DURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL ASOCIADA A DIFERENTES PATOLOGÍAS EN TRABAJADORES ESPAÑOLES

Capítulos 3, 4 y 5

RESPONSABLE: Dª Eva Calvo Bonacho

Investigación financiada mediante subvención recibida de acuerdo con lo previsto en la Orden TIN/1902/2009, de 10 de julio (premios para el Fomento de la Investigación de la Protección Social –FIPROS-)

La Seguridad Social no se identifica con el contenido y/o conclusiones de esta investigación, cuya total responsabilidad corresponde a sus autores.

Ibermutuamur

Capítulos 3, 4 y 5:

Duración de la Incapacidad Temporal asociadas a diferentes patologías en trabajadores españoles.

Trastornos mentales:

Trastornos neuróticos

Reacción de adaptación

Trastornos depresivos

Esta investigación ha sido financiada al amparo de lo previsto en la Orden TIN/1902/2009, de 10 de junio, (Premios FIPROS, Fondo para el Fomento de la Investigación de la Protección Social).

Tabla de contenidos

Introducción 3

Diseño, sujetos y métodos 10

Resultados 11

Conclusiones 45

Bibliografía 46

Introducción

El grupo diagnóstico de los trastornos neuróticos incluye la mayor parte de los que en las actuales clasificaciones diagnósticas se denominan trastornos de ansiedad[1,2] (fobia específica, fobia social, trastorno de angustia con o sin agorafobia, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de ansiedad no especificado).

La investigación epidemiológica indica que los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más frecuentes. Según los datos de la *National Comorbidity Survey Replication* su prevalencia anual es del 18,1% y la prevalencia vida del 28,8%[3].

Tabla1. Prevalencia en los últimos 12 meses y prevalencia a lo largo de la vida de los trastornos de ansiedad (National Comorbidity Survey Replication).

	Prevalencia año	Prevalencia vida
Trastorno de angustia	2,7%	4,7%
Agorafobia sin historia de trastorno de angustia	0,8%	1,1%
Fobia específica	8,7%	12,5%
Fobia social	6,8%	12,1%
Trastorno de ansiedad generalizada	3,1%	5,7%
Trastorno por estrés postraumático	3,5%	6,8%
Trastorno obsesivo-compulsivo	1,0%	1,6%
Trastorno de ansiedad por separación	0,9%	5,2%
Trastornos de ansiedad considerados en conjunto	18,1%	28,8%

A pesar de que estas cifras resultan inferiores en España, según los datos del estudio ESEMeD, como grupo, los trastornos de ansiedad son ligeramente más frecuentes que los trastornos del estado de ánimo en cuanto a su prevalencia durante los últimos 12 meses (6,2% frente al 4,3%), aunque la tendencia se invierte en relación a su prevalencia a lo largo de la vida (9,3% frente al 11,4%)[4,5]. Generalmente, la prevalencia en mujeres duplica a la de los hombres, salvo en la fobia social, donde la tendencia es menos acentuada. El 33,43% de las personas que padecen trastornos de ansiedad presentan otros trastornos mentales comórbidos[6].

Tabla 2. Prevalencia en los últimos 12 meses y prevalencia a lo largo de la vida de los trastornos de ansiedad en España (ESEMeD).

	Prevalencia año	Prevalencia vida
Trastorno de angustia	0,6%	1,7%
Agorafobia sin historia de trastorno de angustia	0,3%	0,62%
Fobia específica	3,6%	4,52%
Fobia social	0,6%	1,7%
Trastorno de ansiedad generalizada	0,5%	1,89%
Trastornos de ansiedad considerados en conjunto	6,2%	9,3%

Al igual que sucede con otros diagnósticos, los datos del estudio indican que existen grandes necesidades terapéuticas no cubiertas en relación con los trastornos de ansiedad. Solo un 30,3% de las personas que padecen un trastorno de ansiedad recurren por este motivo a los servicios sanitarios[7]. El profesional más frecuentemente consultado es el médico general. En un 24,7% de los casos no se recibe ningún tratamiento como consecuencia de dicho contacto. Un 33% recibe solo farmacoterapia y el 27,1% una combinación de farmacoterapia y terapia psicológica. Pese a la amplia eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales en este tipo de trastornos[8,9], solo se proporcionan como terapia exclusiva en un 0,9% de los pacientes que consultan por

este motivo. Un 35,5% de las personas con trastornos de ansiedad utilizaron algún tipo de psicofármaco durante los 12 meses previos a la entrevista diagnóstica del estudio, siendo las benzodiacepinas los compuestos más utilizados (27,1%), seguidas por los antidepresivos (18,2%)[10].

Fernández, et al. han analizado la proporción de pacientes con trastornos de ansiedad y depresivos que recibe un tratamiento adecuado (de acuerdo a las guías de práctica clínica)[11]. Estos autores encuentran que aproximadamente un tercio de las personas que padecen un trastorno de ansiedad reciben un tratamiento psicofarmacológico o psicológico mínimamente adecuado, no existiendo diferencias en la proporción en función de que el tratamiento proceda de un especialista en Salud Mental o de un médico general. Varios factores resultan predictores de recibir un tratamiento mínimamente adecuado y ponen de manifiesto la existencia de desigualdades en el acceso a la asistencia sanitaria adecuada. Vivir en una ciudad grande (con una población superior a los 100.000 habitantes), tener un nivel educativo más alto o una valoración más elevada del propio estado de salud, se asocia con una mayor probabilidad de recibir tratamiento adecuado.

Los autores identifican varios factores relacionados con la organización del sistema sanitario español que pueden contribuir a esta situación, entre estos factores se encontraría la falta de especialistas suficientes para proporcionar asistencia a las personas con trastornos de ansiedad, que implica que:

- En el caso de que la derivación al psiquiatra llegue a producirse, en muchos casos su actuación debe limitarse a la evaluación del caso, poner un tratamiento y volver a remitirlo al médico de Atención Primaria para la realización del seguimiento.

- En el caso de la derivación al psicólogo, no pueda producirse un programa de tratamiento que cumpla con unos mínimos requisitos temporales: p. ej. 8 sesiones en los últimos 2 meses, con una duración mínima de 30 minutos por sesión.

Algunos trabajos han analizado el deterioro de los niveles de funcionamiento y la discapacidad asociados a los trastornos de ansiedad.

Sherbourne, et al. analizaron datos procedentes de una muestra de 1.004 pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria (trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad social y trastorno por estrés postraumático), encontrando que existe un gran impacto de estas patologías sobre el funcionamiento del individuo[12]. Sus resultados indican que el diagnóstico más discapacitante sería la fobia social y el que menos consecuencias genera es el trastorno de ansiedad generalizada, aunque los mayores déficits de funcionamiento aparecen cuando existe comorbilidad con otros trastornos de ansiedad.

Plaisier, et al. analizaron el riesgo de absentismo (mayor y menor de 2 semanas) y la pérdida de productividad asociada a los trastornos de ansiedad y depresivos, en una muestra de 1.876 trabajadores pertenecientes al estudio NESDA (*Netherlands Study of Depression and Anxiety*)[13]. Estos autores encontraron que las personas con trastornos de ansiedad tienen un riesgo 1,84 veces superior de presentar periodos de absentismo superiores a 2 semanas y un riesgo 2,13 veces mayor de mostrar deterioro del rendimiento laboral. Dicho deterioro persistiría después de alcanzar la remisión de los síntomas. Las personas con comorbilidad entre ansiedad y depresión o con trastorno de ansiedad generalizada, cuentan con un riesgo mayor de presentar absentismo y deterioro del rendimiento laboral.

Otro trabajo realizado en Canadá ha comparado la asociación de los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y de la dependencia de sustancias con la incapacidad para trabajar, dentro del estudio CCHS-1.2 (*Canadian Community Health Survey Cycle 1.2 Mental Health and Well Being*)[14]. Los resultados indican una asociación de los tres tipos de trastorno tanto con la ausencia de trabajo durante la semana previa a la realización de la encuesta, como con los días de incapacidad o en cama. Sin embargo, la asociación para los trastornos del estado de ánimo aparenta ser más fuerte que en el caso de los otros trastornos.

Más allá de su asociación con el absentismo, los trastornos de ansiedad también generan un deterioro en la productividad laboral de las personas que lo padecen[15].

Algunos autores han alertado respecto a que, aunque los costes asociados a un caso de depresión son superiores a los de un trastorno de ansiedad, desde una perspectiva poblacional, los trastornos de ansiedad suponen unos costes mayores debido a que son más prevalentes[16]. Kessler también ha incidido en la importancia de de tener muy en cuenta aquellos trastornos generalmente calificados como más leves en el análisis de la carga generada por las enfermedades mentales[17].

Trastornos como la fobia social generan un coste anual per cápita muy superior al de las personas sin este diagnóstico, después de controlar el efecto de posibles comorbilidades físicas o mentales[18].

Rice y Miller consideran que las enfermedades mentales y en especial los trastornos de ansiedad son muy costosos para la sociedad. Aunque los trastornos de ansiedad tienen una prevalencia más alta que los trastornos del estado de ánimo o la esquizofrenia, el uso de los servicios médicos es menor en los trastornos de ansiedad. Los autores ponen el énfasis en que los trastornos de ansiedad parecen ser

reconocidos y tratados por debajo de lo esperado, a pesar de que existen tratamientos que se han mostrado eficaces y que pueden ser proporcionados resultando coste-efectivos[19]. Una revisión publicada en el año 1996, cifraba en 26,9 millones las personas que experimentaban en algún momento de su vida un trastorno de ansiedad en los Estados Unidos[20]. Según sus autores, en 1990 los costes generados por los trastornos de ansiedad ascendieron de 46,6 billones de dólares, lo que representaba un 31,5% de los gastos relacionados con la Salud Mental en este país. Aproximadamente un 75% de estos costes se derivarían de la disminución de la productividad.

En suma, aunque el número de estudios acerca del impacto de los trastornos de ansiedad sobre el funcionamiento laboral y, específicamente, sobre el absentismo resulta insuficiente, contamos con evidencia de que estas enfermedades se asocian con niveles importantes de discapacidad. La pertinencia de estos diagnósticos en relación con la incapacidad temporal es máxima, teniendo en cuenta que podrían ser muy prevalentes entre la población trabajadora. En nuestro conocimiento, los datos proporcionados en este capítulo respecto los trastornos neuróticos, suponen la primera aproximación al estudio de la Incapacidad Temporal en los trastornos de ansiedad realizada en nuestro medio.

Diseño, sujetos y métodos

Se trata de un estudio epidemiológico multicéntrico, observacional descriptivo y prospectivo.

La **población objetivo** de estudio se correspondió con la población activa protegida por Ibermutuamur en lo que se refiere a las Contingencias Comunes (CC). Dicha población, en el periodo en el que se realizó el estudio, incluía alrededor de 632.000 trabajadores.

La **muestra** estuvo formada por 16.174 pacientes pertenecientes a la población protegida de Ibermutuamur que recibieron la baja por Contingencia Común entre los años 2003 y 2007.

La descripción detallada de los criterios de inclusión y exclusión, el método de muestreo, las variables, los métodos de recogida de datos, los diagnósticos que se incluyen en el estudio (según CIE-9), la estrategia para el análisis estadístico, las limitaciones y posibles sesgos del estudio y el calendario previsto, se encuentra recogida en el capítulo 1 del documento general del estudio.

Descripción de la muestra

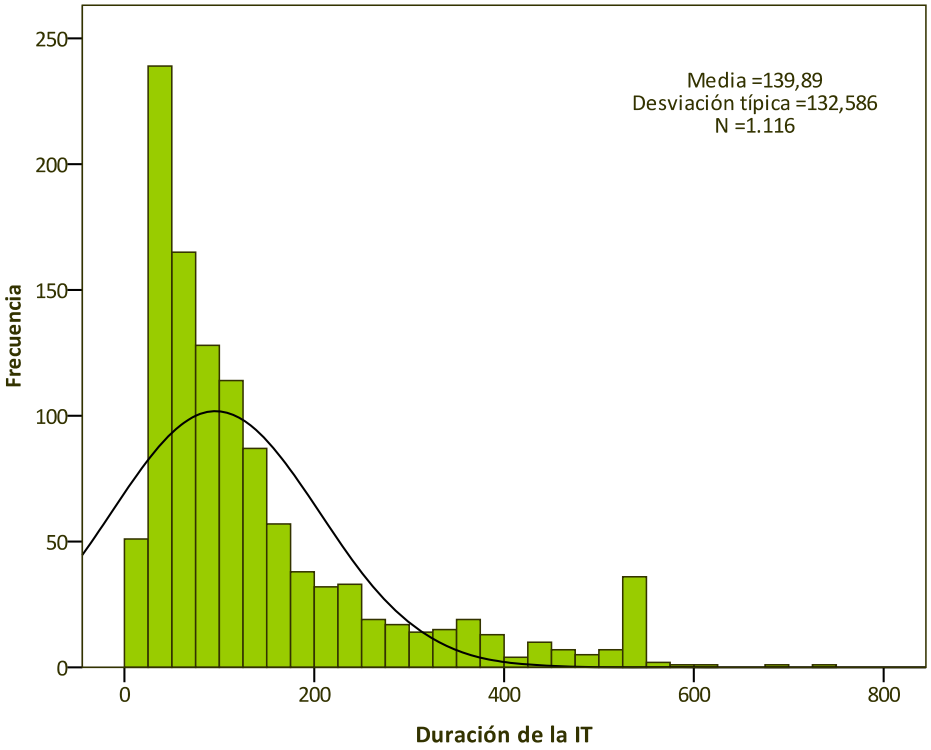
Como hemos comentado anteriormente, se recogió una muestra de **16.174** casos de pacientes (protegidos por Ibermutuamur) que recibieron la baja por Contingencia Común entre los años 2003 y 2007 y que estaban diagnosticados de alguna de las 100 patologías previamente seleccionadas.

De la muestra recogida **1.116** casos (**el 6,9%**) presentaban un diagnóstico de algún trastorno neurótico **(Trastornos Neuróticos; CIE-9-CM 300).** Estos casos formaron la muestra que analizamos en este estudio.

Duración de los procesos de Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes debidos a Trastornos Neuróticos

La *figura 1* representa la distribución de la duración de la ITCC por trastornos neuróticos mediante un histograma. En él observamos la asimetría positiva que es característica de esta variable, con un mayor número de casos dentro de los 100 primeros días (52,4% de la muestra). Se observa un pequeño pico en torno a los 365 días que marcan el momento de la entrada en prórroga y hay un claro repunte en el número de casos en torno a los 540 días, fecha en la que se produce el agotamiento del plazo máximo de la incapacidad temporal. No obstante, a pesar de la existencia de esta distribución bimodal, el porcentaje de casos que alcanza los 18 meses es inferior que el observado en otros diagnósticos como el trastorno depresivo.

Figura 1. Distribución de la variable duración de la ITCC en los trastornos neuróticos.



El tiempo estándar Ibermutuamur de duración de la Incapacidad Temporal para los trastornos neuróticos se estableció en 80 días, mientras que el estándar para los trastornos de ansiedad se situó en 72 días.

Las *tablas 3* y *4* ofrecen los principales estadísticos descriptivos de la duración de los episodios de ITCC por trastornos neuróticos (*tabla 3*), así como el valor de los percentiles más representativos de la distribución (*tabla 4*).

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de la variable duración de la ITCC en los trastornos neuróticos (CIE-9-CM 300).

	Duración real (administrativa)
N	1.116
Media	139,9
Mediana	95
Desviación típica	132,6
Mínimo	16
Máximo	732

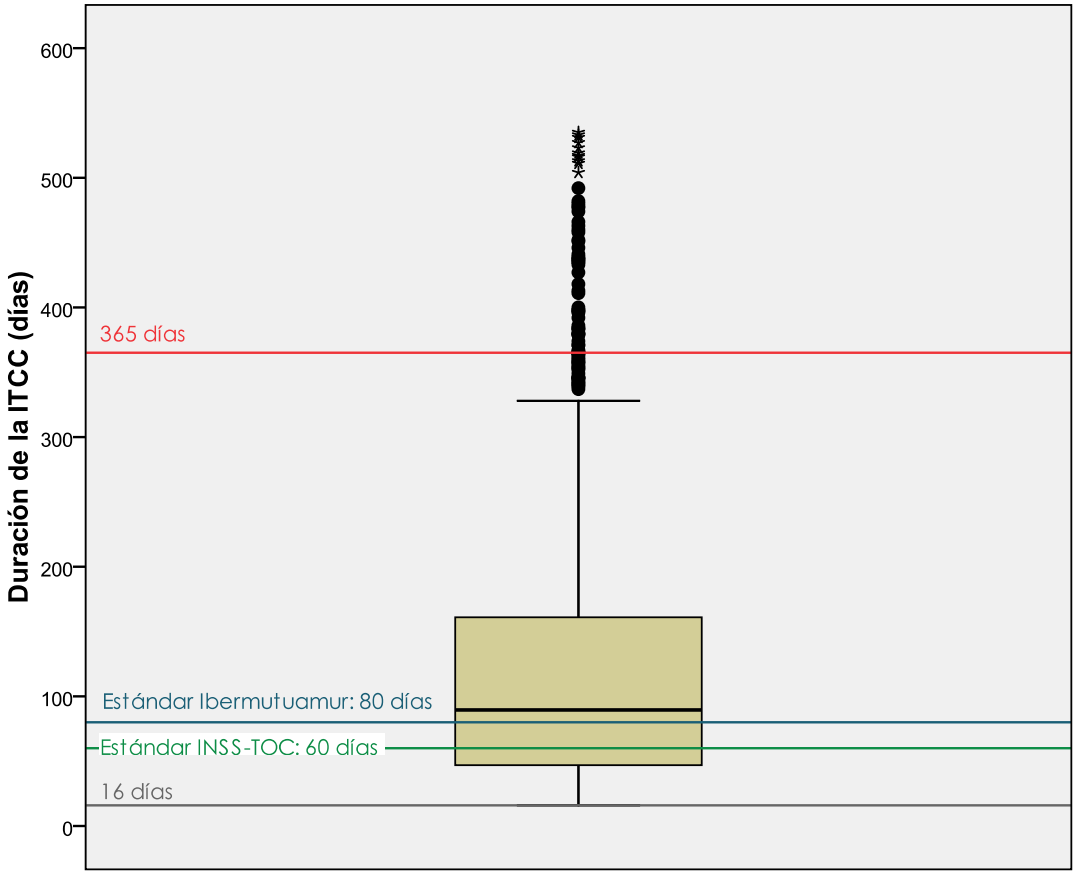
Tabla 4. Percentiles para la variable duración de la ITCC en los trastornos neuróticos.

Percentil	Duración real (administrativa)
10	30
20	41
25	48
30	56
40	72
50	95
60	120
70	147
75	172
80	209,2
90	345,3

En la *figura 2*, aparece representada de nuevo la distribución de la ITCC en los trastornos neuróticos, poniéndola en relación con los tiempos estándar de duración que han sido propuestos por el INSS, con el estándar Ibermutuamur obtenido en el presente estudio y con los principales plazos relevantes en materia de duración de la ITCC dentro de la gestión realizada por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social. Como ya ha sido mencionado, el

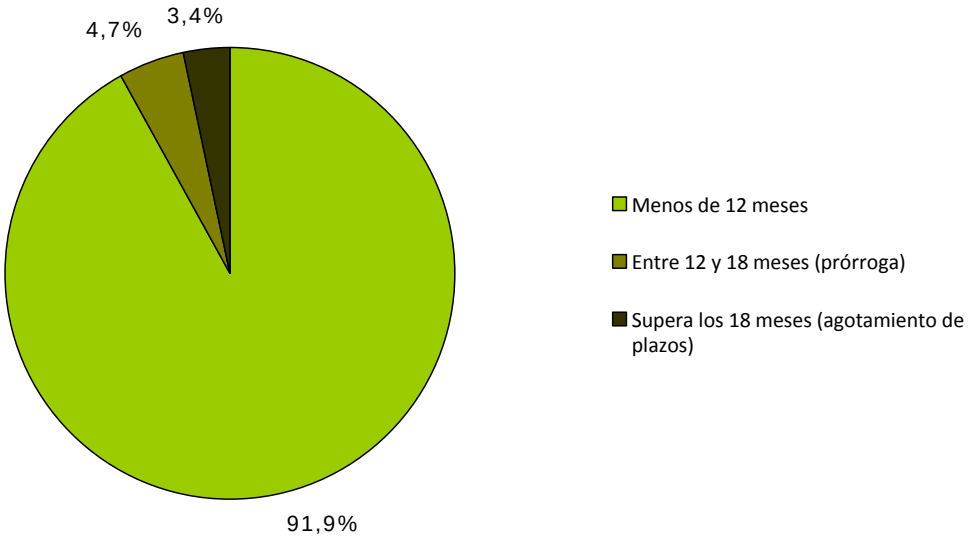
grupo diagnóstico conformado por los trastornos neuróticos, comprende patologías heterogéneas y por ello no hay un único estándar de duración del INSS, sino varios. El rango va desde los 15 días para la fobia no especificada, hasta los 60 días en el caso de los trastornos obsesivo-compulsivos.

Figura 2. Distribución de la variable duración de los procesos de ITCC y comparación con los estándares de duración del INSS e Ibermutuamur.



En la *figura 3* podemos observar el porcentaje de procesos en virtud del tramo de duración al que pertenecen al alcanzar la fecha del alta. Pese a que, al igual de lo que sucede en el caso de los trastornos depresivos, encontramos un porcentaje alto de pacientes con trastornos neuróticos que supera los 12 meses de baja, este porcentaje resulta ligeramente inferior que en los primeros, alcanzando un 8,1%.

Figura 3. Tramos de duración de la ITCC en los trastornos neuróticos.



Variables demográficas

En la *tabla 5* se presenta la distribución de los trabajadores en cuanto a las principales variables sociodemográficas que han sido tenidas en consideración.

Tabla 5. Características sociodemográficas de la muestra.

Variable	%
Sexo	
Hombre	43,7
Mujer	56,3
Edad (años)	
<25	10,4
25-29	16,0
30-34	20,3
35-39	15,2
40-44	13,3
45-49	9,8
50-54	6,5
55-59	6,0
≥60	2,5
Nivel de estudios	
Sin estudios	3,2
Estudios Primarios	42,7
Estudios Secundarios	31,4
Titulación Media	13,4
Titulación Superior	9,3
Nacionalidad	
Española	96,4
Europea	1,4
Iberoamericana	1,5
Magreb	0,5
Resto del mundo	0,1
Estado civil	
Soltero	35,0
Casado	51,0
Pareja de hecho	3,8
Divorciado	8,6
Viudo	1,5
Tiene hijos	53,9
Nº de Hijos	
1	35,3
2	46,3
3-4	16,8
>4	1,6

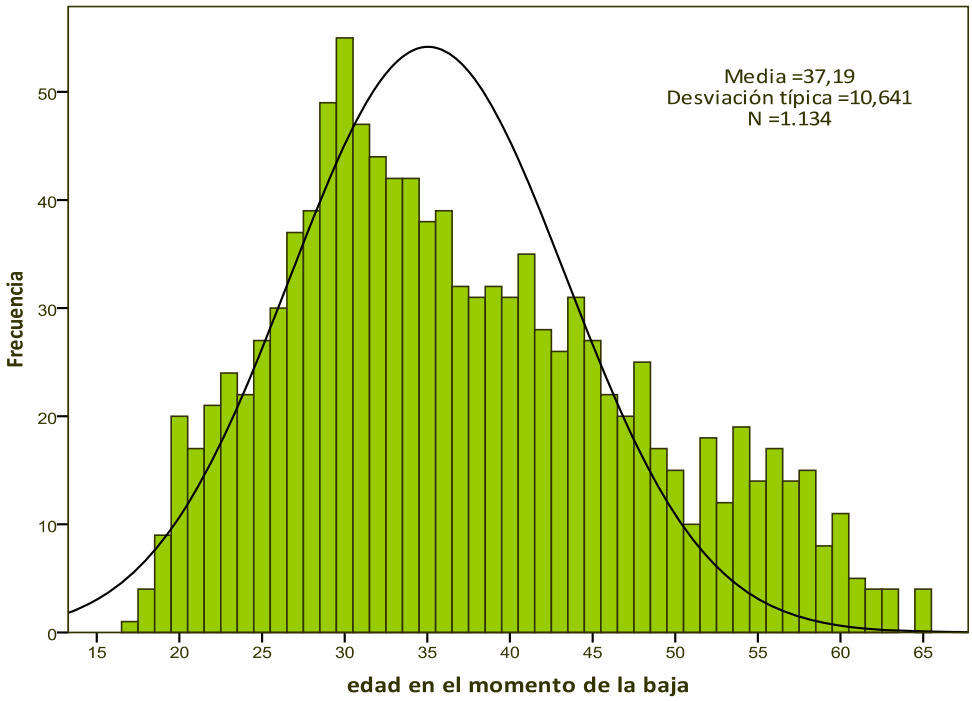
Sexo y edad:

Algo más de la mitad de los pacientes que forman la muestra son mujeres (figura 6).

Figura 4. Distribución de la muestra en función del sexo.

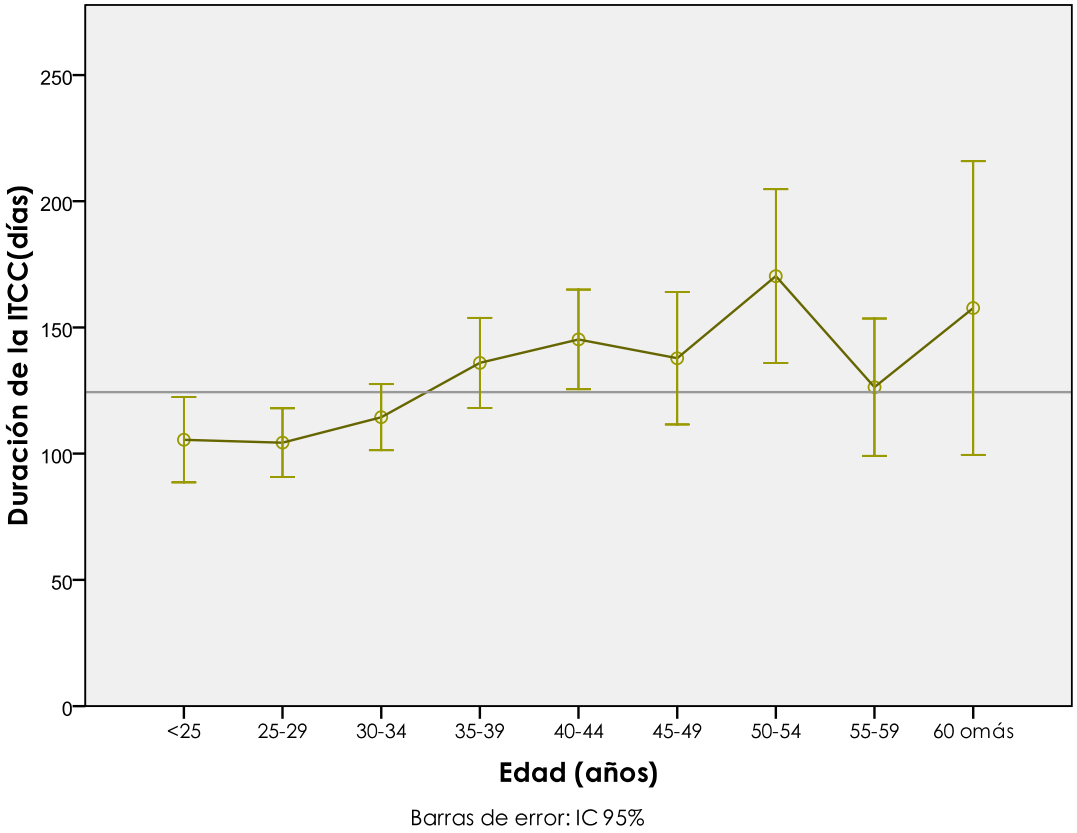
En la *figura 5*, observamos como la edad en el momento de la baja para este diagnóstico se distribuye a través de una función con media y desviación típica de 37,19 ±10,64 años. En el histograma podemos apreciar que la variable edad no se ajusta a la distribución de la curva normal. La mitad central de los valores de la distribución se sitúa entre 29 y 44 años, alcanzándose la máxima frecuencia de casos en los 30 años.

Figura 5. Distribución de la variable edad en la muestra de sujetos con diagnóstico de trastornos neuróticos.



No se ha detectado una asociación significativa entre el sexo y la edad ($p>0,1$). Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la duración de los procesos en función del sexo ($\alpha = 0,05$). Sin embargo, como puede apreciarse en la *figura 6*, sí existe una relación entre edad y duración de la baja ($p<0,01$), con una asociación positiva, pequeña pero significativa, entre las dos variables (r^2 de Pearson=0,17; $p<0,01$). Estas diferencias pueden resumirse como una tendencia a aumentar la duración de la baja con la edad (*figura 8*), con procesos de ITCC más cortos cuando se inician por debajo de los 30 años, respecto a otros grupos (específicamente, entre los 40-44 años y entre los 50-54 años).

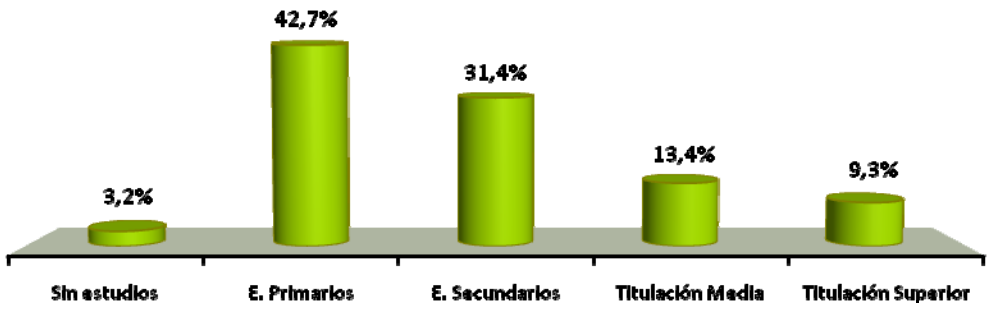
Figura 8. Asociación lineal de la edad con la duración de la ITCC en los trastornos neuróticos.



Nivel de estudios:

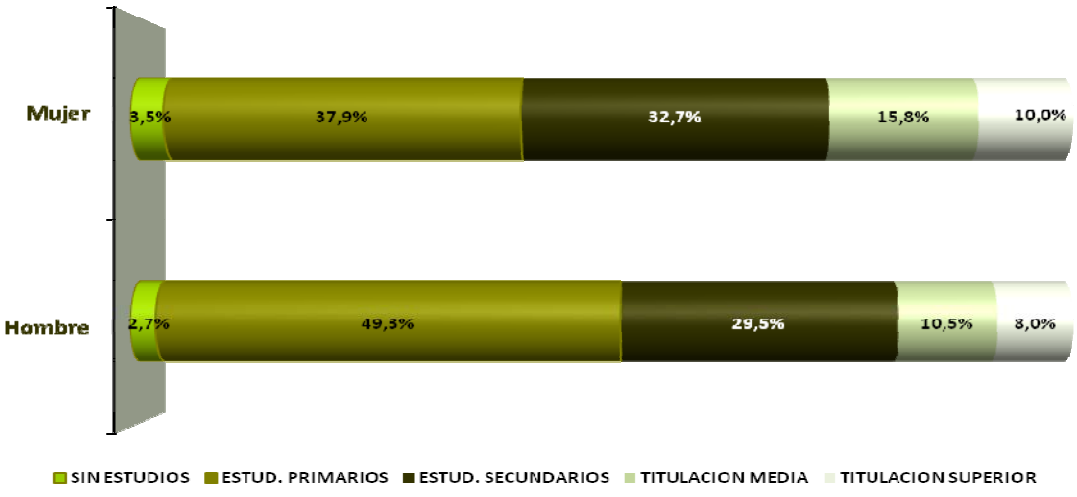
En la *figura 9* se presenta la distribución de los sujetos que conformaron la muestra en función de su nivel de estudios. El grupo más numeroso está formado por aquellas personas con estudios primarios (42,7% del total), seguido del grupo con estudios secundarios (31,4%). Únicamente un 3,2% de la población de la muestra no tiene estudios formales, la mitad de ellos mayores de 45 años. Por su parte el grupo de los universitarios forman un 22,7% del total de pacientes y la mitad de ellos son mayores de 35 años.

Figura 9. Distribución de la muestra por nivel de estudios.



Analizando la formación académica en función del sexo (*figura 10*), observamos que existen diferencias significativas entre hombres y mujeres ($p<0,01$); a mayor nivel de estudios aumenta el número de mujeres respecto al de hombres. Resulta destacable que casi la mitad del grupo de los hombres (el 49,3%) tienen solo estudios primarios.

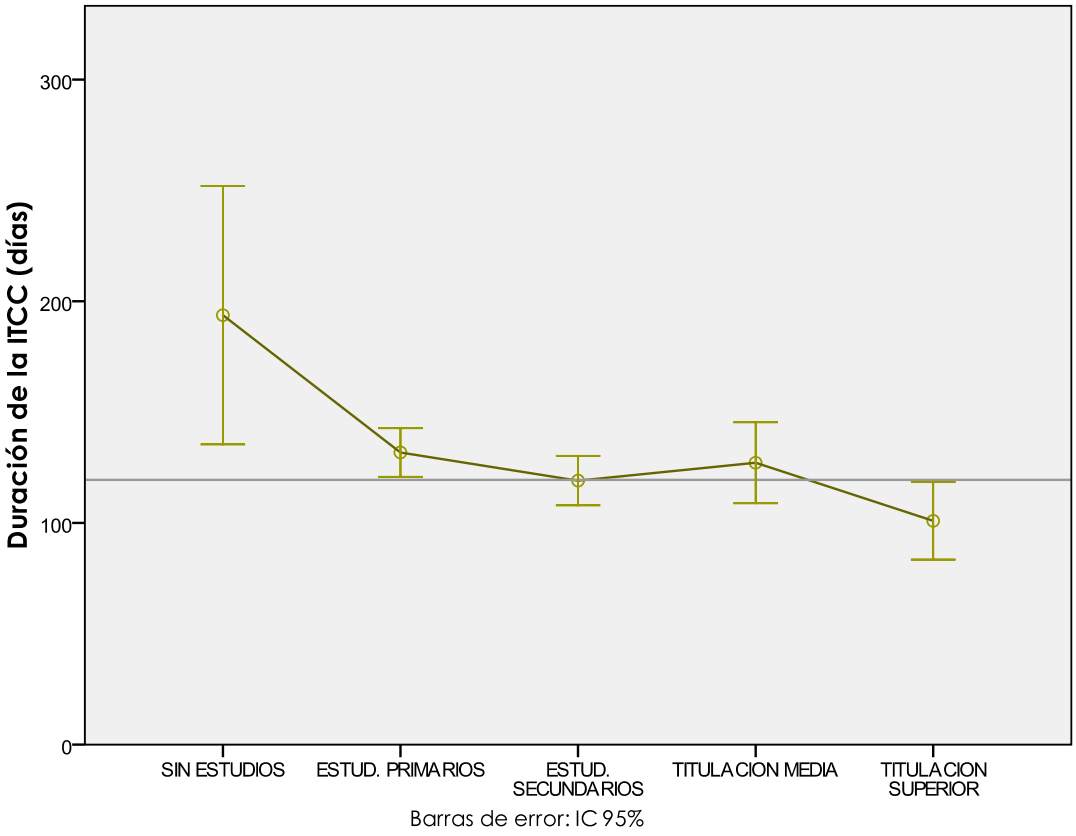
Figura 10. Distribución del nivel de estudios en función del sexo.



Existe asociación significativa entre el nivel de estudios y la duración de la ITCC por trastornos neuróticos ($p<0,01$), con una tendencia a que las duraciones se acorten a medida que aumenta el grado de formación académica alcanzado (*figura 11*).

Concretamente, los pacientes sin escolarización formal y con tan solo estudios primarios, tienen duraciones significativamente mayores que las de los sujetos con una titulación superior (p<0,05).

Figura 11. Duración media e intervalo de confianza al 95% de los episodios de ITCC por trastornos neuróticos en función del nivel de estudios.



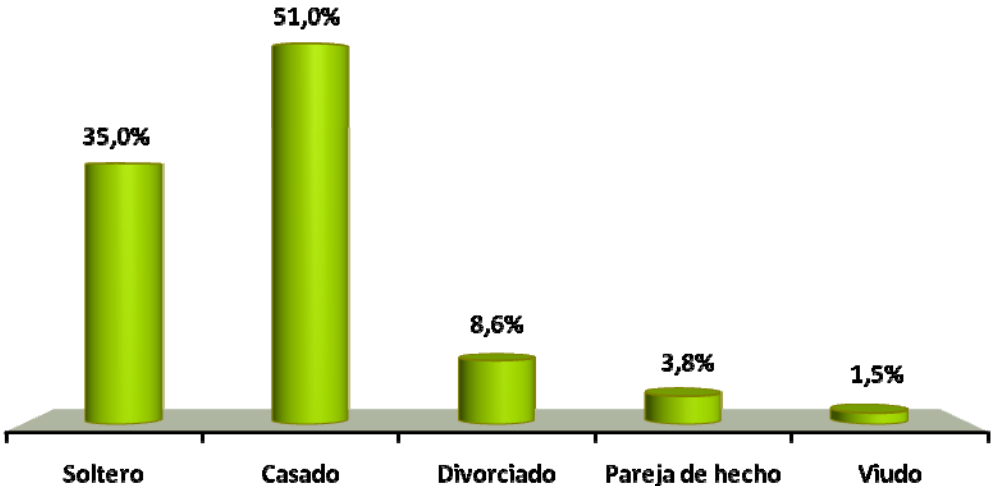
Nacionalidad:

Un 96,4% de los pacientes en la muestra tienen nacionalidad española. Entre los sujetos con nacionalidad extranjera, el origen más frecuente es otro país europeo (1,5%), seguido de Iberoamérica (1,4%) y de los países del Magreb (0,5%). No se detectaron diferencias estadísticamente significativas en función de la nacionalidad en la duración de los procesos de ITCC por trastornos neuróticos (α =0,05).

Estado civil y nº de hijos:

En la *figura 12*, se presenta la distribución de la muestra en función del estado civil. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la duración media de la baja entre los distintos estados civiles contemplados (α =0,05).

Figura 12. Distribución de la muestra por estado civil.



Por otra parte, más de la mitad de los pacientes de la muestra no tienen hijos. Entre aquellos con hijos, los procesos de ITCC son un 13% más prolongados (p<0,05).

Variables sociolaborales

En la *tabla 6* se presentan los datos de la muestra en las principales variables sociolaborales.

Tabla 6. Características de la muestra desde el punto de vista de las variables sociolaborales.

Variable	%
Rama de actividad	
Agricultura, ganadería y pesca	6,9
Construcción	8,3
Industria	16,0
Servicios	68,8
Nivel ocupacional	
Ocupación manual	65,2
Trabajo de oficina	34,8
Ocupación	
Dirección de las empresas y Administraciones Públicas	1,6
Técnicos y profesionales científicos e intelectuales	6,8
Técnicos y profesionales de apoyo	18,0
Empleados de tipo administrativo	8,2
Trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores	19,0
Trabajadores cualificados en agricultura y pesca	1,5
Artesanos y trabajadores cualificados de la industria manufacturera, construcción y minería	14,8
Operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores	9,4
Trabajadores no cualificados	20,6
Tipo de contratación	
Temporal	38,0
Indefinida	62,0
Pluriempleo	2,4
Modalidad de pago durante la baja	
Pago delegado	76,3
Pago directo por cuenta ajena	14,5
Pago directo por cuenta propia	9,2

Sector de actividad y ocupación:

Tal como ocurre en la muestra global, entre los pacientes con un episodio de ITCC por algún tipo de trastorno neurótico, Se encuentran sobrerrepresentados los trabajadores del sector de los Servicios (*figura 13*) y con ocupaciones de tipo manual (*figuras 14 y 15*).

Figura 13. Distribución de la muestra por rama de actividad.

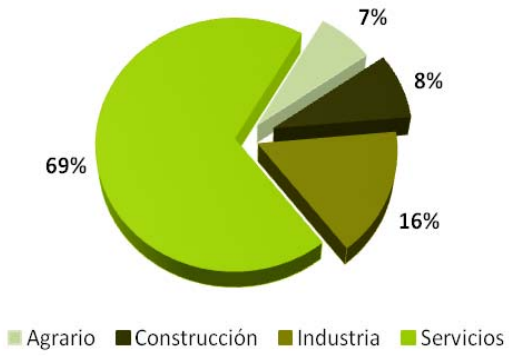
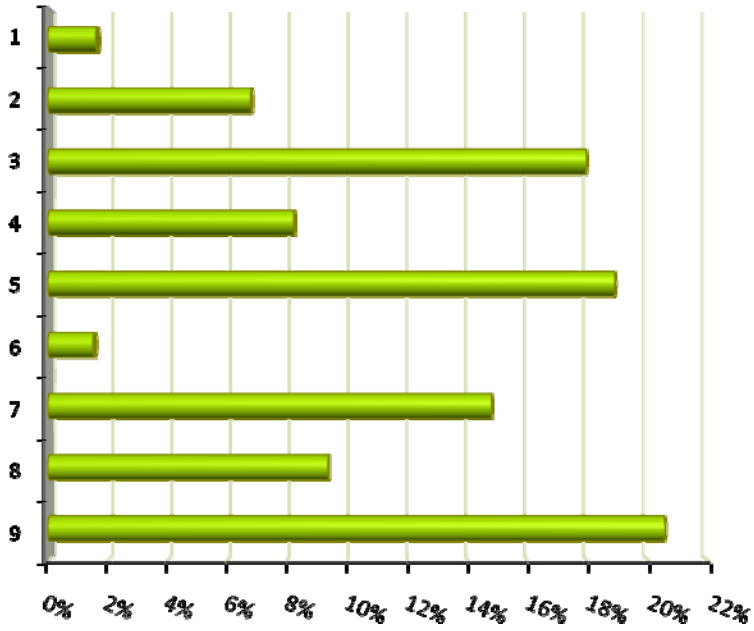


Figura 14. Distribución de la muestra por nivel ocupacional.

Las diferencias encontradas en duración de la ITCC entre sectores de actividad, trabajadores de cuello blanco y de cuello azul, y entre las distintas ocupaciones no han alcanzado la significación estadística (α =0,05).

Figura 15. Distribución de la muestra por ocupación.

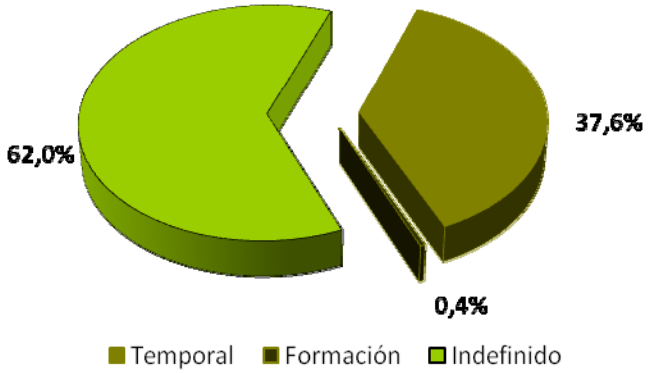
1	Dirección de las empresas y Administraciones Públicas
2	Técnicos y profesionales científicos e intelectuales
3	Técnicos y profesionales de apoyo
4	Empleados de tipo administrativo
5	Trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores
6	Trabajadores cualificados en agricultura y pesca
7	Artesanos y trabajadores cualificados de la industria manufacturera, construcción y minería
8	Operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores
9	Trabajadores no cualificados



Contratación temporal vs. indefinida y pluriempleo:

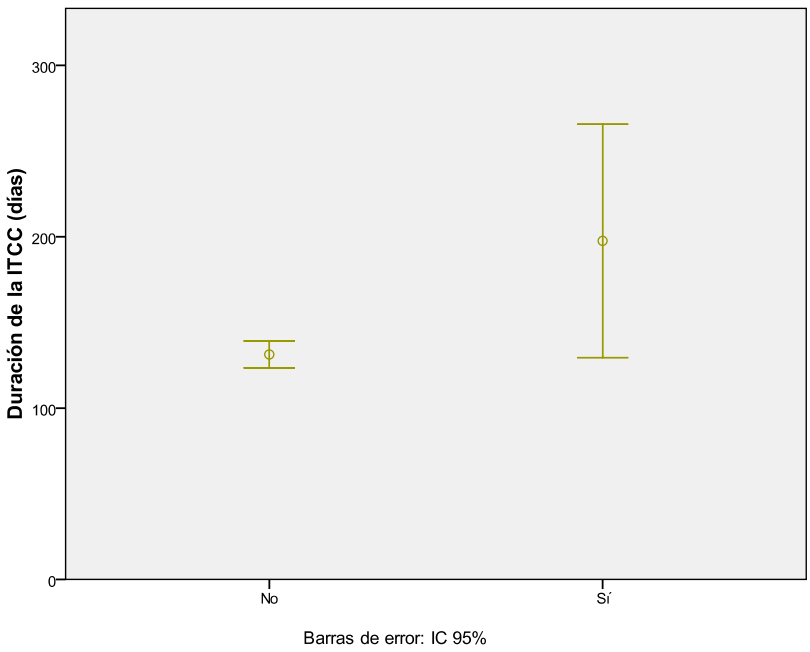
Predominan los contratos indefinidos con un 62%, frente al 40% que representan los contratos temporales y de formación. No hay diferencias estadísticamente significativas en la duración media de la baja entre los diferentes tipos de contrato (p>0,1).

Figura 16. Distribución de la muestra por tipo de contratación



Únicamente un 2,4% de los pacientes de la muestra se encuentran pluriempleados. Sin embargo, hay diferencias estadísticamente significativas en la duración media de la baja entre los pacientes que están pluriempleados y los que no lo están, teniendo los pluriempleados duraciones un 53% superiores (*figura 17*).

Figura 17. Duración media e intervalo de confianza al 95% de los episodios de ITCC por trastornos neuróticos en función del estatus de pluriempleado del trabajador.



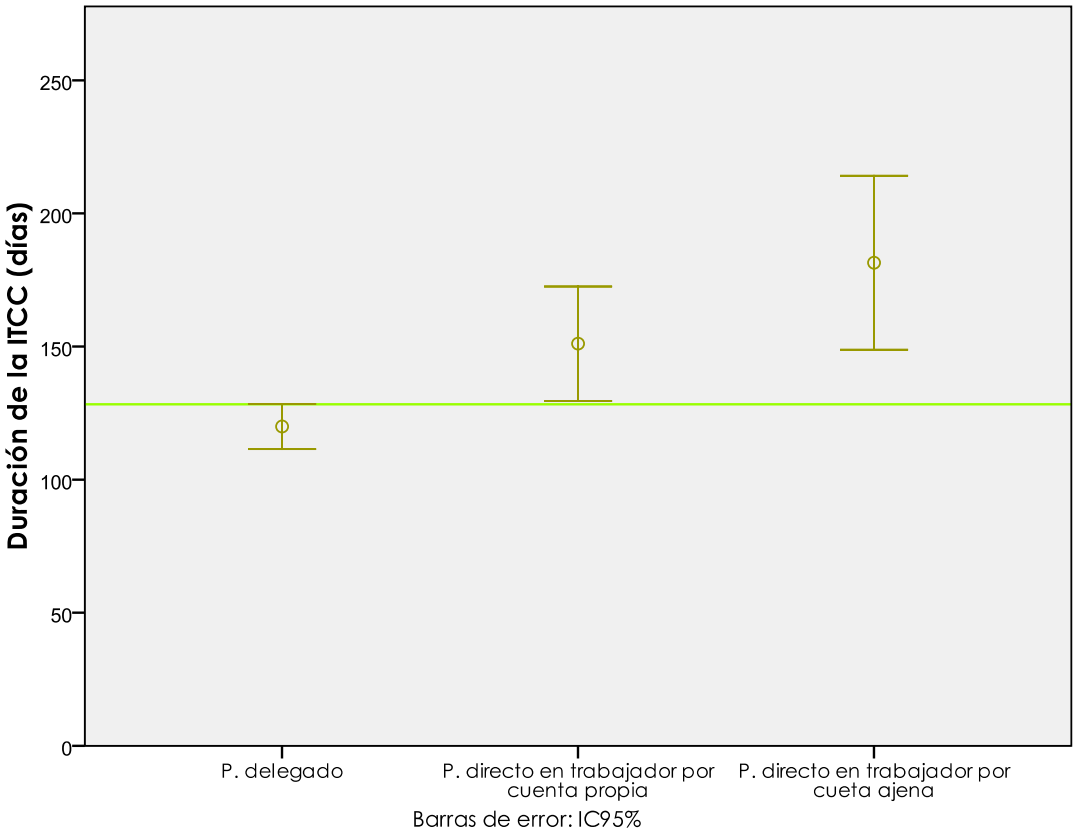
Modalidad de pago durante la baja:

La distribución de la muestra por modalidad de pago durante la baja fue la siguiente:

- *Pago delegado* (trabajadores por cuenta ajena del Régimen General): 76,3%.
- *Pago directo en trabajador por cuenta propia* (trabajadores autónomos): 14,5%.
- *Pago directo en trabajador por cuenta ajena* (situación de desempleo que sobreviene durante la ITCC, solicitud del pago directo por la mutua por parte del trabajador, etc.): 9,2%.

Al igual de lo que sucede en otras patologías existen diferencias significativas en la duración en función de la modalidad de pago durante los procesos de ITCC. Los procesos que reciben el pago delegado tienen duraciones significativamente inferiores que los que reciben el pago directo, tanto si se da en trabajadores por cuenta ajena ($p<0,01$), como en trabajadores por cuenta propia ($p<0,05$). Aunque existe una tendencia a que las duraciones sean superiores en trabajadores por cuenta ajena, respecto al pago directo que en trabajadores por cuenta propia (ver *figura 18*), las diferencias no alcanzan la significación estadística ($\alpha = 0,05$).

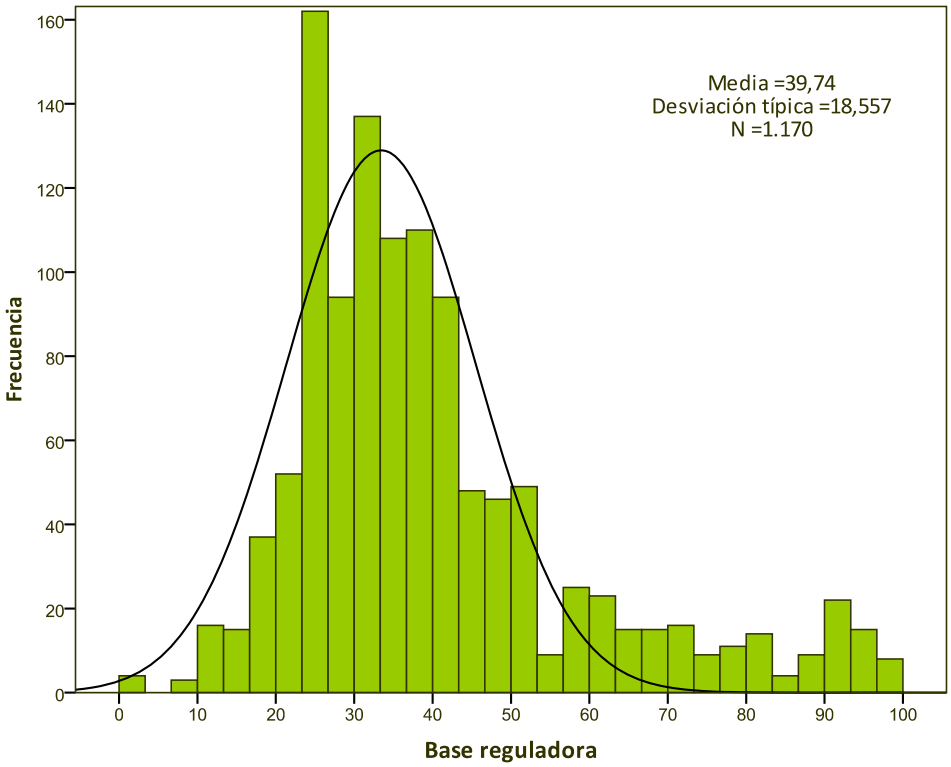
Figura 18. Duración media e intervalo de confianza al 95% de los episodios de ITCC por trastornos neuróticos en función de la modalidad de pago durante la baja.



Nivel de ingresos (base reguladora):

La *figura 19*, muestra la distribución de la variable base reguladora en la muestra. No se observó una asociación lineal significativa entre la base reguladora y la duración de las bajas (α =0,05).

Figura 19. Distribución de la variable base reguladora.



Variables sociosanitarias

En la *tabla 7* se muestran los datos descriptivos de los trabajadores en las principales variables sociosanitarias.

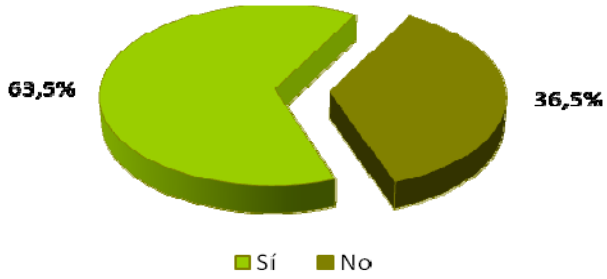
Tabla 7. Caracterización de la muestra desde el punto de vista sociosanitario.

Variable	% o Media ±DT
Tiene codiagnóstico/s	11,2
Existencia de bajas previas	63,5
Existencia de minusvalía previa	1,9
Grado de minusvalía previa	40,6% ±10,0
Incapacidad Permanente previa	0,3
Derivación a Salud Mental	
Seguimiento exclusivamente en Atención Primaria, durante el episodio actual	31,2
Requiere derivación a atención especializada en Salud Mental	68,8
Derivación solo a especialista del Sistema Público de Salud	54,7
Derivación solo a especialista de Ibermutuamur	4,6
Derivación a especialista del Sistema Público de Salud y de Ibermutuamur	9,6

Comorbilidad:

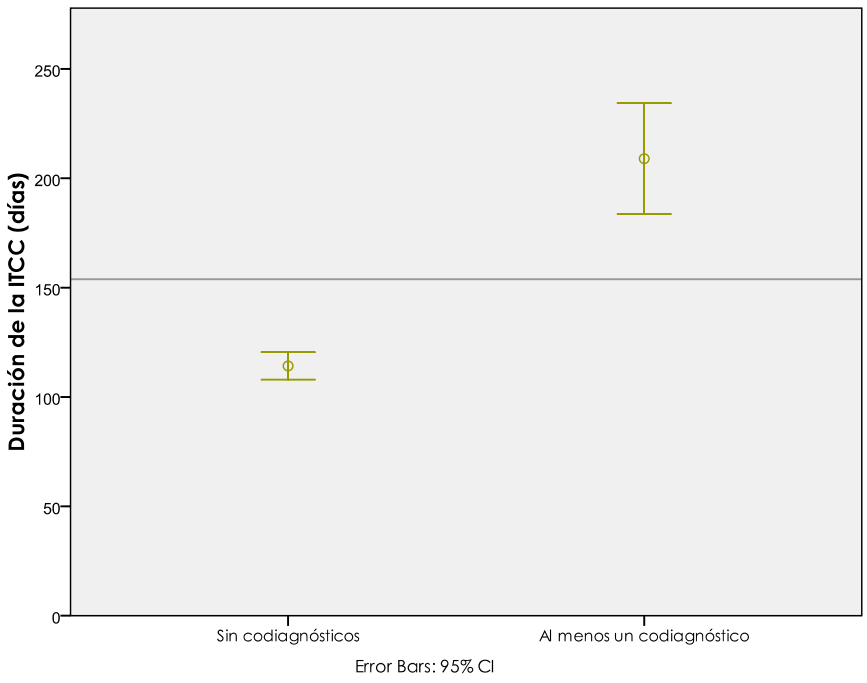
El 11,2% de los sujetos presentaron al menos un codiagnóstico de otra patología física o mental (*figura 20*).

Figura 20. Porcentaje de sujetos con codiagnósticos.



Existe una asociación significativa y moderada entre la duración de la ITCC por trastornos depresivos y la existencia de comorbilidad (p<0,01; figura 21). Aquellos procesos que cuentan con al menos un codiagnóstico superan en casi 100 días (media = 209,0 días), a los procesos en los que no existe comorbilidad (media =124,6; p<0,01).

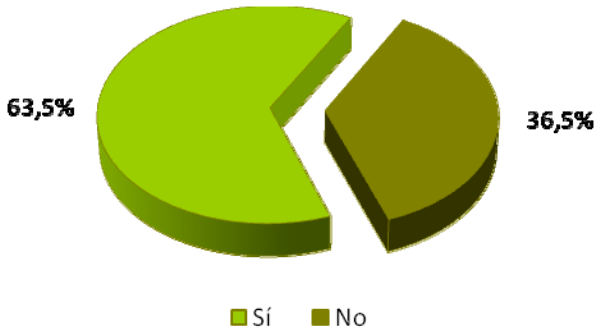
Figura 21. Duración media e intervalo de confianza al 95% de los episodios de ITCC por trastornos neuróticos en función la existencia de al menos un codiagnóstico en el episodio actual.



Episodios de IT en los cinco años previos:

El 63,5% de los pacientes había tenido una baja por incapacidad temporal anterior al suceso evaluado en esta muestra (*figura 22*). No hay relación estadísticamente significativa en la duración media de la baja entre los que tuvieron y no tuvieron bajas previas (p>0,1).

Figura 22. Porcentaje de sujetos con bajas previas al actual episodio de ITCC.



Reconocimiento previo de algún grado de Incapacidad Permanente o de minusvalía:

Solo un 0,3% de los sujetos tenían reconocido algún grado de Incapacidad Permanente (IP) con anterioridad al inicio del episodio actual. Dado que el número de pacientes con IP previa es muy reducido (únicamente tres casos), no se ha considerado oportuno realizar una comparación de las duraciones de los procesos.

Por el contrario, aproximadamente un 2% de los sujetos tenía reconocido un grado de minusvalía previo al inicio del episodio de ITCC (*figura 23*) y la existencia de la misma sí se asoció con duraciones significativamente superiores (p<0,05; *figura 24*).

Figura 24. Porcentaje de sujetos con algún grado reconocido de minusvalía previa al actual episodio de ITCC.

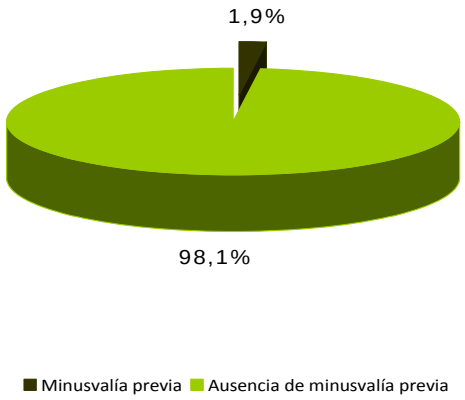
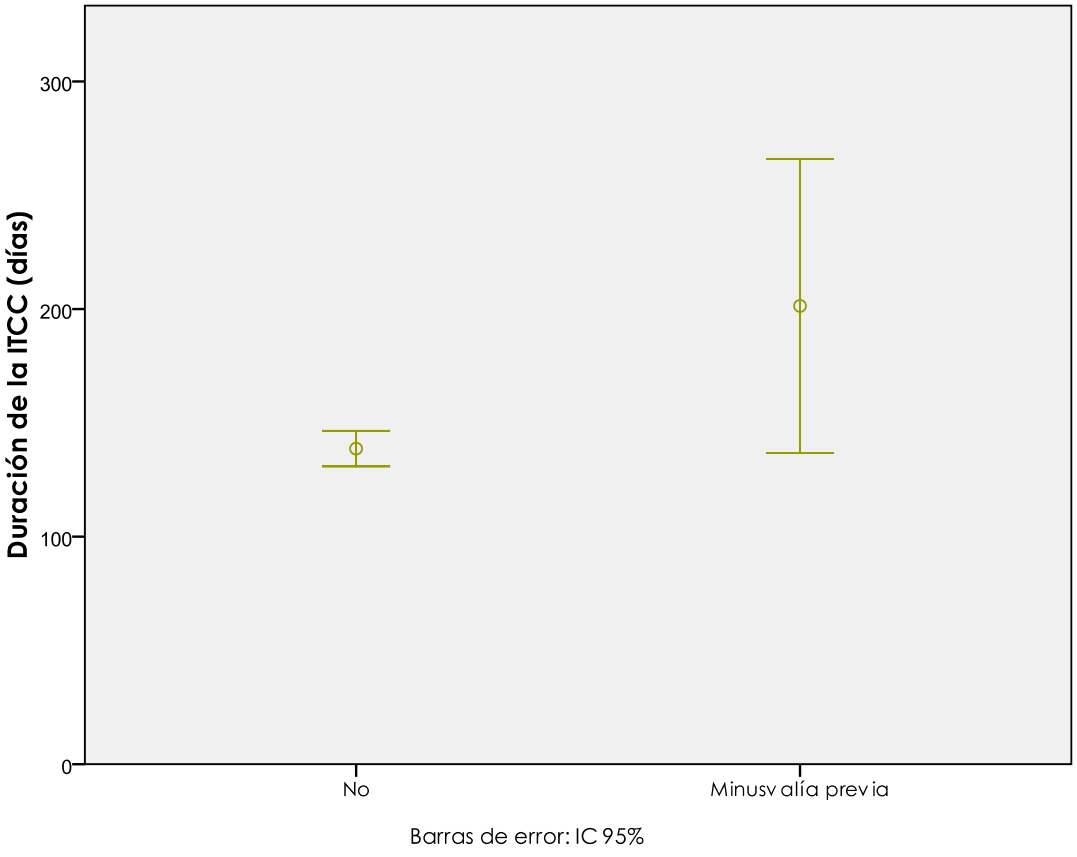


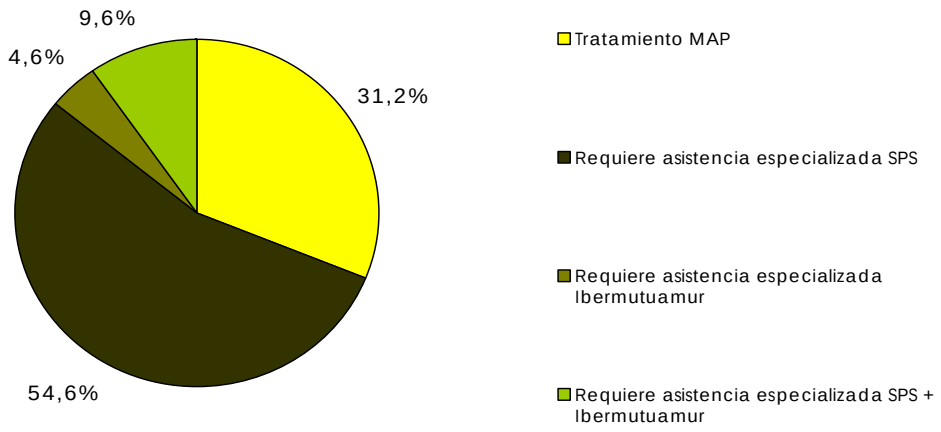
Figura 25. Duración de la ITCC en función del reconocimiento previo de una Incapacidad Permanente.



Derivación del paciente durante el proceso de ITCC a dispositivos de atención especializada en Salud Mental:

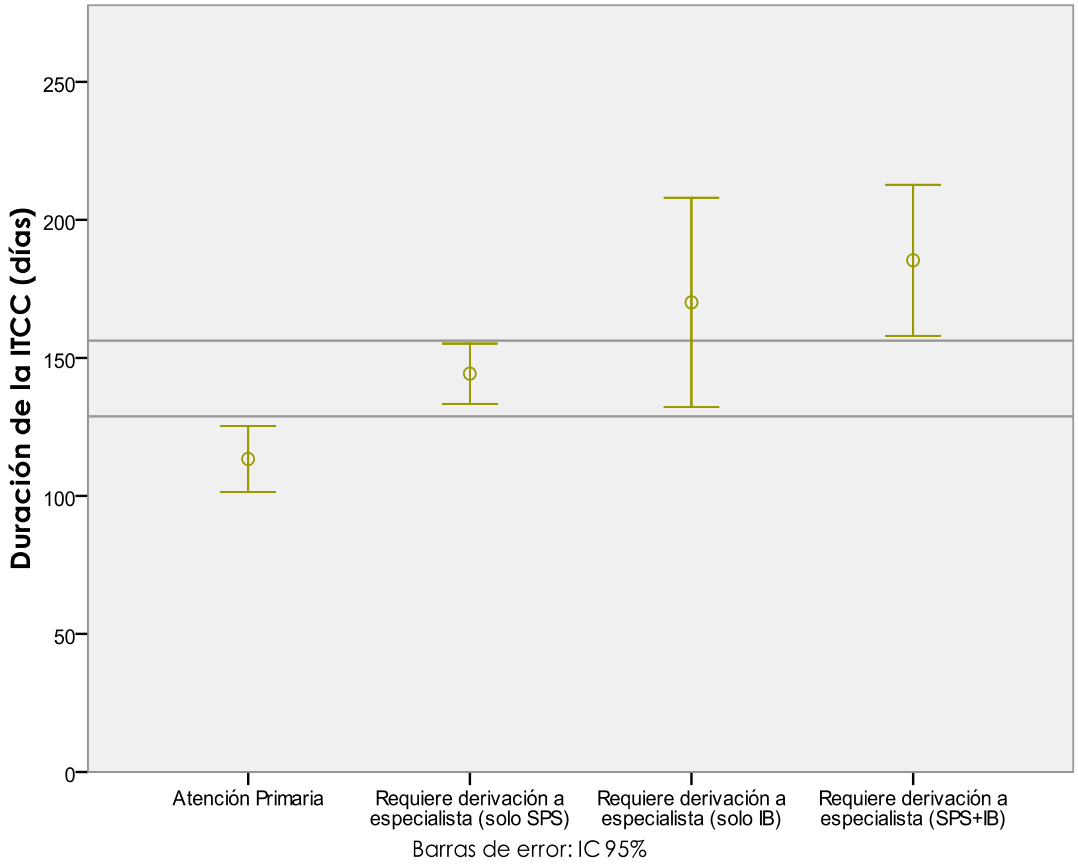
Nuestros datos indican que casi un 70% de los trabajadores requirió ser derivado a un especialista en Salud Mental en algún momento de su proceso de ITCC (*figura 25*). Al finalizar el episodio de baja por un trastorno neurótico, un 64,3% de los pacientes habrían sido atendidos en algún en algún dispositivo perteneciente a la red asistencial de Salud Mental del Sistema Público de Salud.

Figura 25. Porcentaje de sujetos que requiere derivación para asistencia especializada en Salud Mental durante su evolución.



La duración de los procesos de ITCC por trastornos depresivos fue significativamente superior en el grupo de pacientes derivados a atención especializada ($p<0,01$). La realización de un ANOVA puso de manifiesto que todos los procesos que requirieron una derivación a un especialista en Salud Mental, se desmarcaron de manera significativa del grupo cuyo seguimiento se realizó exclusivamente en Atención Primaria. Por otra parte, el grupo derivado de manera exclusiva a un especialista del Sistema Público de Salud tuvo duraciones de la ITCC más cortas que el grupo derivado además a un especialista propio ($p<0,05$).

Figura 27. Duración de la ITCC entre aquellos sujetos que han requerido derivación para asistencia especializada en Salud Mental durante su evolución.



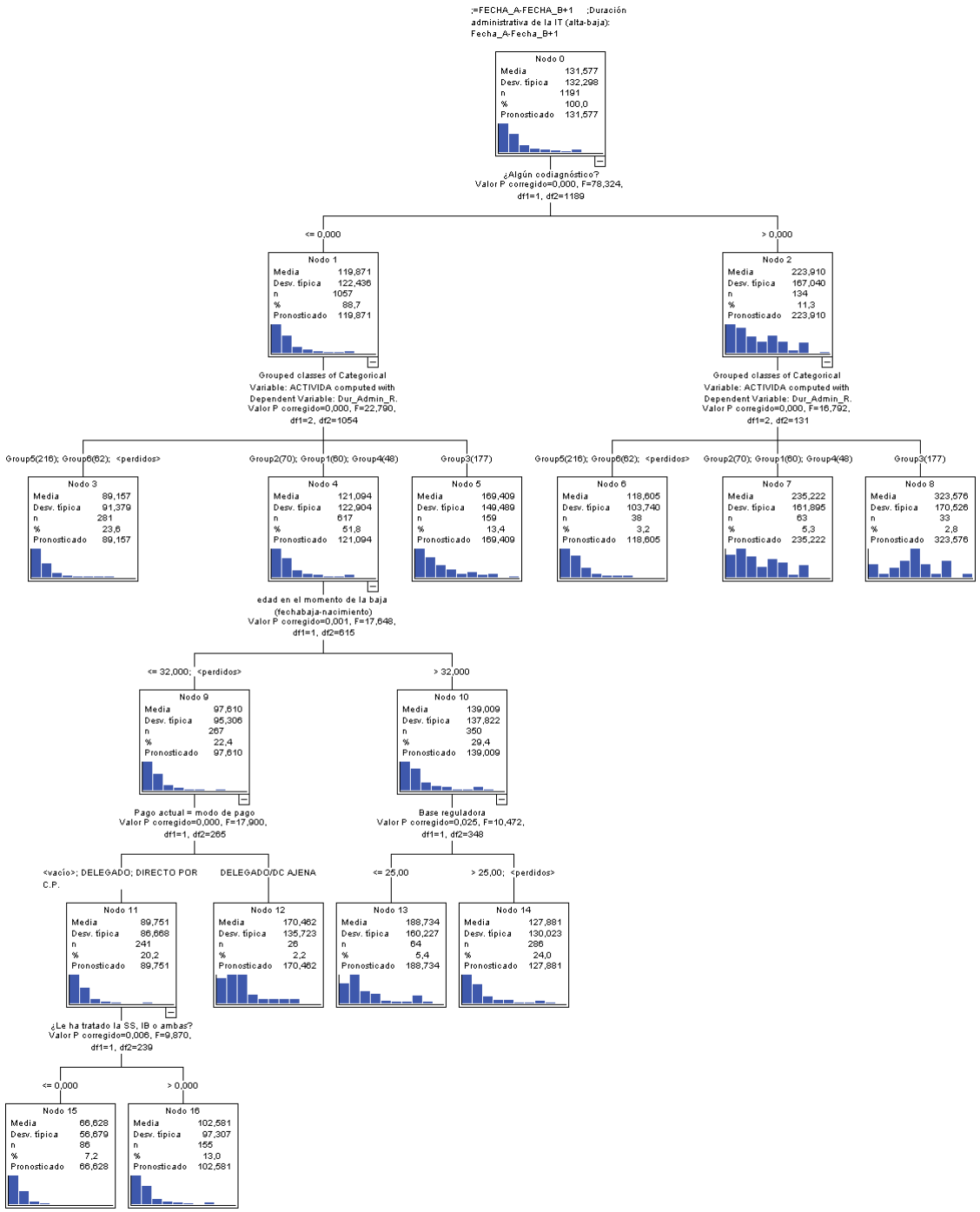
Resultados de la Minería de Datos

Variables con mayor asociación con la duración de la ITCC en los trastornos neuróticos:

En primer lugar realizamos un análisis mediante árboles de clasificación CHAID, con el fin de determinar las variables que mejor clasifican a los pacientes con un episodio de ITCC por un trastorno neurótico en función de la duración del episodio de baja, considerando la distribución de esta última en su totalidad.

En la *figura 28* se pueden observar los resultados de dichos análisis. Como puede apreciarse, la variable que mejor clasifica a los sujetos con trastornos neuróticos en función de la duración de su baja, es la *presencia de un codiagnóstico*. Si existe al menos un codiagnóstico, la duración media de la ITCC supera en aproximadamente 100 días a la de aquellos sujetos sin comorbilidad.

Figura 28. Árbol de clasificación en función de la capacidad de las diferentes variables para discriminar en base a la duración de la ITCC en los trastornos neuróticos.



En segundo lugar aparecen diferencias relacionadas con el tipo de *ocupación* que realiza el paciente, tanto en aquellos sujetos con comorbilidad como entre los que presentan un diagnóstico aislado de trastorno neurótico. Otras variables que han resultado relevantes en el modelo, en ausencia de comorbilidad y solo en ciertos grupos ocupacionales, han sido:

- *Edad en el momento de la baja*: con la aparición de una tendencia a que las bajas sean más cortas en individuos más jóvenes (especialmente cuando la edad es de 32 años o inferior).

- *Modalidad de pago*: entre los trabajadores más jóvenes y sin comorbilidad, la modalidad de pago directo en trabajadores por cuenta ajena es predictiva de duraciones más largas de la ITCC.

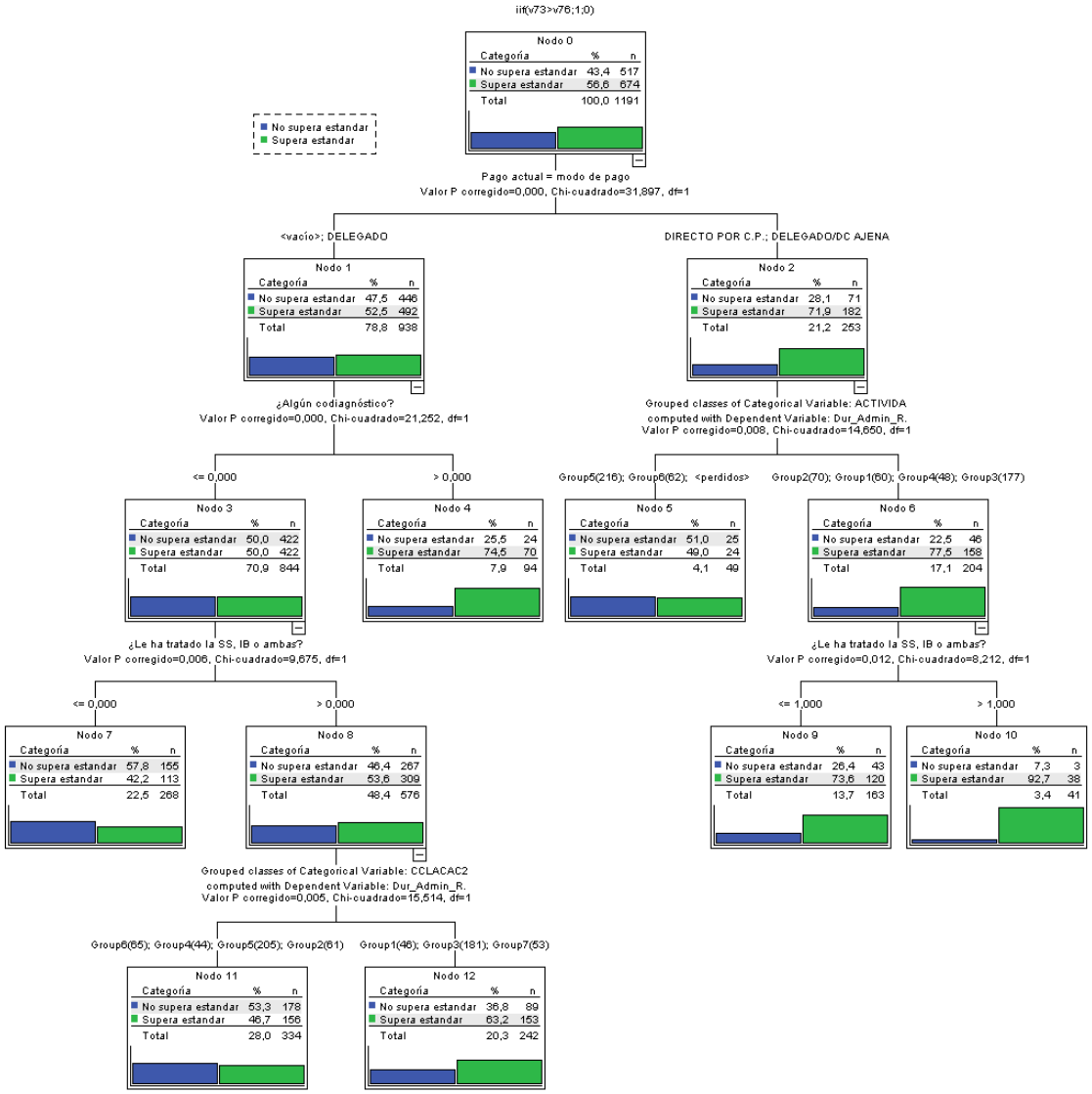
- *Base reguladora*: en individuos sin comorbilidad y por encima de los 32 años, la duración de la baja es más larga en trabajadores con menor nivel de ingresos.

- *Requerir derivación a atención especializada en Salud Mental durante la evolución*: al igual que sucede en otros grupos diagnósticos y en ciertos subgrupos de sujetos dentro de los mismos, requerir derivación a especialistas en Salud Mental se asocia con duraciones más largas de la Incapacidad Temporal.

Marcadores de riesgo de la probabilidad de superar el tiempo estándar de duración de Incapacidad Temporal Ibermutuamur para los trastornos neuróticos:

Posteriormente, se ha realizado un nuevo análisis mediante árboles de clasificación con el objetivo de identificar aquellas variables que mejor discriminan a aquellos trabajadores con una elevada probabilidad de superar el estándar de duración de Ibermutuamur para el grupo de los trastornos neuróticos (*figura 31*).

Figura 29. Árbol de clasificación en función de la capacidad de las diferentes variables para distinguir los casos con mayor probabilidad de superar el tiempo estándar de duración de la ITCC por trastornos neuróticos.



Sobre la base de este árbol de decisión se ha creado un modelo de predicción del riesgo de superar dicho estándar en cinco estratos: riesgo muy bajo (casos entre el 0% y el 20% de posibilidades de superar el estándar); riesgo bajo (casos entre el 20% y el 40% de posibilidades de superar el estándar); riesgo medio (entre el 0% y el 20% de posibilidades de superar el estándar) (*figuras 30 y 31*).

Figura 30. Escala de riesgo de la probabilidad de superar el tiempo estándar Ibermutuamur de duración de la Incapacidad Temporal.

Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto
0% - 20% de posibilidades de superar el estándar	20% - 40% de posibilidades de superar el estándar	40% - 60% de posibilidades de superar el estándar	60% - 80% de posibilidades de superar el estándar	80% -100% de posibilidades de superar el estándar

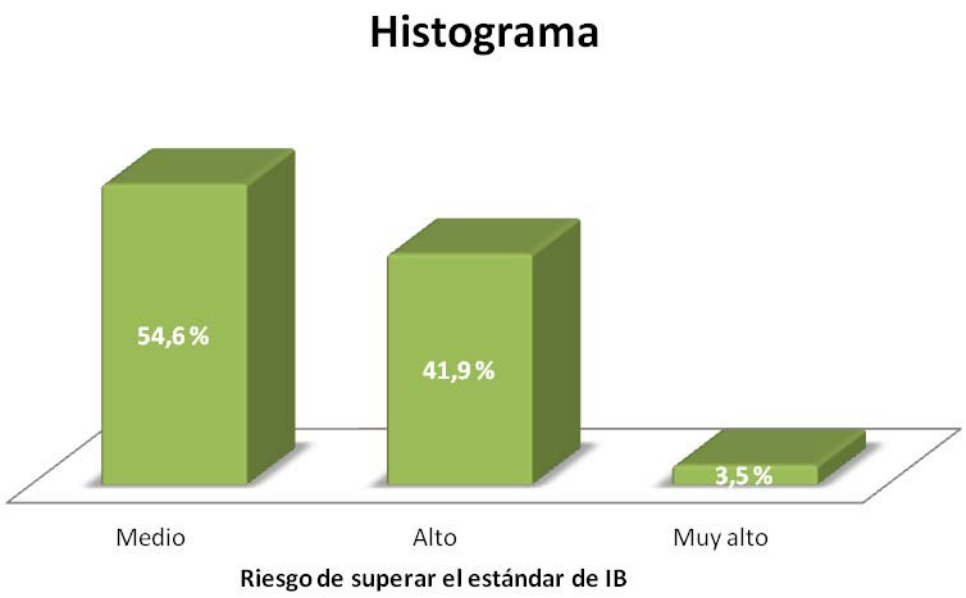
Figura 31. Modelo de predicción del riesgo de superar el tiempo estándar Ibermutuamur de duración de la Incapacidad Temporal en los episodios de ITCC por trastornos neuróticos.

La *tabla 8* y la *figura 32* muestran la distribución de los sujetos que conformaron la muestra de trabajadores deprimidos en función de su nivel de riesgo de superar el estándar Ibermutuamur.

Tabla 8. Distribución de la muestra en función del riesgo de superar el tiempo estándar Ibermutuamur de duración de la ITCC por trastornos neuróticos.

Riesgo de superar el estándar de IB				
	Frecuencia	**Porcentaje**	**Porcentaje válido**	**Porcentaje acumulado**
Medio	651	54,6	54,6	54,6
Alto	500	41,9	41,9	96,5
Muy alto	42	3,5	3,5	100,0

Figura 32. Distribución de la muestra en función del riesgo de superar el tiempo estándar Ibermutuamur de duración de la ITCC por trastornos neuróticos.

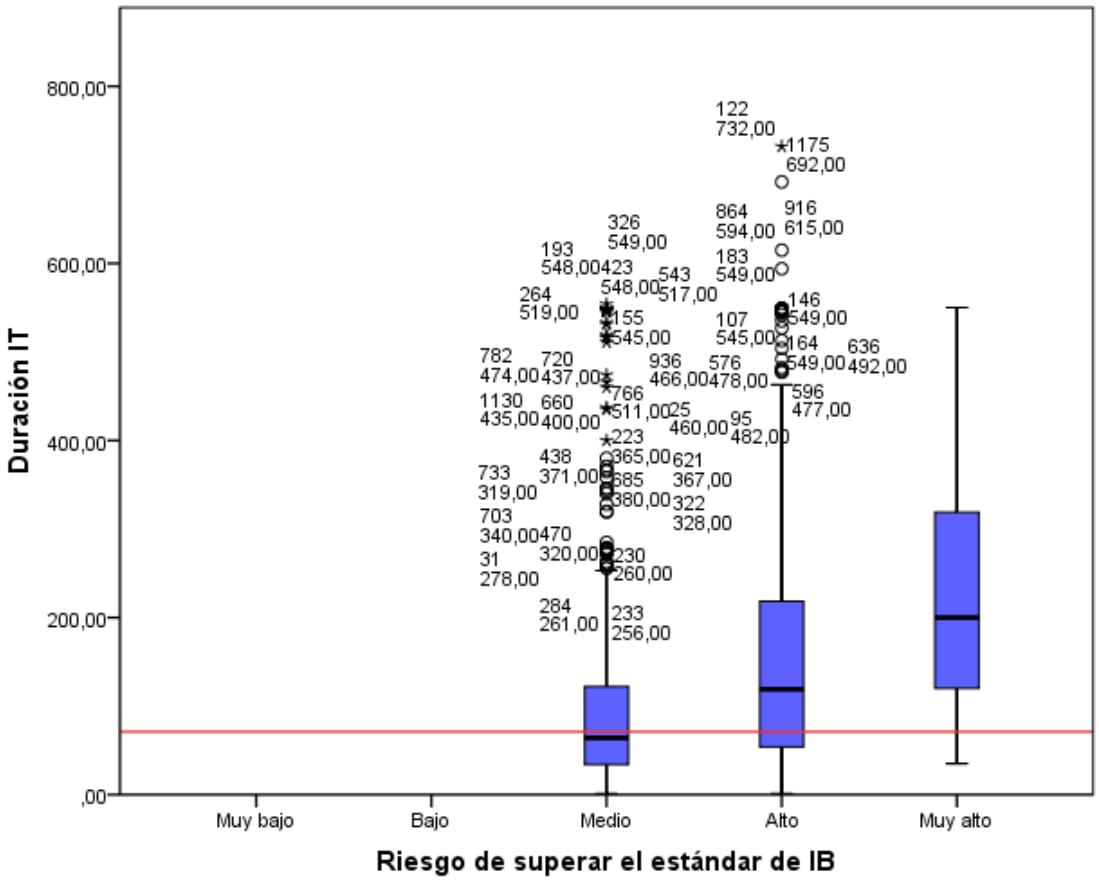


La *tabla 9* y la *figura 33* nos muestran cómo se distribuye la variable duración de la ITCC en función del grupo de riesgo al cual pertenece el trabajador.

Tabla 9. Distribución de la duración de la ITCC en función del grupo de riesgo al que pertenece el trabajador.

	N	Media	Desviación típica	IC al 95%	
				L. inferior	L. superior
Medio	651	99,5	106,7	91,3	107,7
Alto	499	164,3	146,6	151,4	177,2
Muy alto	41	242,8	158,7	192,7	292,9

Figura 33. Distribución de la duración de la ITCC en función del grupo de riesgo al que pertenece el trabajador.

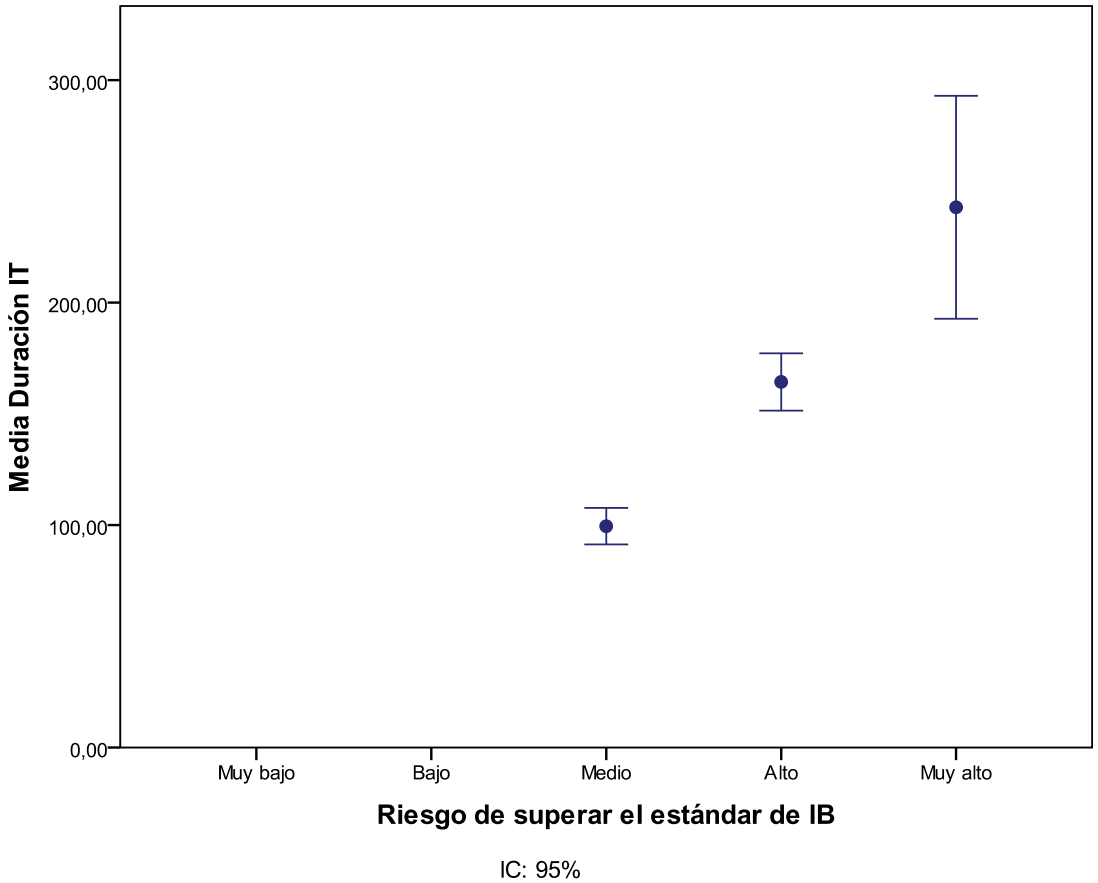


Como cabría esperar, la duración de la ITCC aumenta en función del nivel de riesgo del trabajador. Sin embargo, para que dicha clasificación sea válida resulta necesario someter a prueba que los diferentes grupos de riesgo difieren de manera estadísticamente significativa entre sí en cuanto a la duración de la IT. Para ello,

llevamos a cabo un ANOVA utilizando como factor el nivel de riesgo y la duración de la ITCC, como variable dependiente. Los resultados pusieron de manifiesto la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en cuanto a la duración de la ITCC ($p<0,01$).

Como puede apreciarse en la *figura 34*, los distintos niveles resultan muy válidos, con una gran capacidad para discriminar entre los tres niveles de riesgo de los que consta el modelo finalmente obtenido.

Figura 34. Media de duración de la ITCC en cada intervalo de riesgo e intervalo de confianza al 95%.



Conclusiones

- Los episodios por Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes asociados a trastornos neuróticos, en cuya gestión colabora una mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, tienen duraciones muy prolongadas.

- El tiempo estándar Ibermutuamur de duración de la Incapacidad Temporal para los trastornos neuróticos es de 80 días, mientras que el estándar para los trastornos de ansiedad se sitúa en 72 días.

- La edad, no tener estudios formales o tener solo estudios primarios, tener hijos, la modalidad de pago directo por parte de la mutua durante la baja (autónomos y personas que quedan en desempleo durante la misma), la comorbilidad con otros trastornos, el reconocimiento de algún grado de minusvalía previa y requerir ser derivado a un especialista en Salud Mental durante la evolución del caso, son los factores que relacionan con duraciones más prolongadas de los episodios de ITCC en el trastorno depresivo.

- El predictor más robusto de la duración de la ITCC en los trastornos neuróticos es la existencia de comorbilidad, que se asocia con un incremento medio de más de 3 meses de duración.

- Resulta posible definir un modelo válido para predecir el riesgo de superar el estándar Ibermutuamur para esta patología basado en la existencia de codiagnósticos, la ocupación, la modalidad de pago durante la baja y la necesidad de ser derivado a un especialista en Salud Mental.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.

2. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2002.

3. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005;62:617-27.

4. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Med Clin 2006;126:445-451.

5. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatr Scand Suppl 2004;109:21-27.

6. Autonell J, Vila F, Pinto-Meza A, Vilagut G, Codony M, Almansa J, et al. Prevalencia-año de la comorbilidad de los trastornos mentales y factores sociodemográficos asociados en la población general de España. Resultados del estudio ESEMeD-España. Actas Esp Psiquiatr 2007;35:4-11.

7. Codony M, Alonso J, Almansa J, Vilagut G, Domingo A, Pinto-Meza A, et al. Utilización de los servicios de salud mental en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD-España. Actas Esp Psiquiatr. 2007;35:21-28.

8. Roy-Byrne P, Craske MG, Sullivan G, Rose RD, Edlund MJ, Lang AJ, et al. Delivery of evidence-based treatment for multiple anxiety disorders in primary care: a randomized controlled trial. JAMA 2010;303:1921-1928.

9. Noordik E, van der Klink JJ, Klingen EF, Nieuwenhuijsen K, van Dijk FJ. Exposure-in-vivo containing interventions to improve work functioning of workers with anxiety disorder: a systematic review. BMC Public Health 2010;10:598.

10. Codony M, Alonso J, Almansa J, Vilagut G, Domingo A, Pinto Meza A, et al. Uso de fármacos psicotrópicos en España. Resultados del estudio ESEMeD-España. Actas Esp Psiquiatr 2007;35:29-36.

11. Fernández A, Haro JM, Codony M, Vilagut G, Martínez-Alonso M, Autonell J, Salvador-Carulla L, Ayuso-Mateos JL, Fullana MA, Alonso J.Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: primary versus specialised care in Spain. J Affect Disord 2006;96:9-20.

12. Sherbourne CD, Sullivan G, Craske MG, Roy-Byrne P, Golinelli D, Rose RD, et al. Functioning and disability levels in primary care out-patients with one or more anxiety disorders. Psychol Med 2010;40:2059-2068.

13. Plaisier I, Beekman AT, de Graaf R, Smit JH, van Dyck R, Penninx BW. Work functioning in persons with depressive and anxiety disorders: the role of specific psychopathological characteristics. J Affect Disord 2010;125:198-206.

14. el-Guebaly N, Currie S, Williams J, Wang J, Beck CA, Maxwell C, et al. Association of mood, anxiety, and substance use disorders with occupational status and disability in a community sample. Psychiatr Serv 2007;58:659-667.

15. Marciniak M, Lage MJ, Landbloom RP, Dunayevich E, Bowman L. Medical and productivity costs of anxiety disorders: case control study. Depress Anxiety 2004;19:112-120.

16. Smit F, Cuijpers P, Oostenbrink J, Batelaan N, de Graaf R, Beekman A. Costs of nine common mental disorders: implications for curative and preventive psychiatry. J Ment Health Policy Econ 2006;9:193-200.

17. Kessler RC. The global burden of anxiety and mood disorders: putting the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) findings into perspective. J Clin Psychiatry 2007;68:10-19.

18. Acarturk C, Smit F, de Graaf R, van Straten A, Ten Have M, Cuijpers P. Economic costs of social phobia: a population-based study. J Affect Disord 2009;115:421-429.

19. Rice DP, Miller LS. Health economics and cost implications of anxiety and other mental disorders in the United States. Br J Psychiatry Suppl. 1998;172:4-9.

Ibermutuamur

Capítulos 3, 4 y 5:

Duración de la Incapacidad Temporal asociadas a diferentes patologías en trabajadores españoles.

Trastornos mentales:

Trastornos neuróticos
Reacción de adaptación
Trastornos depresivos

Esta investigación ha sido financiada al amparo de lo previsto en la Orden TIN/1902/2009, de 10 de junio, (Premios FIPROS, Fondo para el Fomento de la Investigación de la Protección Social).

Tabla de contenidos

Introducción 1

Diseño, sujetos y métodos 1

Resultados 4

Conclusiones 34

Bibliografía 35

Introducción

El diagnóstico CIE-9-CM de reacción de adaptación se refiere a lo que actualmente conocemos como trastornos adaptativos, un grupo diagnóstico cuya definición suscita en la actualidad un intenso debate y es enormemente frecuente en la práctica clínica.

El rasgo nuclear de los trastornos adaptativos, siguiendo los criterios de la Organización Mundial de la Salud[1] o los de la Asociación Americana de Psiquiatría[2], consiste en la existencia de síntomas clínicos emocionales o conductuales, a menudo de naturaleza depresiva, que se desarrollan después de un acontecimiento estresante. Para emitir el diagnóstico tiene que existir un deterioro funcional como consecuencia de los síntomas, que exceda lo esperado para dicho acontecimiento, y el cuadro no debe ser mejor clasificado en una categoría más específica (p. ej. trastorno depresivo o de ansiedad). Los dos sistemas de clasificación difieren en la ventana temporal que debe haber entre el acontecimiento y el inicio del trastorno, y en el grado de compromiso funcional necesario. Aunque el trastorno, según su definición, tiene un curso breve, se reconoce que los síntomas pueden prolongarse en el tiempo.

Sin embargo, como ya hemos mencionado, la actual definición de estos trastornos resulta controvertida.

En primer lugar, hemos de referirnos brevemente a la evidencia epidemiológica disponible acerca de su frecuencia. Podemos afirmar que, aunque disponemos de una cierta cantidad de estudios que nos llevan a pensar que este tipo de cuadros se diagnostican con mucha frecuencia en diferentes ámbitos, no disponemos de un buen conocimiento acerca de su verdadera incidencia entre la población general, ya que generalmente los trastornos adaptativos han quedado excluidos de los principales estudios epidemiológicos sobre Salud Mental. Investigaciones de referencia, como la *National Comorbidity Survey Replication*[3] o el estudio *ESEMeD*[4], no aportan datos al respecto.

El único gran estudio epidemiológico que ofrece datos en relación a este grupo diagnóstico es el *European Outcome of Depression International Network (ODIN)*[5], un

estudio de prevalencia de los trastornos depresivos en cinco países europeos (Finlandia, Irlanda, Noruega, España y el Reino Unido). Esta investigación proporciona datos exclusivamente sobre los trastornos adaptativos con estado de ánimo deprimido, obteniendo una tasa de prevalencia entre el 0,5% y el 0,3% en función de que se utilicen como criterios diagnósticos los DSM-IV o la CIE-10. La prevalencia es mayor en mujeres que en hombres en ambos casos. Sin embargo, según algunos autores, estos datos infraestiman la frecuencia del trastorno, más allá de que solo se tenga en cuenta la modalidad depresiva del mismo.

A pesar de la carencia de datos procedentes de las grandes encuestas epidemiológicas, contamos con informes referentes a ámbitos asistenciales específicos que revelan que los trastornos adaptativos son diagnosticados con mucha frecuencia en la práctica clínica[5-9]. Podrían ser extremadamente comunes entre aquellas personas que consultan por motivos de salud mental, especialmente en Atención primaria (11%-18% de las consultas por Salud Mental) y en Psiquiatría de enlace (10%-35%).

En este mismo sentido, el 23% de los pacientes psiquiátricos ambulatorios podría recibir este diagnóstico, que supondría 18% de los casos diagnosticados en el eje I (trastornos mentales agudos) en Atención Primaria[8].

Por otra parte, existen diversos trabajos que apuntan a que su incidencia es elevada en poblaciones expuestas a estresores psicosociales específicos. La prevalencia del trastorno adaptativo en escenarios post-conflicto (Etiopía, Gaza, Argelia y Camboya) podría variar entre el 6% y el 40%[10]. También se ha informado de tasas muy altas del trastorno entre veteranos de guerra[11]. Otros estudios evidencian la pertinencia del diagnóstico al evaluar las alteraciones emocionales en personas que experimentan acontecimientos mucho más frecuentes como el acoso laboral[12] o padecer cáncer[13,14].

Pese a tratarse de un diagnóstico frecuente en contextos clínicos, numerosos trabajos plantean serias dudas acerca de la validez y la utilidad de este diagnóstico tal como está concebido en la actualidad.

El concepto de reacción de adaptación no está exento de problemas. Algunos autores han puesto de manifiesto aspectos como: una pobre definición; solapamiento con otros diagnósticos y grupos diagnósticos, esencialmente con los trastornos de ansiedad y con los trastornos depresivos; la falta de operacionalización del concepto;

falta de definición de a qué se considera estresor; la falta de definición de qué se considera una respuesta anormal a un acontecimiento vital estresante; y la excesiva prevalencia de una categoría, cuya única ventaja podría ser el permitir emitir un diagnóstico de carácter residual cuando no se alcanza a cumplir criterios para un otro más específico y, sin embargo, persiste la necesidad de tratamiento[15].

En esta misma dirección, Semprini, et al[16] realizan una revisión de la literatura disponible en Medline desde 1967 hasta 2009 y llegan a la conclusión de que el diagnostico de trastorno de adaptación no se caracteriza por una descripción clínica y un pronóstico consistentes, ni por una adecuada diferenciación respecto de otros trastornos en base a rasgos psicométricos o neurobiológicos específicos. El espectro de las alteraciones afectivas que comprende el concepto parece ser demasiado amplio. Un problema fundamental se refiere a que se trata de un diagnóstico por exclusión que se solapa con las formas subclínicas de los trastornos depresivos y de ansiedad.

Sin embargo, para otros autores, como Casey todos estos problemas deben conducir a avanzar en la forma en que se plantea el diagnóstico en la actualidad, más que a su abandono[5-7].

Las dificultades para identificarlo de forma fiable o mediante instrumentos estandarizados, han tenido como consecuencia que la investigación sobre su tratamiento resulte escasa. Según la propia Casey, existe poca evidencia para casi cualquier tipo de intervención. Las intervenciones son generalmente breves, quedando reducido el uso de la farmacoterapia al manejo sintomático del insomnio y la ansiedad, sin que exista evidencia robusta acerca de la eficacia de los antidepresivos.

La psicoterapia de duración breve y focalizada en el afrontamiento efectivo de los problemas que desencadenaron la reacción de adaptación, tiende a considerarse el tratamiento de elección. El único ensayo controlado y aleatorizado, realizado hasta la fecha con una intervención psicoterapéutica (orientada a que el paciente aumente gradualmente sus actividades, a la psicoeducación y a la resolución de los problemas), encontró que esta fue capaz de disminuir de manera muy significativa el tiempo de baja de los pacientes con este trastorno en el seguimiento a los 3 y a los 12 meses[17]. Sobre la base de su eficacia se elaboró una guía de práctica clínica para estos trastornos.

Poco conocemos acerca las repercusiones de los trastornos adaptativos entre la población laboral. Uno de los pocos datos que conocemos se menciona, precisamente, en la *Guía holandesa para el manejo de los trastornos adaptativos en Atención Primaria y Medicina Ocupacional*[18]. Según sus autores, el riesgo de discapacidad crónica (tras un año de baja por enfermedad una persona es evaluada para recibir una pensión de incapacidad) entre los empleados que permanecen cuatro semanas de baja por un trastorno adaptativo, supera el 20%.

Al margen de la actual controversia acerca de esta entidad nosológica, los datos de los que disponemos sugieren que las reacciones de adaptación se encuentran entre los problemas de salud mental más frecuentes como causa de Incapacidad Temporal. En nuestro conocimiento, el presente trabajo constituye el primer análisis realizado en nuestro medio acerca de la discapacidad asociada a este grupo trastornos y de las variables asociadas a la misma, y en consecuencia la primera aproximación a los costes generados por los trastornos adaptativos en materia de prestaciones por ITCC.

Diseño, sujetos y métodos

Se trata de un estudio epidemiológico multicéntrico, observacional descriptivo y prospectivo.

La **población objetivo** de estudio se correspondió con la población activa protegida por Ibermutuamur en lo que se refiere a las Contingencias Comunes (CC). Dicha población, en el periodo en el que se realizó el estudio, incluía alrededor de 632.000 trabajadores.

La **muestra** estuvo formada por 16.174 pacientes pertenecientes a la población protegida de Ibermutuamur que recibieron la baja por Contingencia Común entre los años 2003 y 2007.

La descripción detallada de los criterios de inclusión y exclusión, el método de muestreo, las variables, los métodos de recogida de datos, los diagnósticos que se incluyen en el estudio (según CIE-9), la estrategia para el análisis estadístico, las

limitaciones y posibles sesgos del estudio y el calendario previsto, se encuentra recogida en el capítulo 1 del documento general del estudio.

Resultados

Descripción de la muestra

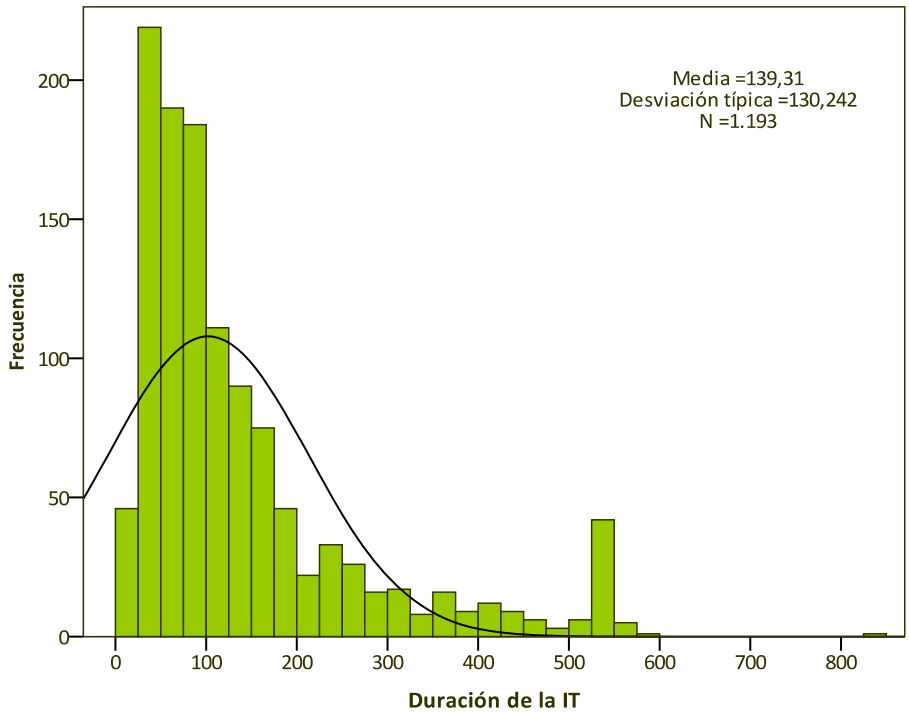
Como hemos contado anteriormente, se recogió una muestra de **16.174** casos de pacientes (protegidos por Ibermutuamur) que recibieron la baja por Contingencia Común entre los años 2003 y 2007 y que estaban diagnosticados de alguna de las 100 patologías previamente seleccionadas.

De la muestra recogida **1.193** casos (**el 7,4%**) presentaban un diagnóstico de reacción de adaptación, **(Reacción de adaptación; CIE-9-CM 309)**. Estos casos formaron la muestra que analizamos en este estudio.

Duración de los procesos de Incapacidad Temporal por Contingencias comunes debidos a reacción de adaptación

En la *figura 1* se presenta la distribución de la variable duración de la ITCC para las reacciones de adaptación. La función de la duración de la incapacidad temporal para este diagnóstico se distribuye mediante una media y desviación típica de 139,31 ± 130,242. En el histograma de frecuencias se observa que la función no se ajusta a la curva normal. Hasta los primeros 100 días de baja va muy por encima de la curva, desde ahí desciende el número de casos, quedando al final una cola a la derecha, con un repunte en el tramo que marca el final de la prórroga a los 18 meses. El tramo que marca la moda de la distribución se encuentra entre los 25 y 50 días y acumula en él al 18,6% de los casos. Dentro de los 100 primeros días de ITCC se encuentra el 53,7% de la muestra.

Figura 1. Distribución de la variable duración la ITCC en las reacciones de adaptación.



Las *tablas 1* y *2* ofrecen los principales estadísticos descriptivos de la duración de los episodios de ITCC por reacciones de adaptación (tabla 1), así como el valor de los centiles más representativos de la distribución (tabla2).

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de la variable duración de la ITCC en las reacciones de adaptación (CIE-9-CM 309).

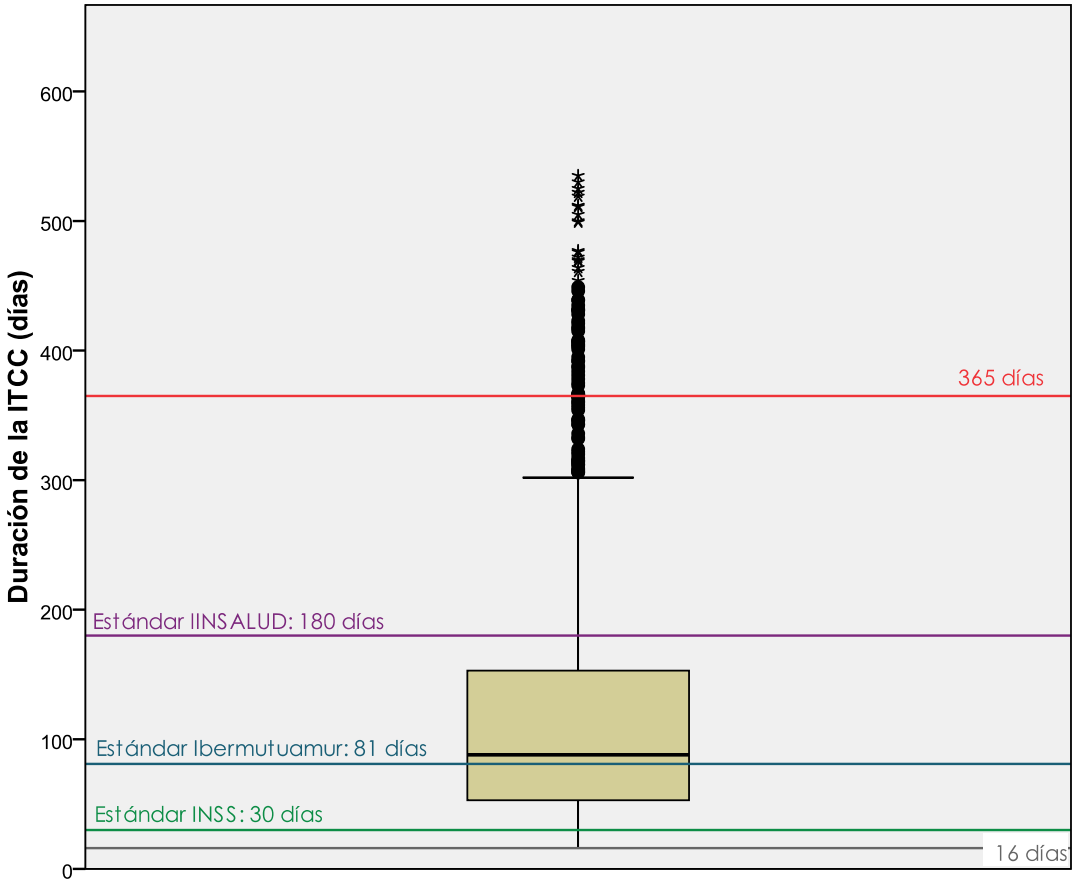
	Duración real (administrativa)
N	1.193
Media	139,3
Mediana	92
Desviación típica	130,2
Mínimo	16
Máximo	828

Tabla 2. Percentiles para la variable duración de la ITCC en las reacciones de adaptación.

Percentil	Duración real (administrativa)
10	33
20	46
25	54
30	61
40	76,6
50	92
60	117
70	147
75	165
80	194,4
90	323,3

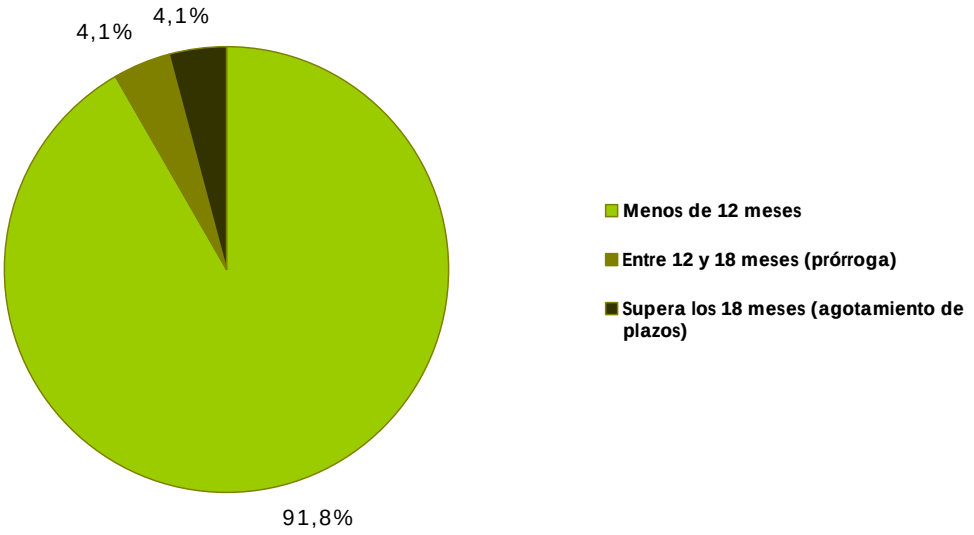
La *figura 2* representa de nuevo la distribución de la ITCC en las reacciones de adaptación, poniéndola en relación con los tiempos estándar de duración que han sido propuestos por el INSS, con el estándar Ibermutuamur obtenido en el presente estudio (81 días) y con los principales plazos relevantes en materia de duración de la ITCC dentro de la gestión realizada por las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Figura 2. Distribución de la variable duración de los procesos de ITCC y comparación con los estándares de duración del INSS e Ibermutuamur.



La *figura 3* presenta el porcentaje de procesos en virtud del tramo de duración al que pertenecen al alcanzar la fecha del alta. Nuevamente, y al igual de lo que sucede en el resto de los trastornos mentales que han sido analizados en el presente estudio, un porcentaje alto de los pacientes con reacciones de adaptación superan los 12 meses de baja, aunque al igual que sucede en el caso de los trastornos neuróticos, este porcentaje resulta inferior al de los trastornos depresivos (8,2% vs. 13,4%).

Figura 3. Tramos de duración de la ITCC en las reacciones de adaptación.



Variables demográficas

En la *tabla 3* se presenta la distribución de los trabajadores en cuanto a las principales variables sociodemográficas que han sido tenidas en consideración.

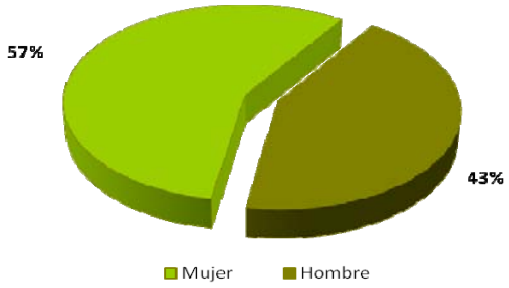
Tabla 3. Características sociodemográficas de la muestra.

Variable	%
Sexo	
Hombre	43,2
Mujer	56,8
Edad (años)	
<25	9,8
25-29	16,5
30-34	17,1
35-39	19,2
40-44	13,3
45-49	10,2
50-54	6,9
55-59	4,6
≥60	2,3
Nivel de estudios	
Sin estudios	2,0
Estudios Primarios	36,1
Estudios Secundarios	36,2
Titulación Media	14,3
Titulación Superior	11,4
Nacionalidad	
Española	96,8
Europea	1,7
Iberoamericana	1,2
Magreb	0,2
Resto del mundo	0,2
Estado civil	
Soltero	34,3
Casado	47,4
Pareja de hecho	3,8
Divorciado	11,7
Viudo	2,9
Tiene hijos	53,9
Nº de Hijos	
1	41,7
2	40,7
3-4	16,2
>4	1,2

Sexo y edad:

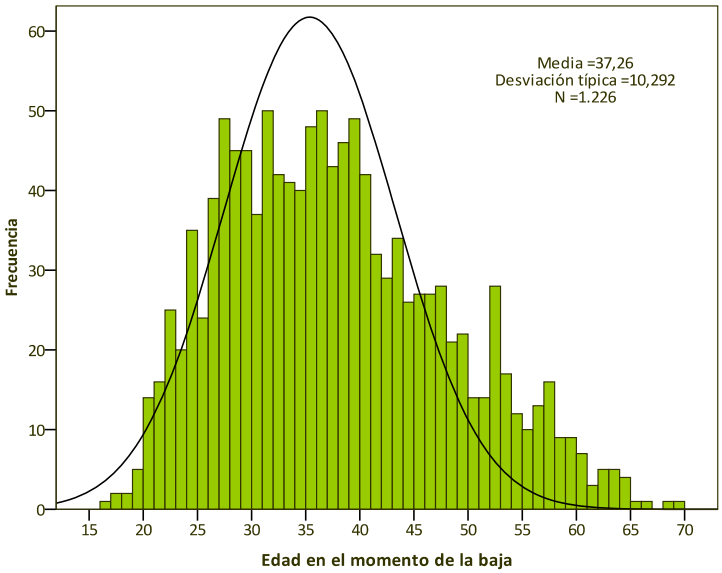
Del mismo modo que sucede en todos los grupos de trastornos mentales que hemos analizado, más de la mitad de los pacientes son mujeres (figura 6).

Figura 6. Distribución de la muestra en función del sexo.



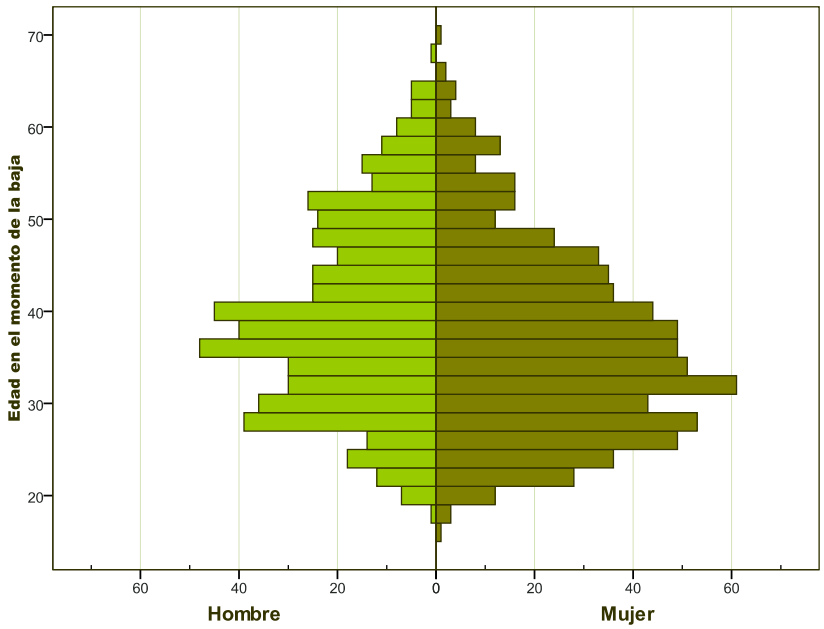
En la *figura 7*, se presenta la distribución de la variable edad. El 50% central de la distribución se sitúa entre los 29 y los 44 años.

Figura 7. Distribución de la variable edad en la muestra de sujetos con reacciones de adaptación.



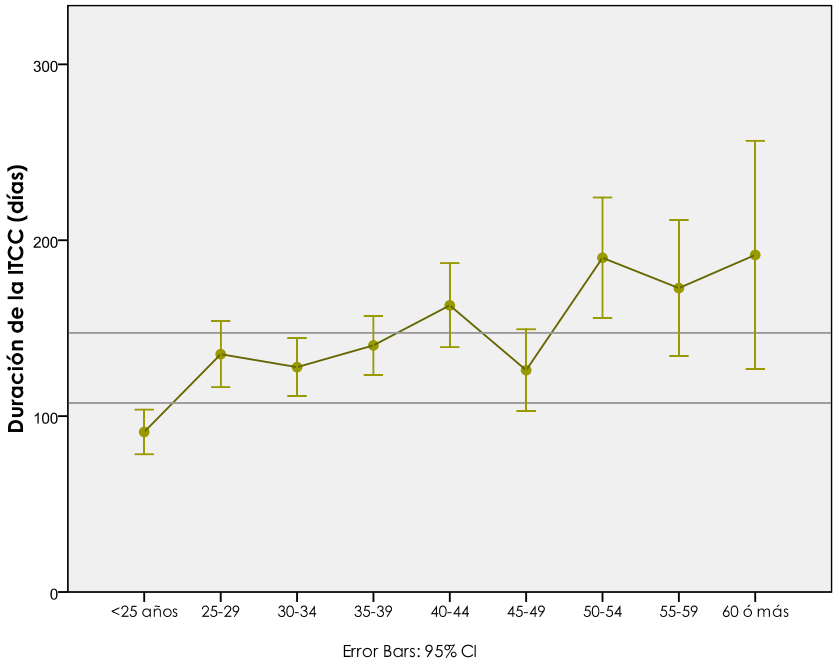
Existe una asociación estadística entre la edad y el sexo (ver figura 8), a medida que aumenta la edad lo hace el número de hombres ($p < 0,01$).

Figura 8. Distribución por edad en función del sexo.



No se observa una asociación significativa del sexo con la duración de los procesos de baja (α =0,05). Sin embargo, a mayor edad aumenta la duración de los procesos de incapacidad temporal por reacciones de adaptación (p<0,01).

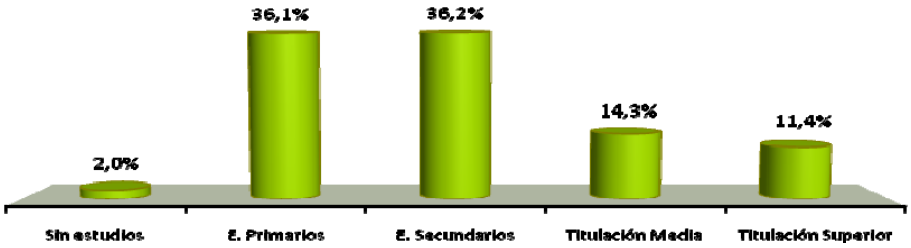
Figura 9. Asociación lineal de la edad con la duración de la ITCC en las reacciones de adaptación.



Nivel de estudios:

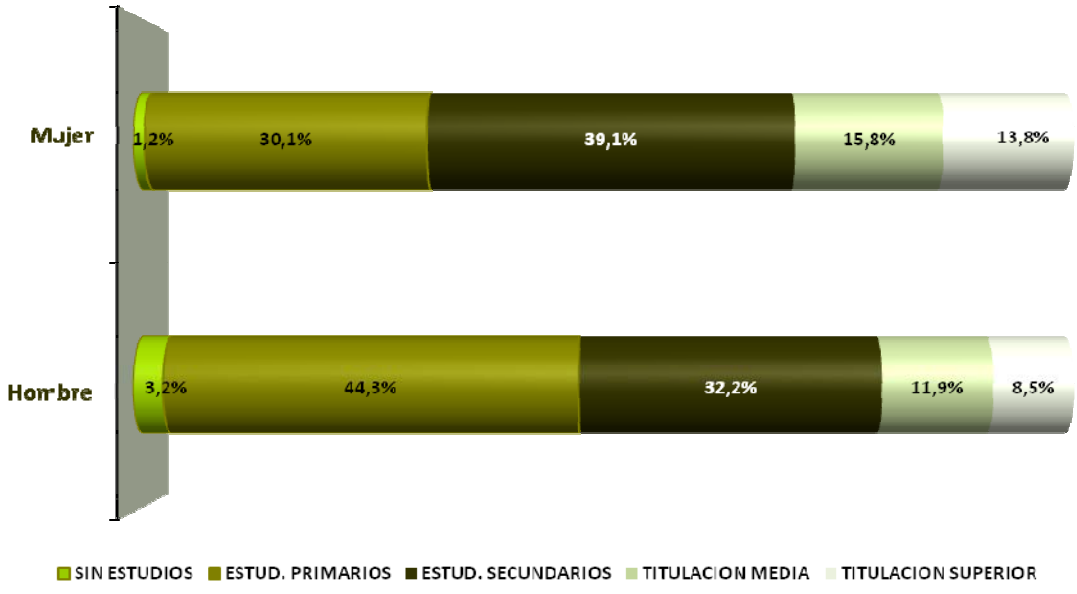
En la *figura 10* se presenta la distribución de los sujetos que conformaron la muestra en función de su nivel de estudios. Los grupos más numerosos los constituyen aquellas personas con estudios primarios o secundarios (76% de la muestra).

Figura 10. Distribución de la muestra por nivel de estudios.



El nivel de estudios varía en función del sexo de los pacientes (figura 11). El nivel formativo alcanzado por las mujeres es superior al de los hombres ($p<0,01$).

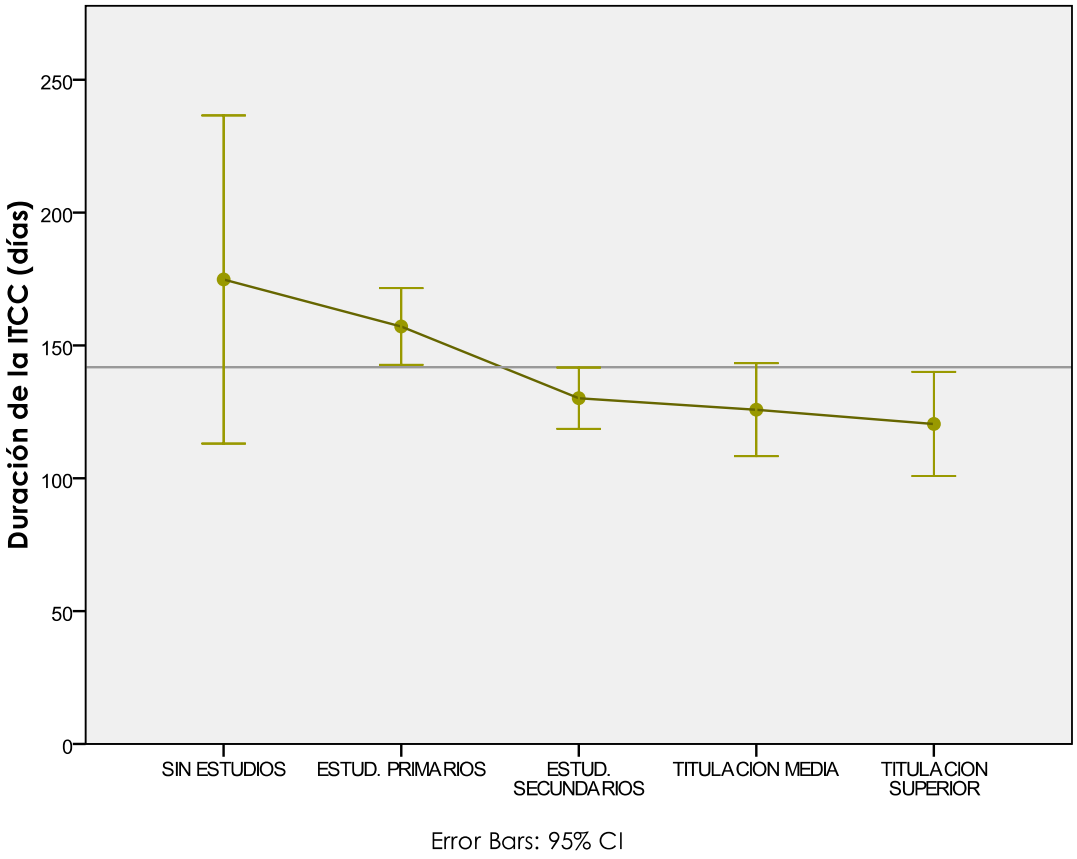
Figura 11. Distribución del nivel de estudios en función del sexo.



Nuevamente, se reproduce una tendencia a que la duración de los episodios de baja se reduzca entre los pacientes con un mayor nivel educativo (figura 12). Dicha tendencia de los datos adquiere significación estadística, siendo inferior la duración de

los procesos cuando el paciente tiene estudios secundarios o superiores, que cuando solo tiene estudios primarios (p<0,01).

Figura 12. Duración media e intervalo de confianza al 95% de los episodios de ITCC por reacciones de adaptación en función del nivel de estudios.



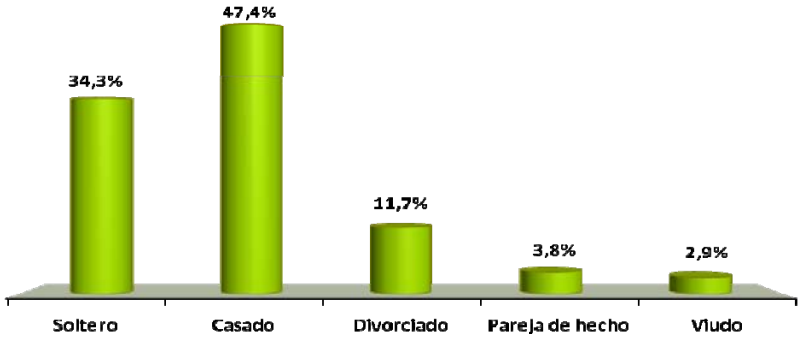
Nacionalidad:

Respecto a la nacionalidad se reproduce el mismo esquema que en otros diagnósticos, resultando muy reducido el grupo de pacientes de nacionalidad extranjera (3,2%) y sin que aparezca una asociación significativa de esta variable con la duración de la ITCC (α =0,05).

Estado civil y nº de hijos:

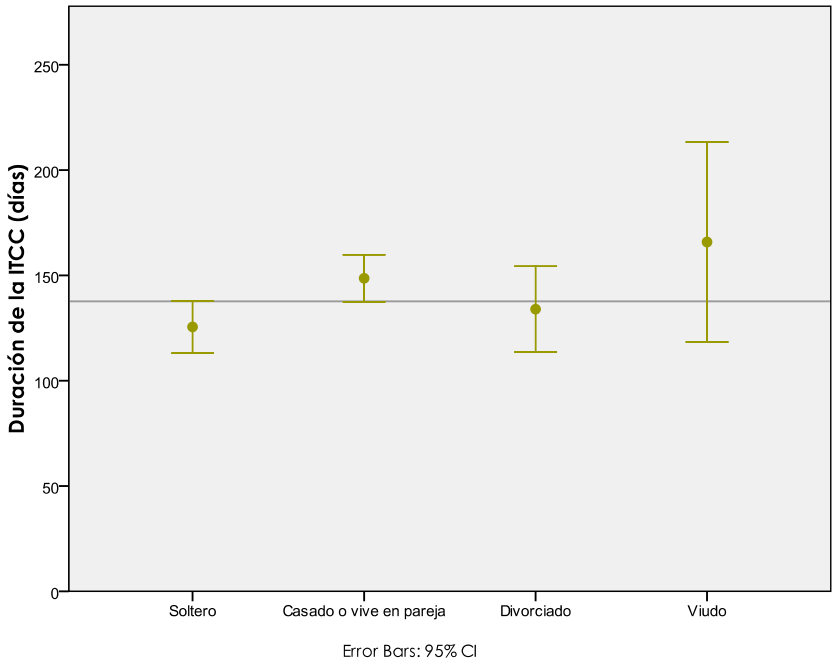
En la *figura 12*, se presenta la distribución de la muestra en función del estado civil. El dato más llamativo es la mayor proporción que en otros diagnósticos de individuos separados/divorciados y viudos, aspecto que confiere validez al diagnóstico, ya que resulta esperable una mayor frecuencia de problemas relacionados con cuestiones familiares o con pérdidas afectivas en esta categoría.

Figura 13. Distribución de la muestra por estado civil.



Hay diferencias estadísticamente significativas en la duración media de la baja, los casados tienen unas bajas con duración media un 20% superior a los que están solteros ($p < 0,01$).

Figura 14. Duración media e intervalo de confianza al 95% de los episodios de ITCC por trastornos neuróticos en función del estado civil.



Más de la mitad de los pacientes de la muestra no tiene hijos. Entre aquellos con hijos, los procesos de ITCC son un 12% más prolongados ($p<0,05$).

Variables sociolaborales

En la *tabla 4* se presentan los datos de la muestra en las principales variables sociolaborales.

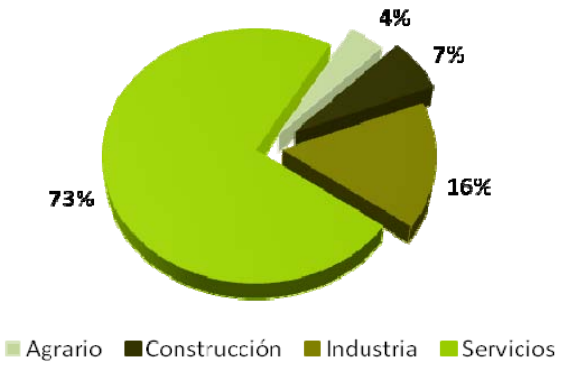
Tabla 4. Características de la muestra desde el punto de vista de las variables sociolaborales.

Variable	%
Rama de actividad	
Agricultura, ganadería y pesca	4,0
Construcción	6,6
Industria	16,0
Servicios	73,5
Nivel ocupacional	
Ocupación manual	38,9
Trabajo de oficina	61,1
Ocupación	
Dirección de las empresas y Administraciones Públicas	1,8
Técnicos y profesionales científicos e intelectuales	8,8
Técnicos y profesionales de apoyo	19,2
Empleados de tipo administrativo	9,0
Trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores	19,2
Trabajadores cualificados en agricultura y pesca	1,0
Artesanos y trabajadores cualificados de la industria manufacturera, construcción y minería	12,6
Operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores	8,9
Trabajadores no cualificados	19,6
Tipo de contratación	
Temporal	36,2
Indefinida	63,8
Pluriempleo	1,6
Modalidad de pago durante la baja	
Pago delegado	82,4
Pago directo por cuenta ajena	9,4
Pago directo por cuenta propia	8,2

Sector de actividad y ocupación:

La *figura 15* representa la distribución de la muestra por sector de actividad. No se ha detectado una asociación estadísticamente significativa entre el sector de actividad de la empresa y la duración de la baja (α =0,05).

Figura 15. Distribución de la muestra por rama de actividad.



Las *figuras 16* y *17* representan la distribución de la muestra por nivel ocupacional y ocupación.

Figura 16. Distribución de la muestra por nivel ocupacional.

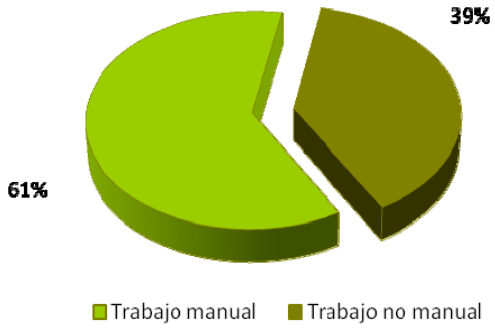
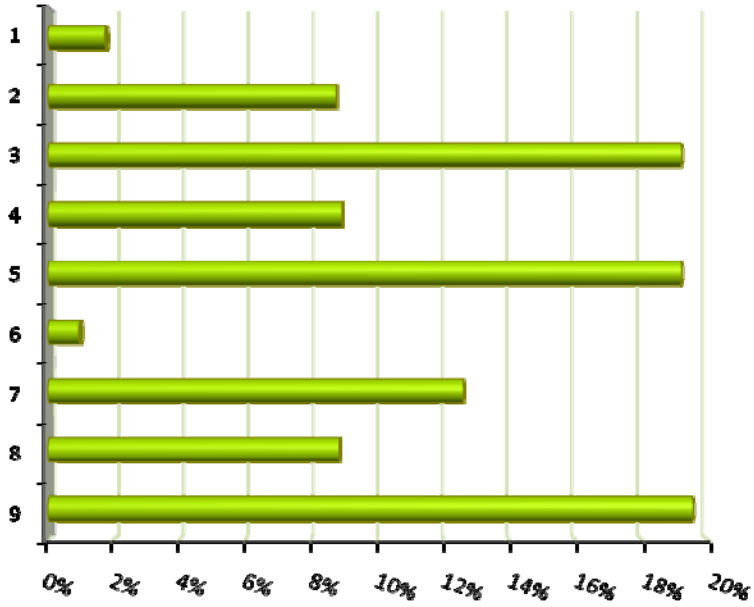


Figura 17. Distribución de la muestra por ocupación.

1	Dirección de las empresas y Administraciones Públicas
2	Técnicos y profesionales científicos e intelectuales
3	Técnicos y profesionales de apoyo
4	Empleados de tipo administrativo
5	Trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores
6	Trabajadores cualificados en agricultura y pesca
7	Artesanos y trabajadores cualificados de la industria manufacturera, construcción y minería
8	Operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores
9	Trabajadores no cualificados



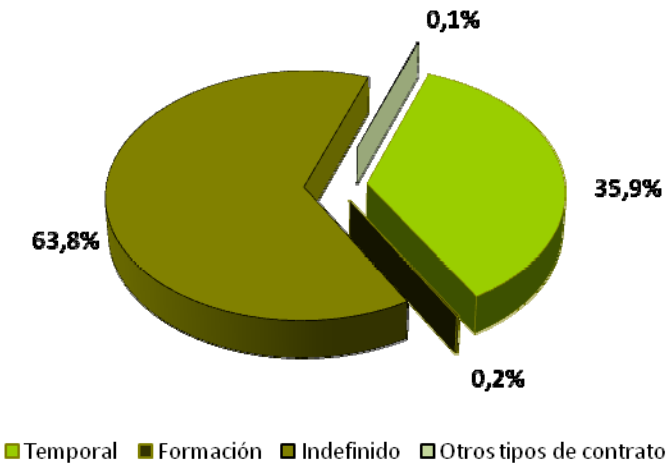
No se han observado diferencias significativas en la duración de la ITCC en función de la variable ocupación, sin embargo, al agrupar en dos niveles ocupacionales encontramos que las bajas son más largas en trabajadores manuales ($p<0,05$).

Figura 17. Duración media e intervalo de confianza al 95% de los episodios de ITCC por trastornos neuróticos en función del nivel ocupacional.

Contratación temporal vs. indefinida y pluriempleo:

Predominan los contratos indefinidos con un 63,8%, No hay diferencias estadísticamente significativas en la duración media de la baja entre los diferentes tipos de contrato ($p > 0,1$).

Figura 18. Distribución de la muestra por tipo de contratación.



Modalidad de pago durante la baja:

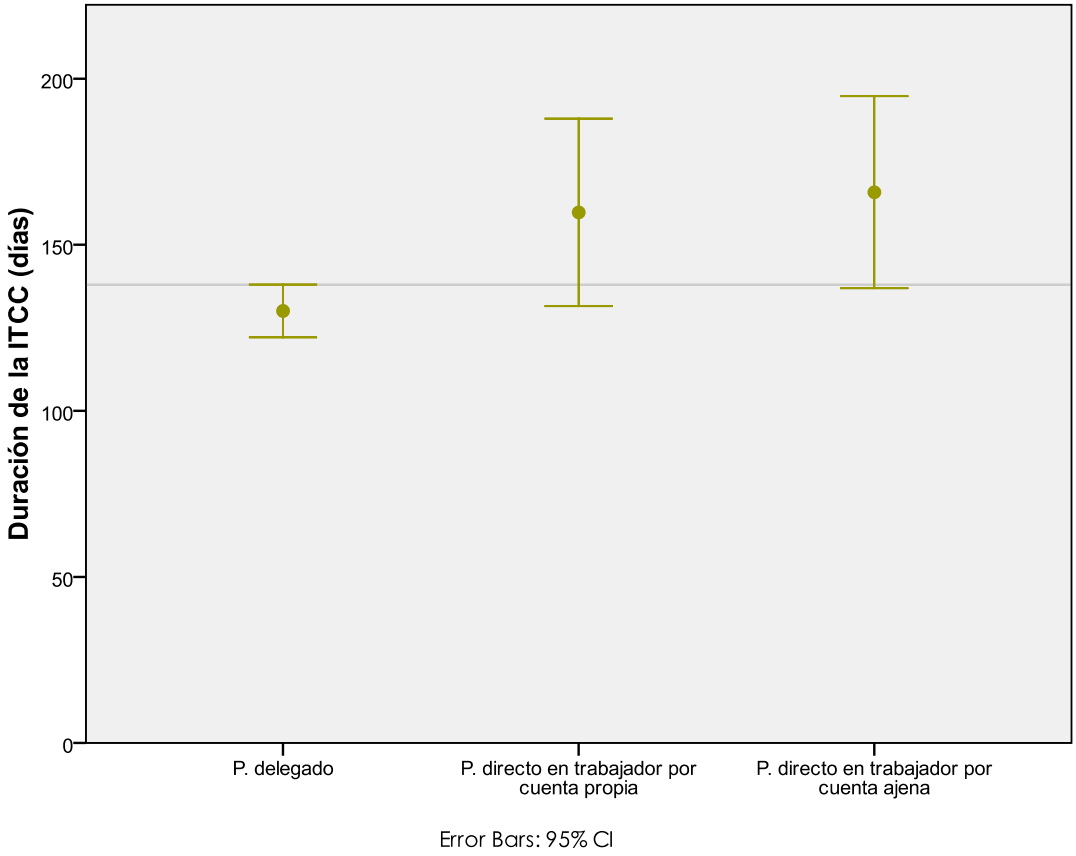
La distribución de la muestra por modalidad de pago durante la baja fue la siguiente:

- *Pago delegado* (trabajadores por cuenta ajena del Régimen General): 82,4%.
- *Pago directo en trabajador por cuenta propia* (trabajadores autónomos): 8,2%.
- *Pago directo en trabajador por cuenta ajena* (situación de desempleo que sobreviene durante la ITCC, solicitud del pago directo por la mutua por parte del trabajador, etc.): 9,4%.

Al igual de lo que sucede en otras patologías existen diferencias significativas en la duración en función de la modalidad de pago durante el proceso de ITCC. Los procesos que reciben el pago delegado tienen duraciones significativamente inferiores que los trabajadores por cuenta ajena que reciben pago directo por parte de la mutua,

aunque estas diferencias solo alcanzan un grado de significación marginal (p<0,05). Aunque existe una tendencia a que las duraciones sean superiores en trabajadores por cuenta ajena, respecto al pago directo que en trabajadores por cuenta propia (ver figura 18), las diferencias no alcanzan la significación estadística (α =0,05).

Figura 17. Duración media e intervalo de confianza al 95% de los episodios de ITCC por trastornos neuróticos en función de la modalidad de pago durante la baja.



Variables sociosanitarias

En la *tabla 5* se muestran los datos descriptivos de los trabajadores en las principales variables sociosanitarias.

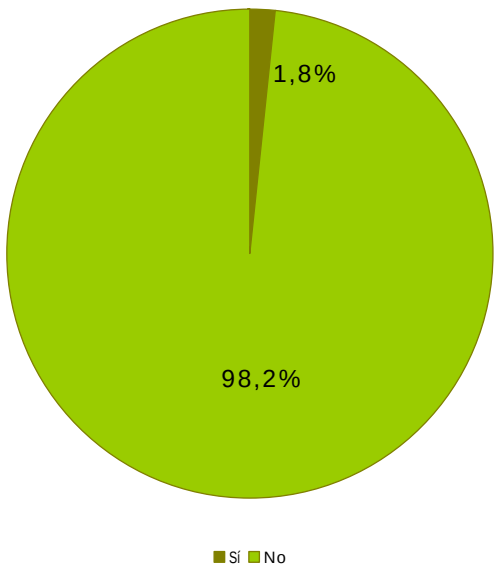
Tabla 5. Caracterización de la muestra desde el punto de vista sociosanitario.

Variable	% o Media ±DT
Tiene codiagnóstico/s	9,9
Existencia de bajas previas	60,4
Existencia de minusvalía previa	2,2
Grado de minusvalía previa	38,5% ±15,6
Incapacidad Permanente previa	0,8
Derivación a Salud Mental	
Seguimiento exclusivamente en Atención Primaria, durante el episodio actual	18,5
Requiere derivación a atención especializada en Salud Mental	81,5
Derivación solo a especialista del Sistema Público de Salud	66,1
Derivación solo a especialista de Ibermutuamur	2,3
Derivación a especialista del Sistema Público de Salud y de Ibermutuamur	13,1

Comorbilidad:

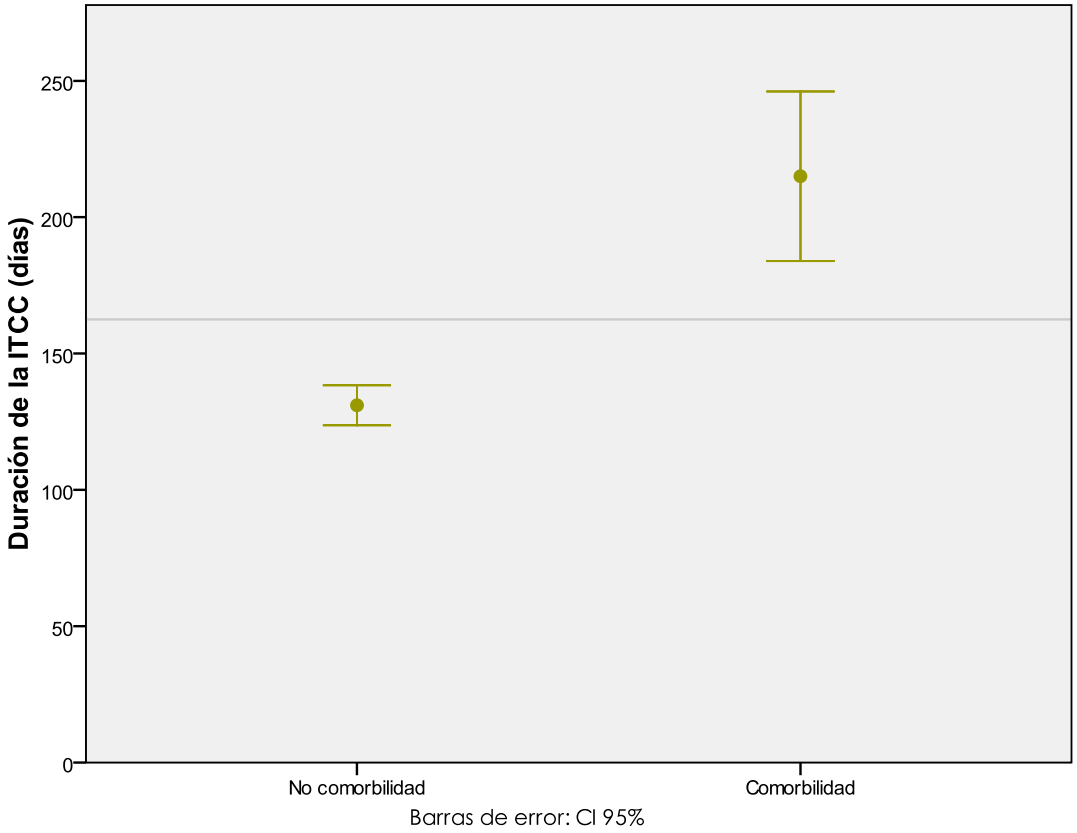
Un 9,9% de los pacientes con reacción de adaptación presentaron al menos un codiagnóstico durante el episodio de baja (ver figura 18).

Figura 18. Porcentaje de sujetos con codiagnósticos.



La existencia de comorbilidad (al menos un codiagnóstico) se relacionó con periodos de ITCC significativamente mayores ($p < 0,01$).

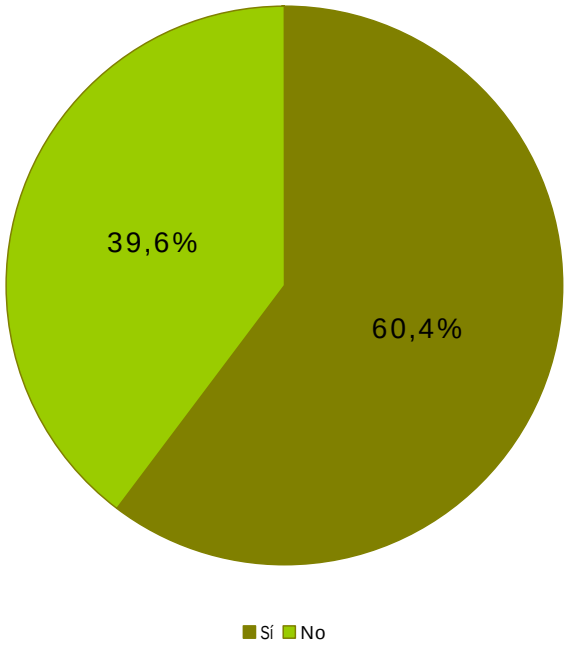
Figura 19. Duración media e intervalo de confianza al 95% de los episodios de ITCC por reacciones de adaptación en función de la existencia de comorbilidad (al menos un codiagnóstico).



Episodios de IT en los cinco años previos:

Aproximadamente el 60% de los pacientes de nuestra muestra tuvieron al menos un proceso previo de ITCC durante los cinco años previos al episodio actual (figura 20). La existencia de tales antecedentes no se relacionó con la duración de los procesos por un diagnóstico de reacción de adaptación ($\alpha = 0,05$).

Figura 20. Porcentaje de sujetos con bajas previas al actual episodio de ITCC.



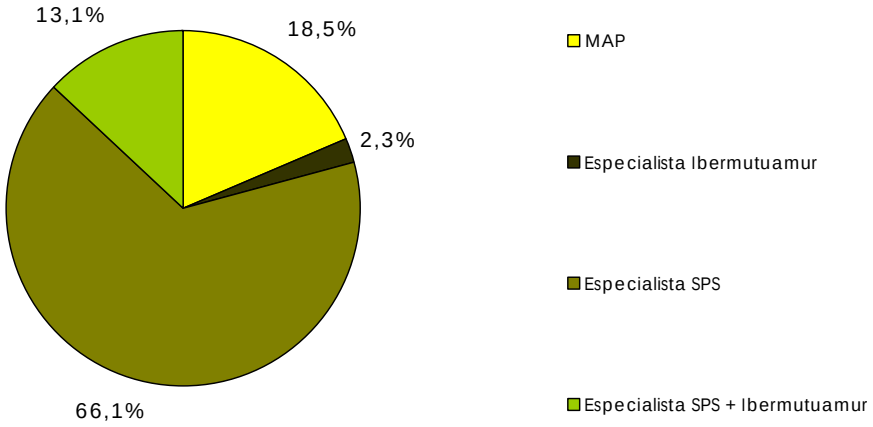
Reconocimiento previo de algún grado de Incapacidad Permanente o de minusvalía:

Un 2,2% de los pacientes con diagnóstico de reacción de adaptación tenían reconocido con carácter previo al inicio del episodio actual algún grado de minusvalía y al 0,8% les había sido concedido algún tipo de Incapacidad Permanente con anterioridad. El reconocimiento de incapacidad o minusvalía previas no se asoció con la duración del episodio actual de ITCC por reacción de adaptación ($\alpha = 0,05$).

Derivación del paciente durante el proceso de ITCC, a dispositivos de atención especializada en Salud Mental:

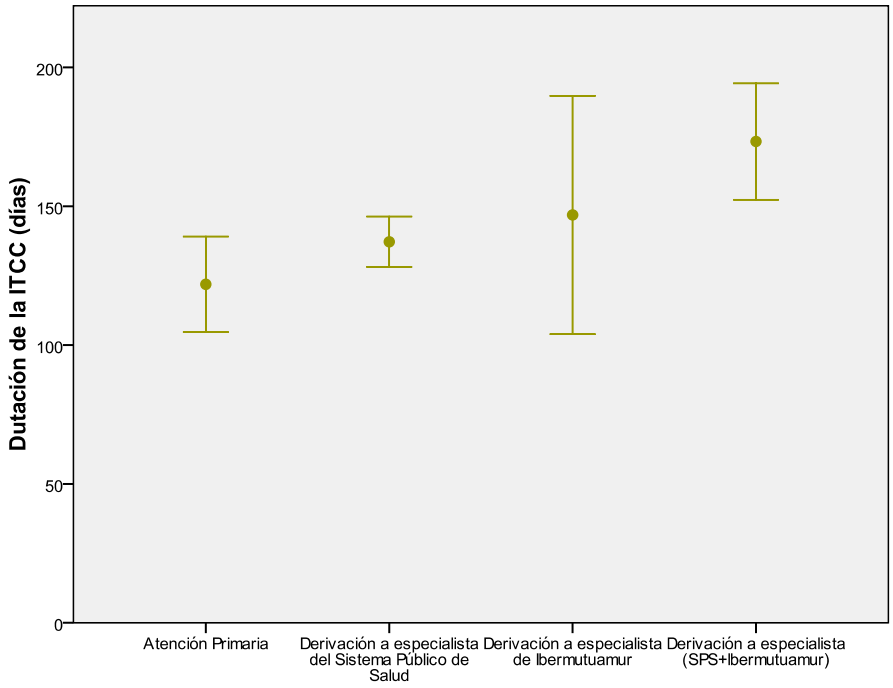
La figura 21 representa el porcentaje de pacientes que requirieron derivación a un especialista en Salud Mental en algún momento de su evolución durante el episodio actual.

Figura 21. Porcentaje de sujetos que requiere derivación para asistencia especializada en Salud Mental durante su evolución.



Del mismo modo que sucede en el caso de los trastornos depresivos y otros trastornos neuróticos, la necesidad de ser derivado a dispositivos de Salud Mental se relacionó con duraciones significativamente mayores de los episodios de baja (figura 22). Concretamente, los episodios fueron más prolongados cuando fue necesaria la derivación tanto a un especialista del Sistema Público de Salud como a un especialista propio de la entidad ($p<0,05$).

Figura 22. Duración media e intervalo de confianza al 95% de los episodios de ITCC por reacciones de adaptación en función de la necesidad de ser derivado a un especialista en Salud Mental.



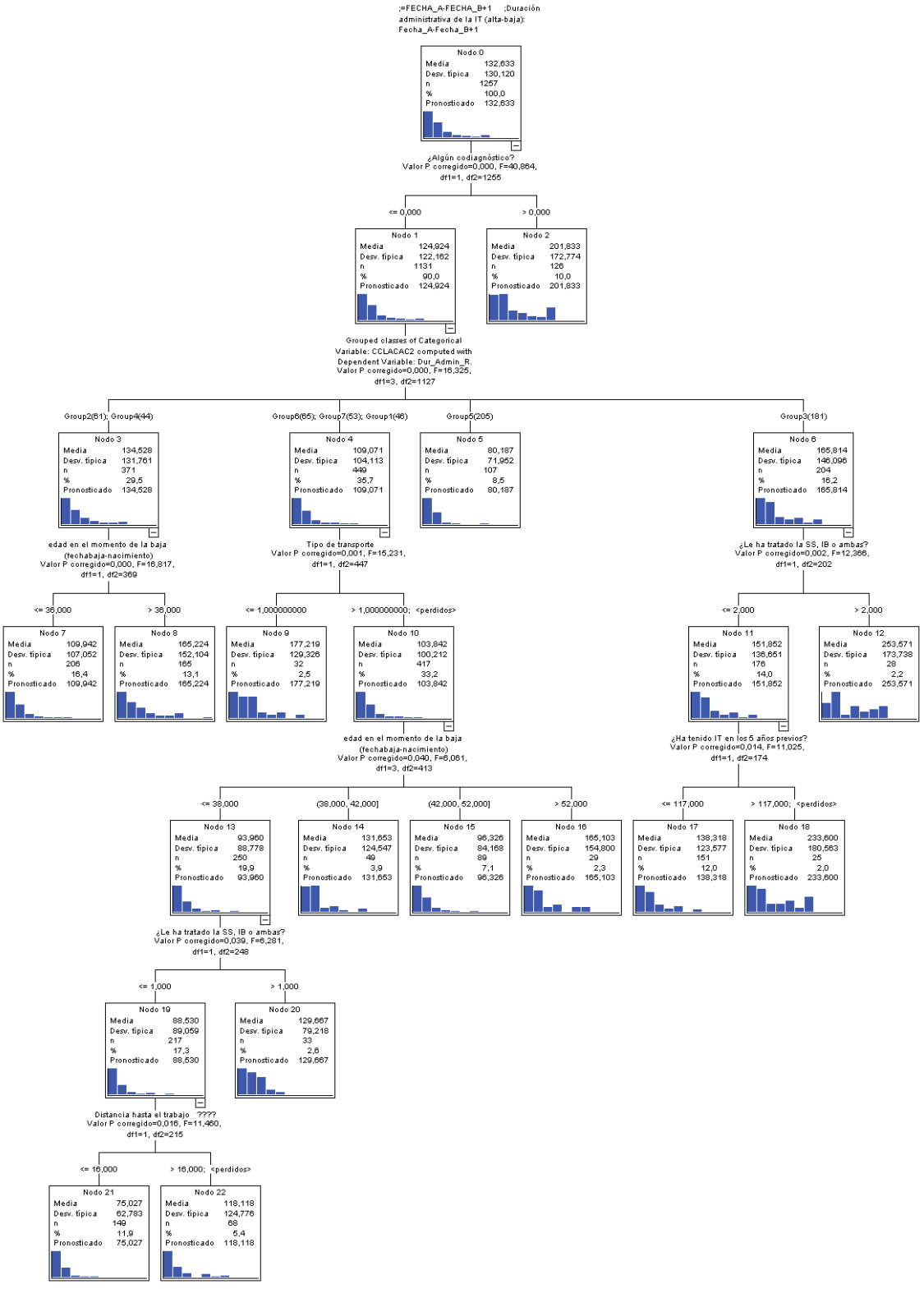
Resultados de la Minería de Datos

Variables con mayor asociación con la duración de la ITCC en las reacciones de adaptación:

En primer lugar realizamos un análisis mediante árboles de clasificación CHAID, con el fin de determinar las variables que mejor clasifican a los pacientes con un episodio de ITCC por reacciones de adaptación en función de la duración del episodio de baja, considerando la distribución de esta última en su conjunto.

En la *figura 23* se pueden observar los resultados de dichos análisis. Tal como sucede en el caso de los otros dos grupos de trastornos mentales que han sido tomados en consideración en el presente estudio (trastornos depresivos y de ansiedad), la variable que mejor clasifica a los sujetos con una reacción de adaptación en función de la duración de su baja es la presencia de un *codiagnóstico*. En esta ocasión, la existencia de comorbilidad implica un incremento aún mayor en la duración de la ITCC (125 días).

Figura 23. Árbol de clasificación en función de la capacidad de las diferentes variables para distinguir en base a la duración de la ITCC (reacción de adaptación).



En un segundo nivel nos encontramos con los *grupos ocupacionales*, las diferencias entre los grupos clasificados con menores duraciones y los que tienen los procesos de ITCC más cortos, alcanzan en este caso los 86 días de baja (casi 3 meses de diferencia en función del tipo de actividad laboral que se desempeña).

Otras variables que resultan relevantes en el modelo son:

- *Edad*: aunque resulta parcialmente cierto que en general mayor edad predice mayor duración, la relación entre ambas variables resulta mucho más compleja, variando los umbrales de edad que se asocian con mayores duraciones en función de otras variables tan diversas como la actividad laboral que desarrolla el trabajador y el tipo de trasporte de utiliza para acudir su empleo. Dichos puntos de corte varían entre los 36 y los 52 años en función de tales características.

- *Necesidad de derivación para recibir asistencia especializada*: como ocurre en otras patologías, se produce una asociación entre el hecho de requerir la derivación a un especialista para recibir tratamiento y una duración mayor del proceso.

- *Tipo de medio de trasporte utilizado para los desplazamientos al trabajo*: en algunos grupos de actividad, entre las personas que acuden conduciendo al trabajo las bajas son más prolongadas.

- *Distancia al trabajo*: en algunos grupos específicos de trabajadores, una mayor distancia al trabajo (>16 km) se asocia con mayor duración de la ITCC.

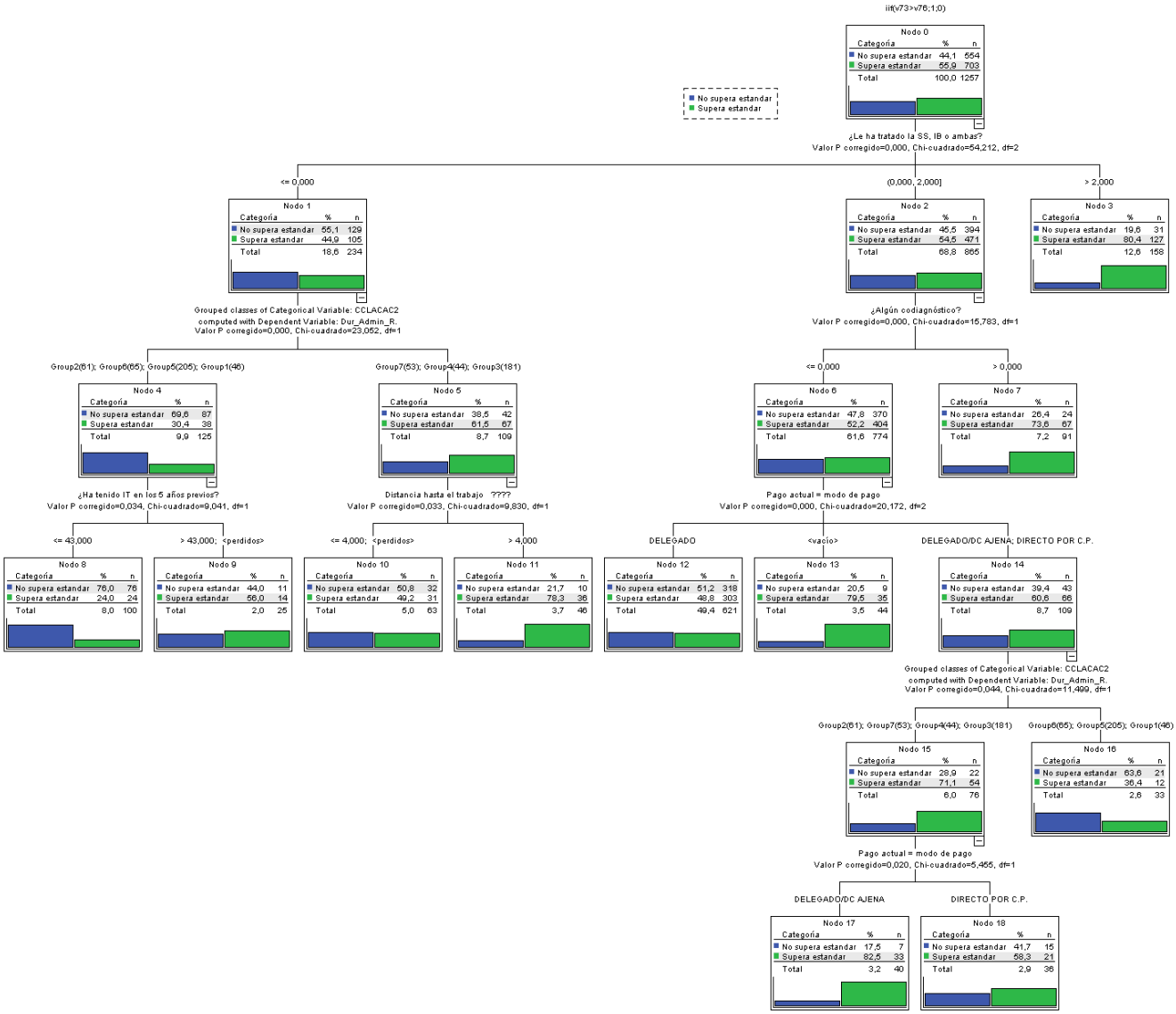
- *Edad en el inicio de la baja*: en la modalidad de pago directo y en ciertas ocupaciones, una mayor edad se asocia con duraciones más prolongadas.

Marcadores de riesgo de la probabilidad de superar el tiempo estándar de duración de Incapacidad Temporal Ibermutuamur para las reacciones de adaptación:

Posteriormente, se ha realizado un nuevo análisis mediante árboles de clasificación con el objetivo de identificar aquellas variables que mejor discriminan a

aquellos trabajadores con una elevada probabilidad de superar el estándar Ibermutuamur (figura 24).

Figura 24. Árbol de clasificación en función de la capacidad de las diferentes variables para distinguir los casos con mayor probabilidad de superar el tiempo estándar de duración de la ITCC por trastornos depresivos.



Sobre la base de este árbol de decisión se ha creado un modelo de predicción del riesgo de superar dicho estándar en cinco estratos: riesgo muy bajo (casos entre el 0% y el 20% de posibilidades de superar el estándar); riesgo bajo (casos entre el 20% y el 40% de posibilidades de superar el estándar); riesgo medio (entre el 0% y el 20% de posibilidades de superar el estándar) (figuras 25 y 26).

Figura 25. Escala de riesgo de la probabilidad de superar el tiempo estándar de duración de la Incapacidad Temporal de Ibermutuamur.

Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto
0% - 20% de posibilidades de superar el estándar	20% - 40% de posibilidades de superar el estándar	40% - 60% de posibilidades de superar el estándar	60% - 80% de posibilidades de superar el estándar	80% >100% de posibilidades de superar el estándar

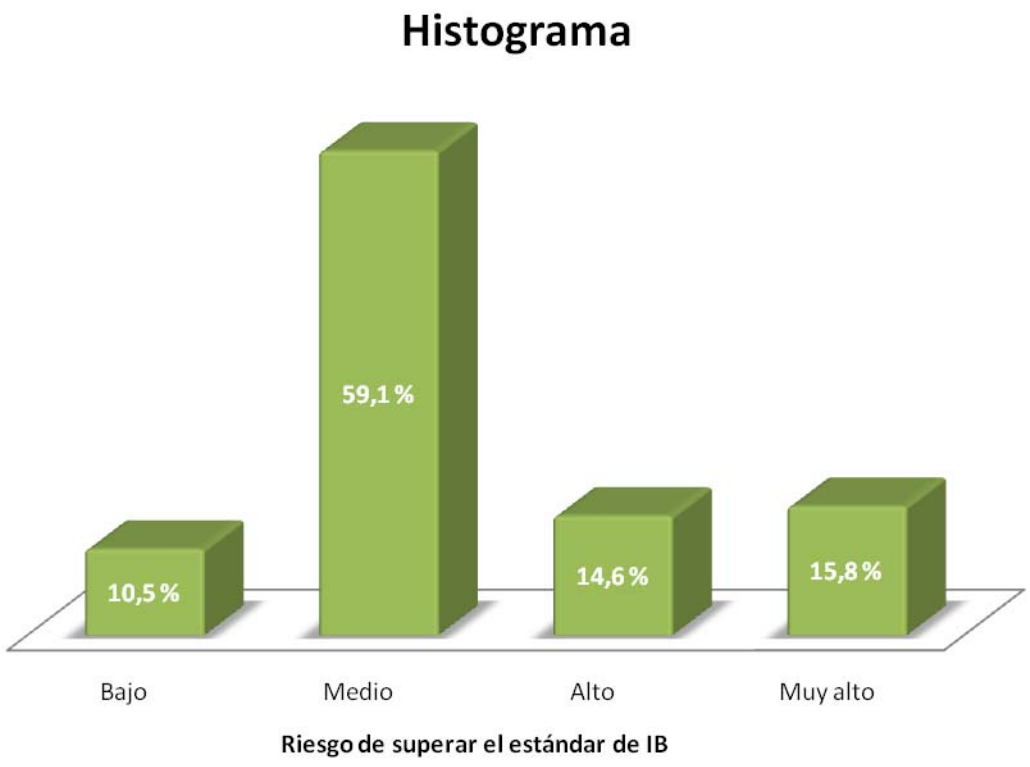
Figura 26. Modelo de predicción del riesgo de superar el tiempo estándar Ibermutuamur de duración de la Incapacidad Temporal en los episodios de ITCC por reacciones de adaptación.

La tabla 6 muestra la distribución de los sujetos que conformaron la muestra de trabajadores con diagnóstico de reacción de adaptación en función de su nivel de riesgo de superar el estándar Ibermutuamur para esta patología.

Tabla 6. Distribución de la muestra en función del riesgo de superar el tiempo estándar Ibermutuamur de duración de la ITCC por reacción de adaptación.

Riesgo de superar el estándar de IB				
	Frecuencia	**Porcentaje**	**Porcentaje válido**	**Porcentaje acumulado**
Bajo	133	10,5	10,5	10,5
Medio	746	59,1	59,1	69,7
Alto	184	14,6	14,6	84,2
Muy alto	199	15,8	15,8	100,0

Figura 27. Distribución de la muestra en función del riesgo de superar el tiempo estándar Ibermutuamur de duración de la ITCC por reacción de adaptación.



La figura 28 y la tabla 8 nos muestran como se distribuye la variable duración de la ITCC en función del grupo de riesgo al cual pertenece el trabajador.

Figura 28. Distribución de la duración de la ITCC en función del grupo de riesgo al que pertenece el trabajador.

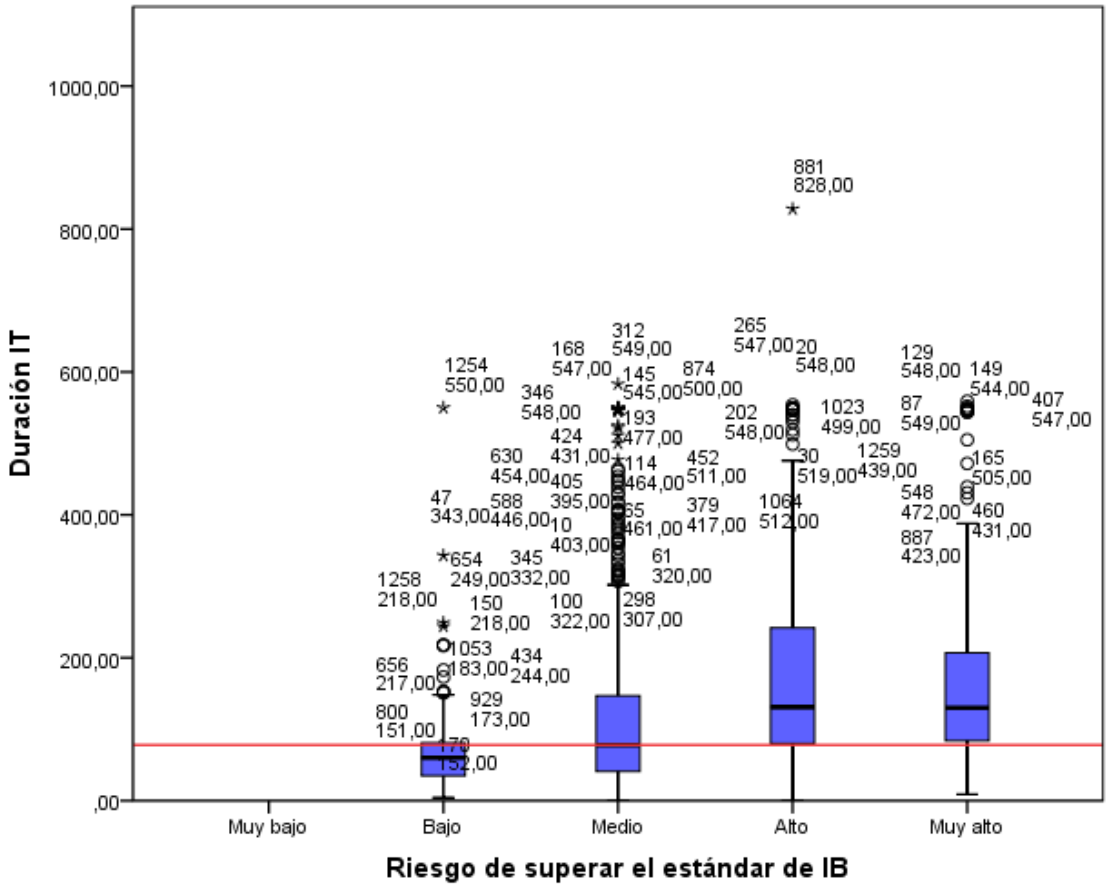


Tabla 8. Distribución de la duración de la ITCC en función del grupo de riesgo al que pertenece el trabajador.

Riesgo de superar el estándar de IB y duración de la IT

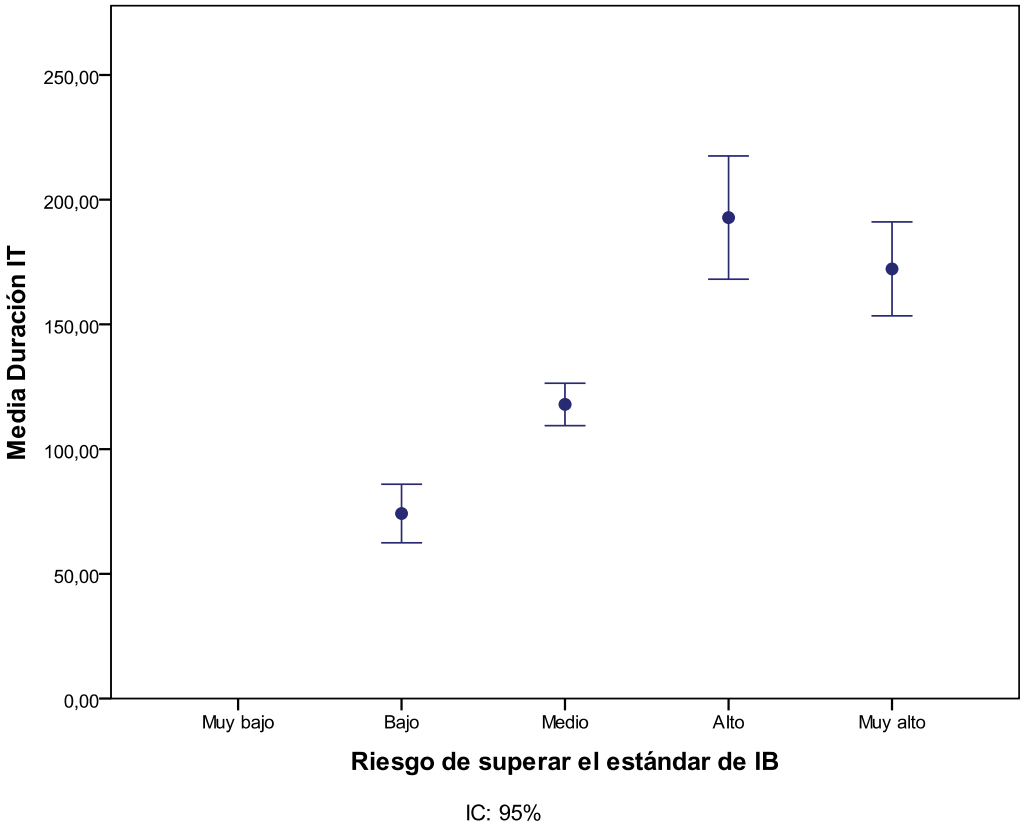
	N	Media	Desviación típica	IC al 95%	
				L. inferior	L. superior
Bajo	133	74,2	68,6	62,4	86,0
Medio	745	117,9	118,2	109,4	126,4
Alto	181	192,8	168,5	168,1	217,5
Muy alto	198	172,3	134,3	153,4	191,1

Como cabría esperar, la duración de la ITCC aumenta en función del nivel de riesgo del trabajador. Sin embargo, para que dicha clasificación sea válida resulta necesario someter a prueba que los diferentes grupos de riesgo difieren de manera estadísticamente significativa entre sí en cuanto a la duración de la IT. Para ello, llevamos a cabo un ANOVA utilizando como factor el nivel de riesgo y la duración de la

ITCC como variable dependiente. Los resultados pusieron de manifiesto la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en cuanto a la duración de la ITCC ($p < 0,01$).

Como puede apreciarse en la figura 29 los distintos niveles resultan en términos generales muy válidos, aunque la dificultad para discriminar entre los riesgos altos y muy altos es más reducida.

Figura 29. Media de duración e intervalo de confianza al 95% en los diferentes grupos de riesgo para el diagnóstico de reacción de adaptación.



Conclusiones

- Los episodios por Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes asociados a reacciones de adaptación, en cuya gestión colabora una mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, tienen duraciones muy prolongadas.

- Pese a ser considerados generalmente como patología menor, la discapacidad laboral asociada a los trastornos adaptativos resulta equiparable en su magnitud a la de otros trastornos neuróticos.

- El tiempo estándar Ibermutuamur de duración de la Incapacidad Temporal para las reacciones de adaptación es de 81 días.

- La edad, tener solo estudios primarios, estar casado (vs. soltero), realizar un trabajo manual, la comorbilidad con otros trastornos, el reconocimiento de algún grado de minusvalía previa y requerir ser derivado a especialistas en Salud Mental, tanto del Sistema Público de Salud, como de Ibermutuamur durante la evolución del caso, son los factores que relacionan con duraciones más prolongadas de los episodios de ITCC en las reacciones de adaptación.

- El predictor más robusto de la duración de la ITCC en las reacciones de adaptación es la existencia de comorbilidad, que se asocia con un incremento medio de más de 2 meses de duración.

- Resulta posible definir un modelo válido para predecir el riesgo de superar el estándar Ibermutuamur para esta patología, basado en la existencia de codiagnósticos, la ocupación, la modalidad de pago durante la baja, la necesidad de ser derivado a un especialista en Salud Mental, los días de Incapacidad Temporal disfrutados durante los 5 años previos al episodio actual y la distancia al trabajo.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.

2. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2002.

3. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005;62:593-602.

4. Haro JM, Palacin C, Vilagut G, Martinez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Med Clin 2006;126:445-451.

5. Casey P. Adjustment disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. CNS Drugs 2009;23:927-38.

6. Casey P. Adult adjustment disorder: a review of its current diagnostic status. J Psychiatr Pract 2001;7:32-40.

7. Casey P. The 'afterthought' diagnosis: rehabilitating adjustment disorders. Expert Rev Neurother 2006;6:145-51.

8. Laugharne J, van der Watt G, Janca A. It is too early for adjusting the adjustment disorder category. Curr Opin Psychiatry 2009;22:50-4.

9. Carta MG, Balestrieri M, Murru A, Hardoy MC. Adjustment Disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. Clin Pract Epidemiol Ment Health 2009;5:15.

10. Dobricki M, Komproe IH, de Jong JT, Maercker A. Adjustment disorders after severe life-events in four postconflict settings. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2010;45:39-46.

11. Rundell JR. Demographics of and diagnoses in Operation Enduring Freedom and Operation Iraqi Freedom personnel who were psychiatrically evacuated from the theater of operations. Gen Hosp Psychiatry 2006;28:352-6.

12. Nolfe G, Petrella C, Zontini G, Uttieri S, Nolfe G. Association between bullying at work and mental disorders: gender differences in the Italian people. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2010;45:1037-41.

13. Alexander PJ, Dinesh N, Vidyasagar MS. Psychiatric morbidity among cancer patients and its relationship with awareness of illness and expectations about treatment outcome. Acta Oncol 1993;32:623-6.

14. Miovic M, Block S. Psychiatric disorders in advanced cancer. Cancer 2007;110:1665-76.

15. Baumeister H, Kufner K. It is time to adjust the adjustment disorder category. Curr Opin Psychiatry 2009;22:409-12.

16. Semprini F, Fava GA, Sonino N. The spectrum of adjustment disorders: too broad to be clinically helpful. CNS Spectr 2010;15:382-8.

17. van der Klink JJ, Blonk RW, Schene AH, van Dijk FJ. Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. Occup Environ Med 2003;60:429-37.

18. van der Klink JJ, van Dijk FJ. Dutch practice guidelines for managing adjustment disorders in occupational and primary health care. Scand J Work Environ Health 2003;29:478-87.

Ibermutuamur

Capítulos 3, 4 y 5:

Duración de la Incapacidad Temporal asociadas a diferentes patologías en trabajadores españoles.

Trastornos mentales:

Trastornos neuróticos
Reacción de adaptación
Trastornos depresivos

Esta investigación ha sido financiada al amparo de lo previsto en la Orden TIN/1902/2009, de 10 de junio, (Premios FIPROS, Fondo para el Fomento de la Investigación de la Protección Social).

Tabla de contenidos

Introducción 3

Diseño, sujetos y métodos 7

Resultados 8

Conclusiones 41

Bibliografía 42

Introducción

Los trastornos depresivos representan uno de los principales problemas de salud pública para los países desarrollados. La depresión se encuentra entre las enfermedades más relevantes a nivel epidemiológico, no solo entre los trastornos mentales sino como una de las causas más frecuentes de morbilidad. Según los datos de la *National Comorbidity Survey Replication*, la prevalencia anual entre la población general del trastorno depresivo mayor es del 6,6% y su prevalencia a lo largo de la vida asciende al 16,2%. Estos datos son algo inferiores en el caso de la población trabajadora (prevalencia anual del 6.4%)[1], disminución que podría deberse a que las personas con trastornos del estado de ánimo tienen un menor acceso al mercado de trabajo. Una perspectiva más amplia considerando también las formas "menores" de depresión, ha arrojado cifras muy superiores (prevalencia de hasta un 17% en los últimos 6 meses)[2]. La relevancia de este dato reside en el hecho de que las formas menores y subclínicas de depresión también se asocian con necesidades asistenciales y deterioro funcional[3-5].

En España, el ESEMeD constituye el principal estudio epidemiológico realizado hasta la fecha sobre la prevalencia de los trastornos mentales más frecuentes en población general[6-9]. Esta investigación, de ámbito europeo, ha arrojado datos inferiores de prevalencia en los países mediterráneos respecto a aquellos del norte de Europa. El trastorno mental más frecuente es el trastorno depresivo mayor con una prevalencia-año del 3,9% y una prevalencia-vida del 10,5%[6]. Esta cifra es superior cuando el ámbito de investigación es la consulta de atención primaria (14,3%)[10]. El riesgo de padecer depresión es superior en mujeres y en personas con menor nivel educativo, y varios factores relacionados con la ocupación, como encontrarse de baja

maternal o por enfermedad, el desempleo y la incapacidad, también predicen su aparición[6]. Entre las diferentes patologías consideradas en el estudio, las personas con trastornos del estado de ánimo son aquellas que mayor uso hacen de los recursos sanitarios, siendo el psiquiatra el profesional más frecuentemente consultado y la farmacoterapia la modalidad de tratamiento más habitual[7]. En general, los datos indican una gran cantidad de necesidades terapéuticas no cubiertas. Casi un 25% de las personas con trastornos del estado de ánimo no recibe ningún tratamiento y en más del 60% de los casos no se proporciona terapia psicológica[7]. Solo un 61,4% de las personas con depresión mayor recibe algún tipo de psicofármaco y únicamente un 29,1% toma antidepresivos (que constituirían el tratamiento de primera elección en la mayor parte de los casos), siendo las benzodiacepinas el fármaco que más comúnmente se consume[8]. Los trastornos como la depresión mayor se asocian con una pérdida de calidad de vida mayor que otras condiciones como la artritis reumatoide o el dolor de espalda[9].

La relación entre depresión y trabajo constituye un aspecto crucial, ya que el trabajo puede condicionar la aparición del trastorno y éste a su vez tiene un impacto muy negativo sobre la capacidad laboral del enfermo de enorme importancia en términos de gasto sanitario.

El trabajo puede suponer un factor de riesgo para desarrollar depresión[11-15]. Factores como el desequilibrio entre esfuerzo y recompensas y la combinación de unas altas demandas laborales y escaso control sobre el trabajo duplican el riesgo de sufrir una depresión entre los trabajadores[13].

Por otra parte, la depresión se relaciona con un pronóstico laboral negativo[16]. Existe una mayor vulnerabilidad al desempleo entre las personas con depresión[17-21]. Entre las variables que predicen mayores problemas con el desempleo en personas

deprimidas se encuentran: los problemas de dolor concurrentes, ser mujer, un menor nivel educativo y una mayor edad[16]. Por otra parte, la depresión se asocia con una probabilidad superior de absentismo, periodos de absentismo más prolongados y mayores costes como consecuencia de todo ello[22-26]. La práctica totalidad de los estudios indica que la depresión también influye negativamente en el rendimiento y la productividad en el trabajo (presentismo). La depresión afecta más al rendimiento mental, al manejo del tiempo y a las demandas interpersonales que a las demandas físicas, aunque también se produce una disminución del rendimiento en este tipo de tareas[27]. Aunque el rendimiento mejora a medida que se produce una recuperación de los síntomas, los déficits persisten mucho tiempo después de que se haya producido una mejoría clínica significativa. La presencia de trastornos psiquiátricos concurrentes, de depresión bipolar y de síntomas físicos específicos, se ha relacionado con una mayor incidencia del absentismo y del presentismo entre las personas deprimidas[16].

Según datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud en el año 2004, la *depresión unipolar* representaba la principal causa de discapacidad a nivel mundial y se encontraba entre las patologías que generan una mayor carga a nivel global[28]. En el citado informe se estima que en el año 2030, la depresión se convertirá en la principal causa de la carga asociada a la enfermedad a nivel mundial (pérdida de años de vida disfrutando de una buena salud a causa de la muerte o discapacidad). Varios estudios han intentado cifrar los costes asociados a la depresión. Las estimaciones coinciden en señalar que, en su mayor parte, éstos no se relacionan con el gasto asistencial sino con el impacto de la depresión sobre los costes indirectos de la enfermedad. En Estados Unidos se calcularon unos costes en el año 2000 de 83 billones de dólares[29]. El trastorno depresivo mayor generaría un exceso de 27,2 días de trabajo perdidos por trabajador, causando la pérdida de 225 millones de jornadas laborales anuales solo en este país[1]. Respecto a la Unión Europea, se ha estimado que

21 millones de personas padecieron depresión en el año 2004, generando unos costes de 118 billones de euros, lo que representa un coste anual per cápita de 253€. Los costes directos supusieron 42 billones de euros en términos de tratamiento ambulatorio (22 billones), fármacos (9 billones) y hospitalización (10 billones). Los costes indirectos fueron estimados en 76 billones de euros[30]. Según los autores, los costes derivados de la depresión suponen un 1% de la economía europea. En nuestro país, estos costes podrían ascender a 5.005 millones de euros anuales[31].

Sin embargo, existen pocos estudios que hayan explorado la repercusión de la depresión sobre la incapacidad laboral en España. Varios grupos de investigación han analizado los procesos de incapacidad temporal en un centro de salud específico, encontrando que los trastornos mentales constituyen una de las causas de absentismo más frecuentes y que se hallan entre las patologías que generan periodos de incapacidad temporal más prolongados[32-34]. Otros se han centrado en el papel de los trastornos mentales como generador de incapacidad en determinados colectivos[35] o han realizado una estimación de los costes de la patología mental en una comunidad autónoma[36]. Sin embargo, hasta la fecha no existe ningún estudio que se haya centrado específicamente en el impacto del trastorno depresivo como causa de incapacidad temporal. El objetivo del presente trabajo consiste en describir las características de la incapacidad temporal en una muestra de pacientes que se encuentran de baja por un trastorno depresivo y analizar aquellas variables que predicen una mayor cronicidad de la misma.

Diseño, sujetos y métodos

Se trata de un estudio epidemiológico multicéntrico, observacional descriptivo y prospectivo.

La **población objetivo** de estudio se correspondió con la población activa protegida por Ibermutuamur en lo que se refiere a las Contingencias Comunes (CC). Dicha población, en el periodo en el que se realizó el estudio, incluía alrededor de 632.000 trabajadores.

La **muestra** estuvo formada por 16.174 pacientes pertenecientes a la población protegida de Ibermutuamur que recibieron la baja por Contingencia Común entre los años 2003 y 2007.

La descripción detallada de los criterios de inclusión y exclusión, el método de muestreo, las variables, los métodos de recogida de datos, los diagnósticos que se incluyen en el estudio (según CIE-9), la estrategia para el análisis estadístico, las limitaciones y posibles sesgos del estudio y el calendario previsto, se encuentra recogida en el capítulo 1 del documento general del estudio.

Descripción de la muestra

Como hemos mencionado anteriormente, para la realización del estudio se reclutó una muestra de **16.174** casos de pacientes (pertenecientes a la población protegida de Ibermutuamur) que recibieron la baja por Contingencia Común entre los años 2003 y 2007 y que estaban diagnosticados de alguna de las 100 patologías previamente seleccionadas.

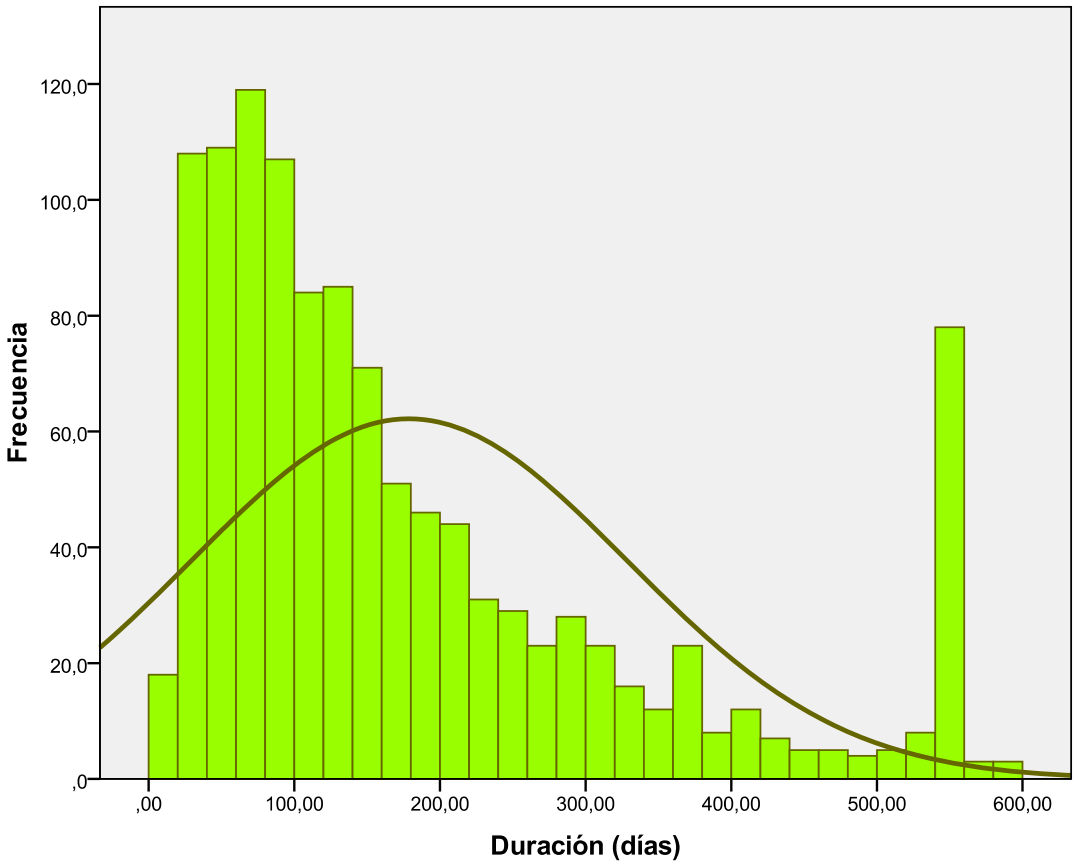
Dentro de esta muestra, **1.165 trabajadores** (**el 7,2%**) presentó como diagnóstico principal que motivó el episodio de ITCC el de trastorno depresivo **(Trastornos Depresivos; CIE-9-CM 311)**. Estos casos formaron la muestra que analizamos en este estudio.

Duración de los procesos de Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes debidos a Trastornos Depresivos

Un primer grupo de hallazgos acerca de la ITCC a causa de trastornos depresivos, se refiere a la distribución de la variable duración. Los trastornos depresivos ocupan el primer lugar entre los diagnósticos seleccionados para la realización de este estudio en cuanto a la duración media de los procesos de ITCC.

Como puede apreciarse en la *figura 1* y al igual que sucede al tener en consideración globalmente todos los episodios de baja con independencia del diagnóstico, nos encontramos ante una distribución marcadamente asimétrica, sin un buen ajuste a la curva normal y que en la mayor parte de los procesos tiende a concentrarse en los valores más bajos. En realidad, en el caso de la duración de la ITCC por trastornos depresivos la distribución es claramente bimodal, con una mayoría de procesos comportándose del modo mencionado y un segundo grupo de enfermos con una clara tendencia al agotamiento de todos los plazos previstos por la normativa que rige esta prestación.

Figura 1. Distribución de la variable duración la ITCC en los procesos de trastorno depresivo y ajuste a la curva normal.



Algunas características del comportamiento de la ITCC en el trastorno depresivo, son particulares respecto a los otros diagnósticos objeto de consideración en este estudio. Concretamente: 1) los estadísticos de tendencia central (media y mediana) adoptan valores mayores que en el resto de diagnósticos (ver tabla 1); 2) también es mayor la dispersión, como puede apreciarse en valores como la desviación típica y la amplitud intercuatil (tablas 1 y 2); 3) y, por último, observamos una distribución claramente platicúrtica (más aplastada) respecto de las correspondientes a otras patologías. En suma, observamos duraciones mayores, sometidas a más variabilidad y con una mayor de proporción de procesos que adoptan valores muy altos respecto de la tendencia central.

Un último aspecto a tener en cuenta es la escasa diferencia entre los estadisticos de tendencia central para la duración real o efectiva que ha tenido un proceso (duración administrativa) y la duración óptima para ese proceso tal como es estimada por el médico que valora la capacidad funcional del enfermo (duración Ibermutuamur).

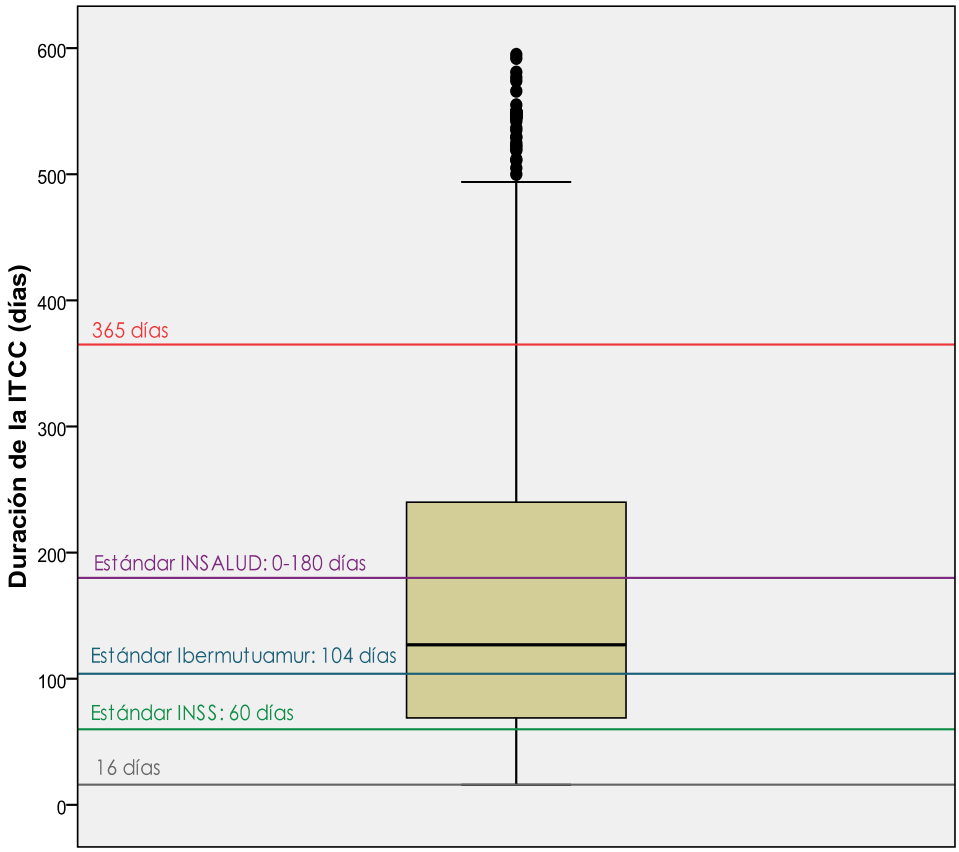
Tabla 1. Estadísticos descriptivos de la variable duración de la ITCC en los trastornos depresivos (CIE-9-CM 311).

	Duración real (administrativa)
N	1.165
Media	178,9
Mediana	127
Desviación típica	149,4
Mínimo	16
Máximo	595

Tabla 2. Percentiles para la variable duración de la ITCC en los trastornos depresivos.

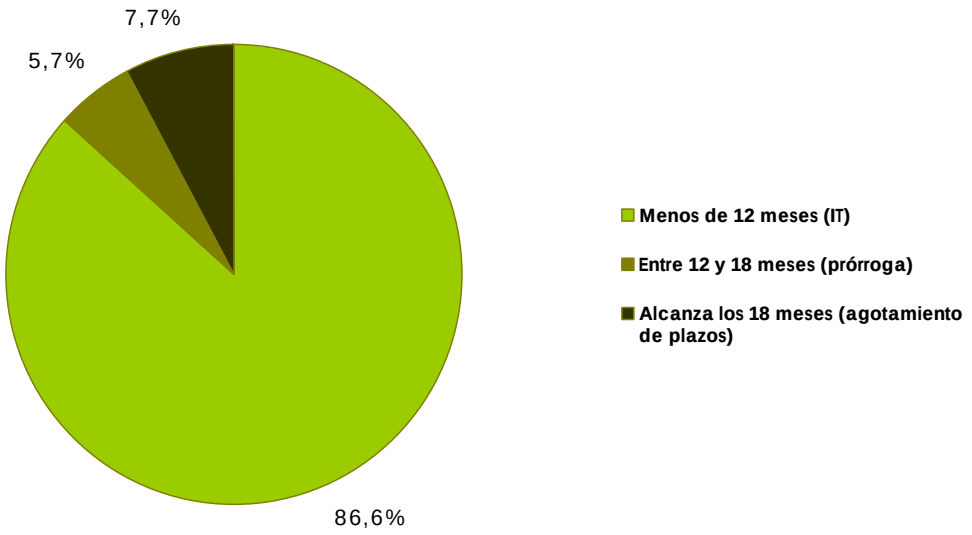
Percentil	Duración real (administrativa)
10	38
20	59
25	69
30	79
40	102,4
50	127
60	159
70	207
75	240
80	283
90	422

Figura 2. Distribución de la variable duración de los procesos de ITCC y comparación con los estándares de duración del INSS, INSALUD e Ibermutuamur.



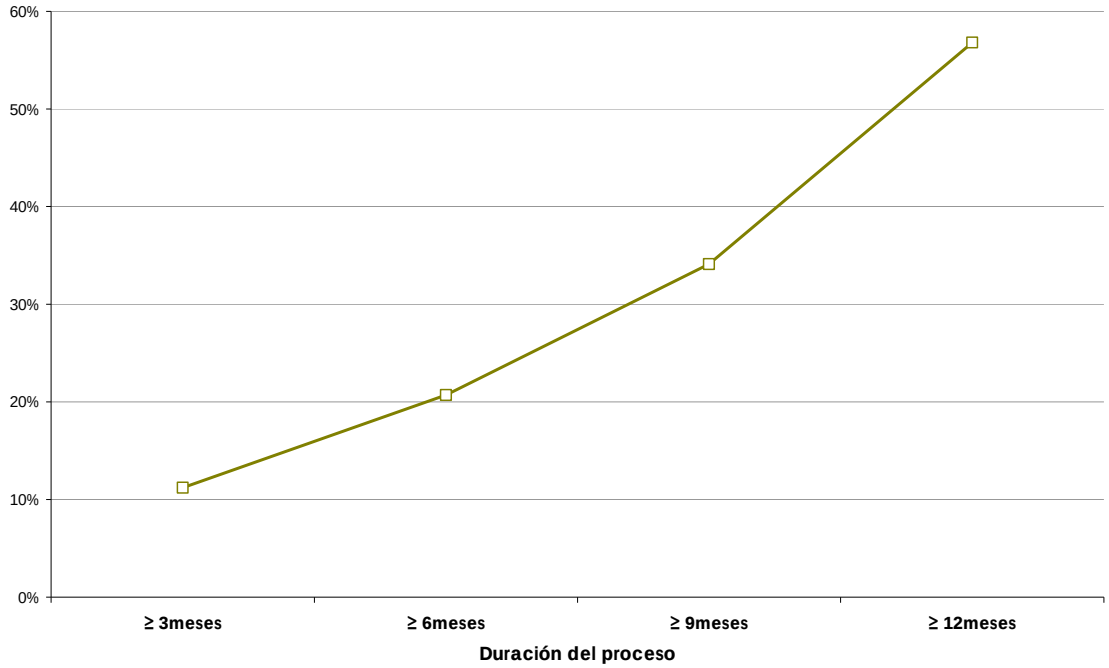
En la *figura 2*, aparece representada de nuevo la distribución de la ITCC para los trastornos depresivos, poniéndola en relación con los diferentes tiempos de duración que han sido propuestos (INSS, INSALUD), con el Ibermutuamur y con los principales plazos relevantes en materia de duración de la ITCC dentro de la gestión realizada por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social. Cabe destacar que la mayor parte de los casos superan claramente del tiempo de duración marcado por el INSS como duración óptima (60 días). Aproximadamente, un 75% de los procesos tiene duraciones superiores al mencionado estándar.

Figura 3. Tramos de duración de la ITCC en los trastornos depresivos.



En la *figura 3* podemos observar el porcentaje de procesos en virtud del tramo de duración al que pertenecen al alcanzar la fecha del alta. Los datos son elocuentes, en las bajas por trastornos depresivos es muy frecuente que el sujeto agote los plazos máximos de duración establecidos para la IT. Un 13,4% de los sujetos alcanza la semana 52, momento a partir del cual el gestor del proceso se debería plantear si el trabajador debe recibir el alta o debe ser evaluado con el objetivo de determinar si es subsidiario de una incapacidad permanente, quedando abierta la posibilidad de una prórroga de la prestación por IT en aquellos casos en los que aún no existe posibilidad de incorporación, pero en los que es previsible que se produzca una recuperación funcional completa en el transcurso los 6 meses siguientes.

Figura 4. Porcentaje de trabajadores de baja por trastorno depresivo que alcanza los 18 meses de ITCC en función de la duración de la misma.



Como puede observarse en la *figura 4*, la situación más frecuente entre aquellos pacientes deprimidos a los que se les concede una prórroga de la IT a los 12 meses, es que alcancen los 18 meses de baja. Casi un 60% de las personas con trastorno depresivo que cumplen 12 meses de IT acabarán agotando también la prórroga sin que se llegue a producir una remisión total o una mejor disposición por parte del individuo a reincorporarse de manera espontánea.

Variables demográficas

En la *tabla 3* se presenta la distribución de los trabajadores en cuanto a las principales variables sociodemográficas que han sido tenidas en consideración.

Tabla 3. Características sociodemográficas de la muestra.

Variable	n	%
Sexo	1.153	
Hombre		41,5
Mujer		58,5
Edad (años)	1.162	
<25		7,3
25-29		14,7
30-34		17,1
35-39		15,1
40-44		14,4
45-49		11,1
50-54		9,9
55-59		6,5
≥60		3,9
Nivel de estudios	1.128	
Sin estudios		3,2
Estudios Primarios		42,5
Estudios Secundarios		32,8
Titulación Media		13,7
Titulación Superior		7,9
Nacionalidad	1.157	
Española		97,3
Europea		1,5
Iberoamericana		0,8
Magreb		0,3
Resto del mundo		0,2
Estado civil	1.134	
Soltero		30,3
Casado		54,2
Pareja de hecho		2,6
Divorciado		10,2
Viudo		2,6
Tiene hijos	1.165	54,2
Nº de Hijos	631	
1		33,8
2		42,9
3-4		20,9
>4		2,4

En nuestra muestra, el porcentaje de mujeres es ligeramente superior que el de hombres (figura 6). El **sexo** muestra una asociación significativa con la duración de la baja por trastorno depresivo (p<0,05), siendo esta superior entre las mujeres (media= 186,4; desviación típica=151,8) que entre los hombres (media= 164,8; desviación típica=141,8).

Figura 6. Distribución de la muestra en función del sexo.

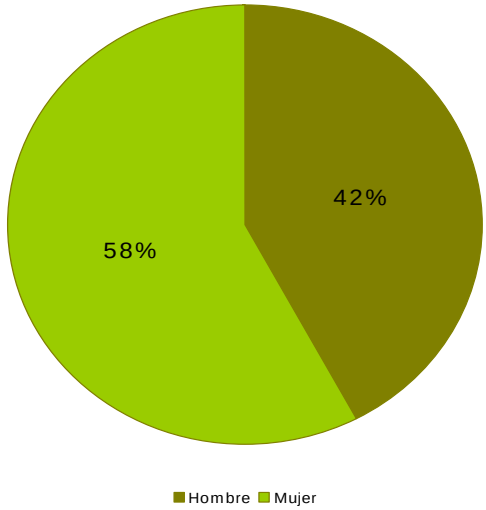
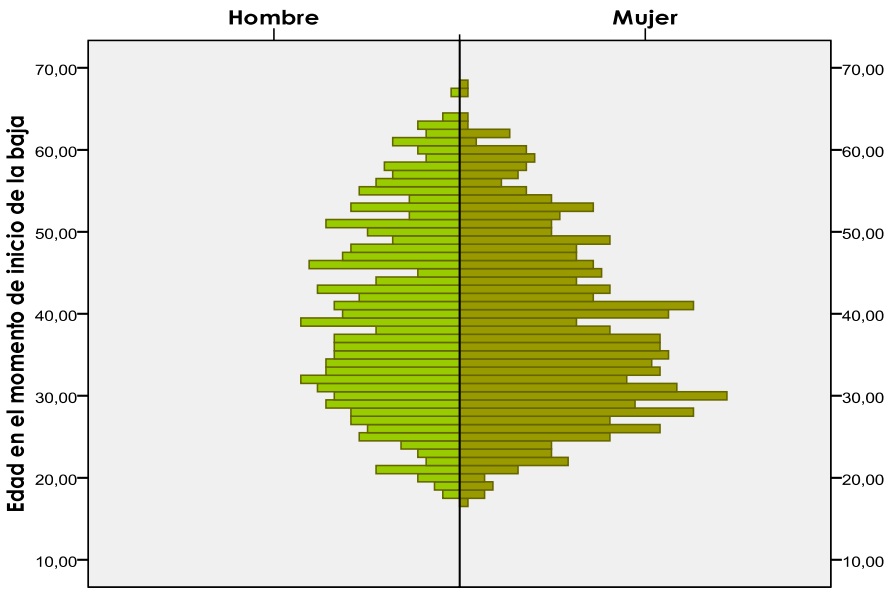


Figura 7. Distribución por edad en función del sexo.

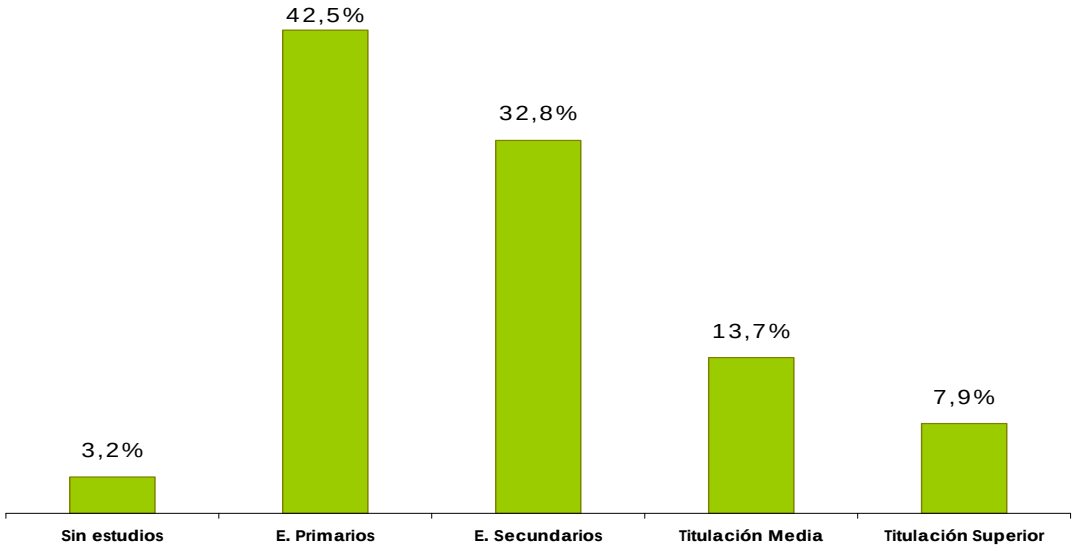


Como puede observarse en la *figura 7,* la media de **edad** de los hombres fue significativamente superior a la de las mujeres (p<0,05). Por otra parte, podemos

observar la existencia de una correlación positiva, baja, pero estadísticamente significativa entre la edad y la duración de la baja en los trastornos depresivos (ver *figura 8*).

Figura 8. Asociación lineal de la edad con la duración de la ITCC en los trastornos depresivos.

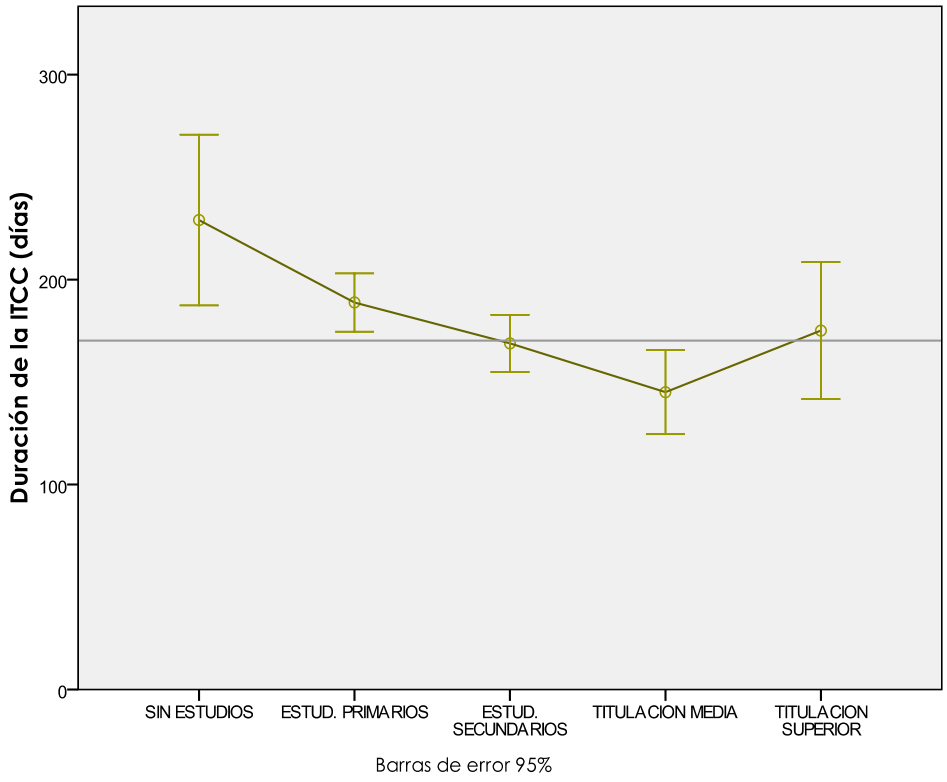
Figura 9. Distribución de la muestra por nivel de estudios.



Como se aprecia en la *figura 9*, más de un 75 % de los sujetos cuenta con estudios primarios o secundarios como máximo nivel de escolarización alcanzado. Los resultados del ANOVA ponen de manifiesto la existencia de diferencias

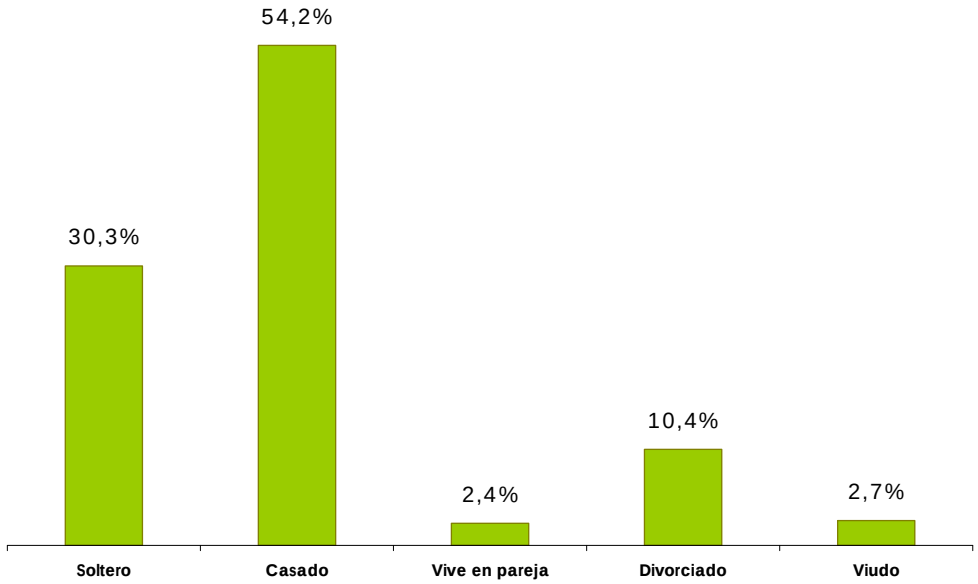
estadísticamente significativas en la duración de los episodios de ITCC en función del nivel de estudios.

Figura 10. Duración media e intervalo de confianza al 95% de los episodios de ITCC por trastornos depresivos en función del nivel de estudios.



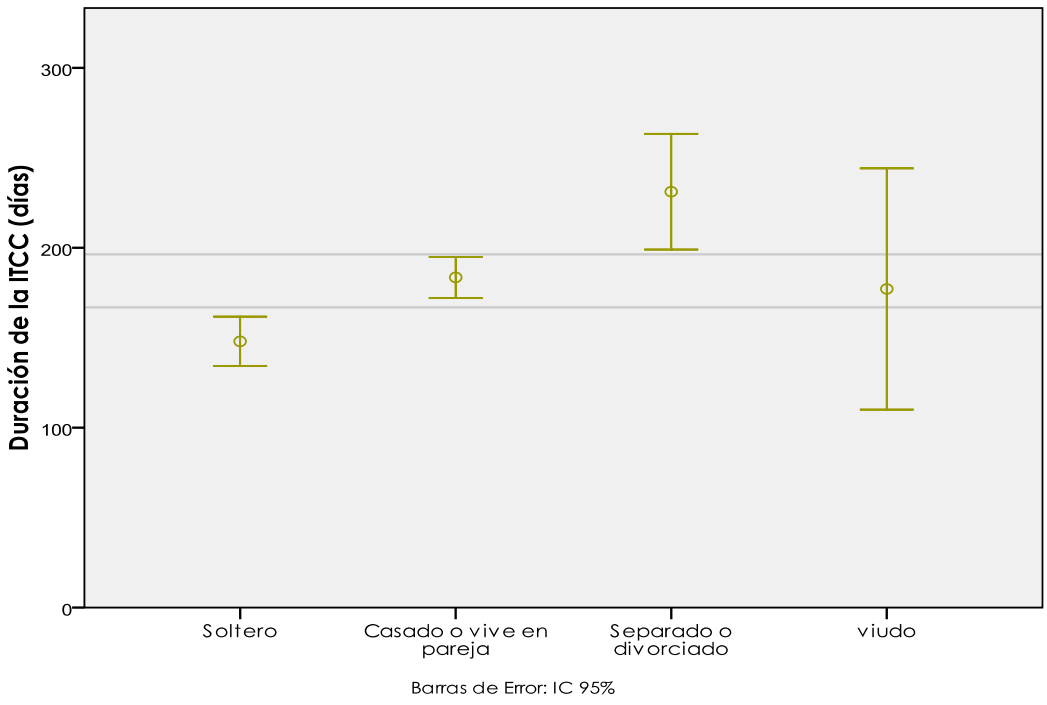
Tal como puede apreciarse en la *figura 10*, la duración de los episodios de baja de las personas sin estudios formales o tan solo estudios primarios es significativamente superior a la de los episodios de trabajadores con estudios con titulación media.

Figura 11. Distribución de la muestra por estado civil.



La situación más frecuente en cuanto al **estado civil** es la de encontrarse casado o convivir en pareja (56,8%) (*figura 11*).

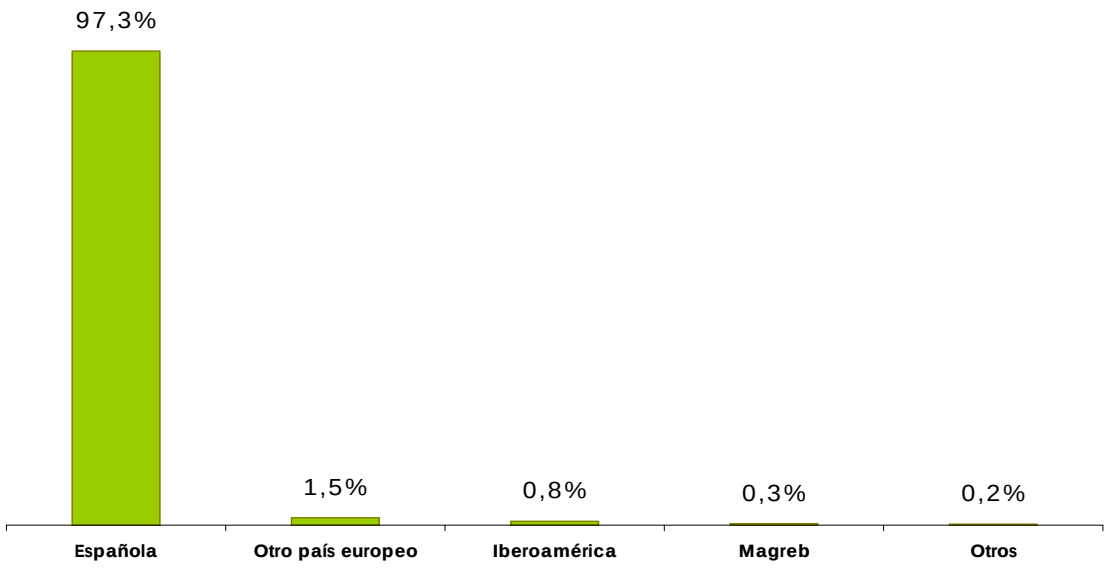
Figura 12. Duración media e intervalo de confianza al 95 % de los episodios de ITCC por trastornos depresivos en función del estado civil.



Como puede apreciarse en la *figura 12*, la duración de la baja tampoco es independiente del estado civil. Los trabajadores solteros en situación de ITCC por trastorno depresivo, presentan una duración de la baja significativamente inferior que los trabajadores casados o separados/ divorciados ($p<0,01$). Los trabajadores casados o que viven en pareja parecen situarse en una posición intermedia, con una duración significativamente mayor de la IT que los solteros ($p<0,01$), y con duraciones más breves que los separados/divorciados ($p<0,05$).

En su mayor parte la muestra estuvo integrada por sujetos de **nacionalidad** española (*figura 13*), siendo el porcentaje de trabajadores de nacionalidad extranjera claramente inferior al existente en la población trabajadora española. No obstante no se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la duración de la ITCC por trastornos depresivos ($\alpha =0,05$).

Figura 13. Distribución de la muestra en función de la nacionalidad.



Variables sociolaborales

En la *tabla 4* se presentan los datos de la muestra en las principales variables sociolaborales.

Tabla 4. Características de la muestra desde el punto de vista de las variables sociolaborales.

Variable	n	%
Rama de actividad	1.165	
Agricultura, ganadería y pesca		2,1
Construcción		10,9
Industria		13,0
Servicios		74,1
Nivel ocupacional	1.065	
Ocupación manual		71,0
Trabajo de oficina		29,0
Ocupación	1.065	
Dirección de las empresas y Administraciones Públicas		1,3
Técnicos y profesionales científicos e intelectuales		6,4
Técnicos y profesionales de apoyo		15,0
Empleados de tipo administrativo		5,8
Trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores		22,1
Trabajadores cualificados en agricultura y pesca		1,8
Artesanos y trabajadores cualificados de la industria manufacturera, construcción y minería		13,9
Operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores		6,7
Trabajadores no cualificados		20,4
Tipo de contratación	1.028	
Temporal		37,6
Indefinida		62,4
Pluriempleo	1.153	1,9
Modalidad de pago durante la baja	1.069	
Pago delegado		70,8
Pago directo por cuenta ajena		11,9
Pago directo por cuenta propia		17,3

Sector, nivel ocupacional y ocupación. En la muestra se encuentran sobrerrepresentados los trabajadores del sector de los Servicios (*figura 14*) con ocupaciones de tipo manual (*figuras 15 y 16*). Sin embargo, las diferencias encontradas en duración de la ITCC entre sectores de actividad, niveles ocupacionales y entre las distintas ocupaciones, no alcanzaron la significación estadística (α =0,05).

Figura 14. Distribución de la muestra por rama de actividad.

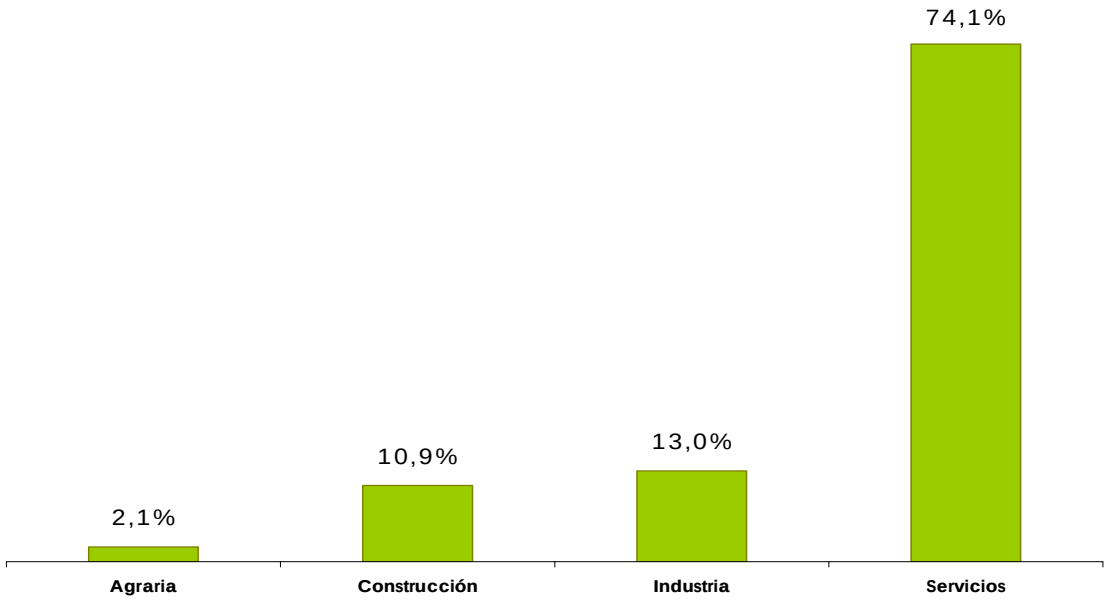


Figura 15. Distribución de la muestra por nivel ocupacional.

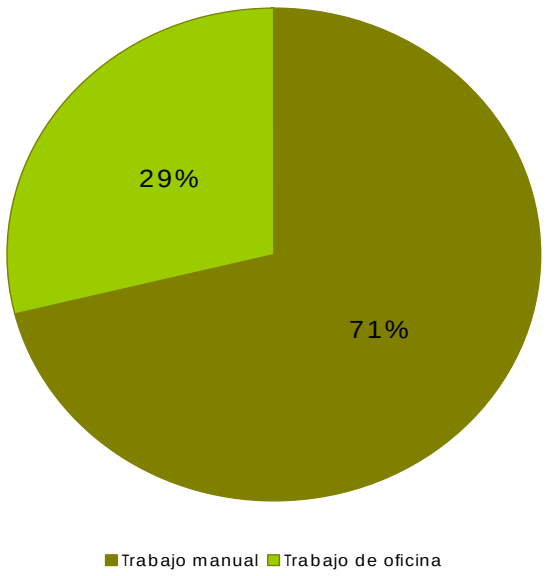
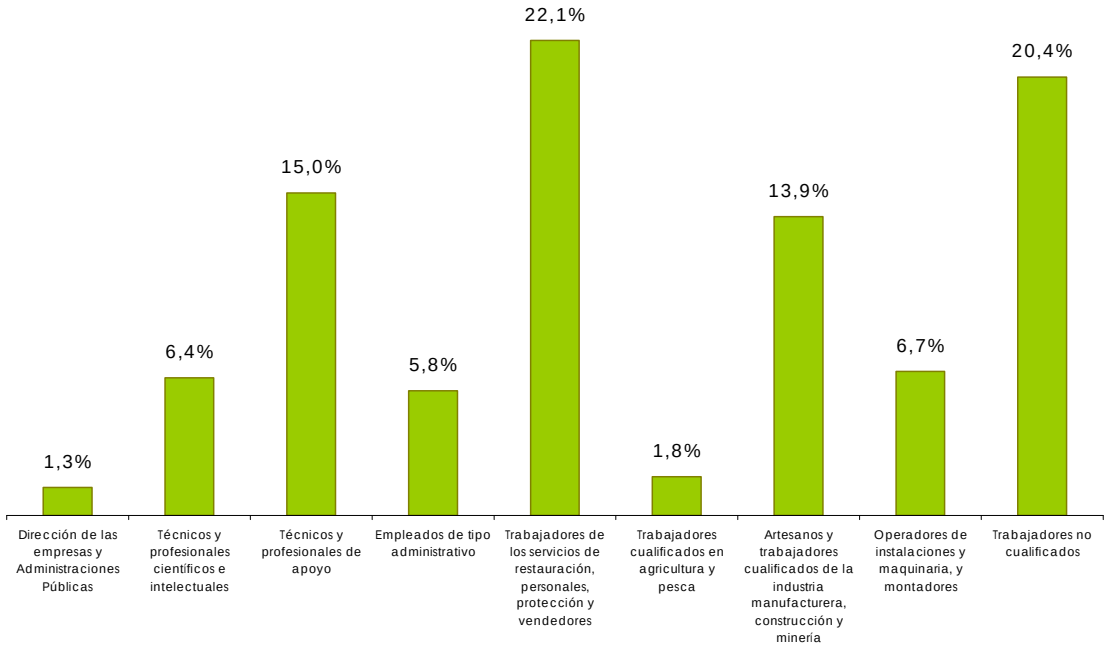
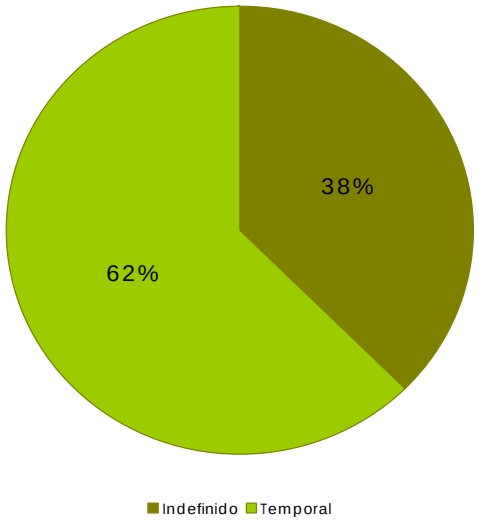


Figura 16. Distribución de la muestra por ocupación.



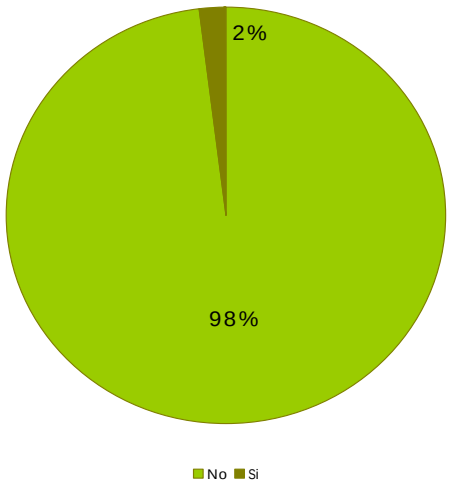
Tampoco se encontraron diferencias significativas entre **<u>trabajadores con contrato temporal e indefinido</u>** (*figura 17*), en cuanto a la duración de la ITCC relacionada con un trastorno depresivo (α =0,05).

Figura 17. Distribución de la muestra por tipo de contratación.



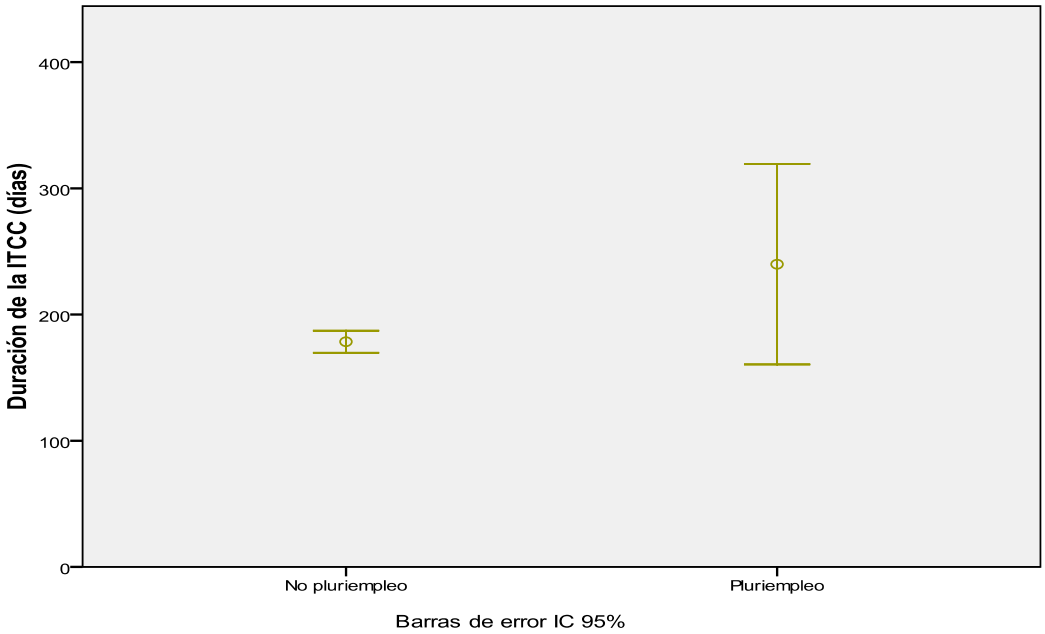
El grupo de **trabajadores pluriempleados** solo constituye el 2% de la muestra (*figura 17*).

Figura 18. Porcentaje de la muestra en situación de pluriempleo.



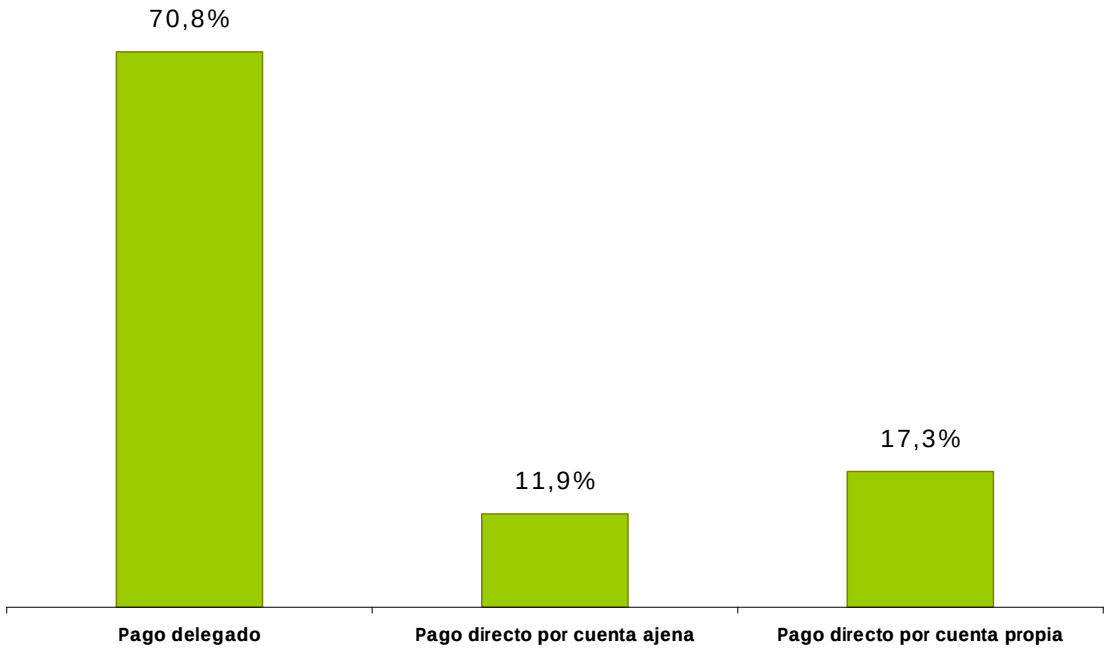
Pese a la magnitud de la diferencias en cuanto a la duración de los procesos entre el grupo con pluriempleo y aquellos trabajadores con un único empleo, éstas solo alcanzaron un grado de significación marginal (p=0,06; *figura 19*).

Figura 19. Duración media e intervalo de confianza al 95% de los episodios de ITCC por trastornos depresivos en función del estatus de pluriempleado del trabajador.



La **modalidad de pago durante la baja** más frecuente es el pago delegado (aquella modalidad que generalmente corresponde a los trabajadores del Régimen General; *figura 20*). La modalidad de pago correspondiente a los trabajadores autónomos (pago directo por cuenta propia) supera el 15% de la muestra y aproximadamente un 12% recibe el pago directamente a través de la mutua pese a pertenecer al Régimen General (situación de desempleo que sobreviene durante la ITCC, problemas de pago por parte de la empresa, etc).

Figura 20. Distribución de la muestra por tipo de pago.



Los resultados del ANOVA, analizando la duración de la baja en función del tipo de pago, indican claramente que la modalidad de pago delegado se asocia con duraciones significativamente más cortas que las modalidades de pago directo ($p<0,01$; *figura 21*). Por el contrario, las diferencias entre las dos modalidades de pago directo no alcanzaron la significación estadística.

Figura 21 . Duración media e intervalo de confianza al 95% de los episodios de ITCC por trastornos depresivos en función la modalidad de pago durante la baja.

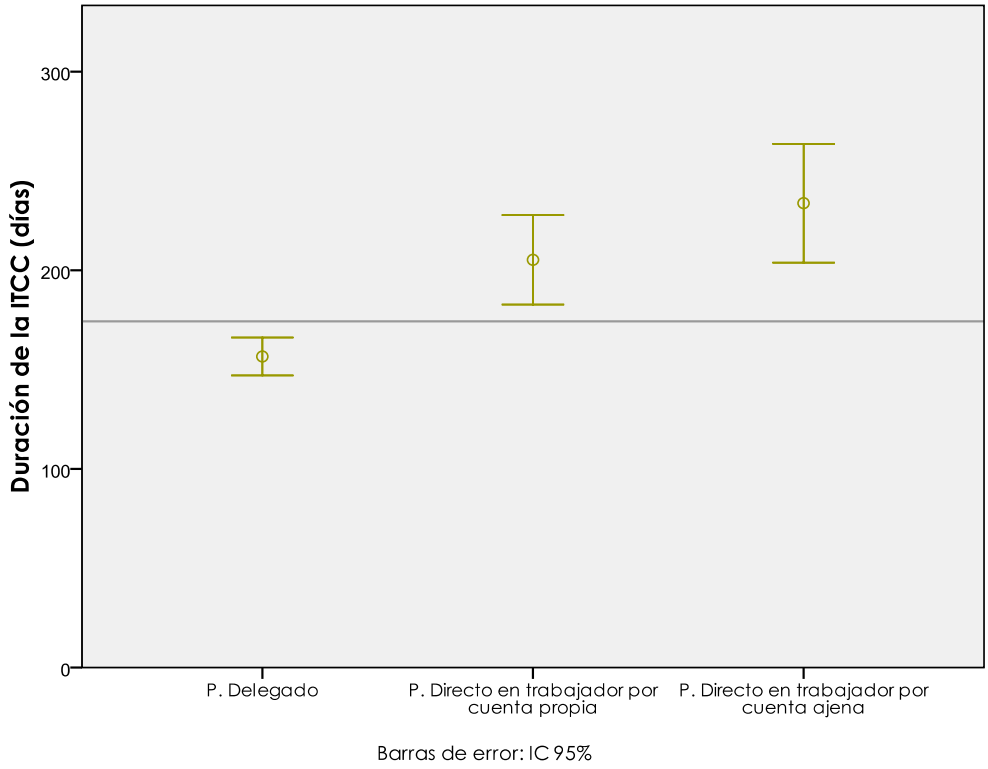
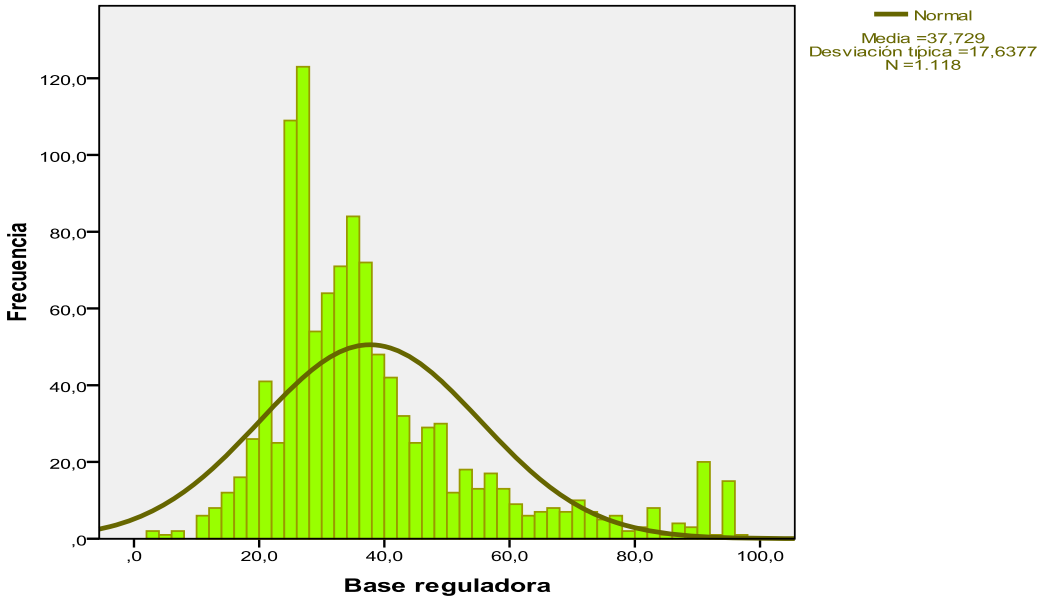
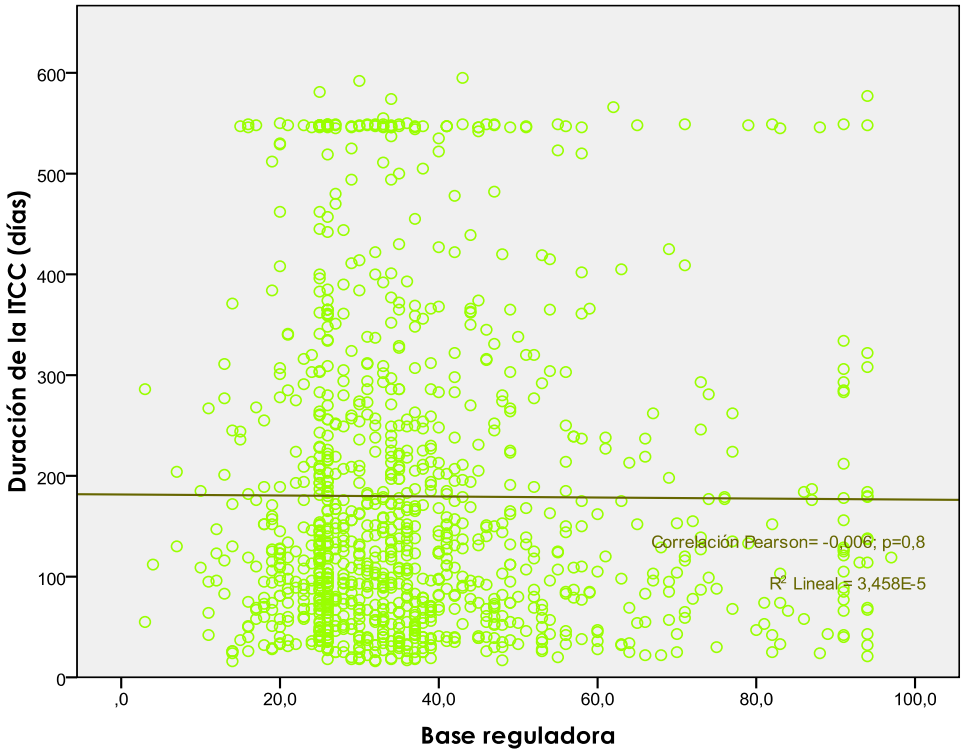


Figura 22. Distribución de la variable base reguladora.



La *figura 22* muestra la distribución de la variable **base reguladora** en la muestra. No se observó una asociación lineal significativa entre la base reguladora y la duración de las bajas (*figura 23*).

Figura 23. Asociación lineal de la base reguladora con la duración de la ITCC en los trastornos depresivos.



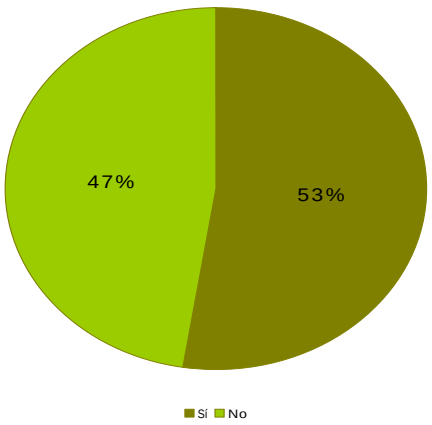
Variables sociosanitarias

En la *tabla 5* se muestran los datos descriptivos de los trabajadores en las principales variables sociosanitarias.

Tabla 5. Caracterización de la muestra desde el punto de vista sociosanitario.

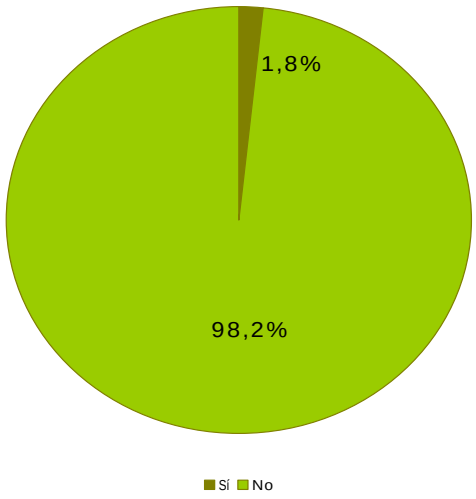
Variable	n	% o Media ±DT
Tiene codiagnóstico/s	1.165	13,8
Existencia de bajas previas	1.067	52,6
Existencia de minusvalía previa	1.165	2,1
Grado de minusvalía previa	24	40,8% ±11,9
Incapacidad Permanente previa	1.165	1,8
Derivación a Salud Mental	1.165	
Seguimiento exclusivamente en Atención Primaria, durante el episodio actual		28,2
Requiere derivación a atención especializada en Salud Mental		71,8
Derivación solo a especialista del Sistema Público de Salud		60,9
Derivación solo a especialista de Ibermutuamur		1,9
Derivación a especialista del Sistema Público de Salud y de Ibermutuamur		9,1

Figura 24. Porcentaje de sujetos con bajas previas al actual episodio de ITCC.



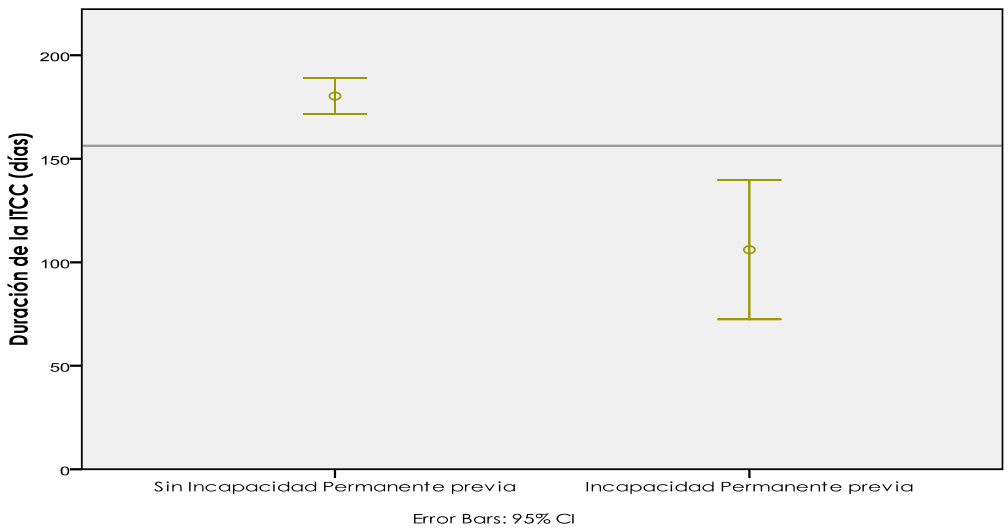
En más del 50% de los casos existieron **antecedentes de Incapacidad Temporal en los 5 años previos** al inicio del episodio actual (*figura 24*), la existencia de bajas previas no se relacionó de manera significativa con la duración del episodio actual (α =0,05).

Figura 25. Porcentaje de sujetos con Incapacidad Permanente previa al actual episodio de ITCC.



Cerca de un 2% de los sujetos tenían reconocido algún grado de **Incapacidad Permanente (IP) con anterioridad al inicio del episodio actual** (*figura 25*). La situación más frecuente fue que la IP previa no se encontrase relacionada con la patología motivo de la baja actual (66,7% de los casos).

Figura 26. Duración media e intervalo de confianza al 95% de los episodios de ITCC por trastornos depresivos en función del reconocimiento previo de una Incapacidad Permanente.

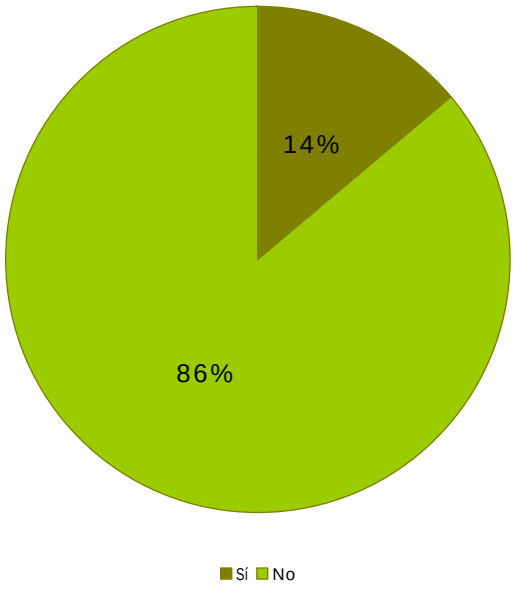


Entre las personas con algún grado reconocido de IP, las bajas tuvieron una duración significativamente inferior (*figura 26*).

Por el contrario, la **existencia previa de algún grado reconocido de minusvalía**, no se asoció de manera significativa con la duración de la ITCC (α =0,05).

Casi un 15% de los sujetos presentaron algún tipo de **comorbilidad con otra patología física o mental** (*figura 27*).

Figura 27. Porcentaje de sujetos con codiagnósticos.



Existe una asociación significativa y moderada entre la duración de la ITCC por trastornos depresivos y el número de codiagnósticos (p<0,01; *figuras 28 y 29*). Aquellos procesos que cuentan con al menos un codiagnóstico superan en aproximadamente 100 días (media = 263,4 días) a los procesos en los que no existe comorbilidad (media =165,2; p<0,01).

Figura 28. Duración media e intervalo de confianza al 95% de los episodios de ITCC por trastornos depresivos en función la existencia de al menos un codiagnóstico en el episodio actual.

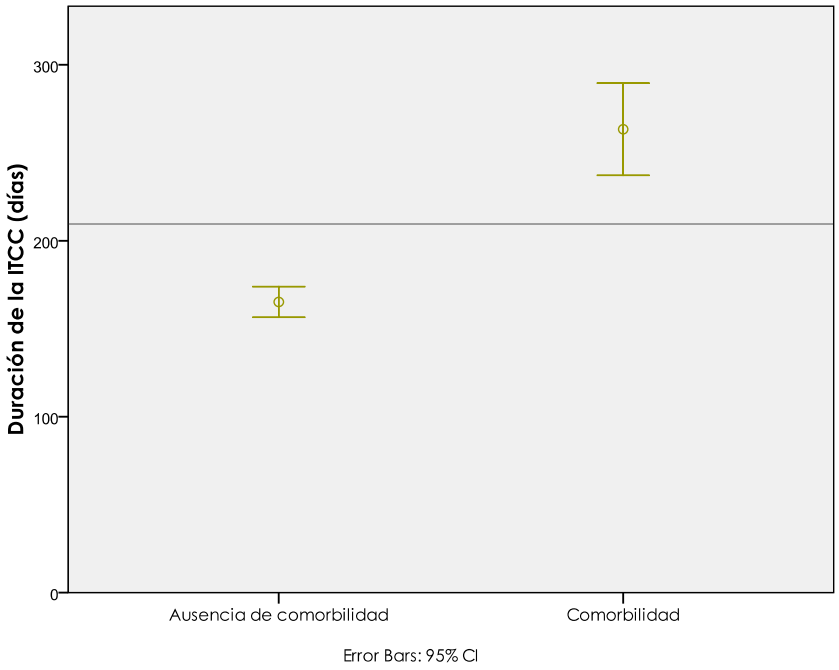
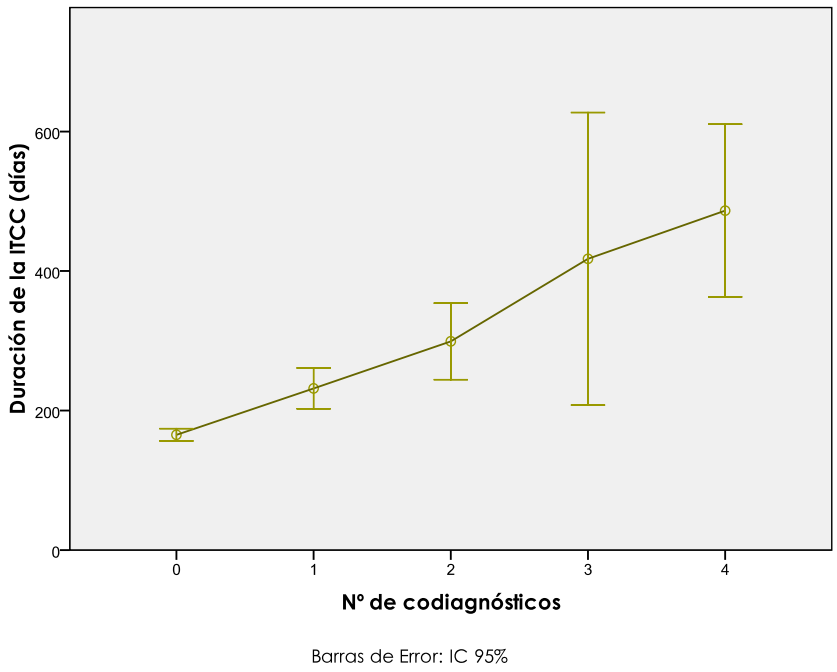


Figura 29. Duración media e intervalo de confianza al 95% de los episodios de ITCC por trastornos depresivos en función del número de codiagnósticos en el episodio actual.



Necesidad de derivación para asistencia especializada en Salud Mental. La mayor parte de los trabajadores fue derivado a un especialista en Salud Mental en algún momento de su evolución (figura 30).

Figura 30. Porcentaje de sujetos que requiere derivación para asistencia especializada en Salud Mental durante su evolución.

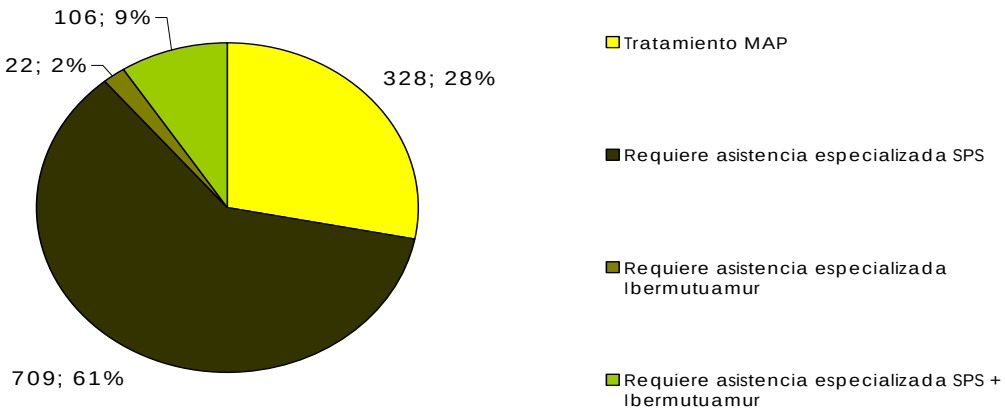
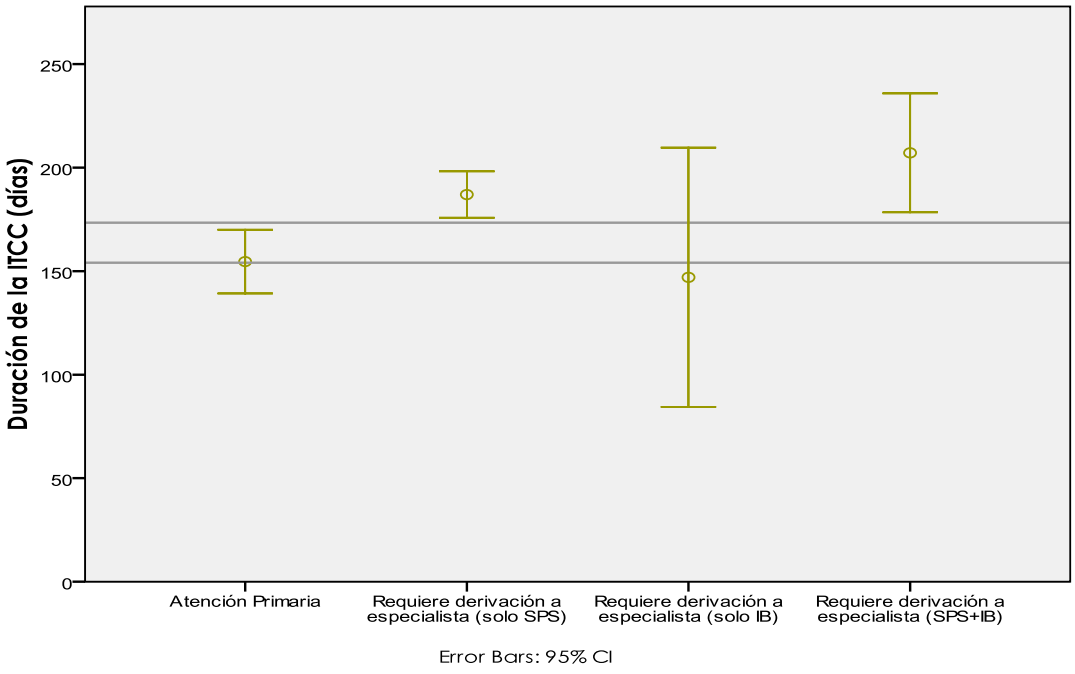


Figura 31. Duración media e intervalo de confianza al 95% de los episodios de ITCC por trastornos depresivos en función de haber requerido derivación para asistencia especializada en Salud Mental durante su evolución.



La duración de los procesos de ITCC por trastornos depresivos fue significativamente superior en el grupo de pacientes derivados a atención especializada ($p<0,01$; *figura 31*). La realización de un ANOVA puso de manifiesto que dos grupos se desmarcaron de manera significativa del grupo cuyo seguimiento se realizó exclusivamente en Atención Primaria: los sujetos derivados únicamente a un especialista del Sistema Público de Salud (SPS; $p<0,01$) y aquellos que fueron derivados tanto a un especialista del SPS como a un especialista en Salud Mental perteneciente a la plantilla de Ibermutuamur ($p<0,01$).

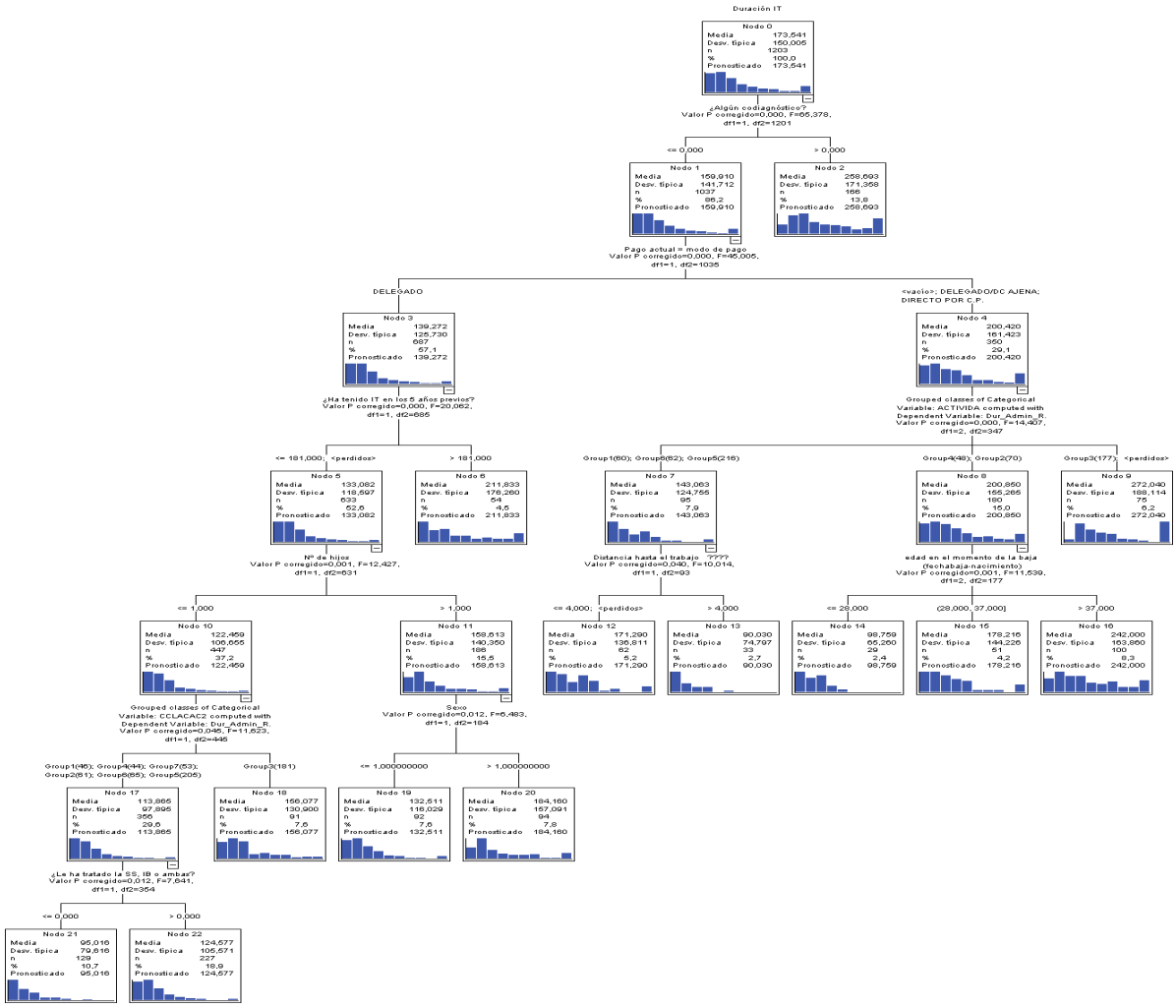
Resultados de la Minería de Datos

Variables con mayor asociación con la duración de la ITCC en el trastorno depresivo:

En primer lugar realizamos un análisis mediante árboles de clasificación CHAID, con el fin de determinar las variables que mejor clasifican a los pacientes con un episodio de ITCC por trastorno depresivo en función de la duración del episodio de baja, considerando la distribución de esta última en su conjunto.

En la *figura 32* se pueden observar los resultados de dichos análisis. Como apreciarse, la variable que mejor clasifica a los sujetos depresivos en función de la duración de su baja es la presencia de un codiagnóstico. Si existe un *codiagnóstico*, la duración media de la ITCC supera en 100 días a la de aquellos sujetos deprimidos sin comorbilidad.

Figura 32. Árbol de clasificación en función de la capacidad de las diferentes variables para distinguir en base a la duración de la ITCC en los trastornos depresivos.



La *modalidad de pago durante la baja* es la segunda variable en cuanto a su capacidad clasificatoria de las duraciones, pero solo en sujetos sin codiagnóstico, de manera que entre estos las modalidades de pago directo (aquellas correspondientes a los autónomos, a los trabajadores que quedan en situación de desempleo a lo largo de la baja o a los que solicitan el pago directo por parte de la mutua) son las que tienen bajas de mayor duración.

En un tercer nivel, la *existencia de periodos previos de IT* entre los trabajadores en pago delegado (más de 180 días en los 5 años previos) y la *ocupación* entre aquellos con pago directo, son las variables con mayor poder clasificatorio.

Otras variables que resultan relevantes en el modelo son:

- *Nº de hijos*: entre sujetos sin codiagnóstico, en la modalidad de pago delegado y con 180 días o menos de IT durante los 5 años previos, tener más de un hijo se asocia con bajas más largas, especialmente en mujeres.

- *Sexo*: las bajas son más largas en mujeres cuando no hay codiagnósticos, el pago es delegado, existen 181 días o menos de IT en los cinco años previos y tienen más de un hijo.

- *Requerir derivación a atención especializada en Salud Mental durante la evolución*: en sujetos sin codiagnósticos, pertenecientes a la modalidad de pago delegado, con 180 días o menos de ITCC en los 5 años previos, con un hijo o sin hijos y en la mayor parte de las ocupaciones, requerir derivación a atención especializada en Salud Mental (sea para valoración o para recibir tratamiento) se asocia con tiempos de ITCC más prolongados (124 vs. 94 días).

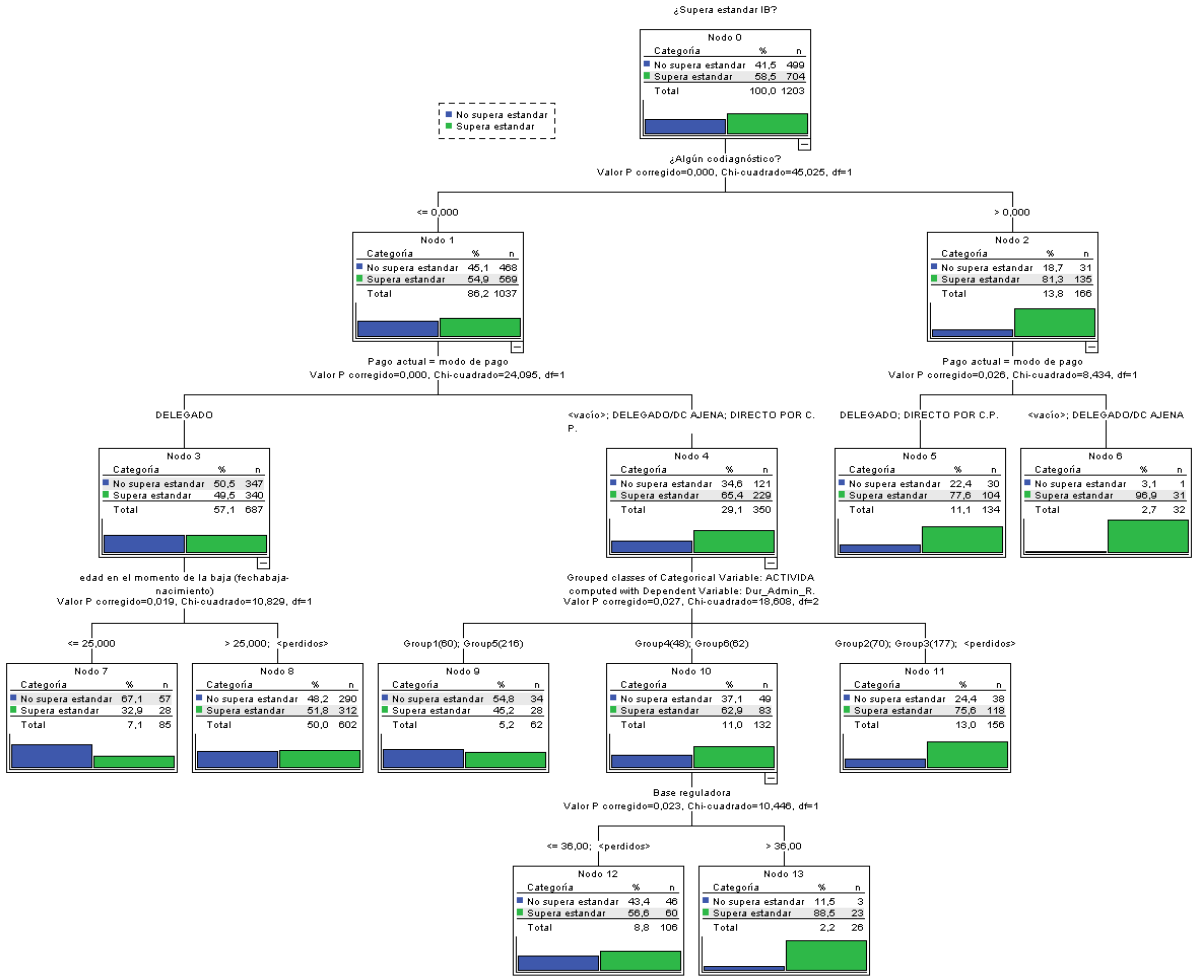
- *Edad en el inicio de la baja*: en la modalidad de pago directo y en ciertas ocupaciones, una mayor edad, se asocia con duraciones más prolongadas.

- *Distancia al trabajo*.

Marcadores de riesgo de la probabilidad de superar el tiempo estándar Ibermutuamur de duración de la Incapacidad Temporal para los trastornos depresivos:

Posteriormente, se ha realizado un nuevo análisis mediante árboles de clasificación, con el objetivo de identificar aquellas variables que mejor discriminan a aquellos trabajadores con una elevada probabilidad de superar el estándar de Ibermutuamur para este diagnóstico (*figura 33*).

Figura 33. Árbol de clasificación en función de la capacidad de las diferentes variables para distinguir los casos con mayor probabilidad de superar el tiempo estándar de Ibermutuamur de duración de la ITCC por trastornos depresivos.

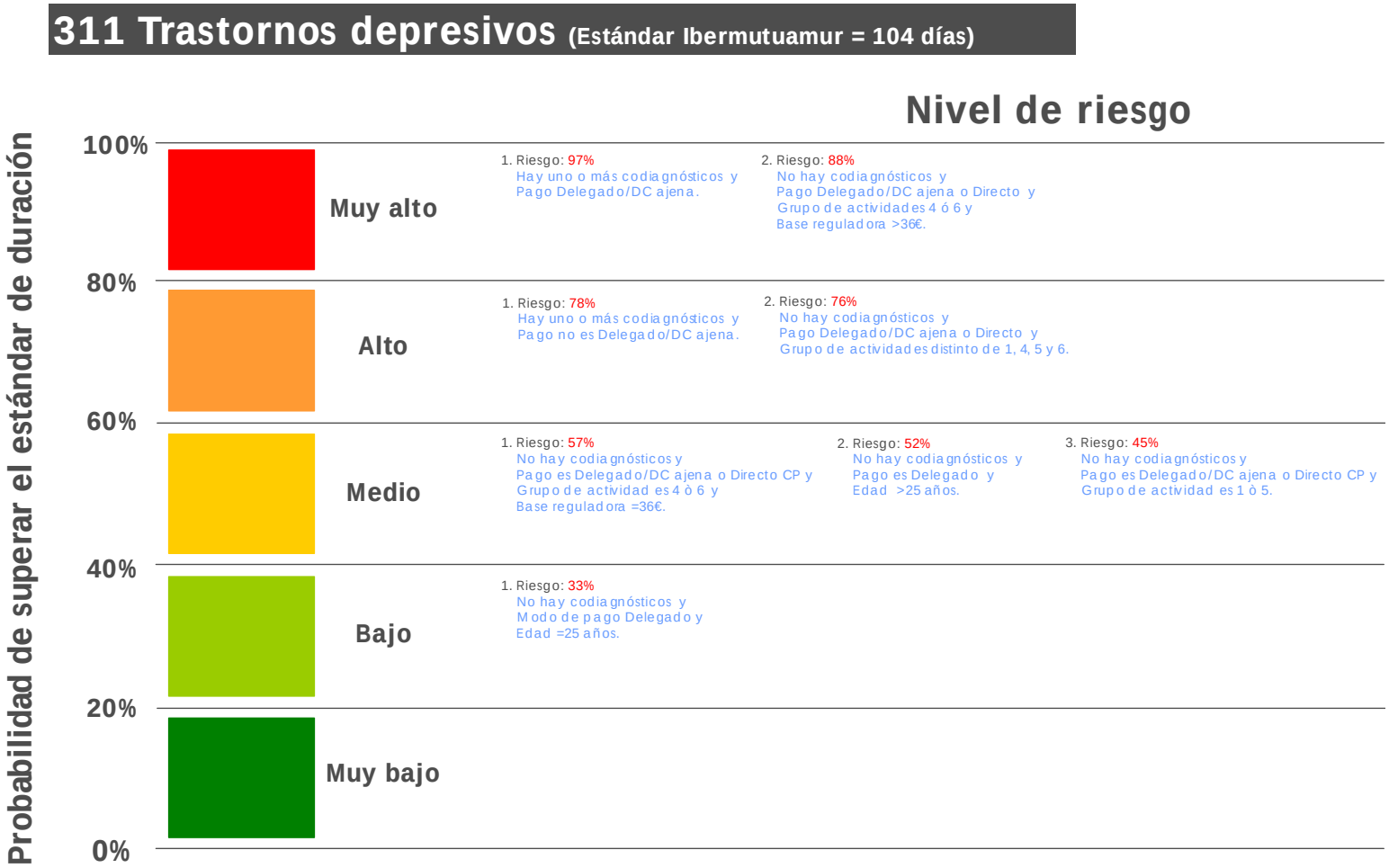


Sobre la base de este árbol de decisión se ha creado un modelo de predicción del riesgo de superar dicho estándar en cinco estratos: riesgo muy bajo (casos entre el 0% y el 20% de posibilidades); riesgo bajo (casos entre el 20% y el 40% de posibilidades); riesgo medio (entre el 0% y el 20% de posibilidades) (*figuras 34 y 35*).

Figura 34. Escala de riesgo de la probabilidad de superar el tiempo estándar de duración de la Incapacidad Temporal de Ibermutuamur.

Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto
0% -20% de posibilidades de superar el estándar	20% -40% de posibilidades de superar el estándar	40% -60% de posibilidades de superar el estándar	60% -80% de posibilidades de superar el estándar	80% -100% de posibilidades de superar el estándar

Figura 35. Modelo de predicción del riesgo de superar el tiempo de duración de la Incapacidad Temporal Ibermutuamur en los episodios de ITCC por trastornos depresivos.

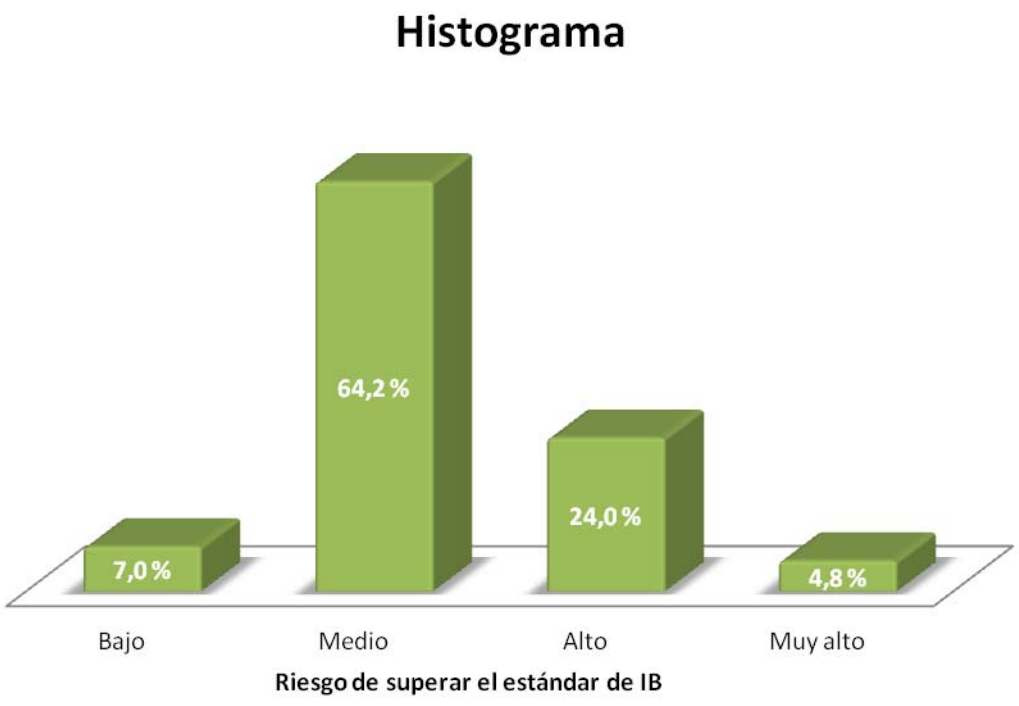


La *tabla 6* muestra la distribución de los sujetos que conformaron la muestra de trabajadores deprimidos en función de su nivel de riesgo de superar el estándar de Ibermutuamur.

Tabla 6. Distribución de la muestra en función del riesgo de superar el tiempo estándar Ibermutuamur de duración de la ITCC por trastorno depresivo.

Riesgo de superar el de IB				
	Frecuencia	**Porcentaje**	**Porcentaje válido**	**Porcentaje acumulado**
Bajo	81	7,0	7,0	7,0
Medio	748	64,2	64,2	71,2
Alto	280	24,0	24,0	95,2
Muy alto	56	4,8	4,8	100,0
Total	1165	100,0	100,0	

Figura 36. Distribución de la muestra en función del riesgo de superar el tiempo estándar Ibermutuamur de duración de la ITCC por trastorno depresivo.

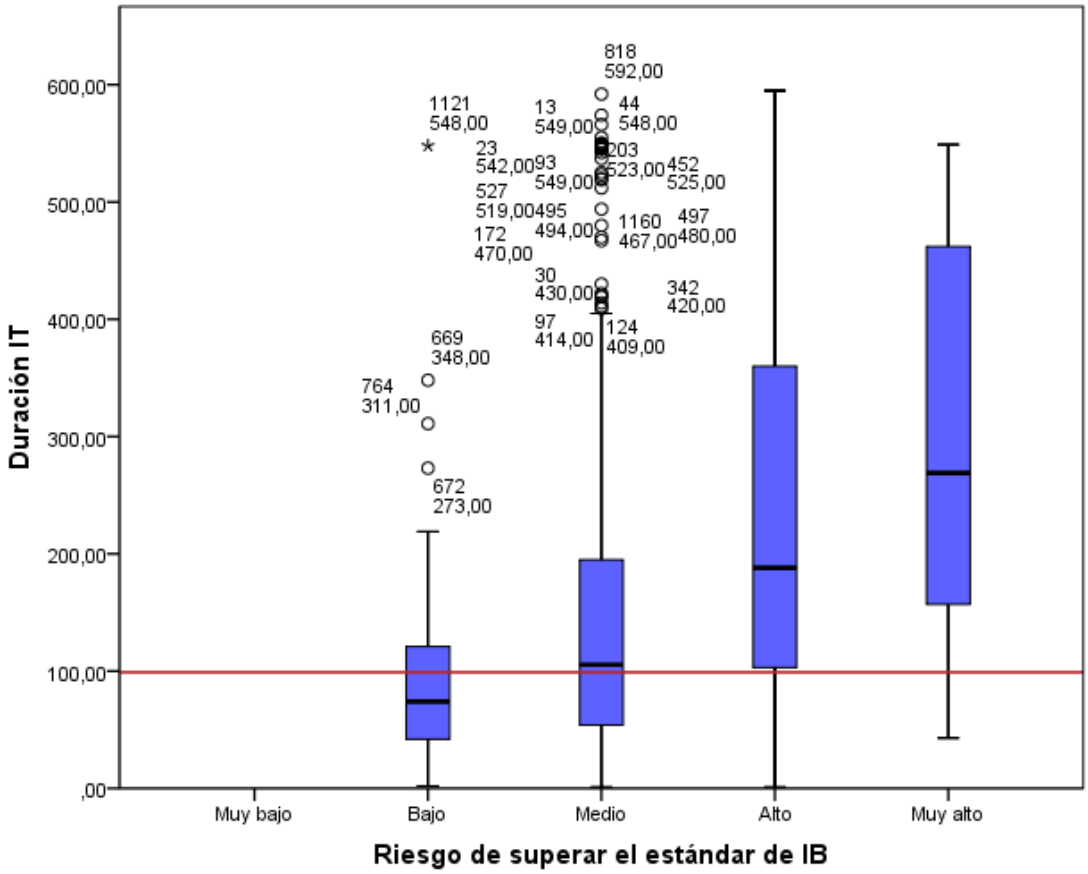


La *tabla 7* y la *figura 37* nos muestran cómo de distribuye la variable duración de la ITCC en función del grupo de riesgo al cual pertenece el trabajador.

Tabla 7. Distribución de la duración de la ITCC en función del grupo de riesgo al que pertenece el trabajador.

	N	Media	Desviación típica	IC al 95%	
				L. inferior	L. superior
Bajo	81	93,7	82,5	75,9	111,5
Medio	748	148,7	132,9	139,3	158,1
Alto	280	238,8	169,3	219,2	258,4
Muy alto	56	294,1	162,7	251,3	336,9
Total	1165	173,5	150,0	165,1	182,0

Figura 37. Distribución de la duración de la ITCC en función del grupo de riesgo al que pertenece el trabajador.

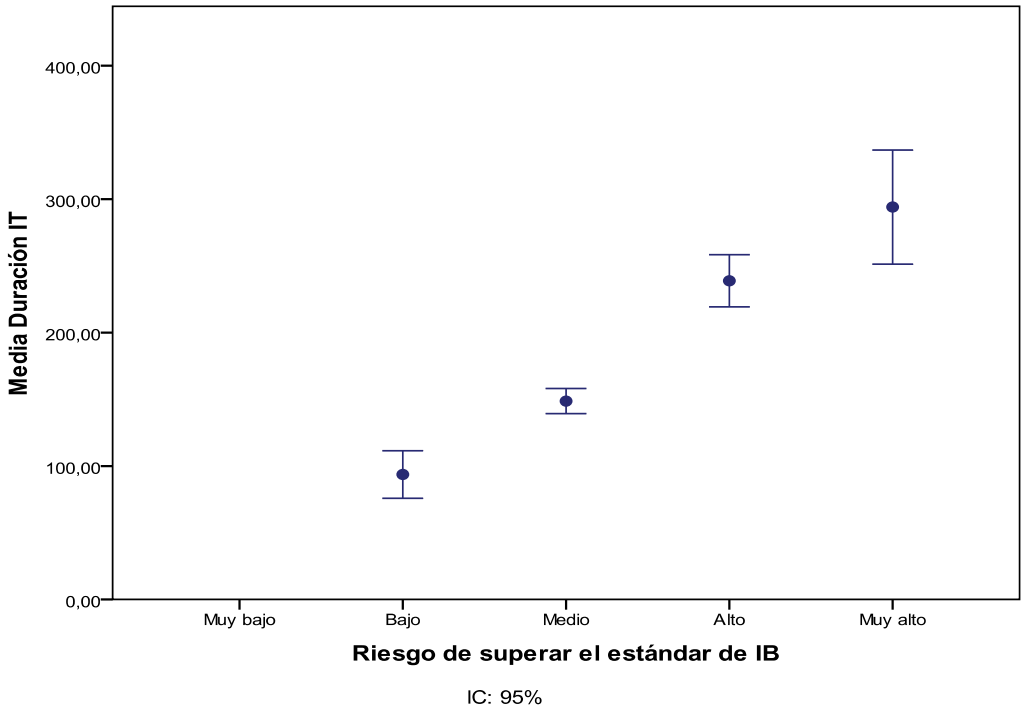


Como cabría esperar, la duración de la ITCC aumenta en función del nivel de riesgo del trabajador. Sin embargo, para que dicha clasificación sea válida resulta necesario someter a prueba que los diferentes grupos de riesgo difieren de manera estadísticamente significativa entre sí en cuanto a la duración de la IT. Para ello,

llevamos a cabo un ANOVA utilizando como factor el nivel de riesgo y la duración de la ITCC como variable dependiente. Los resultados pusieron de manifiesto la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en cuanto a la duración de la ITCC ($p<0,01$).

Como puede apreciarse en la *figura 38* los distintos niveles resultan en términos generales muy válidos, aunque la dificultad para discriminar entre los riesgo alto y muy altos es algo más reducida.

Figura 38. Duración media e intervalo de confianza al 95% de los episodios de ITCC por trastornos depresivos en función del grupo de riesgo al que pertenece el sujeto.



Conclusiones

- Los episodios por Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes asociados a diagnósticos de trastorno depresivo, en cuya gestión colabora una mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, tienen duraciones muy prolongadas.
- Los tiempos medios de duración para este diagnóstico ocupan el primer puesto entre los diagnósticos que se analizan en el presente estudio.
- El tiempo estándar Ibermutuamur de duración de la Incapacidad Temporal para los trastornos depresivos es de 104 días.
- Ser mujer, la edad, no tener estudios formales o tener solo estudios primarios, el estado civil (estar separado o divorciado y, en menor medida, estar casado vs. soltero), la modalidad de pago directo por parte de la mutua durante la baja (autónomos y personas que quedan en desempleo durante la misma), no contar con una IP previa, la comorbilidad con otros trastornos y requerir ser derivado a un especialista en Salud Mental durante la evolución del caso, son los factores que se relacionan con duraciones más prolongadas de los episodios de ITCC en el trastorno depresivo.
- El predictor más robusto de la duración de la ITCC en el trastorno depresivo es la existencia de comorbilidad, que se asocia con un incremento medio de más de 3 meses de duración.
- Resulta posible definir un modelo válido para predecir el riesgo de superar el estándar de Ibermutuamur para esta patología basado en la existencia de codiagnósticos, la modalidad de pago durante la baja, la edad del paciente al iniciarse el episodio actual de IT y la base reguladora del trabajador.

Bibliografía

1. Kessler RC, Merikangas KR, Wang PS. The prevalence and correlates of workplace depression in the National Comorbidity Survey Replication. J Occup Environ Med 2008;50:381-390.
2. Tylee A. Depression in Europe: experience from the DEPRES II survey. Depression Research in European Society. Eur Neuropsychopharmacol 2000;10:S445- S448.
3. Cuijpers P, Smit F, Oostenbrink J, de Graaf R, Ten Have M, Beekman A. Economic costs of minor depression: a population-based study. Acta Psychiatr Scand 2007;115:229-236.
4. Cuijpers P, de Graaf R, van Dorsselaer S. Minor depression: risk profiles, functional disability, health care use and risk of developing major depression. J Affect Disord 2004;79:71-79.
5. Judd LL, Paulus MP, Wells KB, Rapaport MH. Socioeconomic burden of subsyndromal depressive symptoms and mayor depression in a sample of general population. Am J Psychiatry 1996;153:1411-1417.
6. Haro JM, Palacin C, Vilagut G, Martinez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Med Clin 2006;126:445-451.
7. Codony M, Alonso J, Almansa J, Vilagut G, Domingo A, Pinto-Meza A, et al. Utilización de los servicios de salud mental en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD-España. Actas Esp Psiquiatr 2007;35:21-28.
8. Codony M, Alonso J, Almansa J, Vilagut G, Domingo A, Pinto-Meza A, et al. Uso de fármacos psicotrópicos en España. Resultados del estudio ESEMeD-España. Actas Esp Psiquiatr 2007;35:29-36.
9. Pinto Meza A, Haro JM, Palacín C, Torres JV, Ochoa S, Vilagut G, et al. Impacto de los trastornos del ánimo, de la ansiedad y de las enfermedades físicas crónicas en

la calidad de vida de la población general de España. Resultados del estudio ESEMeD-España. Actas Esp Psiquiatr 2007;35:12-20.

10. Aragonès E, Piñol JL, Labad A, Masdéu RM, Pino M, Cervera J. Prevalence and determinants of depressive disorders in primary care practice in Spain. Int J Psychiatry Med 2004;34:21-35.
11. Bonde JP. Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. Occup Environ Med 2008;65:438-445.
12. Kleppa E, Sanne B, Tell GS. Working overtime is associated with anxiety and depression: the Hordaland Health Study. J Occup Environ Med 2008;50:658-666.
13. Siegrist J. Chronic psychosocial stress at work and risk of depression: evidence from prospective studies. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2008;258:115-119.
14. Wieclaw J, Agerbo E, Mortensen PB, Burr H, Tuchsen F, Bonde JP. Psychosocial working conditions and the risk of depression and anxiety disorders in the Danish workforce. BMC Public Health 2008;8:280.
15. Clumeck N, Kempenaers C, Godin I, Dramaix M, Kornitzer M, Linkowski P, et al. Working conditions predict incidence of long-term spells of sick leave due to depression: results from the Belstress I prospective study. J Epidemiol Community Health 2009;63:286-292.
16. Lerner D, Henke RM. What does research tell us about depression, job performance, and work productivity? J Occup Environ Med 2008;50:401-410.
17. Lamberg T, Virtanen P, Vahtera J, Luukkaala T, Koskenvuo M. Unemployment, depressiveness and disability retirement: a follow-up study of the Finnish HeSSup population sample. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2010;45:259-64.
18. Mascaro N, Arnette NC, Santana MC, Kaslow NJ. Longitudinal relations between employment and depressive symptoms in low-income, suicidal African American women. J Clin Psychol 2007;63:541-553.

19. Lerner D, Adler DA, Chang H, Lapitsky L, Hood MY, Perissinotto C, et al. Unemployment, job retention, and productivity loss among employees with depression. Psychiatr Serv 2004;55:1371-1378.
20. Tian H, Sturm R. Datapoints: depression and leaving employment among older adult americans. Psychiatr Serv 2004;55:10.
21. Whooley MA, Kiefe CI, Chesney MA, Markovitz JH, Matthews K, Hulley SB. Depressive symptoms, unemployment, and loss of income: The CARDIA Study. Arch Intern Med 2002;162:2614-2620.
22. Hensing G, Brage S, Nygård JF, Sandanger I, Tellnes G. Sickness absence with psychiatric disorders--an increased risk for marginalisation among men? Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2000;35:335-340.
23. Sorvaniemi M, Helenius H, Salokangas RK. Sick-leave certificates granted to psychiatric outpatients with major depression. Depress Anxiety 2003;17:220-223.
24. Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH, de Boer AG, Blonk RW, van Dijk FJ. Predicting the duration of sickness absence for patients with common mental disorders in occupational health care. Scand J Work Environ Health 2006;32:67-74.
25. Gjesdal S, Ringdal PR, Haug K, Maeland JG. Long-term sickness absence and disability pension with psychiatric diagnoses: a population-based cohort study. Nord J Psychiatry 2008;62:294-301.
26. Koopmans PC, Roelen CA, Groothoff JW. Sickness absence due to depressive symptoms. Int Arch Occup Environ Health 2008;81:711-719.
27. Adler DA, McLaughlin TJ, Rogers WH, Chang H, Lapitsky L, Lerner D. Job performance deficits due to depression. Am J Psychiatry 2006;163:1569-1576.
28. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization; 2008. p. 160.

29. Greenberg PE, Kessler RC, Birnbaum HG, Leong SA, Lowe SW, Berglund PA, et al. The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000? J Clin Psychiatry 2003;64:1465-1475.
30. Sobocki P, Jönsson B, Angst J, Rehnberg C. Cost of depression in Europe. J Ment Health Policy Econ 2006;9:87-98.
31. Valladares A, Dilla T, Sacristán JA. Depression a social Mortgage. Latest advances in knowledge of the cost of the disease. Actas Esp Psiquiatr 2009;37:49-53.
32. Sans M, Batalla Martínez C, Villagrasa D, Ezpeleta García A, Escorza S, Comín Bertran E. Incapacidad temporal por patología psiquiátrica en un centro de salud. Aten Primaria 2000;25:412-416.
33. González-Barcala FJ, Cadalso-Suárez C, Valdés-Cuadrado L, Lado-Lema ME, Bugarín-González R, Vilariño-Pombo C, et al. Determinantes de la duración de la incapacidad temporal y la vuelta al trabajo en un área sanitaria de Galicia. Aten Primaria 2006;37:431-438.
34. García-Díaz AM, Pértiga-Díaz S, Pita-Fernández S, Santos-García C, Vázquez-Vázquez J. Incapacidad temporal: características en un centro de salud durante el periodo 2000-2002. Aten Primaria 2006;37:22-29.
35. López Cuenca S, Albaladejo Vicente R, Villanueva Orbáiz R, Domínguez Rojas V. Análisis de la incapacidad temporal en trabajadores de la rama sanitaria en un área de salud. Aten Primaria 2006;38:550-554.
36. López-Bastida J, Serrano Aguilar P, Duque-González B. Costes socioeconómicos de las enfermedades mentales en las Islas Canarias en 2002. Aten Primaria 2004;34:32-37.