

## INCAPACIDAD LABORAL Y SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN LABORAL

PAULA RIVAS SZUST [parivas@hotmail.com](mailto:parivas@hotmail.com)

JOSEP MARÍA MOLINA ARAGONÉS [26431jma@comb.es](mailto:26431jma@comb.es)

LOS TRASTORNOS MENTALES SON LAS PRINCIPALES CAUSAS DE EPISODIOS DE INCAPACIDAD LABORAL TEMPORAL Y PERMANENTE. LA DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS MENTALES EN EL MEDIO LABORAL, DEBERÍA PERMITIR MEJORAR EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA Y LOS COSTES ASOCIADOS. CON ESTAS PREMISAS, EL OBJETIVO PRINCIPAL DE NUESTRO ESTUDIO HA SIDO DETERMINAR EL VALOR PREDICTIVO DEL CUESTIONARIO GHQ-12 (GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE -12), APLICADO A UNA POBLACIÓN TRABAJADORA, RESPECTO DE FUTUROS EPISODIOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL.

### MÉTODOS

A partir de los trabajadores de empresas clientes de un servicio de prevención ajeno de implantación estatal en el ámbito territorial de Cataluña, se obtuvo la muestra objeto de estudio. Mediante un diseño de tipo observacional prospectivo 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 recogida de datos se efectuó mediante un ejemplar autoadministrado del cuestionario GHQ-12 que se completó con datos laborales y sociodemográficos. Los trabajadores que accedieron voluntaria-

mente a colaborar fueron entrevistados posteriormente con objeto de conocer la aparición de episodios de IT.

Como indicador del estado de salud mental se utilizó el GHQ-12, considerando sujeto de riesgo aquél con puntuación igual o superior a 3.

El cuestionario específico incluyó datos relativos a características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, número de hijos, familiares a cargo y nivel de estudios) y laborales (tamaño de la empresa, sector de actividad, ocupación y categoría profesional y modalidad contractual).



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  $\chi^2$  (xi-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 en la fase inicial del estudio 389 trabajadores que efectuaron el reconocimiento médico y cumplieron satisfactoriamente los cuestionarios propuestos. De éstos 214 (55,0 %) fueron hombres y 175 (45,0 %) mujeres, con una edad media de 34,3 +/- 9,6 años. 87 trabajadores (22,4 %) presentaron elevado riesgo de sufrir alteraciones de salud mental (GHQ  $\geq 3$ ).

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 86,63%. De éstos, 182 (54,0 %) fueron hombres y 155 (46,0 %) mujeres. Su edad media fue de 34,4 +/- 9,63 años. El análisis de las pérdidas no evidenció sesgos en función de las variables consideradas.

Un total de 84 individuos (21,6%) determinaron 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, diferencia que, no obstante, no resultó estadísticamente significativa ( $p = 0,22$ ). La duración media de los episodios de los individuos con GHQ de riesgo fue de 22,7, respecto a los 20,3 de aquéllos con GHQ normal, sin que dicha diferencia fuera estadísticamente significativa ( $p = 0,76$ ).

La probabilidad de sufrir un episodio de IT en función de un GHQ elevado, ajustan-

**TABLA 1 ANÁLISIS MULTIVARIANTE**

Estimación del riesgo de causar un episodio de incapacidad temporal, en función de las variables significativas.

Variable	DEMOGRÁFICAS			LABORALES			NIVEL ACADÉMICO		
	OR	IC (95%)	p	OR	IC (95%)	p	OR	IC (95%)	p
<b>a. Incapacidad temporal</b>									
GHQ	1,05	(0,93 - 1,17)	0,43	1,40	(0,77 - 2,55)	0,26	1,51	(0,83 - 2,71)	0,17
Sexo	1,15	(0,69 - 1,92)	0,58	1,43	(0,83 - 2,47)	0,19	1,48	(0,57 - 2,53)	0,14
Edad	0,98	(0,95 - 1,00)	0,20	0,98	(0,95 - 1,01)	0,25	0,98	(0,95 - 1,00)	0,16
<b>Nivel estudios</b>									
Ninguno	1			1			1		
Primario	0,33	(0,09 - 1,15)	0,08	0,38	(0,10 - 1,37)	0,38	0,31	(0,01 - 1,06)	0,06
Secundario	0,19	(0,05 - 0,67)	0,01*	0,29	(0,07 - 1,13)	0,29	0,22	(0,06 - 0,74)	0,01*
Superior	0,13	(0,03 - 0,49)	0,002*	0,25	(0,06 - 1,04)	0,25	0,15	(0,04 - 0,52)	0,003*
<b>Ocupación trabajador</b>									
Administración	1			1			1		
Servicios	0,88	(0,44 - 1,73)	0,71	0,91	(0,43 - 1,92)	0,81	0,77	(0,39 - 1,52)	0,46
Industria	2,79	(1,41 - 5,51)	0,003*	2,14	(0,84 - 5,42)	0,10	1,69	(0,80 - 3,58)	0,16
Construcción	2,16	(0,83 - 5,62)	0,11	3,44	(0,95 - 12,42)	0,05	1,04	(0,38 - 2,82)	0,93
<b>Actividad empresa</b>									
Administración	1			1			1		
Servicios	0,73	(0,31 - 1,73)	0,48	0,72	(0,28 - 1,80)	0,48	0,74	(0,31 - 1,78)	0,50
Industria	1,86	(0,77 - 4,48)	0,16	1,05	(0,34 - 3,21)	0,92	1,41	(0,55 - 3,59)	0,46
Construcción	0,86	(0,31 - 2,35)	0,77	0,43	(0,11 - 1,56)	0,20	0,65	(0,23 - 1,81)	0,41

OR: Odds Ratio, estimado mediante técnica de regresión logística

IC (95%): Intervalo de confianza 95%

Demográficas: Variables ajustadas por edad y sexo.

Laborales: Variables ajustadas por ocupación y actividad.

Nivel académico: Variables ajustadas por nivel de estudios.

\* Estadísticamente significativo

do por edad y sexo fue de 1,32 (IC95%: 0,71 - 1,96;  $p = 0,34$ ). Ajustando por variables laborales (ocupación, categoría y actividad de la empresa), este valor era de 1,29 (IC95%: 0,68 - 2,41;  $p = 0,42$ ). En la tabla adjunta se muestran los resultados del análisis multivariante, en cuyo modelo se incluyeron nivel de estudios, ocupación y actividad empresarial que mostraron significación estadística en el análisis univariante, evaluando la totalidad de los procesos de incapacidad.

## 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 público.

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 sugiere su utilidad como elemento de cribaje. GHQ ha sido utilizado en el diseño de instrumentos para predecir episodios de IT, y algunos de sus ítems habían mostrado su utilidad para este fin, especialmente cuando se aplicaba a población femenina.

Otra experiencia de uso del GHQ en el medio laboral permitió acreditar su bon-



## LA POLICÍA JUDICIAL DE GALICIA VIGILARÁ LAS EMPRESAS QUE NO CUMPLAN CON LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

La Consellería de Trabajo y la Fiscalía ratificaron el pasado mes de julio la ampliación del protocolo de coordinación firmado en mayo de 2006 para que la policía judicial se encargue de investigar los delitos contra la vida, salud e integridad de los trabajadores. Para ello recibirán formación facilitada por la Consellería de Trabajo para mejorar los conocimientos sobre este tema.

dad para valorar enfermedades o procesos psiquiátricos asociados con alteraciones funcionales y con mayor riesgo de absentismo laboral.

En nuestro estudio, la duración media de esos episodios en individuos con puntuaciones elevadas en el GHQ ha sido sensiblemente superior a aquéllos con valores normales del mismo, pero sin llegar a ser estadísticamente significativo.

Hay que tener en cuenta los efectos de un sesgo potencial al realizar el estudio con población ubicada exclusivamente en Cataluña y sin incluir a 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 heterogéneo.

### CONCLUSIÓN

El nivel formativo aparece como un factor de riesgo de los episodios de IT, con una relación inversa entre ambas variables. Así, la probabilidad de causar un episodio de incapacidad temporal es mayor cuanto menor es el nivel formativo de los individuos.

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 gente con mayor nivel formativo podrían no causar baja de manera voluntaria por los requisitos funcionales del puesto.

### BIBLIOGRAFÍA

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.

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.

Virtanen M, Vahtera J, Pentti J, Honkonen T, Elovaino M, Kivimaki M. Job strain and psychological distress. Influence on sickness absence among Finnish employees. Am J Prev Med. 2007; 33 (3): 182-87.

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.

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.

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.

Benavides F. et al. La incapacitat laboral per contingències comunes a Catalunya. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Consell de Treball, Econòmic i Social de Catalunya, 2003.

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. ■