

Salud mental e incapacidad temporal en población laboral de Catalunya

Paula Rivas^a, Josep Maria Molina^b, Laura Alarcón^c, Mireia Campos^d, Ana Hernández^e, Mercè Massalleras^e, Brigida Panadera^e, Sílvia Sánchez^e

Recibido: 13 de agosto de 2007

Aceptado: 4 de marzo de 2008

RESUMEN

Los trastornos mentales son las principales causas de episodios de incapacidad laboral temporal y permanente. Con el objetivo de valorar la capacidad predictiva del cuestionario GHQ-12 respecto de futuros episodios de incapacidad temporal en población trabajadora, se diseñó un estudio longitudinal en población laboral de Cataluña. Los trabajadores con puntuaciones elevadas de GHQ sufrieron mayor número de episodios de incapacidad temporal (OR=1,29, IC95% 0,69-2,42) y de mayor duración que aquéllos con valores normales del mismo, sin evidenciarse diferencias estadísticamente significativas ($p=0,41$). Se identificaron diferencias en función del nivel de estudios. Creemos que el GHQ-12 puede ser un instrumento útil para la detección y abordaje precoz de alteraciones de salud mental en el ámbito laboral.

PALABRAS CLAVE: Salud mental, absentismo, salud laboral.

MENTAL HEALTH AND SICKNESS ABSENCE IN THE WORKING POPULATION OF CATALUNYA, SPAIN

ABSTRACT

Mental health disorders are one of the main causes of sick-leave episodes and chronic disability. In order to evaluate the predictive ability of the GHQ-12 questionnaire with respect to sick-leave episodes, we conducted a longitudinal study in the working population of Catalunya, Spain. Workers with high scores on the GHQ-12 experienced a higher number of sick-leave episodes (OR=1.29; 95%CI 0.69–2.42) and longer duration of work absence as compared to workers with normal scores, although this did not achieve statistical significance ($p=0.41$). There were also differences in sick-leave frequency by education level. The GHQ can be a useful tool for the detection of mental health disorders in occupational settings.

KEY WORDS: Mental health, absenteeism, occupational health

INTRODUCCIÓN

La OMS describe la salud mental como un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus capacidades, puede enfrentarse a las exigencias normales de la vida y trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de contribuir a su comunidad. La propia OMS ha estimado que más de un 25% de la población sufrirá algún trastor-

no de salud mental en algún momento a lo largo de su vida, y que los problemas de salud mental constituirán la segunda causa más importante de enfermedad e incapacidad en el mundo el año 2020¹.

Se estima que más del 27 % de los europeos adultos sufren al menos una forma de alteración psíquica en algún año de su vida. En la UE, las formas más comunes son los trastornos de ansiedad y la depresión. Estos procesos que oca-

a Genars S.L.

b Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM S.A.)

c Gestión Preventiva SL

d Centres Medics Agrupació Mútua

e Previlabor S.A.

Correspondencia:

Dr. Josep M^a Molina

Sistema d'Emergències Mèdiques S.A.

C/ Pablo Iglesias, 101-115

08908- L'Hospitalet de Llobregat

josepmaria.molina@sem.gencat.cat

sionan unos costes que se estiman en el 3-4 % del PIB, sobre todo debido a las pérdidas de productividad². Se espera que en 2020 la depresión sea la primera causa de enfermedad en el mundo desarrollado.

Se han utilizado diversos instrumentos para facilitar la detección de trastornos mentales de carácter leve o incipiente, aduciendo las dificultades de los médicos generales para identificarlas³. La detección precoz de trastornos mentales en el medio laboral, mediante el desarrollo de programas formativos y de promoción de la salud debería permitir mejorar el estado de salud de la población trabajadora y los costes asociados, adoptando las oportunas medidas preventivas.

Respecto al concepto de absentismo laboral, cuando está motivado por el estado de salud hablamos de incapacidad temporal (IT). En los últimos años, el interés por el absentismo y específicamente la IT, ha aumentado en los investigadores y gestores de la salud tanto por su importancia como medida del estado de bienestar como por el impacto económico que conllevan y que recae sobre las empresas, los propios trabajadores y los servicios sanitarios⁴.

El objetivo principal del presente estudio es valorar la capacidad predictiva del cuestionario GHQ-12 respecto de futuros episodios de incapacidad temporal en población trabajadora.

MÉTODOS

Se diseñó un estudio observacional prospectivo en el que inicialmente se caracterizó a los trabajadores en función de su puntuación en el test GHQ para posteriormente determinar la aparición de episodios de IT a lo largo de un año de seguimiento.

La muestra del estudio se obtuvo a partir de los trabajadores de empresas clientes de un servicio de prevención ajeno de implantación estatal en el ámbito territorial de Catalunya. Durante los meses de abril y mayo de 2006 se efectuó la recogida de datos mediante un ejemplar autoadministrado del cuestionario General Health Questionnaire-12 (GHQ-12) junto con un cuestionario "ad-hoc" para la recogida de datos sociodemográficos y laborales utilizados en los trabajadores que consintieron en la realización voluntaria de exámenes de salud.

Al año del contacto inicial, mediante entrevista telefónica semi-estructurada efectuada por personal de enfermería entrenado a tal efecto, se entrevistó a los trabajadores que accedieron a colaborar con objeto de conocer la aparición de episodios de IT. Se evitó la utilización de términos relacionados con absentismo, stress, incapacidad o "baja laboral" para evitar fuentes potenciales de sesgo.

Como indicador del estado de salud mental se utilizó el GHQ-12, considerando sujeto a riesgo aquel con puntuación igual o superior a 3. Este cuestionario fue desarrollado en Gran Bretaña como una versión corta del GHQ para detectar desordenes en la esfera mental⁵. El cuestionario específico incluyó datos relativos a características sociodemográficas y laborales. Los primeros hicieron referencia a edad y sexo, disponer o no de pareja habitual y la convivencia con esta en el mismo domicilio, el número de hijos, tener familiares a cargo y el nivel de formación. Todas las variables se

dicotomizaron excepto el número de hijos (ninguno, 1 a 3 y más de 3) y el nivel de estudios (sin estudios, primarios, secundarios y superiores). Respecto a las variables laborales se incluyeron datos relativos al tamaño de la empresa (hasta 6 trabajadores, entre 7 y 50 trabajadores y más de 50) y el sector de actividad de la misma, la ocupación del individuo y su categoría profesional y el tipo de contrato. Las variables ocupación laboral y actividad empresarial se diferenciaron ambas en cuatro categorías (administración, servicios, industria y construcción) para facilitar su clasificación e interpretación. Dos investigadores asignaban dichas categorías al mismo tiempo y de forma independiente, a partir de la declaración del entrevistado. Si existía divergencia de opinión, la duda se resolvía mediante un tercer investigador. La categoría profesional se clasificó en tres grupos que recogían la categoría de empleado u operario (en función del sector de actividad), supervisión y mandos intermedios con el mismo criterio y tareas de carácter directivo. Finalmente, se recogieron datos médicos elementales incluidos en el examen de salud y las historias clínicas de los trabajadores, en los que se incluyeron los antecedentes de patologías crónicas activas, el consumo habitual de fármacos y el hábito tabáquico. Para minimizar el sesgo de información, en la entrevista semi-estructurada los entrevistadores desconocían los datos sanitarios y la respuesta al cuestionario inicial.

El análisis estadístico se efectuó utilizando el paquete estadístico SPSS 12.0. El análisis univariante se efectuó mediante técnicas habituales de estadística descriptiva. El análisis bivariante se llevó a cabo utilizando los tests de χ^2 (ji-cuadrado) y t-de Student para variables discretas y continuas respectivamente. El análisis multivariante para estimar el riesgo relativo se efectuó aplicando técnica de regresión logística. El nivel de significación estadística aceptado fue $\alpha = 0.05$

RESULTADOS

Se incluyeron inicialmente en el estudio 389 trabajadores que efectuaron el reconocimiento médico y cumplieron satisfactoriamente ambos cuestionarios. De estos 214 (55%) fueron hombres y 175 (45%) mujeres, con una edad media de 34,3 años (desviación típica DT 9,6). 87 trabajadores (22%) presentaron elevado riesgo de sufrir alteraciones de salud mental (GHQ ≥ 3).

Un total de 337 individuos respondieron satisfactoriamente a la entrevista telefónica de la segunda fase de la investigación, lo que significa una tasa de respuesta para esta fase del 86,6%. De éstos, 182 (54%) fueron hombres y 155 (46%) mujeres. Su edad media fue de 34,4 años (DT 9,63).

Un total de 84 individuos (21,6%) padecieron 89 episodios de IT, lo que supone una incidencia de 0,26 episodios de IT por trabajador y año, con un promedio de 20,7 días de IT por episodio. El número de individuos con GHQ normal que presentaron episodios de IT fue de 61 (23,4%) respecto a 23 (30,3%) de los que habían obtenido GHQ de riesgo que no resultó estadísticamente significativa ($p=0,22$). La duración media de los episodios de los individuos con GHQ de riesgo fue de 22,7, y de 20,3 en aquéllos con GHQ normal ($p=0,76$). En la Tabla 1 se muestran las

Tabla 1. Características de los trabajadores incluidos en el estudio (n=337) en función de la presencia o no de incapacidad temporal (IT) durante el periodo de seguimiento (1 año).

	No IT		IT		p		No IT		IT		p
	n	%	n	%			n	%	n	%	
Puntuación del GHQ					0,32	Ocupación					0,01
≤ 2	200	73,5	61	78,7		Administración	98	39,2	27	32,5	
≥ 3	54	26,5	22	21,3		Servicios	83	33,2	18	21,7	
Sexo					0,47	Industria	44	17,6	28	33,7	
Hombre	140	50,6	42	55,1		Construcción	25	10,0	10	12,0	
Mujer	114	49,4	41	44,9		Categoría profesional					0,24
Edad (media (DT))	33,1 (10,8)		34,8 (9,4)		0,16	Empleado / operario	196	77,8	66	80,5	
Pareja habitual					0,13	Supervisión / intermedio	37	14,7	14	17,1	
Si	216	86,4	66	79,5		Dirección	19	7,5	2	2,4	
No	34	13,6	17	20,5		Actividad					0,01
Convivencia con pareja					0,36	Administración	29	11,6	9	10,8	
Si	181	79,4	59	84,3		Servicios	121	48,4	29	34,9	
No	47	20,6	11	15,7		Industria	54	21,6	33	39,8	
Hijos					0,39	Construcción	46	18,4	12	14,5	
0	119	48,0	45	56,3		Tamaño empresa					0,23
1-3	123	49,6	34	42,5		1-6	35	14,1	12	14,5	
> 3	6	2,4	1	1,3		7-50	145	58,5	56	67,5	
Familiares a su cargo					0,38	>50	68	27,4	15	18,1	
Si	12	4,8	6	7,3		Contrato					0,31
No	238	95,2	76	92,7		Fijo	70	28,7	18	22,2	
Estudios					0,02	Discontinuo/ Parcial	125	51,2	41	50,6	
Sin estudios / Primarios	67	26,7	34	41,0		Temporal / Otros	49	20,1	22	27,2	
Secundarios	103	41,0	32	38,6		Fumador					0,21
Superiores	81	32,3	17	20,5		Si	68	27,3	28	34,6	
						No	181	72,7	53	65,4	

características de los trabajadores en función de haber padecido o no un episodio de IT. Se observan diferencias significativas en función del nivel de estudios, la ocupación de los trabajadores y la actividad empresarial.

El riesgo (odds ratio, OR) de sufrir un episodio de IT en los trabajadores con puntuaciones elevadas en el GHQ, ajustado por edad y sexo, fue de 1,32 (IC95% 0,71-1,96, p=0,34). Ajustando por ocupación, categoría y actividad de la empresa, la OR resultante fue de 1,29 (IC95% 0,68-2,41, p=0,42). En la tabla 2 se muestran los resultados del análisis multivariante, incluyendo en el modelo las variables: nivel de estudios, ocupación y actividad empresarial. Se evalúan la totalidad de los procesos de incapacidad y aquellos con una

duración superior a una semana. El nivel de estudios aparece como un factor de riesgo de los episodios de IT en ambos análisis. Así, la probabilidad de causar un episodio de incapacidad temporal es mayor conforme menor es el nivel de estudios de los individuos.

DISCUSIÓN

La probabilidad de sufrir un episodio de incapacidad temporal, ajustando por edad, sexo y condiciones laborales (actividad de la empresa, cargo y ocupación en la misma), es muy similar al obtenido en un estudio previo de similares

características, en empleados del sector público⁶. Los participantes con alteraciones en los resultados del GHQ-12 tenían una probabilidad 1,3-1,4 veces superior de sufrir ausencias por motivos de salud de más de una semana de duración, lo que sugería su utilidad como elemento de cribaje. Se ha utilizado GHQ en el diseño de un instrumento para predecir episodios de IT, habiendo mostrado algunos de sus ítems su utilidad para este fin, especialmente en las mujeres⁷. Otra experiencia de uso del GHQ en el medio laboral permitió su utilidad para medir enfermedades o procesos psiquiátricos asociados con alteraciones funcionales y con mayor riesgo de absentismo laboral⁸.

En este sentido, merece la pena destacar que en nuestro estudio se han incluido todos los casos de incapacidad temporal, y no sólo aquéllos con un diagnóstico relacionado con

la salud mental, a pesar de que está documentado el efecto aditivo de las enfermedades físicas y mentales como generadoras de absentismo⁹. En esta situación, posiblemente el GHQ tenga mayor probabilidad de discriminar estos diagnósticos y ser un buen indicador del riesgo de una situación de IT originada en patología mental. Para detectar exclusivamente este tipo de patología sería necesario aumentar el tamaño muestral, el periodo de seguimiento de la cohorte o ambos para conseguir un número significativo de casos.

Del mismo modo, es bien conocido que los trastornos mentales suelen generar periodos prolongados de incapacidad temporal^{6,10-12}. En nuestro estudio, la duración media de esos episodios en individuos con puntuaciones elevadas en el GHQ ha sido sensiblemente superior a aquellos con valores normales del mismo, pero sin alcanzar significación estadística.

Tabla 2. Riesgo (odds ratio, IC95%) de padecer un episodio de incapacidad temporal (a) o de padecer un episodio de incapacidad temporal superior a 7 días (b) en el período de un año. Análisis multivariante ajustado por todas las variables incluidas en la tabla.

	OR	(IC 95%)	p		OR	(IC 95%)	p
(a) Incapacidad temporal				(b) Incapacidad temporal > 7 días			
GHQ				GHQ			
GHQ ≤ 2	1			GHQ ≤ 2	1		
GHQ ≥ 3	1,29	(0,69 - 2,42)	0,41	GHQ ≥ 3	1,33	(0,57 - 3,11)	0,50
Sexo				Sexo			
Hombre	1			Hombre	1		
Mujer	1,56	(0,85 - 2,83)	0,14	Mujer	1,46	(0,65 - 3,28)	0,35
Edad	0,98	(0,95 - 1,01)	0,28	Edad	1,01	(0,97 - 1,05)	0,56
Nivel de estudios				Nivel de estudios			
Ninguno	1			Ninguno	1		
Primarios	0,37	(0,11 - 1,34)	0,13	Primarios	0,25	(0,06 - 1,07)	0,06
Secundarios	0,29	(0,07 - 1,10)	0,06	Secundarios	0,39	(0,09 - 1,73)	0,21
Superiores	0,24	(0,05 - 0,99)	0,04*	Superiores	0,57	(0,11 - 3,09)	0,51
Ocupación				Ocupación			
Administración	1			Administración	1		
Servicios	0,93	(0,44 - 1,99)	0,85	Servicios	0,64	(0,21 - 2,02)	0,45
Industria	1,74	(0,65 - 4,67)	0,27	Industria	1,27	(0,36 - 4,52)	0,71
Construcción	2,52	(0,64 - 9,92)	0,18	Construcción	4,03	(0,54 - 28,90)	0,17
Actividad empresa				Actividad empresa			
Administración	1			Administración	1		
Servicios	0,76	(0,29 - 1,98)	0,58	Servicios	1,29	(0,29 - 5,57)	0,73
Industria	1,00	(0,31 - 3,17)	1,00	Industria	3,58	(0,69 - 18,65)	0,13
Construcción	0,45	(0,12 - 1,71)	0,25	Construcción	0,55	(0,07 - 4,43)	0,58

Una de las posibles limitaciones del presente estudio sería un probable sesgo derivado del efecto del trabajador sano. Trabajadores en situación de incapacidad temporal no acuden a realizar los exámenes de salud y son sistemáticamente excluidos en la composición de los grupos. Este colectivo tendería a obtener mayores puntuaciones en el GHQ y presentaría igualmente mayor probabilidad de causar un periodo de IT. También debe tenerse en cuenta la posibilidad de infraestimar la presencia de trabajadores reticentes a efectuar exámenes de salud en el ámbito laboral cuando son conocedores de encontrarse afectados de cualquier alteración de su estado de salud, ante la percepción de ser penalizados laboralmente por los hallazgos que de éstos pudieran derivarse. En ambas situaciones el sesgo hubiera actuado en contra de la hipótesis formulada.

También deben considerarse los efectos potenciales de realizar el estudio con población ubicada exclusivamente en Catalunya y sin incluir trabajadores del sector público, lo que limita su extrapolación a población trabajadora general y a un ámbito territorial más amplio, en el que el comportamiento de la IT se ha mostrado heterogéneo¹³. Respecto al 13,4 % de abandonos que ha sufrido el estudio ha resultado imposible conocer la evolución de su estado de salud. Se analizaron los datos de las pérdidas sin evidenciar diferencias significativas en función de ninguna de las variables sociodemográficas o laborales consideradas, por lo que parece improbable que estas hayan introducido un sesgo de seguimiento. En cualquier caso, algunas posibilidades a considerar serían las propias situaciones de IT, lo que estaría infraestimando el efecto final, o finalizaciones de relación laboral, inicialmente sin un efecto valorable sobre los resultados obtenidos.

El nivel de estudios se ha asociado a un mayor riesgo de sufrir episodios de incapacidad temporal. Individuos con niveles formativos inferiores sufren un número de episodios significativamente mayor que aquéllos con formación superior, evidenciándose una relación directamente proporcional entre ambas variables. Pensamos que esta diferencia puede estar influenciada por el tipo de trabajo o las responsabilidades dentro de la organización que el trabajador asume en función de su profesión. Incluso, la gente con más formación puede no causar baja de manera voluntaria por los requisitos funcionales del puesto. Estos resultados son congruentes con estudios previos en los que un nivel inferior de estudios se asoció de manera significativa con frecuencias hasta tres veces mayores de incapacidad temporal¹⁴, mientras que el nivel educativo elevado se ha mostrado como factor protector de ausencias de larga duración^{10,12}.

Nuestro estudio no ha valorado los riesgos psicosociales, que la literatura relaciona tanto con la salud mental como con los episodios de incapacidad temporal^{6,8,10,11,15,16} y que creemos deben ser tenidos en cuenta en futuros estudios sobre la relación entre incapacidad temporal y salud mental.

AGRADECIMIENTOS

La totalidad del proyecto se ha financiado gracias a una Beca Prevent 2006 I+D en materia de prevención de riesgos

laborales. Agradecemos a la Fundació Prevent, a Mutual Cyclops y a la Societat Catalana de Seguretat i Medicina en el Treball la confianza depositada en el grupo de trabajo al dotar este proyecto de investigación, así como su rigor en el seguimiento de las acciones emprendidas y las múltiples aportaciones efectuadas en el transcurso de las mismas. Agradecemos también al Centro Médico Creu Blanca de Barcelona, a Centre Assistencial Alt Empordà de Figueres, a Giromedic de Girona y a Centre Mèdic Noumedic d'Hospitalet de Llobregat su colaboración e implicación en la fase operativa del proyecto. Por último, agradecemos igualmente al Comité de Investigación del Consorci Sanitari de Terrasa su amabilidad al valorar y aprobar el proyecto inicial del estudio, y las valiosas aportaciones realizadas al mismo. Mercè Bornay colaboró en la traducció al inglés del resumen.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: NMH Communications; 2001.
2. Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Bruselas, 14.10.2005 COM(2005) 484 final.
3. Nieuwenhuijsen K, de Boer AG, Verbeek JH, Blonk RW, van Dijk FJ. The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): detecting anxiety disorder in employees absent from work because of mental health problems. *Occup Environ Med.* 2003; 60 (Suppl): 177-182.
4. Gimeno D, Marko D, Martínez JM. Relación entre los factores de riesgo psicosociales laborales y la ausencia por razones de salud: motivos laborales y no laborales en España. *Arch Prev Riesgos Labor.* 2003; 6(3): 139-145.
5. Goldberg D. General Health Questionnaire (GHQ-12). Windsor, UK: NFER-Nelson; 1992.
6. Virtanen M, Vahtera J, Pentti J, Honkonen T, Elovaino M, Kivimaki M. Job strain and psychologic distress. Influence on sickness absence among finnish employees. *Am J Prev Med.* 2007; 33 (3): 182-87.
7. Duijts SE, Kant IJ, Landerweerd JA, Swaen GM. Prediction of sickness absence: development of a screening instrument. *Occup Environ Med.* 2006; 63(8): 564-9.
8. Stansfeld SA, Fuhrer R, Shipley MJ, Marmot MG. Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II study. *Occup Environ Med.* 1999; 56: 302-7.
9. Buist-Bouwman MA, de Graaf R, Vollebergh WA, Ormel J. Coorbidity of physical and mental disorders and the effect on work-loss days. *Acta Psychiatr Scand.* 2005; 111(6): 436-43.
10. Lund T, Labriola M, Villadsen E. Who is at risk for long-term sickness absence? A prospective cohort study of Danish employees. *Work.* 2007; 28(3): 225-30.
11. Head J, Kivimaki M, Martikainen P, Vathera J, Ferrie JE, Marmot MG. Influence of change in psychological work characteristics on sickness absence: the Whitehall II study. *J Epidemiol Community Health.* 2006; 60: 55-61.
12. 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(1): 67-74.
13. Benavides F. La incapacitat laboral per contingències comunes a

Catalunya. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Consell de Treball, Econòmic i Social de Catalunya; 2003

14. Piha K, Martikainen P, Rahkonen O, Roos E, Lahelma E. Trends in socioeconomic differences in sickness absence among Finnish municipal employees 1990-99. *Scand J Public Health*. 2007; 35(4): 348-55.
15. Sanderson K, Andrews G. Common mental disorders in the workfor-

ce: recent findings from descriptive and social epidemiology. *Can J Psychiatry*. 2006; 51(2): 63-75.

16. Nielsen ML, Rugulies R, Smith-Hansen L, Christensen KB, Kristensen TS. Psychosocial work environment and registered absence from work: Estimating the etiologic fraction. *Am J Ind Med*. 2006; 49(3):187-96.

III Congreso Internacional de Seguridad y Salud en el Trabajo

4 – 6 de junio de 2008, Bilbao (España)

Información:

Tel.: 945 018 927 Fax: 945 019 018

E-mail: ab-perez@ej-gv.es

<http://www.congresswork.org>

XX Conferencia Internacional en Epidemiología en Salud Ocupacional

9-11 de junio, 2008



Costa Rica

X Simposio Internacional sobre Métodos y Efectos Neuroconductuales en la Salud Ocupacional y Ambiental

11-13 de junio, 2008



Website: www.epicoh-neureoh2008.com

Email: info@epicoh-neureoh2008.com