



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

Discusión acerca de la ITCC en los trastornos mentales

RESPONSABLE: D^a 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.

Proyectos Sanitarios

Ibermutuamur

Discusión acerca de la ITCC en los Trastornos Mentales: Trastornos depresivos Trastornos neuróticos Reacciones de adaptación

Estándares de duración de la ITCC

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
Comparación de los tres grupos de trastornos mentales: trastornos depresivos, trastornos neuróticos y reacciones de adaptación.....	2
Discusión	4
Bibliografía	13

Introducción

A lo largo de los anteriores capítulos hemos presentado un análisis detallado de las características de los procesos de Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes (ITCC) asociados con el diagnóstico de tres grandes grupos de trastornos mentales, con las particularidades de la cobertura que proporciona una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS) en este tipo de contingencias (actuación limitada a los procesos de más de 15 días de duración). También hemos establecido los estándares Ibermutuamur de duración de la Incapacidad Temporal para estos diagnósticos y un modelo de predicción del riesgo de superar dicho estándar a lo largo de la evolución del caso.

Hemos postergado la discusión de los resultados referentes a estas patologías, ya que pensamos que existen razones conceptuales y empíricas para hacer un análisis de las implicaciones de nuestros resultados común a los tres grupos diagnósticos.

En primer lugar, podemos considerar que los tres grupos diagnósticos configuran lo que podríamos resumir bajo el concepto más amplio de **patología neurótica de buen pronóstico**. Patología neurótica, en cuanto contrapuesta a aquellas otras enfermedades mentales con sintomatología que implica un marcado alejamiento del principio de realidad (de carácter psicótico), y de buen pronóstico, en la medida en que tienen como denominador común la disponibilidad de tratamientos eficaces, basados en la evidencia, capaces de producir la remisión de los síntomas, de prevenir las recaídas y de mejorar la capacidad funcional de quien los padece^{1,2}.

Los propios sistemas internacionales de clasificación diagnóstica de los trastornos mentales (CIE-10³ y DSM-IV-TR⁴) sitúan a los trastornos depresivos, de ansiedad y de adaptación, como las patologías mentales más frecuentes, e inciden en las dificultades que entraña el diagnóstico diferencial de las mismas, así como en la alta comorbilidad entre ellas, tanto en un momento puntual como a lo largo de la vida.

Todo ello unido a la existencia de claros paralelismos entre los resultados obtenidos en nuestro estudio para los tres grupos, nos lleva a realizar una reflexión integrada. Para comenzar, con el fin de aportar todos los elementos necesarios para la

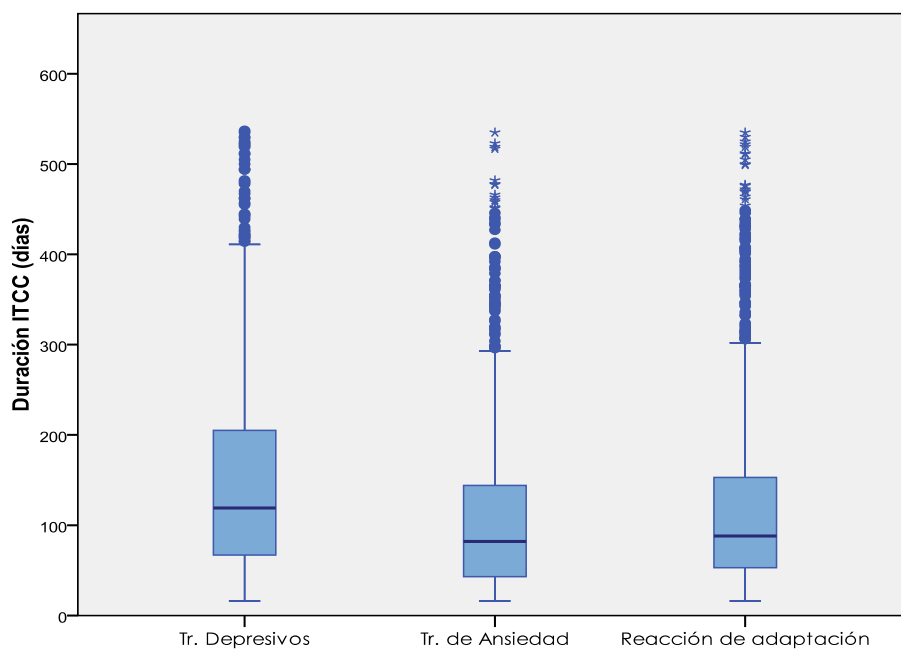
discusión, presentaremos un último grupo de resultados en el que describimos algunos aspectos referentes a los tres trastornos, considerados en conjunto.

Comparación de los tres grupos de trastornos mentales: trastornos depresivos, trastornos neuróticos y reacciones de adaptación

Duración de los procesos de ITCC por patología neurótica de buen pronóstico:

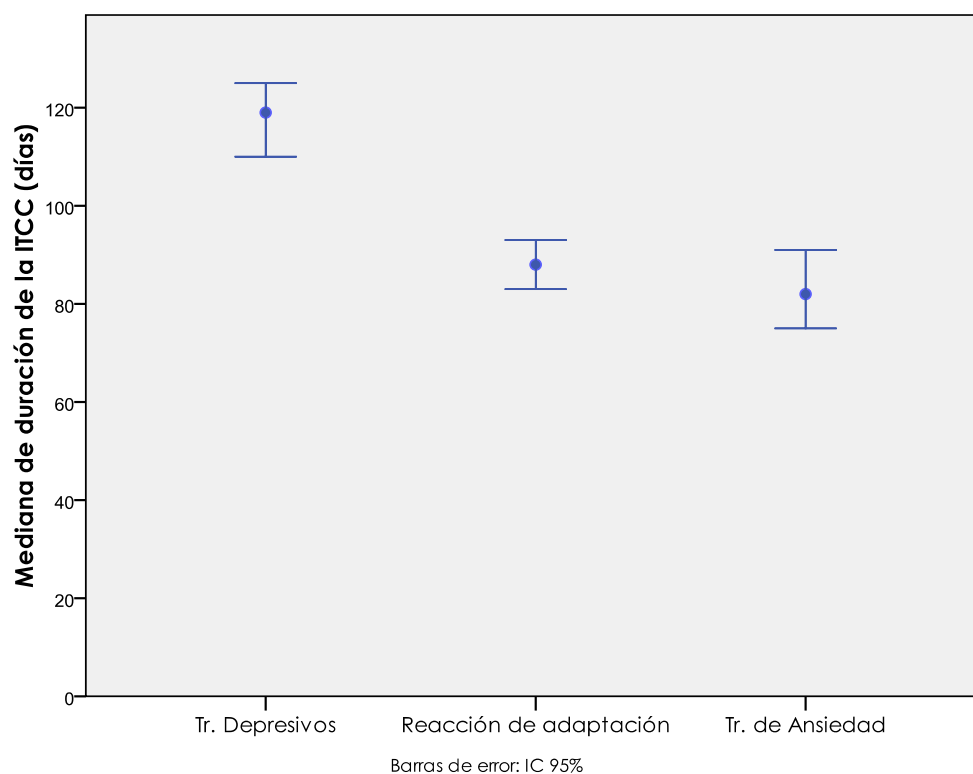
Tanto los trastornos depresivos, como los trastornos neuróticos y de adaptación se asocian con periodos de Incapacidad Temporal caracterizados por una larga duración, mayor dispersión que en otras patologías con rangos muy amplios de duraciones y una proporción superior de casos que se concentran en las duraciones más largas. Estas características, se encuentran aún más acentuadas en el caso de los trastornos depresivos (figura 1).

Figura 1. Diagrama de cajas y bigotes con la distribución de las duraciones de la ITCC en los trastornos depresivos, trastornos de ansiedad y reacciones de adaptación.



Los trastornos depresivos se asocian con una media y mediana de duración significativamente mayor a la de los trastornos de ansiedad y a la de las reacciones de adaptación (figura 2). Sin embargo, las duraciones de los trastornos de ansiedad y las reacciones de adaptación no difieren de forma significativa.

Figura 2. Mediana de duración e intervalo de confianza al 95 % de los episodios de ITCC en los trastornos depresivos, trastornos de ansiedad y reacciones de adaptación.

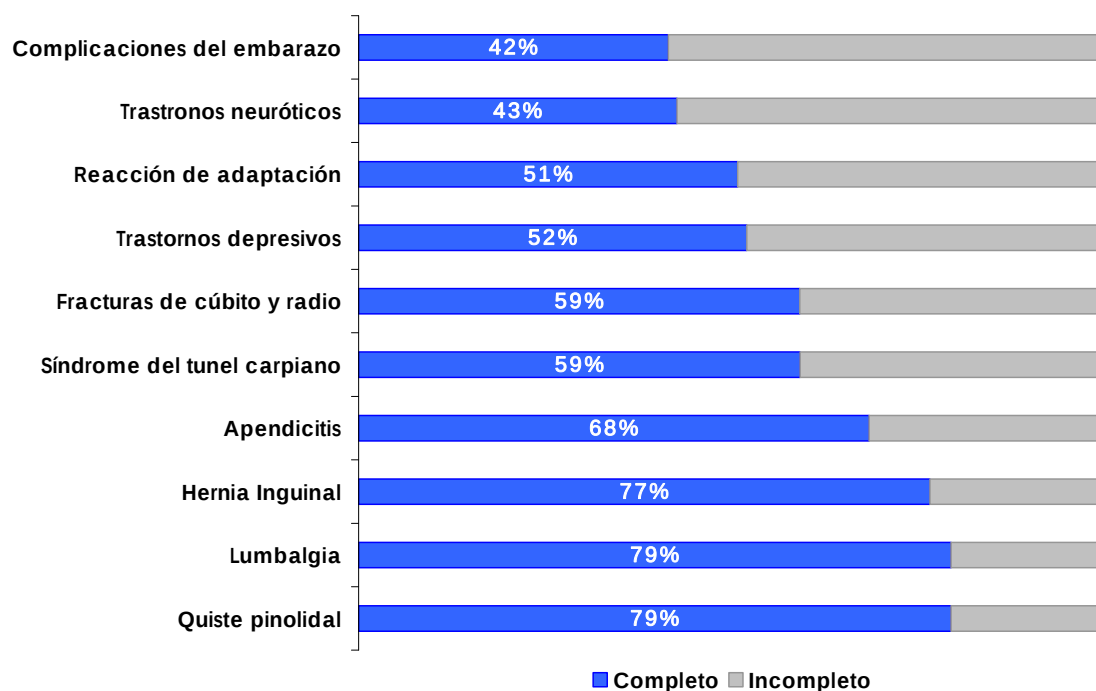


Porcentaje de procesos con una fecha de capacidad laboral establecida con anterioridad al alta efectiva:

Un último resultado que hemos considerado relevante se refiere al porcentaje de procesos en los que el médico evaluador del caso estableció una fecha de recuperación de la capacidad laboral, anterior a la fecha en la que tuvo lugar el alta efectiva del trabajador. Como puede observarse en la *figura 3*, los tres trastornos mentales que han sido considerados en profundidad en nuestro estudio, se sitúan entre los porcentajes más bajos en cuanto a la cumplimentación de esta variable, sólo superados en este sentido por las complicaciones producidas durante el embarazo. Con ciertas variaciones entre grupos diagnósticos, solo en una proporción de la mitad o

menos de los procesos llega a definirse una fecha en la que el paciente podría reincorporarse a su trabajo, antes de que se produzca el alta.

Figura 3. Porcentaje de casos en los que se ha fijado una fecha de capacidad laboral con anterioridad a la fecha de alta en los diez grupos diagnósticos tenidos en consideración.



Discusión

1. Duración de los episodios de Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes, asociados a diagnósticos de trastornos depresivos, neuróticos y reacciones de adaptación, gestionados por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales y estándares de duración.

Los resultados de nuestro estudio ponen de manifiesto que los trastornos mentales a los que nos hemos referido generan episodios de Incapacidad Temporal caracterizados por tiempos de duración largos, con una gran dispersión y variabilidad respecto a los otros grupos diagnósticos. En todos los casos la mediana de duración

superó los tres meses. Por otra parte, la depresión ocupó el primer puesto en cuanto a la duración de la ITCC, entre todas las causas de baja que fueron analizadas, siguiendo criterios de prevalencia entre la población bajo estudio.

Esta combinación de factores, alta prevalencia, duración prolongada y gran dispersión, tienen claras implicaciones respecto al papel de la patología neurótica de buen pronóstico como generador de costes económicos, en términos del pago de prestaciones por Incapacidad Temporal y, por extensión, en términos de costes indirectos en un sentido más amplio (p. ej., pérdida de productividad, gastos por sustituciones de personal). El potencial generador de costes de los trastornos mentales debido a la discapacidad asociada ya ha sido sugerido por otras fuentes, pero hasta el momento no ha sido analizado con la suficiente profundidad^{5,6}. En este sentido, pensamos que es muy relevante tener en consideración lo que podríamos llamar un *sesgo por confusión diagnóstica*, para referirnos a una tendencia a infraestimar el impacto de este tipo de patologías, relacionado con varios factores:

- Las estimaciones de los costes por enfermedad en estas patologías son escasas y con mucha frecuencia tienden a limitarse a un diagnóstico o grupo diagnóstico específico, con lo cual las ya abultadas cifras que proporcionan estos estudios podrían ser mucho mayores si considerásemos en su conjunto el grupo conformado por el trinomio *trastornos depresivos, de ansiedad y adaptativos*. Como hemos señalado existen razones para hacerlo tanto desde el punto de vista conceptual, como asistencial y por las propias características de la discapacidad asociada a los mismos.
- Por otra parte, muchas patologías físicas cursan con complicaciones emocionales aunque el diagnóstico de un trastorno mental nunca llegue a constituirse como diagnóstico principal. Diversas investigaciones han puesto de manifiesto el papel que los trastornos mentales podrían tener como amplificadores de la discapacidad asociada a dichas condiciones médicas^{7,8}.

Estándar del INSS. El manual de tiempos estándar en Incapacidad Temporal, define el tiempo estándar como “el tiempo medio óptimo que se requiere para la resolución de un proceso clínico que ha originado una incapacidad para el trabajo habitual, utilizando las técnicas de diagnóstico y tratamiento normalizadas y aceptadas por la comunidad médica y asumiendo el mínimo de demora en la asistencia sanitaria del trabajador”⁹. De manera sistemática, hemos observado que la duración de los

procesos de ITCC por los trastornos mentales en nuestra muestra, se desvía de los estándares establecidos por el INSS. Ello podría deberse diferentes razones. En primer lugar, la propia definición del concepto implica unas condiciones óptimas en cuanto a la asistencia sanitaria y a la respuesta al tratamiento. La aplicación de dicha definición a los casos de las patologías mentales nos parece más difícil que en otros supuestos, ya que la variabilidad en la eficacia de cada tratamiento específico y las diferencias individuales en el tiempo necesario para la recuperación, constituyen en los trastornos mentales la regla, más que la excepción. Cualquier planteamiento que se realice respecto de la Incapacidad Temporal asociada a estos trastornos debe tener en cuenta esta complejidad en la respuesta individual a los tratamientos. Por otra parte, tampoco resulta infrecuente la dificultad de acceso existente en la práctica a los tratamientos que vienen recogidos por las diferentes guías de práctica clínica y que ya han sido señaladas por estudios realizados en nuestro ámbito. En este sentido debemos tener muy en cuenta la dificultad de acceder a los tratamientos psicológicos, que en la mayor parte de las ocasiones pueden considerarse verdaderas alternativas de primera elección, así como la idoneidad de los tratamientos farmacológicos prescritos^{10,11}. Por lo tanto, no resulta extraño que una aproximación basada en indicadores de duración reales, se desvíe de dichos estándares. Por otra parte, en su elaboración el INSS utiliza todos los procesos de baja con independencia de su duración y, en ese sentido, los resultados pueden plantear dificultades de generalización a una población específica, los procesos de baja por ITCC gestionados por las MATEPSS. Debido al papel concedido a las mutuas en el marco de la normativa vigente, estas colaboran en la gestión de los procesos de ITCC de duración mayor a 15 días. En consecuencia, podríamos encontrarnos ante una subpoblación en la que existe un elemento adicional de severidad y cronicidad de partida. La amplia proporción de casos que supera los estándares del INSS en nuestros procesos de ITCC por trastornos mentales, apunta en esta dirección y, en sí misma, justifica una aproximación complementaria como la realizada en este trabajo, en la que se elaboren estándares específicos y criterios estadísticos (p. ej. tablas de percentiles de duración), que permitan valorar desde una perspectiva más amplia el grado de desviación respecto de lo esperable de la duración de un proceso de baja.

En cuanto a la *comparación de las duraciones entre los distintos trastornos mentales*, nuestros resultados se encuentran en consonancia con aquellos autores que han señalado que los trastornos depresivos, se asocian con mayor absentismo que los

trastornos de ansiedad^{12,13} y aportan evidencia no disponible hasta el momento, relativa a los trastornos de adaptación. En el presente estudio las reacciones adaptativas se alinean con los trastornos de ansiedad en términos de discapacidad. Los datos sugieren que los trastornos emocionales que se consideran reactivos o adaptativos a estresores psicosociales externos al individuo, resultan igualmente discapacitantes y generan los mismos costes indirectos que aquellas entidades diagnósticas mejor definidas (trastornos depresivos y de ansiedad), por lo que parece justificado que reciban la misma atención.

La gran dispersión que observamos en cuanto a la duración de estos procesos también tiene implicaciones desde el punto de vista del análisis predictivo. Existe una gran variabilidad de las duraciones y esto comporta la existencia de un importante margen de mejora y para el análisis predictivo de las mismas.

2. Variables asociadas a la ITCC en los trastornos depresivos, trastornos neuróticos y reacciones de adaptación.

La literatura previa acerca de la Incapacidad Temporal ha identificado numerosos factores relacionados con su duración, entre los cuales cabe mencionar el sexo (mujeres), la edad (aumento con la edad), el régimen de cotización a la Seguridad Social (trabajadores autónomos), el tipo de contingencia (duraciones más cortas para la contingencia profesional dentro de un mismo diagnóstico) o las diferencias territoriales¹⁴⁻¹⁹. Recientemente, se ha informado acerca de la menor duración de los procesos de ITCC en cuya gestión colaboran las MATEPSS².

Sin embargo, en nuestra revisión no hemos encontrado ningún trabajo realizado en nuestro medio que analice de manera específica los factores relacionados con la duración de los episodios de baja en los trastornos mentales.

Nuestros datos confirman parcialmente algunos de los hallazgos ya informados para la Incapacidad Temporal considerada globalmente. Por ejemplo, encontramos una asociación positiva con la edad del paciente en el momento de iniciar un episodio de baja por trastorno mental y duraciones claramente mayores en las modalidades de pago directo durante la baja, que corresponden a los trabajadores autónomos y, especialmente, entre aquellos pacientes que quedan en una situación de desempleo durante el episodio. Por el contrario, no se confirman otras como la existencia de

diferencias de género en la duración de las bajas en el caso de los trastornos de ansiedad y adaptativos.

Sin embargo, queremos destacar por la consistencia de los hallazgos y la magnitud de las diferencias encontradas el papel que desempeña en nuestros resultados la comorbilidad. La existencia de codiagnósticos se ha relacionado de manera sistemática con la aparición periodos de Incapacidad Temporal muy superiores, llegando a suponer en ocasiones diferencias cercanas a los 100 días. Los datos se encuentran en consonancia con los estudios que han señalado a las personas que padecen más de un trastorno mental comórbido, como un grupo con mayores probabilidades de llegar a convertirse en usuarios de recursos sanitarios y con mayor afectación de la calidad de vida relacionada con la salud^{10,21}. Del mismo modo, coinciden con otros estudios que han encontrado una interacción entre los trastornos mentales y los problemas de salud física en la génesis del deterioro funcional asociado a la enfermedad⁷⁻⁸. Por lo tanto, consideramos un aspecto prioritario que la investigación futura deberá abordar, el papel desempeñado por la comorbilidad con las enfermedades físicas y con otros trastornos mentales, en la discapacidad asociada a los trastornos depresivos, de ansiedad y de adaptación. A la espera de un avance en nuestro conocimiento, la mejor recomendación para reducir la discapacidad asociada a las patologías comórbidas consistiría en *proporcionar tratamiento específico adecuado para cada una de las entidades que coexisten en un mismo paciente*.

Por otra parte, se han encontrado de forma reiterada duraciones mayores de la ITCC entre aquellos pacientes que requieren asistencia especializada en Salud Mental. Estas diferencias podrían ser un mero reflejo de que aquellos procesos más severos o con una evolución tórpida son los que se derivan al especialista, psiquiatra y/o psicólogo. Sin embargo, también delimitan grupos de pacientes que resulta conveniente analizar desde el punto de vista de la idoneidad y buen funcionamiento de los planes asistenciales.

3. Análisis predictivo de la ITCC por trastornos mentales.

Cualquier modelo predictivo es limitado, pero los análisis realizados ponen de manifiesto los potenciales beneficios que pueden llegar a desprenderse de una predicción del riesgo de cronicidad de la ITCC en los trastornos mentales.

Como ya hemos comentado a lo largo de este trabajo, la variable duración de la ITCC sigue una distribución bimodal en los trastornos mentales, de manera que podemos identificar dos grupos de procesos bien diferenciados y que potencialmente requieren un análisis separado.

En primer lugar, el grupo de pacientes que se agrupa alrededor de la mediana de duración. En este sentido, realizaríamos análisis en relación con el riesgo de superar la mediana, la media o cualquiera de los estándares de duración que han sido propuestos. En nuestro caso obtenemos evidencia concordante, aunque también un tanto característica respecto de otras investigaciones, acerca de los factores que asocian con un mayor riesgo de enquistamiento del proceso de ITCC. A diferencia de otros estudios en los que las características del régimen de cotización a la Seguridad Social o de la modalidad de pago durante la baja resultaban determinantes, junto con otras características demográficas, en nuestros datos la presencia de comorbilidad emerge como un predictor destacado, capaz de discriminar en mayor medida que cualquier otra variable a los sujetos que van a superar el estándar de duración.

La identificación de grupos de riesgo puede facilitar la puesta en marcha de medidas correctoras más eficaces y específicas, como la intensificación de los programas de tratamiento en los casos con mayor riesgo de cronicidad, prestar especial atención a la concurrencia de dos patologías en un mismo paciente y una evaluación más rigurosa en aquellos subgrupos en los que no se encuentra una explicación clínicamente plausible a la mayor duración de los procesos (p. ej., trabajadores autónomos).

Por otra parte, un segundo grupo de pacientes tiende claramente a agotar todos los plazos previstos de duración de la incapacidad temporal. Aunque no ha sido el objetivo del actual estudio, este grupo debería ser analizado de manera diferenciada a efectos de poder ser identificado precozmente en aras a no consumir recursos pertenecientes a la prestación de Incapacidad Temporal, cuando las posibilidades de recuperación se encuentran agotadas.

4. Implicaciones de los resultados para la gestión de la ITCC en los trastornos depresivos, de ansiedad y de adaptación.

En el actual contexto socioeconómico adquiere una importancia creciente el aumento de la eficiencia en la gestión de los recursos, habida cuenta de que estos son

limitados y de la importancia de maximizar el balance entre los costes y los beneficios. Queremos finalizar realizando una serie de propuestas con el objetivo de reducir el impacto de la ITCC ocasionada por los trastornos mentales.

- *Actuaciones encaminadas a mejorar la actuación en Atención Primaria.* La Atención Primaria constituye el primer escalón en el itinerario asistencial de los trastornos mentales con buen pronóstico y, en muchas ocasiones, la evaluación y el tratamiento de estos pacientes se desarrolla por completo en este nivel. Por lo tanto, los programas encaminados a mejorar la asistencia proporcionada por el médico de familia tienen un claro potencial en la reducción de la ITCC por trastornos mentales.

Una posible fuente de aparición de tiempos muertos se relacionaría con los fallos en el proceso diagnóstico y con la elección del tratamiento en Atención Primaria. En este sentido, queremos destacar una iniciativa reciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En el año 2008, la OMS lanzó el *mental health Gap Action Program* (mhGAP) para hacer frente a la falta de cuidados hacia las personas que sufren trastornos mentales, neurológicos y de abuso de sustancias, especialmente en los países con bajos y medianos ingresos. Como parte de este programa se ha desarrollado una guía que proporciona de manera sintética y en forma de sencillos cuadros de decisión el rango completo de recomendaciones para dispensar una asistencia de calidad en los dispositivos sanitarios generalistas por parte de personal no especializado en Salud Mental²². La guía presenta de manera integrada el manejo de las condiciones más prioritarias mediante protocolos para la toma de decisiones. Iniciativas de estas características pueden resultar de extremada utilidad para trasladar las guías de práctica clínica a la realidad asistencial en Atención Primaria.

- *Actuaciones encaminadas a mejorar la accesibilidad de acceso de los pacientes a tratamientos especializados efectivos.* En la actualidad, existe un notable cuerpo de evidencia acerca de cuáles son los tratamientos y las combinaciones de tratamientos más efectivos para los trastornos del espectro ansioso-depresivo. Sin embargo, el acceso a los tratamientos especializados es limitado y tiende a demorarse en el tiempo. Esta afirmación es particularmente cierta en el caso de los tratamientos

psicológicos. A modo de ejemplo, el tratamiento basado en la exposición *in vivo* se ha mostrado una alternativa eficaz para mejorar el funcionamiento laboral de los pacientes con trastornos de ansiedad²³, y la combinación de psicofármacos con tratamiento psicológico se ha asociado con las mayores tasas de remisión en el caso de la depresión²⁴. Recientemente, se han empezado a desarrollar algunas iniciativas para abordar este problema²⁵. En el año 2007 se anunció en el Reino Unido un ambicioso plan para aumentar la accesibilidad del tratamiento psicológico para las personas con problemas mentales como la depresión y la ansiedad^{26,27}. El plan prevé introducir en un periodo de 6 años 8.000 nuevos terapeutas e incluye importantes cambios en el procedimiento de derivación a los dispositivos de Salud Mental, pasándose de la derivación por parte del médico general o el psiquiatra a la autoderivación del propio paciente. El plan se basa en principios como la existencia de tratamientos psicológicos basados en la evidencia, tan efectivos como los tratamientos farmacológicos y más eficaces a largo plazo, la necesidad de disminuir la dependencia de la medicación y su carácter coste-efectivo. Resulta claro que más allá de la eficacia de los tratamientos, las posibilidades que se abren de cara a la reducción de los tiempos de espera hasta recibir tratamiento especializado constituyen uno de los aspectos más prometedores de este plan.

- *Actuaciones encaminadas a mejorar la evaluación funcional del enfermo.* Nuestros datos revelan las dificultades que existen para poder establecer una fecha de capacidad laboral en los trastornos mentales. Esta dificultad podría tener su origen en factores como una mayor ambigüedad e incertidumbre en cuanto a la naturaleza de los síntomas y de la discapacidad asociada que en otro tipo de patologías, o un mayor compromiso emocional de los profesionales. Bajo nuestra perspectiva, el uso sistemático de criterios diagnósticos operativos^{3,4} puede ser de gran utilidad a la hora de superar esta ambigüedad. Por otra parte, la evaluación psicológica ha desarrollado instrumentos de evaluación (cuestionarios y escalas) que permiten medir de manera fiable y válida el nivel de severidad de los síntomas o aspectos relacionados con la capacidad funcional. Finalmente, existen instrumentos de medida y criterios operativos, que permiten detectar la tendencia a simular o a la sobrerrepresentación de los

síntomas mentales. Un mayor uso de estos criterios e instrumentos ya disponibles puede, sin lugar a dudas, ayudar a la toma de decisiones respecto a la incorporación de un paciente a su actividad laboral.

- Por último, creemos que el análisis de datos realizado constituye un ejemplo que puede sentar la base para el *desarrollo de sistemas expertos de predicción del riesgo* que permitan realizar una *gestión estratégica de los procesos de ITCC*, en la que se identifiquen grupos con necesidades y características específicas a las que hacer frente con estrategias adecuadas a las mismas (grupos con mayor necesidad de tratamiento, con mayor riesgo de prolongar de manera injustificada la situación de ITCC, con menos probabilidades de reincorporación a una actividad laboral normal, etc.).

Bibliografía

1. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2006/10.
2. Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t N° 2006/06.
3. Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.
4. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2002.
5. Kessler RC, Merikangas KR, Wang PS. The prevalence and correlates of workplace depression in the national comorbidity survey replication. J Occup Environ Med 2008;50:381-90.
6. Delclós J, García S, López JC, Samperea M, Serra C, Plana M, Vila D, Benavides FG. Duración de la incapacidad temporal por contingencia común por grupos diagnósticos. Arch Prev Riesgos Labor 2010;13:180-187.
7. Schmitz N, Wang J, Malla A, Lesage A. Joint effect of depression and chronic conditions on disability: results from a population-based study. Psychosom Med 2007;69:332-338.
8. Scott KM, Von Korff M, Alonso J, Angermeyer MC, Bromet E, Fayyad J, et al. Mental-physical co-morbidity and its relationship with disability: results from the World Mental Health Surveys. Psychol Med 2009;39:33-43.
9. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Tiempos estándar de Incapacidad Temporal. [citado 19 noviembre de 2010]. Disponible en:

10. 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.
11. 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.
12. Rice DP, Miller LS. Health economics and cost implications of anxiety and other mental disorders in the United States. *Br J Psychiatry Suppl* 1998;34:4-9.
13. 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.
14. Álvarez Theurer E, Llergo Muñoz A, Vaquero Abellán M. Análisis de la duración de los períodos de incapacidad temporal por procesos en Andalucía. Factores asociados *Aten Primaria* 2009;41:387-93.
15. García-Díaz AM, Pérttega-Díaz S, Pita-Fernández S, Santos-García C, Vázquez-Vázquez J. Incapacidad temporal: características en un centro de salud durante el período 2000-2002. *Aten Primaria* 2006;37:22-29.
16. González-Barcala FJ, Cadarso-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;37:431-436.
17. López Cuenca S, Albaladejo Vicente R, Villanueva Orbáiz R, Domínguez Rojas V. Análisis de la incapacidad temporal en trabajadores de la rama sanitaria de un área de salud. *Aten Primaria* 2006;38:550-4.
18. Benavides FG, Plana M, Serra C, Domínguez R, Despuig M, Aguirre S, et al. Incapacidad temporal por contingencia común: papel de la edad, el sexo, la actividad económica y la comunidad autónoma. *Rev Esp Salud Pública* 2007;81:183-190.

19. Catalina Romero C, Sainz Gutiérrez JC, Quevedo Aguado L, Calvo Bonacho E. Reducción de la incapacidad temporal asociada a un diagnóstico de lumbalgia inespecífica en la gestión realizada por una mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. *Gac Sanit* 2010. [En prensa]
20. Benavides FG, Torá I, Martínez JM, Jardí J, Manzanera R, Alberti C, Delclós J. Evaluación de la gestión de los casos de incapacidad temporal por contingencia común de más de 15 días en Cataluña. *Gac Sanit* 2010;24:215–219.
21. 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.
22. World Health Organization. mhGAP intervention guide for mental, neurobiological and substance use disorders in non-specialized health settings. Geneva: World Health Organization; 2010.
23. 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.
24. Oestergaard S, Møldrup C. Optimal duration of combined psychotherapy and pharmacotherapy for patients with moderate and severe depression: A meta-analysis. *J Affect Disord*. 2010. [En prensa].
25. Brown JS, Boardman J, Whittinger N, Ashworth M. Can a self-referral system help improve access to psychological treatments? *Br J Gen Pract* 2010;60:365-71.
26. Rachman S, Wilson GT. Expansion in the provision of psychological treatment in the United Kingdom. *Behav Res Ther* 2008;46:293-5.
27. London School of Economics and Political Science; The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group. The depression report: a new deal for depression and anxiety disorders. [monografía en Internet]. London: LSE Research Online; 2006. [citado 28 de junio 2010] Disponible en: http://cep.lse.ac.uk/textonly/research/mentalhealth/DEPRESSION_REPORT_LAYAR D.pdf

28. Windows MR, Smith GP (adaptación española: González Ordi H, Santamaría Fernández P). SIMS, Inventario estructurado de simulación de síntomas. Madrid: TEA ediciones; 2009.