Gac Sanit. 2013;**27(1)**:40–46

Original

Predictores de la duración de la incapacidad temporal por contingencias comunes en los trastornos de ansiedad

Carlos Catalina-Romero*, Paloma Martínez-Muñoz, Luis Quevedo-Aguado, Montserrat Ruiz-Moraga, Carlos Fernández-Labandera y Eva Calvo-Bonacho

Ibermutuamur (Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social n° 274), Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 18 de octubre de 2011
Aceptado el 26 de diciembre de 2011
On-line el 15 de marzo de 2012

Palabras clave:
Trastornos mentales
Trastornos de ansiedad
Incapacidad temporal

RESUMEN

Objetivos: Analizar la duración de la incapacidad temporal por contingencias comunes (ITCC) en los trastornos de ansiedad e identificar variables demográficas, laborales y clínicas que puedan contribuir a su predicción.
Métodos: Estudio de una cohorte prospectiva de 1161 trabajadores con un episodio de ITCC por trastorno de ansiedad, pertenecientes a la población protegida de una mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Se evaluaron la duración de la ITCC y las principales variables demográficas, laborales y clínicas potencialmente relacionadas con ésta. Se realizó un seguimiento de todos los procesos hasta el alta. Se establecieron predictores de la duración de la ITCC mediante regresión de Cox.
Resultados: La duración mediana de la ITCC en los trastornos de ansiedad fue de 83 días. Tras el análisis multivariado, tener más de 35 años, un menor nivel de estudios (primarios, secundarios o titulación media frente a titulación superior), la existencia de comorbilidad y las situaciones de desempleo que sobrevienen durante la baja, se asociaron de forma significativa con incrementos en la duración de la ITCC ($p < 0{,}05$). Por el contrario, encontrarse separado o divorciado se relacionó con una reincorporación laboral más precoz ($p < 0{,}05$).
Conclusiones: Los trastornos de ansiedad se asocian con periodos de ITCC largos respecto a otras enfermedades y a los tiempos estándar de duración. Variables demográficas, laborales y clínicas presentes en la evaluación inicial del proceso permiten identificar grupos con mayor riesgo de que la ITCC se prolongue, y que requerirán estrategias orientadas a facilitar la reincorporación laboral.
© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Predictors of the duration of non-work-related sick leave due to anxiety disorders

Keywords:
Mental disorders
Anxiety disorders
Sick leave

ABSTRACT

Objectives: To analyze the duration of non-work-related sick leave due to anxiety disorders and to identify demographic, occupational and clinical variables that may contribute to its prediction.
Methods: We performed a prospective cohort study of 1,161 workers with an episode of non-work-related sick leave due to an anxiety disorder, belonging to the insured population of a mutual insurance company. We assessed the duration of non-work-related sick leave episodes and the main potentially related demographic, occupational and clinical variables. All non-work-related sick leave processes were followed-up until discharge. Cox regression analyses were conducted to establish the predictors of non-work-related sick leave duration.
Results: The median duration of non-work-related sick leave due to anxiety disorders was 83 days. In a multivariate analysis, the following factors were identified as being significantly associated with increases in the duration of sick leave ($p < 0.05$): age of over 35 years, lower educational level (primary school studies, secondary school studies or high-school diploma vs. university degree), and the existence of comorbidity and unemployment occurring during the sick leave. In contrast, being separated or divorced was associated with an earlier return to work ($p < 0.05$).
Conclusions: Anxiety disorders are associated with long periods of non-work-related sick leave compared with other disorders and standard time duration. Demographic, occupational and clinical variables collected at the initial assessment of the sick leave episode would help to identify groups with an increased risk of prolonged sick leave, requiring strategies to facilitate return to work.
© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La incapacidad temporal por contingencia común (ITCC) es una situación reconocida por nuestro sistema de protección social, cuando un trabajador afiliado a la Seguridad Social tiene un

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: carloscatalina@ibermutuamur.es (C. Catalina-Romero).

0213-9111/$ – see front matter © 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
doi:10.1016/j.gaceta.2011.12.008

problema de salud de origen no laboral que le impide de manera transitoria realizar su trabajo[1]. Durante este periodo, el trabajador recibe una prestación económica, cuya duración máxima es de 12 meses, prorrogables excepcionalmente otros 6 meses más si se prevé curación[1]. La ITCC debe ser certificada por un médico del Sistema Nacional de Salud, al ser considerada un recurso terapéutico, mientras que su gestión recae en el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), como entidad gestora de la Seguridad Social, o en las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, como entidades colaboradoras que gestionan los casos de ITCC a partir del decimosexto día de baja en aquellas empresas que así lo deciden[2]. Las mutuas aportan una valoración médica continua de la incapacidad laboral del trabajador, poniendo sus recursos diagnósticos y terapéuticos propios al servicio de la eliminación de tiempos de espera innecesarios y del control del fraude. Todo ello se realiza de forma coordinada con el resto de los agentes implicados. Dada la tendencia ascendente del gasto en esta partida, que en 2009 ascendió a 6.257 millones de euros[3], mejorar la gestión de esta prestación de la Seguridad Social es cada vez más importante.

La ITCC es un fenómeno extraordinariamente complejo, en cuya duración intervienen multitud de factores[2,4–7]. Recientemente se ha señalado la necesidad de incorporar el diagnóstico a su análisis, al haber grandes diferencias de duración en función del tipo de enfermedad[7].

Los trastornos mentales aúnan una alta frecuencia y una larga duración, lo que los sitúa entre las principales fuentes de costes desde el punto de vista de la prestación[7]. En ellos, los factores pronósticos de la reincorporación al trabajo podrían ser distintos que en otras afecciones[8], y conocerlos podría ser de extraordinaria utilidad para optimizar la asistencia sanitaria y la gestión clínica[9].

Pese a que el diagnóstico se asocia en gran medida con el momento en que se producirá la reincorporación laboral, los estudios sobre la incapacidad temporal en los trastornos mentales no han considerado suficientemente lo distintas que son estas afecciones entre sí[9–11], y cuando han analizado con mayor detalle diagnósticos específicos se han ocupado sobre todo de los trastornos depresivos[12].

La investigación epidemiológica ha puesto de manifiesto que los trastornos mentales más frecuentes, como grupo, son los de ansiedad[13,14]. Estos pacientes muestran una gran utilización de recursos sanitarios, con el médico de atención primaria como el profesional consultado con más frecuencia[15]. Su prevalencia, en este nivel asistencial, podría ser muy superior a la de la población general y oscilar entre el 15% y el 25%[16,17].

La evidencia acerca de la incapacidad laboral asociada a los trastornos de ansiedad es escasa y apenas limitada a estudios realizados en otros contextos culturales[18–23]. Las personas con este tipo de patología tendrían un riesgo superior de absentismo y de mostrar deterioro del rendimiento laboral, problemas que persistirían después de lograr la remisión de los síntomas. Este riesgo sería aún mayor en el trastorno de ansiedad generalizada, o cuando hay comorbilidad entre ansiedad y depresión[18]. A pesar de que el impacto negativo de los trastornos de ansiedad sería algo menor que en los trastornos del estado de ánimo[19], algunos autores han señalado que, asumiendo una perspectiva poblacional, realmente sería mayor considerando su alta incidencia y recurrencia[20–22]. Por último, otros estudios se han ocupado de los costes generados por trastornos específicos, como la fobia social[23].

En nuestro conocimiento, no se dispone de ningún estudio específico al respecto realizado en nuestro medio. El presente trabajo pretende describir la duración de la ITCC a causa de los trastornos de ansiedad y sus subtipos en población laboral española, identificando las variables sociodemográficas, laborales y clínicas que se relacionan con ella.

Material y métodos

El estudio formó parte de una investigación más amplia orientada a analizar la duración de la ITCC relacionada con las afecciones más frecuentes y los factores predictores de mayor duración[24].

Los sujetos fueron trabajadores pertenecientes a la población protegida de Ibermutuamur, una mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social de ámbito nacional, para este tipo de contingencias. Durante el periodo de estudio (enero de 2004 a marzo de 2007), dicha población la conformaron aproximadamente 632.000 trabajadores, entre los que se encontraban ampliamente representados ambos sexos, todas las edades pertinentes, los sectores de actividad y las ocupaciones presentes en la población trabajadora.

Diseño

Se trata de un estudio de cohorte prospectiva. Para la selección de los sujetos del total de trabajadores protegidos por Ibermutuamur que causaban baja por contingencias comunes (240.000 procesos de baja al año), se realizó un muestreo consecutivo. Cada uno de los 140 médicos de la mutua que participaron en el estudio (médicos responsables de la evaluación y la gestión de los casos de ITCC) incluyeron los primeros 20 casos que acudían cada mes a su consulta para iniciar el control del proceso de ITCC y que presentaban alguno de los diagnósticos objeto del estudio: aquellas 100 afecciones con una incidencia más alta, con más de 150 casos al año y una duración media mayor de 30 días. Los sujetos debían ser valorados en consulta y sólo se incorporaban al estudio cuando el diagnóstico del parte de baja coincidía con el diagnóstico del médico de la mutua. Se seleccionaron afecciones con una duración media de más de 30 días para asegurar la posibilidad de realizar un seguimiento presencial, que se prolongó hasta el final del episodio. Se incluyó un único episodio de ITCC por cada sujeto.

Toda la información se registró en un cuaderno de recogida de datos asociado a la historia clínica del trabajador.

Sujetos

Para el análisis actual, la muestra estuvo compuesta por 1161 sujetos con un diagnóstico clínico de trastorno de ansiedad. El diagnóstico se realizó utilizando la clasificación CIE-9-MC[25], contemplando los distintos subtipos clínicos de trastornos de ansiedad. Se estimó que el tamaño muestral permitiría, con una probabilidad del 90%, detectar diferencias con un nivel de significación bilateral del 5%, si el *hazard ratio* (HR) real fuese 1,21.

Variables

La variable dependiente del estudio fue la duración del episodio de incapacidad temporal (fecha de alta – fecha de baja + 1). Su cálculo en días requiere añadir 1 a la diferencia para no asignar 0 días a aquellos episodios en los cuales coinciden las fechas de baja y de alta.

Como covariables se utilizaron:

- Variables sociodemográficas:
  - Sexo.
  - Edad: <25 años, 25-34 años, 35-44 años, 45-54 años, ≥55 años.
  - Nivel de estudios: sin estudios, primarios, secundarios, titulación media, titulación superior.
  - Nacionalidad: española, extranjera.
  - Estado civil: soltero, pareja de hecho, casado, separado/divorciado, viudo.
  - N° de hijos: sin hijos, 1 hijo, 2 hijos, 3-4 hijos, >4 hijos.

Tabla 1
Composición diagnóstica de la muestra y duración de la incapacidad temporal por contingencias comunes

Diagnóstico	n	(%)	Duración mediana (P25; P75)	HR[a] (IC95%)
Todos los trastornos de ansiedad	1161	(100)	83 (44; 148)	
300.00 Estados de ansiedad no especificados	513	(44,2)	83 (44; 147)	1
300.01 Trastorno de pánico	40	(3,4)	108 (46; 161)	1,01 (0,73-1,40)
300.02 Trastorno de ansiedad generalizado	249	(21,4)	81 (43; 156)	1,02 (0,88-1,19)
300.2 Trastornos fóbicos	6	(0,5)	109 (60; 180)	0,98 (0,44-2,18)
300.3 Trastornos obsesivo-compulsivos	15	(1,3)	188 (134; 433)	0,51 (0,31-0,86)
308 Reacción aguda al estrés	36	(3,1)	44 (31; 97)	1,50 (1,07-2,10)
309.24 Reacción de adaptación con humor de ansiedad	291	(25,1)	81 (45; 145)	1,00 (0,87-1,16)
309.81 Trastorno por estrés postraumático prolongado	11	(0,9)	182 (103; 439)	0,50 (0,27-0,90)

P25: percentil 25; P75: percentil 75; HR: *hazard ratio* cruda obtenida mediante un modelo bivariado de regresión de Cox; IC95%: intervalo de confianza del 95%.
[a] HR >1: mayor probabilidad de alta, menor duración; HR <1: menor probabilidad de alta, mayor duración.

- Variables laborales:
  - Sector de actividad: agricultura, ganadería y pesca, construcción, industria, servicios.
  - Ocupación: trabajo manual (códigos 500 a 999 de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 94) frente a de oficina (códigos 1 a 499).
  - Tipo de contrato: temporal, indefinido.
  - Pluriempleo: el trabajador mantenía relación contractual con más de una empresa, o estaba contratado y además era autónomo.
  - Nivel de ingresos: se categorizó a los trabajadores en tres grupos (bajo, medio y alto) a partir de los terciles de la base reguladora, que sirve para el cálculo de la prestación económica que percibe cada trabajador durante la ITCC.
- Clínicas y relacionadas con la baja:
  - Comorbilidad: presencia de codiagnósticos (diagnóstico concurrente de otra enfermedad física o mental). Los codiagnósticos fueron referidos por el paciente durante la exploración y refrendados con un informe del Sistema Público de Salud o por el propio médico de la mutua.
  - Existencia de bajas previas en los últimos 5 años: al menos una baja previa frente a ninguna. Este periodo se eligió como el adecuado para explorar los antecedentes de ITCC de un trabajador, por consenso de los investigadores.
  - Modalidad de pago durante la baja: pago delegado (modalidad correspondiente al Régimen General), pago directo en trabajador por cuenta propia (autónomos), pago directo en trabajador por cuenta ajena (desempleo durante la baja).
  - Existencia de una incapacidad permanente previa.
  - Quincena del mes en que se inicia la baja: primera, segunda.

Análisis estadístico

Se obtuvieron estadísticos descriptivos para todas las variables, calculando la duración mediana y los percentiles 25 (P25) y 75 (P75) de los episodios de ITCC para todas las covariables en estudio. Para el análisis predictivo de la duración de la ITCC se hizo uso del análisis de supervivencia. La asociación de una covariable con la duración de la ITCC se expresó mediante HR y sus intervalos de confianza. Una HR superior a 1 implicaba mayor probabilidad de alta y, por lo tanto, episodios de menor duración. Por el contrario, una HR inferior a 1 conllevó menor probabilidad de alta y episodios de ITCC más largos[26].

En primer lugar se identificaron las variables significativamente asociadas con la duración, mediante modelos bivariados de regresión de Cox. Luego se elaboró un modelo multivariado (regresión de Cox por etapas, hacia atrás; Wald) ajustando por todas aquellas covariables significativamente asociadas con la duración de la ITCC en los análisis bivariados. En cada paso del proceso de selección de variables de ese método por etapas, la candidata a salir es aquella con un mayor valor p asociado al estadístico de Wald, y se elimina si éste supera un determinado valor crítico. No se introdujo en el modelo la interacción de las variables. Se comprobó el cumplimiento del supuesto de riesgos proporcionales de cada una de las covariables, mediante la inspección de gráficos *log (-log St)* contra el tiempo de seguimiento.

Para las estimaciones realizadas con el tamaño muestral se utilizó el software *ene 3.0*. El resto de los análisis se realizaron mediante el programa estadístico *SPSS versión 17.0*.

Aspectos éticos

Para la realización del estudio se tuvo en consideración la Declaración de Helsinki. Todos los datos fueron debidamente disociados para garantizar la confidencialidad de la información clínica.

Resultados

Las tablas 1 y 2 resumen la composición de la muestra desde el punto de vista de los subtipos diagnósticos (tabla 1) y de las principales variables demográficas, laborales y clínicas en estudio (tabla 2).

La duración mediana de los episodios de ITCC a causa de trastornos de ansiedad fue de 83 días; un 25% de los procesos duró menos de 44 días (P25), mientras que el 25% duró más de 148 días (P75). Como puede apreciarse en la tabla 1, se observaron diferencias en función del subtipo diagnóstico. La duración de los procesos fue mayor en los trastornos obsesivo-compulsivos (p = 0,01) y en el estrés postraumático (p = 0,02). Por el contrario, los episodios de baja más breves fueron los debidos a reacciones agudas al estrés (p = 0,02). Respecto a la comparación de la reacción de adaptación con humor de ansiedad con otros trastornos de ansiedad, no se observaron diferencias estadísticamente significativas (p = 0,9).

En los análisis bivariados (tabla 2), tener más de 45 años de edad, un menor nivel de estudios (primarios, secundarios o titulación media, frente a una titulación superior), estar casado, tener entre 2 y 4 hijos, el pluriempleo, las situaciones de desempleo que sobrevienen durante la baja y la existencia de comorbilidad con otra enfermedad física o mental, se asociaron de forma significativa con mayores duraciones de la ITCC (p <0,05).

Una vez realizado el ajuste mediante el análisis multivariado (tabla 3), sólo la edad (35-44 frente a <25 años: HR = 0,19, intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 0,04-0,78; 45-54 frente a <25 años: HR = 0,16, IC95%: 0,04-0,68; ≥55 años frente a <25 años: HR = 0,13, IC95%: 0,03-0,55), un menor nivel de estudios (estudios primarios frente a titulación superior: HR = 0,55, IC95%: 0,40-0,75; estudios secundarios frente a titulación superior: HR = 0,63, IC95%: 0,46-0,87; titulación media frente a titulación superior: HR = 0,57, IC95%: 0,40-0,82), el desempleo durante la baja (modalidad de pago directo en trabajador por cuenta ajena frente a pago delegado: HR = 0,68, IC95%: 0,50-0,91) y la comorbilidad (HR = 0,55; IC95%: 0,40-0,75) permanecieron significativamente asociados con una mayor

Tabla 2
Variables demográficas, laborales y clínicas de la muestra, y duración de la incapacidad temporal por contingencias comunes

Variable	n	(%)	Duración mediana (P25; P75)	HR[a] (IC95%)
Sexo	1094			
Hombre		(45,4)	81 (45; 163)	1
Mujer		(54,6)	83 (44; 144)	0,95 (0,84-1,07)
Edad (años)	1104			
<25		(29,6)	88 (36; 119)	1
25-34		(37,0)	54 (32; 103)	1,19 (0,77-1,83)
35-44		(22,3)	74 (41; 131)	0,86 (0,63-1,18)
45-54		(9,5)	76 (40; 136)	0,77 (0,57-1,03)
≥55		(1,6)	85 (40; 154)	0,71 (0,53-0,95)
Nivel de estudios	1065			
Sin estudios		(1,9)	78 (43; 201)	0,75 (0,46-1,21)
Primarios		(39,8)	86 (46; 170)	0,70 (0,57-0,87)
Secundarios		(33,8)	81 (43;140)	0,80 (0,64-0,99)
Titulación media		(14,5)	95 (53; 166)	0,76 (0,59-0,97)
Titulación superior		(10,0)	68 (40; 121)	1
Estado civil	1075			
Soltero		(36,6)	79 (43; 138)	1
Pareja de hecho		(4,5)	110 (36; 155)	0,84 (0,62-1,13)
Casado		(48,8)	84 (46; 159)	0,87 (0,76-0,99)
Separado/divorciado		(8,8)	82 (50; 170)	0,83 (0,66-1,04)
Viudo		(1,3)	106 (43; 280)	0,76 (0,44-1,29)
N° de hijos	1105			
Sin hijos		(56,6)	79 (41; 140)	1
1		(16,6)	95 (50; 172)	0,86 (0,73-1,01)
2		(20,2)	88 (46: 170)	0,81 (0,69-0,94)
3-4		(6,2)	94 (42; 238)	0,75 (0,59-0,97)
>4		(0,5)	87 (65; 134)	1,01 (0,45-2,26)
Nacionalidad	1083			
Española		(97,2)	82 (44; 150)	1
Extranjera		(2,8)	81 (42; 135)	0,99 (0,69-1,42)
Ocupación	1023			
Trabajadores manuales		(61,4)	81 (42; 158)	0,95 (0,84-1,08)
Trabajadores de oficina		(38,6)	83 (48; 144)	1
Sector de actividad	1161			
Agricultura, ganadería y pesca		(6,1)	91 (34; 122)	1,16 (0,90-1,48)
Construcción		(7,1)	79 (52; 132)	0,98 (0,78-1,23)
Industria		(16,2)	89 (43; 166)	0,93 (0,80-1,09)
Servicios		(70,5)	82 (44; 151)	1
Tipo de contrato	1024			
Temporal		(37,9)	75 (40; 137)	1
Indefinido		(62,1)	89 (48;165)	1,12 (0,99-1,28)
Nivel de ingresos	1161			
Bajo		(34,7)	85 (45; 150)	1
Medio		(32,4)	85 (46; 157)	1,02 (0,88-1,17)
Alto		(32,9)	83 (44; 147)	0,99 (0,86-1,15)
Pluriempleo	1101			
Sí		(2,0)	145 (104; 288)	0,65 (0,42-0,99)
No		(98,0)	81 (44; 147)	1
Momento del mes en que se inicia la baja	1161			
Primera quincena (del 1 al 15)		(48,4)	86 (46; 145)	1
Segunda quincena (del 16 al 31)		(51,6)	81 (42; 150)	1,01 (0,90-1,13)
Modalidad de pago durante la baja	1084			
Pago delegado (Régimen General)		(80,5)	80 (42; 144)	1
Pago directo en trabajador por cuenta propia (autónomos)		(10,1)	99 (56; 155)	0,87 (0,71-1,06)
Pago directo en trabajador por cuenta ajena (desempleo durante la baja)		(9,3)	117 (62; 190)	0,77 (0,63-0,95)
Un episodio o más de incapacidad temporal en los 5 años previos	1161			
Sí		(63,0)	88 (46; 157)	0,93 (0,82-1,05)
No		(37,0)	75 (41; 137)	1
Comorbilidad	1161			
Sin comorbilidad	1053	(90,7)	79 (42; 140)	1
Con comorbilidad	108	(9,3)	142 (83; 338)	0,56 (0,46-0,69)
Con patología física	92	(7,9)	142 (83; 314)	0,59 (0,47-0,73)
Con otro trastorno mental	14	(1,2)	138 (70; 384)	0,48 (0,28-0,83)
Con patología física y mental	2	(0,2)	376 (365; 386)	0,33 (0,08-1,34)
Incapacidad permanente previa	1058			
Sí		(0,2)	237 (127-346)	0,55 (0,14-2,19)
No		(99,8)	83 (44-150)	1

P25: percentil 25; P75: percentil 75; HR: *hazard ratio* cruda obtenida mediante un modelo bivariado de regresión de Cox; IC95%: intervalo de confianza del 95%.
[a] HR >1: mayor probabilidad de alta, menor duración; HR <1: menor probabilidad de alta, mayor duración.

Tabla 3
Asociación ajustada de las variables demográficas, laborales y clínicas con la duración de la incapacidad temporal por contingencias comunes, calculada mediante un modelo de regresión de Cox por etapas (hacia atrás, Wald)

Variable	HR	(IC 95%)	p
Edad			
25-34 años frente a <25 años	0,28	(0,07-1,23)	0,092
35-44 años frente a <25 años	0,19	(0,04-0,78)	0,021
45-54 años frente a <25 años	0,16	(0,04-0,68)	0,013
55 años o más frente a <25 años	0,13	(0,03-0,55)	0,006
Nivel de estudios			
Sin estudios frente a titulación superior	1,71	(0,67-4,33)	0,262
Estudios primarios frente a titulación superior	0,55	(0,40-0,75)	<0,001
Estudios secundarios frente a titulación superior	0,63	(0,46-0,87)	0,004
Titulación media frente a titulación superior	0,57	(0,40-0,82)	0,002
Estado civil			
Casado frente a soltero	0,90	(0,61-1,32)	0,587
Pareja de hecho frente a soltero	0,98	(0,79-1,21)	0,839
Separado/divorciado frente a soltero	1,60	(1,07-2,40)	0,022
Viudo frente a soltero	0,33	(0,08-1,36)	0,124
Modalidad de pago			
Pago directo en trabajador por cuenta propia (autónomos) frente a pago delegado (Régimen General)	0,97	(0,67-1,38)	0,851
Pago directo en trabajador por cuenta ajena (desempleo durante la baja) frente a pago delegado (Régimen General)	0,68	(0,50-0,91)	0,010
Al menos un codiagnóstico durante el episodio actual frente a sin comorbilidad	0,55	(0,40-0,75)	<0,001

HR: *hazard ratio* cruda obtenida mediante un modelo bivariado de regresión de Cox; IC95%: intervalo de confianza del 95%.

Tabla 4
Frecuencia de los codiagnósticos organizados por capítulos de la clasificación CIE-9-MC[a]

Grupo diagnóstico	Frecuencia	(%)
Enfermedades infecciosas y parasitarias	1	(0,8)
Neoplasias	2	(1,6)
Enfermedades endocrinas, de la nutrición y metabólicas, y trastornos de la inmunidad	4	(3,1)
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	4	(3,1)
Trastornos mentales	16	(12,5)
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	3	(2,3)
Enfermedades del sistema circulatorio	6	(4,7)
Enfermedades del aparato respiratorio	1	(0,8)
Enfermedades del aparato digestivo	15	(11,7)
Enfermedades del aparato genitourinario	5	(3,9)
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	6	(4,7)
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	1	(0,8)
Enfermedades del sistema osteomioarticular y del tejido conectivo	36	(28,1)
Anomalías congénitas	1	(0,8)
Ciertas enfermedades con origen en el periodo perinatal	1	(0,8)
Signos, síntomas y estados mal definidos	8	(6,3)
Lesiones y envenenamientos (lesiones traumatológicas)	17	(13,3)
En estudio	1	(0,8)
Total	128	(100)

[a] Un sujeto con comorbilidad puede presentar uno o más codiagnósticos.

duración de la ITCC. Por el contrario, estar separado o divorciado se asoció con una reincorporación más temprana. La existencia de comorbilidad destaca como un predictor robusto. Los grupos de enfermedades más frecuentemente asociados con los trastornos de ansiedad fueron las del sistema osteomioarticular, las lesiones traumatológicas (recogidas en el sistema de clasificación CIE-9-MC dentro del capítulo de «lesiones y envenenamientos»), otros trastornos mentales y los problemas digestivos (tabla 4), que juntos dieron cuenta del 65,6% de los codiagnósticos.

Discusión

Nuestros resultados sugieren que los trastornos de ansiedad podrían suponer una importante causa de ITCC. Los datos obtenidos en cuanto a su duración son plenamente congruentes con los escasos antecedentes con que contábamos en nuestro medio[7], y se sitúan muy por encima de los tiempos estándar propuestos por el INSS[27]. Su alta frecuencia[13,14,16,17], unida a que los tiempos de ITCC asociados son largos, permite sospechar que se situarían entre los principales generadores de costes para nuestro sistema de protección social. Tal como cabía esperar[18], hemos encontrado diferencias en función del subtipo diagnóstico, en especial respecto a una mayor duración de la ITCC en los trastornos obsesivo-compulsivos y en el trastorno por estrés postraumático. Por el contrario, no hallamos las diferencias esperadas entre las reacciones de adaptación con humor de ansiedad, directamente relacionadas con circunstancias vitales, y los trastornos de ansiedad considerados “puros”. Los hallazgos concuerdan con los de otros estudios que han situado a los estados de ansiedad no especificados entre las causas más frecuentes de ITCC[5].

Cabe plantearse si, en la actualidad, la disponibilidad y la organización de los recursos asistenciales en salud mental son adecuados para estos pacientes[28]. Ante esta situación creemos que los análisis como el realizado en este trabajo suponen una importante fuente de ayuda para el profesional sanitario, al proporcionar evidencia acerca del perfil demográfico o clínico del paciente con trastornos de ansiedad que probablemente permanecerá durante más tiempo en ITCC, antes de alcanzar el deseado grado de recuperación funcional.

Hemos hallado evidencias de que los pacientes con comorbilidad, física o mental, mayores de 35 años o con una formación inferior a titulación superior, tienen un mayor riesgo de presentar bajas más prolongadas, por lo que debería prestarse especial atención a la derivación al especialista tan pronto como se sospeche necesaria[9,29], valorar si las necesidades terapéuticas existentes están siendo cubiertas, y la posibilidad de que aparezcan complicaciones en su situación laboral durante la baja (desempleo) que deban ser integradas dentro de una estrategia terapéutica que contemple todos los factores biopsicosociales pertinentes.

Congruentemente con otros estudios previos[18], encontramos evidencia de la importancia de la comorbilidad. La necesidad de investigar el papel de esta variable en la incapacidad temporal ya había sido apuntada por otros autores[7]. Se trata del predictor más robusto entre los analizados. A la espera de un avance en nuestro conocimiento, la mejor recomendación para reducir la incapacidad asociada a los trastornos de ansiedad podría consistir en valorar siempre si hay comorbilidad. El resultado concuerda con las guías de práctica clínica que incorporan la presencia de comorbilidad como un criterio de derivación al nivel de atención especializada[30].

Respecto al papel de otros factores, la edad se encuentra entre los predictores de mal pronóstico en cuanto a la capacidad laboral que mayor evidencia acumulan[5,31], y la modalidad de pago durante la baja se ha descrito como factor pronóstico de la ITCC de manera global[5,32]. En cuanto a la separación y el divorcio, algunos estudios han encontrado un efecto negativo en el corto plazo, mientras que posteriormente se asociarían con periodos de baja más breves[33]. Los datos referentes al nivel educativo se encuentran en consonancia con otros informes de una relación inversa entre indicadores de estatus socioeconómico y duración de la ITCC en patología psiquiátrica[12,34]. Por último, la falta de asociación con el sexo contrasta con el informe reciente de una mayor duración

de los episodios de ITCC en las mujeres con depresión respecto a los hombres deprimidos[12], lo que subraya de nuevo la necesidad de realizar análisis de la ITCC que incorporen una perspectiva específica de cada diagnóstico.

Entre los puntos fuertes de nuestro estudio destacamos su carácter prospectivo, contemplar variables clínicas de gran relevancia como el subtipo diagnóstico y la comorbilidad, el tamaño muestral y la forma altamente estructurada y homogénea en que se han recogido los datos.

Su principal limitación tiene que ver con la selección de los sujetos. Los resultados sólo son representativos de los pacientes con trastornos de ansiedad que entran en el circuito de las mutuas para el control de la ITCC (bajas de más de 15 días). No pueden generalizarse a los episodios de menor duración ni a la incidencia de bajas por trastornos de ansiedad en la población general. Sin embargo, este grupo de pacientes es de gran interés porque son los que sufren un mayor deterioro funcional y consumen gran cantidad de recursos. Por otra parte, la población protegida por las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales para las contingencias comunes representa ya un 76% de la población ocupada española[35]. Algunas de las variables en estudio cuentan con un alto porcentaje de valores perdidos. Por último, no podemos descartar que, dado el carácter prospectivo del estudio, la participación en él de un sujeto haya influido de algún modo en la duración la ITCC, aunque parece poco probable al tratarse de un estudio meramente observacional que no modifica de forma sustancial la atención que habitualmente recibe un trabajador en esta situación.

La investigación futura deberá profundizar en el papel desempeñado por otras variables, en especial de carácter clínico y relacionadas con la adecuación de los tratamientos recibidos y el funcionamiento del itinerario asistencial para estos trastornos, pero también variables relacionadas con la satisfacción en el trabajo, la conflictividad laboral y el tipo de trabajo (rutinario, con poder de decisión, etc.) o la convivencia con personas dependientes.

¿Qué se sabe sobre el tema?

Los trastornos de ansiedad constituyen el grupo de trastornos mentales más frecuentes. Hay razones para pensar que tienen un importante impacto negativo en términos de incapacidad temporal por contingencias comunes, pero la evidencia científica disponible es escasa y casi por completo procedente de otros países.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Los trastornos de ansiedad se asocian con periodos de incapacidad temporal prolongados, cuya duración se relaciona con la edad del trabajador, su nivel educativo, variables laborales como quedar en desempleo durante la baja y variables clínicas (subtipo diagnóstico y existencia de comorbilidad). Los resultados del estudio pueden permitir identificar grupos de riesgo dentro de los trastornos de ansiedad, de cara a optimizar y potenciar los recursos terapéuticos y rehabilitadores utilizados con los trabajadores, y a una gestión más eficiente de la incapacidad temporal por contingencias comunes.

Contribuciones de autoría

Todos los autores contribuyeron de manera significativa en todas las fases del estudio (concepción, diseño, recogida y gestión de los datos, análisis estadístico e interpretación de los resultados), cumpliendo los criterios exigidos de autoría. A su vez, todos participaron en la redacción del artículo, revisando y dando su aprobación a su versión final. No se ha excluido ninguna otra contribución al manuscrito que también cumpliese los criterios de autoría.

Financiación

Investigación en el ámbito de la protección social 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-).

Conflictos de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A todos los médicos de Ibermutuamur que participaron en la recogida de los datos para el estudio.

Bibliografía

1. Real Decreto legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. BOE n° 154 de 29 de junio de 1994.
2. Benavides FG, Torá I, Miguel Martínez J, et al. Evaluación de la gestión de los casos de incapacidad temporal por contingencia común de más de 15 días en Cataluña. Gac Sanit. 2010;24:215–9.
3. Secretaría de Estado de la Seguridad Social. Seguridad Social. Presupuestos. Ejercicio 2011. Informe económico-financiero. (Consultado el 12/12/2011.) Disponible en: http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/143869.pdf.
4. Benavides FG, Plana M, Serra C, et al. Reincorporación al trabajo después de un episodio de incapacidad temporal por contingencia común: papel de la edad, el sexo, la actividad económica y la comunidad autónoma. Rev Esp Salud Publica. 2007;81:183–90.
5. Theurer EA, Muñoz AL, Abellán MV. Análisis de la duración de los periodos de incapacidad temporal por procesos en Andalucía. Factores Asociados. Aten Primaria. 2009;41:387–93.
6. Ballesteros Polo M, Serra Pujadas C, Miguel Martínez J, et al. Comparación del coste de la incapacidad temporal por contingencia común en 2006 entre las provincias de Barcelona y Madrid. Rev Esp Salud Publica. 2009;83:453–61.
7. Delclós J, García S, López JC, et al. Duración de la incapacidad temporal por contingencia común por grupos diagnósticos. Arch Prev Riesgos Labor. 2010;13:180–7.
8. Sampere M, Gimeno D, Serra C, et al. Return to work expectations of workers on long-term non-work-related sick leave. J Occup Rehabil. 2011, en prensa.
9. Flach PA, Groothoff JW, Krol B, et al. Factors associated with first return to work and sick leave durations in workers with common mental disorders. Eur J Public Health. 2011, en prensa.
10. Sans M, Batalla C, Villagrasa D, et al. Incapacidad temporal por patología psiquiátrica en un centro de salud. Aten Primaria. 2000;25:100–6.
11. 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.
12. Catalina Romero C, Cabrera Sierra M, Sainz Gutiérrez JC, et al. Variables moduladoras de la discapacidad asociada al trastorno depresivo. Rev Calid Asist. 2011;26:39–46.
13. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, et al. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005;62:617–27.
14. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, et al., Grupo ESEMeD-España. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Med Clin. 2006;126:445–51.
15. Codony M, Alonso J, Almansa J, et al. Utilización de los servicios de salud mental en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD-España. Actas Esp Psiquiatr. 2007;35:21–8.
16. Roca M, Gili M, García-García M, et al. Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. J Affect Disord. 2009;119:52–8.
17. Grandes G, Montoya I, Arietaleanizbeaskoa MS, et al., on behalf of the MAS group. The burden of mental disorders in primary care. Eur Psychiatry. 2011, en prensa.
18. Plaisier I, Beekman AT, de Graaf R, et al. Work functioning in persons with depressive and anxiety disorders: the role of specific psychopathological characteristics. J Affect Disord. 2010;125:198–206.
19. El-Guebaly N, Currie S, Williams J, et al. Association of mood, anxiety, and substance use disorders with occupational status and disability in a community sample. Psychiatr Serv. 2007;58:659–67.
20. Smit F, Cuijpers P, Oostenbrink J, et al. Costs of nine common mental disorders: implications for curative and preventive psychiatry. J Ment Health Policy Econ. 2006;9:193–200.

21. Kessler RC. The global burden of anxiety and mood disorders: putting the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) findings into perspective. J Clin Psychiatry. 2007;68:10–9.
22. Rice DP, Miller LS. Health economics and cost implications of anxiety and other mental disorders in the United States. Br J Psychiatry. 1998;173 Suppl 34: 4–9.
23. Acarturk C, Smit F, de Graaf R, et al. Economic costs of social phobia: a population-based study. J Affect Disord. 2009;115:421–9.
24. Calvo Bonacho E, González Quintela A, Sánchez Chaparro MA, et al. Duración de la incapacidad temporal asociada a diferentes patologías en trabajadores españoles. Secretaría de Estado de Seguridad Social. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Fondo de Investigación de la Protección Social (FIPROS). 2009 (Consultado el 8/9/2011.) Disponible en: http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica/FondodeInvestigacio48073/EstudiosFIPROS/Tema4Salud/index.htm
25. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª edición Modificación Clínica. (Consultado el 22/7/2011.) Disponible en: http://www.mspsi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/home.htm
26. Ocaña Riola R. Análisis de supervivencia. En: Morell Ocaña M, Redondo Bautista M, editors. Metodología científica en ciencias de la salud, 33. Málaga: Grupo Editorial; 2002. p. 107–33.
27. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Secretaría de Estado de la Seguridad Social. Tiempos estándar de incapacidad temporal. (Consultado el 22/7/2011.) Disponible en: http://www.tt.mtin.es/periodico/seguridadsocial/200907/INCAPACIDAD_TEMPORAL_2009.pdf.
28. Fernández A, Haro JM, Codony M, et al. Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: primary versus specialised care in Spain. J Affect Disord. 2006;96:9–20.
29. Van der Feltz-Cornelis CM, Hoedeman R, De Jong FJ, et al. Faster return to work after psychiatric consultation for sicklisted employees with common mental disorders compared to care as usual. A randomized clinical trial. Neuropsychiatr Dis Treat. 2010;6:375–85.
30. 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.
31. Bereza BG, Machado M, Einarson TR. Systematic review and quality assessment of economic evaluations and quality-of-life studies related to generalized anxiety disorder. Clin Ther. 2009;31:1279–308.
32. Royo-Bardonada MA. La duración de la incapacidad laboral y sus factores asociados. Gac Sanit. 1999;13:177–84.
33. Hallberg H, Mattsson B. Separation and distress - sickness absence and health screening in newly divorced middle-aged Swedish men. Scand J Prim Health Care. 1992;10:91–7.
34. Vaez M, Rylander G, Nygren A, et al. Sickness absence and disability pension in a cohort of employees initially on long-term sick leave due to psychiatric disorders in Sweden. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2007;42:381–8.
35. Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. Afiliación por Contingencias Comunes. (Consultado el 22/7/2011.) Disponible en: http://www.amat.es/cd_afiliacion.php.