

Salut mental i incapacitat temporal a una població 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

Rebut: 3 de agosto de 2007
Acceptat: 4 de marzo de 2008

RESUM

Els trastorns mentals són en l'actualitat una de les principals causes d'episodis d'incapacitat laboral. Amb l'objectiu de valorar la capacitat predictiva del test GHQ-12 envers futurs episodis d'incapacitat temporal (IT), es dissenyà un estudi longitudinal consistent en investigar els episodis d'IT soferts pels individus que prèviament havien complimentat GHQ. La mostra s'obtingué a partir de treballadors d'empreses-clients d'un servei de prevenció aliè a l'àmbit territorial de Catalunya. Els treballadors amb GHQ elevat van tenir major número d'episodis d'incapacitat temporal (OR=1,29, IC95% 0,69 - 2,42) que aquells amb valors normals del mateix, sense diferències estadísticament significatives (p=0,41). Es van identificar diferències en funció del nivell de formació acadèmica. El GHQ pot ser útil per a la detecció i abordatge d'alteracions de salut mental a l'àmbit laboral.

PARAULES CLAU: Salut mental, absentisme, salut 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

INTRODUCCIÓ

La OMS descriu la salut mental com un estat de benestar en el qual l'individu és conscient de les seves capacitats, pot enfrontar-se a les exigències normals de la vida i treballar de forma productiva i fructífera, i és capaç de contribuir a la seva comunitat. La pròpia OMS estima que més d'un 25% de la població patirà algun trastorn de salut mental en

algun moment al llarg de la seva vida, i que aquests constituïran la segona causa més important de malaltia i incapacitat en el món l'any 2020¹.

S'estima que més del 27 % dels europeus adults pateixen almenys una forma d'alteració psíquica en algun any de la seva vida. A la UE, les formes més comunes són els trastorns d'ansietat i depressió, processos que ocasionen a la UE uns costos que s'estimen en el 3 - 4 % del PIB, sobretot a

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.

Correspondència:

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

causa de les pèrdues de productivitat². S'espera que als volts del 2020 la depressió sigui la primera causa de malaltia en el món desenvolupat.

S'han utilitzat diversos instruments per a facilitar la detecció de trastorns mentals de caràcter lleu o incipient, aduint les dificultats dels metges generals per a identificar-les³. La detecció precoç de trastorns mentals en el medi laboral, mitjançant el desenvolupament de programes formatius i de promoció de la salut hauria de permetre millorar l'estat de salut de la població treballadora i els costos a aquest associat, adoptant mesures preventives.

Pel que fa al concepte d'absentisme laboral, quan està motivat per l'estat de salut parlem d'incapacitat temporal (IT). En els últims anys, l'interès per l'absentisme i específicament la IT, ha estat objecte d'una creixent atenció per part d'investigadors i gestors de la salut tant per la seva importància com mesura de l'estat de benestar com per l'impacte econòmic que comporten i que recau tant sobre les empreses com sobre els propis treballadors i els serveis sanitaris⁴.

L'objectiu principal del nostre estudi ha estat valorar la capacitat predictiva del test GHQ-12 respecte de futurs episodis d'incapacitat temporal en població treballadora.

MÈTODES

Es va dissenyar un estudi observacional prospectiu en el qual es van caracteritzar inicialment als treballadors en funció de la seva puntuació en complimentar el test GHQ per, posteriorment, determinar l'aparició d'episodis de IT en el transcurs d'un any de seguiment.

La mostra de l'estudi es va obtenir a partir dels treballadors d'empreses clients d'un servei de prevenció aliè d'implantació estatal, en l'àmbit territorial de Catalunya. Durant els mesos d'abril i maig de 2006 es va efectuar la recollida de dades mitjançant un exemplar autoadministrat del test General Health Questionnaire 12 (GHQ-12) juntament amb un qüestionari "ad-hoc" per a la recollida de dades sociodemogràfiques i laborals, als treballadors que van donar el seu consentiment en la realització voluntària d'exàmens de salut.

A l'any del contacte inicial, mitjançant entrevista telefònica semi-estructurada efectuada per personal d'infermeria entrenat a aquest efecte, es va entrevistar als treballadors que van accedir a col·laborar a fi de conèixer l'aparició d'episodis de IT. Es va obviar la utilització de termes relacionats amb absentisme, estrès, incapacitat, o "baixa laboral" per a evitar fonts de biaix potencial.

Com indicador de l'estat de salut mental es va utilitzar el test GHQ-12, considerant subjecte de risc aquell amb puntuació igual o superior a 3. Aquest qüestionari va ser desenvolupat a Gran Bretanya com una versió curta del GHQ per a detectar desordres en l'esfera mental⁵. El qüestionari dissenyat específicament va incloure dades relatives a característiques sociodemogràfiques i laborals. Les primeres van fer referència a edat i sexe, disposar o no de parella habitual i la convivència amb aquesta en el mateix domicili, el nombre de fills, tenir familiars a càrrec i el nivell de formació. Totes les variables es dicotomitzaren excepte el nombre de fills (cap, un a tres i superior a aquesta xifra) i el nivell de formació (sense formació, estudis primaris, secundaris i supe-

riors). Respecte a les variables laborals es van incloure dades relatives a la grandària de l'empresa (menys de sis treballadors, fins a cinquanta o superior) i el sector d'activitat de la mateixa, l'ocupació de l'individu i la seva categoria professional i el tipus de contracte. Les variables ocupació laboral i activitat empresarial es van diferenciar ambdues en quatre categories (administració, serveis, indústria i construcció) per a facilitar la seva classificació i interpretació. Dos investigadors assignaven aquestes categories al mateix temps i de forma independent, a partir de la declaració de l'entrevistat. Si existia divergència d'opinió, el dubte es resolva mitjançant un tercer investigador. La categoria professional es va classificar en tres grups: empleat o operari (en funció del sector d'activitat), supervisió i comandaments intermedis amb el mateix criteri i tasques de caràcter directiu. Finalment, es van recollir dades mèdiques elementals inclosos en l'examen de salut i les històries clíniques dels treballadors, en els quals es van incloure els antecedents de patologies cròniques actives, el consum habitual de fàrmacs i l'hàbit tabàquic. Per minimitzar el biaix d'informació, i l'entrevista semiestructurada els entrevistadors desconeixien les dades sanitàries i la resposta al qüestionari inicial.

L'anàlisi estadística es va efectuar utilitzant el paquet estadístic SPSS 12.0. L'anàlisi univariable es va efectuar mitjançant tècniques habituals d'estadística descriptiva. L'anàlisi bivariant es va portar a terme utilitzant els tests de χ^2 (ji-quadrat) i t de Student per a variables discretes i contínues, respectivament. L'anàlisi multivariat per estimar el risc relatiu es va efectuar aplicant tècnica de regressió logística. El nivell de significació estadística acceptat fou $\alpha = 0.05$

RESULTATS

Es van incloure inicialment en l'estudi 389 treballadors que van efectuar el reconeixement mèdic i van emplenar satisfactòriament ambdós qüestionaris. D'aquests 214 (55%) van ser homes i 175 (45%) dones, amb una edat mitja de 34,3 anys (desviació típica DT 9,6). 87 treballadors (22%) van presentar elevat risc de patir alteracions de salut mental (GHQ \geq 3).

337 individus van respondre satisfactòriament a l'entrevista telefònica de la segona fase de la investigació, la qual cosa significa una taxa de resposta per a aquesta fase del 86,6%. D'aquests, 182 (54%) van ser homes i 155 (46%) dones. La seva edat mitjana va ser de 34,4 anys (DT 9,6).

Un total de 84 individus (21,6%) van determinar 89 episodis de IT, la qual cosa suposa una incidència de 0,26 episodis de IT per treballador i any, amb una durada mitjana de 20,7 dies de IT per episodi. El nombre d'individus amb GHQ normal que van presentar episodis de IT va ser de 61 (23,4%) respecte a 23 (30,3%) amb valors de GHQ de risc, diferència que, no obstant això, no va resultar estadísticament significativa ($p=0,22$). La durada mitjana dels episodis dels individus amb GHQ de risc va ser de 22,7, respecte dels 20,3 d'aquells amb GHQ normal ($p=0,76$). La taula 1 mostra l'estadística descriptiva dels episodis de IT, en la qual destaquen diferències significatives en funció del nivell d'estudis, l'ocupació dels treballadors i l'activitat empresarial.

El risc (odds ratio, OR) de patir un episodi de IT en fun-

Taula 1. Característiques dels treballadors inclosos en el estudi (n=337) segons presència d'incapacitat temporal (IT) durant el temps de seguiment (1 any).

	No IT		IT		p		No IT		IT		p
	n	%	n	%			n	%	n	%	
Puntuació del GHQ					0,32	Ocupació					0,01
≤ 2	200	73,5	61	78,7		Administració	98	39,2	27	32,5	
≥ 3	54	26,5	22	21,3		Serveis	83	33,2	18	21,7	
Sexe					0,47	Indústria	44	17,6	28	33,7	
Home	140	50,6	42	55,1		Construcció	25	10,0	10	12,0	
Dona	114	49,4	41	44,9		Categoria					0,24
Edat (mitjana (DT))	33,1 (10,8)		34,8 (9,4)		0,16	Empleat / operari	196	77,8	66	80,5	
Parella habitual					0,13	Supervisió / intermedi	37	14,7	14	17,1	
Si	216	86,4	66	79,5		Direcció	19	7,5	2	2,4	
No	34	13,6	17	20,5		Activitat					0,01
Convivència amb parella					0,36	Administració	29	11,6	9	10,8	
Si	181	79,4	59	84,3		Serveis	121	48,4	29	34,9	
No	47	20,6	11	15,7		Indústria	54	21,6	33	39,8	
Fills					0,39	Construcció	46	18,4	12	14,5	
0	119	48,0	45	56,3		Tamany 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	
Dependència					0,38	>50	68	27,4	15	18,1	
Si	12	4,8	6	7,3		Contracte					0,31
No	238	95,2	76	92,7		Fix	70	28,7	18	22,2	
Estudis					0,02	Discontinuo/ Parcial	125	51,2	41	50,6	
No estudis / Primaris	67	26,7	34	41,0		Temporal / Altres	49	20,1	22	27,2	
Secundaris	103	41,0	32	38,6		Tabac					0,21
Superiors	81	32,3	17	20,5		Si	68	27,3	28	34,6	
						No	181	72,7	53	65,4	

ció d'un GHQ elevat, ajustat per edat i sexe va ser de 1,32 (IC95%: 0,71-1,96; p=0,34). Ajustant per variables laborals (ocupació, categoria i activitat de l'empresa), aquest valor passava a ser de 1,29 (IC95%: 0,68-2,41; p=0,42). En la taula 2 es mostren els resultats de l'anàlisi multivariant, en el model del qual es van incloure les variables nivell d'estudis, ocupació i activitat empresarial que es van mostrar inicialment significatives, avaluant la totalitat dels processos d'incapacitat i aquells amb una durada superior a una setmana. El nivell formatiu apareix com un factor de risc dels episodis de IT, ja sigui considerats en la seva totalitat o considerant aquells episodis de durada superior a una setmana, amb una relació inversa entre ambdues variables. Així, la proba-

bilitat de causar un episodi d'incapacitat temporal és major com menor és el nivell formatiu dels individus.

DISCUSSIÓ

La probabilitat de patir un episodi d'incapacitat temporal, ajustant per edat, sexe i condicions laborals (activitat de l'empresa, càrrec i ocupació en la mateixa), és molt similar a l'obtingut en un estudi previ de similars característiques, en empleats del sector públic⁶. Els participants amb alteracions en l'esfera mental (mesurada també mitjançant GHQ-12) tenien una probabilitat 1,3 - 1,4 vegades superior

de patir absències per motius de salut superiors a una setmana de durada, la qual cosa suggeriria la seva utilitat com a element de cribatge. També s'ha utilitzat GHQ en el disseny d'un instrument per a predir episodis de IT; alguns dels seus ítems han mostrat la seva utilitat, de forma molt especial aplicat en dones⁷, i altra experiència del seu ús en el mitjà laboral ha permès asseverar que aquest pot mesurar malalties o processos psiquiàtrics, associats amb alteracions funcionals i amb major risc d'absentisme laboral⁸.

En aquest sentit, val la pena destacar que en el nostre cas s'han inclòs tots els casos d'incapacitat temporal, i no solament aquells amb un diagnòstic de certesa en l'esfera de la salut mental, a pesar que està documentat l'efecte additiu de les malalties físiques i mentals com generadores d'absentisme⁹. En aquesta situació, possiblement GHQ tingui major probabilitat de discriminar aquests diagnòstics i ser un bon indicador del risc d'una situació de IT originada en pa-

tologia mental. Per a detectar exclusivament aquest tipus de patologia seria necessari augmentar el tamany de la mostra, el període de seguiment de la cohort o ambdós per a aconseguir un nombre significatiu de casos.

De la mateixa manera, està àmpliament documentat que els trastorns en l'esfera mental solen generar períodes més perllongats d'incapacitat temporal^{6,10-12}. En el nostre cas, la durada mitjana d'aquests episodis en individus amb GHQ elevat ha estat sensiblement superior a aquells amb valors normals del mateix, però sense obtenir significació estadística.

Una de les possibles limitacions de l'estudi seria un probable biaix derivat de l'afecte del treballador sà. Treballadors en situació d'incapacitat temporal no acudeixen a realitzar els exàmens de salut i són sistemàticament exclosos en la composició dels grups. En aquest cas, s'estaria infraestimant la seva presència, tant en el sentit d'obtenir majors puntuacions en respondre a GHQ com davant la possibilitat de cau-

Taula 2. Risc (odds ratio, IC95%) de causar un episodi d'incapacitat temporal (a) o un episodi d'incapacitat temporal superior a 7 dies (b) en el període d'un any. Estudi multivariari ajustant per totes les variables en la taula.

	OR	(IC 95%)	p		OR	(IC 95%)	p
(a) Incapacitat temporal				(b) Incapacitat temporal > 7 diess			
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
Sexe				Sexe			
Home	1			Home	1		
Dona	1,56	(0,85 - 2,83)	0,14	Dona	1,46	(0,65 - 3,28)	0,35
Edat	0,98	(0,95 - 1,01)	0,28	Edat	1,01	(0,97 - 1,05)	0,56
Nivell d'estudis				Nivell d'estudis			
Cap	1			Cap	1		
Primaris	0,37	(0,11 - 1,34)	0,13	Primaris	0,25	(0,06 - 1,07)	0,06
Secundaris	0,29	(0,07 - 1,10)	0,06	Secundaris	0,39	(0,09 - 1,73)	0,21
Superiors	0,24	(0,05 - 0,99)	0,04*	Superiors	0,57	(0,11 - 3,09)	0,51
Ocupació				Ocupació			
Administració	1			Administració	1		
Serveis	0,93	(0,44 - 1,99)	0,85	Serveis	0,64	(0,21 - 2,02)	0,45
Indústria	1,74	(0,65 - 4,67)	0,27	Indústria	1,27	(0,36 - 4,52)	0,71
Construcció	2,52	(0,64 - 9,92)	0,18	Construcció	4,03	(0,54 - 28,90)	0,17
Activitat empresa				Activitat empresa			
Administració	1			Administració	1		
Serveis	0,76	(0,29 - 1,98)	0,58	Serveis	1,29	(0,29 - 5,57)	0,73
Indústria	1,00	(0,31 - 3,17)	1,00	Indústria	3,58	(0,69 - 18,65)	0,13
Construcció	0,45	(0,12 - 1,71)	0,25	Construcció	0,55	(0,07 - 4,43)	0,58

sar un període de IT. També ha de tenir-se en compte la possibilitat de infraestimar la presència de treballadors reticents a efectuar exàmens de salut en l'àmbit laboral quan són coïnxedors de trobar-se afectes de qualsevol alteració del seu estat de salut, davant la percepció de ser penalitzats laboralment per les troballes que d'aquests poguessin derivar-se. En ambdues situacions el biaix hagués actuat en contra de la hipòtesi formulada.

Una limitació intrínseca a l'estudi aquesta en la població d'origen: està situada territorialment a Catalunya i a més no inclou treballadors del sector públic, la qual cosa limita la seva extrapolació a població treballadora en general i a un major àmbit territorial, en el qual el comportament de la IT s'ha mostrat heterogeni¹³. Respecte al 13,4 % d'abandonaments que ha sofert l'estudi, ha estat impossible conèixer l'evolució del seu estat de salut. Es van analitzar les dades de les pèrdues sense evidenciar diferències significatives en funció de cap de les variables socio-demogràfiques o laborals considerades, per la qual cosa sembla improbable que aquestes hagin introduït un biaix de seguiment. En qualsevol cas, algunes possibilitats a considerar serien les pròpies situacions de IT, cosa que estaria infraestimant l'efecte final, o finalitzacions de relació laboral, inicialment sense un efecte valorable sobre els resultats obtinguts.

El nivell de formació s'ha associat a un major risc de patir episodis d'incapacitat temporal. Individus amb nivells formatius inferiors pateixen un nombre d'episodis significativament major que aquells amb formació superior, evidenciant-se una relació directament proporcional entre ambdues variables. Pensem que aquesta diferència pot estar influenciada pel tipus de treball, responsabilitats dintre de l'organització que un assumeix en funció de la seva professió i fins i tot que la gent amb més formació pot no causar baixa de manera voluntària pels requisits funcionals del lloc. Aquests resultats són congruents amb estudis previs que el baix nivell educatiu es va associar de manera significativa a taxes fins a tres vegades superiors d'incapacitat temporal¹⁴, i un nivell educatiu elevat es va mostrar com un factor protector d'absències de llarga durada^{10,12}.

El nostre estudi no ha valorat els riscos psicosocials, que la literatura relaciona tant amb la salut mental com amb els episodis d'incapacitat temporal^{5,7,9,10,14,15} i que creiem han de ser tinguts en compte a l'abordar les situacions d'incapacitat temporal relacionades amb la salut mental.

AGRAÏMENTS

La totalitat del projecte s'ha finançat gràcies a una Beca Prevent 2006 I + D en matèria de prevenció de riscos laborals. Agraïm a Fundació Prevent, Mutual Cyclops i la Societat Catalana de Seguretat i Medicina en el Treball la confiança dipositada en el grup de treball al dotar aquest projecte d'investigació, així com el seu rigor en el seguiment de les accions empreses i les múltiples aportacions efectuades en el transcurs de les mateixes.

Agraïm a Centre Mèdic Creu Blanca de Barcelona, a Centre Assistencial Alt Empordà de Figueres, a Giromedic de Girona i a Centre Mèdic Noumedic de L'Hospitalet de Llobregat la seva col·laboració i implicació en la fase operativa del projecte.

Agraïm també al Comitè d'Investigació del Consorci Sanitari de Terrasa la seva amabilitat al valorar i aprovar el projecte inicial de l'estudi, i les valuoses aportacions realitzades al mateix. Mercè Bornay va ajudar en la traducció a l'anglès del resum.

BIBLIOGRAFIA

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 SF, 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 ant 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 workforce: 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.