



## ORIGINAL

# VARIABLES MODULADORAS DE LA DISCAPACIDAD ASOCIADA AL TRASTORNO DEPRESIVO

C. Catalina Romero\*, M. Cabrera Sierra, J.C. Sainz Gutiérrez,  
J.L. Barrenechea Albarrán, A. Madrid Conesa y E. Calvo Bonacho

Ibermutuamur (Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales n.º 274), Madrid, España

Recibido el 4 de marzo de 2010; aceptado el 4 de noviembre de 2010

Disponible en Internet el 21 de enero de 2011

### PALABRAS CLAVE

Depresión;  
Trastornos mentales;  
Incapacidad temporal;  
Ausencia por enfermedad;  
Absentismo

### KEYWORDS

Depression;  
Mental disorders;  
Sick leave;  
Absenteeism

### Resumen

**Objetivos:** Describir la duración de la incapacidad temporal asociada a los trastornos depresivos unipolares y determinar su asociación con variables demográficas laborales y clínicas.

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo. Selección secuencial sistemática de una muestra de 1.292 sujetos con diagnóstico de trastorno depresivo (CIE-9-MC) en situación de incapacidad temporal en una mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Se realizó un análisis descriptivo de la duración de la incapacidad temporal y análisis bivariados (contraste de la mediana) y multivariados (regresión logística) para encontrar asociaciones con variables demográficas, laborales y clínicas.

**Resultados:** La mediana de duración de la incapacidad temporal por trastorno depresivo fue de 120 días. Ser mujer ( $p < 0,01$ ), una mayor edad ( $p < 0,01$ ), menor nivel educativo ( $p < 0,01$ ), las modalidades de pago directo durante la baja (trabajadores autónomos y que quedaran en desempleo durante la misma) ( $p < 0,01$ ) y la derivación conjunta a un psiquiatra y un psicólogo ( $p < 0,01$ ) se asociaron con un riesgo mayor de cronicidad en el análisis multivariante.

**Conclusiones:** Los resultados confirman el papel de la depresión como importante generador de incapacidad laboral y señalan la necesidad de introducir mejoras en la evaluación y promoción de la capacidad funcional del enfermo, en el tratamiento del trastorno, así como en el itinerario asistencial del paciente depresivo.

© 2010 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### Modulating variables of work disability in depressive disorders

#### Abstract

**Objectives:** To describe the duration of sickness absence in unipolar depression and to determine the relationship of demographic, job-related and clinical variables with length of temporary work disability in depressive disorders.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carloscatalina@ibermutuamur.es (C. Catalina Romero).

**Methods:** Prospective observational study. A total of 1,292 subjects with depressive disorder diagnosis (ICD-9-CM) were selected claiming sick leave in an Occupational Diseases and Accident at Work Insurance Scheme (sampling on successive occasions). Descriptive analyses of sickness absence duration, and bivariate (median test) and multivariate analysis (logistic regression) were performed to find relationships between demographic, job-related and clinical variables.

**Results:** Mean duration of sickness absence episodes due to a depressive disorder was 120 days. After multivariate analyses, female sex ( $p < 0.01$ ), higher age ( $p < 0.01$ ), lower educational level ( $p < 0.01$ ), method of payment according to whether self-employed or unemployed workers ( $p < 0.01$ ) and being referred to both psychiatrist and psychologist ( $p < 0.01$ ) remained significantly associated with sick leave length.

**Conclusions:** These findings confirm a strong association of depression with long periods of work disability and high absenteeism, and also suggest the need for improvements in functional ability assessment and promotion, treatment and referral of depressed patients.

© 2010 SECA. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## 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 escala epidemiológica no sólo entre los trastornos mentales, sino como una de las causas más frecuentes de morbilidad. El trastorno depresivo mayor es el trastorno mental más frecuente entre la población general en España, con una prevalencia-año del 3,9% y una prevalencia-vida del 10,5%<sup>1</sup>. Esta cifra es superior cuando el ámbito de investigación es la consulta de atención primaria (14,3%)<sup>2</sup>. El riesgo de padecer depresión aumenta en mujeres y en personas con menor nivel educativo, y varios factores relacionados con la ocupación, como encontrarse de baja maternal o por enfermedad, la desocupación y la incapacidad también predicen su aparición<sup>1</sup>. 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<sup>3</sup>. Sólo un 61,4% de las personas con depresión mayor recibe algún tipo de psicofármaco y únicamente un 29,1% toma anti-depresivos (que constituirían el tratamiento de primera elección en la mayor parte de los casos), siendo las benzodiazepinas el fármaco que más comúnmente se consume<sup>4</sup>. Los trastornos como la depresión mayor se asocian con una mayor pérdida de calidad de vida que otras condiciones como la artritis reumatoide o el dolor de espalda<sup>5</sup>. Las formas "menores" de depresión tienen una prevalencia aun superior (hasta un 17% en los últimos 6 meses)<sup>6</sup> y también acarrear necesidades asistenciales y deterioro funcional<sup>7-9</sup>.

La relación entre depresión y trabajo constituye un aspecto crucial, ya que el trabajo puede condicionar la aparición del trastorno y este, a su vez, tiene un impacto muy negativo sobre la capacidad laboral del enfermo.

El trabajo puede suponer un factor de riesgo para desarrollar depresión<sup>10</sup>. Factores como el desequilibrio entre esfuerzo y recompensas y la combinación de demandas laborales y escaso control sobre el trabajo duplican el riesgo de sufrir depresión entre los trabajadores<sup>11</sup>.

Por otra parte, la depresión se relaciona con un pronóstico laboral negativo<sup>12</sup>. Existe una mayor vulnerabilidad al desempleo entre las personas deprimidas. Entre las variables que predicen mayores problemas con el desempleo se encuentran: los problemas de dolor concurrentes, ser mujer, un menor nivel educativo y una mayor edad<sup>12</sup>. Por otra parte, la depresión se asocia con mayor probabilidad de absentismo, periodos de absentismo más prolongados y mayores costes como consecuencia de todo ello<sup>13-17</sup>. La práctica totalidad de los estudios indican que la depresión también deteriora el rendimiento y la productividad en el trabajo (presentismo). La depresión afecta más al rendimiento mental, el manejo del tiempo y las demandas interpersonales que a las demandas físicas, aunque también se produce una disminución de la eficiencia en este tipo de tareas<sup>18</sup>. Aunque la ejecución mejora a medida que se produce una recuperación de los síntomas, los déficit persisten mucho tiempo después de que se haya producido una mejora 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<sup>12</sup>.

Según datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud, en el año 2004 la depresión unipolar representaba la principal causa de discapacidad mundial<sup>19</sup>. En el citado informe se estimaba que en el año 2030 esta enfermedad se convertirá en la principal causa de la carga asociada a la enfermedad (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, estos no se relacionan con el gasto asistencial, sino con costes indirectos. Se ha estimado que, en el año 2004, 21 millones de personas padecieron depresión en la Unión Europea, generando unos costes de 118 billones de euros, lo que representa un coste anual per cápita de 253 euros. Según los autores, los costes derivados de la depresión suponen un 1% de la economía europea<sup>20</sup>. En nuestro país, estos podrían ascender a 5.005 millones de euros anuales<sup>21</sup>.

Sin embargo, existen pocos estudios que hayan explorado la repercusión de la depresión en 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 encuentran entre las enfermedades que generan periodos de incapacidad temporal más prolongados<sup>22-24</sup>. Otros se han centrado en el papel de los trastornos mentales como generador de incapacidad en determinados colectivos<sup>25</sup> o han realizado una estimación de los costes de la enfermedad mental en una comunidad autónoma<sup>26</sup>. No obstante, 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 las variables que predicen una mayor cronicidad de esta.

## Métodos

Los participantes en el estudio fueron 1.292 trabajadores con diagnóstico de trastorno depresivo (CIE-9-MC) en situación de incapacidad temporal por contingencias comunes (enfermedades no profesionales y accidentes no laborales) pertenecientes a la población protegida de Ibermutuamur (Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales n.º 274). Ibermutuamur es una mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de ámbito nacional, que proporciona cobertura a aproximadamente un millón de trabajadores, procedentes de todos los sectores ocupacionales. La prevalencia anual de los procesos de incapacidad temporal por contingencias comunes entre esta población resulta cercana al 25%. Aproximadamente, un 5% de estas bajas se deben a un trastorno mental, entre los cuales los trastornos depresivos son los más frecuentes (más de 2.000 casos anuales).

La selección de los sujetos se realizó por admisión consecutiva al iniciarse el episodio de incapacidad temporal. A partir de ese momento, se valoró de forma periódica el estado clínico y funcional del trabajador hasta el momento en el que finalizó el proceso con la incorporación al trabajo o la obtención de una incapacidad permanente. El seguimiento se realizó mediante la valoración en consulta por parte de un médico especialista en valoración de la incapacidad laboral. En las sesiones de evaluación se registraron de manera sistemática las principales variables sociodemográficas y clínicas del caso (datos demográficos y laborales, diagnóstico, tratamiento recibido y evolución). Dicha valoración incluía el registro sistemático del juicio clínico del médico evaluador acerca de si el paciente se encontraba capacitado o incapacitado para desarrollar su ocupación habitual, de manera que se registró para cada uno de los participantes en el estudio la fecha en que, a juicio de un evaluador experto, se alcanzó el grado de recuperación funcional suficiente para reanudar su actividad laboral.

## Mediciones principales

Se obtuvieron los siguientes datos de la historia clínica del paciente:

**Tabla 1** Porcentaje de sujetos para las distintas variables sociodemográficas, laborales y clínicas

Variable	n	%
<b>Sexo</b>	1.190	
Hombre		42
Mujer		58
<b>Edad</b>	1.200	
Menos de 25 años		10,1
De 25 a 34 años		32,8
De 35 a 44 años		27,6
De 45 a 54 años		20,9
Más de 55 años		8,6
<b>Nacionalidad</b>	1.177	
Española		97,3
Extranjera		2,7
<b>Nivel de estudios</b>	1.165	
Sin estudios		3,1
Estudios primarios		42,8
Estudios secundarios		32,6
Titulación media		13,6
Titulación superior		7,9
<b>Estado civil</b>	1.180	
Casado o pareja de hecho		56,4
Resto		43,6
<b>Nivel ocupacional</b>	1.052	
Cuello blanco		30,8
Cuello azul		69,2
<b>Sector de actividad</b>	1.203	
Agricultura, ganadería y pesca		2,1
Construcción		11,1
Industria		13,3
Servicios		73,5
<b>Base reguladora</b>	1.214	
Hasta 20 euros		8,2
De 20 a 40 euros		63,5
De 40 a 60 euros		18,1
Más de 60 euros		10,2
<b>Tipo de contrato</b>	1.064	
Fijo		62
Eventual		38
<b>Modalidad de pago</b>	1.103	
Delegado		71,4
Directo por cuenta propia		16,9
Directo por cuenta ajena		11,8
<b>Bajas previas</b>	1.203	
Ninguna		39
Entre 1 y 5		53,1
Más de 5		7,9
<b>Derivación a especialistas</b>	1.203	
Ninguna, médico de atención primaria		28,9
Psiquiatra		49,6
Psicólogo		5
Otros		0,2
Psiquiatra + psicólogo		15,3
Otros + psiquiatra		0,7
Otros + psiquiatra + psicólogo		0,2

**Variable dependiente:** duración de la IT (días). Para todos los procesos se midió la duración óptima del episodio de incapacidad laboral según el criterio del médico evaluador del caso (duración Ibermutuamur) y la duración real, es decir, la duración hasta el momento en que se produjo el alta efectiva del paciente.

**Variables independientes:** sexo; edad; nacionalidad (española vs. extranjera); nivel de estudios (sin estudios, estudios primarios, estudios secundarios, titulación media y titulación superior); estado civil (soltero, casado o pareja de hecho, separado o divorciado, viudo); nivel ocupacional (trabajadores manuales o de "cuello azul" vs. trabajadores no manuales o de "cuello blanco"); salario (base reguladora); tipo de contratación (fija o eventual); modalidad de pago durante la incapacidad temporal (pago delegado, pago directo por cuenta propia, pago directo por cuenta ajena); número de bajas previas; derivación a especialistas (ninguna, tratamiento sólo por parte del médico de atención primaria, psiquiatra, psicólogo, otros especialistas).

Una vez finalizados todos los procesos de baja, se calcularon estadísticos descriptivos para la variable duración de la incapacidad temporal. El análisis descriptivo incluyó el cálculo de la mediana y los cuartiles, tanto de la duración real de los procesos de incapacidad temporal como de la duración óptima del proceso según el juicio del médico evaluador del caso (duración Ibermutuamur). Se realizaron análisis bivariados para las diferentes variables demográficas (sexo, edad, nacionalidad, nivel de estudios y estado civil), laborales (nivel ocupacional, base reguladora, tipo de contrato y modalidad de pago) y clínicas (antecedentes de episodios de baja previos y derivación a especialistas durante el episodio actual). Para los análisis bivariados se utilizó el contraste de la mediana, una prueba estadística no paramétrica que permite comparar las medianas de dos o más muestras independientes. Por último, para determinar los principales predictores de su cronificación, se dicotomizó la variable duración de la incapacidad temporal a partir de la mediana (duración baja vs. alta) y se realizó sobre ella un análisis de regresión logística por etapas. Todos los análisis fueron realizados con el paquete estadístico SAS versión 9.1 para Windows (SAS Institute Inc, Cary, Estados Unidos). El programa SAS (Statistical Analysis System) es una de las aplicaciones más utilizada para el tratamiento y análisis de datos, tanto en investigación como con fines aplicados. Para este trabajo se utilizaron los módulos SAS/STAT y SAS/GRAPH.

## Resultados

La **tabla 1** contiene las principales características descriptivas de los sujetos que formaron la muestra.

La mediana de duración de un episodio de incapacidad temporal por trastorno depresivo fue de 120 días (amplitud intercuartil, 166). La **figura 1** muestra las discrepancias entre el criterio acerca de la duración de la baja formulado por un médico especializado en la evaluación funcional del enfermo y la duración real del episodio. Como podemos observar, existe una clara divergencia entre ambas duraciones, que se acentúa en el caso de los procesos más prolongados. A medida que la situación de incapacidad se cronifica, existe una mayor discrepancia

acerca de su justificación clínica por parte del médico evaluador.

La **tabla 2** muestra los resultados del contraste de la mediana de duración de estos episodios de incapacidad, en función de las variables sociodemográficas, laborales y clínicas. Las variables sexo, edad, nivel de estudios, modalidad de pago durante el episodio de incapacidad temporal y el tipo de especialistas a los que se deriva al paciente se asociaron con la duración de las bajas en los análisis bivariados.

Para confirmar las asociaciones bivariadas se realizó un análisis de regresión logística por etapas (**tabla 3**). En este análisis multivariado ser mujer, el aumento de la edad, tener un menor nivel educativo y las modalidades de pago durante la baja correspondientes a los trabajadores autónomos y a los que quedan en desempleo durante esta (modalidades de pago directo) se relacionaron con un mayor riesgo de superar el promedio de duración. Determinadas pautas de derivación a especialistas (derivación a un psicólogo y un psiquiatra vs. ningún especialista) se asociaron con periodos de incapacidad más prolongados (**fig. 2**).

## Discusión

Nuestros resultados ponen de manifiesto nuevamente el carácter altamente discapacitante de los trastornos depresivos. Pese a la existencia de informes previos en otros países, resulta esencial la realización de estudios en nuestro medio, dada la multifactorialidad del fenómeno del absentismo y su permeabilidad a parámetros sociales, culturales, económicos y del sistema sanitario de cada país<sup>17,21</sup>.

Nuestros resultados también indican que la duración de los episodios de absentismo no es un mero reflejo de la situación clínica del paciente. Variables demográficas, pero también exclusivamente económicas, la están condicionando. Al igual que en otros estudios, obtenemos evidencia de una mayor duración de la incapacidad temporal en mujeres, a medida que avanza la edad y en las modalidades de pago directo<sup>22-24</sup>. Estos hallazgos señalan la necesidad de mejorar la evaluación que se realiza de la capacidad laboral del enfermo, ya que los episodios de incapacidad se prolongan de manera sistemática más allá del promedio, desviándose de los criterios estrictamente clínicos (duración óptima estimada por el médico de la entidad). Los datos también apuntan la necesidad de prestar atención a determinados colectivos que podrían resultar especialmente vulnerables en cuanto a una mayor dificultad para volver a integrarse en el mundo laboral (mujeres, trabajadores más mayores, con menos estudios, trabajadores autónomos y personas que quedan en situación de desempleo mientras se encuentran de baja).

Por último, observamos una tendencia a encontrar periodos de incapacidad más duraderos entre los pacientes derivados a especialistas. Dicha tendencia podría ser producto de una causalidad inversa, reflejo del actual itinerario en cuanto a la derivación de pacientes a atención especializada se refiere, más que informar de la eficacia de las intervenciones. Los trabajadores con una enfermedad menos incapacitante y con mejor evolución tendrían menos posibilidades de acceso a la atención especializada, localizándose su tratamiento en el nivel de la atención primaria. Por el contrario, los pacientes con mayor cronicidad o una

**Tabla 2** Contraste de la mediana de duración de las bajas con las variables sociodemográficas, laborales y clínicas como variables independientes

Variable	Mediana de la duración de la baja (días)	$\chi^2$	Grados de libertad	p
<b>Sexo</b>		68,589	1	0,0088*
Hombre	110			
Mujer	129			
<b>Edad</b>		379,434	4	< 0,0001*
Menos de 25 años	74			
De 25 a 34 años	112			
De 35 a 44 años	136			
De 45 a 54 años	132			
Más de 55 años	200			
<b>Nacionalidad</b>		0,525	1	0,4689
Española	122			
Extranjera	130,5			
<b>Nivel de estudios</b>		138,716	4	0,0077*
Sin estudios	215,5			
Estudios primarios	126			
Estudios secundarios	122			
Titulación media	106,5			
Titulación superior	106,5			
<b>Estado civil</b>		36,236	1	0,057
Casado o pareja de hecho	128			
Resto	112			
<b>Nivel ocupacional</b>		48,715	1	0,0875
Cuello blanco	113,5			
Cuello azul	126			
<b>Base reguladora</b>		16,761	3	0,6423
Hasta 20 euros	118			
De 20 a 40 euros	123			
De 40 a 60 euros	131			
Más de 60 euros	118,5			
<b>Tipo de contrato</b>		0,361	1	0,5481
Fijo	122			
Eventual	117			
<b>Modalidad de pago</b>		357,154	2	< 0,0001*
Delegado	107			
Directo por cuenta propia	148,5			
Directo por cuenta ajena	180,5			
<b>Bajas previas</b>		1,4071	2	0,4948
Ninguna	126			
Entre 1 y 5	122			
Más de 5	106			
<b>Derivación a especialistas</b>		42,11	6	< 0,0001*
Ninguna, médico de atención primaria	102			
Psiquiatra	124			
Psicólogo	118			
Otros	131,5			
Psiquiatra + psicólogo	171			
Otros + psiquiatra	282			
Otros + psiquiatra + psicólogo	238			

\* Diferencia estadísticamente significativa con un nivel de significación &lt; 0,01.

**Tabla 3** Modelo de regresión logística sobre la duración de la baja

Variable	Odds ratio	IC del 95%	p
<i>Sexo</i>			
Hombres vs. mujeres	0,69	0,53-0,89	0,005 <sup>a</sup>
<i>Edad</i>			
25-34 vs. < 25 años	2,71	1,63-4,49	0,0001 <sup>a</sup>
35-44 vs. < 25 años	3,17	1,9-5,3	< 0,0001 <sup>a</sup>
45-54 vs. < 25 años	3,49	2,04-5,98	< 0,0001 <sup>a</sup>
> 55 vs. < 25 años	4,61	2,45-8,7	< 0,0001 <sup>a</sup>
<i>Nivel de estudios</i>			
Primarios vs. sin estudios	0,49	0,22-1,09	0,08
Secundarios vs. sin estudios	0,47	0,21-1,06	0,07
Titulación media vs. sin estudios	0,36	0,15-0,84	0,02 <sup>b</sup>
Titulación superior vs. sin estudios	0,32	0,13-0,79	0,01 <sup>b</sup>
<i>Modalidad de pago</i>			
Pago delegado vs. pago directo por cuenta propia	0,63	0,45-0,89	0,009 <sup>a</sup>
Pago delegado por cuenta ajena vs. pago directo por cuenta propia	1,64	0,99-2,71	0,05
<i>Derivación a especialistas</i>			
Psiquiatra vs. no especialista	1,27	0,94-1,71	0,12
Psicólogo vs. no especialista	1,46	0,79-2,73	0,23
Otros vs. no especialista	0,94	0,05-18,95	0,97
Psiquiatra + psicólogo vs. no especialista	2,38	1,59-3,56	< 0,0001 <sup>a</sup>
Otros + psiquiatra vs. no especialista	3,46	0,69-17,46	0,13
Otros + psiquiatra + psicólogo vs. no especialista	1,6	0,1-26,56	0,74

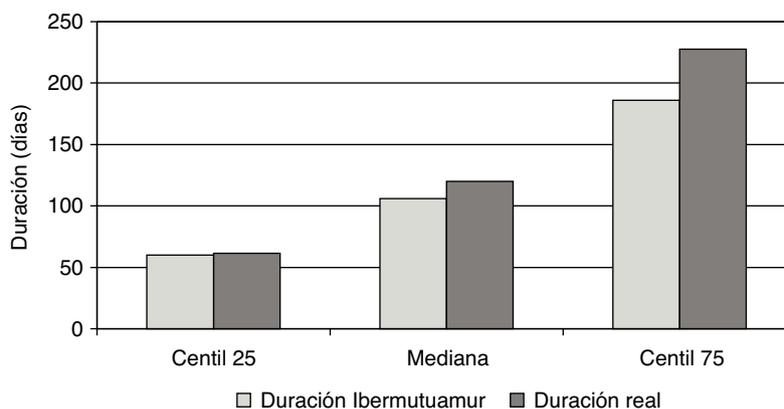
<sup>a</sup> Asociación estadísticamente significativa; nivel de significación < 0,01.

<sup>b</sup> Asociación estadísticamente significativa; nivel de significación < 0,05.

evolución tórpida serían aquellos que finalmente acuden a los dispositivos especializados en salud mental. Nuestro resultado se encuentra en consonancia con las dificultades de acceso a recursos asistenciales y tratamientos eficaces, descritas en el estudio ESEMeD-España<sup>3,4</sup>. Dicha problemática ha sido recientemente abordada por dos iniciativas europeas. 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<sup>27,28</sup>. 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.

Por otra parte, recientemente la Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Seguridad Alimentaria del Parlamento Europeo ha elaborado un informe sobre la salud mental en la Unión Europea<sup>29</sup>. En él se estima que el coste



**Figura 1** Diferencia entre la duración real de la baja y la duración estimada por un médico experto en valoración de la incapacidad, perteneciente a la plantilla de Ibermutuamur, en función de la evaluación periódica del estado funcional del paciente (duración Ibermutuamur).

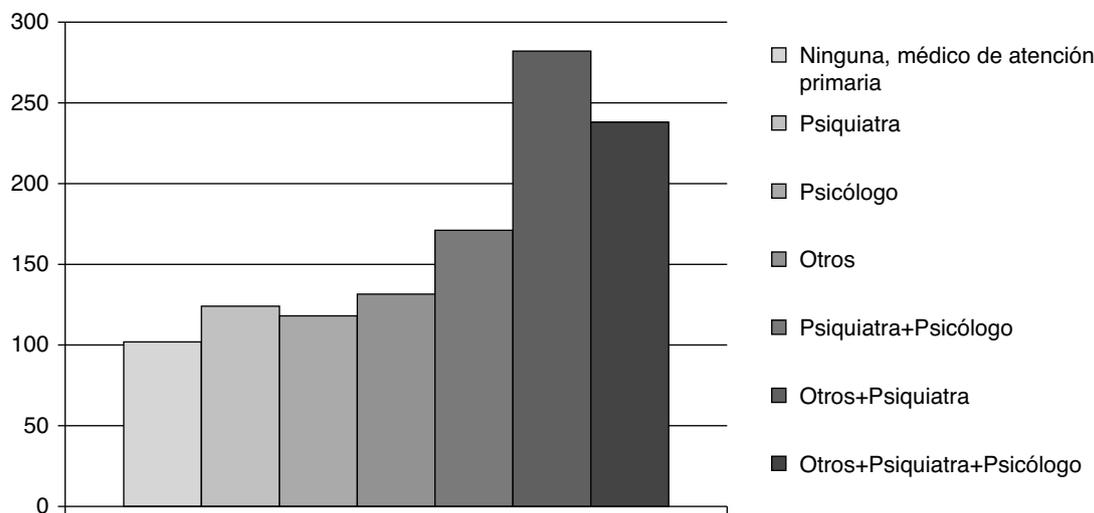


Figura 2 Diferencias en la duración de la baja en función de la variable derivación a especialistas.

económico de una mala salud mental para los Estados miembros se sitúa entre el 3 y el 4% de su PIB y que dicho coste ascendió a 436.000 millones de euros en el año 2006. Esta propuesta de resolución del Parlamento Europeo considera la depresión como una de las enfermedades mentales más frecuentes y graves, e incluye un paquete de líneas de actuación para la prevención del trastorno depresivo y el suicidio, como la puesta en marcha de cursos de formación específicos en materia de prevención y tratamiento para los médicos generalistas y el personal de los servicios psiquiátricos (médicos, psicólogos y enfermeros). Por último, la propuesta también contiene un apartado acerca de la salud mental en el lugar de trabajo e insta a los Estados miembros a promover el estudio de las condiciones de trabajo que facilitan la aparición de trastornos mentales, así como a promover los lugares de trabajo saludables, prestando atención a factores como el estrés laboral.

Nuestros datos cuentan con una serie de limitaciones que requerirán investigación futura. En primer lugar, los presentes hallazgos proceden de una muestra de pacientes deprimidos reclutados en una mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales mientras se encuentran de baja. Pese a tratarse de una entidad de ámbito nacional, que protege a trabajadores de ambos sexos, de todas las edades, ocupaciones y sectores de actividad, no podemos considerar la muestra representativa de todos los trabajadores con un trastorno depresivo, ya que nos centramos exclusivamente en aquellos en los que aparece un episodio de incapacidad laboral. La investigación futura deberá responder el interrogante acerca de si las mismas u otras variables se relacionan con la incidencia de episodios de baja en personas deprimidas. Por otra parte, nuestro estudio tiene un carácter correlacional, lo que permite establecer asociaciones entre variables, pero limita de manera evidente la inferencia de causalidad entre las mismas. Por último, al tratarse de un estudio observacional, con un enfoque ecológico que intenta interferir lo menos posible en el itinerario asistencial natural del paciente, el número de variables que han sido objeto de estudio ha sido limitado. Por ejemplo, una mayor definición de diferentes parámetros

del tratamiento recibido o la evaluación de la severidad del trastorno, mediante una escala de sintomatología depresiva, permitirían una mayor riqueza de resultados. Determinadas variables, como una peor calidad psicosocial del trabajo en las mujeres, podrían modular la relación entre el sexo y la cronicidad de la baja<sup>30</sup>.

Pese a estas limitaciones, pensamos que nuestros resultados ponen de manifiesto la magnitud del problema de la discapacidad asociada al trastorno depresivo, así como sus implicaciones desde el punto de vista terapéutico, de salud pública y de gestión sanitaria.

## Agradecimientos

Los autores quieren expresar su más sincero agradecimiento a todos los médicos de Ibermutuamur que han participado en el equipo investigador del proyecto.

## Bibliografía

- Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin (Barc)*. 2006;126:445–51.
- Aragonès E, Piñol JL, Labad A, Masdieu 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.
- 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(Supl 2):21–8.
- 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(Supl 2):29–36.
- Pinto-Meza A, Haro JM, Palacín C, Torres JV, Ochoa S, Vilagut G, et al. Impacto de los trastornos del ánimo, de 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(Supl 2):12–20.

6. Tylee A. Depression in Europe: experience from the DEPRES II survey. *Depression Research in European Society. Eur Neuropsychopharmacol.* 2000;10 Suppl 4:S445–8.
7. 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;115:229–36.
8. 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;79:71–9.
9. Judd LL, Paulus MP, Wells KB, Rapaport MH. Socioeconomic burden of subsyndromal depressive symptoms and major depression in a sample of the general population. *Am J Psychiatry.* 1996;153:1411–7.
10. Bonde JP. Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occup Environ Med.* 2008;65:438–45.
11. Siegrist J. Chronic psychosocial stress at work and risk of depression: evidence from prospective studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2008;258 Suppl 5:115–9.
12. Lerner D, Henke RM. What does research tell us about depression, job performance, and work productivity? *J Occup Environ Med.* 2008;50:401–10.
13. 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;35:335–40.
14. Sorvaniemi M, Helenius H, Salokangas RK. Sick-leave certificates granted to psychiatric outpatients with major depression. *Depress Anxiety.* 2003;17:220–3.
15. 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.
16. 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.
17. Koopmans PC, Roelen CA, Groothoff JW. Sickness absence due to depressive symptoms. *Int Arch Occup Environ Health.* 2008;81:711–9.
18. Adler DA, McLaughlin TJ, Rogers WH, Chang H, Lapitsky L, Lerner D. Job performance deficits due to depression. *Am J Psychiatry.* 2006;163:1569–76.
19. World Health Organization. *The global burden of disease: 2004 update.* Geneva: World Health Organization; 2008.
20. Sobocki P, Jönsson B, Angst J, Rehnberg C. Cost of depression in Europe. *J Ment Health Policy Econ.* 2006;9:87–98.
21. Valladares A, Dilla T, Sacristán JA. La depresión: una hipoteca social. Últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad. *Actas Esp Psiquiatr.* 2009;37:49–53.
22. Sans M, Batalla C, Villagrasa D, Ezpeleta A, Escorza S, Comín E. Incapacidad temporal por patología psiquiátrica en un centro de salud. *Aten Primaria.* 2000;25:100–6.
23. González-Barcala FJ, Cadarso-Suárez C, Valdés-Cuadrado L, Lado-Lema ME, Bugarín-González R, Vilarinho-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;37:431–6.
24. García-Díaz AM, Pértega-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;37:22–9.
25. 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.
26. López-Bastida J, Serrano-Aguilar P, Duque-González B. Costes socioeconómicos de las enfermedades mentales en las Islas Canarias en 2002. *Aten Primaria.* 2004;34:32–7.
27. Rachman S, Wilson GT. Expansion in the provision of psychological treatment in the United Kingdom. *Behav Res Ther.* 2008;46:293–5.
28. 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 Jun 2010]. Disponible en: [http://cep.lse.ac.uk/textonly/research/mentalhealth/DEPRESSION\\_REPORT\\_LAYARD.pdf](http://cep.lse.ac.uk/textonly/research/mentalhealth/DEPRESSION_REPORT_LAYARD.pdf).
29. Informe del Parlamento Europeo sobre la salud mental (2008/2209 [INI]). Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Seguridad Alimentaria. Parlamento Europeo. (28 de enero de 2009).
30. Catalina Romero C, Cortés Arcas MV, Gelpi Méndez JA, Corrales Romeo H. Las diferencias de género en el nivel de exposición a riesgos psicosociales entre trabajadoras y trabajadores de la Comunidad Autónoma de Madrid. Resultados preliminares del Plan de Investigación del Estrés Laboral de Ibermutuamur. *Edupsyché.* 2008;7:185–200.