: Inerser; 1997.
 19. Puga González D. Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España, una previsión a 2010. Madrid: Fundación Pfizer; 2001.
 20. INE. Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999: Metodología. Madrid: INE; 2001.
 21. Mahoney FI, Barthel DW. Functional Evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J* 1965; 14: 61-65.
 22. Juez Martel P. Herramientas estadísticas para la investigación en Medicina y Economía de la Salud. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces; 2001.
 23. INE. Resultados de la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. Madrid: INE; 2001.
 24. Alegre A, Ayuso M, Guillén M, Monteverde M y Pociello E. Tasa de dependencia de la población española no institucionalizada y criterios de valoración. *Rev Esp Salud Pública* 2005; 79: 351-3.

ORIGINAL

ENFERMEDADES PROFESIONALES DECLARADAS EN HOMBRES Y MUJERES EN ESPAÑA EN 2004

Montserrat García Gómez y Rosario Castañeda López

Área de Salud Laboral. Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo.

RESUMEN

Fundamento: El conocimiento de la incidencia de las enfermedades derivadas del trabajo es un requisito esencial para la adopción de un enfoque racional de su control. La estadística oficial de las enfermedades profesionales no incluye la variable sexo. El objetivo de este estudio es describir las enfermedades profesionales reconocidas por el sistema de seguridad social español en el año 2004, buscando las diferencias en la morbilidad declarada entre hombres y mujeres.

Métodos: Se describe la información contenida en el Registro de Enfermedades Profesionales correspondiente al año 2004. Las variables incluidas son: sexo, edad, actividad económica, ocupación, antigüedad en el puesto de trabajo, tamaño de la empresa y Comunidad Autónoma. Como indicadores se han calculado porcentajes, tasas de incidencia brutas y específicas, y razón de tasas.

Resultados: En el año 2004 se notificaron 28.728 enfermedades profesionales. La incidencia en mujeres fue de 188,7 por 100.000 trabajadoras, y en hombres fue de 217,8. La edad media de presentación en hombres fue de 39,4 \pm 11 años, y en mujeres de 37,6 \pm 11 años. El 52,7% de las enfermedades se declaran en las mujeres en los 3 primeros años de permanencia en el puesto.

Conclusiones: Se constatan aspectos diferenciales de género en las enfermedades profesionales notificadas en España en el año 2004. Aunque la incidencia global es mayor en hombres que en mujeres, en la mayoría de actividades económicas y ocupaciones, las tasas específicas son mayores en mujeres. Son sobretodo las grandes empresas las que notifican enfermedades profesionales en las mujeres.

Palabras clave: Enfermedades profesionales. Diferencias de género. España.

ABSTRACT

Occupational diseases notified in men and women in Spain in 2004

Background: The knowledge of the occupational diseases incidence is an essential requisite for the adoption of rational control measures. The official statistics of the occupational diseases don't include the sex variable. The objective of this study is to describe occupational diseases recognized by the Spanish social security system in 2004 and assess the differences between men and women.

Methods: We describe the information of the Spanish Occupational Disease Registry notified in 2004. The considered variables are: sex, age, economic activity, occupation, and time in the workplace, size of the company and Autonomous Community. Percentages, crude and specific incidence rates per 100.000 workers and rates ratios have been computed as indicators.

Results: 28.728 occupational diseases were recorded in Spain in 2004. Women's incidence rate was 188,7 per 100.000 workers and 217,8 for men. The average age of occurrence was 39,4 \pm 11 years for men and 37,6 \pm 11 years for women. The exposure time was lower than 3 years for 52,7% of the recorded diseases in women, and 44,6% in men.

Conclusions: We appreciate gender differences in the occupational diseases notified and recorded in Spain in 2004. The global incidence rate was higher in men, but the specific incidence rates in most of the economic activities and occupations were higher in women. Occupational diseases in women are mostly notified by big companies.

Key words: Occupational diseases. Gender differences. Spain.

Correspondencia:
Montserrat García Gómez
Área de Salud Laboral
Dirección General de Salud Pública
Ministerio de Sanidad y Consumo
Correo electrónico: mgarciag@msc.es

En *Alicia en el país de las maravillas*, el sombrerero loco es un caso de enfermedad profesional. El término *sombrerero loco* data del siglo XIX, cuando los fabricantes de sombreros sufrieron los efectos del envenenamiento por mercurio, debido a la exposición a las sales de mercurio durante el proceso de producción. Cabe preguntarse ¿dónde están los *sombrereros locos* de hoy?

M. García Gómez

INTRODUCCIÓN

El reconocimiento de que una afección va ligada a un riesgo laboral hace que se preste a tal riesgo una atención particular, lo que puede originar una mejora de la prevención, ya que se pone en evidencia el peligro, se preconizan medidas de protección y pueden ejercerse controles más eficaces cuando existe el riesgo¹. En el caso de las enfermedades profesionales, el beneficio preventivo es además multiplicador ya que las exposiciones origen del daño afectan no sólo a la persona enferma sino también a las otras que desempeñan tareas similares en el mismo entorno.

Existen razones para pensar que en España, como en otros países, existe una infraestimación del número de enfermedades profesionales. En comparación con otros países de nuestro entorno y salvando las diferencias en los sistemas de notificación de cada país, las cifras españolas respecto a este tema son sensiblemente inferiores (entre dos y diez veces) a las estimaciones de la mayoría de los países de la OCDE². Algunos autores estiman que los sistemas de indemnización por enfermedad profesional y accidente de trabajo compensan menos del 10% de los casos de enfermedad profesional³ y, en la mayoría de los casos, se trata de enfermedades leves, como la dermatitis.

Si conociésemos la realidad de las cifras de enfermedades derivadas del trabajo nos sorprendería comprobar que son mayores que las de los accidentes^{4,5}. Algunos autores aducen que, dado que conocemos muy bien los principios de la prevención primaria, lo

importante es concentrar los esfuerzos en ella, eliminando o controlando las exposiciones nocivas en los centros de trabajo, dejando el sistema de indemnización por enfermedad profesional circunscrito a la recaudación y asignación de fondos destinados al pago de las prestaciones³.

Sin embargo, el conocimiento de la incidencia y prevalencia de las enfermedades derivadas del trabajo mediante un procedimiento fiable y exhaustivo, es un requisito esencial para la adopción de un enfoque racional del control de las enfermedades y lesiones profesionales. Sólo mediante una evaluación epidemiológica de las dimensiones de una enfermedad profesional se puede determinar su importancia relativa dentro de los problemas de salud pública, la necesidad de recursos, las tendencias en diferentes grupos, lugares y periodos, en resumen, el establecimiento de prioridades y estrategias de control, investigación y evaluación de cualquier intervención que se emprenda. No se pueden diseñar políticas y planes de salud laboral eficaces sin conocer la totalidad del problema.

Por otro lado, la descripción y análisis oficiales de las enfermedades profesionales no incluyen la variable sexo, lo que incrementa la carencia de conocimiento de las mismas, ya que impide incorporar la perspectiva de género al análisis del problema. Efectivamente, las encuestas europeas y españolas de condiciones de trabajo^{6,7} muestran que mientras los hombres tienen trabajos que suelen requerir mayor esfuerzo físico, y están expuestos a un mayor número de factores clásicos (químicos, físicos, accidentes,

etc.), entre los factores de riesgo más prevalentes de las mujeres trabajadoras encontramos el alto nivel de exigencia, la monotonía, el sedentarismo, las posturas forzadas, la necesidad de rapidez y destreza en el puesto de trabajo, la poca cualificación y responsabilidad, la acumulación de tareas, y la inseguridad de mantenimiento del puesto. Sabemos que existen sectores de empleo claramente feminizados y también que, en los no feminizados, se produce una división de tareas según el sexo de las y los trabajadores. Según la V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo⁷ (V ENCT) tanto las mujeres trabajadoras en el sector industrial como las trabajadoras del sector servicios presentan, en comparación con los hombres, mayor frecuencia de cansancio y cefalea; entre las mujeres de servicios, y en relación a los hombres, existe una mayor prevalencia de irritabilidad y molestias visuales; además, las mujeres han acudido con mayor frecuencia que los hombres a consulta médica por un problema de salud relacionado con el trabajo: el motivo de consulta más frecuente fue el dolor de espalda⁸.

A pesar de todas estas evidencias, con mucha frecuencia se excluye a las mujeres en los estudios de salud laboral y, como hemos dicho, no se incluye el sexo como variable en las estadísticas de siniestralidad laboral, ni en el análisis de los accidentes de trabajo ni en el de las enfermedades profesionales.

El objetivo de este trabajo es describir las enfermedades profesionales reconocidas por el sistema de seguridad social español en el año 2004 buscando las diferencias en los perfiles de morbilidad laboral declarada entre hombres y mujeres.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se describe la información contenida en los partes de declaración de enfermedad profesional, facilitada por la Subdirección

General de Estadísticas Sociales y Laborales del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, en formato electrónico, del año 2004. Las variables de interés contenidas en el parte y utilizadas en este análisis han sido:

- del trabajador: sexo, edad, ocupación (Clasificación Nacional de Ocupaciones⁹), tiempo en el puesto de trabajo y Comunidad Autónoma.
- de la empresa: actividad económica (Clasificación Nacional de Actividades Económicas¹⁰) y tamaño de la empresa.
- de la enfermedad: diagnóstico, según la Clasificación Internacional de Enfermedades¹¹.

Se han utilizado como indicadores los porcentajes, las tasas de incidencia brutas y específicas por cien mil trabajadores asalariados (equivalentes a índices de incidencia en la normativa laboral) para cada una de las variables incluidas en el estudio, y la razón de tasas con los intervalos de confianza al 95%. Para calcular las tasas de incidencia se ha utilizado como denominador la población asalariada por género, edad, rama de actividad económica, ocupación y Comunidad Autónoma, de la Encuesta de Población Activa (EPA)¹².

RESULTADOS

En el año 2004 se notificaron en España un total de 28.728 enfermedades profesionales (EP), correspondiendo el 62,4% a hombres y el 37,6% a mujeres. La incidencia en las mujeres fue de 188,7 enfermedades profesionales por 100.000 trabajadoras, y en los hombres fue de 217,8. La razón de incidencias hombre/mujer fue de 1,15 (tabla 1).

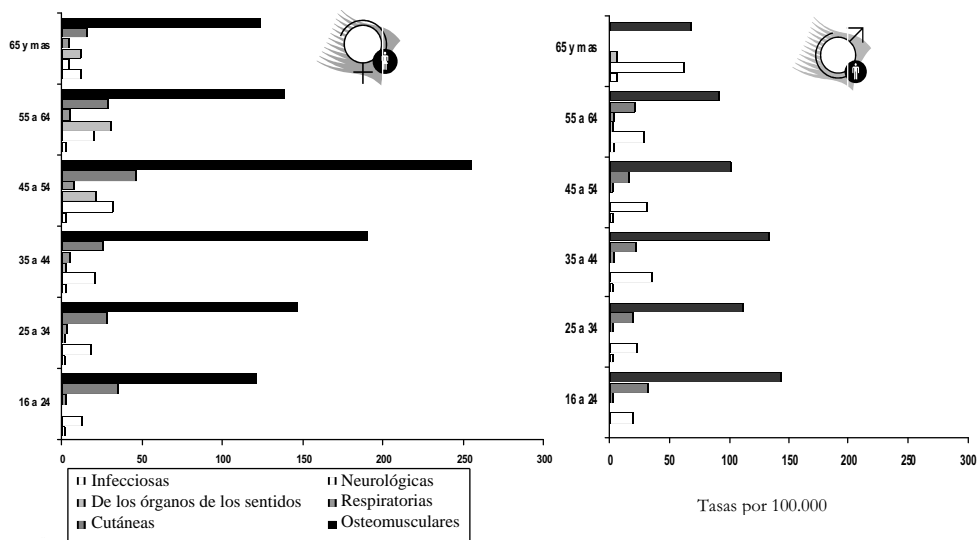
Si tenemos en cuenta la edad, la edad media de presentación en los hombres fue de

Tabla 1
Enfermedades profesionales notificadas en España en 2004 por sexo

Enfermedad	Nº EP Mujer	II Mujer	Nº EP Hombre	II Hombre	Razón de tasas M/H (IC 95%)	Razón de tasas H/M (IC 95%)
Infecciosas	156	2,72	173	2,1	1,30 (1,04 – 1,61)	
Cáncer	1	0,02	8	0,1		5 (0,89 – 28,14)
Neurológicas	1.787	31,19	1.525	18,54	1,68 (1,57 – 1,80)	
De los órganos de los sentidos	64	1,12	580	7,05		6,29 (5,03 – 7,88)
Cardiovasculares	2	0,03	11	0,13		4,33 (0,94 – 19,97)
Respiratorias	148	2,58	340	4,13		1,60 (1,32 – 1,94)
Cutáneas	1.309	22,85	2.304	28,01		1,23 (1,15 – 1,31)
Osteomusculares	7.344	128,2	12.976	157,73		1,23 (1,20 – 1,27)
Total	10.811	188,72	17.917	217,79		1,15 (1,13 – 1,18)

EP: enfermedades profesionales. II: Índice de incidencia expresado en nº de EP por 100.000 asalariados. M/H: Mujer/Hombre. IC 95%: Intervalo de confianza al 95%.

Figura 1
Enfermedades profesionales notificadas en España en 2004 por grupos de edad y sexo



39,4 11 años, y en las mujeres de $37,6 \pm 11$ años. Las enfermedades más prevalentes, cutáneas y osteomusculares, se declaran en las mujeres con mayor frecuencia en el grupo de 16 a 24 años con tasas de 32,19 y

143,16 respectivamente, y las neurológicas en el grupo de 35 a 44 años, con una tasa de 36,15, mientras que en los hombres la incidencia mayor se observa en el grupo de 45 a 54 años (figura 1).

Tabla 2

Actividades económicas en las que se acumularon más enfermedades profesionales notificadas en España en 2004 por sexo

Actividad	II Mujer	II Hombre	Razón de Tasas M/H (IC 95%)	Razón de Tasas H/M (IC 95%)
Agricultura, ganadería, caza y selvicultura	229,09	107,59	2,13 (1,81 - 2,50)	
Agricultura	230,55	91,45	2,52 (2,13 - 2,98)	
Pesca	90,91	271,43		2,99 (0,46 -19,46)
Industrias Extractivas	2745,5	2609,5	1,05 (0,89 - 1,24)	
Extracción de productos energéticos	314,29	4574,26		14,55 (9,40 -22,53)
Extracción de otros minerales	7368,42	1206,41	6,11 (5,18 - 7,20)	
Industrias Manufactureras	705,98	477,16	1,45 (1,43 - 1,53)	
Industria de la alimentación bebidas y tabaco	925,45	647,55	1,43 (1,33 - 1,54)	
Industria textil y de la confección	396,85	201,98	1,96 (1,63 - 2,36)	
Industria del cuero y del calzado	395,06	519,77		1,32 (1,05 - 1,65)
Industria de la madera y del corcho	485,29	430,40	1,13 (0,87 - 1,47)	
Industria del papel. Edición y artes graficas	237,74	217,48	1,09 (0,90 - 1,32)	
Coquería, y refinado de petróleo	277,78	26,32	10,56 (3,69 - 30,22)	
Industria química	455,02	301,93	1,51 (1,28 - 1,78)	
Industria de transformación del caucho y materiales plástico	1923,77	564,10	3,41 (3,02 - 3,85)	
Industrias de otros productos minerales no metálicos	483,47	306,19	1,58 (1,29 - 1,93)	
Metalurgia y fabricación de productos metálicos	962,88	698,92	1,38 (1,25 - 1,52)	
Industria de construcción de maquinaria y equipos metálicos	743,70	480,10	1,55 (1,32 - 1,82)	
Industria de material y equipo eléctrico, electrónico y óptico	803,42	241,95	3,32 (2,86 - 3,85)	
Fabricación de automóviles y remolques	1400,41	577,56	2,42 (2,22 - 2,64)	
Fabricación de muebles. Reciclaje	502,84	343,92	1,46 (1,23 - 1,73)	
Producción y distribución de energía eléctrica, gas y agua	15,71	66,91		4,26 (1,47 - 12,37)
Construcción	84,38	233,21		2,76 (2,24 - 3,41)
Comercio	147,41	139,76	1,05 (1,00 - 1,16)	
Venta y reparación de vehículos de motor	104,74	188,35		1,80 (1,31 - 2,45)
Comercio al por mayor e intermediación	190,98	137,91	1,38 (1,20- 1,59)	
Comercio al por menor	139,91	104,05	1,34 (1,20 - 1,50)	
Hostelería	190,74	69,90	2,73 (2,28 - 3,13)	
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	100,05	84,38	1,19 (1,01 - 1,39)	
Transporte terrestre, marítimo y aéreo	67,63	81,95		1,21 (0,80 - 1,67)
Actividades de Agencias de viajes,	272,54	208,15	1,31 (1,05 - 1,63)	
Correos y telecomunicaciones	36,66	13,14	2,79 (1,64 - 4,75)	
Intermediación financiera y seguros	30,93	5,52	5,61 (3,19 - 9,85)	
Actividades inmobiliarias y de alquiler	209,71	89,62	2,34 (2,12 - 2,59)	
Actividades inmobiliarias	22,54	46,88		2,08 (0,97 - 4,45)
Alquiler de máquinas y equipos, de efectos personales y enseres domésticos	18,35	179,37		9,78 (3,09 - 30,95)
Actividades informáticas e investigación	48,39	18,20	2,66 (1,50 - 4,70)	
Actividades jurídicas, de contabilidad, auditorias, asesoría fiscal	246,64	108,73	2,27 (2,04 - 2,53)	
Administración Pública, Defensa y Seguridad Social	58,19	42,43	1,37 (1,16 - 1,62)	
Educación	16,83	9,80	1,72 (1,16 - 2,54)	
Actividades sanitarias y veterinarias. Servicios Sociales	131,96	72,84	1,81 (1,13 - 2,13)	
Otras actividades sociales y servicios prestados a la comunidad	190,46	106	1,80 (1,56 - 2,13)	
Actividades de saneamiento público	652,78	205,17	3,18 (2,31 - 4,37)	
Actividades asociativas	49,75	24,86	2,00 (0,93 - 4,33)	
Actividades recreativas, culturales y deportivas	83,75	68,71	1,22 (0,93 - 1,60)	
Actividades diversas de servicios personales	329,94	237,50	1,39 (1,05 - 1,83)	
Actividades de los hogares	1,72	28,93		16,78 (1,05 - 1,83)
Total	188,72	217,79		1,15 (1,13 -1,18)

EP: enfermedades profesionales. II: Índice de incidencia expresado en nº de EP por 100.000 asalariados. M/H: Mujer/Hombre. IC 95%: Intervalo de confianza al 95%

Tabla 3

Ocupaciones en las que se acumularon más enfermedades profesionales notificadas en España en 2004 por sexo

Mujeres	Nº EP	II Mujer	Razón de Tasas M/H (IC 95%)
Total ocupaciones	10811	188,72	
Trabajadoras no cualificadas	3800	328,46	
Arteras y trabajadoras cualificadas de industrias manufactureras, construcción y minería, excepto operadoras	2561	1570,2	3,4 (3,26 - 3,53)
Trabajadoras de servicios de restauración, personales, protección y vendedoras de comercio	2328	171,67	2,1 (1,97 - 2,33)
Operadoras de instalaciones y maquinaria, montadoras	916	456,18	2,3 (2,18 - 2,53)
Empleadas de tipo administrativo	470	47,56	1,4 (1,18 - 1,66)
Técnicas y profesionales científicas e intelectuales	327	32,18	2,2 (1,88 - 2,77)
Técnicas y profesionales de apoyo	316	41,9	1,5 (1,30 - 1,81)
Trabajadoras cualificadas en agricultura y pesca	87	462,77	2,5 (1,98 - 3,16)
Dirección de las empresas y de la Administración Pública	6	9,6	1,6 (0,63 - 4,26)
Hombres	Nº EP	II Hombre	Razón de Tasas M/H (IC 95%)
Total ocupaciones	17917	217,78	1,15 (1,13 - 1,18)
Artesanos y trabajadores cualificados de industrias manufactureras, construcción y minería, excepto operadoras	10036	462,7	
Trabajadores no cualificados	3910	343,49	1,05 (1,00 - 1,09)
Operadores de instalaciones y maquinaria, montadores	2443	194,24	
Trabajadores de servicios de restauración, personales, protección y vendedores de comercio	686	80,06	
Trabajadores cualificados en agricultura y pesca	270	184,8	
Técnicos y profesionales de apoyo	245	27,28	
Empleados de tipo administrativo	183	34,04	
Técnicos y profesionales científicos e intelectuales	131	14,14	
Dirección de las empresas y de la Administración Pública	13	5,86	

EP: enfermedades profesionales. II: Índice de incidencia expresado en nº de EP por 100.000 asalariados. M/H: Mujer/Hombre. IC 95%: Intervalo de confianza al 95%.

Por lo que se refiere al sector de actividad económica, tal y como podemos ver en la tabla 2, destacan las Industrias Extractivas, con una tasa de 2.609,5 en los hombres y 2.745,5 en las mujeres. En las Manufactureras la tasa en mujeres es de 705,98 frente a 477,16 en los hombres. Dentro de ellas, la Industria de transformación del caucho y la Fabricación de automóviles, son las que presentan mayor incidencia en las mujeres (tasas de 1.923,77 en la primera y 1.400,41).

En la tabla 3 se presentan las incidencias de las enfermedades profesionales por ocupación.

Otra variable a tener en cuenta es el tiempo de exposición al riesgo. En el 47,65% de las enfermedades notificadas, el tiempo de exposición fue menor de 3 años, y en un 19,51% menor a 6 meses (figura 2). La media de antigüedad en el conjunto de los procesos fue de $8,5 \pm 10,3$ años en los hombres, y de $6,5 \pm 9,1$ años en las mujeres.

Figura 2

Antigüedad en el puesto de trabajo de los trabajadores con enfermedad profesional notificada en España en 2004

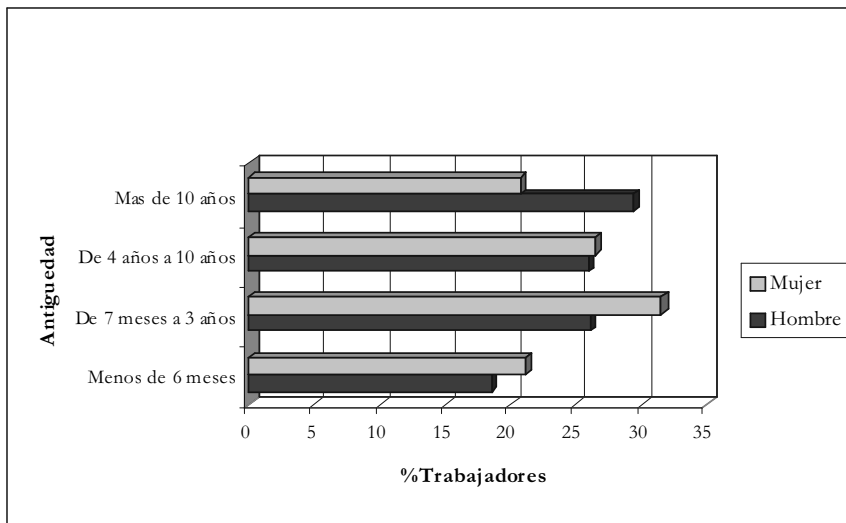


Figura 3

Enfermedades profesionales notificadas en España en 2004 por Comunidad Autónoma y sexo

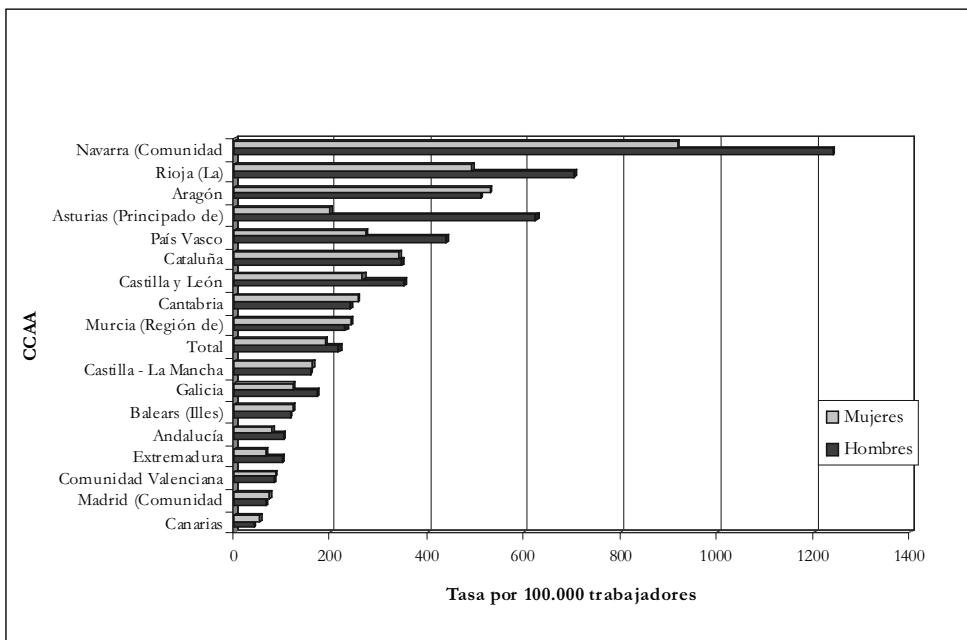
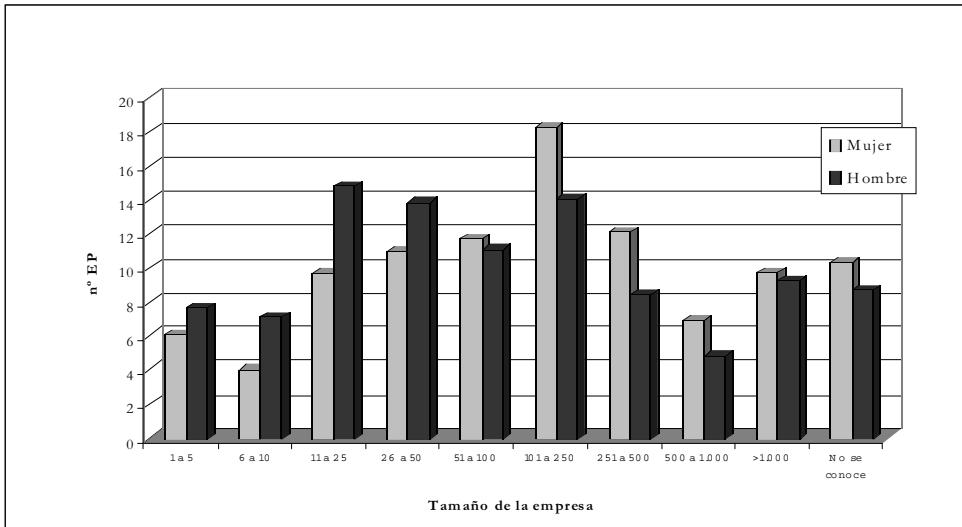


Figura 4

Distribución de las enfermedades profesionales por tamaño de la empresa en 2004



Respecto a su distribución geográfica, observamos que las Comunidades Autónomas que presentan mayor incidencia son: Navarra, con 1.100,5 enfermedades profesionales por cien mil trabajadores (917,5 en mujeres y 1.237,9 en hombres), la Rioja, Aragón y Asturias, con una incidencia mayor del doble que la media (figura 3).

En cuanto al tamaño de las empresas, se ha observado el 52% de casos de enfermedad en las que tienen más de 50 trabajadores, sobre todo en lo que se refiere a las mujeres (figura 4).

Para completar el análisis que venimos realizando y profundizar en la mirada de género, describimos a continuación las principales características de las enfermedades más prevalentes, tanto en hombres como en mujeres en las tablas 4 y 5. En estas tablas se describen por grupo de enfermedad, de mayor a menor frecuencia de declaración, estas enfermedades.

La tenosinovitis de mano y muñeca presenta en mujeres una tasa de 74,42. Es un 44% mas frecuente que las epicondilitis y 2,39 veces mayor que el túnel carpiano. En las mujeres la incidencia es cinco veces mayor que en los hombres en la Industria de material y equipo eléctrico, electrónico y óptico. Por ocupación, las mujeres artesanas y trabajadoras cualificadas de Industrias manufactureras, construcción y minería con una tasa de 668,91 y los trabajadores no cualificados con 135,03, son las que presentan una mayor incidencia.

Las epicondilitis son las enfermedades mas frecuentes en los hombres. Son un 11% mas frecuentes que la tenosinovitis de mano y muñeca, y 3,85 veces mayor que la dermatitis alérgica de contacto. Las mujeres que trabajan en la industria de transformación del caucho con una tasa de 547,09, en Material y equipos eléctricos con 254,27 y en la Hostelería con 55,05, presentan una incidencia que es mayor del doble que en hombres.

Tabla 4

Comparación de incidencias de las principales enfermedades profesionales notificadas en España en 2004 por actividad y sexo

Enfermedad	Actividad económica	Razón de tasas M/H (IC 95%)	Razón de tasas H/M (IC 95%)
Tenosinovitis de mano-muñeca	Total	1,10 (1,06 - 1,15)	
	Industria de material y equipo eléctrico, electrónico y óptico	5,06 (3,96 - 6,44)	
	Transformación del caucho y materias plásticas	3,23 (2,67 - 3,91)	
	Fabricación de material de transporte	3,15 (2,76 - 3,60)	
	Construcción de maquinaria y equipo mecánico	2,88 (2,30 - 3,61)	
	Hostelería	2,67 (2,12 - 3,37)	
	Construcción		2,65 (1,79 - 3,90)
	Industria textil y de la confección	2,31 (1,96 - 3,23)	
	Actividades sanitarias y veterinarias, servicios sociales	2,24 (1,62 - 3,09)	
	Metalurgia y fabricación de productos metálicos	1,94 (1,66 - 2,27)	
	Comercio al por mayor e intermediarios del comercio	1,64 (1,32 - 2,03)	
	Comercio al por menor y reparaciones domésticas	1,54 (1,29 - 1,85)	
Industria de la alimentación, bebidas y tabaco	1,53 (1,38 - 1,70)		
Epicondilitis	Total		1,46 (1,40 - 1,52)
	Extracción de productos energéticos		10,36 (2,46 - 5,41)
	Construcción		3,65 (1,79 - 3,90)
	Transformación del caucho y materias plásticas	3,31 (2,63 - 4,15)	
	Hostelería	2,31 (1,81 - 2,94)	
	Fabricación de material de transporte	2,17 (1,85 - 2,55)	
	Venta y reparación de vehículos, venta al por menor de combustible		2,13 (1,25 - 3,62)
	Industria textil y de la confección	1,71 (1,26 - 2,32)	
	Actividades sanitarias y veterinarias, servicios sociales	1,71 (1,26 - 2,32)	
	Total	1,68 (1,57 - 1,80)	
Síndrome del túnel carpiano	Fabricación de material de transporte	5,93 (4,69 - 7,48)	
	Hostelería	5,21 (4,69 - 7,48)	
	Transformación del caucho y materias plásticas	4,92 (4,92 - 7,05)	
	Industria textil y de la confección	3,29 (1,99 - 5,44)	
	Actividades sanitarias y veterinarias, servicios sociales	2,83 (2,38 - 9,14)	
	Comercio al por menor y reparaciones domésticas	2,79 (2,01 - 3,87)	
	Metalurgia y fabricación de productos metálicos	2,30 (1,75 - 3,03)	
	Industria de la alimentación, bebidas y tabaco	2,29 (1,90 - 2,77)	
	Construcción		1,66 (0,92 - 3,01)
	Total		4,67 (3,81 - 5,73)
Bursitis de la rodilla	Metalurgia y fabricación de productos metálicos		3,42 (0,91 - 12,91)
	Construcción		2,35 (0,91 - 12,91)
	Comercio al por menor y reparaciones domésticas		2,03 (0,91 - 4,52)
	Total		1,22 (1,14 - 1,31)
Dermatitis	Venta y reparación de vehículos, venta al por menor de combustible		7,01 (2,10 - 23,32)
	Transformación del caucho y materias plásticas	3,79 (2,73 - 5,26)	
	Construcción		2,6 (2,10 - 23,32)
	Hostelería	2,58 (1,84 - 3,62)	
	Actividades sanitarias y veterinarias, servicios sociales	2,16 (1,41 - 3,31)	
	Fabricación de material de transporte	1,85 (1,38 - 2,45)	
	Industria química		1,61 (1,11 - 2,33)
	Industria textil y de la confección	1,26 (1,38 - 2,45)	
	Total		1,49 (1,19 - 1,87)
Asma	Agricultura, ganadería, caza y silvicultura	4,1 (1,28 - 13,15)	
	Industria química		3,71 (0,92 - 14,98)
	Industria de la alimentación, bebidas y tabaco		3,15 (1,55 - 6,40)
	Total	1,57 (1,40 - 1,77)	
Hepatitis de transmisión sanguínea	Actividades sanitarias y veterinarias, servicios sociales	1,38 (0,85 - 2,24)	
	Total	2,21 (1,34 - 3,65)	
Tuberculosis	Total		6,39 (5,10 - 8,01)
Sordera	Fabricación de material de transporte		10,3 (4,11 - 25,81)
	Metalurgia y fabricación de productos metálicos		3,44 (4,11 - 25,81)
	Industria de la alimentación, bebidas y tabaco	1,9 (0,92 - 3,94)	
	Total		

EP: enfermedades profesionales. II: Índice de incidencia expresado en nº de EP por 100.000 asalariados. M/H: Mujer/Hombre. IC 95%: Intervalo de confianza al 95%

Tabla 5

Comparación de incidencias de las principales enfermedades profesionales notificadas en España en 2004 por ocupación y sexo

Enfermedad	Ocupación	Razón de tasas M/H (IC 95%)	Razón de tasas H/M (IC 95%)
Tenosinovitis de mano-muñeca	Total	1,10 (1,06 - 1,15)	
	Artesanos y trabajadores cualificados de industrias manufactureras, construcción y minería	5,23 (4,91 - 5,57)	
	Técnicos y profesionales científicos e intelectuales (Físicos, químicos, médicos, enfermeros.....)	2,92 (1,96 - 4,35)	
	Operadores de instalaciones y maquinaria, montadores	2,66 (2,35 - 3,01)	
	Trabajadores cualificados en agricultura y pesca	2,64 (1,81 - 3,86)	
	Trabajadores de servicios de restauración, personales, protección y vendedores de comercio	2,50 (2,16 - 2,89)	
	Empleados administrativos	2,47 (1,82 - 3,35)	
Epicondilitis	Total		1,46 (1,40 - 1,52)
	Artesanos y trabajadores cualificados de industrias manufactureras, construcción y minería	2,60 (1,91 - 3,53)	
	Trabajadores cualificados en agricultura y pesca	2,23 (1,12 - 4,45)	
	Técnicos y profesionales científicos e intelectuales (Físicos, químicos, médicos, enfermeros.....)	2,23 (2,02 - 2,45)	
	Operadores de instalaciones y maquinaria, montadores	2,14 (1,76 - 2,59)	
	Trabajadores de servicios de restauración, personales, protección y vendedores de comercio	1,63 (1,60 - 1,67)	
	Síndrome del túnel carpiano	Total	1,68 (1,57 - 1,80)
Bursitis de la rodilla	Artesanos y trabajadores cualificados de industrias manufactureras, construcción y minería	7,22 (6,54 - 7,96)	
	Trabajadores cualificados en agricultura y pesca	5,05 (2,70 - 9,45)	
	Operadores de instalaciones y maquinaria, montadores	4,30 (3,53 - 5,23)	
	Trabajadores de servicios de restauración, personales, protección y vendedores de comercio	3,41 (2,67 - 4,35)	
	Empleados administrativos	3,08 (1,83 - 5,19)	
	Técnicos y profesionales científicos e intelectuales (Físicos, químicos, médicos, enfermeros.....)	2,96 (1,39 - 6,30)	
	Dermatitis	Total	
Trabajadores no cualificados			2,88 (1,94 - 4,28)
Artesanos y trabajadores cualificados de industrias manufactureras, construcción y minería			1,95 (1,21 - 3,13)
Asma	Total		1,22 (1,14 - 1,31)
	Artesanos y trabajadores cualificados de industrias manufactureras, construcción y minería	2,69 (2,35 - 3,08)	
	Trabajadores cualificados en agricultura y pesca	2,59 (1,14 - 5,90)	
	Trabajadores de servicios de restauración, personales, protección y vendedores de comercio	2,51 (2,01 - 3,13)	
	Trabajadores no cualificados		1,35 (1,20 - 1,53)
	Técnicos y profesionales científicos e intelectuales (Físicos, químicos, médicos, enfermeros.....)	2,11 (1,30 - 3,44)	
Hepatitis de transmisión sanguínea	Operadores de instalaciones y maquinaria, montadores	2,04 (1,64 - 2,54)	
	Total		1,49 (1,19 - 1,87)
	Artesanos y trabajadores cualificados de industrias manufactureras, construcción y minería	2,46 (1,58 - 3,82)	
	Operadores de instalaciones y maquinaria, montadores	1,61 (0,81 - 3,20)	
Tuberculosis	Trabajadores de servicios de restauración, personales, protección y vendedores de comercio		1,59 (0,87 - 2,88)
	Total	4,31 (2,94 - 6,29)	
	Técnicos y profesionales científicos e intelectuales (Físicos, químicos, médicos, enfermeros.....)	5,93 (3,08 - 11,40)	
Sordera	Trabajadores de servicios de restauración, personales, protección y vendedores de comercio	1,59 (0,81 - 3,07)	
	Total	2,21 (1,34 - 3,65)	
	Técnicos y profesionales científicos e intelectuales (Físicos, químicos, médicos, enfermeros.....)	1,37 (0,62 - 3,03)	
Sordera	Trabajadores de servicios de restauración, personales, protección y vendedores de comercio	3,16 (1,14 - 8,73)	
	Total		6,39 (5,10 - 8,01)
	Operadores de instalaciones y maquinaria, montadores		2,58 (1,17 - 5,71)
	Trabajadores no cualificados		2,3 (1,37 - 2,30)
Sordera	Artesanos y trabajadores cualificados de industrias manufactureras, construcción y minería		1,89 (1,16 - 3,09)

EP: enfermedades profesionales. II: Índice de incidencia expresado en nº de EP por 100.000 asalariados. M/H: Mujer/Hombre. IC 95%: Intervalo de confianza al 95%

Por ocupación, las epicondilitis presentan una mayor incidencia en las artesanas y trabajadoras cualificadas de manufacturas, en las ope-

radoras de instalaciones y maquinaria y en las cualificadas de la agricultura con tasas de 431,64, 153,39 y 143,62 respectivamente.

La dermatitis presenta mayor incidencia en hombres que en mujeres (razón 1,22, IC 95% 1,14-1,31). En las mujeres, la tasa duplica a la de los hombres en las Actividades sanitarias y veterinarias, Hostelería, y Servicios personales. Por ocupación, las artesanas y trabajadoras cualificadas de la industria manufacturera, y las trabajadoras de servicios de restauración y personales, son las que presentan una mayor incidencia.

El túnel carpiano presenta una mayor incidencia en mujeres que en hombres (razón 1,68, IC 95% 1,57-1,80), globalmente y en todas las ramas de actividad, con la excepción de aquellas actividades donde la presencia femenina es escasa (Construcción, Producción y distribución de energía eléctrica y gas, y Extracción de productos energéticos).

La frecuencia de notificación del asma es baja, se han notificado 227 casos en hombres y 106 en mujeres (razón de tasas 1,49, IC 95% 1,19-1,87). En las mujeres el mayor número de casos se notifica en las Actividades sanitarias y veterinarias. Y en los hombres, en la Construcción y en la Industria Manufacturera.

El número de casos notificados de hepatitis de transmisión sanguínea ha sido 90 en las mujeres y 30 en los hombres, lo que supone una tasa de 1,57 y 0,36, respectivamente. El 88,89% de los casos notificados en mujeres y el 66,67% de los casos en hombres se han producido en las Actividades sanitarias.

La tuberculosis, ha sido notificada en 37 mujeres y en 24 hombres, lo que supone una tasa de 0,65 y 0,29 respectivamente. Todos los casos notificados en mujeres y la mitad de los casos observados en hombres se producen en las Actividades sanitarias.

La sordera se ha notificado con mayor frecuencia en hombres, con una razón de tasas de 6,39 (IC 95% 5,10-8,01). Los más afecta-

dos son los trabajadores de la Fabricación de automóviles y los de la Metalurgia.

DISCUSION

En concordancia con lo descrito en otros trabajos¹³⁻¹⁷, en nuestros resultados hemos comprobado que las enfermedades que más se declaran corresponden a las enfermedades provocadas por agentes físicos, en particular por movimientos repetidos y posturas forzadas, en concreto las tenosinovitis de mano-muñeca, las epicondilitis y las bursitis de rodilla, procesos que podemos englobar en el gran grupo de enfermedades osteomusculares, que representan el 71% de todas las enfermedades profesionales declaradas en el año 2.004. Llama la atención que no se haya notificado ningún caso de patología osteomuscular distinta de las citadas. Según el estudio *Valoración socioepidemiológica del paciente con dolor de espalda*, realizado por la Sociedad Española del Dolor¹⁸, el dolor de espalda afecta a un 75% de las personas adultas a lo largo de su vida y en el 90% de los casos se debe a una alteración mecánica de las estructuras vertebrales. Esta patología es la causa más frecuente de la limitación de la actividad laboral en menores de 50 años, atribuyendo el 36% de las personas que padecen lumbalgia a su actividad laboral.

El segundo grupo de enfermedades profesionales más declaradas son las cutáneas, en su mayoría dermatitis, y el tercero las neurológicas, fundamentalmente el síndrome del túnel carpiano, encontrándose estos resultados dentro del rango descrito por otros autores¹⁹. Llama la atención que sólo se han declarado 11 casos de cáncer (corresponden a 5 mesoteliomas, 2 leucemias, 1 cáncer de pulmón y 1 de laringe), y 13 enfermedades cardiovasculares.

Con relación al sexo, el número de enfermedades notificadas ha sido mayor en hombres que en mujeres, en una proporción de 2 a 1. Sin embargo, al comparar las inciden-

cias calculadas por ocupación hemos visto que, a excepción de la bursitis de rodilla (cuya incidencia es muy baja tanto en hombres como mujeres), y la sordera, de claro predominio masculino, en muchas ocupaciones la tasa es más elevada en las mujeres: el túnel carpiano y las tenosinovitis son 7 veces y 5 veces más frecuentes respectivamente en las trabajadoras de las industrias manufactureras, por ejemplo, y la incidencia de hepatitis de transmisión sanguínea es 6 veces mayor en las profesionales sanitarias. Esto puede ser explicado por la segregación en la ocupación que hace que mujeres y hombres se concentren en tipos y niveles diferentes de actividad y de empleo, donde las mujeres se ven confinadas a una gama más estrecha de ocupaciones que los hombres (segregación horizontal), y a puestos de trabajo inferiores (segregación vertical)²⁰, y que, como decíamos en la introducción, exponen a mujeres y hombres a diferentes condiciones de trabajo y de vida^{6,7}.

Por lo que se refiere a la actividad económica, hemos visto que, tanto en hombres como en mujeres, son las industrias extractivas y las manufactureras las actividades que presentan una mayor tasa de enfermedades profesionales, encontrando incidencias elevadas coherentes con los factores de riesgo propios de cada rama de actividad cuando las analizamos con más detalle. Sin embargo, llama poderosamente la atención la mínima declaración (o incluso nula) de determinadas enfermedades en determinados sectores y ocupaciones. Así sucede con el asma y las dermatitis de etiología alérgica, en sectores en los que sabemos hay alérgenos. En este sentido, en Finlandia la tasa de incidencia de asma es siete veces mayor que en nuestro país²¹. La comparación de incidencias por sexo muestra otra vez diferencias que deberían ser objeto de estudios específicos. Hay determinadas enfermedades del aparato osteoarticular que predominan en las mujeres y en ciertos sectores feminizados, pero incluso en algunos sectores de predominio masculino (como la transformación

del caucho y materias plásticas, la fabricación de material de transporte, la construcción de maquinaria y equipo mecánico) la incidencia es mayor en las mujeres, incluso cuando la razón de tasas global es mayor en hombres (epicondilitis).

Las diferencias territoriales siguen siendo marcadas, y son similares a las que se vienen describiendo en otros estudios^{22,23}. Como se comenta en estos estudios, estas diferencias entre Comunidades Autónomas pueden deberse a lo que se ha llamado *paradoja de la notificación*²⁴, que explicaría las altas incidencias de algunas Comunidades por su mejor sistema de notificación, con búsqueda activa de casos.

Otro aspecto relevante que hemos observado, aunque a priori no estaba contemplado como objetivo de este estudio, es que el sistema vigente de declaración y registro de enfermedades profesionales es poco sensible para recoger las enfermedades prevalentes hoy en día: multifactoriales, crónicas, con largos periodos de latencia, e inespecíficas. Para las enfermedades profesionales «clásicas», específicas y monocausales, el sistema funciona mejor, aunque su distribución por sectores de actividad económica y ocupación, hace pensar en motivos socioeconómicos como variable explicativa, además de en la asociación con factores de riesgo de origen laboral. Finalmente, ciertas enfermedades profesionales se dan con mayor incidencia en las mujeres de ciertos sectores y ocupaciones y, en otros, no se declaran en absoluto, lo que podría estar indicando que las distintas «formas» de trabajar de las mujeres, por un lado, y las distintas formas de declarar sus enfermedades, por otro, generan diferencias en la morbilidad de origen laboral de hombres y mujeres.

En cuanto a la utilización de la EPA como fuente de datos para obtener los denominadores de las tasas que se utilizan en este estudio, como es conocido, y dada la definición de enfermedad profesional, las estadísticas

oficiales utilizan como denominador la población trabajadora afiliada a la Seguridad Social con esta contingencia profesional cubierta, pero esta población no se encuentra disponible desagregada por género, edad, actividad económica y ocupación, que son nuestras variables de interés en el análisis. Por este motivo, utilizamos como denominadores las poblaciones de la EPA sabiendo, además, que permiten un alto grado de validez de los índices así obtenidos. Efectivamente, en el análisis de las lesiones profesionales que periódicamente publica el Instituto Navarro de Salud Laboral¹³, se realiza la comparación de los índices de incidencia por sectores calculados con la población asalariada de la EPA y con la población afiliada a la Seguridad Social con contingencia cubierta. Esta comparación permite apreciar la validez de los índices obtenidos con población de la EPA, ya que, excepto para el sector agrícola, donde los datos extraídos de la EPA no contemplan el Régimen Especial Agrario Cuenta Propia, las curvas de evolución de los índices en el periodo 1992-2001 son prácticamente superponibles para el total y los otros tres sectores de actividad económica: los índices para Industria y Servicios son iguales durante todo el periodo, y hay una ligera diferencia desde 1995 en Construcción.

Otro aspecto metodológico a comentar es el relativo a la utilización de la población asalariada del mismo año en el que se declaran los casos incidentes de enfermedad (en nuestro caso el 2004) como denominador de las tasas que calculamos. Para las enfermedades con largos periodos de latencia (cáncer, sordera, respiratorias, etc.) no serviría. En estos casos, el denominador correcto a utilizar serían los trabajadores de hace 10 a 40 años, dependiendo de la enfermedad. Sobre todo, en sectores y ocupaciones que hayan sufrido reestructuraciones y/o reconversiones, lo que provocaría cambios en el número de trabajadores que pueden ser importantes. En este estudio, esta limitación solo resulta relevante para la sordera y qui-

zás el asma, ya que, como hemos visto en los resultados, la mayor parte de las enfermedades reconocidas por el sistema son agudas. Efectivamente, la edad media de presentación de estas enfermedades así como el breve tiempo de exposición que hemos encontrado, nos están indicando que las enfermedades notificadas son las que tienen un periodo de latencia corto.

Por lo que se refiere a los resultados que hemos obtenido, el objetivo del sistema es la prestación económico-sanitaria de las enfermedades que son consideradas como profesionales por el sistema de Seguridad Social, no siendo ni su vigilancia epidemiológica ni su prevención objetivos del mismo¹. El aprovechamiento de la información que se recoge es, por lo tanto, limitado para estos fines. A pesar de ello, consideramos que su análisis proporciona información de interés, tal y como hemos visto.

Hemos de destacar también que, si se analizan las enfermedades del Cuadro español una a una, se comprueba que muchos epígrafes de la lista no son objeto de declaración, y esta circunstancia puede deberse a que la sustancia o actividad no es muy frecuente o no existe en nuestro país, o que las medidas preventivas son muy eficaces, y la actividad no presenta riesgo, o que quizás simplemente no se declaran. Paralelamente, cada vez es más frecuente encontrarnos con enfermedades claramente profesionales, cuyos agentes o causas no están en la lista¹⁴. Se califican como accidentes de trabajo, si se demuestra su origen laboral, pero tras un gran esfuerzo del propio trabajador. Ante la próxima reforma del sistema vigente de declaración y registro de las enfermedades profesionales, estos aspectos deberían contemplarse e influir sobre el contenido de la nueva lista.

En conclusión, las enfermedades profesionales más declaradas en España en el año 2004 fueron las enfermedades osteomusculares (que acumulan las tres cuartas partes de los casos notificados), las neurológicas (fun-

damentalmente túnel carpiano) y las cutáneas, en su mayoría dermatitis de contacto. Dentro del gran grupo de enfermedades osteomusculares, en las mujeres la más declarada es la tenosinovitis de mano-muñeca y, en los hombres, las epicondilitis. La diferencia más destacable encontrada entre hombres y mujeres es que, aunque la incidencia global es mayor en hombres que en mujeres, en la mayoría de actividades económicas y ocupaciones, la incidencia es mayor en la mujer. En las mujeres, las enfermedades profesionales se declaran en edades más tempranas que en los hombres. En el conjunto de procesos estudiados, la antigüedad en el puesto de trabajo fue menor en las mujeres. Son sobretodo las grandes empresas las que notifican enfermedades profesionales en las mujeres.

Sería deseable que en la próxima actualización del sistema vigente de declaración y registro de enfermedades profesionales se tuvieran en cuenta estos aspectos y se buscara su mejora. Imprescindible resulta que la publicación oficial periódica de las estadísticas de accidentes y enfermedades profesionales incluya el sexo como variable de análisis.

BIBLIOGRAFÍA

1. García Gómez M. Consideraciones sobre el sistema actual de declaración y registro de las enfermedades profesionales. *Gac Sanit* 1993; 34:46-50.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe sobre la salud de los españoles:1998. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
3. Burger EJ. Restructuring workers' compensation to prevent occupational disease. *Ann NY Acad Sci* 1989; 572: 282-283.
4. International Labour Office. World day for Safety and Health at Work 2005: a background paper. [2005]. Disponible en: www.ilo.org/public/spanish/index.htm
5. García AM, Gadea R. Estimación de la mortalidad y morbilidad por enfermedades laborales en España. *Arch Prev Riesgos Labor* 2004; 7(1):3-8.
6. Fundación Europea para la mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo. Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo. [2005]. Disponible en: http://europa.eu.int/agencias/efound/index_es.htm
7. Almodóvar A, Nogareda C, Fraile A, De la Orden V, Zimmermann M, Villar MF, et al. V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 2004.
8. Zimmermann Verdejo M, González Gómez MF, Martínez Vidal M. Las condiciones de trabajo según la perspectiva de género. Implicaciones y repercusiones sobre la morbilidad. *La Mutua* 2006; 14 (segunda época):91-103.
9. Real Decreto 917/1994, de 6 de mayo, por el que se aprueba la Clasificación Nacional de Ocupaciones 1994 (CNO-94). BOE núm 126 de 27/05/1994.
10. Real Decreto 1560/1992, de 18 de diciembre, por el que se aprueba la Clasificación Nacional de Actividades Económicas (CNAE-93), BOE núm 306, de 22/12/1994.
11. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10ª revision. Génova: Organización Mundial de la Salud; 2004.
12. Encuesta de Población Activa (EPA). Instituto Nacional de Estadística (INE). Madrid: Ministerio de Economía y Hacienda; 2004.
13. E Layana Echezuri, L Artieda Pellejero, M Lezáun Goñi, A Beloqui Basterra. Lesiones profesionales en Navarra 2001. Gobierno de Navarra. Instituto Navarro de Salud Laboral.
14. Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Enfermedades Profesionales. Madrid: Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo; 1999.
15. EUROSTAT. Occupational Diseases in Europe 2001. [2006]. Disponible en: http://epp.eurostat.cec.eu.int/cache/ITY_OFFPUB/KS-NK-04-015/EN/KS-NK-04-015-EN.PDF
16. Agencia Europea para la Salud y la Seguridad en el Trabajo. Informe Anual de la Agencia 2004. Bilbao: Agencia Europea para la Salud y la Seguridad en el Trabajo; 2004.
17. Ordaz E, Maqueda J. Análisis de la incidencia y tendencias de las enfermedades profesionales en España (1998-2003). *Med Segur Trab* 2005; Vol LI (199):41-51.

18. Sociedad Española del Dolor. Valoración socioepidemiológica del paciente con dolor de espalda. *El Médico Interactivo* 2005 Nov 20; Sec. Sociedades Científicas.
19. Cherry N. Recent advances. *Occupational disease. BMJ* 1999; 318:1397-9.
20. Comisión Europea. Dirección General de Empleo, Relaciones Laborales y Asuntos Sociales. 100 palabras para la igualdad. Glosario de términos relativos a la igualdad entre hombres y mujeres. Bruselas: Comisión europea; 1998
21. Finnish Register of Occupational Diseases and the ASA Register. Occupational diseases in Finland in 1989. *Reviews 16* Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health Publication Office; 1998.
22. Instituto Navarro de Salud Laboral. Diagnóstico de Salud Laboral. Navarra. 1994-1996. Pamplona: Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra; 1998.
23. Durán F, G. Benavides F. Informe de Salud Laboral. Los riesgos laborales y su prevención. España 2004. Barcelona: Atelier; 2004.
24. Rantanen J, Kauppinen T, Toikkanen J, Kurppa K, Lehtinen S, Leino T. Work and health country profiles. Country profiles and national surveillance indicators in occupational health and safety. People and work. *Research Reports 44*. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health Publication Office; 2001.

ORIGINAL

DISTRIBUCIÓN Y TENDENCIA DE LOS FALLECIMIENTOS EN EL MEDIO HOSPITALARIO EN ESPAÑA DURANTE EL PERIODO 1997-2003

Alberto Jiménez-Puente (1), Emilio Perea-Milla (2) y Francisco Rivas-Ruiz (2)

(1) Unidad de Evaluación. Hospital Costa del Sol, Marbella.

(2) Unidad de Investigación. Hospital Costa del Sol, Marbella.

CN 340, Km. 187. 29600 Marbella. Correo electrónico: ajpuente@hcs.es

El Hospital Costa del Sol forma parte de la Red Yriss de Investigación en resultados de salud y servicios sanitarios.

RESUMEN

Fundamento: El lugar en que se produce la muerte de una persona depende de circunstancias de naturaleza demográfica, socioeconómica, cultural y asistencial. El objetivo del estudio fue describir las variaciones en el porcentaje de muertes en hospitales entre las comunidades autónomas de España, diferenciando las que ocurrieron en urgencias y hospitalización, y explorar su relación con posibles variables explicativas.

Métodos: El estudio fue ecológico. Se estudió la tendencia del porcentaje de muertes en hospitales entre 1997 y 2003. Se calcularon los porcentajes de muertes en hospitales de cada comunidad autónoma en los años 2000-2002 a partir del Movimiento Natural de la Población y de la Encuesta de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado que incluye información de todos los hospitales públicos y privados. Mediante regresión lineal simple se analizó su relación con variables demográficas, socioeconómicas, y asistenciales.

Resultados: El 53% de los fallecimientos ocurrieron en hospitales (variando entre 37,3 y 68,4% en las distintas comunidades). El 10,7% de ellos en el área de urgencias (variando entre 6 y 14,5%) y el resto en hospitalización.

Conclusiones: El porcentaje de muertes en hospitales fue mayor en las comunidades con menos población anciana y rural, más población extranjera y mayor frecuentación de urgencias. El porcentaje de muertes hospitalarias en urgencias fue mayor en las comunidades con peores indicadores socioeconómicos. La tendencia en los 7 años estudiados fue al aumento del porcentaje de muertes en hospitales.

Palabras clave: Mortalidad hospitalaria. Factores socioeconómicos.

ABSTRACT

Distribution and Trend of Deaths within the Hospital Environment in Spain during the 1997-2003 period

Background: Where a person's death occurs depends upon situations of a demographic, socioeconomic, cultural and healthcare-related nature. The objective of this study was that of describing the variations in the percentages of deaths in hospitals among the Autonomous Communities of Spain, distinguishing between those which occurred in emergency care and during hospitalization and delving into their relation with variables possibly providing an explanation thereto.

Methods: The study was an ecological one, the trend in the percentage of deaths in hospitals within the 1997-2003 period having been studied. The percentages of deaths in hospitals from each Autonomous Communities during the 2000-2002 period were calculated based on the Natural Population Movement and the Survey of In-Patient Healthcare Establishments which includes information from all of the public and private hospitals. The relationship thereof to demographic, socioeconomic and healthcare-related variables was analyzed by single linear regression.

Results: A total of 53% of the deaths occurred in hospitals (ranging from 37.3% to 68.4% in the different Autonomous Communities). A total of 10.7% of the deaths occurred in emergency care (ranging from 6% to 14.5%) and all others during hospitalization.

Conclusions: The percentage of deaths having occurred in hospitals was greater in the Autonomous Communities having a smaller elderly rural population, a larger foreign population and a higher degree of frequenting of emergency care. The percentage of hospital deaths in emergency care was greater in those Autonomous Communities having poorer socioeconomic indicators. The trend over the seven years studied was toward a rise in the percentage of deaths in hospitals.

Key words: Hospital mortality. Socioeconomic factors.

Correspondencia:

Alberto Jiménez-Puente

Unidad de Evaluación. Hospital Costa del Sol
Marbella

Correo electrónico: ajpuente@hcs.es

INTRODUCCIÓN

El lugar en el que se produce la muerte de un paciente depende de circunstancias de naturaleza demográfica, socioeconómica, cultural y asistencial. En el caso de una patología aguda influye la accesibilidad a los servicios de urgencias, la agilidad de éstos para ingresar al paciente con vida y la efectividad de los tratamientos posteriores. Si la causa es una patología crónica diagnosticada y con pronóstico fatal, intervienen la decisión del paciente o sus familiares para acudir al hospital, la accesibilidad a una unidad de cuidados paliativos u otro servicio que ayude en la elección del lugar de la muerte y la práctica dispar de los hospitales para ingresar o dar de alta a los pacientes terminales.

En cuanto a las muertes acaecidas en los servicios de urgencias se ha descrito que la mayoría eran previsibles por la situación clínica de los pacientes a su llegada al hospital¹⁻³ y que, a menudo, habría sido más deseable que se hubieran producido en una planta del hospital o bien en el domicilio del paciente si su situación clínica era terminal^{1,4}.

Ni en la literatura médica ni en anuarios estadísticos hemos podido localizar referencias en España sobre la distribución del lugar de la muerte en población general. En otros países dicha información sí forma parte de las estadísticas oficiales. En 2002 el 43% de las muertes en Alemania ocurrieron en hospitales, en Estados Unidos el 49% y en Inglaterra y Gales el 67%⁵⁻⁷. Respecto a la tendencia del proceso, en Estados Unidos se ha descrito un aumento progresivo de las muertes extrahospitalarias⁸⁻⁹. En Canadá se ha descrito la misma tendencia en el caso de pacientes con cáncer¹⁰ frente a la estabilidad que existe en el caso de Inglaterra¹¹.

En cuanto a las variables que determinan el lugar de la muerte, en población general de otros países se ha descrito la influencia de variables socioeconómicas, de la oferta de

camas en hospitales de agudos y de la disponibilidad de centros sociosanitarios^{8-9,12}. La información al respecto es mucho mayor en el caso de los pacientes con cáncer¹³⁻¹⁷.

Por otra parte, estudios previos realizados en España han descrito importantes desigualdades socioeconómicas y en la oferta de servicios sanitarios entre las distintas comunidades autónomas (CCAA)¹⁸⁻¹⁹, así como la influencia de diversas características sociodemográficas sobre el riesgo de muerte, como el desempleo, el nivel educativo, el estado civil, el número de miembros del hogar, la actividad laboral o el apoyo social^{18, 20-24}.

Nuestra hipótesis era que las muertes en hospitales serían más frecuentes en las CCAA con menos población anciana y rural, y que la proporción de muertes en urgencias se relacionaría directamente con la frecuentación hospitalaria e inversamente con las dotaciones de camas. En cuanto a la tendencia del proceso, la progresiva medicalización de la sociedad nos hacía esperar un aumento progresivo de las muertes en el hospital.

Los objetivos del estudio son: a) describir la proporción de fallecimientos en el medio hospitalario para el conjunto nacional y en las distintas CCAA, diferenciando las muertes en las áreas de urgencias y hospitalización; b) explorar la correlación ecológica del porcentaje de muertes en hospitales y del porcentaje de muertes hospitalarias en urgencias en las diferentes CCAA con variables de tipo demográfico, socioeconómico, asistencial y epidemiológico; c) describir la tendencia del porcentaje de muertes hospitalarias para el conjunto nacional en el periodo 1997 a 2003.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio es de tipo analítico. Se obtuvo información de las muertes ocurridas en

España y cada una de las CCAA entre 2000 y 2002 través del Movimiento Natural de la Población (MNP) elaborado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) y de las producidas en hospitales a través de la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (EESRI) elaborada por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Para estudiar la tendencia de las muertes en hospitales se utilizaron datos globales a nivel nacional de 1997 a 2003.

La EESRI es una encuesta en la que participan obligatoriamente todos los hospitales públicos y privados, los cuales anualmente declaran su actividad asistencial y su dotación económica y de recursos humanos. Dentro del apartado de hospitalización, para grandes grupos de especialidades médicas, quirúrgicas, cuidados intensivos y unidades de larga estancia se recogen las altas por distintos motivos, incluidas las relativas a fallecimientos. Dentro del apartado de urgencias se recogen también los fallecimientos en este área. Los resultados de la EESRI se publican desagregados por CCAA.

La información se obtuvo a través de las páginas web de ambas instituciones^{25,26}, en su totalidad en el caso del INE y completada con la solicitud directa de datos en el caso de la EESRI. Se calculó el porcentaje de fallecimientos hospitalarios respecto al total, excluyendo de éstos los correspondientes a españoles residentes fuera del territorio nacional, y el porcentaje de fallecimientos en urgencias respecto a los fallecimientos hospitalarios.

Se realizó un análisis de regresión lineal simple entre la proporción de muertes en el medio hospitalario de las 17 CCAA más la agrupación de Ceuta y Melilla y diversas variables de tipo: a) demográfico: porcentajes de población mayor de 65 años, población residente en medio rural (municipio de menos de 10.000 habitantes), población extranjera y hogares unipersonales (fuentes: explotación estadística del padrón municipal

y censo); b) socioeconómico: tasas de analfabetismo en mayores de 10 años y de paro en mayores de 16 años, porcentaje de pensiones no contributivas y renta familiar disponible por habitante (euros anuales) (fuentes: censo, sistema de información de pensiones no contributivas del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y Sistema de Cuentas Regionales); c) asistencial: camas, urgencias e ingresos hospitalarios por 10.000 habitantes (fuentes: EESRI y censo) y d) causas de la muerte: porcentaje de muertes por cáncer y por enfermedades del aparato circulatorio (fuente: Movimiento Natural de la Población). Los indicadores demográficos y socioeconómicos de las distintas CCAA correspondieron al año 2001 y se accedió a ellos a través de las aplicaciones INEbase del INE y SIMA del Instituto de Estadística de Andalucía, accesibles a través de las páginas web de ambas instituciones²⁷⁻²⁸.

Dado que el número de unidades de estudio era pequeño, se utilizaron los coeficientes de correlación de Spearman. El nivel de significación se estableció en $p < 0,05$. Se analizó, mediante la prueba de rachas, la tendencia de las series temporales de los porcentajes de muertes en hospitales y en urgencias. Los cálculos se realizaron con Lotus 123 y los análisis estadísticos con SPSS para Windows versión 9.

RESULTADOS

En los tres años a estudio se produjeron 1.081.414 fallecimientos en España, el 53% de ellos en un centro hospitalario. En la tabla 1 se muestra la distribución por CCAA, en la que destaca Canarias con el 68,4% de muertes en hospitales y Madrid y Cataluña con más del 60%, y en el otro extremo Castilla La Mancha y Extremadura con sólo el 37,3% y el 40,8% de éxitos en hospitales, respectivamente.

El 5,7% del total de las muertes ocurrieron en servicios de urgencias hospitalarios, des-

Tabla 1

Distribución de fallecimientos en hospitales por Comunidad Autónoma, 2000-2002

	Total	% en planta	% urgencias hospitalarias	% hospitalarios	% fallecimientos hospitalarios en urgencias*
Andalucía	182.067	44,3	6,1	50,4	12,1
Aragón	38.302	47,1	3,1	50,1	6,1
Asturias	36.743	44,8	4,5	49,3	9,1
Baleares	21.444	54,1	4,1	58,2	7,1
Canarias	35.821	59,2	9,2	68,4	13,5
Cantabria	15.690	49,6	6,8	56,5	12,1
Castilla-La Mancha	51.584	33,6	3,7	37,3	9,8
Castilla y León	77.380	46,7	3,9	50,6	7,7
Cataluña	170.227	53,1	7,3	60,4	12,1
Com. Valenciana	111.845	42,7	5,3	48,0	11,0
Extremadura	31.248	36,0	4,9	40,8	11,9
Galicia	85.511	41,8	4,6	46,4	9,8
Madrid	115.677	55,5	6,7	62,2	10,8
Murcia	27.790	51,1	5,1	56,2	9,1
Navarra	14.737	49,5	3,1	52,7	6,0
País Vasco	54.957	49,6	6,5	56,1	11,5
La Rioja	7.704	39,5	2,8	42,4	6,7
Ceuta y Melilla	2.687	57,8	9,8	67,7	14,5
Total Nacional	1.081.414	47,4	5,7	53,0	10,7

* Respecto al total de fallecimientos en hospitales (planta + urgencias).

tacando Ceuta y Melilla y Canarias con más del 9%, frente a La Rioja, Aragón o Navarra en torno al 3%. La proporción de los fallecimientos ocurridos en el área de urgencias respecto al total de éxitos en hospitales se situó en el 10,7% a nivel nacional, oscilando entre el 14,5% en Ceuta y Melilla o el 13,5% en Canarias y cerca del 6% en Aragón o Navarra.

En la tabla 2 se muestra el análisis de regresión lineal simple entre diversas variables socioeconómicas y asistenciales de las CCAA y las proporciones de muertes en el medio hospitalario y de muertes hospitalarias en urgencias.

El porcentaje de muertes en hospitales mostró asociaciones estadísticamente significativas con 3 variables demográficas y 1 asistencial, siendo mayor en las CCAA con menos población anciana, menos población rural y más población extranjera: coeficientes de regresión (B) -1,77, -0,37 y -1,16 y coeficientes de determinación (R^2) 0,45, 0,38 y 0,41 respectivamente, en todos los casos con $p < 0,01$, así como en aquellas comunidades con mayor frecuentación de urgencias: B 0,002, R^2 0,39, $p < 0,01$.

El porcentaje de muertes hospitalarias en el área de urgencias mostró asociación estadísticamente significativa con 3 variables socioe-

Tabla 2

Análisis de regresión lineal simple entre diversas características de las comunidades autónomas y los porcentajes de fallecimientos en hospitales y de fallecimientos hospitalarios en urgencias

	Porcentaje de fallecimientos en hospitales			Porcentaje de fallecimientos hospitalarios en urgencias +		
	B	R ²	p	B	R ²	p
Variables demográficas:						
% de población mayor de 65 años	-1,77	0,45	0,002	-0,41	0,31	0,02
% de población rural	-0,37	0,38	0,009	0,05	0,06	0,36
% de población extranjera	2,26	0,41	0,004	-0,04	0,00	0,80
% de hogares unipersonales	-1,16	0,07	0,31	-0,66	0,21	0,06
Variables socioeconómicas:						
tasa de analfabetismo	0,77	0,00	0,84	0,833	0,32	0,02
tasa de paro	-0,48	0,02	0,54	0,32	0,24	0,04
% de pensiones no contributivas	0,55	0,02	0,62	0,22	0,41	0,004
renta familiar disponible por habitante	0,002	0,16	0,10	-0,001	0,12	0,16
Variables asistenciales:						
camas por 10.000 habitantes	0,71	0,05	0,37	-0,25	0,12	0,16
urgencias por 10.000 habitantes	0,002	0,39	0,01	0,0002	0,09	0,24
ingresos por 10.000 habitantes	0,006	0,13	0,15	0,002	0,15	0,11
Causas de muerte						
% de fallecimientos por cáncer	0,54	0,02	0,62	-0,26	0,05	0,37
% de fallecimientos por enf. circulatorias	-1,20	0,11	0,19	0,13	0,05	0,35

* Respecto al total de fallecimientos en hospitales (panta + urgencias).

Tabla 3

Evolución de fallecimientos en hospitales, España 1997-2003

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
% fallecimientos en planta hospitalización	43,8	44,5	45,4	47,0	47,3	47,7	48,0
% fallecimientos en urgencias hospitalarias	6,5	6,4	6,2	5,8	5,6	5,7	6,0
% total fallecimientos en hospital	50,3	50,9	51,6	52,7	52,9	53,5	54,0
% fallecimientos hospitalarios en urgencias	12,9	12,5	12,0	11,0	10,5	10,7	11,1

* Respecto al total de fallecimientos en hospitales (panta + urgencias).

conómicas y 1 demográfica, siendo mayor en las CCAA con mayor tasa de analfabetismo, paro y mayor porcentaje de pensiones no con-

tributivas: (B 0,83, 0,32 y 0,22 y R² 0,32, 0,24 y 0,41 respectivamente) y en aquéllas con menos población anciana (B -0,41 y R² 0,31).

La EESRI ofrece algunos detalles más sobre las muertes ocurridas en hospitales: el 61% de las muertes en planta ocurrieron en especialidades médicas, el 14,6% en cuidados intensivos, el 13,1% en servicios quirúrgicos y el 7,8% en unidades de larga estancia.

En la tabla 3 se muestra la evolución de las muertes en hospitales entre 1997 y 2003. Se aprecia un aumento del porcentaje de fallecimientos en hospitales de aproximadamente un 0,5% anual en el conjunto del país, desde el 50,3% en 1997 al 54,0% en 2003 (test de rachas: $p > 0,10$), así como una tendencia prácticamente estable de los fallecimientos hospitalarios en el área de urgencias, desde el 12,9% en 1997 al 11,1% en 2003.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio, el porcentaje de muertes en hospitales de las distintas CCAA España mostró una buena correlación con las variables demográficas analizadas, mientras que el porcentaje de muertes hospitalarias en urgencias lo hizo con las variables socioeconómicas.

En el conjunto de España, el 53% de las muertes ocurrieron en hospitales. En comparación con otros países, dicho porcentaje se sitúa en un nivel intermedio entre la situación de Alemania y EEUU (43 y 49% respectivamente) y la de Inglaterra y Gales (67%)⁵⁻⁷.

El segundo hallazgo destacable del estudio fue la amplia variabilidad en el lugar de la muerte entre CCAA. En la literatura ya se había comunicado dicha variedad entre distintos países en pacientes con patologías similares, lo que se ha considerado reflejo de la gran medida en que está influida por factores socioculturales o asistenciales^{9-12,15}.

En nuestro estudio, los menores porcentajes de muertes en hospitales se dieron en las dos CCAA con más población rural: Casti-

lla-La Mancha y Extremadura, ambas con un porcentaje de población residente en municipios de menos de 10.000 habitantes superior al 50% en 2002²⁷. El carácter rural de una comunidad se podría relacionar con una mentalidad y estilos de vida más tradicionales que lleven a asumir con más normalidad la muerte en el propio hogar¹⁴ o con una peor accesibilidad física o geográfica a los servicios sanitarios.

Estimamos que el acceso al sistema sanitario, prácticamente universal en España, no está condicionado de forma relevante por factores económicos, aunque siempre es posible una relación entre estos y comportamientos sociales, como la decisión de acudir al hospital.

En estudios previos realizados en otros países se ha descrito en población general que la muerte en hospitales de agudos es más frecuente en pacientes afroamericanos⁸ y que se correlaciona positivamente con la oferta de camas¹² y negativamente con la disponibilidad de centros sociosanitarios⁹. En Estados Unidos se ha comunicado que el lugar de la muerte está más influido por la decisión de los pacientes al acudir al hospital que por la práctica de dar de alta a los pacientes terminales⁹.

La mayoría de los estudios sobre las variables relacionadas con el lugar de la muerte se han centrado en el caso de pacientes con cáncer. El porcentaje de los que fallecen en un hospital oscila entre el 26-35% en el Reino Unido^{11,15}, 52% en Estados Unidos¹³, 59% en España¹⁴ y 74% en Canadá¹⁰. Se ha observado que la probabilidad de morir en un hospital es mayor en pacientes afroamericanos¹³, de menor nivel socioeconómico¹⁵⁻¹⁷, cuanto mayor es la lejanía geográfica al hospital o la carencia de centros sociosanitarios¹⁵. En España se ha descrito que la muerte en el hogar de los pacientes con cáncer era más frecuente entre los residentes en el medio rural y en aquellos con mayor nivel socioeconómico¹⁴. En la literatura también

se ha descrito el contraste entre la preferencia por la muerte en el propio hogar de la mayor parte de los pacientes con cáncer y la realidad de una mayoría de muertes hospitalarias^{9,16}.

En cuanto a la tendencia del proceso, los datos de los años disponibles mostraron una evolución ascendente de las muertes hospitalarias en España, contraria a la descrita en otros países⁸⁻¹⁰.

Respecto al 5,7% de muertes en servicios de urgencias hospitalarios se sitúan por debajo del 7-8% comunicados en EEUU^{6,8}. Dicho porcentaje mostró una correlación estadísticamente significativa con 3 de las 4 variables socioeconómicas estudiadas, en todos los casos en el sentido de ser más frecuente en las CCAA con peores indicadores socioeconómicos. Es conocida la relación entre desigualdades sociales, estado de salud, oferta y acceso a los servicios sanitarios¹⁸⁻¹⁹. El mecanismo por el que las CCAA más desfavorecidas presentan mayor porcentaje de muertes en urgencias podría ser la sobrecarga asistencial de estos servicios en comunidades más pobres y, por tanto, con mayor carga de enfermedad.

En el informe sobre desigualdades sociales en salud en España¹⁸, se clasificaron las CCAA según un *índice sintético* de privación material basado en las tasas de desempleo y analfabetismo. Las comunidades con situación más negativa de dicho índice, como Ceuta-Melilla, Canarias, Andalucía o Extremadura, mostraron en nuestro estudio los porcentajes más altos de muertes hospitalarias en urgencias. Por el contrario, las CCAA mejor situadas según aquel índice: La Rioja, Aragón o Navarra, presentaron los menores porcentajes de muertes hospitalarias en urgencias según nuestros datos.

Si se puede hablar de *las mejores* circunstancias para la muerte de un paciente terminal, probablemente sean en su domicilio, en un ambiente tranquilo y rodeado de sus seres

queridos. En el otro extremo, los servicios de urgencias suelen ser un lugar estresante y en el que habitualmente se limita el acompañamiento de familiares. En diversos estudios realizados en España se ha comunicado que la muerte era esperable en gran parte de los fallecidos en urgencias¹⁻³ y que la mayoría de ellos murieron solos³. Consideramos deseable, tanto desde un punto de vista médico como humano, que el porcentaje de fallecimientos en urgencias, que en la actualidad ronda el 6% del total y el 11% de los ocurridos en hospitales, siga reduciéndose en lo posible.

La amplia variedad en la proporción de muertes en urgencias en las distintas regiones esconde, sin duda, variaciones mucho mayores entre hospitales. Las muertes en urgencias quedan fuera de las evaluaciones de la mortalidad intrahospitalaria en términos de calidad asistencial de sistemas implantados recientemente en España y hace más años en otros países²⁹⁻³⁰. Nuestra propuesta al respecto es que los conjuntos mínimos básicos de datos (CMBD) deberían incorporar todas las muertes ocurridas en hospitales, ya sucedan en hospitalización o en urgencias³¹.

Como limitaciones del estudio, las defunciones recogidas en el MNP se asignan a la provincia de residencia del fallecido, mientras que los hospitales declaran en la EESRI todas las muertes ocurridas en cada centro, independientemente de la residencia del paciente, por tanto los flujos de pacientes de unas CCAA a otras podrían suponer un sesgo si correspondieran a patologías con elevada mortalidad intrahospitalaria. Estimamos que la exhaustividad de las dos fuentes de información utilizadas: MNP y EESRI es muy alta. La primera procede del proceso legal y obligatorio de la certificación de la muerte. Por otra parte, son bien conocidas las limitaciones de los estudios ecológicos derivadas de su metodología³², entre ellas la denominada *falacia ecológica*. Por ello, no es posible garantizar que las relaciones entre

variables observadas en nuestro estudio se reproduzcan en términos de causalidad a nivel individual.

El lugar en que se produce la muerte tiene importantes implicaciones sobre la organización de los servicios sanitarios, pues según cómo se distribuya en cada región, hará necesario reforzar los servicios de urgencias, de hospitalización, los cuidados domiciliarios o en centros sociosanitarios. Se requieren estudios longitudinales y basados en datos individuales, para aclarar en qué medida el lugar de la muerte está influido por la naturaleza de las patologías causantes, por las preferencias de los pacientes o sus familiares o por la práctica de los profesionales sanitarios.

AGRADECIMIENTOS

Al Instituto de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo, que aportó los datos solicitados de la EESRI.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tudela P, Módol JM. Urgencias hospitalarias. *Med Clin (Barc)* 2003;120:711-6.
2. Miró O, de Dios A, Antonio MT, Sánchez M, Borrás A, Millá J. Estudio de la mortalidad en un servicio de urgencias de medicina hospitalario: incidencia, causas y consecuencia. *Med Clin (Barc)* 1999;112:690-2.
3. Maroto O, Llorente A, Casanueva M, Álvarez B, de la Riva G. ¿Son los servicios de urgencias un lugar adecuado para morir? *An Med Interna (Madrid)* 2004;21:585-9.
4. Miró O, Sánchez M, Coll-Vinent B, Millá J. Indicadores de calidad en urgencias: comportamiento en relación con la presión asistencial. *Med Clin (Barc)* 2001; 116:92-7.
5. Statistisches Bundesamt Deutschland. Health status and reasons for treatment [consultado 9-1-2006]. Disponible en http://www.destatis.de/themen/e/thm_bevoelk.htm
6. National Center for Health Statistics. Deaths from 39 selected causes by place of death, status of decedent when death occurred in hospital or medical center, and age: United States, 1999-2002. [consultado 9-1-2006]. Disponible en: http://www.cdc.gov/nchs/data/dvs/MortFinal2002_WorkTable307.pdf
7. Office for National Statistics. Mortality statistics. Review of the Registrar General of deaths in England and Wales, 2002. [consultado 9-1-2006]. Disponible en: http://www.statistics.gov.uk/downloads/theme_health/DH1_35_2002/DH1no35.pdf
8. Flory J, Yinong YX, Gurol I, Levinsky N, Ash A, Emanuel E. Place of death: US trends since 1980. *Health Aff (Millwood)* 2004; 23:194-200.
9. Tolle SW, Rosenfeld AG, Tilden VP, Park Y. Oregon's low in-hospital death rates: what determines where people die and satisfaction with decisions on place of death? *Ann Intern Med* 1999; 130:681-5.
10. Burge F, Lawson B, Johnston G. Trends in the place of death of cancer patients, 1992-1997. *CMAJ* 2003; 168:265-70.
11. Higginson IJ, Astin P, Dolan S. Where do cancer patients die? Ten-year trends in the place of death of cancer patients in England? *Palliat Med* 1998; 12:353-63.
12. Pritchard RS, Fisher ES, Teno JM, Sharp SM, Reding DJ, Knaus WA et al. Influence of patients preferences and local health system characteristics on the place of the death. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46:1320-1.
13. Bruera E, Russell N, Sweeney C, Fisch M, Palmer L. Place of death and its predictors for local patients registered at a comprehensive cancer center. *J Clin Oncol* 2002;20:2127-33.
14. Catalán JG, Pons O, Recober A, Avella A, Carbonero JM, Benito E et al. Dying of cancer. The place of death and family circumstances. *Med Care* 1991; 29:841-52.
15. Gatrell AC, Harman JC, Francis BJ, Thomas C, Morris SM, McIlmurray M. Place of death: analysis of cancer deaths in part of North West England. *J Publ Hlth Med* 2003; 25:53-8.
16. Tang ST, McCorkle R. Determinants of place of death for terminal cancer patients. *Cancer Invest* 2001;19:165-80.
17. Grundy E, Mayer D, Young H, Sloggett A. Living arrangements and place of death of older people

- with cancer in England and Wales: a record linkage study. *Br J Cancer* 2004;91:907-12.
18. Navarro V, Benach J. Desigualdades sociales en España. Informe de la Comisión Científica de estudios de las desigualdades sociales de Salud en España. *Rev Esp Salud Pública* 1996;70:505-636.
 19. González B, Urbanos RM, Ortega P. Oferta pública y privada de servicios sanitarios por comunidades autónomas. *Gac Sanit* 2004;18(Supl.1):82-9.
 20. Regidor E, Calle ME, Domínguez V, Navarro P. Mortalidad según características sociales y económicas: Estudio de Mortalidad de la Comunidad Autónoma de Madrid. *Med Clin (Barc)* 2001;116:726-31.
 21. Domínguez MF, Borrell C. Mortalidad y privación socioeconómica en las secciones censales y distritos de Barcelona. *Gac Sanit* 2005;19:363-9.
 22. Nebot M, Lafuente JM, Tomás Z, Borrell C, Ferrando J. Efecto protector del apoyo social en la mortalidad en población anciana: en estudio longitudinal. *Rev Esp Salud Pública* 2005;76:673-82.
 23. Benach J, Yasui Y, Borrell C, Sáez M, Pasarin MI. Material deprivation and leading causes of death by gender: evidence from a nationwide small area study. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:239-45.
 24. Benach J, Yasui Y, Martínez JM, Borrell C, Pasarin MI, Daponte A. The geography of the highest mortality areas in Spain: a striking cluster in the southwestern region of the country. *Occup Environ Med* 2004;61:280-1.
 25. Instituto Nacional de Estadística. Movimiento Natural de la Población. [consultado 9-1-2006]. Disponible en: <http://www.ine.es/inebase/index.html>
 26. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta de Establecimientos Sanitarios con régimen de internado. [consultado 9-1-2006]. Disponible en: http://www.msc.es/Diseno/sns/sns_sistemas_informacion.htm
 27. Instituto Nacional de Estadística. Explotación estadística del padrón. [consultado 9-02-2006]. Disponible en: <http://www.ine.es/inebase/index.html>
 28. Instituto de Estadística de Andalucía. Sistema de Información Multiterritorial de Andalucía. [consultado 9-1-2006]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadistica/sima/index2.htm>
 29. Iasist. Hospitales Top-20. Benchmarks para la excelencia. [consultado 9-1-2006]. Disponible en: <http://www.iasist.com/iasist.html>
 30. Jacobson B, Mindell J, McKee M. Hospital mortality league tables. Questions what they tell you and how useful they are. *BMJ* 2003;326:777-8.
 31. Jiménez A, López J, Lara A. La frontera entre urgencias y hospitalización en el análisis de la mortalidad hospitalaria. *Rev Clin Esp* 1999;199: 813-6.
 32. Morgenstern H. Ecologic studies in epidemiology. *Annu Rev Public Health* 1995; 16:61-81.

ORIGINAL

PERCEPCIÓN DE LA VIOLENCIA ESCOLAR POR PARTE DE LAS PERSONAS RESPONSABLES DE LA DIRECCIÓN DE LOS CENTROS DE ENSEÑANZA DE ALICANTE. UN ESTUDIO CUALITATIVO (*)

Carmen Martínez Fernández (1), Ildelfonso Hernández-Aguado (1) y Alberto M Torres Cantero (2)

(1) Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología de la Universidad Miguel Hernández.

(2) Departamento de Ciencias Sociosanitarias, Facultad de Medicina, Universidad de Murcia.

(*) Trabajo financiado por Fondo de Investigaciones Sanitarias (expediente 01/643) y la beca de doctorado del Instituto de Cultura Juan Gil Albert de Alicante

RESUMEN

Fundamento: Existe una creciente alarma social sobre la violencia escolar pero se desconoce la situación en las escuelas. El objetivo de estudio es conocer la percepción que tienen las personas que dirigen los centros de enseñanza de la violencia existente en los mismos, su opinión sobre los motivos; su valoración de las actuales medidas de prevención; y sus recomendaciones para desarrollar actuaciones de prevención.

Métodos: Estudio cualitativo con entrevistas semiestructuradas a las personas responsables de la dirección de los centros, realizadas en los propios centros en mayo y junio de 2003 en 14 centros de la ciudad de Alicante según máxima variabilidad geográfica y de condiciones: 9 públicos, 4 concertados y 1 privado.

Resultados: La percepción de la violencia por las personas responsables de la dirección de los centros coincide en que la violencia no es frecuente, es más verbal que física, se da intra géneros, y se identifican como formas de hostilidad desórdenes de conducta como la falta de puntualidad, el absentismo y la falta de interés. Como causas se mencionan la edad, los problemas familiares, el entorno escolar, la sociedad, los medios de comunicación (TV y videojuegos), y la pobreza del lenguaje. Las actuales medidas son de tres tipos: aulas de apoyo y contenidos transversales de la LOGSE, que son comunes y similares en todos los centros; y los criterios ideológicos y pedagógicos en los que sí hay diferencias. Las recomendaciones se resumen en un aumento del apoyo económico y de recursos humanos especializados.

Conclusiones: La violencia no es percibida como un problema alarmante, ni por la magnitud que se le atribuye ni por las causas inmediatas ligadas a características de los estudiantes con que se asocia. Se valoran como más difíciles de abordar las causas relacionadas con el entorno y con los problemas externos a la escuela.

Palabras clave: Violencia. Escuela. Investigación cualitativa.

ABSTRACT

Head Masters' Perception of School-Based Hostility in Alicante, Spain: a Qualitative Study

Background: There is growing social concern about school violence but little is known about how this situation is experienced in the schools. The objective of this study was to know the perception that School's head masters have of the school-based hostility, on their causes, how they value current preventive strategies, and their recommendations to develop future preventive interventions.

Methods: We conducted an exploratory study with 14 semi-structured interviews of School's head masters. Interviews were conducted at the Schools between May and June 2003 in 1 independent school, 9 state comprehensive schools, and 4 other comprehensive schools within the city of Alicante.

Results: The perception of the head masters is that the prevalence of violence is low, more verbal than physical and within gender. They identify lack of punctuality, absenteeism and lack of interest as forms of hostility. As causes they identified age, family problems, school environment, society, media (TV and video-games) and poor language skills. Preventive methods in use were, on one hand, extra-lessons and transversal contents foreseen in the Education Law and common to all schools, and, on the other hand, ideological and pedagogical contents which were specific of some centres. Recommendations focused in demands for increased economic support and skilled human resources.

Conclusions: School-based violence is not perceived as an alarming school issue, nor by its magnitude neither by the immediate causes and students' characteristics to which it is associated. A heavier emphasis is placed on external and environmental causes perceived as much more difficult to confront.

Key words: Schools. Violence. Qualitative research.

Correspondencia:

Carmen Martínez

Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología,

Universidad Miguel Hernández. Carretera de Valencia km. 8,7.

03550 San Juan de Alicante.

Correo electrónico : carmen.m@umh.es.

INTRODUCCIÓN

La violencia no es sólo un problema creciente de seguridad en las sociedades occidentales sino que es considerado como un indicador de Salud Pública por la Organización Mundial de la Salud¹. La violencia es un fenómeno muy complejo y difícil de abordar y comprender en sus diversas formas. Tanto sus componentes como sus manifestaciones tienen más peso e importancia en los grupos que en los individuos, por lo que su estudio se enmarca dentro de la epidemiología social².

La resolución de la Asamblea Mundial de la Salud de 1996 declaró la violencia como un problema de salud pública global³. En su Informe Mundial sobre Violencia y Salud Pública la OMS define la violencia como «el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo, privaciones». El estudio de las causas y la prevención de la violencia han puesto el acento sobre la educación y la prevención en el ámbito escolar⁴.

Los estudios sobre violencia escolar emplean los conceptos de *hostilidad* y *bullying*, actualmente se viene empleando el de *acoso escolar*. Se entiende por hostilidad una construcción multidimensional compuesta de aspectos cognitivos, afectivos, y de conducta, que se manifestarían como creencias y actitudes negativas sobre los demás, ira o cólera y acciones que pretenden dañar a los demás verbal o físicamente. Se entiende por acoso escolar o *bullying* una agresión específica caracterizada por conductas dirigidas a molestar, repetidas en el tiempo y donde hay un desequilibrio de poder de manera que los de más poder agreden física o psicológicamente a los de menos poder⁵.

En España los estudios sobre violencia escolar datan de principios de los años 90. El

Congreso solicitó un Informe al Defensor del Pueblo sobre la situación general⁶ que confirmó la incipiente alarma en los centros de enseñanza. Posteriormente se han realizado estudios⁷⁻⁹ desde el campo de la educación y la pedagogía con la intención de desarrollar intervenciones preventivas¹⁰; y desde la sociología, con el fin de ampliar el conocimiento sobre los comportamientos de jóvenes y sus valores^{11,12}. Estos trabajos han explorado la visión de profesores y alumnado, y sólo en el Informe del Defensor del Pueblo se ha abordado la opinión de la dirección de los centros integrada con la del alumnado. Sin embargo, ninguno ha utilizado una perspectiva desde la salud pública.

El objetivo de este trabajo, integrado en un estudio más amplio de abordaje cualitativo y cuantitativo^{13,14}, es explorar y conocer la percepción de violencia por las personas que dirigen los centros de enseñanza de la ciudad de Alicante, así como su opinión sobre los motivos; la valoración de las actuales medidas de prevención que llevan a cabo en cada centro, y sus recomendaciones para futuras actuaciones de prevención de la violencia.

SUJETOS Y MÉTODO

Se han realizado 14 entrevistas semiestructuradas a las personas responsables de la dirección, o en su defecto a los jefes de estudios, de otros tantos centros de enseñanza secundaria en Alicante. El criterio de selección de los centros fue de máxima variabilidad, con 9 centros públicos, 4 concertados y 1 privado que aceptaron participar. Las entrevistas se realizaron todas en los centros de enseñanza, previa cita, y se recogieron las respuestas literalmente por escrito directamente (no grabadas). La duración de la entrevista fue de entre 30 y 45 minutos. Posteriormente se procedió al volcado de las respuestas y notas recogidas en un documento que sirvió para el análisis.

El guión de las entrevistas se describe en el **anexo 1** y recogía los siguientes contenidos:

- Percepción de la violencia y características, en el propio centro.
- Motivos o causas de esa violencia, posibles explicaciones.
- Actuales políticas de actuación en los centros, valoración de los aspectos positivos y negativos de las mismas.
- Propuestas de actuación futura en materia de prevención de la violencia.

RESULTADOS

Las características de los 14 centros se describen en la tabla 1. Participaron nueve centros públicos, cuatro concertados y uno privado de un total de 29 posibles centros, tres rechazaron participar. Todos eran mixtos y tres eran religiosos. A continuación se presentan los resultados de las entrevistas siguiendo el guión de las mismas.

A. Percepción de violencia y características en el propio centro

- La violencia percibida por las personas que dirigen los centros es escasa y muy homogénea, y está localizada.
- Los tipos de violencia referidos son coincidentes: *«es más violencia verbal que física, insultos y amenazas», «peleas ocasionales»*.
- Se trata generalmente de sucesos de violencia entre estudiantes del centro, y en alguna ocasión se han señalado actos de violencia de individuos de fuera del centro a los estudiantes. Sin embargo, es de resaltar que se identi-

ficaban ciertas conductas como otras formas de violencia y que afectan a las relaciones entre alumnado y profesorado como son el absentismo, la falta de participación y la de puntualidad.

B. Motivos de la violencia

El motivo más señalado y consensuado es la edad. Se trata de una violencia propia de la edad, a la que no se da mucha importancia. Pero también se hace referencia a motivos externos al centro como la familia y los problemas familiares y otros sociales más generales. Motivos poco definidos y estereotipados: *«relajo de la disciplina en casa», «la TV», «familias desestructuradas», «problemas familiares, económicos y sociales»*.

Sin embargo, hay una explicación más concreta que relaciona la violencia con las limitaciones del lenguaje. Esta violencia es un *«reflejo de la sociedad actual: un problema de lenguaje: al no poder expresarse llegan antes a las manos»*.

Respecto a las diferencias por sexo, se observa que: *«las chicas son mucho menos violentas u hostiles, y que se trata de una violencia más verbal que física»*. En todo caso, la hostilidad de las chicas la manifiestan entre ellas mismas, incluso entre las amigas. Es importante notar que se trata de una violencia intra género, es decir, de chicos contra chicos, menos de chicas contra chicas, y escasamente de chicos contra chicas. Es de resaltar también que no se mencionen conductas o hechos de violencia específicos contra grupos étnicos diferentes o estudiantes de diferente país de origen.

El impacto del entorno se menciona de manera generalizada como un aspecto negativo: como una amenaza externa: *«el entorno es de pandillas» «hay chicos de fuera que entran y provocan conflictos»*.

C. Políticas de actuación en los centros, valoración de los aspectos positivos y negativos

En cuanto a las medidas de actuación de los centros para disminuir la violencia y la valoración de los aspectos positivos y negativos de las mismas, los directores de los centros señalan actuaciones en tres niveles diferentes: a) las Aulas de apoyo, b) los contenidos transversales de la LOGSE en materia de tolerancia y no-violencia, y c) las medidas según los criterios ideológicos y pedagógicos específicos de cada centro. Si bien no existen claras diferencias entre centros en las dos primeras actuaciones, es el tercer nivel el que marca las diferencias.

Uno de los aspectos principales de las políticas que describen los responsables de los centros son las actuaciones dirigidas a salvar las dificultades de los estudiantes para seguir el ritmo y nivel de su curso. Esto se traduce en departamentos de orientación y aulas de apoyo, programas de adaptación o diversificación curricular, y programas de garantía social; apoyados por profesionales cuya labor complementa la de los docentes como son pedagogos, terapeutas o psicopedagogos. El alumnado que asiste a estos programas especiales es muy reducido, pero se sostiene la opinión de que es un grupo creciente, y concretamente necesitan refuerzo en materias instrumentales: matemáticas, castellano y valenciano.

Sobre la aplicación de los contenidos transversales de la LOGSE en cuanto a educación en tolerancia y no-violencia, se realizan también de manera semejante en todos los centros (excepto en uno recién creado que no los había puesto en marcha todavía). La aplicación de estos contenidos, que suelen ser charlas, debates, exposiciones, va desde actividades puntuales a actividades durante todo el curso, tanto en las materias relacionadas con cada tema como en las tutorías.

En el tercer nivel, el que contempla las medidas según los criterios ideológicos y pedagógicos específicos de cada centro, se observan diferencias que oscilan entre mayor control y mayor libertad al afrontar la educación de los adolescentes:

- La disciplina: *«es importante prevenir, y hay que tener disciplina»*,
- El orden y el control de los estudiantes: *«tenemos mucho espacio y a veces no podemos vigilarlos a todos»*
- La familiaridad: el conocerse todos, profesorado y alumnado, y saludarse todos los días, *«aunque no sean de su clase, o de su curso»*
- La buena convivencia que favorezca el diálogo y la confianza: *«tenemos un buen ambiente, hablamos mucho con ellos y tienen confianza, es fácil hablar con ellos»*
- La sensibilización: con alumnado y con las familias *«mucho contacto con las familias»*
- El trabajo en equipo y el consenso: *«conseguir el compromiso de estudiantes y de profesores», «implicar al profesorado», «trabajar con los padres».*

Los aspectos de los centros que se señalan como positivos varían también desde más organizativos (trabajar en colaboración con las familias) a más ideológicos (disciplina o diálogo): *«se ponen todos los medios para ello, les dan mucha atención individualizada y hay mucho contacto con las familias», «los profesores están muy implicados, los tutores también y con los padres...», «el profesorado está muy implicado», «trabajar en contacto muy estrecho con profesores y padres», «coordinación del profesorado con directrices claras de la dirección, y el trato con los estudiantes: diálogo», «hay mucha sensibilización, colaboración con los padres, se*

trabaja la disciplina formal», «el curso de resolución de conflictos nos va muy bien a todos y vamos a hacer más», «consenso absoluto del profesorado en disciplina como prioridad.».

D. Propuestas de actuación futura

La totalidad de los centros tiene una buena valoración de su política de actuación general y frente a la violencia, en particular. Algunos plantean actuaciones de mejora como los cursos de negociación de conflictos para profesorado o las actuaciones más consensuadas entre estudiantes, profesorado y dirección del centro, intentando muchos de ellos implicar también a las familias.

Las peticiones de mejora se concretan en el aumento de los medios económicos y de recursos humanos especializados que permitan incidir en los problemas identificados: tener trabajadores sociales en los centros, psicólogos o sociólogos, especialistas, que intervengan en problemas que trascienden de la educación en sí misma. Hay consenso en que el profesorado no puede asumir esta carga adicional. También plantean medidas como formar equipos de mediadores (con estudiantes, profesorado y familias), o crear la Unidad de Atención a la Familia o mejorar el agrupamiento de estudiantes.

DISCUSIÓN

La opinión de las personas responsables de la dirección de los centros coincide en que el nivel de violencia es muy bajo y que se trata de una violencia más verbal que física e intra géneros. Se identifican como formas de hostilidad determinados desórdenes de conducta como la falta de puntualidad, el absentismo y la falta de interés. La edad es mencionada como el motivo fundamental, así como la falta de tolerancia, los problemas en las familias, el entorno a la escuela, la sociedad, los medios de comunicación (TV) y la

pobreza del lenguaje. En cambio, son discordantes las opiniones sobre las medidas preventivas en vigor en los centros y sobre las propuestas para mejorar las estrategias de prevención.

Las personas responsables de la dirección de los centros tienen una concepción de la violencia amplia que incluye no sólo aquellos comportamientos o actitudes de carácter claramente agresivo –de violencia verbal y física, insultos, intimidaciones y abusos– sino también aquellos comportamientos y actitudes pasivas como son la falta de puntualidad, la ausencia de participación en clase, o en las actividades extraescolares, el cuestionamiento o el desafío de la autoridad del profesorado, y la falta de respeto a los demás estudiantes y al profesorado –ya sean casos concretos o en general. En el Informe del Defensor del Pueblo se mencionan como conductas hostiles el creciente desinterés de los alumnos en la materia de estudio según la investigación de la Inspección Educativa. Estos comportamientos –ya sean activos o pasivos– son alteraciones de la conducta escolar. La principal consecuencia de las alteraciones de conducta de los estudiantes no es necesariamente un mal resultado académico, pero sí un deterioro de la convivencia y la calidad de las relaciones que se establecen en el centro, tanto entre estudiantes como entre profesorado y estudiantes.

El otro aspecto importante resaltado es la pobreza de lenguaje. Este aspecto es relacionado con el uso cada vez más extendido de los móviles. Sin embargo es de señalar que las deficiencias en el aprendizaje del lenguaje (en esta comunidad en ambos castellano y valenciano) necesitan del refuerzo de ambas materias en las aulas de apoyo. Si bien el comportamiento de los estudiantes es algo que trasciende del ámbito escolar para implicar a las familias, la enseñanza del lenguaje –dos en las comunidades bilingües– es responsabilidad de la institución escolar. Sin embargo, los responsables de los centros parecen eludir esta responsabilidad y la

autocrítica respecto a las posibles causas internas de violencia en los centros, y no se indican medidas de actuación internas.

Los resultados han quedado centrados en las conductas de los estudiantes, sin mencionar otros posibles aspectos de organización o pedagógicos del centro ni del profesorado. En este sentido, las respuestas sobre actuaciones concretas de los centros y las propuestas para el futuro eran más generales que específicas contra la violencia. Es de subrayar que las propuestas de intervención no se dirigen a mejorar las dificultades internas en los centros, y que las dirigidas a mejorar las dificultades externas no están siempre al alcance de los mismos. La falta de motivación, de tolerancia y de interés no puede verse sólo como una deficiencia de los estudiantes y habría que revisar tanto el interés y motivación del alumnado, como los sistemas de organización, didácticos y de autoridad de los centros.

En este trabajo se obtienen resultados similares a los de la literatura existente tanto en el resto de las comunidades o provincias españolas¹⁵⁻²¹ como en otros países²². El Informe del Defensor del Pueblo también describe que la violencia escolar es de índole verbal, más frecuente en niños, y en edades entre 11 y 14 años y que disminuye a partir de esa edad. No se incluyen los trastornos de conducta como comportamientos hostiles ni la pobreza del lenguaje como causa. La menor hostilidad en mujeres adolescentes se ha descrito también en una encuesta multicéntrica realizada en Portugal. Otro estudio en Suiza dirigido a adolescentes y publicado recientemente, también señala que la violencia es más de índole verbal e identifica la exposición a videojuegos como un factor de riesgo en los comportamientos violentos sólo en chicos²³. Estos resultados indican la diferencia de la violencia escolar en nuestro país y los países del entorno europeo con lo descrito en los EEUU, donde la violencia escolar presenta otras características: hay más violencia física y presencia de armas;

pero también relacionan los problemas de conducta con un déficit de aprendizaje^{24,25} y con problemas de salud y psicológicos²⁶⁻²⁹.

La relevancia de los resultados es doble³⁰. Por una parte, confirma los resultados de las escasas investigaciones similares en nuestro país y, por otra, añade nuevos elementos para analizar este fenómeno con mayor profundidad y otros criterios de rigurosidad y validez de la información³¹⁻³⁵. Se trata de la primera investigación sobre violencia escolar realizada en Alicante y la única en el ámbito nacional que emplea metodología cualitativa. Esto apoya la necesidad de utilizar diversos enfoques metodológicos en el abordaje de fenómenos sociales complejos que plantee futuras hipótesis de trabajo.

Pueden derivarse algunas implicaciones de interés para futuras intervenciones. Por un lado existe una clara actitud positiva de interés y de disposición a conocer y abordar el problema de la violencia escolar. Todos los centros realizaban algún tipo de intervenciones. Y existe un consenso de que más esfuerzos serán necesarios para el futuro. La petición de recursos adicional que se hace se orienta a personal específico (psicólogos, pedagogos, etc.) así como a talleres dirigidos a los profesionales para capacitarles a gestionar los incipientes conflictos y problemas relacionados con la violencia que se puedan presentar. Ambas demandas expresan una necesidad de dotarse de nuevas competencias ante un problema que se considera como de difícil abordaje. Las principales dificultades para una intervención eficaz estarían relacionadas con la multicausalidad y con que las causas valoradas como más fundamentales actúan fuera del ambiente escolar (familia, entorno social, etc.), lo que dificultaría y limitaría el impacto de las intervenciones realizadas en el ámbito escolar. Y por último, a nivel escolar se expande el concepto de violencia incluyendo en él actitudes y comportamientos hostiles hacia el ambiente y la disciplina escolar. Esto abre un espacio interesante de reflexión sobre la relación

entre ambas problemáticas y las posibilidades y sinergias de intervenciones en este ámbito.

Como limitaciones del estudio hay que señalar que el consenso discursivo contra la violencia se ha podido ver favorecido por el contexto de la sociedad española en el 2003 –muchas movilizaciones contra la guerra de Irak, y la frecuencia de noticias en España sobre violencia de género y sobre terrorismo. Es necesario indicar que se ha observado una desviación en las repuestas proporcionadas por los centros entre las medidas de mejoras generales y las medidas concretas contra la violencia.

Estudios que profundicen en las hipótesis indicadas y en medidas de prevención específicas según los diferentes centros serían de gran interés y relevancia tanto en esta comunidad como en otras.

AGRADECIMIENTOS

Al Instituto de Cultura Juan Gil Albert de Alicante por la beca de ayuda doctoral (2004). Al Fondo de Investigación Sanitarias cuya financiación permitió la realización de este estudio (FIS 01/063), y a la financiación parcial otorgada por la RECESP C03/09. A Fernando Conde y Javier Callejo por aportar comentarios y críticas al primer borrador. A la profesora Julia del Amo por revisar, apoyar y favorecer el avance de la investigación y de su publicación.

BIBLIOGRAFÍA

- World Health Organization. World Report on Violence and Health. Geneva: WHO; 2002.
- Krieger N. Epidemiology and Social Sciences «Towards a Critical reengagement in 21st Century». *Epidemiol Rev* 2000; 11:155-163.
- Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The World Report on Violence and Health. *The Lancet* 2002; 360:1083-1088.
- Gilligan J. Violence in Public Health and Preventive Medicine. *The Lancet* 2000, 355:1802-4.
- Nansel T, Overpeck M, Pilla RS, Ruan WJ, Simons-Morton B, Scheidt P. Bullying behaviors among US youth. *JAMA* 2001; 285:2094-2100.
- Defensor del Pueblo. Informe del Defensor del Pueblo 2000. Informe sobre violencia escolar: el maltrato entre iguales en la educación secundaria obligatoria. [citado junio 2006]. <http://www.defensordelpueblo.es>
- Fernández García I. Bullying and Violence in Spain. Poster Presented at the European Conference on Initiatives to Combat School Bullying. Barbican Centre, London, May 15th - 16th 1998. [citado junio 2006]. <http://www.gold.ac.uk/euconf/posters/spain.html>.
- Ortega R, Fernández I, Del Rey R. Tackling Violence in Schools: A Report from Spain. [citado junio 2006]. <http://www.gold.ac.uk/connect/reportspain.html>.
- Mesa Sánchez D. Medios de comunicación, violencia y escuela. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado* 2002;44: 209-222.
- Díaz-Aguado MJ. La construcción de la igualdad y la prevención de la violencia contra la mujer desde la educación secundaria. Instituto de la Mujer, 2001.
- Conde F. Las Representaciones Sociales sobre la Salud de los Jóvenes Madrileños. Madrid. CIMOP, 1994.
- Conde F, Gómez-Yáñez JA. Los hijos de la desregulación. [citado junio 2006]. <http://www.solidaridad.net/vernoticia.asp?noticia=394>.
- Martinez C. Gender Differences in Prevalence and risk factors of School-based hostility in Alicante, Spain. Oral Communication presented to the European Congreso de Epidemiology, september 2004, Oporto, Portugal.
- Martinez C. Prevalencia de hostilidad en escolares: determinantes individuales y de centro. Comunicación oral presentada en el XXII Congreso nacional de Epidemiología, octubre 2004, Cáceres.
- GICA (Grupo de Investigación de la Comunidad Valenciana). Los Conflictos en las aulas de ESO. Un estudio sobre la situación en la Comunidad Valenciana. L'Ullal edicions, Valencia, 2001.

16. García Correa A. Las conductas disruptivas en la EGB. Instituto de Ciencias de la Educación. Universidad de Murcia, 1982.
17. Melero J. Conflictividad y violencia en los centros escolares. Editorial Siglo XXI, 1993.
18. Ortega R. Violencia interpersonal en los centros educativos de Educación Secundaria. *Revista de Educación* 1994; 304:253-280.
19. Ortega R. El proyecto Sevilla antiviolencia escolar. Un modelo de intervención preventiva contra los malos tratos entre iguales. *Revista de Educación* 1997; 313: 143-158.
20. Monográfico sobre violencia en los centros educativos. *Revista de Educación* 1997: N1:313.
21. Zabalza MA. A convivencia nos centros escolares de Galicia. Consellería de Educación e Ordenación Universitaria. Santiago de Compostela 1999.
22. Sousa S, Correia T, Barros H. Violence in Portuguese Adolescents: Social and Behavioral Determinants. Dep. of Hygiene and Epidemiology. University of Porto Medical School. Presented at the European Congress of Epidemiology, sep. 2004. Oporto, Portugal.
23. Kunstche E, Klingemann H. Hostility among Adolescents in Switzerland? Multivariate relations between excessive media use and forms of violence. *Journal of Adolescents Health* 2004; 34:230-236.
24. Bennett K, Brown K, Boyle M, Racine Y, Offord D. Does low reading achievement at school entry cause conduct problems? *Social Science and Medicine* 2003; 56:2443-8.
25. Dahlberg L, Potter LI. Youth Violence. Developmental pathways and prevention challenges. *Am J Prev Med* 2001; 20(1S):3-14.
26. Stein BD, Zima BT, Elliott MN, Burnam MA, Shahinfar A, Fox NA, Leavitt LA. Violence exposure among school-age children in foster care: relationship to distress symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40:588-94.
27. Seals D, Young J. Bullying and victimization: prevalence and relationship to gender, grade level, ethnicity self-esteem and depression. *Adolescence* 2003; 38:735-47.
28. Amodei N, Scott A. Psychologists' contribution to the prevention of youth violence. *The Social Science Journal* 2002; 39:511-526.
29. Fields S, McNamara J. The prevention of child and adolescent violence: a review. *Aggression and Violent Behavior* 2003; 8:61-69.
30. Docherty M, Smith R. The Case for structuring the discussion of scientific papers. *BMJ* 1999; 318:1224-25.
31. Pope C, Mays N. Qualitative research: reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *Br Med J* 1995; 311:42-5.
32. Mays N, Pope C. Assessing quality in qualitative research. *Br Med J* 2000; 320:50-2.
33. Mays N, Pope C. Rigour in qualitative research. *Br Med J* 1995; 311:109-12.
34. March Cerdà JC, Prieto MA, Hernán M, Solas O. Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Gac Sanit* 1999; 13:312-9.
35. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges and guidelines. *The Lancet* 2001; 358:483-8

ORIGINAL

EPIDEMIOLOGÍA DEL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO DE ORIGEN LABORAL EN LA PROVINCIA DE ALICANTE, 1996-2004 (*)

José Roel-Valdés (1), Vanessa Arizo-Luque (2,3) y Elena Ronda-Pérez (3)

(1) Gabinete de Seguridad e Higiene en el trabajo - Alicante. Conselleria de Economía, Hacienda y Empleo. Generalitat Valenciana.

(2) Área de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública. Conselleria de Sanidad. Generalitat Valenciana.

(3) Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia. Universidad de Alicante.

(*) Trabajo financiado parcialmente por la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES). Expediente: PI 003/2004.

RESUMEN

Fundamento: El síndrome del túnel carpiano es uno de los principales problemas de salud de los trabajadores que desarrollan tareas relacionadas con esfuerzos manuales intensos y movimientos repetitivos del miembro superior. Los objetivos del estudio son conocer su frecuencia de aparición en la provincia de Alicante, describir las características laborales de las personas afectadas, analizar el proceso seguido para el tratamiento y rehabilitación y mostrar la situación de los afectados en su reincorporación laboral.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. La población estudiada estuvo constituida por todos los trabajadores cuyo parte de enfermedad profesional se remitió al Gabinete de Seguridad e Higiene desde 1996 hasta 2004.

Resultados: Se declararon 266 partes de enfermedad profesional por síndrome del túnel carpiano. La incidencia fue de 4,2 casos por cada 100.000 trabajadores. El 62,8% de los casos eran mujeres, de las cuales el 25% tenía menos de 30 años. La antigüedad media en la empresa era de 132,3 meses.

Conclusiones: Los factores de riesgo más frecuentemente referidos son la realización de movimientos repetitivos y de actividades que requieren fuerza manual.

Palabras clave: Síndrome del túnel carpiano. Enfermedades ocupacionales. Salud laboral. Riesgos laborales.

ABSTRACT

Epidemiology of Occupationally-Caused carpal Tunnel Syndrome in the Province of Alicante, Spain 1996-2004

Background: Carpal tunnel syndrome is one of the major health problems of workers who perform tasks entailing intense manual stress and repetitive movements of the upper limbs. The implementation of regulations and social changes, as well as the incorporation of women into the working world bring to bear the need of ascertaining whether any changes have taken place in the pattern of occurrence of this syndrome and in the factors conditioning the same. The objectives of this study are to know the frequency with which this syndrome occurs in the province of Alicante, to discover the work-related characteristics of those individuals affected thereby, to analyze the procedure followed for treatment and rehabilitation and to delve into the situation of those affected upon their return to work.

Methods: Descriptive, cross-sectional study. The population studied was comprised of all those workers for whom an occupational disease report was remitted to the Safety and Health Commission within the 1996-2004 period.

Results: A total of 266 reports of occupational disease due to carpal tunnel syndrome were filed. The incidence rate was 4.2 cases per 100,000 workers. A total of 62.8% of the cases were females, 25% of whom were under 30 years of age. The average length of employment at the company was 132.3 months.

Conclusions: The risk factors most often mentioned are performing repetitive movements and activities requiring manual strength.

Key words: Carpal Tunnel Syndrome. Occupational Diseases. Occupational Health. Occupational Risk.

Correspondencia:
José Roel-Valdés
Gabinete de Seguridad e Higiene en el trabajo
C/ Hondón de los frailes, 1.
03005-Alicante
Correo electrónico: roel_jos@gva.es

INTRODUCCIÓN

El Síndrome del túnel carpiano (STC) es uno de los principales problemas de salud de los trabajadores que desarrollan tareas relacionadas con esfuerzos manuales intensos y movimientos repetitivos del miembro superior¹. Su origen radica en la compresión del nervio mediano a nivel de la muñeca en su paso por el túnel del carpo. Se caracteriza por dolor nocturno, parestesias, parálisis y debilidad muscular en el territorio inervado por este nervio²; aunque pueden estar implicadas las dos manos, la sintomatología se presenta con mayor frecuencia en el miembro dominante.

Los costes ocasionados por esta patología son de diversa índole, desde los derivados de la atención sanitaria, intervención quirúrgica y rehabilitación, estimados en Estados Unidos en 1 billón de dólares americanos al año³, a los producidos por la pérdida de productividad del trabajador afectado, las compensaciones económicas de las empresas y los días de baja laboral, que se calculan en 30 días por proceso^{4,5}.

Las principales causas del STC de origen laboral son el uso de herramientas inadecuadas, técnicas de trabajo deficientes y tareas manuales repetitivas con utilización de fuerza⁶.

Ya en 1987 Silverstein y su grupo apuntaban que a través de las modificaciones en el trabajo podría disminuir la prevalencia o incidencia del STC laboral. La prevención primaria debe basarse en la adaptación de los instrumentos de trabajo (por ejemplo el teclado del ordenador, entre otros), en la instauración de programas ergonómicos (como tablas de ejercicios, uso de accesorios antivibración) y sobre el propio profesional (como el control del puesto de trabajo a nivel individual o del clima laboral). Aunque la prevención compete fundamentalmente a las instituciones de Salud Pública, la asunción de responsabilidades es difícil por la disper-

sión de competencias (mutuas de enfermedades profesionales de la seguridad social, unidades de salud laboral, servicios sanitarios asistenciales, las propias empresas o las mutuas de accidentes de trabajo)⁷.

En los últimos años se ha producido un profundo cambio en el campo de la Prevención de los Riesgos Laborales. La introducción de nueva reglamentación y algunos cambios sociales, como la incorporación de la mujer al mundo laboral y a determinados puestos de trabajo, plantean la necesidad de conocer si se han producido variaciones en el patrón de presentación de este síndrome y en los factores que lo condicionan. Los estudios epidemiológicos proporcionan herramientas para comprobar las hipótesis etiológicas de los problemas de salud, desarrollar criterios diagnósticos y evaluar las intervenciones terapéuticas empleadas⁸. En la situación del STC, pueden ayudar a prevenir su aparición y sus consecuencias, tanto personales como económicas, pues la importancia del diagnóstico precoz radica en la posibilidad de tratamientos más rápidos y menos agresivos⁹, más eficaces en pacientes jóvenes y de evolución más corta¹⁰.

El conocimiento de que las mujeres realizan diferentes tareas que los hombres de la misma categoría profesional muestra que un resultado de esta segregación por género es la mayor presencia de las mujeres en ciertas ocupaciones de alto riesgo de desarrollo del STC. El trabajo de McDiarmid et al muestra que en el STC el problema es el trabajo, no el sexo, con lo que pone en entredicho la contribución de factores como el nivel hormonal, la antropometría u otras características asociadas al sexo femenino muchas veces usadas para explicar la mayor frecuencia de aparición del STC en las mujeres. Este enfoque en las características femeninas retrasa el establecimiento de medidas preventivas laborales y aplaza la oportunidad de reducir los daños laborales en la salud de las mujeres¹¹.

Los objetivos del presente estudio son conocer la frecuencia de aparición del STC en la provincia de Alicante en base a su declaración como Enfermedad profesional desde 1996 a 2004, describir las características laborales de las personas afectadas, analizar el proceso seguido para el tratamiento y rehabilitación del STC y mostrar la situación de las personas afectadas en su reincorporación a la actividad laboral.

SUJETOS Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal, cuya población la constituyen todos los trabajadores cuyo parte de enfermedad profesional se ha remitido al Gabinete de Seguridad e Higiene en el Trabajo de Alicante desde 1996 hasta 2004.

La definición de caso utilizada ha sido la propuesta para la vigilancia epidemiológica del STC por el *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH)¹² que considera necesaria la presencia de tres elementos: síntomas sugestivos de afectación del nervio mediano a su paso por el túnel carpiano (parestias, hipoestias, dolor o debilidad), signos exploratorios (signo de Tinel y/o test de Phalen positivos) o electrofisiológicos positivos, además de una historia laboral de tareas con riesgo (uso repetitivo y frecuente de movimientos iguales o similares de la mano o muñeca, tareas habituales que requieren el empleo de fuerza con la mano, tareas que requieren posiciones forzadas de la mano, uso regular de herramientas de mano vibratorias, presión sobre la muñeca o la base de la palma frecuente o prolongada).

La recogida de la información se realizó mediante un cuestionario estructurado, utilizando los datos contenidos en los partes de Enfermedad profesional y los resultados de los exámenes médico-laborales de los trabajadores afectados, que fueron realizados por un especialista en Medicina del Trabajo del

Gabinete de Seguridad e Higiene de Alicante. Estos exámenes médico-laborales se realizaron al término con el objetivo de valorar la eficacia del tratamiento recibido y las condiciones de la reincorporación a la actividad laboral.

Las variables contenidas en este cuestionario son las siguientes:

Datos individuales: edad, sexo, localización del STC, número de episodio (primero o recidiva), mano dominante.

Datos laborales: empresa, puesto de trabajo, antigüedad en el puesto.

Actividades con riesgo: movimientos repetitivos en la muñeca afectada, empleo de fuerza en la mano, posiciones forzadas de la mano, uso de herramientas vibratorias, presión en muñeca-mano.

Historia laboral: duración de la jornada (días x semana y horas x día), antecedentes patológicos en relación con STC, antecedentes traumáticos.

Descripción de casos-evolución y cronología: parestias nocturnas (uni o bilateral), dolor en mano (uni o bilateral), pérdida de fuerza en mano (uni o bilateral), tiempo de evolución de síntomas, tratamientos realizados, diagnóstico previo con electromiograma ((sí/no y resultado positivo/negativo), diagnóstico previo con electroneurograma (sí/no y resultado positivo/negativo), diagnóstico previo con ecografía de muñeca (sí/no y resultado positivo/negativo), diagnóstico previo con radiografía/tomografía axial computerizada (TAC)/resonancia magnética nuclear (RMN) (sí/no y resultado positivo/negativo).

Exploración clínica post-cirugía. Persistencia de Síntomas-Signos:

Parestias, dolor, pérdida de fuerza.

Signo de Tinel, Phalen, ambos.

Prueba Diagnóstica: EMG/ENG para valoración de la persistencia de alteraciones sensitivas, motoras o ambas.

Patologías asociadas (fatiga de tendones asociada): epicondilitis, epitrocleitis, tenosinovitis de Quervain.

Estudio del proceso administrativo del diagnóstico de Enfermedad Profesional (EP): fecha parte de EP, fecha cirugía, tiempo de espera hasta cirugía, fecha de alta, tiempo total de la baja laboral.

Reincorporación laboral: despido, finalización de contrato, regreso al mismo puesto de trabajo, regreso al mismo puesto readaptado, cambio de puesto con riesgo, cambio de puesto sin riesgo.

Realización de tratamiento rehabilitador (Sí/No).

Se realizó una depuración de la información recogida en la base de datos a través de la observación de la distribución de frecuencias de todas las variables del estudio y a través de la detección de los errores de grabación y su corrección. La variable «puesto de trabajo» se ha recodificado, creándose 11 grandes grupos de «sectores laborales»: textil, calzado, envasado, limpieza, madera, manipulador de alimentos, mármol, metal, montaje, tareas administrativas y otros. Se describieron las variables estudiadas, realizando pruebas de comparación de medias por sexo en las variables continuas como son «antigüedad en la empresa», «duración de la jornada laboral», «tiempo de evolución de los síntomas», «tiempo de baja» y «tiempo de espera hasta la cirugía».

Para el cálculo de la incidencia por 100.000 se han utilizado las cifras de población ocupada anualmente facilitadas por el Instituto Nacional de Estadística en la Encuesta de Población Activa¹⁵.

Posteriormente se ha realizado el estudio multivariante con el paquete estadístico

«R». En primer lugar, se ha estudiado la influencia de las variables definidas como «actividades con riesgo», «historial laboral», «puesto de trabajo», «edad» y «sexo» (variables independientes) en la variable «tiempo de evolución» (variable respuesta). Esta variable está calculada a partir de la diferencia entre la «antigüedad en el puesto de trabajo» (en el momento del diagnóstico) y el «tiempo de evolución de los síntomas», eliminando los casos en que esta variable era negativa, es decir, aquellos casos que presentaban síntomas del STC antes de incorporarse al puesto de trabajo del que se ha recogido la información. Con la finalidad de poder estudiar qué factores estaban influyendo en el tiempo de evolución de los síntomas, se planteó este estudio mediante un modelo de regresión lineal múltiple sobre el logaritmo de la variable original.

Para el estudio de la influencia de las variables de los grupos «actividades con riesgo», «historial laboral», «síntomas referidos», «puesto de trabajo», «edad» y «sexo» en la variable «*diagnóstico bilateral*» del STC se ha realizado una regresión logística, que transforma esta última en el logaritmo del odds ratio (OR), esto es, en el logaritmo de $(p/1-p)$, siendo p la probabilidad de diagnóstico bilateral. Se trataba de buscar una explicación al diagnóstico del STC en ambas manos que aparecía con gran frecuencia en los datos. Los resultados de los dos modelos anteriores se presentan juntos en la tabla 5, señalando solamente aquellas variables estadísticamente significativas.

Se siguió el mismo proceso con las variables respuesta «dolor», «parestias» y «pérdida de fuerza manual», todas ellas dentro del grupo de las «secuelas», tratando de explicarlas mediante las variables independientes «edad», «sexo», «puesto de trabajo», «antigüedad en el puesto de trabajo», «actividades de riesgo», «duración de la jornada laboral», «antecedentes», «síntomas referidos», «tiempo de evolución de los síntomas», «secuelas», «cirugía», «rehabilitación», «fatiga de

tendones asociada», «tiempo de espera» y «reincorporación al trabajo». La alta presencia de secuelas planteó la necesidad de buscar asociaciones entre diversas variables y la posterior aparición de dichas secuelas para tratar de prevenirlas. De cada secuela se ha hecho un modelo de forma independiente, mostrando sólo aquellas variables significativas de cada uno. Las mismas variables se han estudiado para observar su influencia en «la persistencia de signos clínicos tras la intervención quirúrgica» y la presencia de «alteraciones en el ENG tras la intervención quirúrgica». Con la finalidad de no complicar la lectura de las tablas, se han presentado los 5 modelos en la misma (tabla 6).

Se procedió a realizar un proceso de selección de variables «paso a paso» de forma

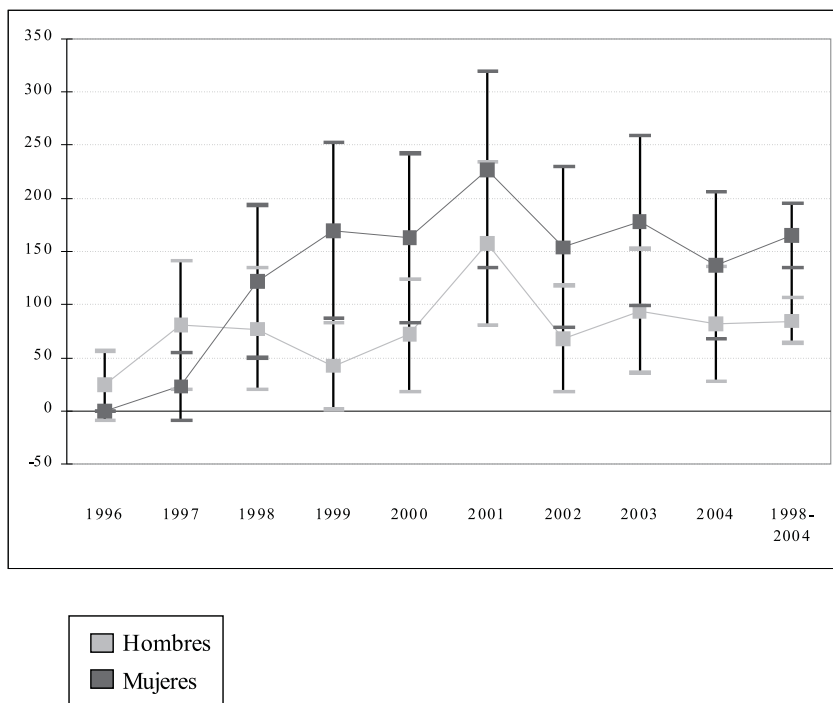
manual en todos los casos con el fin de determinar qué variables influyen de forma significativa en las variables respuesta, eliminando del modelo aquellas que aportan menos información al análisis y resolviendo en cada caso los conflictos entre las mismas.

RESULTADOS

En período de estudio se realizaron 266 partes de enfermedad profesional por STC. Tras la citación por correo postal para la revisión médico-laboral al finalizar el proceso, acudieron a la misma 191 personas, lo que supone una tasa de respuesta de 0,7. Las personas no entrevistadas no pudieron ser localizadas.

Figura 1

Evolución de las tasas de Incidencias anuales y de periodo del STC profesional (Tasas por 100.000 habitantes con intervalo de confianza al 95%. Alicante, 1996-2004)



La incidencia calculada para cada uno de los años de estudio se representa por sexo en la figura 1. Debido a que el número de casos declarados en 1996 y 1997 es muy bajo en relación con los casos de los años posteriores, se eliminaron para el cálculo de la incidencia de periodo, que es de 85,2 casos de STC por cada 100.000 hombres trabajadores (intervalo de confianza al 95% (IC95%) = 63.7-106.8) y 164,8 casos por cada 100.000 mujeres trabajadoras (IC95%=134.8-194,7).

En la tabla 1 se muestran las características de los trabajadores estudiados, observándose que el 62,8% de los casos registrados son mujeres, de las cuales, el 25% tiene menos de 30 años. El 32,4% de los hombres, el grupo más numeroso, tiene entre 41 y 50 años. La edad media de aparición en mujeres fue 39,6 años (desviación típica 10,67) y en hombres de 39,5 años (desviación típica 10,07) sin mostrar diferencias estadísticamente significativas. El 92% de las mujeres y el 96% de los hombres presentaban su primer episodio de STC en el intervalo de tiempo estudiado. El diagnóstico electromiográ-

fico fue realizado en el 97,55 de las mujeres y en el 100% de los hombres.

La tabla 2 muestra las características laborales de las personas afectadas. La antigüedad media en la empresa en el momento del diagnóstico del STC es de 132,3 meses, no encontrándose diferencias significativas por sexo ($p=0,067$). La carga laboral medida en horas por semana sí presentó diferencias significativas por sexo ($p<0,001$); mientras que las mujeres presentaron una media de 43,4 horas laborales por semana (desviación típica 8,7), los hombres presentan 49 horas semanales de media (desviación típica 9,7). La distribución de la muestra por sectores laborales también muestra diferencias por sexo; el 38,3% de las mujeres, el grupo más numeroso, desarrollaba su actividad laboral en el sector de la alimentación, principalmente como carniceras, pescaderas o charcuteras y el 21,1% de los hombres, el grupo más numeroso, trabaja realizando tareas de montaje y ensamblaje. En la descripción de los factores de riesgo observamos que la utilización de herramientas vibratorias se pre-

Tabla 1

Características personales de los trabajadores/as con parte de enfermedad profesional por STC y las características de presentación del mismo. (Alicante, 1996-2004)

		Mujeres		Hombres		Total
		n	%	n	%	n
Sexo		120	62,8	71	37,2	191
Edad	< 20 años	1	0,8	0	0	1
	21 a 30	29	24,2	19	26,8	48
	31 a 40	39	32,5	17	23,9	56
	41 a 50	28	23,3	23	32,4	51
	51 a 60	23	19,2	11	15,5	34
	> 60 años	0	0	1	1,4	1
Electroneurografía	No realizada	3	2,5	0	0	3
Episodio	Primero	110	91,7	68	95,8	178
	Recidiva	10	8,3	3	4,2	13
Antecedentes traumáticos	Sí	20	16,7	19	26,8	39

Tabla 2

**Características de la exposición laboral en los trabajadores/as con parte de enfermedad profesional por STC.
(Alicante, 1996-2004)**

		Mujeres		Hombres		
		n	%	n	%	
Actividad laboral	Manipulador de alimentos	46	38,3	11	15,5	
	Tareas administrativas	3	2,5	0	0	
	Calzado	13	10,8	0	0	
	Metal	0	0	11	15,5	
	Textil	4	3,3	1	1,4	
	Mármol	0	0	11	15,5	
	Madera	0	0	2	2,8	
	Limpieza	21	17,5	1	1,4	
	Envasado	11	9,2	5	7,0	
	Montaje	13	10,8	15	21,1	
	Otros	9	7,5	14	19,7	
Factores de Riesgo*	Movimientos repetitivos	54	45,0	34	47,9	
	Fuerza manual	108	90,0	68	95,8	
	Posturas forzadas	108	90,0	60	84,5	
	Herramientas vibratorias	20	16,7	36	50,7	
	Presión sobre la muñeca	8	6,7	2	2,8	
Antigüedad en la empresa (meses)	Media (desviación típica)		114,1 (100,4)		163,2 (261,5)	
Horas por Semana			43,4 (8,7)		49 (9,7)	

* · Puede haber más de un factor de riesgo laboral presente.

senta de forma desigual en ambos sexos, pues se encuentra presente el 50,7% de los hombres afectados y sólo en el 16,7% de las mujeres. El resto de factores de riesgo se presenta de forma similar en ambos sexos, apareciendo como los más referidos las actividades que requieren el uso de fuerza manual (en el 90% de las mujeres y el 95.8% de los hombres) y las que requieren posturas forzadas de la mano o muñeca (90% de las mujeres y 84,5% de los hombres).

Las características clínicas del STC presentan un patrón similar en ambos sexos (tabla 3), mostrándose más frecuente la presentación de parestesias nocturnas y dolor nocturno unilateral. En cuanto a la localización del STC, según el diagnóstico electromiográfico, se observó que el 59,2% de las mujeres y el 60,6% de los hombres presentaba un STC bilateral. De los casos revisados, el 92,1% de las mujeres y el 82,6% de los hombres se sometieron a una intervención

Tabla 3
Características clínicas del STC profesional. (Alicante, 1996-2004)

	Mujeres		Hombres		Total	
	n	%	n	%	n	
Sintomatología						
Parestesias nocturnas unilaterales	64	53,3	38	53,5	102	
Parestesias nocturnas bilaterales	51	42,5	31	43,7	82	
Dolor nocturno unilateral	65	54,2	37	52,1	102	
Dolor nocturno bilateral	49	40,8	26	36,6	75	
Falta de fuerza en mano (unilateral)	38	31,7	18	25,4	56	
Falta de fuerza en mano (bilateral)	29	24,2	12	16,9	41	
Diagnóstico Electromiográfico	STC derecho	33	27,5	20	28,2	53
	STC izquierdo	13	10,8	8	11,3	21
	STC bilateral	71	59,2	43	60,6	114
	No realizado	3	2,5	0	0	3
Otras pruebas diagnósticas	Radiografía positiva	1	0,8	0	0	1
	Ecografía de muñeca positiva	0	0	0	0	0
	Resonancia magnética positiva	1	0,8	1	1,4	2
Tratamiento	Cirugía	105	92,1	57	82,6	162
	Rehabilitación	85	70,8	47	66,2	132
Tiempo de evolución de los síntomas	Media en meses (desviación típica)	25,3 (30,2)		26,6 (27,7)		26,1 (28,6)

quirúrgica como tratamiento del STC, y el 70,8% de las mujeres y el 66,2% de los hombres han recibido tratamiento de rehabilitación. El tiempo de evolución de los síntomas hasta su diagnóstico no es diferente según el sexo ($p=0,772$), siendo de 26,1 meses de media con una desviación típica de 28,57.

En cuanto a la presencia de secuelas tras el tratamiento (tabla 4), se puede apreciar una mayor frecuencia de aparición de todas ellas en las mujeres. Así, la falta de fuerza tras el tratamiento es la secuela más referida, afectando al 11,9% de las mujeres, lo que muestra una aparición del problema tras el tratamiento. La presencia de parestesias y de

dolor tras el tratamiento se registraron en el 29,6% y el 26,3% de las mujeres respectivamente frente al 24,6% y 15,9% de los hombres que presentaron el problema antes del tratamiento. Asimismo se evidenciaron, en el examen médico practicado, una serie de patologías músculo esqueléticas del miembro superior asociada con el STC, como la Tenosinovitis de Quervain en el 31,7% de las mujeres y en el 18,3% de los hombres y la Epicondilitis y la Epitrocleititis en el 23,3% y 21,7% de las mujeres respectivamente y en el 15,5% y 12,7% de los hombres. Tras el tratamiento quirúrgico, presentaron persistencia de los signos de Tinel y/o Phalen el 59,2% de las mujeres y el 50,7% de los hom-

Tabla 4

Situación médico-laboral a la finalización del proceso de los trabajadores/as con parte de enfermedad profesional por STC profesional. (Alicante, 1996-2004)

		Mujeres		Hombres		Total
		n	%	n	%	n
Persistencia de síntomas	Parestesias	34	29,6	17	24,6	51
	Dolor	30	26,3	10	15,9	40
	Pérdida de fuerza manual	75	111,9	29	96,7	104
Persistencia de signos	Signo de Tinel	9	7,5	12	16,9	21
	Signo de Phalen	15	12,5	8	11,3	23
	Signos de Tinel y Phalen	47	39,2	16	22,5	63
Alteraciones en el Electroneurograma	Sensitivas	10	8,3	10	14,1	20
	Motoras	20	16,7	11	15,5	31
	Sensitivas y motoras	22	18,3	16	22,5	38
	No realizado	16	13,3	4	5,6	20
Fatiga de tendones asociada	Epicondilitis	28	23,3	11	15,5	39
	Epitrocleititis	26	21,7	9	12,7	35
	Tenosinovitis de Quervain	38	31,7	13	18,3	51
Reincorporación laboral	Al mismo puesto	63	52,5	40	56,3	103
	Al mismo puesto readaptado	4	3,3	3	4,2	7
	Cambio de puesto con riesgo	13	10,8	3	4,2	16
	Cambio de puesto sin riesgo	8	6,7	2	2,8	10
	Finalización de contrato	3	2,5	6	8,5	9
	Despido	6	5	3	4,2	9
Informe de la mutua		70	58,3	36	50,7	70
Tiempo de baja	Media (desviación típica)	46,3 (47,9)		41,2 (36,4)		44,4 (44,0)
Tiempo de espera de cirugía	Media (desviación típica)	9,9 (21,3)		10,7 (26,1)		10,2 (23,1)

bres. Y continuaban evidenciándose secuelas en las alteraciones neurográficas en el 43,3% de las mujeres y el 52,1% de los hombres, no habiéndose realizado ENG postratamiento en el 10,5% de los casos.

En relación a la reincorporación laboral después del episodio, el 52,5% de las mujeres y el 56,3% de los hombres afectados volvieron al puesto de trabajo que les generó la patología y el 7,5% de las mujeres y el

12,7% de los hombres finalizó su contrato o fue despedido tras la finalización del proceso.

Respecto al proceso administrativo, cabe destacar que el tiempo de espera desde el parte de baja laboral y la cirugía en su caso, es de 10,2 días (desviación típica de 23 días) sin diferencias significativas por sexo ($p=0,847$). El tiempo de duración de la baja laboral fue de 44,4 días de media (desvia-

Tabla 5

Análisis multivariante del tiempo de evolución de la enfermedad y de la presentación bilateral el STC profesional (Alicante, 1996-2004)

	Estimación Coeficientes	p
Tiempo de evolución		
- Más de 5 días/semana	-0,487	0,01
- Uso herramientas vibratorias	0,369	0,05
STC bilateral		
- Parestesia nocturna bilateral	4,397	< 0,01
- Trabajo calzado	1	-
- Trabajo mármol	-4,377	< 0,01
- Trabajo limpieza	-4,211	= 0,01
- Epitrocleititis	2,279	< 0,01
Mano dominante		
▪ derecha	1	-
▪ izquierda	-2,342	0,06
▪ ambas	-4,242	0,05

ción típica de 44 días) y también sin diferencias significativas por sexo ($p=0,464$).

En la Tabla 5 se presentan los resultados del Análisis Multivariante en cuanto al *tiempo* de evolución del STC y su diagnóstico bilateral, reseñando las variables que han presentado significación estadística en el modelo empleado.

En el tiempo de evolución hasta el diagnóstico del STC se observa que influye la duración de la jornada laboral; cuanto más dura de la misma, antes aparecen los síntomas del proceso. Entre los factores de riesgo laborales, el único que se relaciona con esta variable es el uso de herramientas vibratorias, que tiene el efecto contrario que la duración de la jornada laboral.

La presencia de parestesias nocturnas bilaterales y epitrocleititis se relacionan significativamente con un STC bilateral. Al contrario ocurre con los trabajadores que se consideran ambidiestros o zurdos frente a los diestros. Los trabajadores de los sectores del mármol y la limpieza tienen menor riesgo de desarrollar el STC en ambas manos que aquellos que trabajan en el sector del calzado, utilizados como categoría de referencia elegida al azar entre las existentes en la población de estudio.

En el análisis multivariante de las secuelas tras el tratamiento (Tabla 6) se observa que la postura de realizar habitualmente presión sobre el talón de la muñeca aumenta el riesgo de padecer parestesias como síntoma inicial del proceso y el hecho de ser mujer

Tabla 6
Análisis multivariante de las 5 variables consideradas como secuelas tras el tratamiento del STC profesional (Alicante, 1996-2004).

	Estimación de los coeficientes	p
Parestesias		
- Edad	0,061	<0,01
- Antecedentes traumatismo	0,981	0,04
- Falta fuerza mano unilateral	1,03	0,02
- Persistencia de signos (Tinel y Phalen)	2,2	<0,01
- Presión habitual talón muñeca	2,34	<0,01
- Cirugía	-0,53	0,03
- Dolor	1,01	0,03
Dolor		
- Persistencia de signos	1,29	<0,01
- Jornada Laboral < 8h / día	-1,62	0,03
- Tiempo espera para tratamiento	0,02	0,03
- Mujeres	1,14	0,01
Pérdida de fuerza manual		
- Pérdida de fuerza previa		
▪ Unilateral	1,88	<0,01
▪ Bilateral	1,62	<0,01
- T de Quervain	0,86	0,03
- Persistencia de signos	0,86	0,01
Persistencia de signos		
- Parestesias (postratamiento)	1,71	<0,01
- Alteraciones en el ENG (postratamiento)	0,48	<0,01
- Dolor (postratamiento)	1,15	0,01
- Jornada Laboral < 8h / día	-0,76	0,049
- Epitrocleitis	0,96	0,053
Alteraciones en el ENG (sensitivas y/o motoras)		
- Parestesias nocturnas bilaterales (pretratamiento)	1,27	<0,01
- Edad	0,05	0,01
- Parestesias (postratamiento)	0,91	0,03
- Pérdida de fuerza (postratamiento)	0,67	0,05

aumenta el riesgo de sufrir dolor. La jornada laboral de menos de 8 horas diarias disminuye el riesgo de padecer un STC con dolor y la persistencia de los signos de Tinel y Phalen tras el tratamiento del proceso.

DISCUSIÓN

El presente estudio muestra una incidencia del STC profesional de 85,2 casos por 100.000 trabajadores hombres y 164,8 casos por 100.000 mujeres ocupadas, en el periodo comprendido entre 1998 y 2004, valores comparables a los encontrados en la literatura (desde los 40 por 100.000 del estudio de Davis al 200 por 100.000 del estudio de Franklin, y lejos de los 530 por 100.000 de McFarlane)¹⁴⁻²³. De acuerdo al estudio de García A y Gadea R²⁴, las estimaciones de incidencia del STC de origen laboral en España, partiendo de los datos obtenidos por Kraut en Canadá en 1989²⁵, son de 12.805 casos incidentes en 1999, lo que supondría un 13,8% del total de las enfermedades laborales en España. No obstante, no podemos explicar, con los datos actuales, el pico de incidencia que muestran nuestros datos en el año 2001.

En las estadísticas españolas de Enfermedad Profesional del Ministerio de Trabajo se observa un crecimiento importante de la declaración por «parálisis de nervios debidas a presión» (Grupo E6e) en los últimos años que no se corresponde con el aumento en las cifras de población asalariada; se ha pasado de registrar 388 casos en 1995 a 2055 casos en el año 2003²⁶. Aunque la mayor parte de los casos declarados en este grupo corresponden al STC, las cifras todavía distan mucho de reflejar la casuística real, pues se estima que muchos casos de STC de origen laboral siguen ocultos como patología común debido a las conocidas deficiencias del sistema de declaración de enfermedades profesionales en España²⁷. Esta infradeclaración es uno de los principales obstáculos que los estudios epidemiológicos de nuestro

país tienen para conocer la incidencia y prevalencia real del STC laboral y desarrollar las estrategias preventivas necesarias²⁴.

En nuestra muestra, aparece una mayor incidencia de STC en las mujeres que en los hombres, distribución ya presentada en otros estudios epidemiológicos^{16,18,20}. Sin embargo, algunos estudios apuntan a que estas diferencias por sexo no son tanto de características personales sino más bien como consecuencia de diferencias en el trabajo de hombres y mujeres¹¹. En el estudio de la secuela «dolor» puede observarse una relación estadísticamente significativa entre el sexo y la aparición de dolor tras la intervención quirúrgica; las mujeres tienen más riesgo de padecer «dolor tras el tratamiento».

La edad media de aparición es de 39 años para ambos sexos. Es de destacar que la distribución de los casos es similar a la encontrada en otros estudios, disminuyendo la frecuencia de STC entre las mujeres a partir de la menopausia (Stallings SP et al cited in Falkiner S)¹⁸, lo que descarta la hipótesis de una causa hormonal para este tipo de STC. Se ha observado una relación significativa entre el «aumento de edad» y la probabilidad de padecer «parestias» tras la intervención quirúrgica y «alteraciones electroneurográficas tras el tratamiento».

El desarrollo del STC aparece con más frecuencia en mujeres con una *antigüedad media* en el puesto de trabajo menor que los hombres. En la bibliografía consultada, aparece una asociación negativa entre la antigüedad en el puesto de trabajo y el desarrollo del STC¹, esto es, a menor antigüedad, mayor riesgo de presentar STC, relación que apoya los datos obtenidos en nuestro estudio.

En cuanto a la «duración de la jornada laboral», se observa en el estudio descriptivo que la media de horas de trabajo semanales es de 43 para las mujeres y 49 para los hombres. En la bibliografía no se han encontrado

referencias a la duración de la jornada laboral, pero sí a la duración de los ciclos de movimientos de riesgo²⁰. En nuestro análisis, aparece una relación inversa significativa entre el número de horas de trabajo diarias y la presencia de «dolor» y «signos clínicos positivos» tras la intervención quirúrgica. Así pues, a menor duración de la jornada laboral, menor riesgo de padecer dolor o presentar los signos de Tinel y/o Phales positivos tras el tratamiento.

La «duración media de la baja laboral» en nuestro estudio es de 44,4 días, duración superior a la estimación que se hace en la bibliografía^{11,18}. Sin embargo, llama la atención el poco tiempo que transcurre desde el inicio de la baja hasta la fecha de la cirugía, lo que hace pensar que los trabajadores se mantienen en su puesto de trabajo hasta pocos días antes a la intervención quirúrgica.

La presentación inicial de los síntomas más frecuentes es de «parestias nocturnas unilaterales» y «dolor nocturno unilateral», que no coincide con lo esperable, teniendo en cuenta que en un 59,7% de los casos el STC se presenta de forma bilateral. Este hallazgo hace pensar que el STC se produce, en inicio, en una de las dos manos, pero no recibe asistencia sanitaria hasta que el problema se ha desarrollado en ambas manos y el desarrollo de la actividad profesional es imposible. Es interesante la asociación significativa entre la aparición de «parestias nocturnas bilateral» y la presencia de «alteraciones en el ENG tras la intervención quirúrgica».

El tiempo de evolución de los síntomas viene determinado por el tiempo transcurrido desde la aparición de los mismos hasta la instauración del tratamiento. Así, la duración media de los síntomas se sitúa, en nuestro estudio, en 2,5 años. Al analizar el «dolor» como secuela tras la intervención quirúrgica, se observa que un aumento del tiempo de evolución de los síntomas se

corresponde con un aumento de la probabilidad de padecer dolor tras el tratamiento.

En este estudio, al igual que en el de Silverstein⁶ y el del CDC¹², los dos factores de riesgo más frecuentemente referidos por los afectados son la realización de movimientos repetitivos y la realización de actividades que requieren aplicación de fuerza manual. La NIOSH (cited in McDiarmid M)¹¹, tras una extensa revisión bibliográfica, determinó que las tareas de riesgo para el desarrollo del STC eran la realización de movimientos repetitivos, el uso de fuerza manual y las vibraciones de la mano y muñeca. La realización de «presión habitual en el talón de la muñeca» aparece relacionada, en nuestro estudio, de forma significativa, con la «aparición de parestias tras el tratamiento».

La aparición de secuelas es un hecho muy frecuente en nuestra población de estudio, explicadas, tal vez, porque el 54% de los individuos estudiados no cambia de puesto de trabajo tras su reincorporación laboral. Así, la probabilidad de presentar secuelas aumenta significativamente cuando se puede constatar una persistencia de signos clínicos tras el tratamiento.

En el análisis de los sectores laborales de riesgo, ampliamente tratados en la literatura, encontramos que el sector más representado en nuestra muestra es el de «manipuladores de alimentos» que es considerado el de mayor frecuencia de aparición en la literatura, mostrando una posible relación entre determinadas actividades laborales y la aparición del STC^{15,18,20}.

En definitiva, se concluye del análisis de esta muestra, a pesar de su tamaño limitado, tanto en número, como en extensión territorial, que el patrón epidemiológico mostrado es similar al descrito por la bibliografía internacional. Cuando se profundiza en el seguimiento de casos de partes por enfermedad profesional por patologías ligadas a movimientos repetitivos aparece una situa-

ción con unas implicaciones de gran trascendencia para el conocimiento de los riesgos de exposición y las repercusiones sobre salud de los trabajadores afectados. Es también remarcable, la falta de estrategias e iniciativas preventivas que se revelan en el seguimiento de los presentes casos. Ni siquiera cuando se produce el daño se trata de corregir las situaciones de riesgo, mediante la readaptación de las condiciones de trabajo o cambios en la organización del mismo. La situación apreciada no permite apelar al desconocimiento como causa de la misma, sino bien al contrario es atribuible a un falta clara de actividades preventivas y expresa la necesidad de establecer programas específicos par la prevención y control de estos riesgos ergonómicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Silverstein B, Fine LJ, Armstrong TJ. Occupational factors and Carpal Tunnel Síndrome. *Am J Ind Med*, 1987;11:343-58.
2. Anonymus. Diagnosis of the Carpal Tunnel Síndrome. *Lancet*, 1985;i:854-8.
3. Franzblau A, Werner RA. What is carpal tunnel síndrome? *JAMA* 1999; 282(2):186-7.
4. Lincoln AE, Vernick JS, Ogaitis S, Smith GS, Mitchell CS, Agnew J. Interventions for the primary prevention of work-related carpal tunnel syndrome. *Am J Prev Med*, 2000;18(4S):37-50.
5. Silverstein B, Viikari-Juntura E, Kalat J. Use of a prevention index to identify industries at high risk for work-related musculoskeletal disorders of the neck, back, and upper extremity in Washington State, 1990-1998. *Am J Ind Med*, 2002;41:149-69.
6. Silverstein B, Fine LJ, Armstrong TJ. Occupational factors and Carpal Tunnel Síndrome. *Am J Ind Med*, 1987;11:343-58.
7. Ruíz Martín JM. Síndrome del túnel carpiano. ¿Enfermedad profesional? *Aten Prim* 1995; 16(10):584-5.
8. Carmona L. Alcance y problemática de la epidemiología en el estudio de las enfermedades reumáticas. *Rev Esp Reumatol* 1998; 25:120-7.
9. Silverstein BA, Fine LJ. Cumulative trauma disorders of the upper extremity. A preventive strategy is needed. *J Occupational Med* 1991;33:642-4.
10. Menárguez Puche JF, Luna Rodríguez C, Alcántara Muñoz PA, Micol Torres C, Martínez Martínez N, Ferra Miñarro I. Síndrome del túnel carpiano en atención primaria. Impacto de los riesgos laborales. *Aten Prim* 1996;17(3):187-92.
11. McDiarmid M, Oliver M, Ruser J, Gucer P. Male and female rate differences in carpal tunnel syndrome injuries: personal attributes or job tasks? *Environ Res* 2000; A83:23-32.
12. CDC. Current trends occupational disease surveillance: carpal tunnel síndrome. *MMWR*, 1989; 38(28):485-9.
13. Instituto nacional de estadística. Disponible en: <http://www.ine.es>.
14. Davis L, Wellman H, Punnett L. Surveillance of work-related carpal tunnel syndrome in Massachusetts, 1992-1997: a report from the Massachusetts Sentinel Event Notification System for Occupational Risks (SENSOR). *Am J Ind Med* 2001;39:58-71.
15. Franklin GM, Hang J, Heyer N, Checkoway H, Peck N. Occupational carpal tunnel syndrome in Washington State, 1984-1988. *Am J Public Health* 1991;81(6):741-6.
16. Stevens JC, Sun S, Beard CM, O'Fallon WM, Kurland LT. Carpal tunnel syndrome in Rochester, Minnesota, 1961 to 1980. *Neurology* 1988;38:134-8.
17. Macfarlane G. Identification and prevention of work-related carpal tunnel syndrome. *Lancet* 2001;357:1146-47.
18. Falkiner S, Myers S. When exactly can carpal tunnel syndrome be considered work-related? *ANZ J Surg* 2002;72:204-9.
19. Rossignol M, Stock S, Patry L, Armstrong B. Carpal tunnel syndrome: what is attributable to work? The Montreal study. *Occup Environ Med* 1997;54(7):519-23.
20. Leclerc A, Franchi P, Cristofari MF, Delemotte B et al. Carpal tunnel syndrome and work organisation in repetitive work: a cross sectional study in France. *Occup Environ Med* 1998;55:180-7.
21. Herbert R, Gerr F, Dropkin J. Clinical evaluation and management of work-related carpal tunnel syndrome. *Am J Ind Med* 2000;37:62-74.

22. Abbas MAF, Afifi AA, Zhang ZW, Kraus JF. Meta-analysis of published studies of work-related carpal tunnel syndrome. *Int J Occup Environ Health* 1998;4:160-7.
23. Ly-Pen D, Andreu JL. Síndrome del túnel carpiano. *Semin Fund Esp Reumatol* 2003;4(3):112-122.
24. García A, Gadea R. Estimación de la mortalidad y morbilidad por enfermedades laborales en España. *Arch Prev Riesgos Labor* 2004;7(1):3-8.
25. Kraut A. Estimates of the extent of morbidity and mortality due to occupational diseases in Canada. *Am J Ind Med* 1994;25:267-78.
26. Anuario de estadísticas laborales y de asuntos sociales del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Disponible en: <http://www.mtas.es>
27. García M. ¿Y para cuándo las enfermedades profesionales? *Arch Prev Riesgos Labor* 1999;2:1-3.

CLÁSICOS DE LA SALUD PÚBLICA EN ESPAÑA**GASPAR CASAL: DESCRIPCIÓN ECOLÓGICA DE LA PELAGRA, PRIMERA ENFERMEDAD CARENCIAL****José María López Piñero****RESUMEN**

Tercera de una serie de notas sobre clásicos de la salud pública en España. Se refiere a Gaspar Casal (1680-1759), que describió la pelagra, primera entidad nosológica carencial, en sus condiciones ambientales.

Palabras clave: Salud pública. España. Gaspar Casal.

ABSTRACT**Gaspar Casal: Ecological Description of Pellagra, the Leading Deficiency Disease**

The third in a series of highlights from public health classics in Spain features Gaspar Casal (1680-1759), who discovered pellagra, the leading deficiency disease, in nosological terms, in his surrounding environment.

Key words: Public Health. Spain.

Nacido en Gerona el año 1680, Gaspar Casal Julián pasó su infancia en la localidad soriana de Utrilla, de donde procedía su madre y a la que se trasladó su familia antes de 1686. Continuó residiendo después, hasta 1713, en la zona del obispado de Sigüenza comprendida entre Utrilla, Atienza y la propia Sigüenza. En el prólogo de su *Historia Natural y Médica del Principado de Asturias*, Casal destaca que desde 1706 a 1712 trabajó en estrecha colaboración con el boticario Juan Manuel Rodríguez de Luna, quien entonces vivía en Atienza y antes había estado largo tiempo en Roma al servicio del papa Inocencio XI. Lo llama «el más excelente naturalista, botánico y químico de cuantos conocí en mi vida» y lo considera su principal maestro en estas materias, subrayando

que «trabajé tanto por adelantar como él trabajó los años que estuvo en Roma... deseo que ninguno juzgue que me meto a tratar de las cosas físicas, sin noticia ni estudio de ellas». En otros lugares de su libro trata del clima, la historia natural y la sanidad de la zona citada y de la vecina parte del ducado de Medinaceli, donde están situados Finilla del Olmo, Barahona y Romanillos. También se ocupa de algunas fábricas que por allí estaban situadas, como la salitrería que el duque del Infantado tenía en Somolinos, junto a Atienza. Todos estos testimonios han sido aducidos como pruebas de que Casal ejerció ya como médico en la zona en cuestión antes de 1713, cosa que en absoluto permiten afirmar los textos. Quizá trabajó entonces allí como cirujano o como ayudante de boticario, aunque lo único seguro es que, en septiembre de dicho año, recibió el grado de bachiller en la Universidad de Sigüenza y que, poco después, se graduó en medicina en una institución que desconoce-

Correspondencia:

José María López Piñero

Avda. Marqués de Sotelo, 13, 5º, pta. 13.
46002 Valencia.

mos. Lo más probable es que lo hiciera en la misma Universidad de Sigüenza, donde cuarenta años más tarde obtendría el grado de bachiller de medicina su hijo Benito Ignacio. Al final de su vida, Gaspar Casal se seguía considerando seguntino y cuando dictó testamento manifestó que «era natural de Utrilla, diócesis de Sigüenza». Desde 1713 a 1717 residió en Madrid, llegando a asistir como médico a personajes de cierto relieve. Sin embargo, afirmó más tarde: «me probó tan mal su seco temperamento (muy frío en invierno y caliente en el verano) que, conociendo el riesgo con que me amenazaba, me vi precisado a dejarlo y marchar para Asturias el verano de 1717». En Oviedo residió durante treinta y cuatro años. Tras recibir la ayuda del duque del Parque, fue nombrado en 1720 médico municipal, cargo que ocupó hasta ser designado en 1729 médico del cabildo. A partir de estas fechas tuvo una gran fama profesional, que desbordó la capital y se extendió a todo el Principado, por cuyo territorio realizó varios viajes, efectuando también algunos por Galicia. En Oviedo cultivó la amistad de Benito Jerónimo Feijoo, quien se encontraba entonces en la cumbre de su prestigio e influencia. Durante las veladas en la celda del benedictino Casal pudo conocer publicaciones nuevas, intercambiar ideas y planificar experiencias. Por otro lado, Feijoo pesó en su adscripción a la mentalidad que consideraba la experiencia como criterio científico básico. En 1751 volvió a Madrid, tras haber sido nombrado médico de cámara supernumerario de Fernando VI, casi al mismo tiempo que Andrés Piquer. Igual que éste, entró a formar parte del Tribunal del Protomedicato en 1752, año durante el que también fue designado miembro de la Real Academia Médico-Matritense¹⁻⁹.

La producción científica de Casal fue recogida después de su muerte el año 1759 en el volumen *Historia Natural y Médica del Principado de Asturias*, que publicó en 1762 José García Sevillano, otro médico de cámara amigo suyo¹⁰. Entre las reediciones me

limitaré a citar la de Oviedo (1900), que fue reimpresa, anotada y precedida de estudios biográficos en 1959^{11, 12}. El volumen comienza con una presentación y un prólogo del editor, otro prólogo del autor y una carta anónima pero que se supone con fundamento escrita por Martín Sarmiento, en la que el famoso benedictino agradece y comenta la «caja de producciones naturales» que Casal le había enviado a Madrid desde Oviedo. Incluye a continuación seis textos diferentes de Casal que constituyen otras tantas partes de la obra.

La primera de ellas, titulada *Historia physico-médica de el Principado de Asturias*, es un estudio médico del ambiente de la región, de acuerdo con las pautas propias del ecologismo hipocrático, seguido de una noticia de las principales «enfermedades endémicas» en ella. Se ocupa de las «situaciones de los pueblos» desde el punto de vista de su salubridad, de las «aguas» y de la «atmósfera», «vientos» y clima, y ofrece apuntes muy breves sobre minerales y vegetales. La exposición está a menudo interrumpida por disgresiones y «apéndices», algunos de gran interés, como los dedicados a sus experiencias analíticas de las aguas minero-medicinales de Trillo y Priorio, a la descripción del «visco corylino» o muérdago de roble o a la discusión del concepto de «sal». Estudia las «enfermedades familiares o endémicas de la región» a base de sus propias observaciones. Sobre algunas, como las «lombrices» y los «cálculos de los riñones», ofrece una serie de historias clínicas comentadas, y sobre otras, descripciones sintomatológicas, entre las que destaca la relativa al ataque histérico.

La segunda parte refleja, ya desde su título, la orientación del «hipocratismo» de Casal: *Brevissimo tratado, en que con experiencias se declara, que para entender las importantes doctrinas, y sentencias de Hipócrates, valen más las observaciones prácticas, que la lectura, y estudio de los Comentaradores de ellas*. De acuerdo con dicha

orientación, intenta, por ejemplo, justificar el aforismo hipocrático según el cual la fiebre es un buen signo pronóstico en las apoplejías, recurriendo a la experiencia que sobre el tema había reunido durante dos décadas.

La tercera parte está dedicada a las «constituciones epidémicas» observadas en Asturias en años concretos que van, con interrupciones, desde 1719 hasta 1750. Casal utilizó el término «constitución epidémica» para designar lo que los hipocráticos llamaron *katástasis*, es decir, el perfil meteorológico y clínico de un periodo determinado. Sobresale en esta parte de su obra el capítulo «Catarros ferinos epidémicos que acontecieron a los niños en el año 1724», que incluye una magistral descripción clínica de la tosferina.

El cuarto texto, titulado *Historia affectio-num quarundam regionis hujus familiarum*, se ocupa de las enfermedades que consideraba más propiamente «endémicas» de Asturias: la sarna, la lepra, el «mal de la rosa» y el «asma seco hidropiforme de los pulmones». Es la parte más importante y conocida de su obra, principalmente porque contiene la primera descripción nosográfica del «mal de la rosa» o pelagra y, con ella, el punto de partida del estudio clínico de las enfermedades carenciales: «Habiendo observado cuidadosamente, en luengos años de práctica, todos los síntomas peculiares de esta enfermedad, y habiéndome percatado de que, de todas las afecciones corrientes en este país, no hay otra que la gane a horrible y contumaz, juzgué que no sería inoportuno que escribiese su historia. Aunque los síntomas de esta enfermedad sean diversos y suficientemente terribles, como se verá de lo que diremos más arriba, ello no obstante, su nombre vulgar proviene tan sólo de uno de ellos, y este síntoma consiste en una espantosa costra que, si recién salida no produce en la parte afectada más que rojez y aspereza, a la larga degenera en forma de costra muy seca, escabrosa, negruzca, entrecortada por frecuentes y profundas fisuras que, penetrando hasta la carne viva,

producen gran dolor, quemazón y molestia. Para que esta costra maligna reciba el nombre de «mal de la rosa» es condición tan precisa que se halle adherida a los metacarpos o metatarsos de manos o pies que a dolencia alguna de cualquier género, figura o condición, se ha aplicado tal nombre en este país, a no ser que en las indicadas partes hubiese aparecido aquella costra. De suerte que, si en las plantas de los pies o en las plantas de las manos, en los codos, brazos, cabeza, cara, vientre, muslos o piernas, apareciese y persistiese rojez, aspereza, costra y aun erisipela (llamada «rosa» en otras regiones), a pesar de que a estos indicios se uniesen todos los síntomas que acompañan al «mal de la rosa», no recibirían, con todo ello, el nombre de «mal de la rosa» si las susodichas costras no hubiesen antes aparecido claramente en los metacarpos o los metatarsos. Importa, ahora, saber que las tales costras empiezan a manifestarse, las más veces, hacia el equinoccio de primavera, y raramente se manifiestan en las demás estaciones del año. Suelen desprenderse durante el verano, tal vez a causa de la humedad y del sudor, y entonces la parte afectada queda perfectamente limpia de toda pústula y costra, pero en el lugar que ellas ocupaban subsisten unos estigmas rojizos, característicamente lisos y brillantes, semejantes a las cicatrices que en pos de sí dejan las quemaduras, una vez curadas. De tal modo, que por más que el resto de la piel de los metacarpos y metatarsos sea áspera, arrugada y velluda, como acontece a menudo en las personas ancianas, aquella parte donde estaba la costra aparece limpia, tersa y sin arrugas, pero algo más rebajada o deprimida que la restante piel. Es verosímil que de este color rosado y esta brillantez de las cicatrices haya provenido la designación de «mal de la rosa». Esos estigmas, en personas fuertemente atacadas por el mal, persisten hasta el fin de la vida. Pero cada año, al llegar la primavera, la costra maligna, como la golondrina, vuelve a aparecer, porque es aniversaria. En aquellas personas en quien la enfermedad es reciente, las costras no son tan horrendas ni, después de haberse desprendido, dejan señal

o cicatriz tan manifiesta. No siempre este mal alcanza a las dos manos; algunos enfermos presentan la costra sólo en una mano, otros en ambas, otros en ambas manos y en un solo pie, otros en ambas manos y ambos pies. No se propaga a las palmas ni a las plantas, sino que se mantiene en el dorso, ora de los pies, ora de las manos. Ocupa a veces todo el metacarpo o el metatarso, pero a veces se circunscribe a un espacio menor. Otro signo visible aparece en esta clase de enfermos, aunque no en todos, y es una aspereza costrosa de un color ceniciento oscuro en la parte antero-inferior del cuello que, a guisa de collar, se extiende de un lado a otro de la cerviz, sobre las clavículas del pecho y el mango o extremidad superior del esternón, de unos dos dedos de ancho, a manera de franja, y que, dejando a menudo intacta la parte posterior de la cerviz, alcanza tan sólo, en sus extremos, a los lados de ambos músculos trapecios, sin pasar más allá. En su parte central, un apéndice de igual anchura desciende sobre el esternón hasta la mitad del tórax, tal como en la figura se representa. Nunca pude hallar visible semejante indicio en persona alguna, sana o enferma, más que en sujetos aquejados del «mal de la rosa», de lo cual infiero que se da únicamente en ellos, aunque no en todos». Entre las aportaciones españolas a la medicina internacional es una de las que han obtenido un reconocimiento más generalizado. A partir de 1751 empezó a difundirla al resto de Europa François Thiéry, médico de cámara de Luis XIV de Francia, que había conocido a Casal en Madrid.

La quinta parte consiste en la historia de un caso clínico y la correspondencia que, con motivo del mismo, cruzaron Casal y varias celebridades médicas parisinas, entre ellas, Jean Astruc y Jean-Louis Petit. La sexta y última es una breve monografía sobre el «succino» o ámbar amarillo, que Casal había encontrado en Asturias.

Casal puede ser considerado, junto a Andrés Piquer, como el más destacado

seguidor de la mentalidad antisistemática entre los médicos españoles del siglo XVIII. Defendió una postura fundamentada en el «empirismo racional», es decir, en la observación clínica unida a los saberes básicos, especialmente, en su caso, la química, la anatomía y la descripción histórico-natural del ambiente. Entre sus ideas etiológicas figuraban unos «epidémicos venenos», integrados por «disposiciones de los mínimos átomos... que no pueden registrar los sentidos más perspicaces».

BIBLIOGRAFÍA

1. López Sendón M. Gaspar Casal. Breve estudio de su vida y su obra. Trabajos de la Cátedra de Historia Crítica de la Medicina; 1 (1933): 313-24.
2. Peyri Rocamora J. Prólogo. En: Gaspar Casal, Mal de la rosa: su historia, causa, casos, curación, Masnou, Laboratorios del Norte de España, 1936, p. 1-13 [publicación del acta bautismal de Casal].
3. Major RH. Don Gaspar Casal, François Thiéry and pellagra. Bull Hist Med 1944; 16: 351-1.
4. Laín Entralgo P. Gaspar Casal y la medicina de su tiempo., Oviedo: Diputación Provincial; 1959.
5. Sánchez Martín ML Evocación de Gaspar Casal y Julián (1680-1759) en el bicentenario de su muerte. Rev Soc Venez Hist Med 1959; 7: 85-111.
6. Sancho de San Román R. Vida y obra de Gaspar Casal. Salamanca: Seminario de Historia de la Medicina; 1959.
7. Martínez Fernández J. Pediatría en Gaspar Casal (1680-1759). Acta Pediatr Esp 1961; 19: 45-54.
8. Albarracín A. Gaspar Casal y el concepto moderno de especie morbosa. Asclepio 1983; 35: 189-94.
9. López Piñero JM. Casal Julián, Gaspar. En: Diccionario histórico de la ciencia moderna en España. dir. por JM López Piñero, TF Glick, V Navarro y E Portela. Barcelona: Península; 1983. vol. I, p. 182-185.
10. Casal Julián G. Historia Natural, y Médica de el Principado de Asturias. Madrid: Manuel Martín; 1762.

11. Casal Julián G. Memorias de historia natural y médica de Asturias. Oviedo: Escuela Tipográfica del Hospicio; 1900.
12. Casal Julián G. Memorias de historia natural y médica de Asturias. Reimpresas y anotadas por A. Buylla Alegre y R. Sarandeses Álvarez, con noticias biográficas del autor por Don Fermín Canela Secadas y un prólogo del Dr. D. Ángel Pulido Fernández. Oviedo: Diputación Provincial; 1959.