

TESIS DOCTORAL



FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

# DISCAPACIDAD LABORAL Y DEPRESIÓN:

---

Prevalencia, evolución y factores relacionados  
desde una aproximación múltiple

**María Cabello Salmerón**

DIRECTORES:

José Luis Ayuso Mateos  
Marta Miret García  
Roberto Nuevo Benítez

**Madrid 2012**



**JOSÉ LUIS AYUSO MATEOS**, Catedrático de psiquiatría de la Universidad Autónoma de Madrid, **ROBERTO NUEVO BENÍTEZ**, investigador Doctor contratado, Fundación de Investigación, Hospital Universitario de Getafe y **MARTA MIRET GARCÍA**, investigadora Doctora contratada, CIBERSAM, Instituto de Salud Carlos III

**CERTIFICAN:** que bajo su dirección **MARÍA CABELLO SALMERÓN**, licenciada en Psicología ha realizado la tesis Doctoral titulada: ***“DISCAPACIDAD LABORAL Y DEPRESIÓN: Prevalencia, evolución y factores relacionados, desde una aproximación múltiple”***, considerando que reúne los méritos de calidad suficientes para optar al grado de doctor.

Y para que así conste autorizamos la presentación de esta tesis doctoral en la Universidad Autónoma de Madrid

En Madrid a 29 de Mayo de 2012

FDO: DR. JOSÉ LUIS AYUSO MATEOS



FDO:DR. ROBERTO NUEVO BENITEZ



FDO: DRA MARTA MIRET GARCÍA





***A mis padres***

***A Raúl***



***“El trabajo más productivo es el que sale de  
las manos de un hombre contento”.***

Victor Pauchet





# AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que han colaborado directa o indirectamente en la realización de esta tesis doctoral.

Al Prof. José Luis Ayuso por haberme dado la oportunidad de dedicarme profesionalmente a la investigación y por haber confiado en mí desde el año 2006.

A la Dra. Marta Miret, por ser un modelo a imitar en la investigación, por su compañerismo día a día y por sus orientaciones y disponibilidad siempre que la he necesitado.

Al Dr. Roberto Nuevo, por los años que hemos trabajado juntos, por todos los conocimientos que ha compartido conmigo, por su ayuda y por haberme enseñado tantas cosas durante este trabajo.

A mis compañeros del Grupo Multidisciplinar de Investigación en Trastornos Afectivos: Mar Rivas, Itziar Leal, Pilar López, Blanca Mellor, Celia Anaya y Félix Caballero. En especial a Blanca Mellor y a Itziar Leal por su apreciable participación en dos de los cuatro estudios aquí incluidos y a Félix Caballero por resolver algunas de las dudas estadísticas que se me plantearon a la hora de realizar esta tesis.

Mi más profundo agradecimiento a todos los investigadores europeos que realizaron y participaron en los estudios aquí incluidos,

principalmente a la Profesora Alarcos Cieza, a Carla Sabariego, Michaela Coenen y Heinrich Gall, mi más profundo agradecimiento, ya que a parte de su ayuda, sus investigaciones me han servido de inspiración a la hora de realizar este trabajo.

A la Comisión Europea(VI y VII programa marco)y al Instituto Carlos III, por la financiación económica concedida para realizar los estudios: Measuring Health and Dissability in Europe. MHADIE (6PM-513708), Multidisciplinary Trainning Network on Health and Disability in Europe. MURINET (6PM-35794), “Funcionamiento y Discapacidad en los Trastornos Afectivos” (PI050036/ PI050206) y Psychosocial fActors Relevant to brain Disorders in Europe PARADISE (7PM-241572), ya que sin esta financiación no se hubieran podido llevar a cabo.

Al Centro de Investigación Biomédica en red en Salud Mental. CIBERSAM, por haberme otorgado un contrato de trabajo estable y digno para investigar.

A cada uno de los pacientes que participaron voluntariamente en los estudios aquí incluidos, es gracias a estas personas, por lo que la ciencia avanza.

Quiero agradecer a mis padres: José Miguel y Flori, a Raquel y a Raúl, el apoyo, comprensión y cariño que me habéis ofrecido. Gracias por darme las facilidades para alcanzar mis metas, tanto a

nivel personal como profesional. Todo lo que soy os lo debo a vosotros que me hacéis sentir querida y valorada todos los días.

A todos vosotros, sinceramente MUCHAS GRACIAS.



# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1. SALUD Y TRABAJO</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2. LA DEPRESIÓN, DATOS CLÍNICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS</b> .....	<b>4</b>
<b>1.3. EL IMPACTO DE LA DEPRESIÓN EN EL FUNCIONAMIENTO</b> .....	<b>10</b>
<b>1.4. IMPACTO DE LA DEPRESIÓN EN EL TRABAJO</b> .....	<b>16</b>
<b>1.4.1. La depresión y el absentismo</b> .....	<b>19</b>
<b>1.4.2. La depresión y las bajas laborales</b> .....	<b>20</b>
<b>1.4.3. La depresión y el desempleo</b> .....	<b>24</b>
<b>1.4.4. La depresión y la incapacidad laboral permanente</b> .....	<b>25</b>
<b>1.4.5. La depresión y la jubilación anticipada</b> .....	<b>26</b>
<b>1.4.6. La depresión y el presentismo</b> .....	<b>27</b>
1.4.6.1. <i>Baja productividad</i> .....	<b>27</b>
1.4.6.2. <i>Baja calidad del trabajo</i> .....	<b>29</b>
<b>1.4.7. La depresión y el sobre-esfuerzo en el trabajo</b> .....	<b>29</b>
<b>1.5. VARIABLES RELACIONADAS CON LA DISCAPACIDAD LABORAL</b> .....	<b>30</b>
<b>1.5.1. Variables clínicas</b> .....	<b>30</b>
1.5.1.1. Severidad de la depresión.....	<b>30</b>
1.5.1.2. Otros síntomas depresivos .....	<b>33</b>
1.5.1.3. Comorbilidad.....	<b>33</b>
1.5.1.4. Recurrencia de los episodios .....	<b>35</b>
1.5.1.5. Cronicidad del episodio depresivo.....	<b>35</b>
1.5.1.6. La falta de remisión/ respuesta al tratamiento .....	<b>36</b>
<b>1.5.2. Variables personales</b> .....	<b>36</b>
1.5.2.1. Patrones de personalidad .....	<b>37</b>
1.5.2.2. Edad .....	<b>38</b>
1.5.2.3. Género .....	<b>39</b>
1.5.2.4. Estado civil .....	<b>40</b>
<b>1.5.3. Funcionamiento global</b> .....	<b>41</b>
<b>1.5.4. Variables ambientales</b> .....	<b>41</b>
1.5.4.1. Entorno de trabajo.....	<b>41</b>
1.5.4.2. Estatus socioeconómico.....	<b>45</b>
1.5.4.3. Variables del sistema sanitario .....	<b>48</b>
<b>1.6. INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN LA DISCAPACIDAD LABORAL</b> .....	<b>49</b>
<b>1.6.1. Estudios observacionales</b> .....	<b>50</b>
<b>1.6.2. Estudios de tratamiento</b> .....	<b>52</b>

<b>1.6.3. Estudios de coste-eficacia</b> .....	56
<b>1.7. LIMITACIONES DETECTADAS EN LA LITERATURA EXISTENTE</b> .....	58
<b>1.7.1. Estudio de la discapacidad laboral: falta de definición consensuada</b> .....	58
<b>1.7.2. Estudio de los factores relacionados</b> .....	60
1.7.2.1. Importancia y papel de los factores hasta ahora encontrados .....	60
1.7.2.2. Falta de generalización de los resultados .....	61
1.7.2.3. Resultados contradictorios .....	61
1.7.2.3.1. El rol de la severidad.....	62
1.7.2.3.2. El rol del género.....	62
1.7.2.3.3. El curso de la discapacidad laboral a lo largo del tiempo .....	62
1.7.2.3.4. El papel del tratamiento antidepresivo .....	63
1.7.2.4. El papel de los factores no clínicos (relevancia) .....	64
1.7.2.5. Predominio de la literatura cuantitativa.....	64
<b>1.8. POSIBLES SOLUCIONES A ESTAS LIMITACIONES</b> .....	65
<b>1.8.1. La CIF: Un marco conceptual universal desde el que definir la discapacidad laboral</b> .....	65
<b>1.8.2. Revisión de la literatura que supere las limitaciones de las anteriores</b> .....	72
<b>1.8.3. Estudio de la discapacidad laboral en una muestra española</b> .	73
.....	73
<b>1.8.4. Datos cualitativos</b> .....	73
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	<b>75</b>
<b>2.1. OBJETIVOS PRINCIPALES</b> .....	77
<b>2.2. OBJETIVOS SECUNDARIOS</b> .....	78
<b>3. HIPÓTESIS</b> .....	<b>81</b>
<b>4. MÉTODO</b> .....	<b>89</b>
<b>4.1. DISEÑO</b> .....	89
<b>4.2. PROCEDIMIENTOS</b> .....	92
<b>4.2.1. Revisión sistemática de la literatura</b> .....	92
4.2.1.1. Selección de los artículos.....	94
4.2.1.2. Extracción de los datos de los artículos .....	97
4.2.1.3. Síntesis de la información sobre la discapacidad .....	98
<b>4.2.2. Estudios empíricos</b> .....	99

4.2.2.1.	Estudio transversal con población española.....	100
4.2.2.1.1.	Selección de participantes y muestra.....	100
4.2.2.1.2.	Variables e instrumentos de evaluación .....	103
4.2.2.1.2.1.	Variable dependiente .....	104
4.2.2.1.2.2.	Variables independientes .....	104
4.2.2.1.3.	Análisis estadístico.....	110
4.2.2.1.3.1.	Descriptivos y prevalencia de la discapacidad laboral .....	110
4.2.2.1.3.2.	Análisis de los factores relacionados con la presencia de discapacidad laboral.....	111
4.2.2.2.	Estudio longitudinal con población madrileña .....	113
4.2.2.2.1.	Selección de participantes y muestra.....	113
4.2.2.2.2.	Variables e Instrumentos de evaluación .....	117
4.2.2.2.2.1.	Variables dependientes .....	117
4.2.2.2.2.2.	Variables independientes .....	119
4.2.2.2.3.	Análisis estadístico.....	123
4.2.2.2.3.1.	Descriptivos y prevalencia de la discapacidad laboral .....	123
4.2.2.2.3.2.	Análisis de los factores relacionados con la presencia de discapacidad laboral en línea base. ....	124
4.2.2.2.3.3.	Análisis de los casos perdidos en el seguimiento .... .....	129
4.2.2.2.3.4.	Evolución de las variables del estudio a lo largo del tiempo .....	130
4.2.2.2.3.5.	Análisis de los factores relacionados con la evolución de la discapacidad laboral.....	131
<b>4.2.3.</b>	<b>Grupo de discusión con pacientes .....</b>	<b>134</b>
4.2.3.1.	Muestra y selección de participantes .....	135
4.2.3.2.	Variables e Instrumentos de evaluación.....	137
4.2.3.3.	Análisis estadístico .....	139
4.2.3.3.1.	Descriptivos y características de la muestra .....	139
4.2.3.3.2.	Análisis de los factores relacionados con la presencia de discapacidad laboral. ....	140
<b>5.</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>141</b>
<b>5.1.</b>	<b>REVISIÓN SISTEMÁTICA .....</b>	<b>141</b>
<b>5.1.1.</b>	<b>Características y selección de los estudios.....</b>	<b>141</b>
<b>5.1.2.</b>	<b>Prevalencia de discapacidad laboral.....</b>	<b>148</b>

<b>5.1.3. Variables relacionadas con la presencia de discapacidad laboral (asociadas)</b> .....	148
<b>5.1.4. Evolución de la discapacidad laboral</b> .....	149
<b>5.1.5. Variables relacionadas con la evolución de la discapacidad laboral (determinantes)</b> .....	150
<b>5.2. ESTUDIOS EMPÍRICOS</b> .....	151
<b>5.2.1. Estudio de la encuesta mundial de la salud de la OMS</b> .....	151
5.2.1.1. Características generales de la muestra. ....	151
5.2.1.2. Análisis de los dos grupos. ....	153
5.2.1.3. Factores asociados a estar desempleado. ....	158
5.2.1.4. Importancia de los factores a la hora de explicar el desempleo.....	161
<b>5.2.2. Estudio longitudinal con pacientes de la C.A.M.</b> .....	162
5.2.2.1. Descriptivos y prevalencia de discapacidad laboral ....	162
5.2.2.1.1. Características de la muestra en línea base .....	162
5.2.2.2. Análisis de los casos perdidos en el seguimiento .....	168
5.2.2.2.1. Evolución de las variables a lo largo del tiempo.....	172
5.2.2.2.1.1. Severidad de los síntomas .....	172
5.2.2.2.1.2. Dominios de funcionamiento. ....	173
5.2.2.2.1.3. Apoyo social general.....	177
5.2.2.2.1.4. Variables de Salud.....	177
5.2.2.2.1.5. Apoyo social superior. ....	178
5.2.2.2.1.6. Discapacidad laboral.....	179
5.2.2.2.1.6.1. Problemas de rendimiento laboral. ....	179
5.2.2.2.1.6.2. Días de trabajo perdidos. ....	179
5.2.2.2.1.6.3. Baja laboral.....	180
5.2.2.3. Análisis de los factores asociados a la discapacidad laboral en la línea base.....	180
5.2.2.3.1. Problemas de rendimiento laboral.....	180
5.2.2.3.1.1. Principales factores asociados .....	180
5.2.2.3.1.2. Importancia de los tipos de factores asociados. ....	182
5.2.2.3.2. Días de trabajo perdidos.....	184
5.2.2.3.2.1. Principales factores asociados .....	184
5.2.2.3.2.2. Importancia de los tipos de factores asociados. ....	185
5.2.2.3.3. Baja laboral.....	187
5.2.2.3.3.1. Principales factores asociados.....	187
5.2.2.3.3.2. Importancia del tipo de factores .....	188
5.2.2.4. Análisis de los factores predictores de la discapacidad a las seis semanas .....	190



5.2.2.4.1.	Rendimiento laboral .....	190
5.2.2.4.1.1.	Principales predictores. ....	190
5.2.2.4.1.2.	Importancia de los tipos de predictores.....	191
5.2.2.4.2.	Días de trabajo perdidos.....	192
5.2.2.4.2.1.	Principales predictores .....	192
5.2.2.4.2.2.	Importancia de los tipos de predictores.....	194
5.2.2.4.3.	Bajas laborales.....	195
5.2.2.4.3.1.	Principales predictores. ....	195
5.2.2.4.3.2.	Importancia de los tipos de predictores.....	196
5.3.	<b>GRUPO DE DISCUSIÓN CON PACIENTES .....</b>	<b>198</b>
5.3.1.	<i>Características de la sesión de grupo .....</i>	<i>198</i>
5.3.2.	<i>Características de la muestra .....</i>	<i>200</i>
5.3.3.	<i>Tipo de problemas laborales encontrados.....</i>	<i>202</i>
5.3.4.	<i>Variables relacionadas con la discapacidad laboral.....</i>	<i>206</i>
6.	<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>211</b>
6.1.	<b>REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA .....</b>	<b>211</b>
6.1.1.	<i>Principales resultados y contraste de las hipótesis planteadas .....</i>	<i>211</i>
6.1.2.	<i>Limitaciones de la revisión.....</i>	<i>218</i>
6.1.3.	<i>Resumen de los principales hallazgos .....</i>	<i>219</i>
6.2.	<b>ESTUDIOS EMPÍRICOS .....</b>	<b>222</b>
6.2.1.	<i>Principales resultados y contraste de las hipótesis planteadas .....</i>	<i>222</i>
6.2.2.	<i>Limitaciones principales de los estudios empíricos.....</i>	<i>236</i>
6.2.3.	<i>Resumen de los principales hallazgos .....</i>	<i>239</i>
6.3.	<b>GRUPO DE DISCUSIÓN CON LOS PACIENTES: ESTUDIO CUALITATIVO. ....</b>	<b>241</b>
6.3.1.	<i>Principales resultados y contraste de las hipótesis planteadas.....</i>	<i>241</i>
6.3.2.	<i>Limitaciones principales del grupo de discusión .....</i>	<i>244</i>
6.3.3.	<i>Resumen de los principales hallazgos .....</i>	<i>245</i>
6.4.	<b>COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LOS CUATRO ESTUDIOS .....</b>	<b>246</b>
6.5.	<b>RECOMENDACIONES SOCIALES Y CLÍNICAS DEL ESTUDIO .....</b>	<b>255</b>
6.6.	<b>FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>258</b>
7.	<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>263</b>
8.	<b>ANEXOS .....</b>	<b>265</b>
	<b>DOCUMENTACIÓN DE LOS ESTUDIOS .....</b>	<b>266</b>

<b>8.1.1. Revisión sistemática de la literatura</b> .....	266
8.1.1.1. <i>Combinación de términos utilizados en las bases de datos ...</i> .....	266
8.1.1.2. <i>Base de datos access utilizada para recoger la información de los artículos</i> .....	270
<b>8.1.2. Estudio transversal con población Española</b> .....	272
8.1.2.1. Consentimiento informado (versión inglesa) .....	272
<b>8.1.3. Estudio longitudinal con población de la comunidad de Madrid</b> 273	
8.1.3.1. Consentimiento informado.....	273
8.1.3.2. Aprobación ética .....	280
<b>8.1.4. Grupo de discusión de pacientes</b> .....	281
8.1.4.1. Consentimiento informado.....	281
8.1.4.2. Aprobación ética .....	288
8.1.4.3. Cuaderno de recogida de datos .....	289
8.1.4.4. Diapositivas para conducir la sesión del “focus group”	293
<b>8.2. PUBLICACIONES ENMARCADAS DENTRO DE ESTA TESIS</b> .....	299
<b>9. REFERENCIAS</b> .....	<b>301</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Distribución de costes indirectos en la depresión .....	15
Tabla 2: Visión de conjunto de la CIF .....	70
Tabla 3: categorías CIF referidas al trabajo o empleo.....	72
Tabla 4: Características generales de los sujetos incluidos en los estudios. ....	144
. Tabla 5: Características generales de los estudios seleccionados .	145
Tabla 6: Selección de los resultados referentes al funcionamiento laboral agrupados por tipos de estudio .....	146
Tabla 7: Características generales de la muestra.....	155
Tabla 8: Modelo de regresión logística de factores asociados a estar desempleado.....	160
Tabla 9: Modelo de regresión logística de factores asociados a problemas de encontrar o mantener un empleo. ....	161
Tabla 10: Características clínicas y socio-demográficas medidas en línea base.....	164
Tabla 11: Características demográficas y clínicas de los participantes en los dos tiempos de evaluación juntos con estadísticos del cambio .....	166
Tabla 12: Variables predictoras en línea base de los casos perdidos a las 6 semanas .....	170
Tabla 13: Variables asociadas a problemas en el rendimiento laboral en línea base: .....	182

Tabla 14: Relevancia de los cuatros grupos de factores sobre los problemas en el rendimiento laboral.....	183
Tabla 15: Variables asociadas a problemas en la variable días de trabajo perdidos en línea base (n=68). .....	185
Tabla 16: Relevancia de los cuatros grupos de factores sobre la variable días de trabajo perdido. ....	186
Tabla 17: Relación de las variables del modelo con la presencia de baja laboral en línea base.....	188
Tabla 18: Relevancia de los cuatros grupos de factores sobre la presencia de baja laboral en línea base .....	189
Tabla 19: Factores predictores de problemas en el rendimiento laboral a las seis semanas. ....	191
Tabla 20: Peso de cada uno de los grupos de variables en la variable problemas en el rendimiento laboral a las seis semanas. ....	192
Tabla 21: Factores predictores de días de trabajo perdidos a las seis semanas.....	193
Tabla 22: Relevancia de los cuatros grupos de factores sobre los problemas en el rendimiento laboral a las seis semanas .....	194
Tabla 23: Factores predictores de baja laboral a las seis semanas..	196
Tabla 24: Relevancia de los cuatros grupos de factores en la presencia de baja laboral a las seis semanas.....	197
Tabla 25: Principales características clínicas y socio-demográficas del grupo .....	201

Tabla 26: Correlaciones de Pearson con las mismas palabras utilizadas para definir los diferentes conceptos. ....	205
Tabla 27: Factores relacionados con la discapacidad laboral en cada uno de los estudios .....	249

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Relaciones entre depresión, condiciones laborales y discapacidad .....	17
Figura 2: Modelo de tensión laboral (Schnall et al., 2000) .....	43
Figura 3: Familia de clasificaciones de la OMS.....	68
Figura 4: Esquema del estudio .....	91
Figura 5: Criterios de inclusión y exclusión .....	116
Figura 6: Selección de los estudios y razones de exclusión. ....	143
Figura 7: Análisis de los valores perdidos en la muestra .....	171
Figura 8: Disposición durante la sesión y características de los participantes.....	199
Figura 9: Relación entre las dificultades laborales en función de la similitud de las palabras utilizadas.....	204
Figura10: Tipos de problemas laborales informados por los pacientes .....	208
Figura 11: Variables que influyen y que son influidas por la discapacidad laboral.....	209
La Figura 12: Ilustra los problemas de solapamiento de las categorías CIF .....	221
Figura13: Problemas laborales en las personas con depresión.....	252
Figura14: Discapacidad laboral en depresión según el modelo de la CIF .....	254

## ÍNDICE DE GRÁFICOS:

Gráfico 1: Distribución de costes de la depresión en España(Ofisalud, 1998).....	14
Gráfico 2: Bajas laborales en España años 2000-2009(2009) .....	46
Gráfico 3: Incidencia media de bajas laborales en España en 2008 y 2009 (Instituto Nacional de Estadística, 2009) .....	47
Gráfico 4: Distribución de la variable discapacidad laboral en la muestra .....	151
Gráfico 5: Evolución de la severidad de la depresión (BDI-II) a lo largo del estudio.....	173
Gráfico 6: Puntuaciones medias de discapacidad en la escala WHODAS-II en los dos tiempos de evaluación.....	174
Gráfico 7: Puntuaciones en los siete dominios de la escala WHODAS-II en los dos tiempos de evaluación. ....	175
Gráfico 8: Evolución del nivel de salud mental y física a lo del largo estudio.....	178
Gráfico 9: Problemas de absentismo y rendimiento laboral a lo largo del estudio.....	179
Gráfico 10: Evolución del número de sujetos con baja laboral en los dos tiempos de evaluación.....	180





## PREFACIO

El trabajo, como la actividad realizada para la satisfacción de las necesidades mediante la producción de bienes y servicios, (García López, 2006) es un área presente en el ser humano desde el comienzo de los tiempos.

Arqueólogos e historiadores continúan distinguiendo las sociedades avanzadas de las más primitivas cuando encuentran evidencias de la existencia de oficios especializados. Sin embargo, no fue hasta el siglo XIX y más concretamente tras la revolución industrial, cuando el trabajo como área intrínseca del ser humano cobró importancia (Pereira Jardim, 2008).

Filósofos y pensadores de la edad moderna confirmaron la relevancia del trabajo no sólo como medio para vivir, sino también como característica diferenciadora entre el hombre y los animales. El trabajo se convertía en el medio a través del cual el hombre transforma la naturaleza y crea objetos, “humanizando” la naturaleza y al mismo tiempo “humanizándose” así mismo (Engels, 1876).

Por otra parte, ya desde el tiempo de Galeno y Plinio hubo un interés en entender y prever las enfermedades propias de algunos oficios como por ejemplo, el efecto nocivo del polvo del plomo en curtidores y químicos primitivos (Palacios Nava, 2002).

No obstante, no es hasta el siglo XX con el amplio desarrollo de disciplinas como la medicina del trabajo o la salud ocupacional, cuando se generalizan los estudios sobre los efectos del trabajo en la salud.

Actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) insiste en su programa global de acción sobre la salud de los trabajadores “Global Plan of Action on Workers' Health” (2007), aprobado en la sexta asamblea global de salud, en la gran importancia de la salud en el trabajo y viceversa, no sólo recalcando que unas condiciones de trabajo dignas evitan problemas de salud, sino también destacando el lugar del trabajo como plataforma idónea para la promoción de la misma:

*“The workplace, along with the school, hospital, city, island, and marketplace, has been established as one of the priority settings for health promotion into the 21<sup>st</sup> century”*

Tras el conocimiento de que una gran parte de los costes de la depresión son debidos a costes indirectos, y en concreto debidos a costes laborales (Broadhead et al., 1990), se ha incrementado el número de publicaciones que centran su estudio no solamente sobre el efecto del trabajo en el estado de salud del trabajador, sino también sobre el efecto del estado de salud del trabajador sobre su trabajo.

Como continuación al estudio *“Análisis de factores asociados con la discapacidad laboral en pacientes depresivos”* que presenté con la tutela del Prof. José Luis Ayuso Mateos, para la obtención del Diploma de Estudios Avanzados en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Madrid, en el cual se analizaron factores relacionados con la presencia de baja laboral en pacientes con trastorno depresivo, esta tesis doctoral pretende completar los conocimientos obtenidos en aquel trabajo.

Para ello, en primer lugar, se incluirá una definición de discapacidad laboral más amplia, utilizando categorías extraídas de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) (World Health Organization, 2001a), que están directamente relacionadas con: problemas en el trabajo remunerado y dificultades en la búsqueda o mantenimiento de un empleo. En segundo lugar, para la obtención de información sobre la discapacidad laboral se utilizará una aproximación múltiple que combinará diferentes fuentes de información. Esta aproximación ha sido inspirada en la metodología llevada a cabo para realizar las Core-Sets de la CIF (Stucki et al., 2002). La aproximación múltiple en este caso, consistirá en la comparación directa de los datos obtenidos en cuatro estudios independientes: revisión sistemática de la literatura, estudio longitudinal en población clínica madrileña, estudio transversal en población general española y un focus group con personas con

depresión (estudio cualitativo). Cada uno de estos estudios obtendrá información sobre: i) cuál es la frecuencia y tipo de problemas laborales que las personas con depresión suelen padecer, ii) cuáles son los factores asociados con la presencia de los problemas laborales en personas con depresión, iii) cuál es la evolución de los problemas laborales a lo largo del tiempo y, por último, iv) cuáles son los factores que predicen esa evolución.

Los diferentes estudios utilizados proceden de proyectos de investigación, nacionales e internacionales, en los que he trabajado como investigadora desde mi incorporación en el equipo de investigación liderado por el Prof. José Luis Ayuso Mateos en el año 2006. Por tanto, esta tesis ha sido fruto de cinco largos años de trabajo en la recogida de datos, revisión de la literatura y análisis, integración, interpretación y discusión de la información recogida procedente de los diferentes estudios.

Por último, cabe destacar mi deseo de que con esta tesis se tome conciencia y se avance en el campo de la prevención y tratamiento de la discapacidad laboral por depresión.

# 1. INTRODUCCIÓN

## 1.1. Salud y trabajo

Diversos filósofos como Karl Marx o Friedrich Hegel y más recientemente teóricos de la motivación como Abraham Maslow (1991) o Frederick Herzberg (1959), han afirmado que el trabajo es una parte fundamental para el desarrollo y la autorrealización del ser humano.

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe “Mental Health and Work” (Harnois & Gabriel, 2000) ha corroborado que el trabajo es un aspecto vital muy importante en el ser humano, no sólo por la retribución económica, sino también por el bienestar y la salud que proporciona. El trabajo, según la OMS, aporta al individuo cinco áreas de experiencia psicosocial necesarias para su bienestar general y su salud:

- Establecimiento de unos horarios.
- Contacto social: ofrece relaciones sociales más allá de la familia.
- Esfuerzo colectivo y definición de metas: se aprenden habilidades sociales para trabajar en equipo y se establecen metas a alcanzar.

## Introducción

- Identidad social: el empleo es un importante elemento a la hora de autodefinirse.
- Actividad regular: organiza la actividad diaria propia.

Estos beneficios, directos e indirectos, del trabajo sobre la salud son el principio en el que se inspiran áreas como la rehabilitación, en la cual se impulsan programas de reinserción laboral para diferentes colectivos con riesgos o patologías.

De la misma manera, el trabajo también puede tener repercusiones negativas en la salud del individuo. Dos disciplinas aparentemente muy similares pero, con diferentes focos de atención, han estudiado la relación entre el ser humano, su trabajo y problemas de salud. Estas dos disciplinas son la medicina del trabajo y la salud ocupacional.

La medicina del trabajo es una especialidad médica que centra su estudio en las enfermedades y los accidentes producidos como consecuencia de la actividad laboral. De esta manera, la medicina del trabajo se basaría fundamentalmente en conocimientos médicos para la detección de enfermedades que se producen en entornos laborales específicos.

La historia de la medicina del trabajo es antigua y cuenta con diversos predecesores (Rescalvo Santiago, 2012). Ya Plinio “el viejo”, un médico romano, observó diferentes problemas respiratorios

causados por respirar zinc y plomo en curtidores(Palacios Nava, 2002). No obstante, su nacimiento como disciplina, no fue hasta el siglo XVIII cuando Bernardino Ramazzini (1700) identificó diferentes enfermedades derivadas de la práctica de 52 oficios diferentes.

Por el contrario, la salud ocupacional se definiría como el conjunto de conocimientos para la promoción y el mantenimiento de la salud y el bienestar social de la población trabajadora. Por tanto, sus campos de acción serían tanto la prevención de la salud de los trabajadores, como la protección de los trabajadores ante cualquier problema causado por sus condiciones laborales. Sus herramientas se centrarían en el diseño, evaluación y control del lugar de trabajo. De esta manera, la salud ocupacional es un campo multidisciplinar que se nutre de diferentes disciplinas como; la medicina del trabajo, la psicología, biología, sociología, ingeniería industrial, etc. En resumen, la salud ocupacional se ocuparía de la adaptación del trabajo al ser humano y de la adaptación de cada ser humano a su trabajo.

La presente tesis se ajustaría a una perspectiva más holística y cercana a la salud ocupacional, ya que se va a analizar cómo afecta la depresión al ámbito laboral y si hay diferentes condiciones ambientales que aumenten o disminuyan el efecto de la depresión en el trabajo.

## Introducción

No obstante, antes de abordar todo ello, se presentan brevemente a continuación algunos datos epidemiológicos y clínicos sobre los trastornos depresivos.

### **1.2. La depresión, datos clínicos y epidemiológicos**

El episodio depresivo es un trastorno mental que se caracteriza usualmente por presentar síntomas de: tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, baja autoestima, problemas de sueño y apetito, baja energía y pobre concentración según la Clasificación Internacional de Enfermedades en su versión décima CIE-10 (World Health Organization, 1991).

Por el contrario en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales en su última versión IV revisada (American Psychiatric Association, 2000) confirma que para el diagnóstico del episodio depresivo mayor se requiere la presencia de al menos cinco de los siguientes síntomas, teniendo que estar presentes alguno de los dos primeros de una forma necesaria:

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto).



2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).

3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día).

4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.

5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples auto-reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

## Introducción

Estos síntomas deben ser persistentes durante al menos dos semanas, causando además un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Asimismo, hay que descartar también que los síntomas no sean debidos a otra patología física o mental.

En este trabajo nos referiremos con el término depresión y trastornos depresivos al conjunto de trastornos depresivos recogidos por ambas clasificaciones diagnósticas con los códigos F32 y F33 en la CIE-10 y 296.2 y 296.3 en la DSM-IV, a excepción por tanto de la Distimia, Ciclotimia y los Trastornos bipolares.

Las cifras de prevalencia de los trastornos depresivos varían bastante de un estudio a otro (Simon et al., 2002), debido entre otras razones, a la diferencias metodológicas de los estudios (Ezquiaga Terrazas et al., 2010). No obstante, las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, en el estudio de carga global de enfermedad publicado en 2008 (World Health Organization), es que alrededor de 121 millones de personas en el mundo sufrieron en el año 2004 un episodio depresivo de acuerdo a criterios CIE-10. En Europa, el número total de personas que padecieron depresión en el año 2004 fue de 21 millones (Sobocki et al., 2006). La cifra es superior en un estudio recientemente publicado donde se estimó que 30.3 millones de personas padecieron depresión mayor en Europa en el año 2010 (Olesen et al., 2012).

En nuestro país, el estudio ESEMeD estimó que el episodio depresión mayor está presente en torno al 10.6% de la población española, afectando a unos cuatro millones de ciudadanos (Gabilondo et al., 2010).

En cuanto a las diferencias de prevalencia en función del género, los trastornos depresivos son casi el doble en mujeres que en varones (Zender & Olshansky, 2009). Aunque no se sabe la razón exacta de estas diferencias, parece que la interacción de diferentes factores hormonales, psicológicos y sociales podría estar jugando un papel en estas diferencias de prevalencia (Accortt et al., 2008).

En cuanto a la edad, según diversos estudios, la prevalencia más alta de trastornos depresivos se darían dentro del rango de los 29 a los 44 años (Beck & Alford, 2009). No obstante, hay datos que apuntan a que ese intervalo de edad podría ser más amplio, ya que se ha observado una cierta tendencia a la disminución de la edad de inicio de los trastornos depresivos (Gotlib & Hammen, 2009). Por otro lado, también diversos estudios indican que la depresión en el anciano ha podido ser infra-estimada, debido a la abundante sintomatología física con la que cursa, que usualmente es confundida con otras enfermedades también prevalentes en esa edad (Beautrais & Mishara, 2007).

Por su parte, la incidencia de los trastornos depresivos varía en función del país. En el estudio Lundby realizado en Suecia

## Introducción

(Mattisson et al., 2005) la incidencia de la depresión fue estimada en dos casos de cada 1000 personas por año, mientras que en el estudio longitudinal “Baltimore Epidemiologic Catchment Area (ECA)” la incidencia fue estimada en 4.5 personas de cada 1000 por año (Larson et al., 2001).

En España, según datos la Encuesta Nacional de Salud del año 2006 realizada por el Instituto Nacional de Estadística, unas 5114 personas sufrieron de depresión, ansiedad u otras enfermedades mentales, durante ese año (Instituto Nacional de Estadística).

En cuanto al curso, la depresión puede llegar a ser una enfermedad crónica. Se calcula que de un 50 a un 85% de las personas que padecen un episodio depresivo mayor padecerán al menos un segundo episodio a lo largo de su vida (American Psychiatric Association, 2006). De hecho, un 50% de las personas que tienen un episodio depresivo vuelven a recaer en los próximos 24 meses y un 75% de las personas que han tenido un episodio depresivo recurrente vuelven a padecer otro en los siguientes 24 meses (Andrews, 2010).

Las causas específicas de los trastornos depresivos siguen hoy en día siendo desconocidas aunque cada vez más estudios indican que es producto de la interacción entre genes y factores ambientales, donde los genes serían los factores predisponentes y las condiciones adversas serían el factor precipitante (Barlow & Durand, 2003).

Entre los genes más relevantes se destacan aquéllos relacionados con la regulación de la función serotoninérgica, (Kendler et al., 2005), los relacionados con la regulación de la Monoaminoxidasa y más recientemente, aquéllos vinculados a la síntesis o la actividad de la Corticotropina (Bradley et al., 2008), así como los receptores del glutamato.

Por su parte, los acontecimientos vitales estresantes parecen estar presentes en torno al 60 y 80% de los primeros episodios depresivos (Barlow & Durand, 2003); sin embargo, hay también datos que afirman que la correlación entre la incidencia de la depresión y algunos tipos de acontecimientos vitales estresantes (los causados por la propia conducta) podría explicarse también genéticamente (Boardman et al., 2011).

En cualquier caso, futuros estudios deberán determinar el rol del ambiente y la genética, ya que muchos trastornos depresivos se dan sin eventos estresantes y por otra parte, muchos individuos que sufren experiencias traumáticas no experimentan posteriormente depresión (Maletic & Raison, 2009).

Diversas teorías psicológicas han intentado también explicar el origen de la depresión. Entre ellas destacan las teorías de la vulnerabilidad cognitiva. Estas teorías se basan en que las personas que tienen una interpretación de la realidad más pesimista y negativa tendrían mayor riesgo a padecer depresión. Como claros ejemplos de

## Introducción

este paradigma estarían la teoría de la indefensión aprendida de Seligman (1992), que afirmaba que las personas se deprimen cuando creen que no tienen control sobre sus propias vidas, o las teorías de los sesgos cognitivos, defendidas por autores como Aaron Beck (1964) o Albert Ellis (2003) en las cuales se precisa que la tendencia a interpretar negativamente la realidad y el “yo” podría ser un factor de riesgo para la depresión. No obstante, estas teorías, muy útiles en el campo de la clínica, han sido criticadas por no aclarar si estos sesgos cognitivos son factores predisponentes o por el contrario, cuando aparecen es signo de que la depresión está ya presente.

Por último, recientes estudios han descubierto también que una percepción de una red de apoyo social insuficiente y la percepción de soledad (Cacioppo & Hawkley, 2003) son también claros factores predisponentes para padecer episodios depresivos.

### **1.3. El impacto de la depresión en el funcionamiento**

Aunque actualmente son ya numerosos los estudios que resaltan el impacto de los trastornos depresivos en el funcionamiento y la calidad de vida, la carga de las enfermedades mentales ha sido ampliamente infraestimada (Wittchen et al., 2011). En primer lugar, porque tradicionalmente la epidemiología se ha centrado solamente

en parámetros de mortalidad y morbilidad por lo que las enfermedades mentales, poco mortales pero crónicas, eran menos estudiadas y en segundo lugar, porque las enfermedades mentales han sido tradicionalmente definidas en términos de criterios diagnósticos, lo que no nos da información sobre el impacto que tienen en la calidad de vida de los que las padecen (Ayuso Mateos et al., 2006).

Sin embargo, el aumento de la esperanza de vida, los avances en los tratamientos y las mejoras de las condiciones de vida han provocado un descenso de la mortalidad, pero un aumento de la cronicidad de las enfermedades. Para captar esta nueva situación de una forma más acertada, la epidemiología incorporó nuevos parámetros que tenían en cuenta no solamente la mortalidad, sino el impacto de estas enfermedades en el funcionamiento y la calidad de vida de las personas.

Uno de los primeros estudios sobre la carga de las enfermedades en términos de discapacidad fue el estudio de carga global de enfermedad publicado por Murray y López (1997). En dicho estudio se obtuvieron estimaciones consistentes de diversos parámetros de calidad de vida y mortalidad asociados a las enfermedades y daños físicos. En este nuevo enfoque para medir el estado de salud se tenía en cuenta tanto el impacto de las muertes prematuras, como la pérdida de calidad de vida que provocan las

## Introducción

enfermedades. Combinando estos dos parámetros se creó el indicador: Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVADs), o DALYs en inglés. El AVAD expresa años de vida perdidos por muerte prematura y años vividos con una discapacidad de severidad y duración especificadas. Los resultados afirmaron que los trastornos depresivos unipolares fueron la cuarta causa de AVADs mundial, prediciendo que para el año 2020 dichos trastornos serían la segunda causa mundial de discapacidad.

La última edición de este estudio, realizada con datos recogidos en el 2004 por la Organización Mundial de la Salud (2008), mantiene esta misma tendencia, puntualizando que un tercio de los AVADs es atribuible a los trastornos neuro-psiquiátricos. En este sentido, los trastornos mentales influyeron más en la carga global de enfermedad que otras enfermedades como la diabetes o el cáncer. Además, esta última edición del estudio predice que la depresión podría ser la primera causa de discapacidad global en el año 2030 en los países desarrollados y la tercera a nivel mundial (World Health Organization, 2008). Asimismo, se destaca que aunque la depresión es muy incapacitante tanto para varones como para mujeres, el grado de discapacidad sufrido por las mujeres debido a la depresión es el doble que el de los varones (World Health Organization, 2008).

Otra forma de cuantificar el impacto de las enfermedades es a través del coste que provocan. En este sentido, numerosos estudios



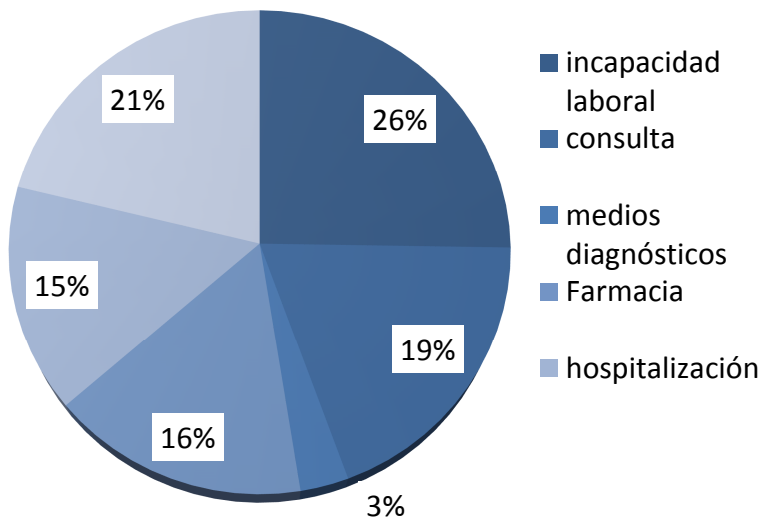
económicos, tanto en EEUU como en Europa, han valorado el impacto de la depresión en términos de gasto monetario.

Tradicionalmente los estudios económicos suelen dividir los costes en dos tipos de fuentes: costes directos e indirectos. Los costes directos incluyen los costes médicos (gasto farmacéutico, hospitalario y ambulatorio) y no médicos (servicios sociales, transporte...). Los costes indirectos son aquellos causados principalmente por la mortalidad prematura y los costes laborales tanto de bajas como de pérdida de productividad. Los costes totales atribuidos a la depresión superan en algunos países como Reino Unido a otras enfermedades como la diabetes o el cáncer (Druss et al., 2001). En concreto, las cifras anuales de coste correspondientes a la depresión varían de unos estudios a otros, pero se situarían entre 91 mil millones de euros en Europa (Olesen et al., 2012) y 160 mil millones de dólares en EEUU (Cuijpers et al., 2007). Asimismo, en el caso europeo la cifra de costes de la depresión variaría considerablemente de un país europeo a otro. De hecho, mientras que en Suecia los costes anuales de la depresión se sitúan en torno a 3542 millones de euros anuales (Sobocki et al., 2007), en países como Holanda, los costes fueron calculados en 192.2 millones de dólares anuales (Cuijpers et al., 2007). En España, los estudios cifran el coste entre los 5005 millones de euros anuales (Valladares et al., 2009) a los 2669 millones euros anuales (Sicras-Mainar et al., 2010).

Introducción

En cualquier caso, en la mayoría de estos estudios se destaca que aunque el gasto farmacéutico ha sufrido desde los años 90 un incremento exponencial, una gran cantidad de los gastos son debidos a los costes laborales (Birnbaum et al., 2010; Valladares et al., 2009). En concreto, el coste laboral de la depresión supondría el 71% de los costes totales en Europa (Sobocki et al., 2006).

Gráfico 1: Distribución de costes de la depresión en España(Ofisalud, 1998)



En España, en 1998 (Ofisalud, 1998) ya la gran mayoría de los costes se debieron a gastos indirectos (gráfico 1) siendo los costes laborales la fuente más grande de estos costes (tabla 1).

Tabla 1: Distribución de costes indirectos en la depresión

<b>COSTES INDIRECTOS</b>		<b>%</b>
<b>Mortalidad prematura</b>	Por suicidio	11.5%
	Por otras causas	23.9%
<b>Incapacidad laboral</b>	Invalidez	35.6%
	Incapacidad laboral	14.3%
	Baja productividad	14.7%

Datos más recientes publicados en 2010 resaltan que los costes laborales suponen en torno al 67% de los costes totales de la depresión. Dentro de ellos, en torno a un 61% serían por discapacidad permanente o invalidez y un 34% serían debidos a la discapacidad laboral temporal y a la pérdida de productividad (Sicras-Mainar et al., 2010).

Asimismo, un estudio recientemente publicado apunta a que la discapacidad laboral en los enfermos con depresión no sólo es causa de una importante proporción de costes indirectos sino que también ha sido asociada a un mayor uso de servicios de salud en España (Gabilondo et al., 2010). En este sentido, la discapacidad laboral no solamente sería origen de los costes indirectos sino que también repercutiría en los gastos del tratamiento (directos).

Introducción

#### **1.4. Impacto de la depresión en el trabajo**

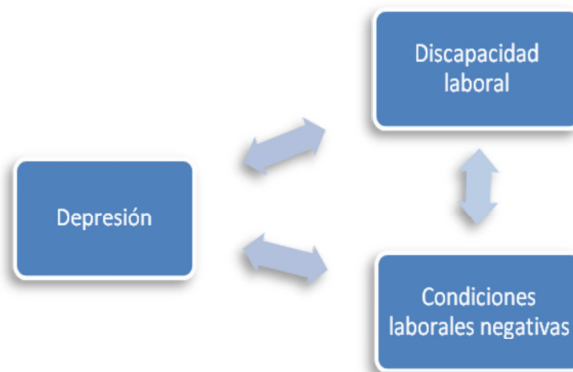
Al igual que con otras condiciones de salud, en el campo de la medicina del trabajo se ha estudiado qué condiciones laborales se relacionan con padecer depresión.

Grandes desequilibrios entre grandes demandas laborales y escaso tiempo para realizarlas han sido señalados como factores de riesgo para padecer depresión (Melchior et al., 2007). Asimismo, hay evidencia de que excesivas demandas de trabajo y baja supervisión y control por parte del superior son factores de riesgo para padecer esta enfermedad (Niedhammer et al., 1998). Otras variables relacionadas con la incidencia de depresión serían la comunicación deficiente, conflictos de rol entre los trabajadores, clima competitivo (Mezerai et al., 2006) y exceso de horas de trabajo semanales (Waghorn & Chant, 2011).

Sin embargo, posiblemente lo que más ha impulsado que la investigación no sólo se centre sobre qué condiciones laborales son factores de riesgo de la depresión, sino que también se estudie las consecuencias laborales de la depresión, han sido los resultados expuestos por los estudios de coste, anteriormente comentados, que han puesto de relieve que la depresión es una gran fuente de costes económicos, sociales y personales.

Las relaciones entre condiciones laborales, problemas en el trabajo y depresión podrían ser más complejas de lo inicialmente pensado. La depresión de un trabajador podría provocar la ausencia del mismo en su puesto de trabajo, que a su vez podría repercutir en las condiciones laborales de sus compañeros, habiendo más riesgo de incidencia de depresión en ese lugar de trabajo. Teniendo en cuenta esto, es posible que las relaciones entre depresión, discapacidad laboral y ambiente laboral sean interactivas y bidireccionales (figura 1).

Figura 1: Relaciones entre depresión, condiciones laborales y discapacidad



Los trastornos depresivos representan en nuestra sociedad actual uno de los elementos más comunes que contribuyen al desempleo y a la discapacidad laboral (Truax & McDonald, 2002). Por ejemplo, se ha estimado que mientras que entre el 17% y el 21% de

### Introducción

la población general tiene una discapacidad laboral transitoria a lo largo de su vida laboral (Kessler et al., 1999), en el caso de los trabajadores con depresión estos porcentajes se elevan a entre el 37% y el 48% (Goldberg & Steury, 2001). Las causas de este gran impacto son posiblemente múltiples.

En primer lugar, la depresión suele afectar mayormente a las personas de entre 20 y 44 años (Beck & Alford, 2009), que es una franja vital en la cual la mayoría de las personas trabaja. En segundo lugar, la discapacidad laboral debida a la depresión tiene un efecto prolongado en el tiempo, ya que se originaría tempranamente, afectando al individuo en el inicio su carrera y se mantendría posteriormente a lo largo de la vida laboral debido a la cronicidad de los episodios (Bender & Farvolden, 2008). En tercer lugar, muchos trabajadores con depresión no solicitan tratamiento debido al temor de los efectos secundarios que éste pueda tener en su trabajo (National Mental Health Association & Employee Assistance Professionals Association, 1996). Aún así, los datos disponibles demuestra que la ausencia de tratamiento se relaciona con mayor discapacidad laboral y mayores costes laborales (Simon et al., 2001). Por último, en los lugares de trabajo, la depresión en ocasiones sigue sin ser considerada como un problema de salud y es causa de estigma y discriminación (Barney et al., 2009; Haslam et al., 2005); esto hace que el trabajador con depresión tenga menos oportunidades que

trabajadores con otras enfermedades a la hora de solicitar tratamiento (Glozier, 1998).

La depresión provoca en el trabajador múltiples problemas (Lerner et al., 2004a). A continuación, se expone una breve revisión de los estudios que ilustran cada uno de ellos.

#### **1.4.1. La depresión y el absentismo**

Según Miguel Ángel Galindo (2008), el absentismo laboral es *“toda aquella ausencia o abandono del puesto de trabajo, incumpliendo las condiciones establecidas en el contrato”*. Existen dos tipos de absentismo: el previsible o justificado (incapacidad laboral temporal, permisos pactados) y el imprevisible o no justificado (retrasos, hacer recados, etc.) (Galindo Martín, 2008).

Uno de los primeros estudios que señaló que el absentismo estaba ligado a la depresión fue el realizado por Broadhead en EEUU (1990). En él se desveló que la depresión causaba más absentismo en la empresa que otras enfermedades como la hipertensión, la diabetes, los dolores de espalda, los trastornos pulmonares o los gastrointestinales, siendo sólo similar su impacto al de los trastornos cardiacos.

En Europa el estudio europeo ESEMeD ha situado la depresión como uno de los trastornos mentales que más días de trabajo

## Introducción

perdidos causaron en Europa (Alonso et al., 2004). Otro estudio europeo más reciente, el estudio MHADIE, demostró que la depresión era una de las enfermedades con mayor impacto en el ámbito laboral, muy por encima de otras enfermedades como los trastornos cardiacos o la migraña (Garin et al., 2010). El mismo resultado ha sido hallado en una muestra representativa de población mexicana, donde la depresión fue el trastorno mental que causaba mayor número de días de trabajo perdidos (Lara Muñoz et al., 2007).

En cuanto al número medio de días de absentismo que causa la depresión, la cifra varía según cada estudio. Por ejemplo, el estudio de Kessler (2008) demostró que individuos con depresión mayor tenían 27.2 días de trabajo perdidos anuales. Otro trabajo estimó que las personas con depresión tenían 13.2 días de trabajo perdidos anuales y que éstos no se diferenciaban estadísticamente respecto a aquéllos que tenían depresión y diabetes en número de días de trabajo perdido (Egede, 2004). Los días medios de ausencia en el trabajo al mes de un individuo con depresión fueron 2.3 según un estudio realizado por Wang y colaboradores (2004).

### **1.4.2. La depresión y las bajas laborales**

La baja laboral por enfermedad es *“un subsidio diario que cubre la pérdida de rentas mientras el trabajador está imposibilitado temporalmente para trabajar”* (Gervás et al., 2006).



De esta manera, la baja laboral conlleva que el trabajador pueda ausentarse legalmente del trabajo sin estar incumpliendo las condiciones del contrato y recibiendo por tanto su salario. Dependiendo del sistema sanitario del país la baja laboral es dispensada por diferentes profesionales sanitarios (generalmente médicos). En el caso de España, el encargado de concederla es únicamente el médico de Atención Primaria. Sin embargo, tanto en Francia como en Alemania los médicos especialistas también la pueden prescribir.

La duración máxima de esta prestación es diversa dependiendo del país; en España es de 365 días prorrogables a 180 más, detrás de los cuales es un tribunal médico quien decide si hay una necesidad de pensión por invalidez o no. Por su parte, en EEUU la duración máxima de la incapacidad laboral transitoria que cubre un seguro de salud es de 44 semanas.

Datos recientes de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo aseguran que la depresión, la ansiedad y el estrés están presentes en el 60% de las bajas dispensadas en Europa (European Agency for Safety and Health at Work, 2009). Similares cifras también son confirmadas por el Labour Force Survey cuyos resultados, pertenecientes al año 2007, destacan que la depresión, junto con los trastornos de estrés, fueron la tercera causa de problemas laborales en Europa (Eurostat, 2009)

## Introducción

La prevalencia de bajas laborales varía bastante de un país a otro en Europa (Eurostat, 2010), pero no ha habido hasta ahora ningún estudio comparativo sobre la proporción de bajas laborales exclusivamente debidas a la depresión entre países europeos.

Comparando entre sí los datos de diversos estudios nacionales hasta ahora publicados, se deduce que las cifras más altas de bajas laborales por depresión corresponden a algunos países escandinavos (Suecia y Finlandia) (Eurostat, 2011). En torno al 61% de los pacientes diagnosticados de depresión en un estudio en Finlandia obtuvieron baja laboral (Sorvaniemi et al., 2003b). Por su parte, Reino Unido también es uno de los países en donde las bajas laborales por depresión son altas, ya que según datos del 2002 de EUROSTAT, en Reino Unido la depresión sólo estuvo por debajo de las enfermedades musculo-esqueléticas en razones para acogerse a una baja (Eurostat, 2011). En un término medio se encuentra Francia, donde un estudio informó que las bajas en pacientes con depresión fueron adjudicadas al 35% de los casos en la primera visita con el psiquiatra (Raffaitin et al., 2011), de los cuales, un 21% ya había recibido previamente una baja laboral en el mismo o en un episodio depresivo anterior.

Independientemente del número de bajas causadas directamente por la depresión, diversos estudios informan también que las bajas laborales por depresión son más prolongadas que las de

trabajadores con otras enfermedades (Nieuwenhuijsen et al., 2008). En España, los trastornos depresivos se encuentran entre las diez primeras causas de baja laboral, siendo además las de mayor duración con una media de 145 días (Gutierrez Labrador, 2009).

Para intentar dar respuesta a por qué hay tantas bajas y por qué son tan prolongadas, una de las más importantes compañías de seguros en Suecia (AFA) ha subvencionado el proyecto Depression & Utmattning (depresión y agotamiento). Los resultados preliminares del estudio en una muestra de 203 pacientes con baja laboral por depresión, determinaron que en un 82% de los casos los pacientes cumplían criterios de depresión mayor; sin embargo, analizando detalladamente los historiales clínicos de los pacientes se descubrió que en muchos de los casos se presentaban síntomas atípicos y en la mayoría la depresión parecía secundaria a una situación prolongada de estrés laboral. Asimismo, se descubrió que los síntomas de fatiga y los problemas cognitivos que persisten tras la sintomatología podrían explicar por qué las bajas laborales por depresión son tan prolongadas (European Agency for Safety and Health at Work, 2009).

Esto es confirmado en varios estudios realizados en países emergentes (India, China y Brasil) donde en algunos sectores laborales, como en el sector servicios o de negocios, la ansiedad y depresión y otros problemas relacionados con el estrés son actualmente las primeras causas de baja laboral (Cooper, 2011).

## Introducción

El hecho de que las diferencias entre países sobre prevalencia de baja laboral responden a cuestiones sociales y políticas, se demuestra en el caso de Suecia. Este país es el que tenía mayor prevalencia de baja laboral por depresión en Europa. Sin embargo, hay datos que apuntan a que desde principio del año 2000 ha habido una disminución progresiva del número de bajas laborales. Esta reducción ha sido principalmente debida a una reforma sanitaria que afectó a la forma de administración de las prestaciones laborales (Häggebrink & Lovén, 2010).

No obstante, se ha demostrado que la prevalencia de bajas estaría también muy relacionada con el gasto sanitario que se realiza en cada país, de tal forma que los países que más invierten en gasto sanitario, son los que menos bajas laborales tienen (Cesifo Group Munich, 2006).

### **1.4.3. La depresión y el desempleo**

Ante la reciente situación económica de crisis mundial, se ha confirmado que las personas que han perdido bruscamente su trabajo tienen un mayor riesgo de padecer depresión que los que están empleados (Howe et al., 2011). De hecho, sin necesidad de ser despedido, el propio miedo a ser perder el trabajo y la inseguridad laboral son factores de riesgo para padecer síntomas depresivos (Avcin et al., 2011).

Diversos estudios han informado de la existencia de una alta tasa de desempleo entre las personas que padecen depresión (El-Guebaly et al., 2007; Lerner et al., 2004a; Lerner & Henke, 2008; Marcotte et al., 1999). Según datos obtenidos en un estudio realizado en Reino Unido, el conocimiento por parte del personal de selección de que el solicitante tenía depresión redujo significativamente las probabilidades de conseguir ese empleo (Glozier, 1998). De esta manera parece que la relación entre el desempleo y la depresión es recíproca.

El estigma y la discriminación social son probablemente una de las grandes barreras en la búsqueda y recuperación laboral de los individuos con depresión. De hecho, el estudio europeo ESEMeD encontró que el 14% de los enfermos mentales encuestados habían sufrido discriminación social y vergüenza ante su enfermedad, y que a su vez el estar desempleado aumentaba la probabilidad de ser estigmatizado (Alonso et al., 2009).

#### **1.4.4. La depresión y la incapacidad laboral permanente**

La pensión de incapacidad permanente es en nuestro país *“una prestación que se reconoce a un trabajador que después de haber estado sometido a un tratamiento prescrito y haber sido dado de alta médicamente, presenta reducciones anatómicas o funcionales*

## Introducción

*graves, previsiblemente definitivas, que disminuyen o anulan su capacidad laboral”* (Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2010).

La depresión provoca tantos problemas laborales que también ha sido relacionada con una discapacidad laboral permanente o pensión sobre todo si la persona presenta una problemática añadida. Un estudio realizado en Finlandia demostró que dos tercios de las pensiones de discapacidad por depresión se habían asignado a individuos que además presentaban una comorbilidad somática o psicológica (Isometsa et al., 2000).

### **1.4.5. La depresión y la jubilación anticipada.**

La depresión está también relacionada con un mayor riesgo de jubilación anticipada (Karpansalo et al., 2005). En este sentido, según datos de la Comisión Europea, las tasas de jubilación anticipada por problemas de salud mental se han incrementado en los últimos años en países como Alemania, Finlandia y Suecia (McDaid, 2008).

Datos de la seguridad social en Alemania informan de que las personas con problemas relacionados con el estrés y la salud mental se jubilan en torno a los 48 años, cuando la edad de jubilación en dicho país es de 65 años (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2008).

En 2007 en Suecia, el 35% de las jubilaciones anticipadas fueron unidas a problemas de salud mental (Häggebrink & Lovén, 2010) y en Finlandia, el Ministerio de Asuntos Sociales ha desarrollado un programa (MASTO Project) dirigido especialmente a la mejora de la salud mental y la disminución de la jubilación anticipada debida a la depresión (Virtanen, 2011).

#### **1.4.6. La depresión y el presentismo**

Las personas que sufren depresión pero siguen trabajando, también padecen otros problemas, uno de ellos es el presentismo. El presentismo ocurre cuando los trabajadores, debido a su condición de salud, no funcionan completamente, o bien porque llevan a cabo trabajos de peor calidad, o bien porque su nivel de productividad está mermado (Webster's New World™, 2008)

##### **1.4.6.1. Baja productividad**

En un estudio publicado en 1986 (Motowidlo et al.) se observó que los individuos con depresión no rendían tanto en el trabajo como los individuos sin depresión. De hecho, se ha sugerido que en el trabajo las personas con depresión se diferencian de las que no tienen depresión, no tanto por el absentismo sino por la pérdida de productividad o presentismo (Lee, 2010; Lim et al., 2000).

## Introducción

En esta misma línea, se encuentran los resultados encontrados en una sub-muestra del “World Mental Health Survey”, donde la depresión mayor fue el trastorno mental que más impacto tuvo en el desempeño laboral de los trabajadores en Japón (Tsuchiya et al., 2012).

Asimismo, se ha estimado que los individuos con depresión sólo desempeñarían el 70% de su capacidad en el trabajo (Rost et al., 2005). Datos aún más negativos se han encontrado en el estudio francés NEXTEP, que afirmó que la actividad laboral estaba negativamente afectada en el 95% de los casos dentro de una muestra de 2516 pacientes con depresión de atención especializada (Raffaitin et al., 2011).

La pérdida de rendimiento no sólo parece estar presente en trabajadores con depresión sino que aquéllos que habían padecido anteriormente depresión tienen también más problemas en llevar a cabo actividades laborales que los que nunca han tenido depresión (Gilmour & Patten, 2007).

En Estados Unidos, los costes anuales atribuibles a la pérdida de productividad debida a la depresión ascienden de 44 a 51.5 billones de dólares (Lerner et al., 2004b; Stewart et al., 2003). Mientras que en España, según un informe del Ministerio de Trabajo, el número de días de productividad perdida por depresión en el año 2008 fue 25.5 (Instituto Nacional de la Seguridad Social, 2008).



#### 1.4.6.2. Baja calidad del trabajo

Debido posiblemente a las limitaciones en las habilidades que los trabajadores con depresión experimentan al llevar a cabo sus tareas (Lagerveld et al., 2010), la calidad de su trabajo podría estar también comprometida (Bender & Farvolden, 2008). Diversos estudios han demostrado que los trabajadores con depresión encuentran mayores dificultades en tareas que exigen esfuerzos mentales (por ejemplo concentración), de planificación, manejo del tiempo, trabajo en equipo e incluso tareas físicas (Adler et al., 2006; Burton et al., 2004; Lerner et al., 2004a; Sanderson et al., 2007).

#### **1.4.7. La depresión y el sobre-esfuerzo en el trabajo**

De la misma manera, la depresión también causa que las personas tengan que realizar un esfuerzo extra para llevar a cabo las tareas con un resultado aceptable. Dewa & Lin (2000) encontraron que personas con depresión tuvieron de media 11.6 días de esfuerzo extra en el último mes.

Introducción

## **1.5. Variables relacionadas con la discapacidad laboral**

Diversos estudios han intentado analizar las variables que predicen o se relacionan con la discapacidad laboral en individuos con depresión, estos estudios se han basado tanto en muestras de población general (contextos laborales de empresas) como en población clínica. El conocimiento de estos factores es útil para identificar poblaciones de riesgo y ayudar en el diseño de intervenciones más efectivas y plantear en los casos necesarios campañas de prevención.

Las variables relacionadas más estudiadas han sido probablemente las de tipo clínico, sin embargo hay también de otros muchos tipos. A continuación se presentan cada uno de ellos.

### **1.5.1. Variables clínicas**

#### **1.5.1.1. Severidad de la depresión**

En un reciente estudio publicado en 2011 con población holandesa de distintos ámbitos (población general, atención primaria y especializada) que padecía depresión mayor, se comprobó que las variables clínicas explicaban un considerable porcentaje de la varianza en el número de semanas que los participantes se habían ausentado del trabajo. Dentro de las variables clínicas, la más

relevante fue la severidad de la depresión (Verboom et al., 2011). La severidad de la sintomatología depresiva también fue un factor relevante en el estudio de Souetre et al.,(1997). En este estudio observacional, la severidad de los síntomas, medida con la escala de depresión de Hamilton, fue el factor más relacionado con el absentismo. Similares resultados, pero sin utilizar instrumentos diagnósticos, fueron encontrados en el estudio de Koop (1995) realizado con una muestra representativa de la población húngara en el que se encontró que tener una mayor puntuación en el inventario de depresión de Beck (BDI) (Beck et al., 1961) estaba relacionado con una mayor probabilidad de presencia de baja laboral.

Carolina Dewa (2002) publicó un estudio basado en una muestra de trabajadores de tres empresas de Canadá. Los resultados hallados destacaron que aquéllos que volvían al trabajo tras un episodio depresivo, tenían una menor severidad de los síntomas depresivos en comparación con aquéllos que no volvían al trabajo, o que se les concedía una prestación de baja de mayor duración. Por otra parte, un reciente trabajo publicado con población holandesa confirmó que los trabajadores que tuvieron una severidad de los síntomas depresivos moderada-grave presentaron bajas laborales más prolongadas (Vlasveld et al., 2011a).

Asimismo, otro estudio de coste-eficacia comparando datos de Escitalopram vs. Duloxetina concluyó que un incremento en la

## Introducción

severidad de los síntomas fue un factor predictor de una mayor duración de la baja laboral (Wade et al., 2008).

No obstante, se ha demostrado que la severidad de los síntomas está fuertemente ligada no sólo a problemas de absentismo sino también al rendimiento, ya que diversos estudios han demostrado que los déficits en el rendimiento laboral son mayores en aquellas personas que tienen mayor severidad de los síntomas depresivos (Lerner et al., 2004a; Sanderson et al., 2007) .

Del mismo modo que la severidad de los síntomas está ligada a una mayor discapacidad laboral, una disminución de la sintomatología depresiva, parece estar también relacionada con mejorías en el rendimiento laboral (Lerner et al., 2004b). No obstante, hay evidencia que apunta que el rendimiento de los que mejoran sintomáticamente es aún inferior a los sujetos sin depresión.

Por el contrario, no en todos los estudios la severidad de la depresión es un factor relevante. En el estudio VAANTA llevado a cabo con población finlandesa no se pudo demostrar que la severidad de los síntomas fuera un factor ligado ni a las bajas laborales (Rytsala et al., 2005) ni a prestaciones de incapacidad laboral más largas (Rytsala et al., 2007). Tampoco la severidad de los síntomas fue un factor relacionado con la incidencia de pensiones por discapacidad por depresión en el estudio de Sorvaniemi et al.,(2003b).

### 1.5.1.2. Otros síntomas depresivos

Otros síntomas típicos de la sintomatología depresiva como los problemas de energía y los problemas de sueño también han sido señalados como factores determinantes en el origen de la discapacidad laboral por depresión (Truax & McDonald, 2002). No obstante, hay que tener en cuenta que los problemas de sueño y la fatiga son posiblemente variables relacionadas con la presencia de baja laboral, independientemente de la condición de salud padecida (Akerstedt et al., 2010).

Por otra parte, problemas de memoria, en la toma de decisiones y la falta de concentración han sido factores relacionados con mayor número de días de trabajo perdidos en las personas que padecen depresión (Buist-Bouwman et al., 2008; Wang et al., 2004).

Del mismo modo, la depresión con sintomatología ansiosa ha sido también relacionada con mayores días de trabajo perdidos (Tollefson et al., 1993).

### 1.5.1.3. Comorbilidad

Otra variable clínica que ha sido muy ligada a problemas en la participación laboral en personas con depresión ha sido la comorbilidad. Un ejemplo es el estudio longitudinal retrospectivo de Sorvaniemi publicado en 2003 en el cual se demostró que la comorbilidad física y /o psicológica fue un factor predictor de pensión

## Introducción

por discapacidad entre individuos con depresión (Sorvaniemi et al., 2003a). La comorbilidad con trastornos psicológicos como distimia, problemas de abuso de alcohol o trastornos de ansiedad y de personalidad ha sido también señalada como un factor relacionado con estar de baja por depresión mayor. En el estudio VANTAA de Rystala et al., (2005); sin embargo, dos años más tarde el mismo autor afirmó que la comorbilidad no fue un factor predictor relevante en la incidencia de la baja laboral prolongada (Rytsala et al., 2007). Por otra parte, la presencia de depresión y diabetes, hipertensión o dolores de espalda con depresión resultó asociada en una muestra de 15153 trabajadores a más días de ausencia en el trabajo al año que cuando se presentaban estas condiciones por separado (Druss et al., 2000). La comorbilidad con trastornos de dependencia de alcohol también ha sido señalada como un factor relacionado con el absentismo en el estudio de Van der Weff (2010). Por último, trabajadores que tenían comorbilidad con distimia (denominada depresión doble según el DSM-IV) (American Psychiatric Association, 2000) tenían una mayor incidencia de pérdida de empleo en comparación con aquellos que solo tenían depresión mayor o sólo distimia (Lerner et al., 2004a).

#### 1.5.1.4. Recurrencia de los episodios

El mayor número de episodios previos ha sido señalado en algunos estudios. Por ejemplo, en el trabajo de Rytsala et al.,(2005) encontraron que había más frecuencia de bajas entre los pacientes que habían padecido más episodios depresivos anteriormente. La historia previa de episodios de depresión también fue un factor relacionado con el absentismo en el estudio transversal de Souetre et al.,(1997).

#### 1.5.1.5. Cronicidad del episodio depresivo

La duración de los síntomas ha sido un factor señalado en algunos trabajos. En el artículo de Simon et al.,(2000) se concluyó que aquéllos que tenían una depresión persistente (duración mayor a un 1 año) tenían mayores días de trabajo perdidos que aquellos que sintomáticamente remitieron de la depresión. Los mismos resultados se encontraron en el estudio de Druss que afirmó que aquéllos que tenían una depresión persistente (presente durante los dos años del estudio) tenían más días de trabajo perdido y más pérdida de productividad (problemas en el rendimiento) que las personas que se recuperaron y no tuvieron ningún episodio durante los dos años de estudio (Druss et al., 2000).

La mayor duración de los síntomas depresivos o el mantenimiento de los mismos durante el tiempo del estudio, estuvo también relacionado con una probabilidad 2.17 veces mayor de tener

## Introducción

días de trabajo perdido en una muestra de trabajadores de tres compañías de Estados Unidos (Druss et al., 2001)

El estudio VAANTA en Finlandia también indicó que pasar mayor tiempo deprimido estaba relacionado con la obtención de prestaciones por incapacidad más prolongadas (Rytsala et al., 2007). Sin embargo, estos resultados no pudieron ser contrastados en otros estudios (Sanderson et al., 2007; Sorvaniemi et al., 2003a).

### 1.5.1.6. La falta de remisión/ respuesta al tratamiento

Otra variable clínica frecuentemente estudiada sobre todo en los ensayos clínicos y en los estudios de coste-eficacia, es si los sujetos responden o remiten gracias al tratamiento.

Un estudio de coste-eficacia señaló que aquellos participantes que respondían o que remitían de los síntomas depresivos en la fase aguda del tratamiento (8 semanas), tenían bajas laborales de menor duración. Sin embargo, esta asociación no se dio en la fase de mantenimiento del tratamiento (Wade et al., 2008).

### **1.5.2. Variables personales**

Aunque hay muchas variables clínicas relacionadas con la discapacidad laboral hay también variables personales y ambientales que son relevantes (Verboom et al., 2011). De hecho, un estudio realizado con población alemana afirmó que no existía ninguna



diferencia en el curso de la mejoría de los síntomas después de ocho semanas de tratamiento entre aquellos individuos con depresión que recibían una prescripción de baja laboral y los que no la recibieron. De esta forma, las variables clínicas introducidas en el estudio no lograron explicar por qué unos sujetos recibieron la baja y otros no, sino que su concesión parecía estar más relacionada con variables personales o ambientales. De este resultado se podría deducir que los clínicos se basarían en variables más allá de las clínicas en su decisión de administrar la baja laboral (Bermejo et al., 2010).

#### 1.5.2.1. Patrones de personalidad

Entre las variables personales estudiadas, el estudio de Verboom, et al (2011) destaca que rasgos de personalidad como un mayor grado de extroversión, conciencia y apertura estuvieron inversamente relacionados con un mayor absentismo laboral.

El perfeccionismo y las autocríticas son también rasgos de personalidad ligados a las personas con depresión, de tal manera que esa autocrítica y exigencia con su propio trabajo, podrían desencadenar una visión de sí mismos como personas no capaces de trabajar, lo que les hace asumir un rol o identidad de “inválidos” ante sí mismos y los demás, que podría perpetuar y mantenerlos problemas laborales (Nieuwenhuijsen et al., 2008).

## Introducción

De hecho, un estudio cualitativo que reunió 40 entrevistas a pacientes con baja laboral debidas a problemas mentales (ansiedad, depresión o estrés) afirmó que cogniciones como el perfeccionismo eran una de las principales barreras para volver al trabajo (Noordik et al., 2011).

Otras variables de personalidad recientemente estudiadas han sido el optimismo y el pesimismo. En un estudio realizado en una empresa de trabajadores del sector público el optimismo fue señalado primeramente como un factor de protección para el desarrollo de discapacidad laboral por depresión y, en segundo lugar, como factor asociado a una mayor probabilidad de vuelta al trabajo. Por su parte, el pesimismo no fue un factor de riesgo de discapacidad laboral por depresión, pero sí estuvo asociado con una probabilidad menor de volver al trabajo (Kronstrom et al., 2011).

### 1.5.2.2. Edad

Las personas de mayor edad parecen también tener mayor frecuencia de bajas laborales por depresión que los más jóvenes (Catalina et al., 2011; Rytala et al., 2007). Uno de los pocos estudios realizados en España con pacientes con trastornos afectivos pertenecientes a Atención Primaria revela que los individuos de mayor edad tenían bajas laborales de mayor duración (Serna Arnaiz et al., 2007). No obstante, los resultados habría que observarlos con

prudencia, ya que el estudio no controló el efecto de otras variables, por ejemplo la comorbilidad con otros trastornos, que aumenta con la edad. En otro estudio reciente que incluyó una muestra representativa de la población trabajadora holandesa y en el que se incluyeron personas con depresión, una mayor edad predijo una mayor duración de la baja laboral (Vlasveld et al., 2011b).

#### 1.5.2.3. Género

El género ha sido también otra variable que se ha relacionado con las bajas laborales, si bien muchos estudios no han encontrado evidencias de que sea una variable independientemente relacionada con la discapacidad laboral (Rytsala et al., 2007; Verboom et al., 2011). Sin embargo, en otro estudio (Hensing et al., 1996) se concluyó que el género es una variable a tener en cuenta para analizar la discapacidad laboral en los trastornos mentales ya que las mujeres tendrían más bajas laborales, pero las de los varones serían más prolongadas. Otro estudio realizado con datos de una corporación en EEUU fue en consonancia con estos resultados (Dewa et al., 2002), demostrando que las mujeres con depresión regresaban significativamente antes al trabajo que los varones.

En contraste con estos resultados, se encuentran varios estudios sobre bajas laborales por depresión realizados en España. Uno de ellos, llevado a cabo por una mutua de seguros, concluyó que

## Introducción

las mujeres tenían bajas laborales más duraderas que los varones (Catalina et al., 2011). En otro de ellos, realizado con pacientes de Atención Primaria de Lleida, se demostró que había mayor número de bajas laborales adjudicadas a mujeres que a varones con depresión (62% frente al 37%), aunque no había diferencias entre sexos en cuanto a la duración de la prestación (Serna Arnaiz et al., 2007).

En cualquier caso, parece que el presentismo sí sería mayor en mujeres que en varones. Un estudio con población australiana demostró que la mujeres podrían ser más vulnerables a la pérdida de productividad en la depresión, afectando ésta al 46.4% de las mujeres y al 28.6% de los varones (Waghorn & Chant, 2006).

### 1.5.2.4. Estado civil

Hay también evidencia de que en población general, los hombres divorciados, sobre todo en el momento de separación, tienen una mayor vulnerabilidad para tener baja laboral que los hombres casados. Por otro lado, las mujeres divorciadas tendrían mayor riesgo de tener una baja laboral en el momento de la separación, si son madres, que las mujeres que están casadas (Blekesaune & Barrett, 2005). Por el momento no se ha confirmado si estos resultados también se darían en el caso de personas que padecen depresión.

### **1.5.3. Funcionamiento global**

El nivel global de problemas en otras áreas de funcionamiento también ha sido mencionado como factor relacionado con la duración de la baja laboral, de tal modo que un aumento en el nivel de discapacidad global es un factor predictor de mayor duración de la baja laboral (Wade et al., 2008).

### **1.5.4. Variables ambientales**

#### **1.5.4.1. Entorno de trabajo**

Como se ha comentado anteriormente, el área de la salud ocupacional se ha dedicado a analizar qué condiciones laborales estarían relacionadas con la incidencia de determinados problemas de salud, incluida la depresión y cómo también la depresión afectaría a ese clima laboral.

Una de las teorías más aplicadas es la del “*job strain*” (tensión laboral) (Karasek et al., 1982) que fue elaborada para explicar y predecir la incidencia de determinados problemas de salud como estrés, trastornos cardíacos (Collins et al., 2005), hipertensión arterial, ansiedad o depresión en función del entorno laboral. Esta teoría, ahora está siendo también aplicada con el objetivo de prevenir y reducir el número de bajas laborales ocasionadas por estas enfermedades.

## Introducción

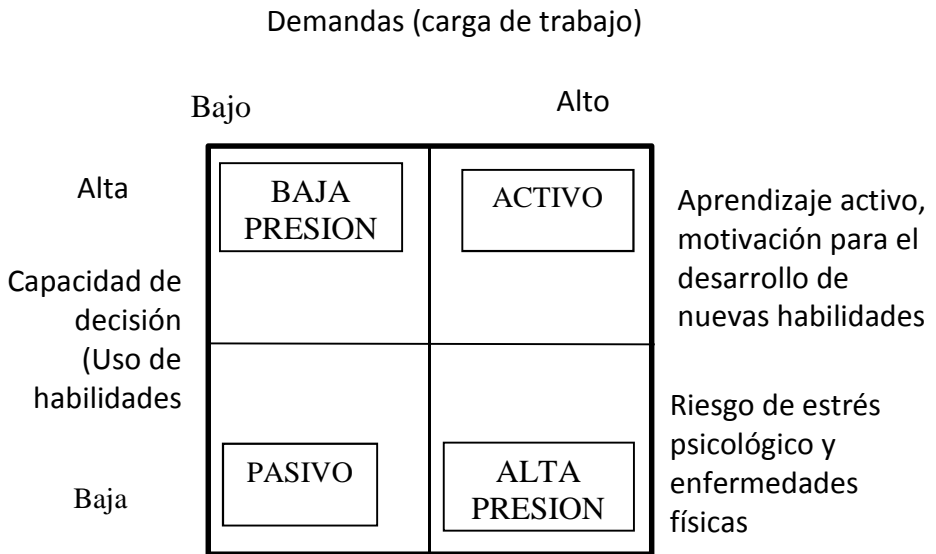
El modelo de tensión laboral (Bakker & Demerouti, 2007; Schnall et al., 2000) enfatiza la interacción entre la demanda y el control que tiene el trabajador de sus tareas para describir el entorno laboral. Según el modelo, dos variables influyen en la situación laboral del individuo: la capacidad de toma de decisiones que tiene el trabajador sobre su trabajo (control) y la carga global de trabajo.

Otras variables intervinientes, tales como las demandas cognitivas que exige la tarea, el control del superior, el apoyo de los compañeros y la satisfacción laboral influirían sobre el control y/o la carga global del trabajo (Bakker & Demerouti, 2007).

La interacción de todas estas variables haría que el ambiente laboral sea más o menos saludable. Tal y como se representa en la figura 2, el ambiente laboral más patológico sería la situación “*high strain*” (alta presión) en el que el trabajador no tiene control sobre su trabajo y tiene mucha demanda (carga) de trabajo de alta exigencia cognitiva.

Un estudio realizado en una compañía eléctrica nipona mostró que un bajo apoyo del supervisor, una baja satisfacción laboral, la presencia de síntomas depresivos y altas demandas de trabajo, fueron variables relacionadas con un mayor número de bajas laborales en los hombres, mientras que la baja satisfacción en el trabajo fue la única variable relacionada con mayor número de bajas en el caso de las mujeres (Otsuka et al., 2007).

Figura 2: Modelo de tensión laboral (Schnall et al., 2000)



Otro reciente estudio longitudinal japonés, realizado en una muestra de empleados de seis compañías, demostró que un rol ambiguo en el trabajo fue un factor predictor de bajas laborales por depresión, mientras que una alta capacidad de toma de decisiones (job control) fue un factor asociado a un menor número de bajas laborales (Inoue et al., 2010).

El estudio longitudinal belga, BELSTRESS I, realizado con trabajadores de 11 compañías, incluyó el modelo de “tensión laboral” para verificar su relación con la incidencia de bajas laborales por depresión administradas por el médico de Atención Primaria. Los resultados mostraron que los trabajos pasivos (bajo poder de toma

## Introducción

de decisiones en las tareas y bajas demandas) y los trabajos de “alta tensión” (altas demandas y bajo poder de toma de decisiones) fueron predictores de baja laboral por depresión. En este caso, la falta de toma de decisiones predijo la incidencia de bajas laborales por depresión tanto en varones como en mujeres.

Otro análisis recientemente publicado informó que los trabajadores con depresión que tenían: bajo apoyo de los compañeros o del superior, mayor cantidad de carga de trabajo y baja ergonomía tuvieron mayores problemas laborales (Lazarevic et al., 2011)

Por otra parte, diversos trabajos demuestran que una correcta y fluida comunicación entre el empleado y el superior es también un factor relevante, no sólo para prevenir problemas laborales (Shaw et al., 2003), sino también para facilitar la vuelta al trabajo en personas con baja laboral (Friesen et al., 2001; Nieuwenhuijsen et al., 2008).

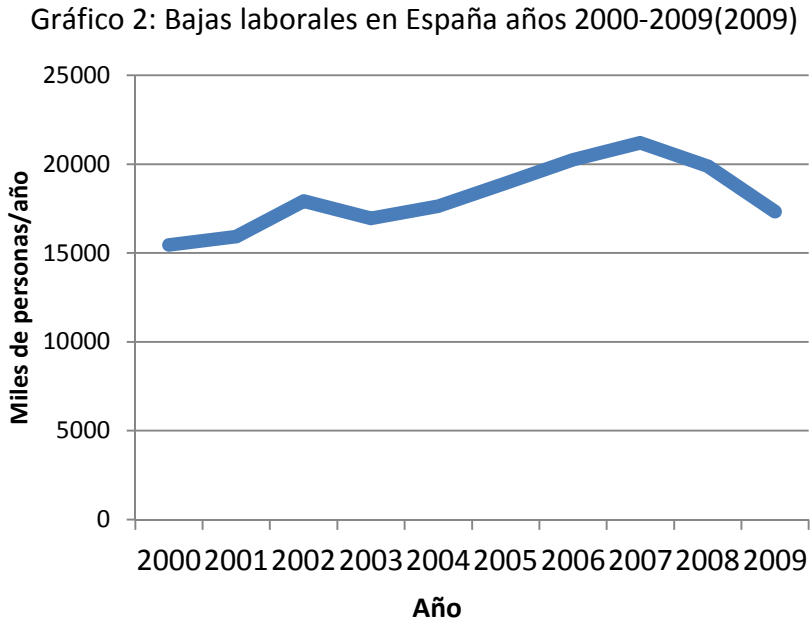
Por ultimo, también el tipo de tareas podría ser también un factor relevante, ya que los trabajadores que tuvieron altas demandas de tipo físico tardaron más tiempo en regresar al trabajo y tuvieron bajas más prolongadas (Vlasveld et al., 2011b) que los que no tenían ese tipo de demandas



#### 1.5.4.2. Estatus socioeconómico

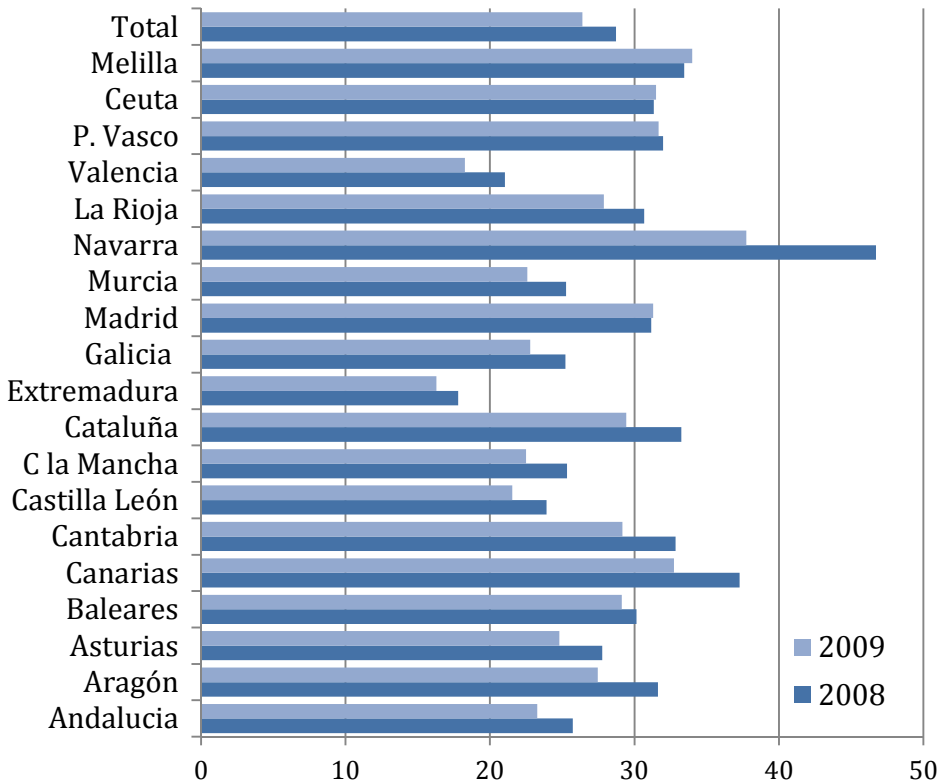
Las situaciones económicas desfavorables han sido señaladas tradicionalmente como un factor de riesgo para padecer depresión (Friesen et al., 2001; Hong et al., 2011). Recientemente, ha sido demostrado que el ser desahuciado por el banco se relaciona con un incremento en la incidencia de síntomas depresivos (McLaughlin et al., 2011). Aunque de momento no hay datos específicos para la depresión, el estatus socioeconómico podría influir notablemente sobre el número de bajas laborales. Según datos del Instituto Nacional de Estadística español, desde el año 2004 (pujanza económica) se había dado un crecimiento exponencial en España del número de bajas (grafico 2). Sin embargo, en el año 2009 ha habido una disminución de la incidencia de bajas laborales de 28.78 casos mensuales a 26.31 casos por cada 1000 trabajadores (Instituto Nacional de Estadística, 2009). Este ligero descenso ha sido atribuido a la crisis económica.

## Introducción



La disminución de la incidencia de bajas laborales sería generalizada y en todas las comunidades autónomas de España, tal y como se representa en el gráfico 3.

Gráfico 3: Incidencia media de bajas laborales en España en 2008 y 2009 (Instituto Nacional de Estadística, 2009)



Los trabajadores no pedirían la baja por miedo a ser despedidos, a pesar incluso de que las condiciones de trabajo serían peores (mayor estrés, mayor demanda y menor apoyo), lo que ocasionaría que el trabajador fuera al trabajo a pesar de su condición. Es por esto que parecería razonable pensar que pudiera haber un aumento del presentismo, aunque de momento no hay ninguna publicación científica al respecto.

## Introducción

### 1.5.4.3. VARIABLES DEL SISTEMA SANITARIO

Otras de las variables que también han sido estudiadas por su relación con la prescripción de bajas laborales han sido variables relacionadas con el sistema sanitario. En concreto, las características de los profesionales de la salud ha sido un factor relacionado con la incidencia de bajas laborales.

Los médicos a cargo de la prescripción de bajas laborales deben sopesar la interacción de múltiples variables: sentimientos de enfermedad del paciente, deseos del paciente de obtener la baja y características del cuadro clínico para resolver si un certificado de baja laboral es necesario. Esta complicada decisión podría también explicar por qué hay tantas diferencias de prevalencia de número de prescripciones entre diferentes profesionales.

Hay diversos estudios que apuntan a que los médicos mujeres realizan más prescripciones de baja laboral que los varones (Englund et al., 2000). También parece que la especialidad influiría en el número de bajas laborales prescritas. De hecho, hay evidencia contradictoria respecto a si los médicos de Atención Primaria prescribirían más o menos bajas laborales que los especialistas, ya que hay estudios que apuntan a que son los médicos de primaria los que prescribe mayor número de bajas (Englund et al., 2000), mientras que otros estudios concluyen que estar en tratamiento con un especialista es un factor predictor de una baja laboral más

prolongada (Vlasveld et al., 2011b). Este resultado podría ser explicado por el hecho de que las personas que son atendidas por un especialista, en teoría, estarían clínicamente más graves, lo cual iría asociado con bajas laborales más prolongadas. Más estudios serían necesarios para verificar si realmente la especialidad del médico sería un factor independiente de la severidad clínica.

Lo que sí parece claro, según se destaca en una reciente investigación cualitativa, es que la colaboración entre psiquiatras y médicos de Atención Primaria es vista por los pacientes con depresión como un factor relevante en el tratamiento para reducir su discapacidad laboral (Pavlic, 2011; Vlasveld et al., 2011b).

También la presencia de un hospital en el municipio ha marcado diferencia en la duración de las bajas laborales, ya que aquéllos que tienen más distancia con el hospital tienen bajas más prolongadas (Arrelov et al., 2005). Sin embargo, todas estas variables relacionadas no han sido de momento específicamente estudiadas para el caso de bajas laborales por depresión.

## **1.6. Influencia del tratamiento de la depresión en la discapacidad laboral**

Hay evidencia de que aquellos pacientes con depresión que consiguen la remisión de los síntomas tienen menos días de

## Introducción

absentismo que los que no remiten (Sobocki et al., 2006). No obstante, hay datos contradictorios en la literatura sobre la eficacia de los tratamientos en los problemas laborales en pacientes con depresión.

A continuación se expone una breve revisión de la literatura sobre el tratamiento de la discapacidad laboral en la depresión, por tipo de estudio.

### **1.6.1. Estudios observacionales**

Sorprendentemente, la mayoría de los datos existentes sobre los efectos de los tratamientos en la discapacidad laboral proceden de estudios observacionales. Uno de los más antiguos es el estudio de Souetre et al.,(1997). Se trata de un trabajo de baja calidad metodológica que incluyó una muestra de sujetos tratados con: Fluoxetina, Amineptina, Amitriplina y Clomipramina, en el que se incluyó el número de días de absentismo laboral, tras una semana de tratamiento. El estudio demostró que los pacientes tratados con Fluoxetina tuvieron menos días de absentismo en el trabajo que el resto de pacientes; no obstante, la corta duración del estudio y la falta de asignación aleatoria de los sujetos, hace que los resultados no sean muy generalizables.

Otro estudio, de mejor calidad, realizado con datos de aseguradoras, encontró que los individuos que fueron tratados con antidepresivos solían volver al trabajo antes que aquéllos que no fueron sometidos a tratamiento (Dewa et al., 2003b), aunque en los casos de depresión leve, aquéllos que tomaron antidepresivo tardaron en volver al trabajo más tiempo que los que no tomaron antidepresivos.

El estudio internacional y naturalístico LIDO realizado con pacientes de Atención Primaria indicó que pacientes tratados con antidepresivos tuvieron una disminución estadísticamente significativa de los síntomas, pero no del número total de días de trabajo perdido (Simon et al., 2002).

Otro estudio observacional naturalístico más reciente, fue el estudio NEXTEP. En él, se midió la severidad sintomática, la capacidad para trabajar y el número y duración de las bajas expedidas ante el tratamiento usual. El estudio concluyó que el Escitalopram estaba asociado con un menor número de bajas laborales y con menor duración de las bajas (Raffaitin et al., 2011).

Del mismo modo, otro estudio observacional de casos-contróles en pacientes con depresión tratados con antidepresivos, demostró que tras un periodo de ocho semanas hubo una reducción significativa del absentismo y un aumento del rendimiento laboral (Woo et al., 2011).

## Introducción

En cualquier caso, los resultados de todos estos estudios deben ser mirados con prudencia ya que debido a su diseño, los cambios acaecidos podrían no deberse exclusivamente a variables relacionadas con el tratamiento sino a variables externas no controladas.

### **1.6.2. Estudios de tratamiento**

La mayoría de estudios de tratamiento no incluyen medidas de funcionamiento laboral como medidas de resultado. No obstante, en los últimos años han aparecido algunos que sí las han incluido. Algunos ejemplos se describen a continuación. En un ensayo clínico aleatorizado llevado a cabo por Knekt (2008), en el que se realizaron tres intervenciones puramente psicológicas en pacientes con trastornos de ansiedad y/o trastornos depresivos (terapia psicodinámica breve, larga y terapia de solución de problemas) se halló que las tres intervenciones produjeron mejorías estadísticamente significativas tanto en medidas de rendimiento como de participación laboral (Knekt et al., 2008). Sin embargo, ninguna de las intervenciones resultó estadísticamente mejor que las otras a la hora de reducir los problemas de rendimiento y participación laboral.

En otro estudio de intervenciones psicológicas (Sandahl et al., 2011) se compararon tres tratamientos: terapia cognitiva, terapia de



grupo psicodinámica y tratamiento farmacológico empleando dos medidas de cambio: severidad de los síntomas y duración de la baja. Los resultados indicaron que aunque hubo una mejoría en las dos medidas en los tres tratamientos, no hubo diferencias significativas entre ellos. En un intento de mejorar los resultados obtenidos anteriormente, se diseñó un ensayo clínico aleatorizado en el que se añadió al tratamiento habitual farmacológico, un paquete educativo sobre adherencia al tratamiento, un programa de activación conductual y un seguimiento de la adherencia. Los pacientes fueron aleatorizados a cuidado habitual o a tratamiento mejorado. Los resultados indicaron que aunque hubo mejorías desde el inicio hasta el final del estudio, no hubo diferencia en el número de días de absentismo entre el grupo de tratamiento usual y el grupo de tratamiento mejorado (Simon et al., 2000). Otro ensayo clínico aleatorizado mostró los resultados de un tratamiento combinado que incluía terapia ocupacional y psicofármacos en el número de horas de trabajo perdidas. Los sujetos fueron asignados a cuidado ambulatorio habitual o a cuidado combinado. La terapia ocupacional consistía en administrar técnicas de resolución de problemas y toma de decisiones para facilitar el retorno al trabajo. El estudio siguió a los pacientes durante 42 meses. Los resultados indicaron que a corto plazo (18 meses) el tratamiento resultó mejor a la hora de reducir las horas de trabajo perdidas; sin embargo, a los 42 meses el tratamiento combinado fue igual de eficaz que el tratamiento

## Introducción

ambulatorio en reducir el número de horas perdidas (Schene et al., 2007).

Debido al éxito parcial de intervenciones usuales y combinadas y asumiendo que múltiples variables pertenecientes al entorno laboral se relacionan con la discapacidad laboral, parecería una opción adecuada incluir en los tratamientos medidas dirigidas a facilitar la incorporación del individuo al trabajo que ayuden a mejorar su nivel de rendimiento. Al mismo tiempo sería de ayuda que los profesionales sanitarios se comunicaran y acordaran con el superior y compañeros un plan personalizado de reestructuración en las demandas o reducción temporal de la jornada según las necesidades de cada individuo.

En Holanda, un estudio reciente comparó un tratamiento usual (medicación) con un tratamiento colaborativo que combinó intervención en el trabajo, psicofármacos, técnicas de resolución de problemas y manuales de autoayuda. En el tratamiento participaron un psiquiatra y un médico de Atención Primaria. El estudio midió, además de la reducción de los síntomas, el número de días de baja y el tiempo que el trabajador tardaba en regresar al trabajo. Sin embargo, los resultados indicaron que el tratamiento mejorado no supuso una mejora significativa ni en cuanto a los síntomas, ni en cuanto a la duración de la baja, en contraste con el tratamiento usual (psicofármacos) (Vlasveld et al., 2011a). En esta misma línea, una

reciente revisión sistemática confirma que las intervenciones en el lugar de trabajo son eficaces a la hora de mejorar el rendimiento laboral de trabajadores que sufren trastornos mentales, pero no a la hora de acortar la duración de su absentismo (Pomaki et al., 2011).

La vuelta al trabajo en cualquier caso no es fácil y todos los trabajadores encuentran dificultades, según se desprende del estudio cualitativo de Noodick et al.,(2011). En este estudio se afirma que aun teniendo los trabajadores ganas de incorporarse al trabajo y percibiendo comprensión por parte de sus superiores, ninguno de ellos recibió adaptaciones especiales, salvo la excepción de un descenso de la demanda de tarea. Además, a todos los participantes se les hizo difícil aplicar en el entorno laboral muchas de las habilidades adquiridas durante el tratamiento.

Una posible explicación de por qué la vuelta al trabajo es tan compleja podría ser que el individuo que padece depresión es más vulnerable al estrés, y que por tanto las situaciones laborales cotidianas provocarían mayor estrés a estas personas que a la población general. Un ejemplo ilustrativo sobre esto es un estudio que comparó medidas clínicas hetero-administradas de fatiga y estilo de vida con medidas fisiológicas. Los resultados confirmaron que los trabajadores recuperados de depresión que volvían al trabajo tras una baja, no mostraban diferencias en medidas hetero-administradas de fatiga y de estilo de vida con respecto a trabajadores controles

## Introducción

sanos. Sin embargo, los que habían tenido depresión mostraban significativamente mayores niveles de frecuencia cardiaca en comparación con los controles; siendo ese perfil cardiaco el existente cuando hay presencia de problemas de estrés. Asimismo, el estudio afirma que aquéllos que continuaron con su tratamiento antidepresivo tenían menos variabilidad en la frecuencia cardiaca que los que abandonaron la medicación (Takada et al., 2009).

### **1.6.3. Estudios de coste-eficacia**

Sobre la utilidad de los tratamientos antidepresivos también han informado los estudios de coste-eficacia. Este tipo de estudios no sólo incluyen medias clínicas sino también medidas de costes sanitarios, considerando también en muchas ocasiones los costes derivados de la baja laboral.

Un estudio de este tipo, demostró que hubo menos persistencia de baja laboral que los tratados con Escitalopram que en aquéllos tratados con Duloxetina. Además, la duración de la baja laboral fue más corta, y el número de días de trabajo perdido fue menor en los participantes tratados con Escitalopram que en los tratados con Duloxetina (Wade et al., 2008).

En otro estudio de coste-eficacia, se comparó el efecto del Escitalopram y la Venlafaxina en pacientes de Atención Primaria

utilizando como medidas de resultado el porcentaje de pacientes en baja laboral y la duración de la misma por semanas de tratamiento. Los resultados afirmaron que aunque ambos tratamientos redujeron el porcentaje de personas con baja laboral y su duración, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos tratamientos (Fernández et al., 2005).

En cualquier caso, una reciente revisión de la literatura ha indicado que en muchos estudios de coste en depresión se ignoran los gastos debidos a la pérdida de productividad, no reflejando de esta forma el coste real que la depresión tiene en la sociedad (Krol et al., 2011). Una excepción a esto es un estudio español, que utilizando medidas de pérdida de productividad, apuntó a que el Escitalopram fue superior a la Venlafaxina en reducir las pérdidas de productividad laboral. Aunque, el mismo estudio afirma que no hubo diferencias entre el Escitalopram y el Citalopram (Sicras-Mainar et al., 2010).

En general, podemos afirmar que la discapacidad laboral es un fenómeno complejo, con múltiples caras y que depende de múltiples factores. En cualquier caso, se han detectado muchas limitaciones y lagunas de conocimiento que a continuación se detallan.

## **1.7. Limitaciones detectadas en la literatura existente**

### **1.7.1. Estudio de la discapacidad laboral: falta de definición consensuada**

Los estudios de los efectos de la depresión en el trabajo se han centrado en detectar diversos problemas laborales: presentismo, absentismo, baja laboral, pensión por discapacidad, etc.

Cada uno de estos problemas ha sido analizado con distintos tipos de medidas. Por ejemplo, en algunos estudios se utilizan medidas que se refieren al tiempo en el que acaece el fenómeno: días de trabajo perdidos al mes, días con bajo rendimiento en el trabajo, tiempo que tarda el trabajador al regresar al trabajo. En otros estudios, se incluyen medidas basadas en el estado laboral: número de sujetos con baja laboral, desempleo, pensión por discapacidad (extraída en algunos casos de registros oficiales o registros locales de empresas). En otros estudios se utilizan escalas con una puntuación global en la que se incluyen distintos fenómenos; algunos ejemplos son: la escala de productividad laboral de Endicott (EWPS)(1997), el cuestionario de limitaciones laborales (WLQ) (Lerner et al., 2004b), o la escala de presentismo de Stanford (SPS-6) (Koopman et al., 2002).

Más recientemente, ha sido creado un instrumento (Balansmeter) que aglutina varias escalas, las cuales miden los factores asociados a padecer una baja laboral. Los creadores del instrumento postulan que con él se puede establecer una predicción de la probabilidad de que un trabajador tenga una baja laboral prolongada. Esta escala ha sido ya validada en pacientes con depresión y los resultados han destacado su utilidad para predecir baja laboral en esta población (Lexis et al., 2011).

Esta gran variabilidad de conceptos y medidas, aunque informa de la gran complejidad del fenómeno, dificulta la comparación y la revisión del impacto de la depresión. De hecho, una revisión de la literatura responsabiliza a la gran variedad de métodos utilizados para medir la pérdida de productividad, de la gran variabilidad de cifras de los costes de la depresión existentes entre los estudios (Krol et al., 2011).

Es necesario, por tanto, para el estudio de la discapacidad laboral en depresión, una definición de la misma que aglutine toda la heterogeneidad de conceptos incluidos en la literatura. Sin embargo, son pocos los estudios que incluyen una definición de discapacidad laboral que los englobe a todos.

Un intento de definición integrando todos los conceptos fue el realizado por una reciente revisión sistemática en la que se definió la discapacidad laboral como problemas en el funcionamiento laboral y

## Introducción

problemas de participación laboral. Los problemas de participación laboral fueron definidos como las dificultades en *“la capacidad y oportunidad para participar en el mundo laboral, cumpliendo la persona el rol de trabajador”*. Los problemas de funcionamiento laboral fueron definidos como déficits en *“la productividad o el desempleo de los trabajadores que participan, al menos parcialmente en un trabajo”* (Lagerveld et al., 2010). Sin embargo, esta definición, aunque útil no está basada en ningún modelo explicativo de discapacidad.

### **1.7.2. Estudio de los factores relacionados**

#### **1.7.2.1. Importancia y papel de los factores hasta ahora encontrados**

Muchos de los estudios que se han mencionado en la introducción son estudios que siguen una metodología transversal, que no permite saber si estas variables son antecedentes o consecuentes de la discapacidad laboral, así como su papel durante el curso de la discapacidad laboral. Además, las revisiones existentes no distinguen entre factores relacionados y factores determinantes, ni tampoco se ha estructurado en muchos casos la importancia de las diferentes variables.



1.7.2.2. Falta de generalización de los resultados

Posiblemente, otra limitación es la generalización de los resultados encontrados, ya que la mayoría de los estudios de discapacidad laboral en depresión proceden de países como Finlandia, Noruega, Estados Unidos o Reino Unido. Estos países tienen realidades sociales y sanitarias diferentes a las de España.

Pese a ser la depresión una de las primeras causas de baja laboral en nuestro país, muy pocos estudios se han llevado a cabo en nuestro contexto y la mayoría de ellos son de naturaleza transversal y sin entrevistas clínicas estandarizadas para el diagnóstico de la depresión. En este sentido, cabría la posibilidad de que algunas variables relevantes en los estudios existentes no lo sean en el contexto español y que por el contrario, la discapacidad laboral en nuestro país responda a variables que no han sido destacadas en estos estudios.

1.7.2.3. Resultados contradictorios

La literatura sobre el estudio de los factores relacionados con la discapacidad laboral ha desembocado en algunos resultados contradictorios que deberían ser clarificados. Algunos de estos resultados son:

## Introducción

### 1.7.2.3.1. El rol de la severidad

La severidad de los síntomas aparece como un factor relevante en muchos estudios (Rytsala et al., 2007; Souetre et al., 1997; Verboom et al., 2011). Sin embargo, otros estudios parecen confirmar que las personas con bajas laborales por depresión no se diferenciarían clínicamente de aquéllas que no reciben esta prestación (Arrellov et al., 2005; Bermejo et al., 2010).

### 1.7.2.3.2. El rol del género

Algunos trabajos afirman que las mujeres tienen más discapacidad que los varones (Catalina et al., 2011); sin embargo, también hay pruebas de que las mujeres regresarían antes al trabajo que los varones (Dewa et al., 2003b) y de que son menos vulnerables a climas adversos de trabajo que los varones.

### 1.7.2.3.3. El curso de la discapacidad laboral a lo largo del tiempo

Muchos estudios afirman que la discapacidad laboral tiende a disminuir a lo largo del tiempo en congruencia con la mejora de la sintomatología depresiva (Berndt et al., 1998; Judd et al., 2000; Kocsis et al., 2002; Miller et al., 1998; Sherbourne et al., 2001). Por contra, otros estudios afirman que la mejoría en el funcionamiento

laboral es posterior a la resolución de los síntomas depresivos (Berndt et al., 1998; Mintz et al., 1992).

#### 1.7.2.3.4. El papel del tratamiento antidepresivo

Las personas que están bajo tratamiento antidepresivo presentan un mayor grado de mejoría de los problemas laborales que los que no están en tratamiento (Dewa et al., 2003a; Simon et al., 2001); de hecho, hay datos que afirman que las personas que cumplen mejor con el tratamiento antidepresivo tienen menos costes de absentismo que aquellos pacientes que no se toman la medicación correctamente (Birnbaum et al., 2010).

Sin embargo, a pesar del gran número de estudios de tratamiento, no hay de momento pruebas en la literatura de qué tipo de tratamiento sería mejor a la hora de mejorar la discapacidad laboral (Nieuwenhuijsen et al., 2008). De hecho, una revisión de la literatura afirmó que no hay evidencia consistente de que las intervenciones aplicadas en el entorno laboral sean beneficiosas para el funcionamiento laboral del trabajador con depresión (Furlan et al., 2011).

Por otra parte, hay suficientes datos para pensar que algunos efectos secundarios de la medicación también podrían producir dificultades en el rendimiento y productividad laboral (Haslam et al., 2005). Estos efectos secundarios podrían explicar por qué los trabajadores que cumplen mejor con el tratamiento antidepresivo

## Introducción

tienen asociados mayores costes de pérdida de productividad que los no cumplidores (Birnbaum et al., 2010). Este resultado es controvertido, ya que hay otros estudios que apuntan que a largo plazo, los pacientes que están en tratamiento antidepresivo tienen mejores índices de productividad que los pacientes que no toman tratamiento (Dewa et al., 2011).

Ante esta controversia y aun siendo la depresión en España una causa de discapacidad laboral importante, ningún estudio ha sido publicado sobre la evolución de la discapacidad laboral en una muestra con tratamiento usual, prescrito por profesionales de la sanidad pública de nuestro país (médicos de Atención Primaria y psiquiatras).

### 1.7.2.4. El papel de los factores no clínicos (relevancia)

El papel de factores clínicos ha sido ampliamente estudiado en la discapacidad laboral (Lagerveld et al., 2010). Sin embargo, el papel de los factores ambientales tales como clima de trabajo, nivel de apoyo social, o estatus socio-económico ha sido menos estudiado.

### 1.7.2.5. Predominio de la literatura cuantitativa

Salvo algunas excepciones (Millward et al., 2005), la mayoría de los estudios sobre discapacidad laboral en depresión son de naturaleza cuantitativa. Siendo la discapacidad laboral un fenómeno

en el cual intervienen variables tan diversas, sería adecuado tener también en cuenta la perspectiva de aquéllos que sufren la discapacidad laboral, combinando una metodología cuantitativa y cualitativa.

## **1.8. Posibles soluciones a estas limitaciones**

### **1.8.1. La CIF: Un marco conceptual universal desde el que definir la discapacidad laboral**

El problema de la falta definición y consenso sobre los problemas laborales es compartido con la heterogeneidad sobre el concepto de funcionamiento y discapacidad, que históricamente ha ido variando.

Tradicionalmente, desde un modelo orgánico o médico, los problemas de funcionamiento se han definido como consecuencia de padecer una determinada enfermedad. De esta forma, la discapacidad sería una restricción o ausencia debida a una deficiencia que tiene el individuo, la cual afectaría a su capacidad de realizar una actividad dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Por el contrario, desde un modelo social, fomentado por las ciencias sociales (Sociología, Pedagogía y Psicología), desde mediados del siglo XX, los problemas de funcionamiento y discapacidad surgirían por el fracaso de la sociedad y del entorno creado por el ser

## Introducción

humano para adaptarse a las necesidades del individuo (Ayuso Mateos et al., 2006).

Ambos modelos, aunque útiles cada uno de ellos para el desarrollo de tratamientos (modelo médico) y de políticas sociales (modelo social), no resultaban satisfactorios, ya que por separado ninguno de ellos lograba explicar la heterogeneidad de funcionamiento entre individuos con una misma condición de salud o la diferencia de problemas en individuos con contextos sociales similares .

A finales de los años 80, y basado en la teoría general de sistemas, surge el modelo biopsicosocial, que considera al ser humano como producto de las interrelaciones de diferentes sistemas: biológicos, físicos, psicológicos y sociales.

Amparado en este nuevo modelo, un grupo de científicos de la OMS trabajaron en un nuevo sistema de clasificación que superase las limitaciones de los modelos médico y social. El resultado, aprobado en la 54ª Asamblea Mundial de la Salud, es la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) (World Health Organization, 2001a). La CIF describe la discapacidad como un fenómeno multidimensional que surge de la interacción entre el estado de salud de una persona y el medio ambiente físico y social.

La CIF es un instrumento válido y útil para recoger datos del funcionamiento humano desde un modelo holístico y multi-dimensional que está basado en dos grandes principios:

- El principio de universalidad; que afirma que la discapacidad es un fenómeno común, característico de la condición humana, más que una característica social de grupos minoritarios.
- El principio de continuidad; que asume que tanto el funcionamiento como la discapacidad son fenómenos que se extienden a lo largo de un continuo, en lugar de ser conceptos dicotómicos (ausente / presente).

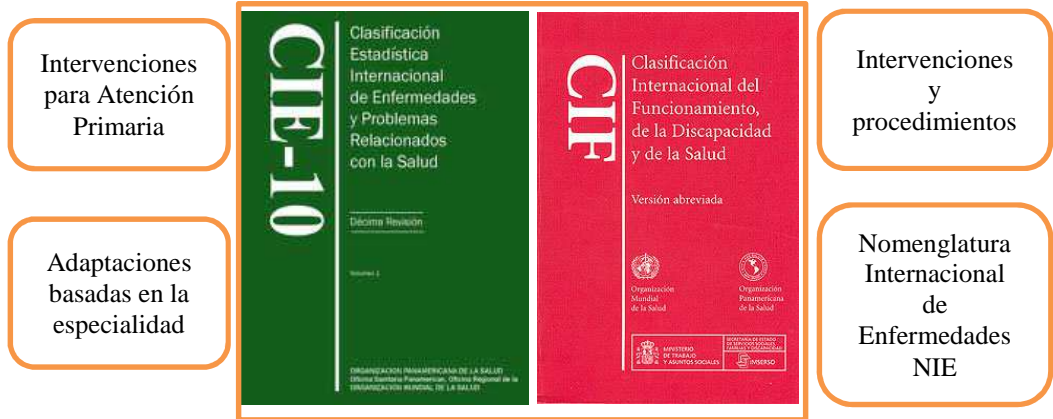
Asimismo, la CIF formaría parte de la familia de clasificaciones de la OMS que a su vez estaría compuesta por: la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima revisión (CIE-10) y la Clasificación Internacional de Intervenciones en Salud (CIIS), aún en proceso de creación (Figura 3).

Cada una de estas clasificaciones permite recoger información diversa en torno a la salud del paciente: información de diagnóstico (CIE-10) (World Health Organization, 1991), información del funcionamiento y discapacidad (CIF) (World Health Organization, 2001a), información de los tratamientos existentes (CIIS) (en proceso de creación). Estas clasificaciones se conciben por tanto como

Introducción

complementarias a la hora de identificar y tratar los problemas de salud.

Figura 3: Familia de clasificaciones de la OMS.



La CIF organiza la información en dos partes, cada una con dos componentes:

Funcionamiento y Discapacidad

-Componente cuerpo, que consta de dos clasificaciones, una referida a las funciones de los sistemas corporales y otra a las partes del cuerpo.

-Componente actividades y participación, que integra dominios relacionados con el funcionamiento individual y social.



### Factores contextuales

-Factores ambientales

-Factores personales

-Las funciones corporales: son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas).

-Las estructuras corporales: son las partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, los sistemas y sus componentes.

Dentro de este marco las deficiencias serían problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida.

-La actividad: es la realización de una tarea o acción por parte de un individuo. Las limitaciones en la actividad son dificultades que un individuo puede tener en el desempeño/realización de actividades.

-La participación: es el acto de involucrarse en una situación vital. Restricciones en la participación son problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

-Los factores ambientales: constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas.

Tal y como puede verse en la tabla 2, cada uno de estos componentes está a su vez integrado por diferentes dominios en los que, además, hay categorías que son las unidades de clasificación.

Introducción

Tabla 2: Visión de conjunto de la CIF

	<b>Parte 1: Funcionamiento y Discapacidad</b>		<b>Parte 2: Factores Contextuales</b>	
<b>Componentes</b>	<i>Funciones y estructuras corporales</i>	<i>Actividades y participación</i>	<i>Factores Ambientales</i>	<i>Factores Personales</i>
<b>Dominios</b>	Funciones Corporales  Estructuras Corporales	Áreas vitales (tareas, acciones)	Influencias externas sobre el funcionamiento y la discapacidad	Influencias internas sobre el funcionamiento y la discapacidad
<b>Constructos</b>	Cambios en las funciones corporales (fisiológicos)	Capacidad de realización de tareas en un entorno uniforme	El efecto facilitador o de barreras de las características	El efecto de los atributos de la persona
	Cambios en las estructuras del cuerpo (anatómicos)	Desempeño	Influencia del mundo físico, social y actitudinal	
		Realización de tareas en el entorno real		
<b>Aspectos positivos</b>	Integridad funcional y estructural	Actividades y Participación	Facilitadores	No aplicable
<b>Aspectos negativos</b>		Funcionamiento	Barreras / obstáculos	No aplicable
		Deficiencia Limitación en la actividad Restricción en la participación		
	Discapacidad			

En total, la CIF contiene más de 1400 categorías de funcionamiento, clasificadas en nueve dominios: aprendizaje y

aplicación de conocimientos, tareas y demandas generales, comunicación, movilidad, auto cuidado, vida doméstica, interacciones y relaciones personales, áreas principales de la vida y vida comunitaria social y cívica.

De esta manera, la CIF es útil tanto en la evaluación del funcionamiento global como en el análisis de determinadas áreas específicas de funcionamiento. En este sentido, la CIF puede ser utilizada también para la evaluación de los problemas laborales. La ventaja de la utilización de la CIF como definición del funcionamiento y discapacidad laboral es que permite, no solamente describir los problemas de funcionamiento como consecuencia de la condición de salud (depresión), sino que tiene en cuenta la interacción de otros factores contextuales y personales que también influyen sobre las dificultades, siendo este modelo universalmente aplicable y aceptado en cualquier contexto o cultura y condición de salud.

Dentro de la CIF, en el componente de actividades y participación se incluyen cuatro categorías principales específicamente referidas al trabajo y empleo (tabla 3).

Introducción

Tabla 3: categorías CIF referidas al trabajo o empleo

Dominio		Calificadores	
d8	Áreas principales de la vida	Capacidad	Desempeño
<b>Categorías</b>			
Trabajo y empleo			
<b>d840</b>	Aprendizaje y preparación para el trabajo		
<b>d845</b>	Conseguir, mantener y finalizar un trabajo		
<b>d850</b>	Trabajo remunerado		
<b>d855</b>	Trabajo no remunerado		

La utilización de la CIF tanto en sus categorías como en su modelo, permitiría una superación de los problemas de falta de consenso en la definición de los problemas laborales, así como el análisis de sus determinantes y otras variables relacionadas.

**1.8.2. Revisión de la literatura que supere las limitaciones de las anteriores.**

Las revisiones de la literatura sobre los factores relacionados con la discapacidad laboral en depresión previamente publicadas, o no han sido sistemáticas (Bender & Farvolden, 2008), o no han distinguido qué factores son determinantes y cuáles son asociados a la discapacidad laboral (Lagerveld et al., 2010), o no han tenido en cuenta la calidad metodológica de los estudios (Lerner & Henke,

2008). De esta manera, se articula la necesidad de una revisión sistemática de la literatura que aglutine conjuntamente todos estos aspectos.

### **1.8.3. Estudio de la discapacidad laboral en una muestra española**

Ante los problemas de falta de generalización de los resultados de otros países al contexto español, se detecta la necesidad de realización de estudios sobre la discapacidad laboral con población española, que utilice criterios diagnósticos estandarizados para identificar la muestra y contraste si los factores relacionados encontrados en la literatura extranjera son los mismos que los factores relacionados con la discapacidad laboral en España.

### **1.8.4. Datos cualitativos**

Ante la escasez de literatura cualitativa sobre discapacidad laboral en depresión, se ha revelado la necesidad de realización de más estudios cualitativos con pacientes con depresión que permitan verificar si los resultados hallados por la literatura cuantitativa se confirman teniendo en cuenta el punto de vista de quien padece la discapacidad laboral. Al mismo tiempo, la metodología cualitativa podría descubrir nuevas líneas de investigación sobre dificultades

## Introducción

laborales para ser posteriormente confirmadas con estudios cuantitativos.

## 2. OBJETIVOS

Se plantea un estudio que pretende arrojar luz sobre las limitaciones que anteriormente se han mencionado. Para ello, se utilizó una aproximación múltiple, recogiendo datos desde diferentes perspectivas y en el que se manejó una concepción de discapacidad laboral basada en el modelo de la CIF.

En primer lugar, se escogieron, para la definición de discapacidad laboral, tres categorías CIF que incluyeron: limitaciones y restricciones en el trabajo remunerado (d850), buscar un empleo (d8450) y mantener un empleo (d8451).

La categoría de trabajo remunerado (d850) se define como *"Participar en todos los aspectos del trabajo remunerado (en una ocupación, negocio, profesión u otra forma de empleo), estando empleado a tiempo parcial o a jornada completa, o trabajando como autónomo. Incluyendo buscar y conseguir trabajo, cumplir las obligaciones del trabajo, ser puntual, supervisar a otros trabajadores o ser supervisado y cumplir las obligaciones solo o en grupo"* (World Health Organization, 2001a).

La categoría de buscar un trabajo (d8540) viene definida y comprende: *"Encontrar y elegir un trabajo, en un negocio, profesión o empleo de otro tipo, y realizar las tareas necesarias para ser*

## Objetivos

*contratado, tales como presentarse en el lugar de trabajo o participar en una entrevista de trabajo" (World Health Organization, 2001a).*

Mantener un empleo (d8451) incluiría todos los problemas relacionados con: *"Realizar las tareas laborales precisas para mantener una ocupación, negocio, profesión u otra forma de empleo, y obtener ascensos y progresar en el puesto laboral" (World Health Organization, 2001a).*

No fueron analizados en este trabajo dificultades que hicieran referencia a participación o rendimiento en un trabajo no remunerado (d855), problemas relacionados con el periodo de aprendizaje para conseguir un trabajo remunerado (d840) o problemas relacionados con la finalización adecuada de un empleo (d8452).

Además de las categorías CIF, se utilizó el modelo de la CIF para el análisis de las variables relacionadas y los determinantes de la discapacidad.

Los objetivos de la presente investigación, agrupados en objetivos principales y objetivos secundarios son expuestos a continuación.



## 2.1. Objetivos principales

- Determinar qué tipo de problemas tienen las personas que padecen depresión y su frecuencia.
- Determinar la evolución de la discapacidad laboral a lo largo del tiempo.
- Analizar factores relacionados con la discapacidad laboral, diferenciando aquéllos que están correlacionados con la presencia de discapacidad laboral de aquéllos que son determinantes del mantenimiento de los problemas laborales a lo largo del tiempo.
- Verificar si la utilización de categorías CIF referidas al trabajo es útil a la hora de definir y describir los problemas laborales presentes en personas con depresión.
- Comprobar si el modelo de la CIF, que afirma que el funcionamiento es producto de la interacción de factores personales, ambientales y factores relacionados con el estado de salud, es útil y válido a la hora de describir la discapacidad laboral en personas con depresión.

Objetivos

**2.2. Objetivos secundarios**

- Verificar qué dificultades laborales y qué variables relacionadas han sido más frecuentemente analizadas en la literatura, el tipo y la fuerza de la relación entre las variables y la discapacidad laboral (factores determinantes vs. asociados).
- Verificar qué aspectos han sido poco analizados en la literatura, estableciendo posibles futuras líneas de investigación.
- Detectar posibles contradicciones en los estudios hasta ahora realizados, así como esclarecer las mismas a través de un análisis detallado.
- Definir qué variables están correlacionadas con problemas de absentismo o rendimiento laboral y verificar si estas variables son diferentes a las que se asocian con la presencia de problemas en buscar y mantener un empleo.
- Especificar qué variables están relacionadas con la persistencia del absentismo en el trabajo y los problemas de rendimiento laboral, a las seis semanas de recibir un tratamiento antidepresivo, detallando el poder descriptivo de cada variable, y comparando la importancia de las variables clínicas con la de las variables sociales, de funcionamiento y personales.

- Comparar las dificultades laborales y variables relacionadas obtenidas en los estudios cuantitativos con los resultados hallados con una metodología cualitativa.

## Objetivos

### 3. HIPÓTESIS

El presente estudio persigue una doble intencionalidad. Por un lado, tiene un carácter confirmatorio, ya que algunas de las hipótesis planteadas, han sido formuladas a partir de resultados encontrados en estudios previos. Al mismo tiempo se llevará a cabo un trabajo de naturaleza exploratoria, ya que muchas de las hipótesis incluirán variables que no se han estudiado en depresión y que, por tanto, se han enunciado a partir de estudios de incapacidad laboral realizados en otros campos o con otras patologías.

De esta forma, e incluyendo ambas premisas, se formularon las siguientes hipótesis sobre los resultados:

- H1. Los individuos con depresión presentarán alta prevalencia de problemas de rendimiento en el trabajo, absentismo laboral y dificultades relacionadas con buscar y mantener un empleo.
- H2. La literatura se ha centrado mayoritariamente en problemas relacionados con el absentismo y el rendimiento laboral; sin embargo, los aspectos relacionados con buscar y mantener el trabajo habrán sido menos estudiados.
- H3. Los problemas de absentismo, rendimiento laboral y de búsqueda y mantenimiento de un empleo mejorarán significativamente a lo largo del tiempo.

## Hipótesis

- H3.1 Las limitaciones en llevar a cabo las actividades laborales se reducirán significativamente a las 6 semanas después del inicio del tratamiento antidepresivo.
- H3.2 Los problemas de absentismo laboral se reducirán significativamente a las 6 semanas del inicio del tratamiento antidepresivo.
- H4. Las variables relacionadas con problemas en el rendimiento laboral, absentismo y problemas en buscar y mantener un empleo serán de naturaleza muy variada.
  - H4.1. Las personas de mayor edad tendrán más dificultades en buscar y mantener un empleo, mayores limitaciones en llevar a cabo las actividades laborales y mayor absentismo en el puesto de trabajo que las personas más jóvenes.
  - H4.2. Las personas divorciadas, separadas, viudas o solteras tendrán más problemas de búsqueda de un empleo y más absentismo en el puesto de trabajo; sin embargo, las personas casadas o que conviven con una pareja tendrán mayores problemas de rendimiento.
  - H4.3. Las mujeres con depresión tendrán más limitaciones en la búsqueda de un empleo, mayores problemas de

rendimiento laboral y mayor absentismo en el trabajo que los varones.

- H4.4. Las personas con mayor severidad de depresión tendrán más limitaciones en llevar a cabo las tareas laborales, mayor absentismo en el puesto de trabajo y mayores dificultades en buscar y mantener un empleo que los que tengan menor nivel de sintomatología depresiva.
- H4.5. Las personas con comorbilidad física tendrán mayores problemas en la búsqueda de un empleo, mayor absentismo en el puesto de trabajo y mayores limitaciones en llevar a cabo las tareas.
- H4.6. Las personas con mayor nivel de discapacidad en otras áreas específicas de funcionamiento tendrán mayores problemas de rendimiento laboral, así como mayor probabilidad de absentismo en el puesto de trabajo.
- H4.7. Los participantes con trastornos depresivos recurrentes (al menos un episodio depresivo previo) tendrán más limitaciones en llevar a cabo las actividades laborales y mayor probabilidad de absentismo en el trabajo que los que hayan sufrido un episodio único.

## Hipótesis

- H4.8. Las personas con menor número de años de escolarización tendrán mayor absentismo en el puesto de trabajo, mayores problemas en buscar y mantener un empleo y mayores limitaciones a la hora de llevar a cabo las actividades laborales.
- H4.9 Los participantes con menor nivel de salud percibida tendrán más problemas de búsqueda y mantenimiento de un empleo, mayores limitaciones en llevar a cabo sus actividades y mayor absentismo en el puesto de trabajo que los que tienen mayor nivel de salud percibida.
- H4.10 Las personas con condiciones laborales más adversas, por ejemplo menor apoyo social del superior, tendrán más problemas de rendimiento laboral y mayor absentismo en el trabajo.
- H4.11 Las personas con menor nivel de apoyo social tendrán más limitaciones en llevar a cabo tareas laborales, mayor absentismo y mayores problemas en mantener y buscar un empleo.
- H4.12 Variables relacionadas con la historia personal y en concreto variables de autoimagen negativa estarán asociadas con problemas de búsqueda y mantenimiento



del empleo, peor rendimiento laboral y mayor absentismo en el puesto de trabajo.

- H4.13 Haber recibido algún tipo de tratamiento para la depresión estará asociado con mayores problemas en la búsqueda y mantenimiento de un empleo.
  - H4.14 Un menor nivel de estatus socioeconómico del hogar estará relacionado con mayores problemas en la búsqueda y mantenimiento de un empleo.
- H5. Los factores predictores del mantenimiento del absentismo laboral, y de problemas en el rendimiento laboral a las seis semanas de tratamiento serán de naturaleza muy variada. En este sentido, el modelo de discapacidad de la CIF será útil para explicar la evolución de los problemas laborales, ya que la evolución vendrá dada por múltiples factores clínicos (de salud), personales y sociales.
- H5.1. La mayor edad será un factor predictor de no mejoría en el rendimiento laboral y de persistencia del absentismo laboral tras seis semanas de tratamiento.
  - H5.2 Estar casado o conviviendo con una pareja será un predictor de mayores problemas en el rendimiento laboral y de persistencia del absentismo a las seis semanas de tratamiento.

Hipótesis

- H5.3 Ser mujer será un predictor en la línea base de no mejoría de las limitaciones para realizar las tareas laborales y mantenimiento del absentismo laboral, a las seis semanas de tratamiento.
- H5.4. Las personas con mayor severidad de la depresión en la línea base tendrán mayores problemas de rendimiento en el trabajo y mayor persistencia de absentismo laboral, tras seis semanas de tratamiento.
- H5.5. Un menor nivel de funcionamiento en otras áreas: comprensión y comunicación, capacidad para moverse por el entorno, cuidado personal, relaciones personales y participación en actividades comunitarias en línea base, serán factores predictores de mayores problemas en el rendimiento laboral y mayor absentismo a las seis semanas de tratamiento.
- H5.6. Las personas con un trastorno depresivo recurrente (presencia de al menos un episodio depresivo previo al actual) tendrán mayores problemas en llevar a cabo tareas laborales y mayor absentismo en el trabajo a las seis semanas de tratamiento.
- H5.7 Los participantes con mayor nivel de escolarización tendrán mayores problemas de rendimiento y mayor

persistencia del absentismo a las seis semanas del inicio del tratamiento.

- H5.8. Un menor nivel de salud física percibida en la línea base predecirá a las seis semanas mayores limitaciones en llevar a cabo las actividades laborales y mayor absentismo laboral a las seis semanas del inicio del tratamiento.
  - H5.9. Las personas con bajo apoyo del superior en la línea base tendrán mayor absentismo laboral y mayores problemas de rendimiento laboral a las seis semanas de tratamiento.
  - H5.10. Un menor nivel de apoyo social global en la línea base será un determinante de no mejoría de problemas de absentismo en el trabajo y un factor predictor de mayores limitaciones en el rendimiento laboral a las seis semanas de tratamiento.
- H6. Los problemas de discapacidad laboral, directamente recogidos desde el punto de vista de los que los padecen a través de una metodología cualitativa, contendrán aspectos que no han sido estudiados hasta ahora por los estudios cuantitativos

## Hipótesis

## 4. MÉTODO

### 4.1. Diseño

Para dar respuesta a cada uno de estos tres objetivos principales se diseñó un estudio en el que se incluyó tanto metodología cualitativa como cuantitativa, mediante el análisis de datos de estudios empíricos, así como una revisión sistemática de la literatura. Cada uno de estos estudios aportará información complementaria sobre la prevalencia y variables relacionadas con la discapacidad laboral en depresión. Tal y como está representado en la figura 4, los tres tipos de estudios que se plantearon son:

- *Revisión sistemática de la literatura*: realizado con el objetivo de detectar qué aspectos han sido evaluados con mayor frecuencia en los estudios publicados, detectando su calidad y analizando las contradicciones entre los mismos.

- *Estudios empíricos*:

- Uno de tipo longitudinal de seis semanas de duración, con dos evaluaciones: una basal a partir de la prescripción de un tratamiento antidepresivo y otra evaluación de seguimiento a seis las semanas de la basal. El estudio fue realizado con pacientes de la red sanitaria de la Comunidad de Madrid e incluye tanto medidas de rendimiento laboral, como de absentismo laboral (baja

## Método

laboral y días de trabajo perdidos) (códigos CIF: d850, d8451).

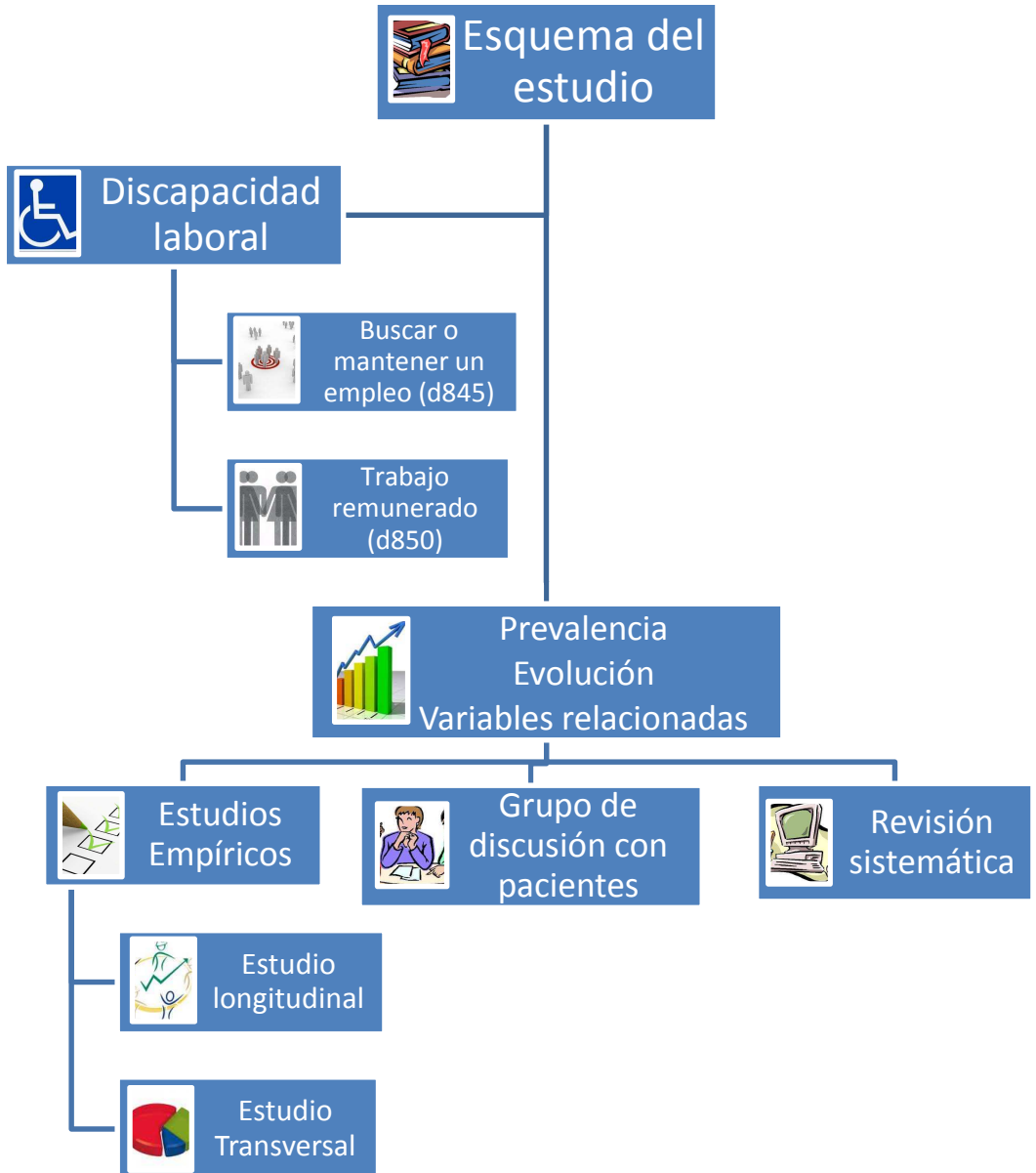
- Otro de naturaleza transversal con una muestra representativa de la población española con depresión, que incluye medidas relacionadas con problemas en buscar y mantener un empleo (códigos CIF: d8450, d8451).

En ambos estudios se recogieron datos para el análisis de las variables relacionadas, además en el estudio longitudinal se estudió la evolución de las dificultades laborales a lo largo del tiempo y determinantes de dicha evolución.

*-Grupo de discusión con pacientes:* se llevó a cabo un estudio cualitativo (grupo de discusión) con personas que experimentaron un episodio depresivo en el último año.

Por último, los datos obtenidos en los cuatro estudios fueron comparados entre sí.

Figura 4: Esquema del estudio



Método

## **4.2. Procedimientos**

A continuación se especifican los procedimientos de cada uno de los estudios realizados.

### **4.2.1. Revisión sistemática de la literatura**

Con el objetivo de sintetizar los resultados obtenidos en los estudios previos sobre la discapacidad laboral en individuos con depresión, se realizó una revisión sistemática de la literatura.

La revisión aquí presentada forma parte de la investigación llevada a cabo dentro del estudio europeo Psychosocial Factors Relevant to Brain Disorders in Europe (2010). La finalidad de la revisión sistemática en el estudio PARADISE fue localizar los estudios publicados en la literatura que incluyeran información de dificultades psicosociales en los trastornos depresivos. Los resultados originales de esta revisión se encuentran publicados en la revista científica *Journal of Affective Disorders* (Cabello et al., 2011).

El proyecto PARADISE tenía como principal objetivo la recogida de las dificultades psicosociales comunes en siete trastornos neurológicos y psiquiátricos: Depresión, Demencia, Parkinson, Migraña, Esquizofrenia, Esclerosis Múltiple y Abuso de sustancias, para la creación de un protocolo de dificultades psicosociales comunes a esos trastornos; lo que sentaría las bases de una



epidemiología basada en los aspectos comunes y no en las particularidades de los trastornos mentales y neurológicos (epidemiología horizontal).

El concepto de dificultades psicosociales en este estudio, fue definido por categorías incluidas en la Clasificación Internacional del Funcionamiento la Discapacidad y la Salud (CIF) (World Health Organization, 2001a). En concreto, por dificultades psicosociales se entendieron todos los problemas incluidos en las categorías CIF de funciones mentales, así como todas las categorías CIF en el dominio de actividades y participación. Asimismo, se incluyeron problemas del funcionamiento psicosocial, no sólo teniendo en cuenta los problemas del individuo en particular sino también su contexto social y personal distinguiendo entre problemas de capacidad y desempeño (World Health Organization, 2001a).

Para la creación del protocolo de recogida de dificultades comunes, se obtuvo información sobre la presencia de las dificultades psicosociales, su evolución, determinantes de inicio, determinantes de evolución y otras variables relacionadas utilizando tres fuentes diferentes de información: literatura científica, opinión de los pacientes y opinión de expertos clínicos.

Dados los objetivos del presente estudio, solamente los datos de la revisión sistemática original referidos a los problemas laborales

## Método

fueron los seleccionados y analizados. El estudio se llevó a cabo en tres pasos:

Paso 1. Búsqueda y selección de los estudios publicados que informaran sobre la discapacidad laboral en individuos con depresión.

Paso 2. Extracción de los datos de cada estudio.

Paso 3. Síntesis narrativa de la discapacidad laboral, su evolución y sus factores relacionados y análisis de los datos.

### 4.2.1.1. Selección de los artículos.

Se realizó una búsqueda electrónica en las base de MEDLINE y PsycINFO desde el año 2005 hasta el año 2010. Las búsquedas fueron limitadas a estudios publicados en inglés. Los términos de búsqueda que se utilizaron se adaptaron a cada base de datos, combinando los resultados de los términos MeSH de "*depression*", "*depressive disorder*", y "*depressive disorder, major*" con el término "*depress*" solo para el título [Title] en la base de datos MEDLINE con los descriptores de (DE=) "*major depression*", "*recurrent depression*", y "*depressive disorder*" en la base de datos PsycINFO. Para la localización de los estudios, se utilizaron términos de búsqueda MeSH (MEDLINE) y tesauro, (PsycINFO) dirigidos a localizar estudios

que incluyeran información de dificultades psicosociales, excluyendo así aquéllos que sólo incluyen variables clínicas.

Para localizar las dificultades psicosociales en PsycINFO se utilizaron los siguientes términos: TX psychosocial\* or MJ Quality of Life/ or MJ Life Satisfaction/ or MJ "Unemployment" or MJ "Employability" or MJ "Reemployment" or MJ "Retirement" or MJ "Traveling" or MJ "Leisure Time" or MJ "Exercise" or MJ "Physical Activity" or MJ "Physical Fitness" or MJ "Driving Behavior" or MJ "Aggressive Driving Behavior" or MJ "Driving Under the Influence" or MJ Activities of Daily Living/ or MJ Social Support/.

Asimismo, para localizar las dificultades psicosociales en MEDLINE (vía PUBMED) se utilizaron los siguientes términos: "psychosocial\*".mp. or "Quality of Life"/ or "Personal Satisfaction"/ or exp "Human Activities"/ or "Social Support"/.

Los criterios de inclusión de la búsqueda fueron: participantes diagnosticados de depresión mayor o depresión menor de acuerdo a criterios DSM-III-R, DSM-IV o DSM-IV-TR, o de episodio o trastorno depresivo según criterios CIE-10 y mayores de 18 años. Respecto al tipo de estudios incluidos, solamente se seleccionaron estudios longitudinales naturalísticos, estudios de tratamiento (ensayos clínicos, ensayos clínicos aleatorizados y estudios de intervención sin rama control), estudios de coste-eficacia y estudios cualitativos. En el caso de publicaciones múltiples de los mismos datos, el artículo

## Método

escogido fue el publicado en la revista de mayor índice de impacto; en el caso de publicaciones múltiples en la misma revista, se escogió la publicación más reciente. Los estudios transversales, los estudios de caso, las revisiones sistemáticas, meta-análisis, cartas, editoriales, resúmenes de conferencias, libros o capítulos de libros y estudios psicométricos fueron excluidos.

También fueron excluidos los estudios en los cuales los participantes tuvieron depresión pero como comorbilidad secundaria, u otros trastornos depresivos como distimia, o trastornos adaptativos con sintomatología depresiva, o si la muestra estaba compuesta exclusivamente por menores de edad. Por razones de calidad se excluyeron también aquellos estudios que no incluían una herramienta de diagnóstico estandarizada. Tampoco fueron incluidos los estudios que no informaron sobre discapacidad laboral y aquéllos que se centraban en hallar los factores de riesgo para el diagnóstico de depresión. Para asegurar la correcta selección de los estudios, una muestra aleatoria del 20% de los artículos fue analizada por dos revisores independientes y ciegos a la clasificación de los artículos.

Por último, de los artículos localizados, se seleccionaron para la revisión del presente trabajo solamente los que incluyeran información de problemas laborales.

#### 4.2.1.2. Extracción de los datos de los artículos

Se recogió la información de cada estudio que cumplió los criterios de inclusión.

La información recogida hace referencia tanto a las características del estudio como a las dificultades laborales incluidas. Respecto a las características de los estudios se incluyó: el objetivo del estudio, su diseño, el tipo de intervención, el tamaño y características de la muestra, incluyendo comorbilidades, variables incluidas e instrumentos de evaluación utilizados y principales resultados. La información extraída respecto a las dificultades laborales incluyó la presencia de la dificultad, su evolución a lo largo del tiempo, sus determinantes de inicio, sus determinantes de cambio y variables relacionadas o correlatos.

Los determinantes se refirieron a variables predictoras que fueron exclusivamente extraídas de análisis longitudinales, mientras que las variables relacionadas fueron factores asociados extraídos de análisis de naturaleza transversal.

Asimismo, de cada estudio se efectuó una evaluación de su calidad metodológica, siguiendo las guías del National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). Tomando como referencia estos criterios, se resumió globalmente la calidad de cada estudio, en una puntuación tipo Likert de 1 a 4, donde 1 era baja calidad y 4 calidad excelente. Para asegurar la calidad de la información extraída,

## Método

una selección del 10% de los estudios fue también evaluada por dos revisores totalmente independientes y ciegos entre sí al tipo de información extraída.

La información de cada artículo fue recogida sistemáticamente en un formulario electrónico realizado con el programa Microsoft Office Access 2007 (ver en anexo pág. 222) y exportada posteriormente a una hoja del programa Microsoft Office Excel 2007.

### 4.2.1.3. Síntesis de la información sobre la discapacidad

El paso número 3 consistió en la síntesis de la información recogida. Las dificultades laborales fueron agrupadas conceptual y temáticamente en tres categorías de la CIF relacionadas con el funcionamiento laboral (World Health Organization, 2001a) de acuerdo a la metodología propuesta por Popay et al., (2009).

- Trabajo remunerado (d850).
- Problemas en el mantenimiento del empleo (d8451).
- Problemas en la adquisición de un empleo (d8450).

La importancia de cada categoría fue considerada combinando el número de estudios que identificaban relaciones significativas junto con el número de determinantes o variables asociadas y la calidad metodológica de los estudios.

Se examinaron posibles patrones en los datos y se exploraron posibles fuentes de heterogeneidad entre estudios, poniendo especial atención en la variabilidad de instrumentos, diseños de estudio, tipo de población y procedencia y calidad de los estudios. Se dio especial importancia a identificar discrepancias, contradicciones y cuestiones sin abordar.

Los análisis de frecuencias y porcentajes de las dificultades psicosociales, sus determinantes y variables relacionadas así como de las principales características del estudio fueron realizados con la herramienta de tablas combinadas del programa Microsoft Office Excel 2007.

#### **4.2.2. Estudios empíricos**

Se incluyeron dos tipos de estudios empíricos, cada uno de ellos con metodología y variables de discapacidad laboral diferentes:

- Estudio de corte transversal realizado con una muestra representativa de la población española.
- Estudio de corte longitudinal utilizando una muestra de participantes voluntarios que iniciaron un tratamiento antidepresivo en centros de salud de Atención Primaria y Especializada pertenecientes al área sanitaria 2 de la Comunidad de Madrid.

Método

4.2.2.1. Estudio transversal con población española

4.2.2.1.1. Selección de participantes y muestra

La muestra que se utilizó en este estudio forma parte del World Health Organization World Health Survey (WHS). El WHS es una encuesta mundial de salud promovida por la Organización Mundial de la Salud durante 2002, y que recogió información de 69 países, con una media de alrededor de 5000 personas por país.

En el WHS se seleccionó una muestra estratificada y representativa de la población de cada país, teniendo en cuenta los diferentes niveles socioeconómicos existentes, de acuerdo a criterios de las categorías del Banco Mundial. Estas categorías están basadas en el cálculo del ingreso nacional bruto per cápita con el método Atlas (World Bank, 2010).

En el caso de España, los participantes fueron seleccionados a partir de una muestra representativa de hogares a nivel nacional. Las entrevistas se efectuaron cara a cara en el domicilio de los participantes. Se seleccionaron en total, 12023 hogares, de los cuales el 52% (6270 hogares) fueron finalmente encuestados, siendo entrevistados 6275 participantes (la tasa de respuesta entre los hogares que previamente habían aceptado fue en torno al 98.5%). De cada domicilio, se entrevistó a una persona y en los casos disponibles también a su cónyuge.



Para asegurar la calidad de las entrevistas se realizó un entrenamiento a todos los entrevistadores, efectuándose controles de calidad de los datos. Los procedimientos específicos para el control de calidad de las diferentes evaluaciones pueden consultarse en la página sobre el World Health Survey, de la OMS (World Health Organization, 2010) o en la publicación de Ustun et al.,(2005).

El WHS tuvo como objetivo principal recoger información transversal sobre el estado de salud de la población y el funcionamiento de los sistemas sanitarios, para producir información transnacional que fuera comparable sobre el estado de salud de las poblaciones, verificar si los sistemas de salud nacionales están cumpliendo los objetivos deseados y en última instancia, proporcionar evidencia para el ajuste de políticas, estrategias y programas si fuera necesario (World Health Organization, 2010).

El WHS usó un cuestionario en el que se incluyeron diferentes variables sociodemográficas como: edad, género, estatus socioeconómico del hogar, estatus laboral y años de educación; variables clínicas como: presencia de artritis, angina de pecho, migraña, diabetes y depresión; y variables del estado de salud expresados en los siguientes ocho dominios: movilidad, auto cuidado, dolor, cognición, relaciones interpersonales, visión, afecto y energía y sueño, así como factores de riesgo para la salud como: consumo de

## Método

tabaco, alcohol, polución del aire, saneamiento de las aguas, nivel de actividad física y nutrición.

Una versión de la entrevista CIDI (Composite International Diagnostic Interview) (World Health Organization, 1990) fue utilizada para evaluar la presencia de síntomas depresivos (tristeza, pérdida de interés, fatigabilidad o pérdida de energía, pérdida de apetito y pensamiento enlentecido), su persistencia (los síntomas aparecen la mayor parte del día casi todos los días) y su duración (dos semanas).

Todos los participantes fueron informados de los objetivos del estudio y firmaron un consentimiento informado para su participación, siendo todos los procedimientos aprobados por el Sub-Committee for Research Involving Human Subjects (SCRIHS) de la Organización Mundial de la Salud.

Para el presente estudio, se seleccionó una submuestra española de personas que cumplieran criterios de depresión en la clasificación de trastornos mentales y del comportamiento propuestos para la investigación DCR-10 (Diagnostic Criteria for Research) de la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 1992).

Para la selección de estos casos se utilizó un algoritmo que seleccionó aquellos participantes que tuvieron al menos cuatro síntomas depresivos (y que correspondieron a los ítems del cuestionario: q6028-30, q6033 y q6034).

Además, al menos dos de los tres siguientes síntomas deberían estar presentes: estado de ánimo deprimido (q6028), pérdida de interés (q6029) o fatigabilidad (q6030). Este algoritmo ha sido utilizado en numerosas publicaciones y sus resultados son equiparables a los diagnósticos de episodio o trastorno depresivo (F32 y F33) y otros trastornos afectivos unipolares (Moussavi et al., 2007; Veronese et al., 2012)

Además de la sub-muestra de personas que cumplieron los criterios de depresión, se seleccionaron solamente aquellos participantes que estaban en edad de trabajar (18-65 años) y que estuvieran en activo (no discapacidad laboral) o desempleados por enfermedad (problemas de mantenimiento del empleo) o que hubieran intentado buscar un trabajo sin éxito (problemas en la búsqueda de empleo), excluyendo de la muestra: estudiantes, personas que no trabajaban por edad (jubilados) o aquéllos que tenían un trabajo no remunerado (trabajadores del hogar, voluntarios...). La sub-muestra resultante estuvo compuesta por 297 participantes.

#### 4.2.2.1.2. Variables e instrumentos de evaluación

Los valores entre paréntesis fueron los valores de las variables que se tomaron como valor de referencia para los análisis de regresión.

## Método

### 4.2.2.1.2.1. Variable dependiente

La medida de discapacidad laboral que este estudio recoge, tomará dos valores y vendrá definida por el estado laboral de los participantes, agrupando a la muestra en dos grupos: personas con depresión desempleadas; (1=desempleados) y personas que aun teniendo depresión, trabajan (0=empleados).

### 4.2.2.1.2.2. Variables independientes

A estos dos grupos se los comparará en las siguientes variables:

- Edad
- Género: dos valores: 0=varón; 1=mujer. En los análisis de regresión se tomó como referencia la categoría (0=varón).
- Estado civil: variable con seis valores. 1=Nunca ha estado casado, 2=Actualmente Casado, 3= Separado, 4=Divorciado, 5=Viudo, 6=Convivencia Marital. No obstante, para los análisis de regresión se agruparon estas categorías en dos grupos: 1= personas que conviven con su pareja (casados y convivencia marital), 0= personas que no viven en pareja (divorciados, viudos, separados y solteros). La categoría de referencia en los análisis fue personas que no conviven con una pareja=0.
- Años de educación formal.
- Comorbilidad física específica: A partir de la información recogida por el entrevistado, se preguntó a los participantes si

habían padecido, a lo largo de su vida, algunos de los siguientes trastornos crónicos enumerados a continuación: diabetes, artritis y angina de pecho

- Diabetes: 1= Presencia, 0= ausencia, (0=categoría de referencia).
  - Artritis:1= Presencia, 0= ausencia, (0=categoría de referencia).
  - Angina de pecho: 1= Presencia, 0= ausencia, (0=categoría de referencia).
- Nivel de salud general: El Word Health Survey utilizó varias medidas de salud, construidas a partir de las puntuaciones en ocho dominios de funcionamiento, basados en categorías y dominios de la CIF (afecto, cognición, movilidad, dolor y malestar, sueño, energía, auto cuidado y actividades diarias) recogidas en 16 preguntas tipo Likert (de 1, “ninguno” a 5 “extremo”). Las 16 preguntas hacen referencia al nivel de dificultad que la persona ha experimentado en los 30 días previos a la entrevista, para realizar de forma habitual diferentes actividades enmarcadas en cada uno de esos dominios. A partir de las respuestas a estas 16 preguntas, se estableció una puntuación global de salud usando un modelo de crédito parcial (Wilson, 1992) con el programa Winsteps (Linacre & Wright, 1991). Las puntuaciones absolutas

---

## Método

obtenidas fueron transformadas a través de análisis Rasch y re-escaladas a una escala continua que variaba entre 0=Mala salud o funcionamiento en la vida cotidiana a 100=Máxima salud y funcionamiento. Esta variable ha sido previamente utilizada en varios estudios de la OMS (Moussavi et al., 2007; Veronese et al., 2012) y ha demostrado ser fiable, válida y sensible a diferencias en funcionamiento en actividades cotidianas y salud general entre diferentes grupos clínicos.

- Nivel de obesidad: Fue medido a través del Índice de Masa Corporal (IMC). Calculado con la fórmula de  $\text{Peso (kg) / Estatura (m)}^2$ , la cual da como resultado una variable continua. Esta medida fue categorizada en cuatro valores según los valores dictados por la OMS. Infrapeso ( $\text{IMC} < 18.5$ ), normo peso ( $\text{IMC} = 18.50 - 24.99$ ), sobrepeso ( $\text{IMC} = 25-29.99$ ) y obesidad ( $\text{IMC} > 30$ ) (World Health Organization, 1995). La categoría de referencia para los análisis de regresión fue el peso normal.
- Tipo de síntomas depresivos: utilizando diferentes combinaciones de las preguntas referentes a la persistencia o duración de los síntomas depresivos, se clasificó a los participantes en dos tipos de categorías diagnósticas de depresión (World Health Organization, 1992).

- Participantes con episodio depresivo: participantes que tuvieron al menos dos de los tres siguientes síntomas presentes: estado de ánimo deprimido (q6028), pérdida de interés (q6029) o fatigabilidad (q6030), cumpliendo además los criterios de duración (mayor de dos semanas) y de persistencia (la mayor parte del día o todo el día).
- Otros trastornos depresivos subclínicos: participantes que tuvieron al menos dos de los tres siguientes síntomas: estado de ánimo deprimido (ítem q6028), pérdida de interés (ítem q6029) o fatigabilidad (ítem q6030); sin embargo, estos síntomas no fueron lo suficientemente persistentes (síntomas la mayor parte del día o todo el día) o su duración fue inferior a dos semanas.

Para los análisis de regresión se codificó esta variable como: 1= participantes con episodio depresivos o trastorno depresivo recurrente, 0= otros trastornos depresivos subclínicos, siendo este último valor la categoría de referencia.

- Recibir tratamiento: Se preguntó a los participantes si habían recibido algún tipo de tratamiento para la depresión en las últimas dos semanas (0=No; 1= Sí).

---

**Método**

- Nivel socioeconómico del hogar: Diversos estudios han encontrado que preguntar directamente por el nivel de ingresos es poco fiable y que el resultado podría estar sesgado, en función de diversas características personales. Asumiendo que el nivel socioeconómico es una variable compleja y multidimensional, se han propuesto diversas medidas basadas en indicadores indirectos y variables proxy (Braveman et al., 2005). Siguiendo esta idea, se asumió que el verdadero nivel de ingresos de un domicilio (o estatus socioeconómico) puede ser entendido como una variable latente que no puede ser directamente observada. De esta manera, se estimó el nivel socioeconómico combinando información disponible de variables predictoras directas, tales como el salario o el nivel educativo del cabeza de familia, así como de diversos indicadores indirectos del estatus económico (como la posesión de determinados bienes como ordenador o acceso a Internet, o la posesión de una segunda residencia). Dado que diversos factores culturales, geográficos o de otro tipo pueden alterar la probabilidad de poseer ciertos bienes en diferentes regiones, los bienes considerados fueron diferentes en cada país (esto es, aquellos cuya probabilidad de poseerlos, se incrementa con el estatus económico) y solamente los discriminantes fueron los incluidos. Con el fin de usar estos bienes inmuebles como



proxies, la probabilidad de ser propietario se asumió que estaba positivamente relacionada con el estatus socioeconómico (latente); esta relación fue validada para cada indicador usando el nivel educativo del cabeza de familia como variable proxy para el estatus económico. Si algún bien/producto no produjo incrementos en la probabilidad de poseerlo con el incremento en el nivel educativo, fue eliminado como predictor observado del estatus socioeconómico latente. De esta manera, se establecieron dos medidas de nivel socioeconómico del hogar para hacer comparaciones dentro de cada país y entre países, respectivamente. Ambas variables fueron categorizadas en cinco variables dicotómicas de acuerdo a los quintiles de la distribución continua.

La variable utilizada en este estudio fue la correspondiente al nivel socio-económico nacional, que clasificó a los participantes del propio país en cinco niveles; desde el quintil 1º que fue el nivel socioeconómico más bajo, al quintil 5º que fue el más alto. La clasificación de los individuos en este baremo dependió de los indicadores que se han explicado en el párrafo previo. La categoría de referencia para los análisis de regresión fue la clase socio-económica media (0=3º quintil), ya que se asumió que serían las personas con estatus

## Método

socio-económicos más extremos (más altos o más bajos), los que tendrían mayores problemas laborales. Se ha demostrado que las personas pertenecientes a estatus socio-económicos más elevados tendrían mayor prevalencia de bajas laborales (Kristensen et al., 2010), mientras que las personas con estatus socio-económicos más bajos, podrían tener más inestabilidad laboral, por lo que tendrían más riesgo de ser despedidos del trabajo cuando presentan depresión.

### 4.2.2.1.3. Análisis estadístico

Los análisis fueron llevados a cabo con el paquete estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versión 19.0 para Windows (IBM, 2011).

#### 4.2.2.1.3.1. Descriptivos y prevalencia de la discapacidad laboral

Se realizó primeramente un análisis descriptivo de la muestra, en el cual se analizó la proporción de participantes que trabajaban y los que estaban desempleados por el motivo que fuese (por salud o por no haber encontrado trabajo).

#### 4.2.2.1.3.2. Análisis de los factores relacionados con la presencia de discapacidad laboral

Primeramente, se realizaron comparaciones entre los dos grupos de discapacidad laboral (trabajadores vs. desempleados) en las diferentes variables independientes utilizando la prueba  $\chi^2$  de Pearson para las variables independientes categóricas. Para las variables independientes continuas se utilizaron pruebas paramétricas (prueba *t* de Student de comparación de medias para grupos no relacionados).

Asimismo, se calcularon los tamaños del efecto, con el fin de ofrecer una información más completa a la que dan los niveles de significación de las pruebas estadísticas estándar (Klein, 2005). En este estudio, se utilizó la *V* de Cramer (*V*) para las variables categóricas  $V = (\chi^2 / (n(k-1)))^{1/2}$ , cuyos valores varían de 0=no asociación a 1=asociación perfecta, y la fórmula de Hedges  $g = ((n_1-1)s^2 + (n_2-1)s^2 / (n_1+n_2-2))^{1/2}$ , para el caso de las variables independientes continuas (Hedges & Olkin, 1984). Para la interpretación de la *g* de Hedges, se siguieron las directrices de Cohen (1988): 0.2-0.49 serían efectos pequeños; 0.5-0.79 implicaría efectos moderados; y 0.8 ó más supondría efectos grandes.

En segundo lugar se efectuó un análisis de regresión logística con el método “*introducir*” utilizando como variable dependiente el estado laboral del participante (activo=0, desempleado=1) (Cat. de

---

**Método**

referencia=activo) y como variables independientes; edad, género (Cat. de referencia= hombre), años de escolarización, estatus socioeconómico (cuatro variables dicotómicas (dummies), dejando como categoría el 3<sup>er</sup> quintil), comorbilidad con diabetes, angina o artrosis, nivel general de salud, grado de obesidad (Cat. de referencia=normo peso), tipo de síntomas depresivos (Cat. de referencia=otros trastornos depresivos) y tratamiento (Cat. de referencia=no haber recibido ningún tratamiento), convivencia con pareja (sí/no), (categoría de referencia=sí). Finalmente, para verificar por separado el papel de las variables sociodemográficas, clínicas y de tratamiento se efectuaron tres análisis de regresión logística diferentes. En los tres análisis se incluyó la variable estado laboral como variable dependiente con los mismos dos niveles que en los análisis previos (empleado = 0 vs. desempleado = 1). En el primer análisis de regresión se incluyeron como variables independientes: edad, género, años de escolarización y estatus socioeconómico. En el segundo análisis de regresión se incluyeron como variables independientes las variables clínicas (comorbilidad con diabetes, angina y artrosis, estado de salud, nivel de obesidad y tipo de síntomas depresivos). En el tercer análisis de regresión se incluyó como variable independiente haber recibido tratamiento para la depresión. Para ver la adecuación del modelo con respecto a la constante se incluyó el estadístico  $\chi^2$  y su probabilidad asociada. Para

comprobar la relevancia de cada modelo sobre la variable dependiente se incluyó el valor de la  $R^2$  de Nagelkerke.

#### 4.2.2.2. Estudio longitudinal con población madrileña

##### 4.2.2.2.1. Selección de participantes y muestra

Los participantes incluidos en este estudio formaron parte del estudio Measuring Health and Disability in Europe (MHADIE Project) (2005) que fue financiado por la Comisión Europea en el VI Programa Marco.

El objetivo principal del estudio MHADIE era validar el modelo biopsicosocial de la CIF, propuesto por la OMS (World Health Organization, 2001a) en una variedad de contextos educativos y sanitarios entre los que se incluyó una muestra de personas con problemas crónicos de salud.

MHADIE fue un estudio naturalístico de corte longitudinal con tres tiempos de evaluación (línea base, 6 semanas, 3 meses) que incluyó una muestra de población europea de 1200 sujetos pertenecientes a cinco países europeos: España, República Checa, Eslovenia, Italia y Alemania, que padecían diferentes condiciones crónicas de salud: Depresión, Artritis Reumatoide, Parálisis cerebral, Trastorno Bipolar, Migraña, Epilepsia, Parkinson, Trastornos

## Método

Cardíacos, Trastornos Musculo-Esqueléticos, Accidente cerebro-vascular y Esclerosis Múltiple (según criterios CIE-10).

De esta manera se recogieron 200 casos en España (100 casos con episodio depresivo y 100 casos de trastorno bipolar), 450 casos en Italia (100 casos de Epilepsia, 150 de trastornos musculo-esqueléticos, 100 de Migraña y 100 de trastornos cardíacos), 250 casos en Alemania (100 casos de Artritis Reumatoide y 150 de trastornos musculo-esqueléticos), 200 casos en la República Checa (100 de Esclerosis Múltiple, 100 de Parálisis cerebral) y 100 casos en Eslovenia de accidente cerebro-vascular.

En España participaron: el departamento de psiquiatría de la Universidad Autónoma de Madrid (Hospital Universitario de la Princesa) y el Hospital Clinic de Barcelona, que recogieron pacientes diagnosticados de Trastornos Depresivos Unipolares y Trastorno Bipolar, respectivamente. Aparte de los dos seguimientos anteriormente mencionados en todos los centros a nivel europeo, en España se obtuvo financiación extraordinaria a través de una ayuda del fondo de investigación sanitaria (Instituto de Salud Carlos III), de tal forma que se realizó un seguimiento al año después de la evaluación basal.

En la muestra madrileña, cinco centros de salud (CS) de atención primaria de la área sanitaria 2 de la Comunidad de Madrid (CS Núñez Morgado, CS San Fernando I, CS San Fernando II, CS de

Ciudad Jardín, CS Potosí), dos Centros de Salud Mental (CSM) (CSM Goya y CSM Marqués de Ahumada) y las Consultas Externas y Unidad de Agudos del Hospital Universitario de la Princesa participaron en el estudio. El contacto inicial con los potenciales participantes fue realizado por los médicos de referencia de los Centros de Salud de Atención Primaria (CS), centros de salud mental (CSM) y del Hospital Universitario de la Princesa, quienes estuvieron en estrecho contacto con los investigadores del proyecto. Las evaluaciones se realizaron a través de una entrevista estructurada de lápiz y papel en los CS, CSM o el hospital en el que los pacientes eran tratados. La entrevista fue llevada a cabo cara a cara por cinco entrevistadores (un varón y cuatro mujeres), previamente entrenados, los cuales tenían formación en salud mental (psicólogos y residentes en psiquiatría). Tras la evaluación inicial (línea base), se contactó con los participantes para realizar evaluaciones de seguimiento a las 6 semanas, a los 3 meses y al año de haber comenzado un nuevo tratamiento antidepresivo.

Para determinar la presencia y causas del sesgo en la pérdida de los casos a lo largo del estudio, a aquellos pacientes a los que no se les pudo hacer el seguimiento, se les preguntó cuando fue posible, las razones por las que no continuaban participando en el mismo.

Los criterios de inclusión del estudio fueron: pacientes atendidos en los centros sanitarios públicos anteriormente

Método

mencionados, mayores de edad, diagnosticados con episodio o trastorno depresivo, de acuerdo a criterios CIE-10 y que empezaron con un tratamiento antidepresivo con su médico de referencia. Por otra parte, fueron excluidos aquellos pacientes que tuvieron problemas de alcohol o abuso de sustancias, aquéllos con deterioro cognitivo (Demencia o Alzheimer) o los que padecieron otros trastornos afectivos como Depresión Bipolar o Trastornos Adaptativos con sintomatología depresiva. También fueron excluidos pacientes que tuvieron un diagnóstico de Esquizofrenia. Sin embargo, fueron incluidos sujetos con otras comorbilidades psicológicas, por ejemplo; Trastornos de Ansiedad, Trastornos de la Conducta Alimentaria o Trastornos de Personalidad.

Figura 5: Criterios de inclusión y exclusión

<p><b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Edad &gt; 18 años y &lt; 75 años.</li> <li>✓ Diagnóstico Episodio Depresivo (CIE-10)</li> <li>✓ Pacientes de la sanidad pública madrileña pertenecientes al área sanitaria 2</li> <li>✓ Iniciar tratamiento psicofarmacológico antidepresivo a dosis terapéuticas</li> <li>✓ Tener un trabajo remunerado</li> </ul> <p><b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✗ Abuso / dependencia de sustancias y / o alcohol.</li> <li>✗ Historia de trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno mental orgánico u otro trastorno afectivo diferente a la depresión unipolar.</li> <li>✗ Indicios o presencia de síntomas debidos a trastornos neuropsicológicos (demencia, daño cerebral).</li> <li>✗ Trabajo no remunerado (amas de casa, estudiantes, parados, jubilados, etc....)</li> </ul>
---



Para los análisis de este estudio se escogió una sub-muestra del estudio compuesta por 68 pacientes reclutados en la Comunidad de Madrid con un diagnóstico de Episodio o Trastorno Depresivo (18-75 años) según criterios CIE-10, que son los que tenían un trabajo remunerado.

Por razones de pérdida de casos a lo largo de las evaluaciones del estudio, solamente se incluyeron en el análisis de este trabajo, la evaluación basal y la evaluación a las seis semanas ya que si usaban los tres tiempos de evaluación o la evaluación basal con la de 3 meses, el tamaño muestral resultante era inferior a 50 participantes. De esta manera se escogieron estas dos evaluaciones para que la potencia estadística no quedara comprometida y los resultados del análisis no fueran inestables.

#### 4.2.2.2.2. Variables e Instrumentos de evaluación

##### 4.2.2.2.2.1. Variables dependientes

Se incluyeron tres medidas de discapacidad laboral relacionadas con limitaciones y restricciones en un trabajo remunerado.

-Presencia de baja laboral: Medida de absentismo laboral justificado. Los participantes fueron clasificados según la presencia o

## Método

ausencia de baja laboral en los dos tiempos de evaluación. Con dos valores: 0=No Baja; 1=Baja. (Categoría de referencia: 0= No baja).

-Días de trabajo perdidos en el último mes: Número de días en los que el participante afirmó que perdió medio día de trabajo o más debido a su condición de salud. Los valores variaron de 0 a 30 días.

-Rendimiento laboral: Sub-escala de trabajo dentro del dominio de actividades de la vida diaria del cuestionario de discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS-II. 5 D) (World Health Organization, 2001b). Será utilizada como una medida de limitaciones en llevar a cabo las actividades del trabajo. La puntuación de la sub-escala de rendimiento laboral se calculó a partir de la sintaxis para SPSS publicada en el libro de la validación española de la escala (WHODAS-II) (Vázquez-Barquero et al., 2000). En dicha publicación, se subdivide el dominio de actividades de la vida diaria en dos sub-escalas: una que incluye el funcionamiento en las tareas del hogar, que es aplicada a personas que no tienen un trabajo remunerado y otra área referida estrictamente al funcionamiento laboral dirigida a las personas que tienen un trabajo remunerado y que fue la puntuación que se utilizó en este estudio. Las puntuaciones del dominio varían de 0=funcionamiento óptimo a 100= máxima discapacidad.

#### 4.2.2.2.2. Variables independientes

Diversas variables clínicas y socio-demográficas fueron incluidas. Los valores entre paréntesis fueron los valores de referencia para los análisis de regresión.

- Edad (en años)
- Género: dos valores 1= Mujer, 0=Varón. (El valor de referencia en los análisis de regresión fue 0=Varón).
- Convivencia con una pareja: Fue medida a través de la variable estado civil que tuvo 6 valores. 1=Nunca ha estado casado, 2=Actualmente Casado, 3= Divorciado, 4=Separado, 5=Viudo, 6=Convivencia. Posteriormente, se agruparon estos valores en dos variables diferentes: personas que vivían con la pareja (casados y en convivencia=1) y personas que no tenían o no vivían con la pareja (viudos, separados, divorciados, o solteros=0). Codificando la variable como: No pareja=0, vivir con la pareja=1. Para los análisis de regresión se tomó como referencia la categoría de personas que no vivían con la pareja=0.
- Años de educación formal.
- Nivel de salud: Esta variable fue medida con la *Encuesta de Salud SF-36* (Ware, Jr. & Sherbourne, 1992). El SF-36 valora el estado de salud general en población normal y clínica, así

---

**Método**

como la salud física y mental en las dimensiones negativa y positiva (enfermedad y salud / bienestar). Proporciona información de 8 dimensiones: salud general percibida, funcionamiento físico, limitaciones de rol por problemas físicos, dolor corporal, salud mental general, limitaciones de rol por problemas emocionales, vitalidad y funcionamiento social. La combinación de las distintas dimensiones permite obtener dos índices de salud: estado de salud física y estado de salud mental que son las escalas que utilizaremos en este estudio. Cada una de estas escalas toma los valores de 0 a 100. La consistencia interna de las escalas de salud física y salud mental presenta valores comprendidos entre 0.31 y 0.72. Los índices de fiabilidad test-retest para ambas dimensiones oscilan entre 0.38 y 0.90 (Ayuso-Mateos et al., 1999; Vilagut et al., 2005).

- Nivel de apoyo social: Se utilizó la versión española de la escala OSLO de apoyo social (OSS-3) (Dalgard et al., 2006). Las puntuaciones varían de 14=alto apoyo social percibido a 3=bajo apoyo social. La escala OSLO de soporte social ha sido utilizada en diversos estudios europeos con pacientes con depresión (Dowrick et al., 1998) teniendo buenos valores de fiabilidad y validez en población europea (Casey et al., 2006).

- Cronicidad de la depresión: variable medida por el número de episodios depresivos previos padecidos por el paciente. La variable fue recogida a través de la información dada por el paciente. Para los análisis de regresión se recodificó tomando sólo dos valores, de tal manera que distinguiera a las personas sin ningún episodio depresivo previo=0 y las personas con uno o más episodios depresivos previos=1. Para los análisis de regresión se consideró el valor ningún episodio depresivo como categoría de referencia=0.
- Severidad clínica de la depresión: Medida con el inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (Beck et al., 1996). El BDI-II evalúa la presencia y gravedad de sintomatología depresiva en las dos últimas semanas. Es una escala auto-aplicada formada por 21 ítems que son evaluados de 0 a 3. El rango de puntuación es de 0 a 63, siendo los puntos de corte para severidad de sintomatología: 0-13 mínima; 14-19 = leve; 20-28 = moderada; 29-63 = grave. El BDI-II tiene buenas propiedades psicométricas que avalan su fiabilidad y validez en muestras específicas de pacientes ambulatorios con trastornos depresivos (Steer et al., 1999) o con trastorno depresivo mayor (Steer et al., 2001). Se empleó la versión validada en nuestro país tanto en población general adulta (Sanz et al., 2003) como en muestras clínicas (Sanz et al.,

---

## Método

2012). Sus propiedades psicométricas son adecuadas en cuanto a fiabilidad (coeficiente “Alfa de Cronbach”=0.89), validez convergente con otras escalas que miden depresión ( $r=0.68$  a  $0.70$ ;  $p < 0.001$ ) y validez de criterio entre los diferentes grupos de severidad ( $F(3,100)=12,38$ ,  $p < 0,001$ )(Sanz et al., 2003).

- Apoyo del superior: Ítem 4 de la escala de Apoyo Social desarrollada por Miller et al.,(1976). La puntuación del ítem varía de 1=ningún apoyo a 5=total apoyo. Esta variable fue categorizada en tres valores; las puntuaciones 1 a 2 fueron definidas como apoyo bajo=1, la puntuación 3 fue definida como apoyo medio=2 y las puntuaciones de 4 a 5 fue definidas como apoyo alto=3. Para los análisis de regresión se crearon tres variables diferentes: apoyo (alto/medio/bajo), tomando como categoría de referencia en los análisis de regresión apoyo medio del superior.
- Nivel de discapacidad global y en cinco áreas de funcionamiento: Se evaluó con el cuestionario de evaluación de la discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS-II). El WHODAS-II es un instrumento de evaluación multidimensional que evalúa el nivel de funcionamiento y discapacidad a lo largo de una serie de condiciones. Proporciona información sobre seis dominios relacionados

con el funcionamiento (comprensión y comunicación, capacidad para moverse en el entorno, cuidado personal, relación con otras personas, tareas del hogar y participación en sociedad). Para este estudio, se utilizaron tanto las puntuaciones de cada una de las sub-escalas como la puntuación total. El WHODAS-II ha mostrado buenos índices de consistencia interna y de validez convergente en centros de atención primaria, habiendo sido usada en estudios previos sobre depresión (Annicchiarico et al., 2004).

Las variables de apoyo social percibido, apoyo del superior, severidad de la depresión, nivel de salud física y salud mental, cumplimiento del tratamiento así como todas las variables dependientes referidas a la discapacidad laboral se evaluaron en los dos tiempos de evaluación, mientras que las variables socio-demográficas y el número de episodios depresivos previos fueron sólo evaluados en línea base.

#### 4.2.2.2.3. Análisis estadístico

##### 4.2.2.2.3.1. Descriptivos y prevalencia de la discapacidad laboral

En primer lugar, se efectuaron análisis descriptivos; se hallaron la media y la desviación típica para todas las variables continuas. En las variables categóricas, se calcularon frecuencias y porcentajes.

Método

4.2.2.2.3.2. Análisis de los factores relacionados con la presencia de discapacidad laboral en línea base.

Diferentes análisis basados en regresión lineal o logística fueron efectuados en función de la naturaleza de las variables dependientes. Como el presente estudio tuvo primordialmente un carácter exploratorio, ya que incluyó variables que no habían sido anteriormente estudiadas en la literatura, se propusieron modelos de regresión que no excluyeran ninguna variable relevante del estudio que estuviera relacionada con la discapacidad laboral pero, que al mismo tiempo mantuvieran una significación estadística. De esta manera, en los análisis de regresión se utilizó el método “hacia atrás” para encontrar un modelo que tuviera la suficiente capacidad explicativa con el mayor número de variables asociadas relevantes.

Las variables independientes fueron: edad, género (Cat. de referencia: hombre), apoyo social del superior (Cat. de referencia apoyo medio), años de escolarización, estado civil (Cat. de referencia vivir sin pareja), apoyo social general, severidad de la depresión, cronicidad de la depresión (Cat. de referencia: ausencia de episodios depresivos previos), nivel de discapacidad en cinco dominios (Dominios de funcionamiento WHODAS) y nivel de salud física.



Solamente dos factores incluidos en los análisis univariantes, no se incluyeron en los análisis de regresión, para evitar efectos de colinealidad entre variables:

-La puntuación total de la escala de discapacidad del WHODAS-II ya que se incluyeron las puntuaciones de todas sus sub-escalas.

-La sub-escala de nivel de salud mental del SF-36 ya que tiene una alta correlación con la puntuación de severidad de la depresión (escala BDI-II) en el caso de enfermos con depresión.

#### 4.2.2.2.3.2.1. Variable categórica (baja laboral).

Para conocer todos los factores relevantes a la hora de predecir una mayor probabilidad de presencia de baja laboral, se efectuó primeramente un análisis de regresión logística con pasos “hacia atrás”, incluyendo como variable dependiente la presencia de baja laboral en línea base y como variables independientes las anteriormente mencionadas. Para la selección o exclusión de las variables independientes se escogieron los siguientes criterios: Entrada en el modelo  $p(F) < 0.05$ ; Salida del modelo  $p(F) > 0.1$ . Además, se verificó la hipótesis nula de la adecuación del modelo con el contraste de Hosmer-Lemeshow, así como el porcentaje de sujetos que el modelo clasificaba correctamente.

## Método

Por otro lado, para verificar qué tipo de variables eran relevantes a la hora de explicar la probabilidad de la presencia de baja laboral, se realizaron cuatro análisis de regresión logística diferentes con el método introducir, incluyendo como variables independientes en el primer modelo a las variables sociodemográficas, en el segundo modelo las variables clínicas, en el tercero las de funcionamiento y en el cuarto las de soporte social. Como variables sociodemográficas se incluyeron el género (cat. de referencia=hombre), edad, nivel de escolarización y el convivir con la pareja (cat. de referencia=no). Como variables clínicas se incluyeron la severidad de la depresión, el nivel general de salud física y recurrencia de la depresión (categoría de referencia=no). Como variables de funcionamiento se incluyeron las cinco sub-escalas de discapacidad del WHODAS-II y por último como variables de soporte social se incluyeron los valores de las escalas de soporte social general y soporte del superior. Se calculó el porcentaje de varianza explicada por cada una de las regresiones efectuadas ( $R^2$  de Nagelkerke) verificando la adecuación lineal de cada modelo. Asimismo se incluyó el estadístico Ji-cuadrado y su probabilidad asociada para rechazar la hipótesis nula de que el modelo no era relevante con respecto a la constante.

## 4.2.2.2.3.2.2. Variables continuas.

Para verificar los factores relevantes a la hora de predecir problemas de rendimiento laboral o días de trabajo perdido, se efectuaron dos análisis de regresión lineal simple con método hacia atrás, tomando en uno como variable dependiente número de días de trabajo perdidos en los últimos 30 días y en el otro la variable de rendimiento laboral con su valores basales. Se comprobó si cada modelo cumplió el supuesto de normalidad en la distribución de los residuos. En cada modelo se utilizaron como variables independientes los valores en línea base de las variables anteriormente mencionadas. Asimismo, se utilizaron los siguientes criterios de entrada y salida de variables en el modelo: Entrada:  $p(f) < 0.05$ ; Salida del modelo  $p(F) > 0.1$ . De esta manera, se obtuvo el porcentaje de varianza explicada de cada una de las dos variables de discapacidad laboral, ( $R^2$  corregida) y su significación.

Por otra parte, se verificó la no existencia de colinealidad de las variables del estudio con el índice Watson Durbin. Con este índice se comprobó la hipótesis nula de ausencia de auto-correlación serial entre las observaciones. Sus valores varían de 0 a 4. Su interpretación depende del número de factores predictores y del tamaño muestral, pero en líneas generales valores menores de 1 y mayores de 3 rechazarían la hipótesis nula de ausencia de autocorrelación, siendo los valores óptimos para aceptar la hipótesis nula de no correlaciones

## Método

serial, los valores entre 1.5 y 2.5 (Shim & Siegel, 1992). Asimismo, se comprobó que los valores de tolerancia fueran mayores de 0.10 y los factores de inflación de la varianza (FIV) fueran menores de 10 (Kleinbaum D et al., 1998).

Por otro lado, con el objetivo de verificar qué tipo de factores eran relevantes a la hora de explicar las variables rendimiento laboral y días de trabajo perdido se realizaron cuatro análisis de regresión diferentes, con el método introducir. En el primer modelo, se introdujeron las variables sociodemográficas (género, edad, convivir con pareja y años de escolarización), en el segundo se tuvieron en cuenta las variables clínicas (severidad de la depresión, recurrencia de la depresión (no historia de episodios previos, y nivel de salud física), en el tercer modelo de regresión se introdujeron las variables de funcionamiento (puntuaciones de discapacidad de las sub-escalas del WHODAS), y en el cuarto se incluyeron las variables de soporte social: soporte social percibido y soporte del superior.

De esta manera, se calculó el porcentaje de varianza ( $R^2$  y  $R^2$  corregida) explicada por cada uno de los modelos de regresión creados, verificándose si el bloque de variables resultaba estadísticamente significativo a la hora de explicar la varianza de días de trabajo perdidos y rendimiento laboral.

#### 4.2.2.2.3.3. Análisis de los casos perdidos en el seguimiento

Tratándose de un estudio longitudinal, se verificó el número de casos perdidos en el tiempo dos (seis semanas). Asimismo, se realizó un análisis de las pérdidas para verificar si hubo sesgos en la pérdida de casos a lo largo del estudio. Para ello se realizó primeramente una estimación de la probabilidad de que cada persona permaneciera en el estudio mediante un análisis de supervivencia por medio del estimador de Kaplan Meier.

Para verificar si hubo posibles variables del estudio asociadas a la pérdida de casos, se utilizó una Regresión de Cox, en donde se consideró como evento la existencia de casos perdidos en la evaluación a las seis semanas, tomando el número de días desde línea base hasta la segunda evaluación como factor tiempo, y como variables dependientes los valores de las siguientes variables principales en línea base: edad, género (categoría de referencia: hombre=0), vivir con pareja (no vivir con pareja=0), días de trabajo perdidos, severidad de la depresión, rendimiento laboral, presencia de baja laboral, cronicidad de la depresión (ningún episodio previo=0), funcionamiento global, funcionamiento en cinco dominios (compresión y comunicación, moverse por el entorno, relacionarse con otras personas, cuidado personal y participación en sociedad), nivel de salud física, apoyo social general y grado de apoyo del

## Método

superior. Si el patrón de pérdidas no fuera predicho por ninguna de las variables del estudio, se efectuarían los análisis con todas las variables. Sin embargo, en el caso de que alguna de las variables del estudio predijera las pérdidas, esa variable o variables serían eliminadas de los análisis del estudio.

Asimismo, se llevó a cabo un análisis del número de casos perdidos y de los patrones de las pérdidas, comprobando si los valores perdidos de las variables eran completamente al azar o por el contrario seguían un patrón determinado. Para ello, se verificó el cumplimiento del supuesto MCAR (missing completely at random) con el algoritmo EM (Máxima verosimilitud) que incluye la prueba de Little con el estadístico Ji-cuadrado ( $\chi^2$ ). En el caso de que las pérdidas no siguieran ningún patrón, se podría asumir que las pérdidas de seguimiento no sesgarían los resultados del estudio.

### 4.2.2.2.3.4. Evolución de las variables del estudio a lo largo del tiempo

Se comprobó la evolución de las diferentes variables incluidas en el estudio, teniendo en cuenta los cambios de valores de las variables en línea base y a las seis semanas. Diferentes análisis de contraste univariantes fueron efectuados en función de la naturaleza de las variables dependientes.

En el caso de que las variables fuesen continuas se efectuaron pruebas *t* de Student de medidas repetidas, verificando previamente la hipótesis nula de homogeneidad de varianzas. Se tomó como valor de significación un nivel de confianza del 95%. Se calcularon asimismo los tamaños del efecto con la fórmula de Cohen de medidas repetidas,  $d=t [2(1-r)/n]^{1/2}$  (Dunlap et al., 1996).

Para analizar la evolución de las variables categóricas (por ejemplo, cumplimiento del tratamiento y presencia de baja laboral), se tomó como referencia un valor en cada una de las variables (cumplimiento riguroso del tratamiento y presencia de baja respectivamente) y se contrastó su evolución con el estadístico  $\chi^2$  y el test de Cochran confirmando los resultados con la prueba de McNemar.

#### 4.2.2.2.3.5. Análisis de los factores relacionados con la evolución de la discapacidad laboral

De la misma manera que con las variables a nivel basal, se propusieron análisis de regresión “hacia atrás”, con el objetivo de que no se rechazara ninguna variable potencialmente relevante del modelo y que al mismo tiempo, el modelo originado fuera lo suficientemente explicativo de la discapacidad laboral.

## Método

### 4.2.2.3.5.1. Variable categórica

Para verificar cuáles fueron los factores relevantes en la predicción de la probabilidad de presencia de baja laboral a las seis semanas, se efectuó un análisis de regresión logística con el método hacia atrás, incluyendo como variable dependiente, la presencia de baja laboral a las seis semanas y como variables independientes las mismas variables independientes utilizadas en el análisis de regresión logística a nivel basal. Se verificó de igual modo, el ajuste del modelo con la prueba Hosmer-Lesmerov, así como el porcentaje de sujetos clasificados adecuadamente por el modelo. Al igual que anteriores análisis, los criterios de selección de variables fueron  $p(F) > 0.10$  para la exclusión de la variable y  $p(F) < 0.05$  para su introducción en el modelo.

Del mismo modo que a nivel basal, para verificar qué tipo de factores en línea base predecían mejor la permanencia de baja laboral a las seis semanas de tratamiento, se realizaron cuatro modelos diferentes de regresión logística con el método de introducir, incluyendo en el primer modelo de regresión las variables socio-demográficas, en el segundo modelo las variables clínicas, en el tercer modelo, las variables de funcionamiento y en el último las variables de soporte social. Se calculó, en cada uno de ellos, la adecuación de cada modelo ( $R^2$  de Nagelkerke), verificando con el



estadístico Ji cuadrado( $\chi^2$ ) y su probabilidad asociada, que el modelo formado por las variables fue estadísticamente significativo ( $p < 0.05$ ).

#### 4.2.2.2.3.5.2. Variables continuas.

Para verificar las variables relevantes en la predicción de problemas de absentismo laboral (días de trabajo perdidos) y limitaciones en llevar a cabo las actividades en el mismo (rendimiento laboral) a las seis semanas de tratamiento antidepressivo, se efectuaron dos análisis independientes de regresión lineal simple con el método hacia atrás, incluyendo como variables dependientes: el número de días de trabajo perdido a las seis semanas y el rendimiento laboral a las seis semanas, respectivamente en cada modelo, y como variables independientes los valores en línea base de las variables que anteriormente se han mencionado en el análisis de regresión lineal a nivel basal. De la misma manera, se verificó la no existencia de colinealidad de las variables del estudio con el índice Watson Durbin, así como que los valores de tolerancia fueran mayores de 0.10 y los FIV fueran menores de 10.

Posteriormente, para verificar qué tipo de variables fueron linealmente relevantes a la hora de predecir las limitaciones en el rendimiento laboral y el absentismo (número de días de trabajo perdido), se realizaron cuatro análisis independientes de regresión

## Método

con el método introducir. En el primer análisis de regresión se incluyeron las variables sociodemográficas, en el segundo, las variables clínicas, en el tercero las variables de funcionamiento y discapacidad y en el cuarto las variables de soporte social.

El nivel de adecuación de cada uno de los modelos fue calculado ( $R^2$  de Nagelkerke). Además se incluyó el estadístico  $\chi^2$  y su probabilidad para verificar si el modelo conformado era estadísticamente significativo ( $p < 0.05$ ).

### **4.2.3. Grupo de discusión con pacientes**

Para obtener información directa de la experiencia de las dificultades laborales desde el punto de vista de las personas que las padecen, se incorporó un estudio cualitativo que consistió en un grupo de discusión en pacientes con depresión.

El grupo de discusión formó parte del proyecto europeo Psychosocial fActors RelevAnt to brain DisorderS in Europe, (PARADISE) (2010), financiado por la Comisión Europea en el VII Programa Marco. Los objetivos y metodología del proyecto PARADISE se encuentran previamente descritos en el punto 4.2.1 de este trabajo.

Para el presente estudio se seleccionó la información de dificultades laborales y sus variables relacionadas que surgieron

dentro del grupo de discusión llevado a cabo en el proyecto PARADISE con pacientes con depresión.

A modo de resumen, se pueden definir los grupos de discusión (“Focus Group”) como una técnica empleada en la investigación cualitativa proveniente originariamente del campo de la investigación de mercados y que posteriormente ha sido aplicada en el campo de la salud (Gil Flores et al., 1994).

Esta técnica trata de *“recoger la vivencias y experiencias de un grupo determinado de personas con unas características similares”* (Cano Arana, 2008), que *“durante un espacio de tiempo limitado debaten sobre un determinado tópico propuesto por el investigador”* (Gil Flores et al., 1994). Este tema de conversación es facilitado por un moderador y estimulado por la propia interacción de los participantes en el grupo (Gil Flores et al., 1994).

La evidencia demuestra que con esta técnica es posible recoger información subjetiva de cómo los pacientes experimentan su enfermedad (Frank et al., 2007).

#### 4.2.3.1. Muestra y selección de participantes

Los participantes fueron pacientes voluntarios que estaban bajo tratamiento antidepresivo en las consultas externas de psiquiatría del Hospital Universitario de la Princesa.

## Método

Los pacientes fueron seleccionados por su propio psiquiatra que conocía los criterios de inclusión del estudio.

Los criterios de selección fueron:

- Mayores de edad.
- Diagnóstico de Episodio o Trastorno Depresivo leve, moderado o severo según criterios CIE-10 en los últimos 12 meses.
- Ausencia de comorbilidad con trastornos de Abuso de Sustancias.
- Ausencia de síntomas psicóticos y de ideación suicida grave (puntuación en el ítem 3º de la Escala de Depresión de Hamilton < 2 para la ideación suicida) (Hamilton, 1960).
- Ausencia de otros trastornos psiquiátricos graves (trastorno bipolar, esquizofrenia u otras psicosis).

Para obtener una muestra heterogénea de pacientes, se intentó seleccionar la máxima variación posible de los sujetos en las variables: edad, género y nivel de educación. Ocho pacientes: cuatro varones y cuatro mujeres fueron informados de los objetivos del estudio e invitados a participar. Finalmente, siete personas acudieron al grupo de discusión y firmaron el consentimiento informado en el cual se les pidió permiso para ser grabados.

El grupo de discusión se desarrolló en el área de docencia del Hospital Universitario de la Princesa. Contó con la participación de un moderador que fue específicamente entrenado para este fin y un

asistente observador que anotaba los comportamientos e intervenciones más relevantes de los participantes. Después de una breve presentación de los participantes y de acordar las reglas de conversación, el moderador planteó las preguntas que fueron discutidas por los pacientes. Las preguntas utilizadas por el moderador se encuentran detalladas en el anexo. Las conversaciones y respuestas de los pacientes fueron grabadas y transcritas.

#### 4.2.3.2. Variables e Instrumentos de evaluación

Para este estudio fueron seleccionadas aquellas preguntas que directamente trataban sobre la discapacidad laboral.

De esta manera, se seleccionaron las conversaciones de los sujetos a las preguntas:

- ¿De qué manera las dificultades en el trabajo afectaban a tu vida diaria?
- ¿Cuándo las dificultades en el trabajo empezaron a ser un problema?
- ¿Por qué motivo piensas que las dificultades en el trabajo empezaron?
- ¿Has notado algún cambio en esas dificultades? (empeoró, mejoró, se ha mantenido, ha ido, ha vuelto).

## Método

- ¿Por qué piensas que las dificultades en el trabajo empeoran, mejoran, se van o vuelven?

Completando la información de la sesión del focus group, diversas variables socio-demográficas y clínicas fueron también extraídas de cada paciente a través de un cuaderno de recogida de datos (ver en anexos):

- Edad (en años).
- Género.
- Estado laboral: 10 valores (asalariado, autónomo, trabajo no remunerado, estudiante, responsable del hogar, jubilado, desempleados por cuestiones de salud, desempleado por otras razones, otros, o desconocido).
- Diagnóstico principal.
- Fecha del diagnóstico.
- Edad del primer episodio.
- Número de episodios depresivos previos.
- Historia de intentos de suicidio.
- Estado clínico actual: Variable valorada por el clínico que llevó a los pacientes y que de acuerdo a criterios DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) clasificó a los

participantes en: 0=depresión, 1= en remisión parcial, 2= en remisión total).

- Estado de salud general del paciente: Se trata de un ítem que fue rellenado por el psiquiatra que atendía a estos pacientes y en el cual se le pedía que clasificara la salud general de un paciente en una escala de 0 a 11 (0=malo, 11= excelente).

Todos los procedimientos del estudio fueron aprobados por el comité ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario de la Princesa (ver en anexo).

#### 4.2.3.3. Análisis estadístico

##### 4.2.3.3.1. Descriptivos y características de la muestra

Primeramente se realizaron análisis descriptivos de las variables clínicas y sociodemográficas recogidas en el cuaderno de recogida de datos, con el programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versión 19.0 para Windows (IBM, 2011).

Una vez realizada la transcripción de las conversaciones del grupo, el resto de análisis fueron realizados con el programa NVivo qualitative data analysis software (QSR International, 2011). Con el programa NVivo se codificó el número de personas que tuvieron problemas laborales, distinguiendo cuáles de los problemas en el trabajo podían ser codificados como problemas en buscar un trabajo,

## Método

problemas en mantener un empleo, problemas de absentismo y limitaciones en el rendimiento laboral.

Utilizando herramientas de análisis del programa NVivo se establecieron relaciones entre los diferentes problemas de discapacidad laboral experimentados por los sujetos. Asimismo, también se codificaron con NVivo todas las variables que los sujetos relacionaron con la discapacidad laboral.

### 4.2.3.3.2. Análisis de los factores relacionados con la presencia de discapacidad laboral.

Se codificaron con el programa NVivo cada una de las variables experimentadas por los participantes que tenían una relación con los diferentes problemas laborales; búsqueda y mantenimiento del empleo, absentismo o rendimiento laboral. Al tratarse de un estudio cualitativo, el grado de relación entre las variables fue categorizado como asociación. Por último, a modo resumen, se representaron gráficamente todos los resultados; tanto las dificultades laborales obtenidas como las variables relacionadas con ellas.



## 5. RESULTADOS

A continuación se expondrán los resultados de cada estudio planteado.

### 5.1. Revisión sistemática

#### 5.1.1. Características y selección de los estudios

1090 estudios fueron localizados usando la búsqueda electrónica, de los cuales, se seleccionaron 347 revisando los resúmenes y finalmente 13 fueron los estudios seleccionados tras leer los textos completos. Tal y como se representa en la figura 5, tanto en la selección de artículos por la lectura de resúmenes como en la revisión de los textos completos, los criterios de exclusión más frecuentes fueron: depresión como comorbilidad secundaria para el 17.08% de los estudios (n=184), ausencia de medidas de discapacidad laboral para el 24.23% (n=261), depresión pobremente medida o definida para el 10.02% (n=108) y otras razones para el 44.47% (n=479). Dentro de la categoría de otras razones destacaron las subcategorías de: estudio transversal para el 20.82% de los estudios (n=227), dificultades tratadas como variables independientes y no como variables de resultado (n=117) para el 10.73% y otros

---

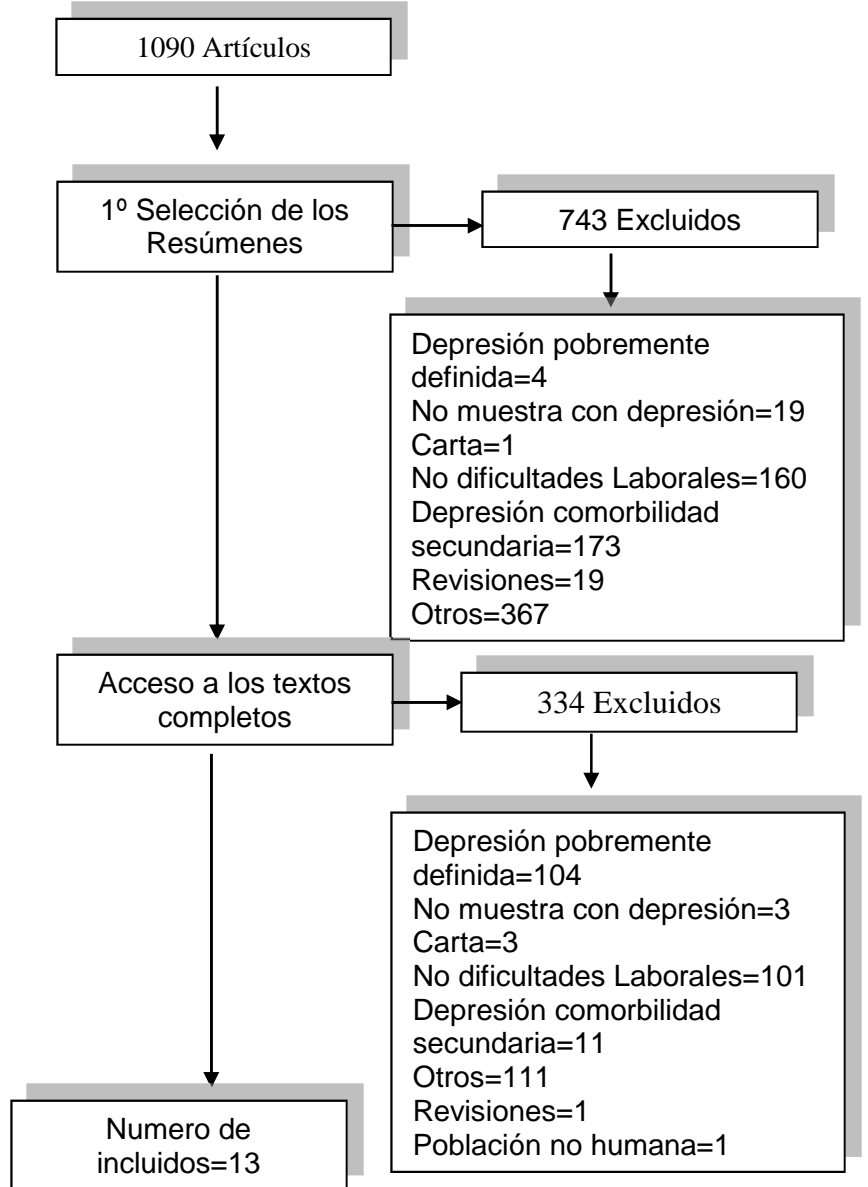
## Resultados

diagnósticos depresivos para el 6.78% (n=74). El grado de acuerdo entre los revisores independientes, expresado por el coeficiente Kappa de Cohen en la selección de artículos (Fleiss et al., 1969) fue de 0.80 (ET=0.04; IC 95%=0.72/0.88). El grado de acuerdo entre los revisores en el tipo y el número de los datos extraídos fue de 0.66 (ET=0.10; IC 95%=0.46/0.86)

De los 13 estudios seleccionados: nueve (69.23%) fueron de tipo observacional, tres (23.08%) de tratamiento y uno cualitativo (7.69%). Dentro de los estudios de tratamiento, dos estudios (66.67%) fueron puramente farmacológicos y otro (33.34%) fue de terapias alternativas (arte-terapia y relajación). Dentro de los estudios farmacológicos, uno fue un ensayo clínico aleatorizado (Skarsater et al., 2005) mientras que el otro fue un estudio de tratamiento sin rama control (Hudson et al., 2007).

En cuanto a la calidad de los estudios, de acuerdo a criterios de la National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)(2009), cuatro estudios tenían una calidad mala (19.5%), 14 estudios (66.67%) fueron de calidad aceptable y tres (14.29%) de calidad buena. 31070 sujetos participaron en los 13 estudios seleccionados.

Figura 6: Selección de los estudios y razones de exclusión.



DISCAPACIDAD LABORAL Y DEPRESIÓN:

Resultados

Tabla 4: Características generales de los sujetos incluidos en los estudios.

VARIABLES (SUJETOS)	TIPO DE ESTUDIO				TOTAL (n=13)
	ESTUDIO DE TRATAMIENTO (N=3)		OBSERVACIONAL (n=9)	CUALITATIVO (n=1)	
	Farmacológico (n=2)	Alternativo(*) (n=1)			
Tamaño de la muestra $\bar{X}$ (DT) [Min-Max]	348 (261.63) [163-533]	97 (0)	3442.45 (5838.04) [22- 17433]	19 (0)	2589.16 (5210.71) [19- 17433]
Género; n (% mujeres)	496 (71.26%)	82 (84.53%)	16106 (51.98%)	13 (68.42%)	16631 (52.56%)

DISCAPACIDAD LABORAL Y DEPRESIÓN:

Resultados

. Tabla 5: Características generales de los estudios seleccionados

VARIABLES (ESTUDIOS)	TIPO DE ESTUDIO				TOTAL (N=13)
	ESTUDIO DE TRATAMIENTO (n=3)		OBSERVACIONAL (n=9)	CUALITATIVO (n=1)	
	Farmacológico (n=2)	Alternativo(*) (n=1)			
<b>Diagnóstico; N (%)</b>					
Depresión mayor (DSM)	2 (100%)	-	9 (100%)	1 (100%)	12 (92.30%)
Depresión menor (DSM)	-	1 (100%)	-	-	1 (8.33%)
Depresión mayor y menor (DSM)	-	-	-	-	-
<b>Tipo de Población; N (%)</b>					
Hospitalizados	-	-	2 (22.22%)	-	2 (16.67%)
Población clínica ambulatoria	2 (100%)	1 (100%)	3 (33.33%)	1 (100%)	7 (53.84%)
Hospitalizados y población clínica ambulatoria	-	-	1 (11.11%)	-	1 (8.33%)
Población general	-	-	3 (33.33%)	-	3 (25%)
<b>Tiempo medio de diagnóstico MD (SD) [Min-Max]</b>					
	2 (0) [2-2]	-	0 (0) [0-0]	-	1 (1.41) [0-2]
<b>Comorbilidad; N (%)</b>					
Psicológica	-	-	1 (11.11%)	-	1 (8.33%)
Física	-	1 (100%)	1 (11.11%)	-	2 (16.67%)
Ambas comorbilidades	-	-	2 (22.22%)	-	2 (16.67%)
Ninguna	2 (100%)	-	5 (55.56%)	1 (100%)	8 (61.53%)

DISCAPACIDAD LABORAL Y DEPRESIÓN:

Resultados

Tabla 6: Selección de los resultados referentes al funcionamiento laboral agrupados por tipos de estudio

Categorías laborales generales	Categorías específicas	Tipo de estudio						Total (n=13)	
		Estudio de tratamiento (n=3)		Observacional (n=10)		Cualitativo (n=1)			
		n (%)	IC 95%	n (%)	IC 95%	n (%)	IC 95%	n (%)	IC 95%
<b>Búsqueda de empleo (d8450)</b>		-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Mantenimiento de un empleo (d8451)</b>				1 (10)	1.79/40.42	-	-	1 (7.69)	1.37/33.31
<b>Trabajo remunerado (d850)</b>	Eficiencia	1 (33.33)	6.15/79.23	-	-	-	-	1 (7.69)	1.37/33.31
	Restricciones en el tiempo	-	-	1 (10)	1.79-40.42	-	-	1 (7.69)	1.37/33.31
	Absentismo/no participación	2 (66.67)	(20.77/93.85)	8 (80)	49.02/94.33	1 (100%)	20.65-100	11 (84.62)	57.77/95.67
<b>TOTAL</b>		3 (23.08)	8.18/50.26	10 (76.92)	49.74/91.82	1 (7.69)	20.6-33.31	13 (100)	77.91/100

---

## Resultados

Tal y como se ilustra en la tabla 4, la muestra media total de sujetos fue de 2589.16 (DT=5210.71) y hubo una amplia variación en el tamaño, de 22 a 17433.

Como se puede observar en la tabla número 5, 12 estudios (92.30%) fueron realizados con individuos con depresión mayor y uno con depresión menor. Siete (53.84%) se realizaron con población clínica ambulatoria. Asimismo, todos los artículos utilizaron criterios DSM (APA) para el diagnóstico de la depresión, por lo que otras clasificaciones como la CIE (WHO) o los Research Diagnostic Criteria no fueron utilizados en los estudios. En ocho de ellos (61.53%), la muestra de depresivos no tuvo comorbilidad con otras enfermedades. La comorbilidad física apareció en dos (16.67%) y ambas comorbilidades (física y psicológica) también aparecieron en dos estudios (16.67%). Datos sobre la duración o inicio del diagnóstico de depresión fueron recogidos en sólo dos estudios (15.38%); en uno de ellos la duración media del trastorno fue dos años y en el otro se incluyeron pacientes con primer episodio.

De los 13 estudios identificados cuatro se realizaron en Estados Unidos, dos en Canadá y en Suecia y el resto de estudios fueron de: Alemania, Holanda, Finlandia y Turquía (un estudio por país). No hubo ninguno en África u Oceanía.

### **5.1.2. Prevalencia de discapacidad laboral**

El porcentaje de individuos con restricciones en la participación en el trabajo o con problemas de absentismo laboral (bajas laborales y pensiones por discapacidad) osciló entre el 3.9% y el 33.3% de la muestra (Gilmour & Patten, 2007; Skarsater et al., 2005; Skarsater et al., 2009). Asimismo, problemas de rendimiento laboral y en concreto, la restricción de tiempo dedicado al mismo estuvieron presentes en el 29% de los trabajadores (Gilmour & Patten, 2007).

Por último, un estudio informó que en torno al 12.5% de los participantes tuvieron dificultades en mantener el empleo (Patten et al., 2009). Ningún artículo analizó problemas en buscar trabajo por parte de personas con depresión.

### **5.1.3. Variables relacionadas con la presencia de discapacidad laboral (asociadas)**

Diversas variables del ambiente laboral estuvieron relacionadas con problemas en el área laboral. Concretamente, los problemas de absentismo laboral estuvieron asociados con bajo apoyo social por parte de los compañeros de trabajo (Gilmour & Patten, 2007). Asimismo, problemas de rendimiento laboral, como la restricción de tiempo dedicado al mismo (Gilmour & Patten, 2007),



## Resultados

fueron relacionados con mayor estatus laboral y cambio en los turnos de trabajo.

También hubo algunas variables personales que estuvieron relacionadas con los problemas laborales. Un estudio cualitativo de calidad baja informó que los problemas relacionados con la participación en un trabajo estaban relacionados con una autoimagen subjetiva de discapacidad laboral (verse a sí mismo incapaz de trabajar). Variables que a su vez se relacionarían con una ausencia de afrontamiento de problemas, actitudes negativas hacia el trabajo y falta de rol de trabajador en la familia (Millward et al., 2005).

### **5.1.4. Evolución de la discapacidad laboral**

En general, hubo bastante evidencia sobre la mejoría del rendimiento laboral a lo largo del tiempo. Por ejemplo, un estudio de baja calidad (Hudson et al., 2007) y uno de media calidad (Sir et al., 2005) afirmaron que los problemas de rendimiento laboral mejoraron a lo largo del tiempo de estudio.

Asimismo, otro estudio de baja calidad de acuerdo a los criterios NICE informó que los problemas de absentismo medidos con el número de bajas laborales tendían a descender a lo largo del tiempo. Por el contrario, los problemas de participación en el trabajo medidos con el número de pensiones por invalidez tendió a incrementarse con el transcurso del tiempo (Leskela et al., 2008).

### **5.1.5. Variables relacionadas con la evolución de la discapacidad laboral (determinantes)**

Un estudio de buena calidad halló que cuando hubo una comorbilidad con un trastorno de personalidad o había una persistencia de los síntomas de la depresión o de los trastornos de personalidad comórbidos, los problemas de rendimiento laboral y el absentismo en el trabajo no mejoraban (Markowitz et al., 2007).

Sin embargo, un segundo estudio de calidad media, comprobó que el rendimiento laboral y los problemas de absentismo mejoraron gracias a las actitudes de los profesionales de la salud (Falconnier & Elkin, 2008).

Por último, un estudio de calidad media mostró que el intervalo de edad de 26 a 45 años fue un factor de riesgo en la incidencia de problemas en el mantenimiento de un empleo en personas con depresión (Patten et al., 2009).

## Resultados

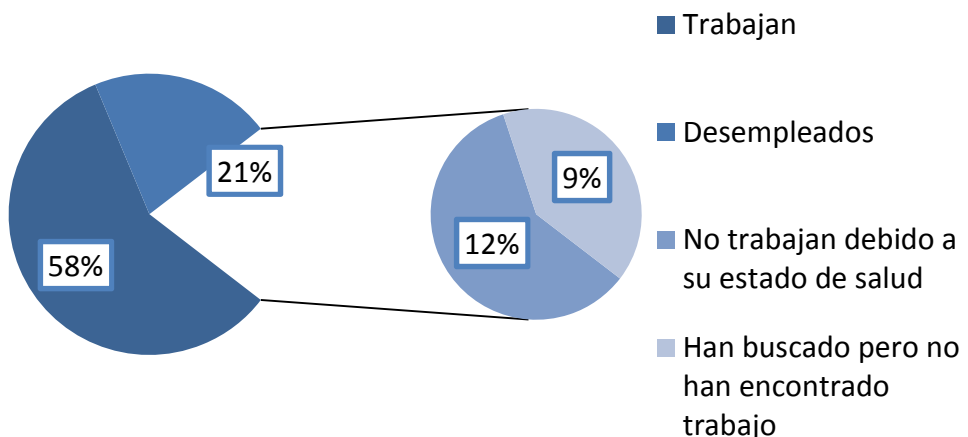
## 5.2. Estudios empíricos

### 5.2.1. Estudio de la encuesta mundial de la salud de la OMS

#### 5.2.1.1. Características generales de la muestra.

La muestra estuvo compuesta por 297 participantes con algún tipo de trastorno depresivo. Tal y como se observa en el gráfico 19, un 10.7% (n=32) de los participantes tuvo problemas para buscar un empleo, mientras que un 15.8% (n=47) no trabajaba debido a su estado de salud (problemas para mantener el empleo). De esta manera, un 21% de la muestra (n=79) estuvo desempleado mientras que 58% estaba empleado a pesar de tener depresión.

Gráfico 4: Distribución de la variable discapacidad laboral en la muestra



Las principales características sociodemográficas y de salud de cada uno de los grupos y de la muestra en total aparecen recogidas en la tabla 7.

Un 59.7% de los encuestados fueron mujeres y la edad media de los participantes fue de 42.73 años (D.T.= 12.07). La mitad de los encuestados tenían pareja (55.4%) y el nivel de educación fue medio (10.23 años, D.T.=5.37), correspondiendo a un nivel de educación secundaria completada.

En cuanto a las variables clínicas, el 62.1% de los participantes tenían una comorbilidad con un trastorno crónico además de la depresión. En cuanto al tipo de trastorno depresivo, un 53% de la muestra tuvo un episodio o trastorno depresivo, mientras que un 47% tuvo otro tipo de trastornos depresivos subclínicos. La comorbilidad física más frecuente fue el dolor de espalda (52.3%), seguida de la artritis (20.1%).

La media de nivel de salud fue 66.58. Teniendo en cuenta que 0 representa el peor estado de salud y 100 el mejor estado, se puede afirmar que la población presentó, en general, un estado de salud aceptable.

En cuanto al nivel socioeconómico, la muestra estuvo homogéneamente distribuida en los diferentes quintiles de estatus socioeconómico, no destacando en prevalencia ningún grupo económico sobre otro, con excepción del nivel socioeconómico más

---

## Resultados

bajo, que estuvo compuesto solamente por el 11% de la muestra. La distribución por quintiles se realizó de acuerdo al nivel socioeconómico en la muestra global, por lo que es interesante que en la muestra de personas con depresión y que cumple los criterios de inclusión por sus estatus laboral, la distribución socioeconómica es aproximadamente la misma que en el total de la muestra poblacional. Con respecto al nivel de obesidad de la muestra, aproximadamente el 50% de la muestra tuvo un peso adecuado (48%), un 32% presentó ligero sobrepeso y un 14% obesidad.

### 5.2.1.2. Análisis de los dos grupos.

Tras dividir la muestra entre los que trabajaban y los que no trabajaban, se procedió a comparar ambos grupos. Los resultados de la comparación entre grupos se encuentran en la tabla 7. Teniendo en cuenta las variables sociodemográficas, los resultados mostraron que la diferencia de las medias en la edad no fue estadísticamente significativa entre las personas con algún tipo de trastorno depresivo que trabajaban y las que no trabajaban ( $t(115.59)=1.9$ ;  $p=0.06$ ). En contraste, las personas con depresión que trabajaban tuvieron de media mayor número de años de educación formal que las que tenían problemas para buscar un trabajo ( $t(293)=-4.51$ ;  $p<0.001$ ;  $g=0.6$ ), siendo la magnitud de la diferencia entre los grupos moderada. Asimismo, hubo diferencias significativas en el nivel de sueldo del hogar entre las personas que trabajaban y las que estaban

desempleadas, teniendo las personas que trabajaban más sueldo medio en su hogar que las que tenían problemas para encontrar trabajo. El tamaño del efecto de estas diferencias entre los grupos fue moderado ( $t(137.64)=5.05$ ;  $p<0.001$ ;  $g=0.65$ ).

Por el contrario, no hubo diferencias significativas en la proporción de mujeres y varones entre los grupos de personas que trabajaban, y los que tuvieron dificultades para encontrar un empleo o estaban desempleados por su salud ( $\chi^2(1)=.08$ ;  $p=0.78$ ). Además, tampoco hubo diferencias en la proporción de personas que tenían pareja o estaban casados, entre los grupos de personas que trabajaban y las que estaban desempleadas ( $\chi^2(1)=0.15$ ;  $p=0.7$ ).

Con respecto a las variables clínicas y de salud, las personas desempleadas tuvieron más frecuentemente un trastorno o episodio depresivo mientras que los que trabajaban padecían una severidad de depresión que no alcanzaba la relevancia clínica, ( $\chi^2(1)=7.20$ ;  $p=0.007$ ). No obstante, el estadístico del tamaño del efecto *V de Cramer* fue de 0.16.

DISCAPACIDAD LABORAL Y DEPRESIÓN:

Resultados

Tabla 7: Características generales de la muestra

Variable	Muestra total (N=297)	No trabaja (N=76)	Trabajan (N=221)	$\chi^2$ (g.l.)	t (g.l.)	p	Tamaño del efecto (g/V de Cramer)
<b>Edad <math>\bar{X}</math> (DT)</b>	42.73 (12.07)	45.09 (13.34)	41.84 (11.49)	-	1.9 (115.59)	0.06	-
<b>Género % (N)</b>							
Mujeres	59.7% (178)	55.9%(44)	60.6% (134)	0.08 (1)	-	0.78	-
Varones	40.3% (120)	44.1% (32)	39.4% (87)				
<b>IMC</b>							
Infrapeso	2.7% (8)	1.3% (1)	3.2% (7)	14.65 (6)		0.01	0.20
Peso normal	48.7% (145)	41.8% (33)	51.1% (112)				
Sobrepeso	32.6 % (97)	29.1% (23)	33.8% (74)				
Obesidad	14.4% (43)	25.3% (20)	10.5% (23)				
<b>Años de educación formal <math>\bar{X}</math> (SD)</b>	10.23 (5.37)	7.93 (5.13)	11.06 (5.23)	-	-4.51 (293)	<0.001	0.6
<b>Estado civil % (N)</b>							
En pareja	55.4 (165)	52.6% (40)	56.1% (124)	0.15 (1)	-	0.7	-
Sin pareja	44.6 (133)	44.4% (36)	43.9% (97)				

Tabla 7: Continuación

Variable	Muestra total (N=297)	No trabaja (N=76)	Trabajan (N=221)	$\chi^2$ (g.l.)	t (g.l.)	p	Tamaño del efecto (g/V de Cramer)
<b>Tipo de Comorbilidad % (N)</b>							
Angina (sí)	6.4% (19)	10.5% (8)	4.5% (10)	2.60 (1)		0.11	0.16
Diabetes (sí)	6.7% (20)	14.5% (11)	4.1% (9)	8.16 (1)	-	0.004	0.18
Artritis (sí)	20.1% (60)	24% (18)	19% (42)	0.58 (1)		0.45	-
<b>Recibieron tratamiento % (sí)</b>	25.3% (75)	40% (30)	20.4% (45)	10.40 (1)		0.001	0.20
<b>Nivel de salud</b>	66.58 (11.52)	62.13 (11.89)	68.11 (11.03)		-3.99 (295)	<0.001	0.53
<b>Quintiles de nivel de socioeconómico</b>							
1 <sup>º</sup>	11.7% (35)	21.5% (17)	8.2% (18)				
2 <sup>º</sup>	20.5% (61)	26.6% (21)	18.3% (40)	20.35 (4)		<0.001	0.26
3 <sup>º</sup>	23.8% (71)	24.1% (19)	23.7% (52)				
4 <sup>º</sup>	22.8% (68)	20.3% (16)	23.7% (52)				
5 <sup>º</sup>	21.1% (63)	7.6% (6)	26% (57)				
<b>Tipo de síntomas depresivos % (n)</b>							
Episodio o trastorno depresivo	53% (158)	67.1% (51)	51.6% (114)	7.20 (1)	-	0.007	0.16
Otros trastornos afectivos	47% (140)	32.9% (25)	48.4% (107)				



Asimismo, no hubo diferencias significativas en la proporción de personas con angina de pecho entre las personas que trabajaban y las que estaban desempleadas ( $\chi^2 (1)=2.60$ ;  $p=0.11$ ) y tampoco hubo diferencias en la proporción de casos de artritis entre las personas que trabajaban y las desempleadas ( $\chi^2 (1)=0.58$ ;  $p=0.45$ ). Sin embargo, sí hubo diferencias estadísticamente significativas en el caso de la prevalencia de diabetes, ya que los desempleados presentaron una proporción más elevada de diabetes que los que trabajaban ( $\chi^2 (1)=8.16$ ;  $p=0.004$ ). No obstante, el tamaño del efecto indicado por la *V de Cramer* fue de 0.18.

Además, las personas que no trabajaban tuvieron estadísticamente una menor media en el nivel de salud que las personas que trabajaban ( $t (297)=4.12$ ;  $p<0.001$ ;  $g=0.53$ ), siendo el tamaño del efecto de estas diferencias moderado.

En cuanto al nivel de obesidad entre los dos grupos, los resultados indicaron que hubo diferencias estadísticamente significativas entre los empleados y los no empleados ( $\chi^2 (6)= 14.65$ ;  $p=0.01$ ). De tal forma que las personas con depresión desempleadas tuvieron mayor porcentaje de obesos que las personas con un empleo. En contraste, las personas con depresión empleadas tuvieron mayor porcentaje de peso saludable, infrapeso y de sobrepeso que los desempleados. La *V De Cramer* fue de=0.2.

---

**Resultados**

Con respecto al nivel socio-económico, los resultados indicaron que hubo diferencias estadísticamente significativas entre las personas que trabajan y los desempleados en la distribución de los diferentes grupos socio-económicos ( $\chi^2(4)=20.35$ ;  $p<0.001$ ). De esta manera, hubo mayor porcentaje de personas desempleadas que pertenecieron al primer y segundo cuartil socio-económico, mientras que las personas del nivel socioeconómico más alto estuvieron mayoritariamente empleadas (26% frente a 7%).

Finalmente, también hubo diferencias en la proporción de personas que habían recibido algún tratamiento para la depresión, entre las personas que trabajaban y las que no trabajaban, de tal forma que había mayor proporción de personas que habían recibido tratamiento antidepressivo en el grupo de los desempleados ( $\chi^2(1)=10.4$ ;  $p=0.001$ ) que entre las personas que trabajaban.

#### 5.2.1.3. Factores asociados a estar desempleo.

Para verificar los efectos de las variables sociodemográficas y clínicas sobre la discapacidad laboral, teniendo en cuenta sus diferentes interacciones, se efectuó un análisis de regresión logística, tomando como variable dependiente el estado laboral (desempleado vs. activo), utilizando como valor de referencia 0= no trabaja (vs. 1= trabaja) y como variables independientes el resto de variables sociodemográficas y clínicas anteriormente mencionadas.

Tras realizar el análisis de regresión se verificó que el modelo tuvo buen ajuste con la prueba Hosmer Lemeshow ( $\chi^2(8)=4.17$ ;  $p<0.84$ ). En total, el modelo clasificó al 78.5% de los casos (a un 94.9% de las personas empleadas y a un 32% de los desempleados). De esta manera, se estima que el modelo generado fue especialmente útil, para identificar a las personas empleadas con depresión, pero no sería tan adecuado para predecir la probabilidad de estar desempleado. La  $R^2$  de Nagelkerke fue de 0.25.

En la tabla 8, se muestran las variables incluidas en el modelo, así como sus coeficientes y odds-ratio asociados. Tal y como se puede ver en la tabla 8, los factores asociados a estar desempleado por problemas para buscar un empleo o por el estado de salud, fueron los siguientes: nivel socioeconómico bajo (primer quintil) (se usó la clase media: tercer quintil, como categoría de referencia), menor nivel de salud, tener comorbilidad con angina de pecho y haber recibido algún tipo de tratamiento para la depresión. A pesar de que en los análisis univariantes; la edad, el nivel de escolarización, el nivel de obesidad, la comorbilidad con diabetes y el tipo de síntomas depresivos fueron variables relevantes a la hora de diferenciar al grupo de personas que trabajaban de las que no trabajaban, en el análisis de regresión logística no alcanzaron significación estadística, probablemente por efectos de interacción entre estas y otras variables del estudio.

Resultados

Tabla 8: Modelo de regresión logística de factores asociados a estar desempleado.

Variable	$\beta$ (ET)	Wald	$p$	O.R	IC 95% OR
<b>Vivir con una pareja:</b> (Cat. de referencia: no vivir con una pareja)					
Casado/convivencia	-0.15 (0.36)	0.21	0.65	0.86	0.46/1.63
<b>Tipo de síntomas depresivos</b> (Cat. de referencia: otro trastorno depresivo)					
Episodio depresivo	0.38 (0.32)	1.38	0.24	1.46	0.78/2.76
<b>Género:</b> (Cat. de referencia varón)					
Mujer	-0.34 (0.32)	1.11	0.29	0.71	0.38/1.33
<b>Edad</b>	-0.02 (0.02)	1.28	0.26	0.98	0.96/1.02
<b>Años de escolarización</b>	-0.06 (0.04)	2.66	0.10	0.94	0.88/1.01
<b>Nivel de salud</b>	-0.03 (0.02)	4.48	0.03	0.97	0.94/0.99
<b>Comorbilidad Física</b> (Cat. de referencia no)					
Artritis (sí)	1.27 (0.57)	4.93	0.03	3.55	1.16/10.85
Angina (sí)	0.96.(0.56)	2.93	0.09	2.62	0.87/7.91
Diabetes (sí)					
<b>Tratamiento</b> (Cat. de referencia no recibir tratamiento para la depresión)					
Recibir algún tratamiento	0.74 (0.36)	4.25	0.05	2.86	1.02/4.20
<b>Nivel de salario permanente</b> (Cat. de referencia Quintil 3º)					
Quintil 1	0.37 (0.43)	0.75	0.39	1.45	0.63/3.33
Quintil 2	0.27 (0.45)	0.36	0.55	1.31	0.54/3.14
Quintil 4	0.60 (0.58)	1.09	0.3	0.55	0.18/1.7
Quintil 5					
<b>Nivel de obesidad</b> (Categoría de referencia: normo peso)					
Infrapeso	-1.25 (1.24)	1.25	0.31	0.29	0.03/3.25
Sobrepeso	-0.43 (0.36)	0.36	0.24	0.65	3.21/1.33
Obesidad	0.51 (0.44)	0.44	0.25	1.66	0.7/3.94
<b>Constante</b>	2.04 (1.52)	1.79	0.18	7.68	-

#### 5.2.1.4. Importancia de los factores a la hora de explicar el desempleo

Para verificar la importancia de los factores, se clasificaron cada una de las variables en tres grupos: variables clínicas o del estado de salud, variables personales y sociodemográficas y por último variables ambientales. Con cada subgrupo se efectuó un análisis de regresión logística. Los resultados de los tres modelos de regresión son expuestos en la tabla 9.

Tabla 9: Modelo de regresión logística de factores asociados a problemas de encontrar o mantener un empleo.

Variable	R <sup>2</sup> de Cox y Snell	R <sup>2</sup> de Nagelkerke	Ji-cuadrado (g.l)	Sig
Socio-demográficas	0.14	0.1	30.34 (8)	<0.001
Clínicas	0.17	0.12	35.78 (9)	0.001
Tratamiento	0.05	0.04	11.1 (1)	0.001

Tal y como se observa en la tabla 9, los tres grupos de factores fueron estadísticamente significativos ( $p < 0.001$  y  $p = 0.001$ ) a la hora de explicar el estado laboral de los participantes.

Los factores de tipo personal y sociodemográfico (edad, escolarización, estatus socio-económico, convivir con una pareja) y las variables clínicas (nivel de obesidad, comorbilidad con angina, diabetes, artritis y nivel de salud general) fueron estadísticamente relevantes a la hora de describir el estado laboral. Se destaca asimismo que el tratamiento fuera estadísticamente relevante a la

## Resultados

hora de explicar el estatus laboral, ya que este modelo estuvo formado por una sola variable y aún así fue estadísticamente significativo.

### **5.2.2. Estudio longitudinal con pacientes de la C.A.M**

#### 5.2.2.1. Descriptivos y prevalencia de discapacidad laboral

##### 5.2.2.1.1. Características de la muestra en línea base

Las principales características socio-demográficas, clínicas y laborales en línea base se representan en la tabla 10.

La muestra estuvo compuesta por 68 participantes que fueron en su mayoría reclutados en Atención Primaria. La edad media fue 41 años, habiendo un 80% de mujeres. La mayoría tuvieron un nivel de educación medio. La migraña fue la comorbilidad física más frecuente y el 39% de los participantes fueron diagnosticados de al menos otro trastorno psicológico junto con la depresión. La edad media de inicio de la depresión fue 36.91 años y el 55.9% de los pacientes afirmaron haber tenido un episodio depresivo previo.

La mitad de los participantes informó también tener antecedentes familiares psiquiátricos y el 13.2% de los participantes había tenido intentos de suicidio. El tratamiento antidepresivo más frecuente fueron los inhibidores selectivos de la recaptación de la

serotonina (ISRS) (79.4%). Junto al tratamiento antidepresivo, un 80% de los participantes también tomaban benzodiazepinas. La severidad de la depresión en línea base fue de 30 (D.T=9.77) lo que equivale a una depresión moderada según los puntos de corte más utilizados para la escala Beck de Depresión (Beck et al., 1961).

En cuanto a los indicadores de discapacidad laboral, los participantes tuvieron de media 15.97 días de trabajo perdidos en el último mes, y el 58% tuvieron una baja laboral. Por último, el rendimiento laboral global estuvo moderadamente afectado ( $\bar{X}$ =60 D.T=24.88).

En cuanto a otras variables relacionadas con el funcionamiento, la tabla diez muestra que las áreas relacionarse con otras personas ( $\bar{X}$ =47.79, D.T=23.25) y participación en sociedad ( $\bar{X}$ =43.69, D.T=16.34) tuvieron una puntuación elevada (mayor discapacidad); sin embargo, el área capacidad para moverse por el entorno ( $\bar{X}$ =27.11, D.T= 22.28) y el área cuidado personal ( $\bar{X}$ =30.33, D.T= 23.25) tuvieron descriptivamente una puntuación menos elevada (menos discapacidad). Para el 83.8% (N=57) de los participantes el apoyo de los superiores fue bajo en línea base. Sin embargo, el nivel de apoyo social general fue medio-alto ( $\bar{X}$ =59.63; DT=17.30) en un rango de 12-84. Por último, la mayoría de los participantes aseguraron tener un cumplimiento riguroso del

Resultados

tratamiento en línea base (86.8%).

Tabla 10: Características clínicas y socio-demográficas medidas en línea base.

<b>Variables</b>	<b>N (%)</b>	<b>IC 95%</b>	<b><math>\bar{X}</math>(DT)</b>	<b>Rango</b>
<b>Severidad de la depresión (BDI-II)</b>	-	-	30.65 (9.77)	13-52
<b>Discapacidad (WHODAS-II)</b>	-	-		
Compresión y Comunicación			40.63 (22.00)	4.17-100
Capacidad para moverse en su entorno			27.11 (22.28)	100
Cuidado personal			30.33 (23.19)	0-100
Relacionarse con otras personas			47.79 (23.25)	0-75
Participación en sociedad			43.64 (16.34)	0-100
Tareas del Hogar			46.51 (28.65)	12.5-93.75
<b>Rendimiento laboral (WHODAS-II)</b>	-	-	74.72 (33.46)	3-100
<b>Apoyo Social (OSLO)</b>	-	-	8.01 (1.65)	0-12
<b>Días de trabajo perdido en el último mes</b>	-	-	15.97, (15)	0-30
<b>Presencia de baja laboral (sí)</b>	40 (58.8)	46.96-69-74		
<b>Salud general</b>	-	-		
Salud Mental (SF-36)			21.07 (12.82)	1-45
Salud Física general (SF-36)			53.29 (8.72)	24-72



Tabla 10 (continuación)

Variables	N (%)	IC 95%	$\bar{X}$ (DT)	Rango
<b>Género: Mujer</b>	55 (80.9)	69.99-88.47	-	-
<b>Edad</b>	-	-	41.84 (10.12)	22-61
<b>Pareja</b>				
No convivencia	36 (52.9)	41.24-64.33	-	-
Convivencia con una pareja	32 (47.1)	35.67-58.76	-	-
<b>Años de educación</b>	-	-	14.40 (5.24)	5-32
<b>Tipo de trabajo</b>				
Funcionario	11 (16.2)			
Empleado Privado	50 (73.5)			
Autónomo	7 (10.3)			
<b>Edad de inicio</b>	-	-	36.91 (11.25)	11-61
<b>Comorbilidad psicológica</b>				
No	41 (60.3)	48.42-71.07	-	-
Una	25 (36.8)	26.30-48.64	-	-
Más de una	2 (2.9)	26.30-48.64	-	-
<b>Tratamiento Prescrito (N)</b>				
Tricíclicos	3 (4.5)	1.51-12.19	-	-
IMAOs	-	-	-	-
ISRS	54 (79.4)	68.36-87.32	-	-
Otros antidepresivos	10 (14.7)	8.19-25	-	-
Benzodiacepinas	55 (80.9)	69.99-88.47	-	-
Neurólépticos	3 (4.4)	1.51-12.19	-	-
<b>Tipo de Comorbilidad Física</b>				
Artritis (sí)	5(7.4)	3.18-16.09	-	-
Presencia de Baja laboral	40 (58.8)	46.96-69.74		
Migraña (sí)	11 (16.2)	9.28-26.69	-	-
Asma (sí)	3 (4.4)	1.51-12.19	-	-
<b>Antecedentes Familiares (sí)</b>	35 (51.5)	39.83-62.95	-	-
<b>Intentos de suicidio previos</b>				
Ninguno	59 (86.8)	76.72-92.88	-	-
Uno o más	9 (13.2)	7.12-23.28	-	-
<b>Cronicidad de la depresión</b>				
Primer episodio	30 (44.1)	32.95-55.92	-	-
Historia de un episodio o más	38 (55.9)	44.08-67.07	-	-
<b>Origen:</b>				
Atención Primaria	51 (75)	63.56-83.76	-	-
Centro de Salud mental	11 (10.8)	9.28-26.69	-	-
Unidad de Agudos	6 (5.9)	4.11-17.94	-	-
<b>Apoyo de los Superiores(CSRI)</b>	-	-	1.48 (1.58)	1-5

DISCAPACIDAD LABORAL Y DEPRESIÓN:

Resultados

Tabla 11: Características demográficas y clínicas de los participantes en los dos tiempos de evaluación juntos con estadísticos del cambio

Variable	Línea Base (N=68)	6 semanas (N=49)	$\chi^2$ (g.l)	t (g.l)	p	Tamaño del efecto
<b>Tiempo (Días)<math>\bar{X}</math> (DT)</b>	-	53.27 (9.78)	-	-	-	
<b>Severidad de la depresión (BDI-II) <math>\bar{X}</math>, (DT)</b>	30.65 (9.77)	18.47 (12.26)	-	6.97 (46)	<0.001	1.01
<b>Discapacidad Global (WHODAS-II) <math>\bar{X}</math>, (DT)</b>	43.71 (14.81)	29.65 (21.34)	-	3.96 (45)	<0.001	0.68
	40.63 (22)	25.81 (23.51)		3.52 (46)	0.01	0.5
<i>Compresión y comunicación</i>	27.11 (22.28)	18.72 (10)		1.86 (46)	0.07	-
<i>Capacidad para moverse por el entorno</i>	30.33 (23.2)	17.7 (6.25)		3.58 (46)	0.01	0.63
<i>Cuidado personal</i>	47.79 (23.25)	34.89 (26.09)		3.97 (46)	<0.001	0.59
<i>Relacionarse con otra persona</i>	43.64 (16.34)	28.91 (19.32)		4.70 (46)	<0.001	0.87
<i>Participación en sociedad</i>	46.51 (28.65)	32.88 (32.12)		2.32 (45)	0.03	0.42
<i>Tareas del hogar</i>						
<b>Días de trabajo perdido, <math>\bar{x}</math>, (DT)</b>	17.2, (15)	18.4,(22)	8.48 (2)	-0.15 (42)	0.88	-
<b>Presencia de baja laboral, n (%)</b>	40 (58.8)	20 (29.4)	-	-	0.04	-

Tabla 11 Continuación

Variable	Línea Base (N=68)	6 semanas (N=49)	$\chi^2$ (g.l)	t (g.l)	p	Tamaño del efecto
<b>Apoyo Social (OSLO) <math>\bar{X}</math>, (DT)</b>	9.53 (2.59)	10.26 (1.86)	-	-1.76 (42)	0.09	-
<b>Apoyo de los Superiores (CSRI) M (DT)</b>	1.49 (1.08)	1.66 (1.2)	-	-1.03 (43)	0.31	-
<b>Rendimiento laboral (WHODAS-II 5D) <math>\bar{X}</math>,(DT)</b>	74.72 (133.46)	50,97 (45.73)		3.15 (44)	0.003	0.50
<b>Nivel de Salud</b>						
Salud Mental general (SF-36) $\bar{X}$ , (DT)	20.98 (12.74)	32.90 (15.98)		1.05 (45)	0.001	0.64
Salud Física general (SF-36) $\bar{X}$ , (DT)	53.25 (8,65)	52.69 (9.36)		3.46 (45)	0.3	

Resultados

5.2.2.2. Análisis de los casos perdidos en el seguimiento

El número de pacientes evaluados fueron 68 en línea base y 49 a las 6 semanas. Así pues, de los 68 casos reclutados en línea base, un 25% (n=17) se perdieron en la segunda evaluación. Siendo el tiempo medio de seguimiento de los participantes de 53.64 días (DT =1.62, IC95% 50.47-56.81).

Los principales motivos de pérdida en el seguimiento, señalados por los propios sujetos fueron; para el 10.4%, no disponer de tiempo para acudir (n=7), para el 4.5%, falta de interés en el estudio (n=3), y para el 3% la gravedad de su sintomatología (n=2). Asimismo, el 7.5% no dio las razones por las cuales se negaba a participar (n=5).

Debido al tamaño reducido de la muestra y al alto número de sujetos que no indicaron las razones de no seguimiento de forma verbal, se verificó por medio de análisis de supervivencia, si las pérdidas habían sido aleatorias o si por el contrario las pérdidas estaban relacionadas con variables de nuestro estudio. Asimismo, se estimó con una regresión de Cox si los casos perdidos eran independientes de las otras variables del estudio.

Tal y como se observa en la tabla 12, ninguna de las variables en línea base estuvo relacionada con un incremento en la probabilidad de que un caso fuera finalmente perdido en el estudio

( $p > 0.05$ ). De esta manera, se comprobó que las pérdidas en el estudio fueron independientes de las variables incluidas en el mismo, y que en principio, se podría asumir cierta aleatoriedad en los valores perdidos.

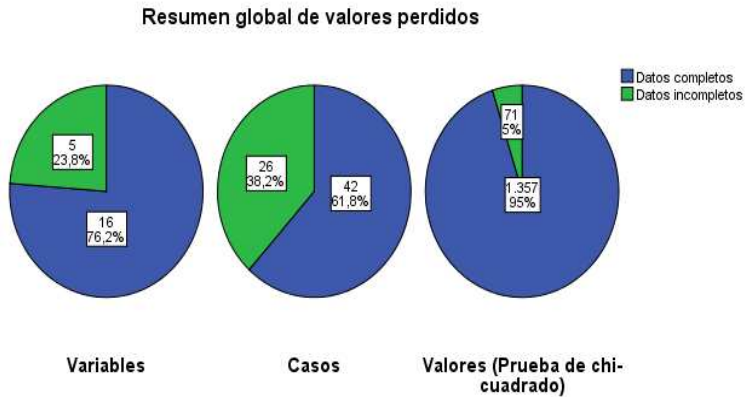
Aunque los análisis de regresión de Cox aseguraron que no había ninguna variable en línea base que predijera los casos perdidos en la evaluación segunda, se realizó también un análisis de valores perdidos para verificar si los datos perdidos seguían un patrón completamente al azar (MCAR), así como el porcentaje de los perdidos en cada una de las variables.

Resultados

Tabla 12: Variables predictoras en línea base de los casos perdidos a las 6 semanas

<b>Variable Línea base</b>	<b>Beta</b>	<b>ET</b>	<b>Wald</b>	<b>Sig</b>
<b>Edad</b>	1.29	1.53	0.71	0.4
<b>Género(mujer)</b>	-0.52	18.46	0.00	0.97
<b>Días de trabajo perdido</b>	0.92	0.81	1.28	0.26
<b>Baja laboral</b>	102.70	94.32	1.19	0.28
<b>Severidad de la Depresión (BDI)</b>	6.29	4.44	2.01	0.16
<b>Apoyo Social General</b>	21.85	14.56	2.25	0.13
<b>Apoyo del superior(medio)</b>				
Apoyo bajo	11.64	26.03	0.20	0.66
Apoyo alto	78.32	135.42	0.33	0.56
<b>Rendimiento laboral</b>	0.41	0.95	0.18	0.67
<b>Salud Física</b>	-6.78	4.32	2.46	0.12
<b>Recurrencia de la depresión (no)</b>				
Historia previa de episodios depresivos	48.83	37.84	1.67	0.19
<b>Años de escolarización</b>	4.75	3.41	1.94	0.11
<b>Discapacidad (WHODAS-II)</b>				
Comprensión y comunicación	0.85	0.53	2.58	0.22
Moverse en su alrededor/entorno	-1.45	1.18	1.52	0.69
Cuidado personal	-0.33	0.86	0.15	0.13
Relacionarse con otras personas	2.03	1.34	2.27	0.12
Participación en la sociedad	-4.26	2.72	2.45	0.12

Figura 7: Análisis de los valores perdidos en la muestra



Como se puede ver en la figura 7, hubo 26 casos perdidos (38.2%). Asimismo, para los participantes que completaron ambas evaluaciones sólo hubo datos perdidos en 5 variables, que fueron; días de trabajo perdidos a las 6 semanas con un 36.8% de datos perdidos, rendimiento laboral global a las 6 semanas con un 33.8% de datos perdidos, presencia baja laboral a las seis semanas con un 30.9% de datos perdidos y apoyo del superior en línea base para un 3% de los casos perdidos.

Analizando el patrón de pérdidas, un 30.89% de todos los casos perdidos del estudio pertenecieron a las tres variables de discapacidad laboral evaluadas en el seguimiento, mientras que el porcentaje de los mismos en variables específicas fue de un 5.88% durante el seguimiento y un 1.47% en línea base. Con estos resultados se pudo confirmar que los casos perdidos en el estudio se

## Resultados

debieron mayoritariamente a la pérdida de seguimiento de los sujetos y no tanto a datos que se pasaran por alto durante la entrevista.

Por último, el contraste Little de la prueba MCAR confirmó la hipótesis nula de que los datos perdidos en la muestra fueron completamente al azar ( $\chi^2(25)=33.42; p=0.12$ )

### 5.2.2.2.1. Evolución de las variables a lo largo del tiempo

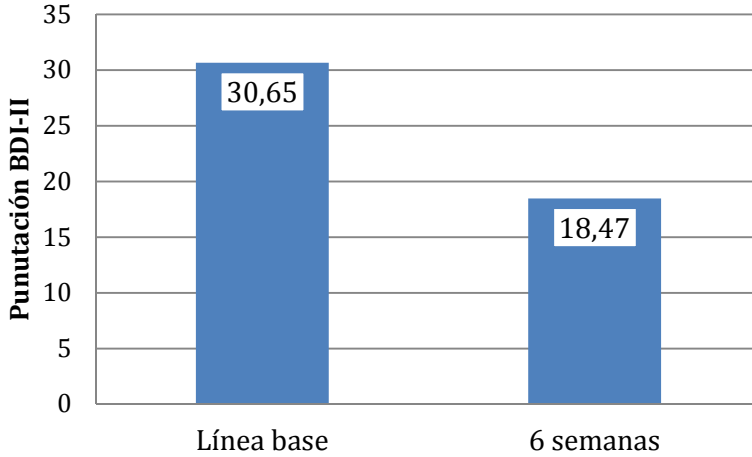
En la tabla 11 se detalla la evolución de las medidas incluidas en el estudio verificando si experimentaron cambios significativos a lo largo del tiempo.

#### 5.2.2.2.1.1. Severidad de los síntomas

Tal y como se representa en el gráfico cinco, hubo una disminución estadísticamente significativa en las medidas de severidad de la depresión entre los dos tiempos de evaluación ( $t(46)=6.97, p<0.001, IC\ 95\%=8.06/14.62$ ). El tamaño del efecto de las diferencias fue elevado ( $d=1.01$ ).



Gráfico 5: Evolución de la severidad de la depresión (BDI-II) a lo largo del estudio.

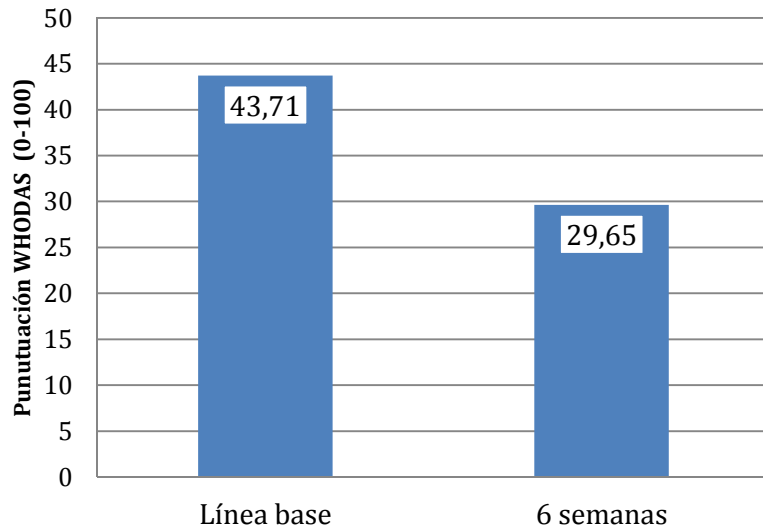


#### 5.2.2.2.1.2. Dominios de funcionamiento.

Primeramente se analizó la evolución del funcionamiento global, tal y como se observa en el gráfico seis hubo una disminución significativa de la discapacidad a las 6 semanas de estudio ( $t(45)=3.96$   $p<0.001$  IC 95%=6.22/19.09), con un tamaño del efecto moderado ( $d=0.68$ ).

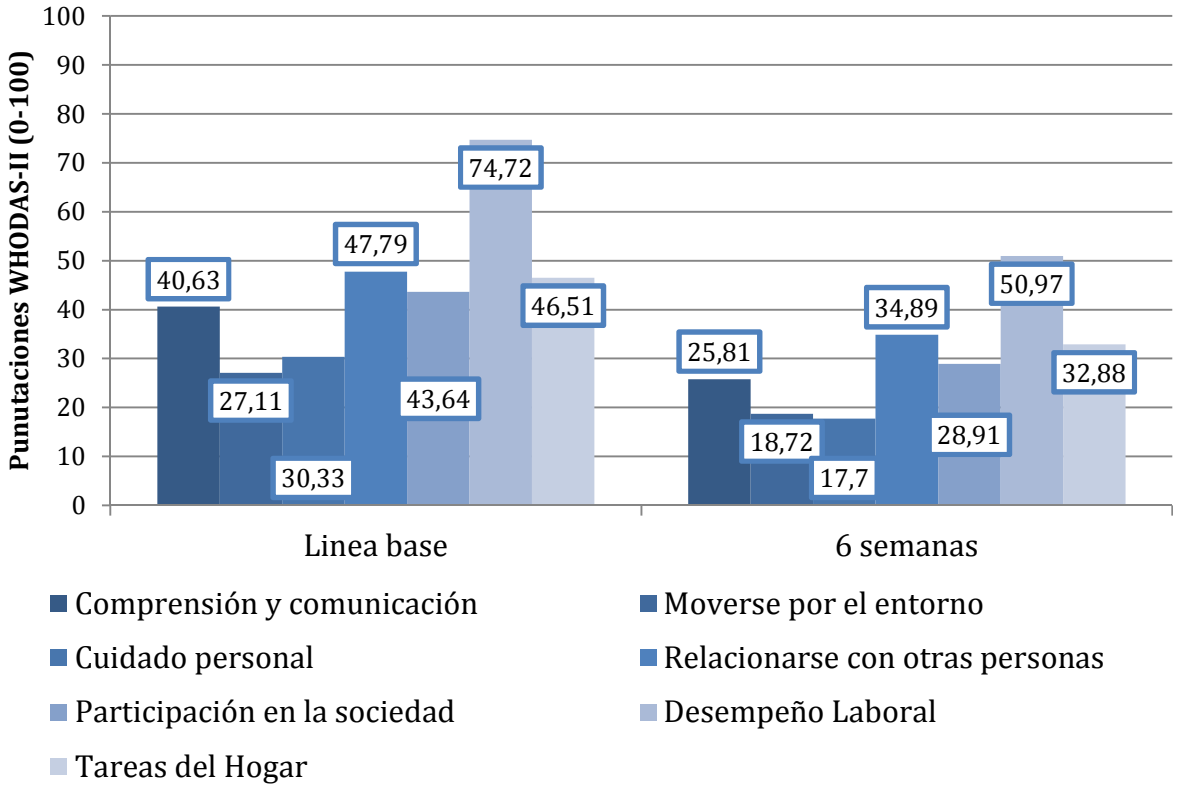
## Resultados

Gráfico 6: Puntuaciones medias de discapacidad en la escala WHODAS-II en los dos tiempos de evaluación



Tal y como se observa en el gráfico siete, el área de funcionamiento más afectada (mayor puntuación) en los dos tiempos de evaluación fue el área de rendimiento laboral. Siendo su puntuación media más del doble que la puntuación media obtenida en las áreas de capacidad para moverse por el entorno y cuidado personal (ver tabla 10).

Gráfico 7: Puntuaciones en los siete dominios de la escala WHODAS-II en los dos tiempos de evaluación.



En cuanto a la evolución de los subdominios de funcionamiento, en el área de comprensión y comunicación se comprobó que hubo una mejoría estadísticamente significativa en las puntuaciones de discapacidad entre línea base y a las seis semanas

---

**Resultados**

( $t(46)=3.52, p=0.001$  IC95%=4.73/17.42), siendo el tamaño del efecto de las diferencias moderado ( $d=0.50$ ).

En cuanto al área “capacidad para moverse por el entorno” no hubo una disminución estadísticamente significativa en las medias ( $t(46)=1.85; p=0.07$  IC95%=-0.57/14.35) entre línea base y las 6 semanas de estudio.

Otra área analizada fue la de cuidado personal. Los resultados indicaron que hubo una disminución significativa de la discapacidad en cuidado personal de línea base a las 6 semanas de estudio ( $t(46)=3.58; p=0.001$  IC95%=6.45/23.07). El tamaño del efecto fue moderado ( $d=0.63$ ).

Asimismo, en el área de relacionarse con otras personas los resultados indicaron que hubo una disminución del nivel de discapacidad en el área ( $t(46)=3.98; p<0.001$ , IC95%=7.13/21.8). El tamaño del efecto de las diferencias fue moderado ( $d=0.59$ ).

En cuanto al área participación en la sociedad, los análisis indicaron que también hubo una mejoría significativa del funcionamiento en este área ( $t(46)=4.71; p<0.001$  IC 95%=8.77/21.82). El tamaño del efecto de la mejoría fue elevado ( $d=0.87$ ).

Por último, los resultados indicaron que también hubo una mejoría en el tiempo en el área de tareas del hogar ( $t(45)=2.32;$

$p=0.03$ , IC 95%=8.91/31.51). El tamaño del efecto de esta mejoría fue moderado ( $d=0.42$ ).

Así pues, se pudo comprobó que salvo la excepción del dominio capacidad para moverse por entorno, el funcionamiento en general y el resto de las sub-áreas de funcionamiento tuvieron una mejoría estadísticamente significativa.

#### 5.2.2.2.1.3. Apoyo social general.

Se contrastaron los cambios a lo largo del estudio (de línea base a 6 semanas) de la variable apoyo social con la prueba de *t Student* de muestras relacionadas, los resultados confirmaron que el nivel de apoyo social general no cambió a lo largo del estudio ( $t(42)=-1.76$ ,  $p=0.09$ , IC95%=-1.54/0.11).

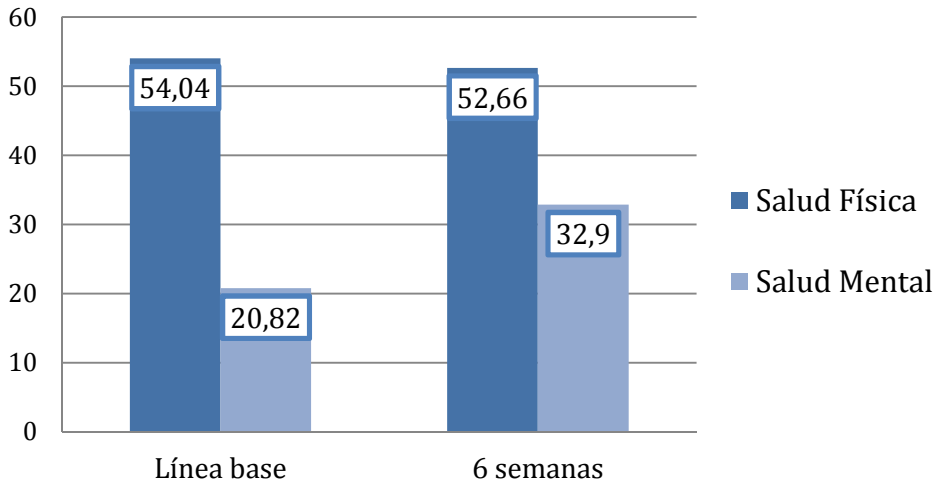
#### 5.2.2.2.1.4. Variables de Salud

Tanto los cambios en el nivel de salud mental como el nivel de salud física fueron contrastados con la prueba *t de Student* (gráfico ocho). Los resultados (gráfico ocho) indicaron que hubo mejorías estadísticamente significativas en el nivel general de salud mental ( $t(45)=-3.46$ ,  $p=0.001$ , IC95%=-14.71/-3.9); sin embargo, no hubo cambios significativos en el nivel de salud física a lo largo del estudio

Resultados

( $t(45)=1.05$ ,  $p=0.30$ ,  $IC95\%=-1.51/-4.79$ ). El tamaño del efecto de la mejoría en el nivel de salud mental fue moderado ( $d=0.64$ )

Gráfico 8: Evolución del nivel de salud mental y física a lo del largo estudio



5.2.2.2.1.5. Apoyo social superior.

La prueba *t de Student* para muestras relacionadas indicó que no hubo cambios en el nivel percibido de apoyo social por parte del superior ( $t(43)=-1.03$ ,  $p=0.31$ ,  $IC 95\% 0.54/0.17$ ).

## 5.2.2.2.1.6. Discapacidad laboral

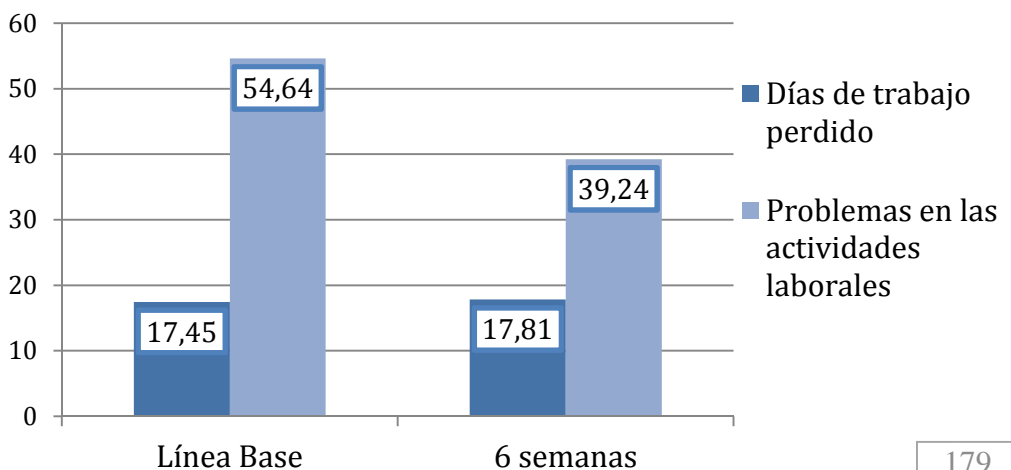
## 5.2.2.2.1.6.1. Problemas de rendimiento laboral.

Los resultados indicaron que hubo una disminución significativa de problemas en el rendimiento laboral a lo largo del estudio ( $t(44)=3.15$ ,  $p=0.003$  IC95%=7.47/33.96). La magnitud de las diferencias fue moderada ( $d=0.50$ ).

## 5.2.2.2.1.6.2. Días de trabajo perdidos.

En contraposición a la evolución de la discapacidad laboral global, tal y como se observa en el gráfico nueve, los resultados indicaron que no hubo diferencias estadísticamente significativas en las medias de días de trabajo perdidos entre los dos tiempo de evaluación ( $t(42)=-0.15$ ,  $p=0.88$  IC95%=-4.66/4.04). En este sentido, se puede confirmar que no hubo una disminución significativa en el número de días de trabajo perdidos a lo largo del estudio.

Gráfico 9: Problemas de absentismo y rendimiento laboral a lo largo del estudio.

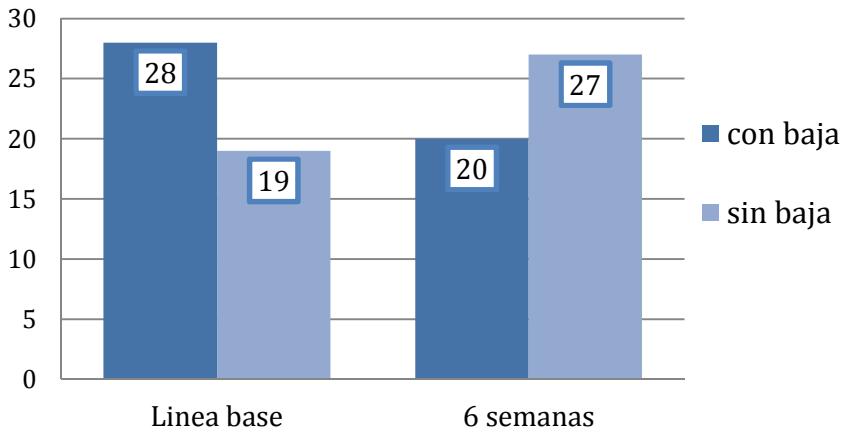


## Resultados

## 5.2.2.2.1.6.3. Baja laboral

Se verificó si hubo cambios en la prevalencia de casos con baja laboral en los dos tiempos de evaluación; el test de McNemar ( $p=0.04$ ) indicó que hubo una reducción estadísticamente significativa en la proporción de sujetos con baja laboral entre línea base y seis semanas.

Gráfico 10: Evolución del número de sujetos con baja laboral en los dos tiempos de evaluación



### 5.2.2.3. Análisis de los factores asociados a la discapacidad laboral en la línea base

#### 5.2.2.3.1. Problemas de rendimiento laboral

##### 5.2.2.3.1.1. Principales factores asociados

Se realizó un análisis de regresión lineal simple con el método “hacia atrás” en el que se incluyó el rendimiento laboral como



variable dependiente y como variables independientes: Edad, género, años de escolarización, estado civil (estar casado/vivir con una pareja) apoyo del superior (medio), severidad de la depresión, cronicidad de la depresión, nivel de salud física, cinco dominios de discapacidad: comprensión y comunicación, capacidad para moverse por el entorno, autocuidado, relaciones personales y participación en la sociedad y apoyo social general. Tras 11 iteraciones, se llegó a un modelo compuesto por los factores: severidad de la depresión, género, edad, apoyo social percibido y nivel de discapacidad para moverse por el entorno. En total, el porcentaje de varianza explicada por el modelo fue del 37% ( $R=0.65$ ,  $R^2=0.40$ ,  $R^2$  ajustada=0.36), siendo el modelo estadísticamente significativo ( $F(5)=8.25$ ;  $p<0.05$ ).

De esta manera, tal y como se observa en la tabla 13, mayores problemas de rendimiento laboral en línea base fueron asociados con; mayor severidad de la depresión, mayor edad, ser varón, tener un mayor apoyo social y tener mayor discapacidad a la hora de moverse por el entorno.

Se comprobó además que no hubo colinealidad severa entre las variables independientes y la variable dependiente (Durbin Watson=1.89). No habiendo ninguna variable con un valor de tolerancia inferior a 0.1 o con un FIV superior a 10.

Resultados

Tabla 13: Variables asociadas a problemas en el rendimiento laboral en línea base:

<b>Variable</b>	<b>B (ET)</b>	<b>p</b>	<b>β</b>	<b>IC 95% para B</b>
<b>Severidad de la depresión</b>	1.09 (0.38)	0.006	0.32	0.33/1.85
<b>Edad</b>	0.78 (0.36)	0.04	0.23	0.06/1.5
<b>Género</b> (categoría de referencia: hombre)				
Mujer	-34.87 (8.71)	<0.001	-0.40	-52.30/-17.47
<b>Apoyo social general</b>	3.36 (1.57)	0.01	0.28	0.87/7.1
<b>Moverse por el entorno*</b>	0.37 (0.16)	0.04	0.22	0.01/0.65
<b>(Constante)</b>	-10.86 (25.53)	0.67	-	-61.89/40.21

\*Mayores puntuaciones indican mayor discapacidad.

5.2.2.3.1.2. Importancia de los tipos de factores asociados.

Después de analizar las variables relacionadas, se realizaron cuatro análisis de regresión simple diferentes con el método introducir. En cada análisis, se incluyó un tipo de variable: socio-demográficas, clínicas, de funcionamiento global y de soporte social. De esta manera, se verificó la relevancia de cada uno de los grupos de factores sobre el rendimiento laboral (tabla 14).

Tabla 14: Relevancia de los cuatros grupos de factores sobre los problemas en el rendimiento laboral

<b>Modelo de regresión</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>R<sup>2</sup> Ajustada</b>	<b>Error Típico</b>	<b>Sig</b>
<b>Socio-demográficas</b>	0.36	0.13	0.08	32.17	0.06
<b>Clínicas</b>	0.27	0.07	0.02	33.10	0.23
<b>Discapacidad</b>	0.38	0.14	0.08	32.19	0.08
<b>Soporte social</b>	0.31	0.10	0.06	32.73	0.07

El primer modelo de regresión, que incluyó como variables independientes las variables socio-demográficas, no resultó estadísticamente significativo ( $p=0.06$ ) y solamente un 8% de la variabilidad total en las puntuaciones de problemas de rendimiento laboral fue explicada por las variables sociodemográficas (ver tabla 14). El segundo modelo de regresión en el que se consideraron las variables clínicas como variables independientes, explicó solamente un 2% de la variabilidad total de las puntuaciones de problemas en el rendimiento laboral, de esta manera, el modelo lineal tampoco resultó estadísticamente significativo ( $p=0.23$ ). El tercer modelo de regresión, que incluyó la variables de discapacidad, como variables independientes solamente explicó el 8% de la variabilidad total en las puntuaciones de discapacidad laboral, por lo que tampoco resultó un modelo estadísticamente significativo ( $p=0.08$ ). Por último, cuando se tuvieron en cuenta solamente las variables de soporte social como variables independientes, el porcentaje de la variabilidad del rendimiento laboral explicado fue un 6%, por lo que tampoco estas

## Resultados

variables por sí solas formaron un modelo estadísticamente significativo para explicar la variabilidad en los problemas de rendimiento ( $p=0.07$ ).

En este sentido, considerando las variables del modelo en cuatro grupos, los resultados apuntaron a que ningún subtipo de factores formó un modelo estadísticamente significativo a la hora de describir la variabilidad en la variable problemas en el rendimiento laboral. De esta manera, los resultados indican que los factores asociados con problemas de rendimiento laboral no fueron explicados especialmente por un tipo de factores.

### 5.2.2.3.2. Días de trabajo perdidos

#### 5.2.2.3.2.1. Principales factores asociados

Para calcular los principales factores asociados, se llevó a cabo el mismo procedimiento descrito en el apartado anterior (análisis de regresión, con método hacia atrás) pero incluyendo como variable dependiente, la variable días de trabajo perdidos en línea base. Tras 14 iteraciones, se llegó a un modelo que incluyó los factores de; género y discapacidad en el área de participación en la sociedad. Este modelo explicó solamente un 21% de la variabilidad de las puntuaciones ( $R=0.48$ ,  $R^2=0.23$ ,  $R^2$  corregida= 0.21). No obstante, resultó estadísticamente significativo ( $F=9.6$ ;  $g.l.=2$ ;  $p<0.001$ ).

De esta manera, de todos los factores analizados, solamente ser varón y tener mayor nivel de discapacidad en el área de participación en la sociedad, fueron los factores estadísticamente significativos, a la hora de explicar la probabilidad de tener mayor número de días de días de trabajo perdidos (Tabla 15).

Se comprobó, asimismo que no hubo colinealidad entre las variables introducidas en el modelo (Durbin-Watson=1.81). No habiendo ninguna variable con un valor de tolerancia inferior a 0.1 o con un FIV superior a 10.

Tabla 15: Variables asociadas a problemas en la variable días de trabajo perdidos en línea base (n=68).

Variable	B (ET)	<i>p</i>	$\beta$	IC 95% para B
Género (mujer)	-9.65 (3.35)	0.005	-0.32	-16.36/-2.95
Participación en la sociedad*	0.27 (0.08)	0.001	0.38	0.11/0.43
(Constante)	11.78 (4.49)	0.01	-	2.81/20.74

\*Puntuaciones altas significan mayor discapacidad.

#### 5.2.2.3.2.2. Importancia de los tipos de factores asociados.

Al igual que con la variable problemas en el rendimiento laboral, se realizaron cuatro modelos de regresión diferentes, con el método introducir, incluyendo en cada modelo un tipo de variables (sociodemográficas, clínicas, de funcionamiento y de apoyo social).

## Resultados

Tal y como se observa en la tabla 16, el primer modelo de regresión, en el que solamente se consideraron las variables sociodemográficas como variables independientes, no resultó estadísticamente significativo ( $p=0.31$ ). El segundo modelo de regresión en el que se incluyeron sólo las variables de tipo clínico, tampoco resultó estadísticamente significativo ( $p=0.47$ ). En contraste, el tercer modelo, donde se tuvieron en cuenta como variables independientes las variables de discapacidad en otras áreas, sí fue estadísticamente significativo ( $p=0.03$ ), explicando estas variables un 12% de la variabilidad de días de trabajo perdido. Por último, el cuarto modelo de regresión, en el que se incluyeron las variables de apoyo social, tampoco fue estadísticamente significativo a la hora de explicar el número de días de trabajo perdidos ( $p=0.27$ ).

Tabla 16: Relevancia de los cuatros grupos de factores sobre la variable días de trabajo perdido.

<b>Bloque de variables</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>R<sup>2</sup> Corregida</b>	<b>Error Típico</b>	<b>Sig</b>
<b>Socio-demográficas</b>	0.27	0.07	0.01	11.79	0.31
<b>Clínicas</b>	0.2	0.04	0.007	11.91	0.47
<b>Discapacidad</b>	0.43	0.18	0.12	11.66	0.03
<b>Soporte social</b>	0.24	0.06	0.02	11.72	0.27

De esta manera, se observó que a parte de los factores predictores individualmente analizados, la discapacidad en otras áreas fueron variables que conformaron un modelo estadísticamente significativo a la hora de explicar el número de días de trabajo

perdidos a nivel basal. Por el contrario, ningún otro modelo compuesto por otro tipo de variables fue estadísticamente significativo a la hora de explicar esta variable en línea base.

#### 5.2.2.3.3. Baja laboral

##### 5.2.2.3.3.1. Principales factores asociados.

Se realizó un análisis de regresión logística binaria con el método “hacia atrás”, incluyendo la presencia/ausencia de baja laboral en línea base, como variable dependiente.

Tras 12 iteraciones, se llegó a un modelo compuesto por cuatro variables que explicaron un 40% de la probabilidad de la presencia de baja laboral ( $R^2$  de Nagelkerke=0.40) y que resultó estadísticamente significativo ( $\chi^2(4)=23.61$ ;  $p<0.001$ ). Asimismo el contraste de Hosmer-Lemeshow indicó que el ajuste del modelo fue bueno ( $\chi^2(8)=4.73$ ;  $p=0.78$ ).

El modelo estuvo compuesto por los factores de: edad, género, severidad de la depresión y nivel de soporte social. En total, clasificó correctamente al 77.6% de los casos (un 82.5% de los participantes con baja laboral y a un 70% de los que no tenían baja laboral). De esta manera, el modelo resultó especialmente útil para predecir la presencia de baja laboral en línea base.

Sin embargo, tal y como se observa en la tabla 17, las únicas variables que fueron estadísticamente asociadas con la probabilidad

Resultados

de tener una baja laboral en línea base fueron la mayor severidad de la depresión y ser varón.

Tabla 17: Relación de las variables del modelo con la presencia de baja laboral en línea base.

Variable	B (ET)	Wald	p	OR	IC 95% para OR
<b>Severidad de la depresión</b>	0.07 (0.03)	4.37	0.04	1.07	1.004/1.15
<b>Edad</b>	0.06 (0.03)	3.24	0.08	1.06	0.99-1.13
<b>Género</b> (cat. de referencia hombre)					
<b>Mujer</b>	-2.90 (1.12)	6.65	0.01	0.06	0.006/0.5
<b>Soporte social</b>	0.22 (0.14)	5.12	0.11	1.25	0.95/1.64
<b>(Constante)</b>	-1.31 (1.88)	0.49	0.47	0.27	-

5.2.2.3.3.2. Importancia del tipo de factores

Teniendo solamente en cuenta las variables sociodemográficas como variables independientes (primer modelo), se clasificó correctamente el 67.6% de los casos de la variable baja laboral. La  $R^2$  de Nagelkerke no fue muy elevada: 0.21, pero el modelo formado por estas variables fue significativo a la hora de explicar la probabilidad de la presencia de baja laboral entre los participantes ( $\chi^2(4)=11.78, p=0.02$ ).

El segundo modelo de regresión, que incluyó las variables clínicas como variables independientes, clasificó correctamente al



60% de los casos. Sin embargo, este modelo no fue estadísticamente significativo a la hora de predecir la probabilidad de la presencia de baja laboral en línea base ( $R^2$  de Nagelkerke=0.04) ( $\chi^2(3)=1.97$ ,  $p=0.58$ ). El tercer modelo, en el que se incluyeron los efectos de las variables de funcionamiento como variables independientes, clasificó al 69% de los casos. Sin embargo, este modelo tampoco resultó estadísticamente significativo a la hora de predecir la probabilidad de la presencia de baja laboral en la línea base ( $R^2$  de Nagelkerke=0.09) ( $\chi^2(5)=4.58$ ,  $p=0.47$ ). Por último, el modelo formado por las variables de apoyo social tampoco resultó un modelo estadísticamente significativo a la hora de predecir la probabilidad de la presencia de variable baja laboral ( $R^2$  de Nagelkerke=0.10) ( $\chi^2(3)=5.17$ ,  $p=0.16$ ).

En este sentido, tal y como se puede observar en la tabla 18, solamente el modelo formado por el grupo de variables sociodemográficas fue estadísticamente significativo a la hora de explicar la probabilidad de la presencia de baja laboral en línea base.

Tabla 18: Relevancia de los cuatros grupos de factores sobre la presencia de baja laboral en línea base

Bloque de variables	R cuadrado de Cox y Snell	$R^2$ de Nagelkerke	$\chi^2$ (g.l) bloque	Sig
Socio-demográficas	0.16	0.21	11.76(4)	0.02
Clínicas	0.10	0.14	1.97 (3)	0.58
Discapacidad	0.07	0.09	4.58 (5)	0.47
Apoyo social	0.07	0.10	5.17(3)	0.16

---

**Resultados****5.2.2.4. Análisis de los factores predictores de la discapacidad a las seis semanas****5.2.2.4.1. Rendimiento laboral.****5.2.2.4.1.1. Principales predictores.**

Al igual que en la línea base, se efectuó un análisis de regresión con el método “hacia atrás”, incluyendo como variables independientes los valores en línea base de: edad, género (cat. de referencia: hombre), años de escolarización, estado civil (cat. de referencia no vivir con una pareja) apoyo del superior (cat. de referencia nivel de apoyo medio), severidad de la depresión, cronicidad de la depresión (cat. de referencia: ausencia de episodios depresivos previos), nivel de salud física, dominios de discapacidad: comprensión y comunicación, capacidad para moverse por el entorno, autocuidado, relaciones personales, participación en la sociedad y apoyo social general y, como variable dependiente, problemas en el rendimiento laboral a las seis semanas. Tras 12 iteraciones, se llegó a un modelo que explicó solamente el 27% de la varianza de las puntuaciones de la variable de discapacidad laboral ( $R=0.58$ ,  $R^2=0.34$ ,  $R^2$  corregida=0.27), pero que fue estadísticamente significativo ( $F=5.03$ :  $g.l.=4$ ;  $p=0.02$ ).

Tal y como se observa en la tabla 19, los factores predictores en línea base de problemas de rendimiento laboral tras seis semanas de iniciar el tratamiento antidepresivo fueron: mayor severidad de la

depresión, ser varón, mayor número de años de escolarización y recurrencia de la depresión (presencia de episodios depresivos previos).

Se detectó una ligera autocorrelación entre los factores incluidos en el modelo (Durbin Watson=2.18). Sin embargo, en ninguna de las variables predictoras los índices de tolerancia fueron inferiores a 0.10 ni los FIV fueron superiores a 10.

Tabla 19: Factores predictores de problemas en el rendimiento laboral a las seis semanas.

Variable	B (ET)	<i>p</i>	$\beta$	IC 95% para B
<b>Severidad de la depresión</b>	1.23 (0.61)	0.05	0.26	-0.02- 2.47
<b>Género</b> (categoría de referencia hombre) Mujer	-35.04 (13.69)	0.01	-0.35	-70.13/-9.26
<b>Años de escolarización</b>	2.49 (1.01)	0.03	0.29	0.23-4.51
<b>Recurrencia</b> (categoría de referencia no episodios depresivos) Presencia episodios previos	29.61 (13.72)	0.05	0.27	0.07-49.18
<b>(Constante)</b>	-2.23 (27.85)	0.94	-	-58.57- 54.10

#### 5.2.2.4.1.2. Importancia de los tipos de predictores.

Para verificar si había un grupo de factores que fuera específicamente relevante, a la hora de describir los problemas de rendimiento laboral a las seis semanas de tratamiento, se realizaron

Resultados

cuatro modelos de regresión lineal diferentes, incluyendo en cada uno de ellos un grupo diferente de variables (socio-demográficas, clínicas, de discapacidad y de soporte social).

En resumen, tal y como se observa en la tabla 20, ningún tipo de factores fueron estadísticamente relevantes a la hora de predecir el rendimiento laboral a las seis semanas. En este sentido, no hubo ningún grupo específico de variables que resultaran estadísticamente significativas a la hora de explicar la variabilidad de los problemas de rendimiento laboral a las seis semanas de tratamiento.

Tabla 20: Peso de cada uno de los grupos de variables en la variable problemas en el rendimiento laboral a las seis semanas.

Bloque de variables	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Corregida	Error Típico	Sig
<b>Socio-demográficas</b>	0.44	0.20	0.12	43.01	0.06
<b>Clínicas</b>	0.33	0.11	0.04	44.81	0.20
<b>Funcionamiento</b>	0.34	0.12	0.003	45.67	0.42
<b>Apoyo social</b>	0.20	0.04	-0.03	46.98	0.64

5.2.2.4.2. Días de trabajo perdidos

5.2.2.4.2.1. Principales predictores

Al realizar un análisis de regresión lineal “hacia atrás” y tras 11 iteraciones, se llegó a un modelo estadísticamente significativo  $F(5)=6.35; p<0.001$ ), que estuvo compuesto por cinco variables: estado civil, género, años de escolarización, problemas para moverse por el entorno y la recurrencia de la depresión. En total, estas variables

explicaron el 40% ( $R=0.68$ ,  $R^2=0.47$ ,  $R^2$  corregida=0.40) de la varianza de la variable días de trabajo perdidos a las seis semanas.

Según se observa en la tabla 21 los predictores de días de trabajo perdidos a las seis semanas fueron: ser mujer, mayor número de años de escolarización, haber tenido al menos un episodio depresivo previo, vivir en pareja o estar casado y tener dificultades para moverse por el entorno.

Tabla 21: Factores predictores de días de trabajo perdidos a las seis semanas.

Variable	B (ET)	p	$\beta$	IC 95% para B
<b>Género</b> (categoría de referencia hombre)				
Mujer	-10.71 (4.26)	0.02	-0.32	-19.34/-2.07
<b>Años de escolarización</b>	0.83 (0.30)	0.008	0.35	0.23/1.43
<b>Recurrencia</b> (Cat. de referencia ningún episodio depresivo)	8.31 (3.53)	0.02	0.29	1.16/15.46
Presencia episodios previos				
<b>Capacidad para moverse por el entorno*</b>	0.24 (0.09)	0.09	0.36	0.07/0.42
<b>Estado civil</b> (categoría de referencia: no pareja)				
Vivir/casado con una pareja	8.27 (3.6)	0.03	0.3	0.97/15.56
(Constante)	-2.81 (7.31)	0.70	-	-17.63/12.01

\*Puntuaciones altas en estas variables significa mayor nivel de discapacidad.

## Resultados

Además, se comprobó que no hubo evidencias de colinealidad entre las variables del modelo de regresión, (Durbin Watson=1.98), no habiendo ningún índice de tolerancia inferior a 0.10 ni ningún valor del FIV superior a 10.

#### 5.2.2.4.2.2. Importancia de los tipos de predictores.

Tal y como se puede ver en la tabla 22, con la excepción de las variables sociodemográficas, las cuales explicaron un 25% total de la variabilidad de días de trabajo perdidos, ninguno de los otros grupos de variables produjeron un modelo estadísticamente significativo a la hora de describir las puntuaciones de la variable días de trabajo perdidos a las seis semanas. De esta manera, además de los factores predictores específicos anteriormente hallados, se confirma que el grupo de variables sociodemográficas fueron también variables estadísticamente significativas a la hora de predecir el número de días de trabajo perdidos tras seis semanas de tratamiento.

Tabla 22: Relevancia de los cuatros grupos de factores sobre los problemas en el rendimiento laboral a las seis semanas

Bloque de variables	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Corregida	Error Típico	Sig
<b>Socio-demográficas</b>	0.56	0.32	0.25	12.21	0.005
<b>Clínicas</b>	0.23	0.05	-0.02	14.23	0.55
<b>Discapacidad</b>	0.52	0.26	0.15	13.02	0.07
<b>Soporte social</b>	0.35	0.12	0.05	13.73	0.18

#### 5.2.2.4.3. Bajas laborales

##### 5.2.2.4.3.1. Principales predictores.

Para calcular los predictores de baja laboral a la seis semanas de tratamiento, se llevó a cabo un análisis de regresión logística binaria, con el método “hacia atrás”, tomando como variables independientes los valores en línea base de las variables anteriormente mencionadas, y como variable dependiente la variable baja laboral a las seis semanas.

Tras 10 iteraciones se llegó a un modelo compuesto por siete variables, el cual clasificó correctamente al 71.7% de los casos totales (65% de los casos que tenían baja laboral y un 76% de los que no tenían baja laboral). De esta manera, el modelo clasificó mejor a los casos que no tenían baja laboral que los que si la tenían. Asimismo la prueba de Hosmer y Lemeshow confirmó el buen ajuste del modelo ( $\chi^2(7) = 2.93, p = 0.89$ ).

La  $R^2$  de Nagelkerke del modelo fue de 0.49 y las variables que lo compusieron fueron: severidad de la depresión, género, años de escolarización, apoyo social, dificultades en el área relación con otras personas y la recurrencia de la depresión.

No obstante, tal y como se observa en la tabla número 23 de todas estas variables solamente; la mayor severidad de la depresión, ser varón, mayor número de años de escolarización y la presencia de episodios depresivos previos, estuvieron significativamente asociadas

Resultados

con la probabilidad de la presencia de baja laboral, a las seis semanas de tratamiento.

Tabla 23: Factores predictores de baja laboral a las seis semanas

Variable	B (ET)	Wald	p	OR	IC 95% para OR
<b>Severidad de la depresión</b>	0.15 (0.07)	6.03	0.01	1.16	1.03/1.32
<b>Género</b> (categoría de referencia: hombre)					
Mujer	-3.67 (1.36)	7.32	0.007	0.03	0.002/0.36
<b>Mayor nivel de escolarización</b>	0.18 (0.09)	4.43	0.04	1.2	1.01/1.41
<b>Apoyo social</b>	0.32 (1.18)	3.05	0.08	1.38	0.96/1.97
<b>Recurrencia</b> (categoría de referencia no episodios depresivos)					
Presencia episodios previos	2.63 (1.2)	4.86	0.03	13.9 4	1.33/145.1 21
<b>Discapacidad en las relaciones personales*</b>	-0.05 (0.03)	3.38	0.07	0.95	0.90/1.003
<b>(Constante)</b>	-6.93 (3.27)	4.48	0.03	0.01	-

\*Puntuaciones altas en estas variables significa mayor nivel de discapacidad.

5.2.2.4.3.2. Importancia de los tipos de predictores

Al igual que a nivel basal, se realizaron cuatro análisis de regresión logística diferentes para ver la relevancia del tipo de variables a la hora de explicar la probabilidad de la presencia de baja



laboral a las seis semanas. En el primer análisis se incluyeron las variables sociodemográficas en línea base como variables independientes. En el segundo modelo se incluyeron las variables clínicas, en el tercero se incluyeron las variables de discapacidad y en el cuarto se consideraron las variables de soporte social. En todos los modelos se introdujo la presencia de baja laboral a las seis semanas como variable dependiente.

Los resultados, expuestos en la tabla número 24, indicaron que ningún grupo de variables formaron un modelo estadísticamente significativo a la hora de predecir la proporción de bajas laborales a las seis semanas. De esta manera, se confirma que a la hora de predecir el mantenimiento de la baja laboral a las seis semanas no hubo un grupo de variables especialmente significativo.

Tabla 24: Relevancia de los cuatros grupos de factores en la presencia de baja laboral a las seis semanas.

Variable	-2 log de la verosimilitud	R <sup>2</sup> de Cox y Snell	R <sup>2</sup> de Nagelkerke	χ <sup>2</sup> (g.l)	p
<b>Socio-demográficas</b>	55.45	0.17	0.23	8.66 (5)	0.07
<b>Clínicas</b>	61.27	0.06	0.08	2.84 (3)	0.08
<b>Discapacidad</b>	60.92	0.07	0.09	3.19 (5)	0.68
<b>Soporte social</b>	60.32	0.06	0.08	2.66 (3)	0.08

## Resultados

**5.3. Grupo de discusión con pacientes****5.3.1. Características de la sesión de grupo**

De los 8 pacientes reclutados solamente 7 sujetos participaron. El paciente que no participó aludió que no tuvo tiempo ese día para participar.

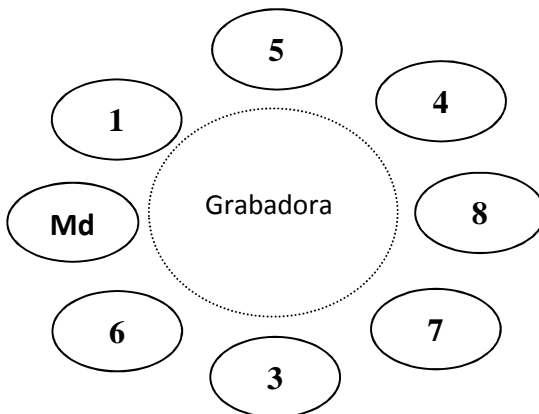
La sesión de grupo comenzó a las 17:45h y terminó a las 20:00h y fue dividida en dos partes; una primera parte de aproximadamente 1 hora y 20 minutos de duración y la segunda de 40 minutos de duración, con un descanso de 10 minutos entre ellas, en el cual, los participantes pudieron ir al servicio y tomar un refresco.

Nada más llegar, se les entregó a los participantes: una chapa con su nombre, un bolígrafo y una tarjeta para escribir las dificultades. En primer lugar se les explicaron los objetivos del estudio, los participantes tuvieron la oportunidad de hacer preguntas. Finalmente, leyeron la hoja de información del paciente antes de firmar el consentimiento en la cual se les pidió permiso para ser grabados. Todos accedieron y firmaron el consentimiento informado (ver en anexo el consentimiento informado).

El moderador les explicó las reglas del grupo y cómo proceder ante las preguntas, para ello se utilizó una presentación de Power Point (ver en anexo).

Se registraron 295 participaciones de los integrantes del grupo y 146 del moderador. Los participantes más activos fueron: el 0201 que participó 66 veces (22.37%) y el 0205 que participó 59 veces (20%). El menos participativo fue el paciente número 0207 que participó sólo 16 veces (5.42%). Un participante (0204) se tuvo que marchar 10 minutos antes de acabar el grupo porque llegaba tarde al trabajo. Para finalizar y a modo de resumen, se les explicó qué dificultades se habían encontrado en otros estudios, pudiendo ver las semejanzas y diferencias con las que ellos habían señalado. Todos los participantes expresaron que la experiencia fue gratificante.

Figura 8: Disposición durante la sesión y características de los participantes



\*Md: Moderador

## Resultados

**Participantes**

<b>Código</b>	<b>Número</b>	<b>Género</b>	<b>Edad</b>
<b>0201</b>	N° 1	M	51
<b>0202</b>	ausente	-	-
<b>0203</b>	N° 3	H	44
<b>0204</b>	N° 4	H	50
<b>0205</b>	N° 5	M	50
<b>0206</b>	N° 6	H	49
<b>0207</b>	N° 7	M	46
<b>0208</b>	N°8	H	55

**5.3.2. Características de la muestra**

Las principales características clínicas y socio-demográficas se resumen en la tabla 25. La edad media de los sujetos fue de 48 años con un mínimo de 42 y un máximo de 52. Por motivos de representatividad el número de varones (N=4) y mujeres (N=3) fue similar. En cuanto al estado laboral un 42.0% de los participantes, tenía una pensión por incapacidad. Respecto a la cronicidad de la depresión, la mayoría de los sujetos (57.2%) habían tenido un Episodio Depresivo previo al actual. Asimismo, un participante afirmó haber sufrido hasta 5 Episodios Depresivos previos. El 85.7% de los sujetos (n=6) tuvo algún tipo de comorbilidad física con la depresión.

En cuanto al estado clínico en el momento de participación del grupo: El 57.1% (n=4) de los participantes se encontraba con una remisión parcial de la depresión, el 28.6% (n=2) tenía una remisión

total y un participante cumplió todavía los criterios de episodio depresivo.

Tabla 25: Principales características clínicas y socio-demográficas del grupo

<b>Variable</b>	<b><math>\bar{X}</math> o n</b>	<b>DT o %</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
<b>Edad</b>	48	4.04	42	52
<b>Edad primer episodio depresivo</b>	38.43	12.98	15	50
<b>Número de episodios previos</b>	1.57	1.90	0	5
<b>Estado de salud (Min: 1- Max: 11)</b>	7	2.83	3	11
<b>Género: Mujeres (%)</b>	3	42.9%	-	-
<b>Estado Laboral (%)</b>				
Asalariado	1	14.3%	-	-
Autónomo	1	14.3%	-	-
Pensión por discapacidad	3	42.9%	-	-
Desempleado por motivos de salud	1	14.3%	-	-
Desempleado por otros motivos	1	14.3%	-	-
<b>Diagnóstico CIE-10 (%)</b>				
Episodio Depresivo grave	2	28.6%	-	-
Episodio Depresivo moderado	2	28.6%	-	-
Trastorno Depresivo grave	2	28.6%	-	-
Trastorno Depresivo moderado	1	14.3%	-	-
<b>Comorbilidad CIE-10 (%)</b>				
Cáncer	1	14.3%	-	-
Hepatitis C	1	14.3%	-	-
Hepatitis B	1	14.3%	-	-
Insomnio	1	14.3%	-	-
Hipoacusia	1	14.3%	-	-
Alopecia cicatricial	1	14.3%	-	-
Fibromialgia	1	14.3%	-	-
<b>Estado Clínico Actual</b>				
Remisión total	2	28.6%		
Remisión parcial	4	51.7%		
No remisión	1	14.28%		

## Resultados

En total, en la sesión del grupo se extrajeron 226 conceptos referidos a 368 dificultades, de los cuales un 0.88% (ocho conceptos) pertenecieron a dificultades relacionadas con problemas en el trabajo.

### 5.3.3. Tipo de problemas laborales encontrados

Los diferentes problemas laborales fueron experimentados por los participantes son expuestos a continuación:

#### -Baja laboral (n=2 sujetos)

*“A mí me costaba Dios y ayuda ir al trabajo, me costaba mucho, por eso me mandaron la baja, porque no podía”*

*“Cuando puedes ir al trabajo, pues al principio tiras de días libres, pero luego ya... te afecta demasiado y entonces no puedes ir a trabajar, ni puedes hacer nada... y te dan la baja”*

#### -Pensión por discapacidad (n=2).

*“Yo no trabajo porque me ha dado un tribunal médico la baja, (...) por la depresión, y por un montón de cosas, otras enfermedades que tengo”*

*“A mí también me han dado la discapacidad, vamos, tengo una incapacidad permanente”.*

**-Auto-imagen de discapacidad laboral” (n= 2 sujetos).**

Dos personas se definieron como personas incapaces de trabajar o de realizar cualquier tarea laboral.

*“Porque yo ya no soy la persona que era, porque yo antes era una profesional, una persona que me preocupaba mi trabajo, pero ahora yo ya no puedo trabajar, no puedo hacer nada...”*

*“Yo no puedo trabajar...pero porque no me encuentro bien, no estoy bien nunca, porque tengo muchos problemas... muchas limitaciones físicas y problemas”.*

**-Trabajar en una categoría laboral inferior a la de su preparación académica (n=1)**

*“Tengo también sentimiento de frustración, también por mis estudios, porque por culpa de la depresión no estoy una... ejerciendo una, profesión reconocida... vamos...acorde con mis estudios”*

**-Miedo a la pérdida del empleo (n=1).**

*“Dejé de ir a trabajar, no iba a trabajar y entonces me comía la cabeza, me van a echar, me van a echar porque no voy a trabajar y tal y como está el tema... ¿sabes? Me echan seguro...”*

---

**Resultados**

Para ver la similitud y relación entre los diferentes conceptos comentados por los participantes se realizó un análisis cualitativo en función de la similitud de las palabras utilizadas para describir cada concepto.

Figura 9: Relación entre las dificultades laborales en función de la similitud de las palabras utilizadas



Como se puede ver en la figura 9, los participantes utilizaron palabras semejantes para describir dificultades relacionadas con la baja laboral y la pensión por discapacidad. Asimismo, se utilizaron términos similares para definir problemas de autoimagen y problemas relacionados con el miedo a perder el empleo.

Por otro lado, los participantes utilizaron términos completamente independientes para explicar el hecho de trabajar en una profesión inferior a la de su preparación académica.



Esta información pero expresada cuantitativamente con correlaciones de Pearson, usando el número veces de en el que las mismas palabras eran usadas por los participantes, puede verse en la tabla 26.

El tener una baja estuvo relacionado ( $r=0.21$ ), con tener una pensión. Tanto la baja laboral ( $r=0.18$ ), como el tener una pensión por discapacidad ( $r=0.12$ ) estuvieron relacionados con tener una autopercepción de discapacidad laboral. A su vez, el miedo a perder un empleo, estuvo asociado con tener una baja ( $r=0.15$ ) y con tener una autoimagen de discapacidad laboral ( $r=0.17$ ).

Tabla 26: Correlaciones de Pearson con las mismas palabras utilizadas para definir los diferentes conceptos.

	<b>Pensión por discapacidad</b>	<b>Imagen de discapacidad laboral</b>	<b>Baja Laboral</b>	<b>Miedo a perder el empleo</b>	<b>Trabajar en profesión inferior a la estudiada</b>
<b>Pensión por discapacidad</b>	--	0.129	0.217	0.002	-0.11
<b>Imagen de discapacidad laboral</b>		--	0.184	0.17	-0.034
<b>Baja Laboral</b>			--	0.15	-0.154
<b>Miedo a perder el empleo</b>				--	0.008
<b>Trabajar en profesión inferior a la estudiada</b>					--

Resultados

**5.3.4. Variables relacionadas con la discapacidad laboral**

En total, cinco variables fueron extraídas en relación con las dificultades laborales.

**-Comorbilidad física (N=2)**

*“Yo no trabajo porque me ha dado un tribunal médico la baja, no solo por la depresión sino por un montón de cosas, otras enfermedades que tengo”*

*“Yo tuve que dejar de trabajar al empezar con el cáncer y la depresión”*

**-Problemas en la toma de decisiones (N=1)**

*“A mí la inseguridad en la toma de decisiones me ha generado bastantes problemas de cara a mí en el tema del trabajo y en ganarme una imagen allí”*

**-Problemas de energía (N=1)**

*“El estar sin pilas y sin energía hacía que no quisiera ir a trabajar o que me costara mucho”*

**-Dolor (N=1)**

*“Yo tuve que dejar de trabajar por los dolores tan fuertes que tengo de huesos”*

**-Exceso de carga de trabajo (N=1)**

Entrevistador: *“En general habéis dicho que habíais mejorado. ¿Pero qué es lo que os ponía peor? Cuando caísteis, ¿qué es lo que os hizo caer en esas dificultades?”*

*“Yo a mí el exceso de trabajo es lo que me ha llevado a tener una depresión... porque el exceso de responsabilidad y el asumir muchas cosas que una sola persona normal no puede, hizo que me pusiera tan mal y que me tuviera que coger una baja...”*

Por último, se resumen los resultados obtenidos en forma de representación gráfica. Tal y como se observa en la figura 10, los participantes del grupo comentaron que sufrieron tanto dificultades en el trabajo remunerado (bajas, pensiones por discapacidad, trabajar en estatus laborales inferiores a lo estudiado) como problemas de mantenimiento del empleo, (miedo a perder el empleo). Sin embargo, ninguno de ellos comentó problemas relacionados con la búsqueda de empleo o limitaciones al llevar a cabo las tareas laborales.

Por otra parte, los problemas laborales se relacionaron tanto con variables personales (inseguridad en uno mismo), variables clínicas o del estado de salud (comorbilidad y síntomas depresivos) y con problemas corporales (dolor, falta de energía) (Figura 11).

Resultados

Figura10: Tipos de problemas laborales informados por los pacientes

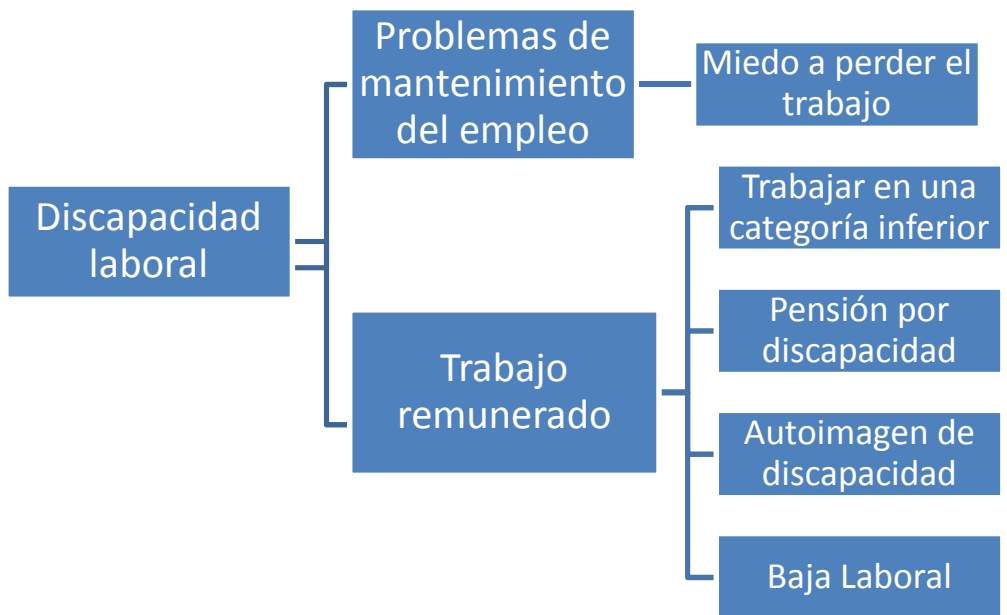


Figura 11: Variables que influyen y que son influidas por la discapacidad laboral



**Resultados**

## 6. DISCUSIÓN

Las aportaciones novedosas de este trabajo son fundamentalmente dos: en primer lugar, la utilización de la CIF como marco de referencia para el análisis de la discapacidad laboral; y, en segundo lugar, la recogida de datos de los problemas laborales en personas con depresión desde cuatro estudios diferentes, cuyos resultados van a ser comparados.

De esta manera, en primer lugar, se discutirán los resultados de cada estudio por separado y se contrastarán las hipótesis planteadas. Posteriormente, se compararán entre sí los resultados obtenidos en cada uno de los estudios, proponiéndose además futuras líneas de investigación. Finalmente, se discutirá si la CIF es un marco de referencia válido en el análisis de la discapacidad laboral en depresión.

### **6.1. Revisión sistemática de la literatura**

#### **6.1.1. Principales resultados y contraste de las hipótesis planteadas**

En total, en la revisión de la literatura se encontraron 13 estudios que exploraban la relación entre la discapacidad laboral y la depresión. De todos los motivos de exclusión, el más frecuente fue

### Discusión

que un 23.94% de los estudios no incluyeran específicamente ninguna variable relacionada con los problemas laborales. En este sentido, se confirma que aunque el estudio de problemas laborales no es infrecuente, no es aún una medida central que aparezca en la literatura de depresión

Por otra parte, una gran mayoría de los trabajos incluidos fueron observacionales (76.92%); de esta manera se confirma que, a pesar de los grandes costes e impacto que supone la discapacidad laboral en la depresión, muchos estudios de tratamiento y ensayos clínicos continúan sin incluir medidas relacionadas con la discapacidad laboral. Asimismo, en ninguno de los dos únicos estudios de intervención identificados en la búsqueda se pudo confirmar que el tratamiento fuera un determinante de mejoría de la discapacidad laboral, ya que en ambos casos los análisis realizados se basaron en comparaciones entre los diferentes grupos de tratamiento, no efectuándose análisis de cambios desde la línea base.

Otro déficit encontrado en la literatura es que no hubo ningún tratamiento específicamente diseñado, para ser aplicado en el campo laboral. En consonancia con este resultado, una revisión sistemática reciente dirigida a identificar intervenciones para la discapacidad laboral en depresión (Furlan et al., 2011), sólo encontró un estudio que incluyera una intervención para manejar la discapacidad laboral



en el trabajo (Kawakami et al., 1997), que debido a su fecha de publicación no fue detectado en la presente revisión.

Por otra parte, a pesar de que se ha demostrado que las personas con depresión con un trabajo remunerado tienen mejor salud y calidad de vida, en comparación con las personas con depresión que están desempleadas (Veronese et al., 2012), ningún estudio en la literatura incluyó programas de rehabilitación diseñados para impulsar la consecución de empleo en individuos desempleados con depresión. No es este el caso de otros problemas mentales, como el autismo (García-Villamizar, 2002), la discapacidad intelectual (Colectivo IOE, 2012) o la esquizofrenia (Cook & Razzano, 2000), donde se han aplicado, desde hace tiempo, programas de rehabilitación laboral con gran éxito. De esta manera, se detecta la necesidad de aplicación y diseño de programas de rehabilitación laboral en personas con depresión, importando técnicas exitosas en otras condiciones de salud y adaptándolas a las necesidades y dificultades de las personas con depresión desempleadas.

Por otra parte, se destaca que de los 13 estudios, cinco utilizaron escalas auto-administradas para medir el rendimiento laboral, mientras que en siete se utilizaron o registros oficiales o la propia información del paciente para estimar la proporción de bajas laborales o pensiones por discapacidad. Se destaca especialmente que en ninguno de los estudios seleccionados se analizaran ambos

## Discusión

tipos de problemas laborales. Consecuentemente, se detecta la necesidad de estudios longitudinales que analicen ambos tipos de problemas, ya que hay pruebas que apuntan que diferentes problemas laborales podrían responder a diferentes variables (Lerner et al., 2004b) e incluso tener evoluciones diferentes durante el tratamiento (Pomaki et al., 2011).

Con respecto a la procedencia de los estudios, la mayoría se realizó en los países desarrollados, centrándose además en los países con mayor producto interior bruto (Alemania, Estados Unidos, Suecia...). En este sentido, hay una gran carencia de datos sobre el impacto de la depresión en el ámbito laboral en países emergentes como India o Brasil y más aún en países de ingresos bajos.

En cuanto a la prevalencia de la discapacidad laboral en depresión, los estudios revisados confirmaron que los problemas laborales son frecuentes entre las personas que sufren depresión. Su prevalencia variaría desde el 3 al 30% (Gilmour & Patten, 2007) si tenemos en cuenta problemas de desempeño o absentismo laboral, y en torno al 12% si tenemos en cuenta los problemas relacionados con mantenimiento del empleo (Patten et al., 2009). Por otra parte, ningún estudio incluido en esta búsqueda analizó la relación entre problemas de búsqueda de empleo y depresión. Posteriormente a la realización de la revisión sistemática, se ha encontrado un estudio longitudinal que confirmó la relación recíproca entre la depresión y

los problemas de adquisición de empleo. Sus resultados informaron que las personas con depresión tienen más riesgo de estar desempleados que las que no tienen depresión. Al mismo tiempo, se demostró que la pérdida de empleo es un factor de riesgo en la incidencia de depresión (Jefferis et al., 2011). De esta forma, los datos existentes en la literatura apoyarían la hipótesis principal número uno del presente trabajo, ya que la discapacidad laboral es un fenómeno frecuente en las personas con depresión; presentando estas personas: problemas de rendimiento en las tareas laborales, dificultades de participación en el trabajo, y limitaciones en el mantenimiento de un empleo.

Por otra parte, tal y como se afirmó en la hipótesis principal número dos, la mayoría de los estudios de la literatura estuvieron centrados en problemas de absentismo laboral y limitaciones en llevar a cabo las actividades laborales, mientras que solamente dos estudios se centraron en problemas relacionados con el mantenimiento del empleo por parte de los individuos con depresión, de los cuales uno de ellos fue cualitativo. Ante estos datos, se confirmaría la necesidad de llevar a cabo más estudios longitudinales que informen sobre los problemas de búsqueda y adquisición de empleo en personas con depresión, tal y como informa el estudio reciente de Jefferis et al., (2011).

## Discusión

Con respecto a la incidencia de la discapacidad laboral en depresión, la literatura ha informado que diferentes problemas laborales podrían tener diferentes momentos de aparición, ya que algunos problemas podrían estar presentes antes de la depresión (Spijker et al., 2007) y otros surgir como consecuencia de la misma (Patten et al., 2009). En cualquier caso, sólo se encontraron dos estudios sobre el tema. De esta forma, se detecta la necesidad de más estudios que informen sobre la incidencia de los problemas laborales en depresión.

Asimismo, el estudio de la literatura confirmaría la hipótesis principal tres de este estudio, ya que hay pruebas de que problemas de absentismo en un trabajo (bajas) mejorarían a lo largo del tiempo (Hudson et al., 2007; Sir et al., 2005).

Por otra parte, tal y como se describió en la hipótesis principal número cuatro, las variables asociadas con el rendimiento y el absentismo laboral fueron de naturaleza muy variada, destacando tanto las variables clínicas como las variables ambientales y personales. En concreto tal y como se describió en la hipótesis secundaria H4.1, una mayor edad fue un factor asociado con problemas de absentismo laboral. Asimismo, tal y como se detalló en la hipótesis secundaria H4.10, condiciones laborales más adversas estuvieron relacionadas con diversos problemas laborales. En concreto, la literatura demostró que un bajo apoyo social de los

compañeros estuvo relacionado con problemas en absentismo laboral, y un estatus laboral más bajo y cambios de turnos frecuentes se relacionaron con limitaciones en llevar a cabo las tareas laborales. Por otra parte, los datos recogidos en la literatura confirmaron la hipótesis H4.12, en la cual se afirmaba que las variables personales están también relacionadas con problemas laborales. En concreto, un estudio confirmó que una autoimagen de incapacidad fue un factor asociado a problemas de participación en el mercado laboral y limitaciones en la búsqueda de empleo (Millward et al., 2005).

En relación a los determinantes de evolución de la discapacidad laboral, tal y como fue descrito en la hipótesis principal número cinco, la literatura confirmó que los factores clínicos fueron variables relevantes en la evolución de la discapacidad laboral. De esta manera, tal y como se predijo en la sub-hipótesis 5.2, la comorbilidad fue un determinante de la falta de mejoría de problemas de rendimiento y de absentismo laboral (Markowitz et al., 2007). Asimismo, confirmando también la hipótesis principal número cinco, la literatura indicó que los factores ambientales fueron también variables relevantes en la evolución de la discapacidad laboral. En concreto, hay pruebas de que las actitudes de los profesionales de la salud fueron un determinante que disminuyó los problemas de mantenimiento de un empleo, como de absentismo laboral (Falconnier & Elkin, 2008).

## Discusión

**6.1.2. Limitaciones de la revisión**

Los hallazgos de esta revisión sistemática deben ser interpretados bajo una serie de limitaciones. La primera limitación, hace referencia a la representatividad de los estudios seleccionados, ya que solamente se han incluido estudios publicados en lengua inglesa. En este sentido, habrían podido ser desestimados hallazgos relevantes descritos en otras publicaciones escritas en otros idiomas. A destacar, son los estudios publicados en noruego, alemán y francés ya que son tres países que debido a su alta prevalencia de bajas laborales por depresión han desarrollado mucha literatura a nivel local en este campo (Grunfeld & Noreik, 1992; Raffaitin et al., 2011; Stamm et al., 2010). La segunda limitación es que solamente se seleccionaron estudios publicados entre 2005 y 2010. Esta decisión, que fue tomada por motivos prácticos, ha podido desestimar resultados importantes publicados anteriormente a 2005 y hallazgos relevantes posteriores al 2010. En tercer lugar, la búsqueda electrónica de los estudios en las bases de datos de MEDLINE y PsycINFO, no incluyó términos específicamente sensibles a detectar problemas en el campo laboral, sino que incluyó términos más genéricos, que también detectaron dificultades en otras áreas. Esto implicaría la posibilidad de que no se hubieran tenido en cuenta algunos estudios que se centraran exclusivamente en problemas laborales específicos. Por último, la selección de estudios que

únicamente incluyeron instrumentos diagnósticos estandarizados para definir los casos ha supuesto la exclusión de muchas publicaciones que incluyeron simplemente población con “síntomas depresivos”. Esta decisión habría podido afectar a la representatividad de nuestros resultados a la población general; sin embargo, ha permitido que los resultados hallados sean más precisos y fiables.

Por otra parte, esta revisión de la literatura tiene también algunas fortalezas, ya que ha utilizado en primer lugar una metodología sistemática para la inclusión de estudios que tuvieran unas mínimas calidades metodológicas a la hora de identificar la población diana (incluyendo solo aquéllos que utilizaron instrumentos diagnósticos) y ha valorado la calidad metodológica de los estudios seleccionados.

### **6.1.3. Resumen de los principales hallazgos**

A pesar de las limitaciones anteriormente mencionadas, la inclusión de la revisión sistemática de la literatura en esta tesis ha servido para confirmar que la depresión está fuertemente ligada a problemas laborales, tales como: problemas en el rendimiento laboral, dificultades en el mantenimiento de un empleo y absentismo en el puesto de trabajo. Asimismo, se ha demostrado que los factores relacionados con la discapacidad laboral en la depresión no son

## Discusión

solamente de naturaleza clínica o de las características propias de la enfermedad, sino que también responden a factores sociodemográficos y ambientales.

Asimismo, la incorporación de la revisión sistemática de la literatura a esta tesis ha permitido recoger los datos hasta ahora disponibles sobre la relación entre la discapacidad laboral y la depresión, así como la detección de algunos aspectos que no han sido estudiados en la literatura, lo que ha permitido a su vez trazar líneas de investigación futuras en el estudio de la discapacidad laboral en la depresión.

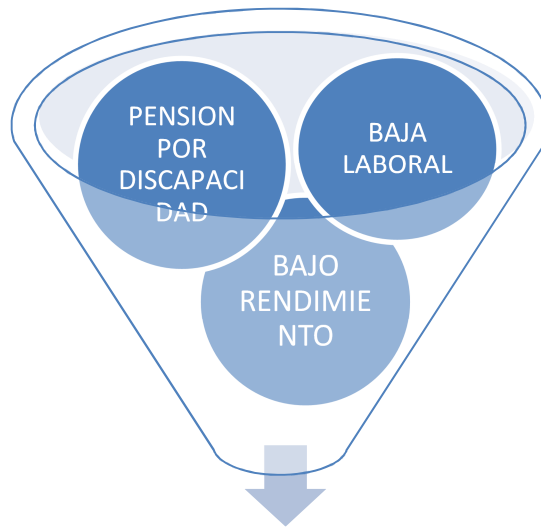
Por último, la utilización de las categorías laborales de la CIF ha sido útil para definir las dificultades laborales de las personas con depresión que hay recogidas en la literatura. De hecho, la definición de discapacidad laboral usando categorías CIF ha proporcionado una definición de discapacidad que ha permitido recoger problemas que otras revisiones sistemáticas no han contemplado (Cornelius et al., 2011; Lagerveld et al., 2010), como, por ejemplo: problemas de mantenimiento del empleo.

Sin embargo, también se han detectado algunos problemas con el uso de estas categorías, ya que las dificultades en llevar a cabo actividades laborales (presentismo), podían ser codificadas al mismo tiempo tanto en las categoría CIF de trabajo remunerado (d850), como en categoría la de mantenimiento del empleo (d=8451).



Asimismo, problemas de absentismo en el puesto de trabajo, como la baja laboral, podrían ser clasificados, tanto en la categoría de problemas en la adquisición de un empleo, como en la de problemas de trabajo remunerado. En este sentido, aunque las categorías CIF ayudaron a definir las dificultades laborales no fueron sensiblemente discriminantes con el tipo de dificultades que ha analizado la literatura (Figura 12).

La Figura 12: Ilustra los problemas de solapamiento de las categorías CIF



- Trabajo remunerado (d845)
- Mantener un trabajo (d8451)

## Discusión

De esta manera, se sugiere que para que se recogiera de una forma más discriminativa la información de la literatura, harían falta dos categorías CIF diferenciadas que distinguieran entre los problemas de productividad laboral (presentismo) y los problemas de absentismo en el trabajo.

## **6.2. Estudios Empíricos**

### **6.2.1. Principales resultados y contraste de las hipótesis planteadas**

Dos estudios empíricos fueron realizados: uno de carácter longitudinal, que recogió problemas relacionados tanto con llevar a cabo las actividades laborales como acudir al puesto de trabajo, y otro de tipo transversal, que analizó dificultades relacionadas con la búsqueda de empleo y la participación en el mercado laboral en una muestra representativa de la población española.

En primer lugar, tal y como se había predicho en la hipótesis principal número uno, el estudio longitudinal realizado con población clínica madrileña demostró que la depresión estuvo ligada tanto a limitaciones en realizar las tareas laborales como a problemas de absentismo en el trabajo (bajas y días de trabajo perdidos). Por otra parte, el estudio transversal realizado con población general española, demostró que las personas con depresión tuvieron

dificultades, tanto en buscar un empleo, como en participar en un empleo.

En cuanto a la frecuencia de problemas en llevar a cabo las actividades del trabajo, los resultados del estudio realizado con población madrileña mostraron que los participantes tuvieron una media muy alta en la variable problemas de rendimiento laboral. De hecho, la puntuación media obtenida fue sensiblemente superior a otros estudios que han recogido estos problemas en población clínica (Chwastiak & Von, 2003; Posl et al., 2007) y en torno al triple si tenemos en cuenta estudios con muestras de población general española (Vázquez-Barquero et al., 2000). Del mismo modo, la prevalencia de absentismo en el trabajo fue también elevada, ya que los resultados del estudio informaron que en torno a un 85.3% de los participantes habían tenido al menos un día de trabajo perdidos al mes, siendo también este número más elevado que otros estudios realizados, tanto en población general (Alonso et al., 2004), como en población clínica (Demyttenaere et al., 2005). Asimismo, la proporción de personas que estuvieron de baja laboral en línea base fue también ligeramente superior al rango de las cifras dadas en una revisión sistemática (McIntyre et al., 2011). En dicha revisión se afirmó, que entre un 35% y un 50% de los trabajadores con depresión suelen acogerse a una incapacidad laboral transitoria.

## Discusión

El motivo de estas diferencias en la prevalencia de discapacidad laboral en nuestro estudio en comparación con estudios anteriores, podría ser atribuido a que la muestra utilizada estuvo compuesta también por pacientes hospitalizados. Esta población no ha sido tenida en cuenta en ninguno de los estudios previamente mencionados, lo cual podría explicar por qué las cifras de prevalencia de problemas laborales aquí incluidas son más altas.

No obstante, estas diferencias podrían ser también explicadas por diversas limitaciones metodológicas que el estudio posee. La primera de ellas haría referencia a la representatividad de la muestra seleccionada, ya que es posible que hubiera habido un sesgo de selección, incluyendo en el estudio, aquellos participantes con mayores problemas laborales. De esta manera, es posible que participaran en el estudio más frecuentemente personas que estuvieran de baja laboral o desempleadas, ya que éstas poseen más disponibilidad de participar en estudios que personas que están en ese momento en activo. En segundo lugar, estas diferencias podrían deberse también a los problemas propios de las medidas hetero-administradas. Como se ha destacado anteriormente, muchas veces los pacientes con depresión poseen una auto-percepción de su capacidad laboral más baja de la que realmente tienen (Millward et al., 2005), por lo que los participantes podrían haber informado de más dificultades de las existentes, sobre-estimando en el estudio la

presencia de problemas. Por último, el tamaño muestral fue muy reducido en comparación a estudios anteriores; de esta manera, si se hubiera utilizado una muestra más amplia de participantes es posible que se hubieran hallado cifras de prevalencia parecidas a las de los otros estudios.

En cualquier caso, este elevado porcentaje de personas con baja laboral, podría también dar cuenta de un “uso abusivo” de esta prestación, o bien porque los profesionales la administren no solamente por motivos terapéuticos, o bien porque los pacientes la soliciten para obtener una ganancia secundaria de la depresión. Apuntando en esta dirección, hay datos publicados en España que afirman que aproximadamente una de cada tres bajas laborales en nuestro país son dudosas (Gervás et al., 2006). En esta misma línea, se encuentra otro estudio realizado con una muestra de pacientes de la Mutua de Accidentes de Zaragoza (MAZ), en el cual se afirmó, tras el análisis de las historias clínicas, que el 77% de los casos que adquirieron una baja laboral por un trastorno psiquiátrico realmente tuvieron un trastorno de tipo adaptativo (González Torrecillas et al., 2011).

Por lo tanto, podemos concluir que la prevalencia de problemas laborales recogidos en la muestra de población clínica madrileña fue elevada, manifestándose tanto en limitaciones en llevar a cabo las tareas laborales como en problemas de absentismo

### Discusión

en el trabajo. Aun así, la comparación con datos de estudios previos hace reflexionar sobre el hecho de que las cifras de prevalencia podrían estar sobrestimadas y que deben observarse con prudencia debido a las limitaciones metodológicas anteriormente comentadas.

Por otra parte, la frecuencia de problemas en la búsqueda de un empleo en la muestra de población española del estudio transversal del WHS fue un 26%. En comparación con otros países de la Unión Europea donde se efectuó también el estudio, el porcentaje de participantes con depresión que no trabajaba, fue uno de los más bajos y solamente su proporción fue comparable a países como Bosnia Herzegovina o Croacia, (Veronese et al., 2012). Para interpretar correctamente estas cifras, hay que tener también en cuenta los factores económicos. Los datos de este estudio fueron recogidos en 2002, año de una cierta bonanza económica. Si se hubiera realizado la encuesta en 2012 la proporción de personas desempleadas en España hubiera sido superior a la de otros países europeos (BBVA Research, 2010).

En cuanto al estudio de los factores relacionados con la discapacidad laboral; tal y como se había predicho en la sub-hipótesis H4.1, los problemas en el rendimiento laboral y de absentismo en el trabajo (días de trabajo perdidos) estuvieron asociados con una mayor edad de los trabajadores. En contraste, no se cumplió la sub-hipótesis H5.1, ya que la mayor edad en línea base no fue un factor

predictor de persistencia del absentismo laboral, ni de limitaciones en llevar a cabo actividades laborales. Este resultado es congruente con algunos estudios previos, donde una mayor edad tampoco estuvo relacionada con problemas de rendimiento laboral (Cocker et al., 2011).

Con relación a la importancia del estado civil, frente a lo que se había predicho en la sub-hipótesis H4.2, el convivir con una pareja o estar casado no fue una variable asociada a mayores problemas de rendimiento laboral; asimismo, las personas que no convivían con una pareja o estaban solteras no tuvieron tampoco más problemas de búsqueda de empleo y de absentismo laboral. Por otra parte, si se cumplió la hipótesis H5.2, ya que el convivir con una pareja o estar casado fue un factor predictor de absentismo laboral a las seis semanas de tratamiento. Este resultado podría deberse a que las personas que tienen pareja podrían apoyarse económicamente en la misma, no teniendo tanta urgencia de volver al trabajo, mientras que las personas sin pareja dependerían más de su salario para cubrirse económicamente.

Frente a lo que se había predicho en la subhipótesis H4.3, fueron los varones los que tuvieron más limitaciones en llevar a cabo las tareas laborales y un mayor absentismo. Este resultado es contradictorio, con estudios previos donde son las mujeres las que tuvieron mayor prevalencia de problemas laborales (Catalina et al.,

## Discusión

2011; Cocker et al., 2011). No obstante, cuando se analizó el género como factor predictor, tal y como se afirmó en la sub-hipótesis H5.3, los varones tuvieron mayores limitaciones en realizar las actividades laborales, y mayor absentismo laboral a las seis semanas del tratamiento. Este resultado es congruente con estudios previos que afirman que la duración de los problemas de absentismo laboral son mayores en el caso de los varones que en las mujeres (Dewa et al., 2002). De esta manera, la evidencia apunta a que, a pesar de que la depresión es más frecuente en mujeres que en varones, parece que son los varones los que tendrían mayor cronicidad en los problemas laborales.

En relación a la severidad de la depresión, tal y como se predijo en las subhipótesis H4.4 y H5.4, este factor fue relacionado con problemas de rendimiento laboral en línea base y un factor predictor de peor rendimiento laboral a las seis semanas. Este resultado es congruente con estudios previos (Dewa et al., 2011; Plaisier et al., 2010). Asimismo, la mayor severidad de los síntomas, fue también un factor relacionado con la presencia de baja laboral en línea base, y un factor predictor del mantenimiento de la baja a las seis semanas. También este resultado está en consonancia con una gran parte de estudios previos, los cuales afirman que la severidad de los síntomas es un factor asociado con presencia de baja laboral (Rytsala et al., 2005; Verboom et al., 2011), y con la mayor duración



de la misma en el tiempo (Rytsala et al., 2007). Por contra, la mayor severidad no fue una variable relacionada ni a nivel basal ni a nivel longitudinal con mayores problemas de absentismo en el trabajo, si éstos se medían con el número de días de trabajo perdidos en el último mes.

Por otra parte, tal y como se afirmó en la hipótesis H4.5, la comorbilidad con otros problemas de salud, en concreto con angina de pecho, fue un factor asociado a problemas de desempleo. Estudios previos habían ya comprobado que la comorbilidad de trastornos cardíacos y depresión es un factor asociado a problemas laborales (Hlatky et al., 1986).

Con respecto a problemas de funcionamiento en otras áreas, afirmando lo descrito en las sub-hipótesis H4.6 y H5.6, diversas dificultades laborales en línea base y a las seis semanas, estuvieron relacionadas con problemas en otras áreas específicas del funcionamiento. Por ejemplo, mayores dificultades para moverse por el entorno y más problemas en las relaciones comunitarias fueron factores relacionados con un mayor número de días de trabajo perdidos en línea base.

En cuanto a la recurrencia de la depresión, el estudio aquí incluido no pudo demostrar que las personas con mayor recurrencia de la depresión (mayor número de episodios depresivos previos) tuvieran mayores dificultades laborales en línea base (hipótesis

## Discusión

H4.7). Sin embargo, una mayor recurrencia de la depresión si fue un factor predictor de mayores problemas de rendimiento laboral y de presencia de absentismo laboral a las seis semanas de tratamiento. Estos resultados son congruentes con estudios previos que apuntan a que el mayor número de episodios previos es un factor asociado con la persistencia de discapacidad laboral (Rytsala et al., 2007). De hecho, según la literatura, la historia previa de episodios depresivos podría ser un factor importante en los problemas laborales no solamente por sí mismo, sino porque estaría ligado también a una historia previa de baja laboral; factor que ha sido también asociado a mayores bajas laborales (Reis et al., 2011; Roelen et al., 2011).

De igual manera, la variable años de escolarización no fue una variable asociada a problemas de absentismo o de rendimiento laboral en línea base, por lo que no se cumplió la sub-hipótesis H4.8. Sin embargo, sí que fue un factor predictor de persistencia de absentismo laboral y de peor rendimiento en el trabajo a las seis semanas (subhipótesis H5.7). Este resultado ha sido encontrado también en diversos estudios previos, no sólo en depresión sino también en otros problemas mentales (Cornelius et al., 2011). La explicación de que esta variable sea un factor predictor de mayores problemas podría deberse a diversas razones. Entre ellas, se encuentran los factores propios del entorno laboral y del estatus del trabajo. Podría ser que mayores niveles de educación estuvieran

también asociados a mayores puestos de responsabilidad en el trabajo y a mayores exigencias; factores que han sido relacionados con una mayor duración de los problemas laborales. En esta misma línea, hay un estudio que afirma que independientemente de la condición de salud, las personas con mayor nivel de educación tienen un mayor riesgo de exceso de horas de trabajo a la semana (Waghorn & Chant, 2011). Por otro lado, como ya se comentó en la introducción en la explicación del modelo de “tensión laboral”, altas demandas de trabajo, unido a bajas recompensas, son factores asociados a mayores problemas laborales. Por otra parte, frente a lo predicho en H4.8, el nivel de educación no fue por sí solo relevante en los problemas de búsqueda de empleo, ya que aunque en los análisis univariantes fue un factor relacionado, al conjugar los efectos de diferentes factores, su influencia ya no fue estadísticamente significativa. Posiblemente, su efecto pudo ser enmascarado por la variable nivel socio-económico. De esta manera, se puede resumir con respecto al papel del número de años de escolarización que fue una variable no relacionada con la presencia de problemas laborales, pero sí fue un factor predictor de la mayor duración de los mismos. Asimismo, ese papel podría estar ligado tanto al estatus socio-económico como a las condiciones laborales de la persona.

Con respecto a la sub-hipótesis H4.9, no se pudo comprobar que un menor nivel de salud física estuviera relacionado con mayores

## Discusión

limitaciones en llevar a cabo actividades diarias, ni predijo la persistencia de problemas de absentismo laboral en el estudio longitudinal; sin embargo, en el estudio transversal los resultados mostraron que las personas desempleadas tuvieron menor nivel de salud global. Debido a la naturaleza transversal del estudio, no se pudo contrastar la dirección de esta relación. No obstante, recientes estudios han demostrado que la influencia entre el desempleo y los problemas de salud sería recíproca (Garcy & Vagero, 2012; Jefferis et al., 2011).

Tampoco en el estudio longitudinal se pudo confirmar la subhipótesis H4.10, ya que las personas con un bajo apoyo del superior no tuvieron mayores problemas de absentismo laboral que las personas que tuvieron un apoyo más alto. Este resultado no es congruente con estudios cualitativos previos que afirman que el apoyo del superior es una variable relevante a la hora de facilitar el retorno del trabajador con depresión al puesto de trabajo (de Vries et al., 2012; Nieuwenhuijsen et al., 2008). Actualmente, se están recogiendo datos para un gran estudio longitudinal de factores predictores de vuelta al trabajo tras una baja laboral, incluyendo el apoyo del superior como posible predictor en los análisis. Los resultados de este estudio aclararán si esta relación es relevante o no (Nielsen et al., 2011).

En cuanto a la relación entre las características del trabajo en línea base y problemas laborales a los seis meses, tampoco se cumplió lo predicho en la subhipótesis H5.10, ya que el nivel de apoyo del superior en línea base no fue un predictor de mayores problemas de rendimiento laboral y persistencia del absentismo a las seis semanas.

Asimismo, frente a lo que se predijo en la hipótesis secundaria H4.11, los resultados mostraron que fueron las personas con mayor soporte social las que tuvieron mayores problemas de rendimiento laboral. En este sentido, el papel del soporte social en las dificultades laborales fue contradictorio a lo que se había predicho. Este resultado es contradictorio con algunos estudios longitudinales que han afirmado que el apoyo social bajo está asociado a una mayor incidencia de problemas de participación laboral (Stansfeld et al., 1997). No obstante, también hay datos que confirman que el apoyo social es una variable irrelevante en la participación en un trabajo (Tamers et al., 2011). En cualquier caso, en la interpretación de los resultados de este estudio, debe tenerse en cuenta que la relación hallada fue de asociación. De esta manera, podría ser que el tener mayores problemas laborales fuera lo que provocara que las personas recibieran más ayuda de su entorno, y no viceversa. De hecho, los análisis longitudinales no demostraron que el nivel de apoyo social en la línea base fuera un factor predictor de problemas

## Discusión

en el rendimiento laboral o de una mayor duración de absentismo en el trabajo. En este sentido, el tener un mayor nivel de apoyo social, podría ser posiblemente una consecuencia de padecer problemas laborales, y no viceversa. En cualquier caso, futuros estudios longitudinales son necesarios para contrastar los resultados aquí sugeridos y demostrar la naturaleza de la relación entre el apoyo social y los problemas laborales.

En cuanto a la relación entre tener un tratamiento para la depresión y estar desempleado, los resultados verificaron la sub-hipótesis H4.13, ya que las personas desempleadas estuvieron más frecuentemente recibiendo algún tratamiento para su depresión. Esto podría ser explicado de dos posibles maneras: la primera explicación estaría relacionada con la severidad de la depresión. Las personas que tienen dificultad en buscar un trabajo, podrían a su vez tener mayor severidad clínica, por lo que en principio necesitarían más estar en tratamiento. La segunda explicación estaría relacionada con el efecto negativo del desempleo en la salud mental. Diversos estudios afirman que estadios prolongados de desempleo predicen a largo plazo el uso de antidepresivos (Rugulies et al., 2010). Al ser un estudio transversal, no se pudo verificar cuál de estas dos explicaciones fue la más factible. De esta forma, se recomienda el futuro diseño de estudios longitudinales que clarifiquen la relación entre el desempleo, la pérdida de trabajo y el estar bajo tratamiento.

Asimismo, se detecta la necesidad de realizar ensayos clínicos aleatorizados que controlen el efecto del tratamiento (del tipo que sea), para verificar sus efectos tanto en problemas de absentismo laboral como en problemas de rendimiento, contrastando además si la adherencia o cumplimiento del mismo tiene una influencia positiva o negativa en los problemas laborales.

Por último, tal y como se predijo en la hipótesis H4.14; las personas con menor estatus socio-económico familiar estuvieron más frecuentemente desempleadas. Sin embargo, debido a la naturaleza transversal del estudio, no se pudo demostrar si es el desempleo lo que provocaba menor nivel de ingresos familiares, o si las personas con menores recursos económicos estaban también más en riesgo de estar desempleadas. En cualquier caso, un estudio mostró que las personas con menor estatus socioeconómico, podrían tener menor frecuencia de bajas laborales; ya que podrían tener más dificultades para acogerse a esta prestación (Cook, 2011). Por contra, se ha demostrado que las personas con mayor estatus socio-económico tendían a tener más frecuencia de bajas laborales (Kristensen et al., 2010). De esta manera, se detecta en la literatura la necesidad de estudios longitudinales que confirmen si diferentes niveles socioeconómicos estarían ligados a diferentes tipos de problemas laborales.

## Discusión

En cuanto al estudio de grupos de factores relacionados con la discapacidad laboral en línea base, los factores sociodemográficos y de discapacidad fueron relevantes a la hora de explicar transversalmente los problemas de absentismo laboral (medidos con la presencia de baja laboral). Sin embargo, ni las variables clínicas ni las de apoyo social, como grupo, estuvieron estadísticamente relacionadas con las dificultades laborales. Asimismo, en relación a la importancia del tipo de factores en la explicación de los problemas laborales a lo largo del tiempo, los resultados indicaron que solamente el grupo de factores sociodemográficos fue relevante a la hora de predecir mayor número de días de trabajo perdido a las seis semanas, mientras que ni los factores de tipo social, ni los problemas de funcionamiento, ni los factores clínicos fueron significativos a hora de predecir problemas de absentismo laboral o de rendimiento.

De esta manera, en nuestro estudio se destaca que los problemas laborales estarían relacionados con factores específicos de muy diversa naturaleza, más que con grupos concretos de factores.

### **6.2.2. Limitaciones principales de los estudios empíricos**

A pesar de que la gran mayoría de las hipótesis se han cumplido, los resultados de estos dos estudios deben interpretarse a la luz de diversas limitaciones. La primera de ellas hace referencia a la representatividad y tamaño de la muestra recogida en el estudio



longitudinal de población clínica de la comunidad de Madrid. A diferencia del estudio del WHS, en el estudio longitudinal no se realizó ningún procedimiento para garantizar la representatividad de la muestra. De hecho, los participantes fueron simplemente los casos disponibles y voluntarios que aceptaron la participación en el estudio, por lo que es posible que hubiera un sesgo de selección. En segundo lugar, en este mismo estudio hubo un porcentaje de casos perdidos cercano al 33% en algunas variables, y aunque se verificó que las pérdidas no estuvieron relacionadas con las variables del estudio y se notificaron las razones por las cuales el paciente no quería participar en el 93% de los casos, podría haber algún factor no relacionado con las variables del estudio (variables extrañas) que predijera las pérdidas en la evaluación de seguimiento, por ejemplo la adherencia del paciente al tratamiento prescrito, o incluso la relación entre el paciente y el médico que derivó el caso. De cualquier forma, para evitar estas grandes pérdidas, se recomienda que en este tipo de estudios longitudinales se incluya una partida económica para dar incentivos a los participantes del estudio. Algunos ejemplos de estos incentivos son: entregarles un pequeño regalo por cada participación, mandarles una postal por Navidad o su cumpleaños, enviarles una carta sobre los resultados generales del estudio, etc. Ya que aunque la entrega de incentivos pudiera sesgar también la participación en el estudio, si se hace de una forma personalizada, según las características de los participantes

## Discusión

(necesidades, gusto, etc.), se podría haber evitado posiblemente muchas de la pérdidas que ocurrieron en este estudio por falta de motivación.

En tercer lugar, los dos estudios incluidos son observacionales, por lo que no se pudo verificar de una forma rigurosa el efecto que tuvo el tratamiento en los problemas laborales. Por otra parte, la inclusión de medidas de registro oficiales para confirmar la duración de las bajas o la existencia de prestaciones de desempleo hubiera permitido calcular el coste económico que supone el uso de estos recursos.

Por otra parte, los estudios empíricos aquí incluidos tuvieron una intención más exploratoria que confirmatoria, es por esto que se quiso analizar la relación de los problemas laborales, con un gran número de variables. Esto pudo provocar que la cuantía de factores en los análisis de regresión fuera un poco desproporcionada en relación con los tamaños muestrales existentes. Para intentar contrarrestar esto, se realizaron en primer lugar las pruebas de Durbin Watson y se calcularon índices de tolerancia y FIV de cada factor, verificando de esta manera la ausencia de multi-colinealidad (dependencia lineal) entre las variables independientes. En segundo lugar, se optó por un análisis de regresión con el método hacia atrás, el cual es más conservador que otros modelos por pasos. El método hacia atrás es congruente con la intención exploratoria del estudio ya

que con él se optimizan los modelos; excluyendo la menor cantidad posible de variables relevantes, pero manteniendo la relevancia estadística del modelo, ya que elimina las variables con menor capacidad explicativa de los valores de la variable dependiente, en nuestro caso, la presencia de problemas laborales.

Por último, aunque en este trabajo se ha incluido un estudio longitudinal, la duración del mismo podría no haber sido lo suficientemente prolongada para observar el cambio de los problemas laborales, ya que en seis semanas de tratamiento posiblemente aún la persona esté empezando a recuperarse de la depresión. La duración corta del estudio podría explicar por qué algunas dificultades laborales, como los días de trabajo perdidos, no tuvieron una disminución significativa. Por tanto, la duración corta del estudio no permitió verificar si se hubiera encontrado una mejoría significativa en esta variable o si hay recaídas de los problemas laborales que mejoraron más rápidamente. En cualquier caso, este resultado también podría interpretarse de modo que hay dificultades laborales que se superarían más rápidamente que otras.

### **6.2.3. Resumen de los principales hallazgos**

A pesar de estas limitaciones, la inclusión de estos dos estudios empíricos ha permitido en primer lugar establecer una estimación del porcentaje de problemas de rendimiento y

### Discusión

absentismo sufridos por personas con depresión de la Comunidad de Madrid y la frecuencia de problemas de desempleo de personas con depresión en España. Asimismo, se ha estudiado cuáles son los factores relacionados con estos problemas laborales, y cuáles de estos factores predicen la no mejoría de problemas laborales a las seis semanas de tratamiento, contrastando los resultados con la literatura previa.

Como novedad, este trabajo ha incluido uno de los pocos estudios longitudinales realizados hasta la fecha en España, que ha utilizado instrumentos diagnósticos para la selección de la muestra y que ha analizado la discapacidad laboral en personas con depresión, utilizando tres medidas diferentes (rendimiento laboral, días de trabajo perdidos en el último mes y baja laboral).

Por último, cabe señalar que el hecho de que cada una de las medidas utilizadas haya tenido diferentes factores asociados, da cuenta de la complejidad de la discapacidad laboral en la depresión, pero también hace reflexionar sobre si en la literatura muchas veces se encuentran resultados contradictorios que serían, no sólo debidos a la complejidad de la realidad, sino a la gran heterogeneidad de instrumentos y medidas utilizados para analizarlos.

### **6.3. Grupo de discusión con los pacientes: Estudio cualitativo.**

#### **6.3.1. Principales resultados y contraste de las hipótesis planteadas**

Debido al tamaño muestral del estudio cualitativo, no sería correcto hablar de prevalencia, pero sí se puede afirmar que todos los participantes del grupo informaron de dificultades en el ámbito laboral. En este sentido, los pacientes padecieron problemas relacionados con la participación laboral (bajas y pensiones por discapacidad), y dificultades en el mantenimiento del empleo (trabajar en una categoría inferior o miedo a perder el empleo). Por consiguiente, el estudio cualitativo también apoyó la hipótesis principal número uno, en la cual se afirmaba que los pacientes con depresión padecen dificultades tanto en la participación en un trabajo remunerado, como en el mantenimiento del empleo.

En cuanto a las variables relacionadas con la discapacidad laboral, los participantes informaron de diversos factores de naturaleza muy variada. De esta forma, este estudio también confirmó la hipótesis principal número cuatro, ya que las variables que estuvieron relacionadas con discapacidad laboral no fueron solamente variables clínicas, sino también factores personales y ambientales.

## Discusión

Una de las variables que destacaron los participantes, fue la comorbilidad con otros problemas de salud, esta información es congruente con la subhipótesis H4.4. Por otra parte, tal y como se predijo en la sub-hipótesis H4.5 los problemas en el funcionamiento de otras áreas impactaron en el área laboral. De hecho, los participantes afirmaron que el dolor y los problemas de energía fueron variables relacionadas con la existencia de problemas de absentismo laboral. No obstante, futuros estudios deberán matizar la relación entre la comorbilidad de la depresión con otros problemas de salud y las dificultades laborales; demostrando si el dolor es un factor independiente en las personas con depresión, o si por el contrario, su influencia es debida a la presencia de problemas físicos cómorbidos. Por último, otros problemas de funcionamiento como dificultades en la toma de decisiones se relacionaron con problemas de mantenimiento del empleo.

Por otra parte, también se verificó la sub-hipótesis H4.10 que afirmó que circunstancias laborales adversas; en concreto un exceso de sobrecarga y estrés serían factores relacionados con problemas de absentismo en el trabajo.

Asimismo, tal y como se había afirmado en la hipótesis principal 6, el grupo de discusión con pacientes permitió conocer problemas laborales que han sido pobremente tratados por la literatura cuantitativa. Uno de ellos es la existencia de una

autoimagen subjetiva de incapacidad laboral (creer que no es capaz de trabajar independientemente de su capacidad real). Esta variable solamente ha sido analizada en la literatura en dos ocasiones: en un estudio de tipo cualitativo que relacionó esta dificultad con demoras en volver al puesto de trabajo (Millward et al., 2005), y en otro estudio cuantitativo, el cual relacionó la incapacidad subjetiva de trabajar con la incidencia de pensión por discapacidad (Holma et al., 2011). De esta manera, se detecta la necesidad de que futuros estudios confirmen la existencia de esta dificultad en pacientes con depresión, verificando sus repercusiones en el funcionamiento laboral y global de las personas.

Otro problema laboral escasamente abordado en los estudios cuantitativos de la discapacidad laboral en depresión, y que sin embargo ha sido expuesto en otros estudios cualitativos anteriormente publicados (Kuwabara et al., 2007), es el impacto que la depresión tiene en la carrera profesional y el estatus laboral del individuo. Un participante comunicó que la depresión había repercutido en su carrera profesional y que actualmente trabajaba en un puesto inferior al de su formación académica. No hay constancia de que en la literatura cuantitativa se haya estudiado el impacto de la depresión en la carrera laboral. De este modo, se detecta la necesidad de que estudios longitudinales analicen la naturaleza de la

## Discusión

relación entre la depresión y la carrera profesional, verificando incluso si la influencia entre ambos fenómenos es recíproca.

### **6.3.2. Limitaciones principales del grupo de discusión**

A pesar de todos estos hallazgos y del cumplimiento de muchas de las hipótesis previstas, los resultados de este estudio no están exentos de limitaciones. La primera de ellas es sin duda la realización de un solo grupo. Todos los principales manuales de metodología cualitativa (Morgan, 1997; Ritchie & Lewis, 2003) recomiendan llevar a cabo una recogida de datos en la que se realicen las sesiones necesarias hasta llegar a un punto de saturación tanto en la cantidad, como en el tipo de información recogida. Esta limitación podría haber provocado que los resultados aquí hallados no fueran ni representativos ni muy generalizables a la población depresiva. Para minimizar esta limitación se siguió un criterio de selección de los participantes de tal manera que hubiera una máxima heterogeneidad en las variables: edad, sexo, estado clínico y años de educación. Aún con esa variabilidad en el reclutamiento, la muestra fue tan reducida que esto ha podido explicar por qué dificultades tan ampliamente estudiadas en la literatura cuantitativa como los problemas de rendimiento laboral no fueron comentados en el grupo.



Por otra parte, tampoco el focus group estuvo específicamente diseñado para provocar conversaciones sobre el área laboral, sino que en la sesión también se preguntaron por dificultades en otras áreas, de esta manera podrían haberse pasado por alto algunas dificultades laborales por centrarse también en otros problemas.

### **6.3.3. Resumen de los principales hallazgos**

A pesar de estas limitaciones, el valor fundamental de la inclusión de un estudio cualitativo en este trabajo, ha sido detectar dificultades laborales que han sido pobremente estudiadas en la literatura cuantitativa. Por ejemplo, el impacto de la depresión en la carrera y el estatus profesional.

Por otra parte, al igual que en la literatura, las categorías CIF sirvieron para clasificar gran parte de las experiencias laborales que los pacientes con depresión expresaron durante el focus group. No obstante, se detectaron las mismas dificultades que se advirtieron en la revisión de la literatura y que estaban relacionadas con la especificidad de las categorías CIF, ya que también en el caso del focus group, un mismo problema laboral podía ser definido indiferentes categorías. De esta manera, los resultados avalan que aunque las categorías del trabajo de la CIF son útiles a la hora de describir la discapacidad laboral, sería posiblemente necesaria una

## Discusión

nueva reorganización de las mismas para que un mismo problema no se codificara en dos categorías a la vez.

#### **6.4. Comparación de los resultados de los cuatro estudios**

Una de las principales novedades y puntos fuertes de este trabajo respecto a los estudios previos realizados, es que se han incluido cuatro estudios diferentes que han permitido arrojar luz, desde diferentes aproximaciones a cuatro preguntas existentes en torno al campo de la discapacidad laboral en la depresión y que se han explicitado en forma de pregunta en cada uno de los objetivos principales de este estudio:

- ¿Qué dificultades laborales presentan las personas con depresión?
- ¿Cuál es la evolución de estas dificultades laborales?
- ¿Cuáles son los factores relacionados o que predicen la evolución las dificultades laborales?
- ¿La CIF resulta útil como marco de referencia para el análisis de la discapacidad laboral y de sus factores relacionados?

En primer lugar y en referencia al objetivo número uno, los cuatro estudios aquí incluidos, han dado cuenta que la depresión tiene un gran impacto en el ámbito laboral. No obstante, también se

ha advertido que en algunas ocasiones este impacto podría estar sobre-estimado sobre todo, si se utilizan como medidas de discapacidad laboral certificados de baja laboral o pensiones, ya que en algunos casos estas prestaciones podrían no reflejar dificultades laborales, sino otro tipo de dificultades de naturaleza social o personal.

Con respecto al objetivo número dos, que incluía clarificar la evolución de la discapacidad laboral a lo largo del tiempo, se puede afirmar que tanto en la revisión sistemática como en el estudio empírico longitudinal, se verificó que los problemas de productividad laboral mejoraron significativamente a través del tiempo; sin embargo, la evolución de los problemas de absentismo fue más compleja. Tanto en la revisión de la literatura como en el estudio empírico longitudinal se demostró que hubo una disminución significativa del número de bajas laborales a lo largo del tiempo. Sin embargo, el número de días de trabajo perdidos en el último mes no disminuyó significativamente.

En resumen, se podría concluir con respecto a la evolución de los problemas laborales, que hay grandes pruebas de que los problemas laborales tienden a mejorar a lo largo del tiempo en la personas con depresión. Sin embargo, podría haber determinadas dificultades laborales que mejoren más rápidamente que otras. Esa diferencia de tiempo en la recuperación en función del tipo de

## Discusión

problemas laborales explicaría por qué en algunos estudios se afirma que las dificultades laborales mejoran significativamente a lo largo del tiempo, mientras que en otros se afirma que no mejoran o incluso empeoran. De esta manera, obtener unos resultados de mejoría o no en los estudios, podría depender tanto de la dificultad laboral analizada, como de la duración de los tiempos de evaluación.

En cuanto al objetivo número tres, en la tabla 27 se pueden observar los factores relacionados y predictores de los problemas laborales que aparecieron en cada uno de los cuatro estudios. Tal y como se puede apreciar dicha tabla, tanto en la literatura como en el estudio transversal la comorbilidad de la depresión con otra enfermedad fue un factor relacionado con la presencia de problemas laborales. Por otro lado, tanto en la revisión sistemática como en el estudio longitudinal de pacientes de la Comunidad de Madrid, una mayor edad estuvo relacionada basalmente con mayores problemas laborales.

Tabla 27: Factores relacionados con la discapacidad laboral en cada uno de los estudios

FACTORES RELACIONADOS	TIPO DE ESTUDIOS			
	Revisión sistemática	Focus group	Estudio longitudinal	Estudio transversal
Comorbilidad		X		X
Severidad de los síntomas/depresión	X		X	
Estado de salud general				X
Apoyo social	X		X	
Dolor		X		
Problemas para moverse por el entorno			X	
Participación en la sociedad			X	
Recurrencia de la depresión			X	
Problemas de energía		X		
Problemas para moverse por el entorno			X	
Edad	X		X	
Género			X	
Variables del entorno laboral	X	X		
Tratamiento para la depresión				X
Nivel de escolarización			X	
Estatus socioeconómico/laboral	X			X
Problemas en el afrontamiento de problemas	X			
Autoimagen de discapacidad	X	X		

### Discusión

También en la revisión sistemática, en el focus group y en el estudio empírico longitudinal, los problemas en otras áreas del funcionamiento (problemas de participación en la sociedad, para afrontar problemas, moverse por el entorno, etc.) estuvieron relacionados con problemas laborales.

Por otra parte, tanto la revisión de la literatura como el estudio cualitativo destacaron que variables relacionadas con el entorno de trabajo y, en concreto; cambios frecuentes de turno, exceso de trabajo, bajo apoyo de los compañeros y sobrecarga de tareas fueron factores relacionados con mayores problemas laborales.

Otras variables también asociadas a la discapacidad laboral, fueron aquéllas ligadas con el estatus socio-económico o el estatus laboral. Mientras que algunos tipos de problemas laborales (bajas laborales) parecerían estar más relacionados con un estatus laboral más elevado, el desempleo parece relacionarse con entornos socioeconómicos más bajos. También se confirmó, tanto en la revisión sistemática como en el estudio cualitativo que variables personales como una autoimagen de discapacidad estuvieron relacionadas con problemas laborales

Para comprobar los determinantes de evolución de los problemas laborales, se utilizó exclusivamente la información incluida en el estudio longitudinal y en la revisión de la literatura. Los

resultados de ambos estudios destacaron que la mayor severidad y la no remisión de los síntomas depresivos, fueron factores que predijeron mayores problemas laborales. Por su parte, en la literatura apareció la comorbilidad psicológica, como factor predictor de mayores problemas laborales. Mientras que otras variables como la recurrencia de la depresión, convivir con una pareja, mayor nivel de escolarización y ser varón, fueron factores de riesgo de mayor persistencia y duración de los problemas laborales en el estudio empírico longitudinal.

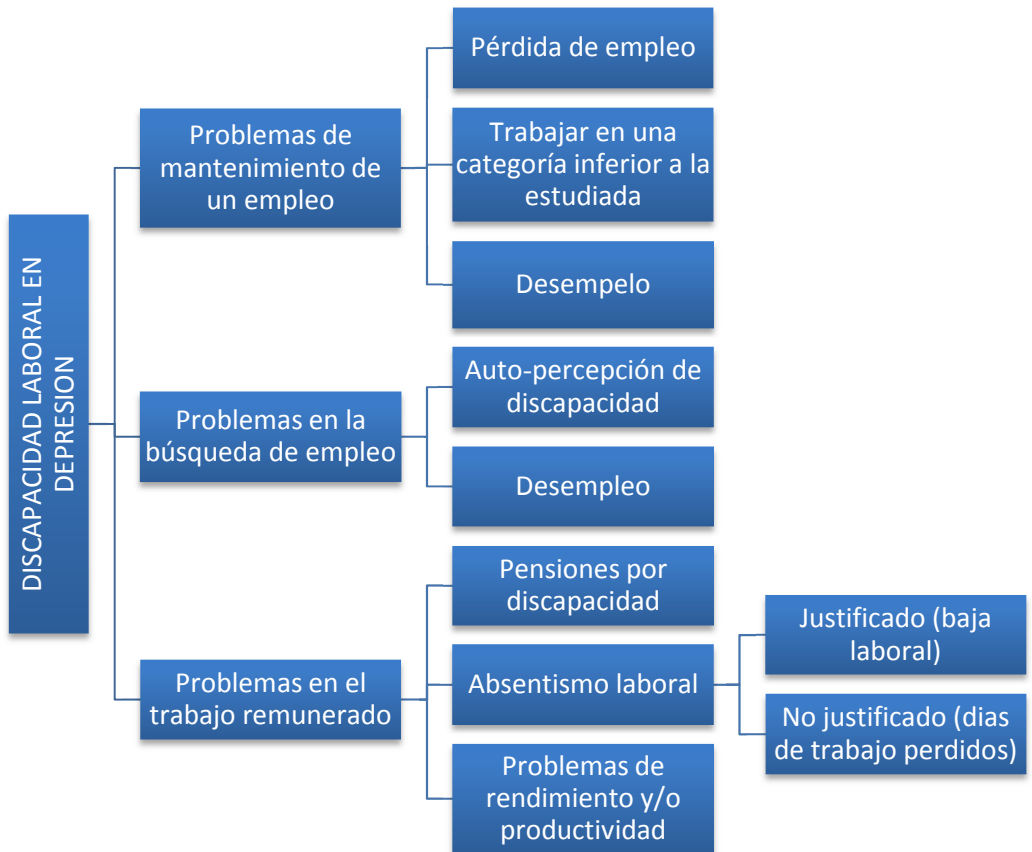
Por último, con respecto al objetivo número cuatro, la utilización de categorías CIF ha permitido definir el concepto de discapacidad laboral, dando cuenta de qué tipo de problemas laborales padecen las personas con depresión (ver figura 13). Agrupando según categorías CIF, todos los problemas laborales encontrados que experimentarían las personas con depresión son:

- Dificultades en mantener su empleo, ya que trabajan a veces en categorías inferiores a su formación y tienen mayor riesgo de ser despedidos y mayor desempleo.
- Problemas para buscar un empleo, ya que suelen sufrir desempleo o ellos mismos sienten que no sirven para trabajar.
- Problemas en el trabajo remunerado, ya que hay una alta proporción de absentismo laboral no justificado,

Discusión

bajas laborales, pensiones por discapacidad y problemas de rendimiento.

Figura13: Problemas laborales en las personas con depresión



Algunos de los problemas que se han analizado como: número de bajas laborales, días de trabajo perdidos, número de personas

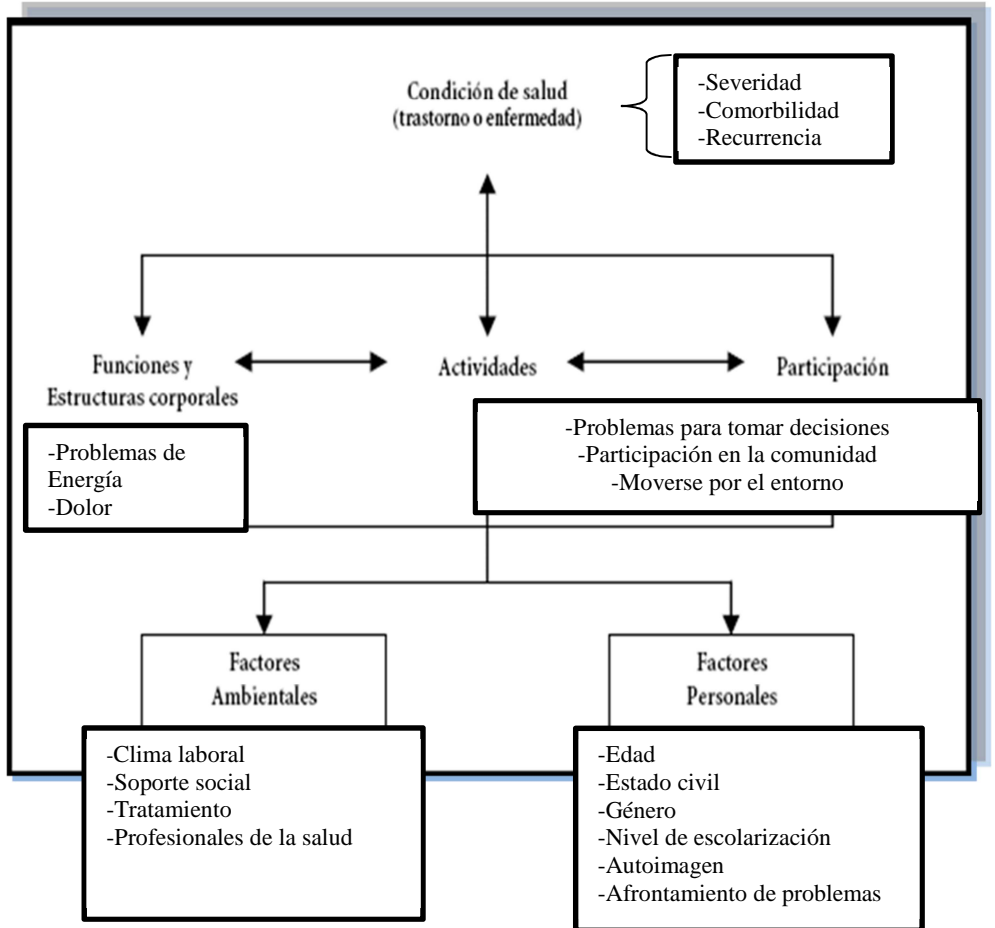


desempleadas o pérdida del empleo y bajo rendimiento laboral, habían sido ya estudiados previamente por la literatura, tal y como ha demostrado la revisión sistemática, pero otros problemas también aquí incluidos han sido poco abordados anteriormente por la literatura como por ejemplo, el trabajar en una categoría inferior a la estudiada o tener una percepción subjetiva de ser incapaz de trabajar. De esta manera, se ha puesto también de manifiesto qué áreas de investigación necesitan ser estudiadas en futuros estudios longitudinales o ensayos clínicos.

Por otra parte, comparando los resultados de los cuatro estudios se puede comprobar que los factores relacionados o predictores de la discapacidad laboral en depresión fueron de naturaleza muy diversa: clínicos, personales, sociales. En este sentido, tal y como se observa en la figura 14, los resultados de los cuatro estudios se pueden acoplar a las interacciones propuestas en el modelo de la CIF para describir el funcionamiento.

Discusión

Figura14: Discapacidad laboral en depresión según el modelo de la CIF



Por último, la utilización de las categorías CIF para definir el concepto de discapacidad laboral ha sido otra de las novedades de este trabajo. En términos generales, se puede afirmar que las tres categorías de la CIF incluidas en este trabajo, han ayudado a clasificar

y organizar todos los problemas laborales que padecen las personas con depresión, tanto aquellos que habían sido estudiados previamente en la literatura como aquéllos que han sido poco abordados por la misma. No obstante, se sugiere que en una posible revisión futura de las categorías CIF concernientes al ámbito laboral, se incluyan categorías especialmente discriminantes para distinguir problemas de absentismo laboral de problemas de rendimiento, ya que ambos problemas se clasifican en la misma categoría (trabajo remunerado d850), pero sin embargo son analizados de manera separada por la literatura.

### **6.5. Recomendaciones sociales y clínicas del estudio**

A continuación, se presentan las aplicaciones prácticas de los resultados de este trabajo tanto a nivel social como a nivel clínico.

En primer lugar, el estudio de los factores asociados a la discapacidad laboral en personas con depresión, es útil para identificar subpoblaciones de riesgo entre personas con depresión, lo cual es relevante a la hora de establecer acciones preventivas para disminuir la incidencia de los problemas laborales.

En segundo lugar, el conocimiento de los factores de riesgo ligados a la cronicidad en el tiempo de los problemas laborales,

### Discusión

permite al clínico diseñar desde un principio intervenciones que eviten que estos problemas aumenten o se prolonguen en el tiempo.

En tercer lugar, esta tesis ha mostrado que las actitudes de los profesionales de la salud ayudan en la recuperación de los problemas laborales. Este resultado, nos recuerda la importancia de establecer una buena alianza terapéutica con el paciente para que el tratamiento sea lo más eficaz posible, no solamente a nivel sintomático, sino también a nivel funcional.

En cuarto lugar, este trabajo ha destacado que las variables personales, ambientales y en concreto las variables del entorno laboral (apoyo del superior, compañeros, nivel de sobrecarga) se relacionan con la presencia y evolución de las dificultades laborales; En este sentido, se anima que a la hora de diseñar tratamientos, se tengan en cuenta factores del entorno laboral del paciente, como por ejemplo el tipo de condiciones laborales que tiene el trabajador, las responsabilidades en el mismo, el flujo de comunicación en la empresa etc., ya que, como afirma la Mental Health Foundation Británica: Para conseguir una comprensión sobre los procesos que influyen en la vuelta al trabajo del trabajador, no debemos restringir nuestro conocimiento a un modelo biomédico, sino también incorporar información sobre factores individuales, del entorno de trabajo, económicos y sociales (Munir et al., 2009).

Por otra parte, este trabajo ha encontrado que las personas desempleadas suelen tener un peor estado de salud que las personas empleadas. Por tanto, si el paciente está desempleado o la vuelta a su trabajo no fuera posible, se recomienda incluir como parte del tratamiento, intervenciones dirigidas a la búsqueda de un nuevo empleo, ya que el trabajo podría tener un efecto positivo en la salud (Field & Shapiro, 1993). De esta manera, se comparte la idea de que el objetivo del tratamiento, debería ser no solamente reducir los síntomas sino también rehabilitar al paciente en todas las áreas de su vida; incluida la laboral.

Por último, los resultados del estudio empírico de la Comunidad de Madrid apuntaron a que la frecuencia de prestaciones de incapacidad laboral temporal en nuestra comunidad en los años 2006-2009 fue muy elevada (58%). Asimismo, su mantenimiento en el tiempo fue explicado también por factores no clínicos, como el mayor número de años de escolarización o el género. Ambos datos hacen reflexionar sobre el uso que se le está dando a las prestaciones de incapacidad laboral temporal en los sistemas de salud. La incapacidad laboral temporal causa un coste enorme en España: sanitario (seguridad social o el sistema de mutuas), empresarial y personal (ya que en muchas ocasiones el trabajador ve reducido su sueldo). De esta manera, se recomienda a los profesionales de la salud, a cargo de las bajas laborales, que usen esta prestación de una

## Discusión

forma responsable, concibiéndola como parte del tratamiento y teniendo en cuenta las consecuencias de la baja laboral en el trabajador, ya que se ha observado que en algunos casos la baja laboral podría tener un efecto adverso sobre la salud del paciente (Vingard et al., 2004).

### **6.6. Futuras líneas de investigación**

En este apartado se detallan líneas de investigación futuras. Muchas de ellas provienen de resultados que han aparecido como contradictorios en los diferentes estudios y que necesitan de investigaciones adicionales para aclarar en lo posible esas contradicciones; otras se relacionan con áreas que no han podido ser adecuadamente exploradas debido a las limitaciones que han presentado los estudios.

Sería interesante realizar análisis de factores asociados a la evolución y cambio de los problemas laborales, incluyendo un tiempo de seguimiento más prolongado (por ejemplo 6 meses y un año después del tratamiento) ya que es posible que los resultados de la evolución de los problemas laborales y los factores relacionados con la misma fueran diferentes a los encontrados aquí.

Al igual que se ha realizado con problemas de funcionamiento global, son necesarios más estudios sobre la incidencia de problemas

laborales antes del episodio depresivo, durante y después del mismo para así verificar si los problemas laborales residuales son producto de un proceso degenerativo causado por el episodio depresivo o ya estaban presentes antes del episodio. En esta misma línea, sería importante la realización de más estudios sobre factores de riesgo de la incidencia de problemas laborales, ya que la literatura informó de pocos estudios sobre esto y los estudios empíricos aquí incluidos tampoco estuvieron diseñados para este fin.

Asimismo, sería relevante explorar en un ensayo clínico el efecto de diversos tratamientos en los problemas laborales que tienen las personas con depresión. También sería conveniente analizar qué tipo de fármacos o intervenciones psicoterapéuticas resultan más efectivas a la hora de reducir los problemas laborales, contrastando además si los efectos secundarios de la medicación inciden en el rendimiento laboral del trabajador o si la adherencia al tratamiento es un factor que predice una más temprana recuperación laboral.

Por otro lado, sería interesante demostrar si la situación económica actual está teniendo un efecto en la prevalencia e incidencia de problemas laborales, así como en la duración de las prestaciones por incapacidad por depresión e incluso si el perfil de problemas laborales ha cambiado (por ejemplo, más problemas de rendimiento que de absentismo), ya que los datos de los estudios

## Discusión

empíricos aquí recogidos datan de antes del surgimiento de la crisis económica actual.

Además, sería útil para la reducción de los costes que suponen las incapacidades laborales transitorias, la creación de programas para facilitar la vuelta del trabajador tras una baja laboral, teniendo en cuenta intervenciones a nivel laboral, tales como: la incorporación progresiva del trabajador, reducción de jornada, cambio de tareas, etc. Para ello se necesita un diálogo entre el trabajador, el superior, la mutua laboral (en el caso de que la hubiera) y el profesional sanitario. Todos ellos deberían perseguir la recuperación del trabajador. Aunque por otra parte, la coste-efectividad de estos programas podría no estar asegurada (van Oostrom et al., 2010).

También sería relevante comprobar el efecto que el apoyo social tiene en la discapacidad laboral, ya que en nuestro estudio las personas con mayor apoyo social fueron las que tuvieron mayores problemas laborales. De esta forma, se articula la necesidad de clarificar en estudios longitudinales si la variable apoyo social es relevante solamente transversalmente, como aquí se ha deducido, o si sería un factor predictor de la discapacidad laboral.

Por último, sería interesante que futuros estudios empíricos longitudinales exploraran la incidencia, prevalencia y evolución de las dificultades laborales que han sido aquí extraídas desde una



metodología cualitativa como; trabajar en una categoría inferior o la autoimagen de discapacidad laboral.

Discusión

## 7. CONCLUSIONES

- Este trabajo ha detectado que las personas con depresión padecen múltiples problemas: baja productividad en el trabajo, absentismo laboral, incapacidad laboral permanente, pérdida de empleo, trabajar en una categoría inferior a la de su formación, problemas para buscar empleo y una percepción distorsionada de su capacidad laboral.
- La prevalencia de estos problemas es alta, no obstante, la cifra podría estar sobre-estimada ya que algunas medidas utilizadas, como la presencia de bajas laborales podrían no reflejar problemas reales de funcionamiento.
- En cuanto a la evolución de estas dificultades, hay evidencia de que se produce una mejoría significativa a lo largo del tiempo. No obstante, los resultados encontrados podrían de manifiesto que algunas dificultades laborales requerirían más tiempo para superarse en relación con otras. En cualquier caso, la variabilidad de medidas utilizadas y la diversidad en los tiempos de seguimiento podrían ser también responsables de estas diferencias.
- Los factores relacionados con la presencia y evolución de los problemas laborales son de naturaleza variada; incluyendo

## Conclusiones

factores personales, ambientales y clínicos, aunque ninguno de estos grupos destacó en relevancia a la hora de explicar estos problemas.

- Las tres categorías CIF seleccionadas son útiles para definir los problemas laborales en las personas con depresión. No obstante, se sugiere una redistribución de las mismas para que las dificultades en el rendimiento laboral y los problemas de absentismo no se clasifiquen en la misma categoría, ya que son problemas diferentes y que la literatura de la discapacidad laboral en depresión ha analizado de forma separada.
- El modelo biopsicosocial de la CIF ha sido útil para describir los factores relacionados con los problemas laborales en personas con depresión, ya que la discapacidad laboral por depresión depende no sólo de factores clínicos (modelo biomédico) o de factores sociales y psicológicos (modelo social), sino de la interacción de todos ellos (modelo biopsicosocial)

## 8. ANEXOS

<b>8.1.</b>	<b>DOCUMENTACIÓN DE LOS ESTUDIOS .....</b>	<b>266</b>
<b>8.1.1.</b>	<b><i>Revisión sistemática de la literatura.....</i></b>	<b>266</b>
8.1.1.1.	<i>Combinación de términos utilizados en las bases de datos.....</i>	266
8.1.1.2.	<i>Base de datos access utilizada para recoger la información de los artículos</i>	270
<b>8.1.2.</b>	<b><i>Estudio transversal con población Española.....</i></b>	<b>272</b>
<b>8.1.3.</b>	<b><i>Estudio longitudinal con población de la comunidad de Madrid.</i></b>	<b>273</b>
<b>8.1.4.</b>	<b><i>Grupo de discusión de pacientes.....</i></b>	<b>281</b>
<b>8.2.</b>	<b>PUBLICACIONES ENMARCADAS DENTRO DE ESTA TESIS.....</b>	<b>299</b>
<b>9.</b>	<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>301</b>

## Anexos

**8.1. Documentación de los estudios****8.1.1. Revisión sistemática de la literatura****8.1.1.1. Combinación de términos utilizados en las bases de datos****Final Search in MEDLINE – 16 and 19/04/2010**

1. Depressive Disorder, Major/
2. Depression/
3. Depressive Disorder/
4. or/1-3
5. exp Animals/ not Humans/
6. (mouse or mice or rat or rats or rabbit or rabbits or guinea?pig\* or animal model\*).ti,ab.
7. clinical trial, phase i/ or clinical trial, phase ii/ or case reports/ or exp in vitro/
8. exp Cross-Sectional Studies/
9. exp longitudinal studies/ or exp follow-up studies/ or exp prospective studies/
10. 8 not 9
11. 5 or 6 or 7 or 10
12. 4 not 11
13. limit 12 to (abstracts and english language and humans and yr="2005 -Current")
14. psychosocial\*.mp. or Quality of Life/ or Personal Satisfaction/ or exp Human Activities/ or Social Support/
15. 13 and 14
16. biological markers/ or psychometrics/
17. 15 not 16

18. (bipolar or fibromyalg\* or cancer or carcinoma or hiv\* or aids or stroke or diabet\* or heart or coronary or cardiac\* or cardiovascular or epilep\* or schizophre\* or alcohol\* or Parkinson\* or asthma or atherosclerosis or respiratory or COPD or Alzheimer\* or dement\* or ms or multiple sclerosis).ti.
19. ((chronic adj2 pain) or traumatic brain injury or traumatic injury or multiple trauma or polycystic ovary or adolescent\* or social phobia or cochlear implantation or hemodialysis or cocaine dependence or kidney disease or dialysis or transplantation or tinnitus or sleep apnea or liver cirrhosis).ti.
20. 18 or 19
21. 17 not 20
22. depress\*.ti.
23. 21 and 22
24. limit 23 to ("all infant (birth to 23 months)" or "all child (0 to 18 years)")
25. 23 not 24
26. exp Review/
27. exp Review Literature as Topic/
28. ((systemat\* or critical) adj (review\* or search\*)).ti.
29. ((systematic or critical) adj (literature or narrative or qualitative or quantitative or evidence or evidence based or Cochrane) adj (review\* or search\*)).ti.
30. evidence based review.ti.
31. or/26-30
32. 25 not 31
- Hits 794
- Reviews
32. 25 and 31
- Hits 115

## Anexos

**Search in PsychInfo – 19/04/2010**

**Limiters** - Publication Year from: 2005-2010; English; Language: English; Age Groups: Adulthood (18 yrs & older); Population Group: Human

1. MM "Major Depression" or RM "Recurrent Depression" or DD "Depressive Disorder"
2. PO (animal not human)
3. TI (mouse or mice or rat or rats or rabbit or rabbits or guinea?pig\* or animal model\*) or AB (mouse or mice or rat or rats or rabbit or rabbits or guinea?pig\* or animal model\*)
4. MM "Clinical Trials" or MM "Case Report"
5. TI Cross-Sectional\* or AB Cross-Sectional\* or DE "Surveys"
6. DE "Followup Studies" or DE "Longitudinal Studies" OR DE "Prospective Studies"
7. S5 not S6
8. S3 or S4 or S7
9. S1 not S8
10. TI (bipolar or fibromyalg\* or cancer or carcinoma or hiv\* or aids or stroke or diabet\* or heart or coronary or cardiac\* or cardiovascular or epilep\* or schizophre\* or alcohol\* or Parkinson\* or asthma or atherosclerosis or respiratory or COPD or Alzheimer\* or dement\* or ms or multiple sclerosis)
11. TI ((chronic adj2 pain) or traumatic brain injury or traumatic injury or multiple trauma or polycystic ovary or adolescent\* or social phobia or cochlear implantation or hemodialysis or cocaine dependence or kidney disease or dialysis or transplantaion or tinnitus or sleep apnea or liver cirrhosis)
12. S10 or S11
13. S9 not S12
14. TI depress\*



15. S13 and S14

16. TX psychosocial\* or MJ Quality of Life/ or MJ Life Satisfaction/ or MJ "Unemployment" or MJ "Employability" or MJ "Reemployment" or MJ "Retirement" or MJ "Traveling" or MJ "Leisure Time" or MJ "Exercise" or MJ "Physical Activity" or MJ "Physical Fitness" or MJ "Driving Behavior" or MJ "Aggressive Driving Behavior" or MJ "Driving Under the Influence" or MJ Activities of Daily Living/ or MJ Social Support/

17. S15 and S16

18. MM "Psychometrics"

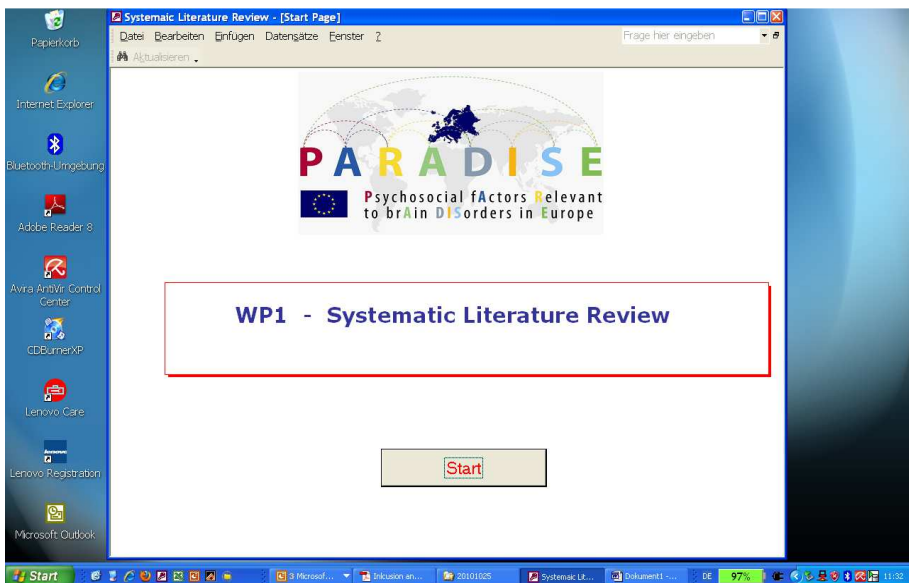
19. S17 not S18

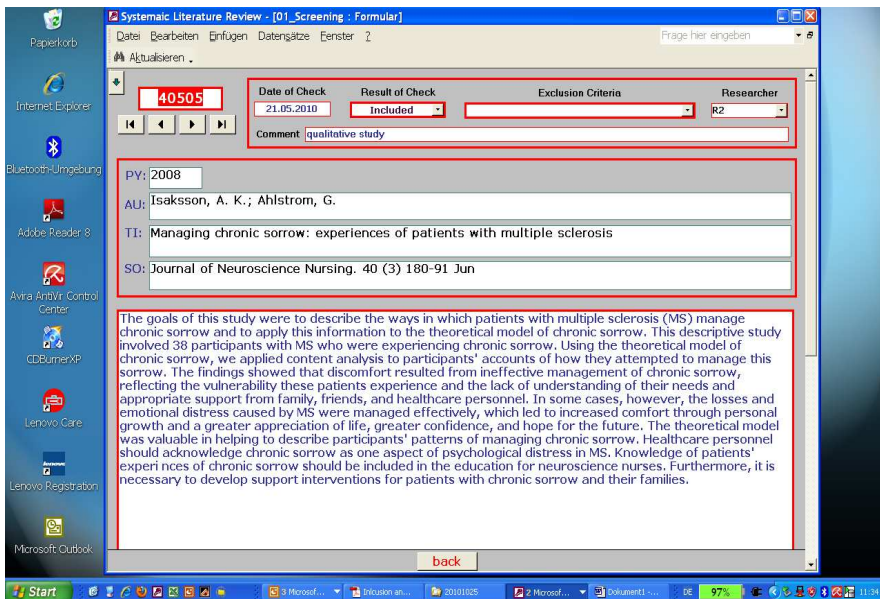
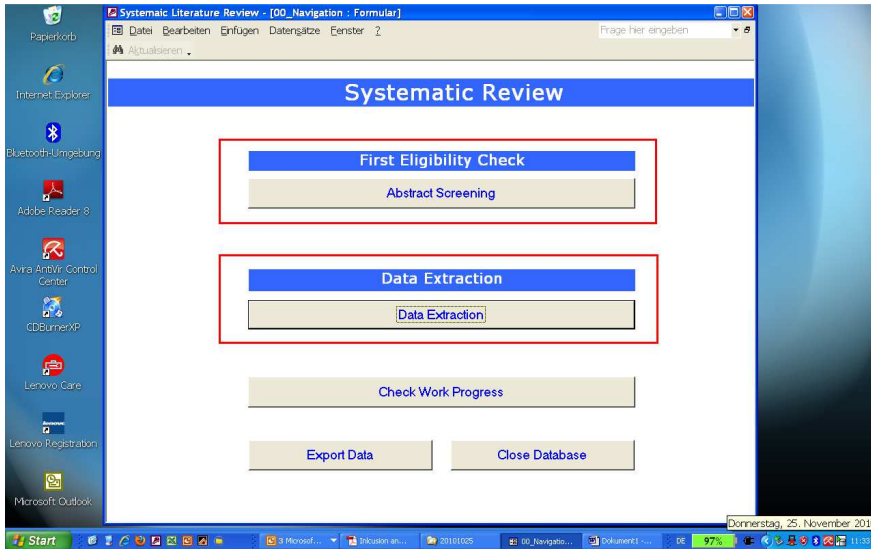
Hits 589

Reviews None: 2

Anexos

8.1.1.2. Base de datos access utilizada para recoger la información de los artículos





## 8.1.2. Estudio transversal con población Española

### 8.1.2.1. Consentimiento informado (versión inglesa)

#### B) INDIVIDUAL CONSENT FORM:



#### WHO WORLD HEALTH SURVEY

Dear Participant,

You have been randomly selected to be part of this survey and we would, therefore, like to interview you. This survey is conducted by the World Health Organization and will be carried out by professional interviewers from (name of institution). This survey is currently taking place in several countries around the world.

The information you provide will only be used to understand the main things that affect peoples' health in different countries and how people view their own health and access to health services.

The interview will take approximately 60 minutes. I will ask you questions about:

- some personal details,
- your health including activities that you generally carry out,
- any health problems you have experienced and treatment you may have received,
- the health care centres you use and how well these have responded to your needs.

The information you provide is totally confidential and will not be disclosed to anyone. It will only be used for research purposes. Your name, address, and other personal information will be removed from the questionnaire, and only a code will be used to connect your name and your answers without identifying you. The Survey Team may contact you again only if it is necessary to complete the information on the survey.

Your participation is voluntary and you can withdraw from the survey after having agreed to participate. You are free to refuse to answer any question that is asked in the questionnaire. If you have any questions about this survey you may ask me or contact (name of institution and contact details) or (Principal Investigator at site).

Signing this consent indicates that you understand what will be expected of you and are willing to participate in this survey.

Read by Respondent [  ] Interviewer [  ]  
 Agreed [  ] Refused [  ]

Respondent: \_\_\_\_\_  
 Interviewer: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**8.1.3. Estudio longitudinal con población de la comunidad de Madrid**

8.1.3.1. Consentimiento informado

**Consentimiento Informado  
Proyecto MHADIE**

**Evaluación de la Salud, el Funcionamiento y la Discapacidad en Europa**

**UAM (CR11)**

Investigador principal: Dr. JOSÉ LUIS AYUSO MATEOS

Nombre de la Organización: UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

**Hoja de información para MHADIE para los adultos y los representantes legales de los niños**

**Propósito de este estudio:**

Este estudio, llamado MHADIE para “*Evaluación de la Salud, el funcionamiento y la Discapacidad en Europa*” está promovido por la Comisión Europea. Este estudio utiliza una entrevista, y no implica la administración de fármacos ni el uso de ninguna terapia o de otro procedimiento de asistencia rutinaria. Así mismo, no tendrá ningún efecto, positivo o negativo, en su salud o nivel de funcionamiento.

El objetivo principal de dicho estudio es poner a prueba un enfoque de evaluación de los niveles de funcionamiento y de discapacidad de

### Anexos

personas con diversos tipos de déficits, o enfermedades, en diferentes países y situaciones sociales. El enfoque que estamos evaluando hace uso del nuevo instrumento de clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), denominado Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad, y de la Salud (CIF). La OMS desarrolló dicha clasificación con el objetivo de proporcionar un lenguaje internacional estándar para describir el funcionamiento y la discapacidad, y deseamos saber si este acercamiento es factible y útil. Esperamos que este instrumento mejore nuestra capacidad de describir y medir niveles de funcionamiento, de modo que las directrices políticas europeas que benefician a las personas con alguna discapacidad sean más efectivas.

Este estudio forma parte de un proyecto de la Comisión Europea que tiene como principal objetivo desarrollar directrices políticas sobre discapacidad, así como describir y medir la discapacidad con el fin de lograr una mejora en la calidad de vida de personas con distintas condiciones de salud.

La entrevista será llevada a cabo por un profesional entrenado, consciente de la importancia de respetar la confidencialidad y de tratarle con dignidad. Esta misma entrevista va a ser realizada en otros centros de investigación de seis países Europeos.

#### **Procedimiento:**

Si usted decide participar, se le solicitará que conteste a algunas preguntas referentes a su salud y funcionamiento; qué es capaz de realizar, en qué tiene dificultades o qué es aquello que no puede hacer; así como en qué manera se ve o no ayudado por su entorno

(esto es, si su entorno actúa para usted como barrera que dificulta su funcionamiento, o como facilitador a la hora de hacer cosas).

Las preguntas que componen la entrevista proceden de dos instrumentos: el Checklist y el WHO-DAS II del CIF, ambos validados y empleados con anterioridad en muchos países del mundo. Usted será entrevistado una vez haya aceptado participar (y, en algunos centros, otra vez transcurridas seis y doce semanas).

La duración esperada del estudio es de 12 semanas, y se le pedirá que acuda a su centro de salud un máximo de dos días y con una duración aproximada de una hora por día. La información detallada a cerca de dónde y cuándo realizar la entrevista le será proporcionada una vez acepte participar.

El procedimiento para cada visita es muy sencillo. Primero se le solicitará que conteste a ciertas preguntas referentes a su estado de salud general e información personal (educación, estado civil, etc.). A continuación se le administrará el Checklist del CIF y el cuestionario WHO DAS II. (Para algunas enfermedades se harán otra serie de preguntas utilizando para ello otro instrumento del CIF conocido como Core Set).

### **Riesgos y beneficios:**

No hay riesgos de salud o malestar a los que tenga que hacer frente al contestar a estas preguntas.

Dados nuestros objetivos en este estudio, usted puede contar con dos tipos de ventajas en caso de participar, una directa y otra indirecta. La ventaja directa será que usted será más consciente de los factores que están afectando a su discapacidad, y esta información puede ser empleada con el fin de desarrollar un plan de intervención que se centre en sus necesidades verdaderas,

Anexos

mejorando de esta manera su calidad de vida. Indirectamente, usted, y otras personas con discapacidad, pueden verse beneficiados en tanto que nuestro objetivo en este estudio es encontrar mejores maneras de recoger datos, sin confusiones, inconsistencias o ambigüedades en relación a la discapacidad, para definir la relación entre la salud y los factores ambientales. Mejores datos significan mejores, más eficaces y relevantes, programas y políticas en salud.

No se le proporcionará ningún incentivo económico por participar en esta investigación.

**Confidencialidad:**

La información que recogemos en este proyecto de investigación se mantendrá estrictamente confidencial. La información obtenida a partir del estudio será almacenada en un archivo e identificada por un número, pero sin su nombre ni ninguna otra etiqueta que pudiera ser empleada para identificarle. El nombre asociado a cada archivo será guardado bajo llave y el acceso al mismo restringido al equipo de investigación participante en el proyecto.

Una vez finalizado el estudio, toda la información será destruida.

Los entrevistadores han sido específicamente entrenados en un curso que aborda todas estas cuestiones, y conducirán la entrevista en un contexto de respeto a la dignidad y a la confidencialidad.

**Derecho a rechazar o retirarse:**

Usted no tiene que participar en esta investigación si no lo desea, y el rechazo a participar no afectará de ninguna manera al curso de su tratamiento en este centro. Si usted acepta participar, pero por alguna razón desea retirarse del estudio, puede hacerlo. En caso de



que se retire del estudio, su asistencia médica en el futuro no se verá en modo alguno afectada. Igualmente podrá disfrutar de todas las ventajas que en cualquier caso tendría en este centro.

**Información para el representante legal de niños:**

Si es el representante legal del niño que se ha seleccionado para esta investigación, pedimos que sea usted quien dé o rechace el consentimiento en favor del menor.

**Personal de contacto:**

Si tiene cualquier pregunta puede formularla bien ahora o más adelante. Si desea hacer preguntas más adelante, puede contactar con:

Nombre:

Dirección / señas:

Teléfono contacto:

e-mail:

Anexos

**Hoja de Consentimiento Informado**

Entiendo que MHADIE es una investigación para probar la utilidad y la viabilidad de los instrumentos de entrevista basados en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, desarrollados por la Organización Mundial de la Salud, y que implicará mi participación en las entrevistas en las cuales se me preguntará sobre mi salud y funcionamiento. Entiendo que no hay riesgos implicados y que puedo beneficiarme de participar en este estudio.

He leído la información anterior, o me la han leído. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre ella y me han contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Doy mi consentimiento voluntario para participar como sujeto en este estudio, y entiendo que tengo el derecho de retirarme del mismo en cualquier momento sin que ello pueda afectar de ninguna manera mi asistencia médica posterior.

Nombre del paciente  
paciente

Firma del

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

(dd/mm/aa)

Si es analfabeto.  
Nombre del testigo

(Si es posible, esta persona debe ser seleccionada por el participante, y no testigo debe tener ninguna conexión con el equipo de investigación.)

Firma del

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(dd/mm/aa)

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre del investigador  
investigador

Firma del

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(dd/mm/aa)

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Anexos

8.1.3.2. Aprobación ética



COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Madrid, 1 de julio de 2005

El Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario de la Princesa en su reunión del día 30-6-05 (acta 12/05) ha evaluado el proyecto de investigación:

**TÍTULO:** Funcionamiento y discapacidad en los trastornos afectivos.

**Nº de Registro:** PI-73 (se solicita a la convocatoria del FIS)

**Investigador:** José Luis Ayuso Mateos (Servicio de Psiquiatría)

Este Comité Ético de Investigación Clínica considera que tanto el proyecto como la hoja de información son **ética y metodológicamente aceptables**. Así mismo, considera que los investigadores son competentes para llevar a cabo este proyecto, que está enmarcado dentro de las líneas de investigación prioritarias del Hospital Universitario de la Princesa.

**Fdo: Dr. Francisco Abad Santos**  
**Secretario del C.E.I.C.**

C/ Diego de León, 62  
28006 MADRID  
Tel.: 91 520 22 00  
Fax: 91 401 35 82

#### **8.1.4. Grupo de discusión de pacientes**

##### **8.1.4.1. Consentimiento informado**

#### **Hoja de información al paciente**

*Identificación y análisis de las dificultades psicosociales percibidas por pacientes con una historia clínica depresiva mediante un grupo de discusión.*

#### **Estudio PARADISE**

Investigador principal: José Luis Ayuso Mateos

Nombre de la Organización: Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de la Princesa

#### **Propósito de este estudio:**

Este estudio llamado *“Identificación y análisis de las dificultades psicosociales percibidas por pacientes con una historia clínica depresiva mediante un grupo de discusión”* no implica probar fármacos o el uso de ninguna terapia o de otro procedimiento de asistencia rutinaria. Este estudio no tendrá ningún efecto, positivo o negativo, en su salud o nivel de funcionamiento.

**El estudio requiere su asistencia y participación a un grupo de discusión compuesto de 8 personas**, en el cual, un profesional entrenado, consciente de la importancia de respetar la confidencialidad y de tratarle con dignidad, le pedirá a usted hable y comparta con el resto de miembros del grupo, sobre las dificultades psicosociales que ha padecido o padece actualmente.

## Anexos

El objetivo de esta investigación es **analizar e identificar las dificultades psicosociales percibidas por los pacientes que hayan padecido o padezcan actualmente depresión.**

Para analizar estas dificultades psicosociales utilizaremos una aproximación basada en un instrumento nuevo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) llamado la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud (CIF). La OMS desarrolló esta clasificación para proporcionar un lenguaje estándar, internacional para describir el funcionamiento y la discapacidad.

Esperamos que este instrumento nos ayude a desarrollar y aplicar un protocolo de recogida de información sobre las dificultades psicosociales asociadas a padecer este tipo de trastorno, el cual sea diariamente utilizado por todos los profesionales de la salud, de modo que permita mejorar la capacidad de estos profesionales para describir las dificultades asociadas a padecer este tipo de trastorno, aumente la calidad de la investigación en el campo de la depresión, ayude a tomar decisiones acertadas a la hora de diseñar tratamientos y que último término impulse un diseño de recomendaciones dirigido a las políticas sanitarias Europeas para que éstas sean más efectivas a la hora de tener en cuenta a las personas con mayores dificultades y discapacidades.

Este estudio a su vez forma parte de un proyecto de la Comisión Europea llamado, PARADISE (Factores psicosociales relevantes en los trastornos mentales) que tiene como objetivo desarrollar e implementar un protocolo de recogida de información y análisis de la prevalencia de las dificultades psicosociales en nueve diferentes condiciones de salud (depresión, demencia, epilepsia, trastornos relacionados con el consumo de sustancias, esquizofrenia, infarto cerebral, esclerosis múltiple y Parkinson) con el fin de aplicarlo en la práctica clínica de los profesionales. Por tanto, este grupo de discusión se realizará en cinco países europeos y en cinco diferentes centros de investigación con las nueve condiciones de salud.

**Procedimiento:**

Si usted elige participar, el moderador del grupo se le **solicitará que conteste a algunas preguntas y comparta sus respuestas con el resto de miembros del grupo.** Estas preguntas irán **dirigidas a conocer sus dificultades psicosociales diarias**, es decir, qué es usted capaz de hacer y qué tiene dificultades para hacer o no puede hacer y cómo su entorno le ayuda o no (es decir, actúa como barrera que hace más difícil que usted funcione, o como facilitador para que colabore que sea más sencillo para usted hacer las cosas). Además usted también escuchará las dificultades que han padecido o padecen los otros miembros del grupo.

**Las sesiones del grupo serán grabadas en formato audio.**

Las preguntas del moderador proceden de tres instrumentos: el Checklist de la CIF y el WHO-DAS II y las ICF Core Sets para depresión. Estos instrumentos se han validado y utilizado ya en muchos países del mundo. Usted solamente formará parte del grupo de discusión, una vez usted haya aceptado participar.

La duración esperada del estudio **es de un día**, en el que se le pedirá que venga al hospital para asistir a **una sesión de grupo de discusión**, de aproximadamente dos horas de duración. Todos los detalles sobre dónde y cuándo se le proporcionarán si usted acepta participar.

El procedimiento de la sesión del grupo es muy sencillo. En la primera parte de la sesión se le explicarán las normas de comportamiento del grupo en segundo lugar, se le pedirá que hable sobre su salud general e información personal (estado civil, edad, profesión y años de escuela) y por último se le solicitará que hable y comparta con el resto de miembros las dificultades que ha padecido o padece asociadas a tener depresión.

**Voluntariedad:**

Su participación es totalmente voluntaria y podrá retirarse del estudio en cualquier momento sin necesidad de dar explicaciones.

**Riesgos y beneficios:**

Anexos

Dados nuestros objetivos en este estudio, usted puede contar con dos tipos de ventajas de participar una directa y otra indirecta. La ventaja directa será que usted será más consciente de los factores que están influenciando en sus dificultades, y al compartir y escuchar esta información con otras personas que han padecido o padecen sus mismos problemas sea consciente de que esas dificultades psicosociales no son exclusivas de usted sino que están también asociadas a la condición de salud que ha padecido o padece. Indirectamente, usted y otras personas con dificultades pueden beneficiarse puesto que nuestro objetivo en este estudio es encontrar maneras mejores de recoger datos sin confusiones, inconsistencias y ambigüedades sobre las dificultades psicosociales y la discapacidad, para definir la relación entre la salud y los factores ambientales. Datos mejores significan mejor - más eficaz y relevante - programas y tratamientos.

No se le proporcionará ningún incentivo económico por participar en esta investigación.

**Confidencialidad:**

La información recogida en este estudio se mantendrá estrictamente confidencial de acuerdo con la legislación vigente a cerca de la protección de datos de índole personal y medica recogida en la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de Diciembre.

Todo el material grabado será guardado de forma segura y anónima siendo almacenado en un archivo identificado con un número pero sin su nombre o ninguna otra etiqueta que se pudiese utilizar para identificarle y solo será escuchado por los investigadores vinculados al estudio y usados exclusivamente con el propósito de investigación.

El desarrollo de este proyecto depende por completo de la colaboración de personas como usted, motivo por el cual solicitamos su consentimiento para grabar las sesiones de grupo que realicemos con usted en el medio mencionado y con los fines arriba descritos, contando en todo momento con la colaboración de nuestro equipo para resolver cualquier duda que pudiese tener al respecto.



Los datos obtenidos a lo largo del estudio serán confidenciales y serán guardados bajo llave, estando únicamente a disposición del grupo de investigadores del mismo y bajo ningún concepto, los detalles personales se darán a conocer en futuras publicaciones.

Usted puede ejercer el derecho de acceso, rectificación y cancelación de sus datos en cualquier momento del estudio dirigiéndose al investigador principal (Dr. José Luis Ayuso Mateos del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitaria de la Princesa) o sus colaboradores (María Cabello, Dra. Itziar Leal).

**Personal de contacto:**

Si tiene cualquier duda o pregunta sobre su participación en el estudio puede contactar ahora o más adelante con:

Nombre: José Luis Ayuso Mateos

Dirección / señas: Servicio de psiquiatría -Hospital Universitario de la Princesa

Teléfono contacto: 91-5202365 o 915204003.

Anexos

**Hoja de Consentimiento Informado**

*Identificación y análisis de las dificultades psicosociales percibidas por pacientes con una historia clínica depresiva mediante un grupo de discusión.*

**ESTUDIO PARADISE**

Yo.....entiendo que este estudio es una investigación para la creación y posterior aplicación de un protocolo de recogida de información sobre las dificultades psicosociales relacionadas con padecer depresión, basado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud y que implicará mi participación en las sesiones de un grupo de discusión las cuales serán grabadas con cassette, siendo este material altamente confidencial, y en donde se me preguntará sobre mis dificultades y discapacidad.

Entiendo que no hay riesgos implicados y que puedo beneficiarme de participar en este estudio y que no afectará a la pauta de tratamiento farmacológico habitual.

-He hablado con la Dr./ Dra.:.....

-He leído la hoja de información que se me ha entregado o me la han leído.

-He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre ella y me han contestado satisfactoriamente a las preguntas que he realizado.

Comprendo que mi participación es voluntaria y doy mi consentimiento voluntario a ser grabado en la sesión.

Entiendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin dar explicaciones
- Sin que eso repercuta en mis cuidados médicos actuales y/o posteriores.

Nombre del paciente  
paciente

Firma del

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(dd/mm/aa)

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre del investigador  
investigador

Firma del

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(dd/mm/aa)

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

8.1.4.2. Aprobación ética



Hospital Universitario  
de La Princesa



COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Madrid, 30 de marzo de 2010

El Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario de la Princesa en su reunión del día 25-03-2010 (acta 06/10) evaluó el proyecto de investigación:

**TÍTULO:** Identificación y análisis de las dificultades psicosociales percibidas por pacientes con una historia clínica depresiva mediante un grupo de discusión.

**Nº de Registro:** PI-430

**Investigador principal:** José Luis Ayuso Mateos (Servicio de Psiquiatría)

**Ponentes:** R. Fernández

**Decisión tomada:** Aprobación (25-03-10)

Este Comité Ético de Investigación Clínica considera que tanto el proyecto de investigación como la Hoja de información al paciente son **ética y metodológicamente aceptables**. Así mismo, considera que los investigadores son competentes para llevar a cabo este proyecto que está enmarcado dentro de las líneas de investigación prioritarias del Hospital Universitario de la Princesa.



Fdo: **Dra. M<sup>a</sup> de Mar Ortega Gómez**  
Secretaria del C.E.I.C.

8.1.4.3. Cuaderno de recogida de datos

# Work package 1

## Información del paciente

# Cuaderno de Recogida de Datos (CRD)

## Focus Group [**Depresión**]

Fecha

D		M		AÑO			

Código del paciente

--	--	--	--

Anexos

POR FAVOR, A LA HORA DE RELLENAR TEN EN CUENTA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:

**Por favor usar bolígrafo para rellenar el CRD.**

- Contestar a todas las preguntas.
- Por favor, escribir en letras mayúsculas.
- Si cometes un error, tacha con una sola línea el error y escribe la respuesta correcta en el espacio contiguo.

Ejemplo:

Si  No

**Si tienes que escribir una fecha, por favor rellena el mayor número de celdas posible:**

**Ejemplo:**

2	1	0	8	1	9	5	0
D	M	AÑO					

		0	8	1	9	5	0
D	M	AÑO					

				1	9	5	0
D	M	AÑO					

**CRITERIOS DE INCLUSION:**

No

Si

- Persona con [actual episodio depresivo leve o moderado o trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve, moderado o trastorno depresivo recurrente episodio leve, moderado o severo que actualmente en está en remisión] de acuerdo a criterios [CIE-10]

Individuos con suficiente capacidad cognitiva como para participar en un Focus Group (puntuación  $\geq 26$  en el examen del estado mental (MMSE))

Conocimiento del castellano y con suficiente capacidad para comunicarse .....

Edad  $\geq 18$  .....

Persona sin otros trastornos mentales adicionales (“comorbilidad”)

[La persona ha experimentado el episodio depresivo en el último año].....

La persona ha sido informada del propósito y razones del estudio y los ha entendido .....

La persona ha firmado el “consentimiento informado” .....

**DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

Fecha de Nacimiento      
 D M AÑO

Genero Mujer .....   
 Hombre.....

Ocupación actual Asalariado.....   
 Responsable del hogar .....   
 Autónomo .....   
 Jubilado .....   
 Trabajo no remunerado (como voluntario o en obras de caridad) .....   
 Desempleado (por salud) ..   
 Estudiante.....

Anexos

- Desempleado (otra razón) .
- Otros.....
- Desconocido.....

(Seleccionar la opción que mejor la describa)

**DATOS CLINICOS**

Diagnostico principal del trastorno mental de acuerdo a criterios CIE-10 (último episodio) \_\_\_\_\_

CODIGO \_\_\_\_\_

Fecha del diagnostico 

D		M		AÑO			

Diagnósticos adicionales (de acuerdo a criterios CIE-10)

(comorbilidades) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**[Detallar los criterios de selección de sujetos de acuerdo con la máxima variación]**

Los pacientes serán seleccionados tratando de asegurar la mayor representatividad posible de la muestra seleccionada con la población, a través de la búsqueda de valores heterogéneos en las siguientes variables; sexo, edad, nivel educativo y ocupación actual.

**OTRAS VARIABLES**

Edad del primer

diagnóstico.....

Numero de Episodios Previos del Paciente.....



Numero de Intentos auto-lícticos ..... \_\_\_\_\_

Estado clínico en el momento actual:

Depresión

En remisión parcial

En remisión total

**ESTADO DE SALUD GENERAL DEL PACIENTE**

Por favor puntúa la salud general del paciente

EXCELENTE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MALA

8.1.4.4. Diapositivas para conducir la sesión del “focus group”



**Grupo de Discusión**

***[Depression]***



Psychosocial fActors Relevant  
to brAin DiSorders in Europe



## Reglas de conversación

¡Cada opinión es importante y de interés!

¡Por favor, no interrumpir a tus compañeros!

¡Por favor, no hablar todos a la vez!

¡Por favor, ceñiros al tema de conversación!

Slide 2

Psychosocial fActors Relevant  
to brAin DiSorders in Europe



**¿Cuáles son/eran tus dificultades  
en tu vida diaria?**

Slide 3

Psychosocial fActors Relevant  
to brAin DISorders in Europe



**¿Cuáles de estas dificultades  
son/eran mas problemáticas para  
tí?**

***Por favor, da el nombre de las 3  
dificultades más problemáticas  
para tí***

Slide 4

Psychosocial fActors Relevant  
to brAin DISorders in Europe



**De qué manera las dificultades en**

**afectan a tu vida diaria?**

Slide 5

Anexos

Psychosocial fActors Relevant  
to brAin DISorders in Europe



## Cuándo

---

**empezó a ser un problema?**

Slide 6

Psychosocial fActors Relevant  
to brAin DISorders in Europe



**¿Por qué motivo piensas que la  
dificultad de**

---

**empezó?**

Slide 7

Psychosocial fActors Relevant  
to brAin DISorders in Europe



**Has notado algún cambio en la  
dificultad de**

\_\_\_\_\_ ?

**(ha empeorado, ha mejorado, se ha mantenido, se ha  
ido, ha vuelto..)**

Slide 8

Psychosocial fActors Relevant  
to brAin DISorders in Europe



**Por qué piensas que**

\_\_\_\_\_ ,

**Empeora o mejora,  
se va o vuelve?**

Slide 9

**Psychosocial f**actors **R**elevant  
to **br**Ain **DIS**orders in **E**urope

---



**Muchas Gracias  
a todos!**

## 8.2. Publicaciones enmarcadas dentro de esta tesis

**Cabello M**, Mellor-Marsá B, Sabariego C, Cieza A, Bickenbach J, Ayuso-Mateos JL. Psychosocial features of depression: A systematic literature review. *J Affect Disord*. 2011 Dec 31. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 22209189.

Veronese A, Ayuso-Mateos JL, **Cabello M**, Chatterji S, Nuevo R. Work disability and depressive disorders: impact on the European population. *Am J Phys Med Rehabil*. 2012 Feb;91(13 Suppl 1):S62-8. PubMed PMID: 22193312.

Gadelrab HF, **Cabello M**, Vieta E, Valle J, Leonardi M, Chatterji S, Ayuso-Mateos JL. Explaining functional outcomes in depression treatment: a multilevel modelling approach. *Disabil Rehabil*. 2010;32 Suppl 1:S105-15. Epub 2010 Sep 28. PubMed PMID: 20874448.

Raggi A, Leonardi M, **Cabello M**, Bickenbach JE. Application of ICF in clinical settings across Europe. *Disabil Rehabil*. 2010;32 Suppl 1:S17-22. Epub 2010 Sep 8. PubMed PMID: 20822475

Anexos



## 9. REFERENCIAS

- Accortt, E. E., Freeman, M. P., & Allen, J. J. (2008). Women and major depressive disorder: clinical perspectives on causal pathways. *J.Womens Health (Larchmt.)*, 17, 1583-1590.
- Adler, D. A., McLaughlin, T. J., Rogers, W. H., Chang, H., Lapitsky, L., & Lerner, D. (2006). Job performance deficits due to depression. *Am.J.Psychiatry*, 163, 1569-1576.
- Akerstedt, T., Kecklund, G., & Selen, J. (2010). Disturbed sleep and fatigue as predictors of return from long-term sickness absence. *Ind.Health*, 48, 209-214.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H. et al. (2004). Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr.Scand.Suppl*, 38-46.
- Alonso, J., Buron, A., Rojas-Farreras, S., De, G. R., Haro, J. M., de Girolamo, G. et al. (2009). Perceived stigma among individuals with common mental disorders. *J.Affect.Disord.*, 118, 180-186.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition revised (DSM-IV-TR)*. Washington.
- American Psychiatric Association (2006). *American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders Compendium 2006*. Arlington.
- Andrews, L. W. (2010). *Depression, Mental-Encyclopedias*. California.

## Referencias

- Annicchiarico, R., Gibert, K., Cortes, U., Campana, F., & Caltagirone, C. (2004). Qualitative profiles of disability. *J.Rehabil.Res.Dev.*, *41*, 835-846.
- Arrellov, B. E., Borgquist, L., & Svardsudd, K. F. (2005). Influence of local structural factors on physicians' sick-listing practice: a population-based study. *Eur.J.Public Health*, *15*, 470-474.
- Avcin, B. A., Kucina, A. U., Sarotar, B. N., Radovanovic, M., & Plesnicar, B. K. (2011). The present global financial and economic crisis poses an additional risk factor for mental health problems on the employees. *Psychiatr.Danub.*, *23 Suppl 1*, S142-S148.
- Ayuso Mateos, JL, Nieto Moreno, M, Sanchez Moreno, J, and Vázquez Barquero, JL (2006). Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF): aplicabilidad y utilidad en la práctica clínica. *Med Clin (Barc)*, *126*, 461-466.
- Ayuso-Mateos, J. L., Lasa, L., Vázquez-Barquero, J. L., Oviedo, A., & Díez-Manrique, J. F. (1999). Measuring health status in psychiatric community surveys: internal and external validity of the Spanish version of the SF-36. *Acta Psychiatr.Scand.*, *99*, 26-32.
- Bakker, A. B. & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, *22*, 309-328.
- Barlow, D. H. & Durand, V. M. (2003). *Psicopatología*. (3ª edición ed.) Madrid.
- Barney, L. J., Griffiths, K. M., Christensen, H., & Jorm, A. F. (2009). Exploring the nature of stigmatising beliefs about depression and help-seeking: implications for reducing stigma. *BMC.Public Health*, *9*, 61.

- BBVA Research (2010). *Working Papers:Determinantes del comercio internacional en tiempos de crisis*. (10 ed.) (vols. 16).
- Beautrais, A. & Mishara, B. (2007). World Suicide Prevention Day-- September 10, 2007: "suicide prevention across the life span". *Crisis*, 28, 57-60.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and Depression; Theory and Therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-&.
- Beck, A. T. & Alford, B. A. (2009). *Depression: causes and treatments*. (2nd edition ed.) Philadelphia.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *J.Pers.Assess.*, 67, 588-597.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Berbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch.Gen.Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bender, A. & Farvolden, P. (2008). Depression and the workplace: a progress report. *Curr.Psychiatry Rep.*, 10, 73-79.
- Bermejo, I., Mayninger, E., Kriston, L., & Harter, M. (2010). [Mental disorders in people with migration background compared with German general population]. *Psychiatr.Prax.*, 37, 225-232.
- Berndt, E. R., Finkelstein, S. N., Greenberg, P. E., Howland, R. H., Keith, A., Rush, A. J. et al. (1998). Workplace performance effects from chronic depression and its treatment. *J.Health Econ*, 17, 511-535.
- Birnbaum, H. G., Kessler, R. C., Kelley, D., Ben-Hamadi, R., Joish, V. N., & Greenberg, P. E. (2010). Employer burden of mild, moderate, and severe major depressive disorder: mental

## Referencias

- health services utilization and costs, and work performance. *Depress.Anxiety.*, 27, 78-89.
- Blekesaune, M. & Barrett, A. E. (2005). Marital dissolution and work disability - A longitudinal study of administrative data. *European Sociological Review*, 21, 259-271.
- Boardman, J. D., Alexander, K. B., & Stallings, M. C. (2011). Stressful life events and depression among adolescent twin pairs. *Biodemography.Soc.Biol.*, 57, 53-66.
- Bradley, R. G., Binder, E. B., Epstein, M. P., Tang, Y., Nair, H. P., Liu, W. et al. (2008). Influence of child abuse on adult depression: moderation by the corticotropin-releasing hormone receptor gene. *Arch.Gen.Psychiatry*, 65, 190-200.
- Braveman, P. A., Cubbin, C., Egerter, S., Chideya, S., Marchi, K. S., Metzler, M. et al. (2005). Socioeconomic status in health research: one size does not fit all. *JAMA*, 294, 2879-2888.
- Broadhead, W. E., Blazer, D. G., George, L. K., & Tse, C. K. (1990). Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA*, 264, 2524-2528.
- Buist-Bouwman, M. A., Ormel, J., De, G. R., de, J. P., van, S. E., Alonso, J. et al. (2008). Mediators of the association between depression and role functioning. *Acta Psychiatr.Scand.*, 118, 451-458.
- Burton, W. N., Pransky, G., Conti, D. J., Chen, C. Y., & Edington, D. W. (2004). The association of medical conditions and presenteeism. *J.Occup.Environ.Med*, 46, S38-S45.
- Cabello, M., Mellor-Marsa, B., Sabariego, C., Cieza, A., Bickenbach, J., & Ayuso-Mateos, J. L. (2011). Psychosocial features of depression: A systematic literature review. *J.Affect.Disord.*

- Cacioppo, J. T. & Hawkley, L. C. (2003). Social isolation and health, with an emphasis on underlying mechanisms. *Perspect.Biol.Med*, 46, S39-S52.
- Cano Arana, A. (2008). Técnicas cualitativas para la recogida de datos en investigación cualitativa: El grupo de discusión. *Nure Investigación*.
- Casey, P. R., Dunn, G., Kelly, B. D., Birkbeck, G., Dalgard, O. S., Lehtinen, V. et al. (2006). Factors associated with suicidal ideation in the general population: five-centre analysis from the ODIN study. *Br.J.Psychiatry*, 189, 410-415.
- Catalina, R. C., Cabrera, S. M., Sainz Gutierrez, J. C., Barrenechea Albarran, J. L., Madrid, C. A., & Calvo, B. E. (2011). [Modulating variables of work disability in depressive disorders]. *Rev Calid.Asist.*, 26, 39-46.
- Cesifo Group Munich (2006). Sick Leave, Lost Working Days. <http://www.cesifo-group.de> [On-line].
- Chwastiak, L. A. & Von, K. M. (2003). Disability in depression and back pain: evaluation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHO DAS II) in a primary care setting. *J.Clin Epidemiol.*, 56, 507-514.
- Cocker, F., Martin, A., Scott, J., Venn, A., Otahal, P., & Sanderson, K. (2011). Factors associated with presenteeism among employed Australian adults reporting lifetime major depression with 12-month symptoms. *J.Affect.Disord.*, 135, 231-240.
- Cohen J (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2ª ed.) New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates publishers.
- Colectivo IOE (2012). *Discapacidades e inclusión social*. (Obra social La Caixa ed.) (vols. Barcelona).

## Referencias

- Collins, S. M., Karasek, R. A., & Costas, K. (2005). Job strain and autonomic indices of cardiovascular disease risk. *Am.J.Ind.Med.*, *48*, 182-193.
- Cook, J. A. & Razzano, L. (2000). Vocational rehabilitation for persons with schizophrenia: recent research and implications for practice. *Schizophr.Bull.*, *26*, 87-103.
- Cook, W. K. (2011). Paid sick days and health care use: an analysis of the 2007 national health interview survey data. *Am.J.Ind.Med.*, *54*, 771-779.
- Cooper, C. L. (2011). Untapping mental health capital. *Health Promot.Int.*, *26 Suppl 1*, i1-i3.
- Cornelius, L. R., van der Klink, J. J., Groothoff, J. W., & Brouwer, S. (2011). Prognostic factors of long term disability due to mental disorders: a systematic review. *J.Occup.Rehabil.*, *21*, 259-274.
- Cuijpers, P., Smit, F., Oostenbrink, J., De, G. R., ten, H. M., & Beekman, A. (2007). Economic costs of minor depression: a population-based study. *Acta Psychiatr.Scand.*, *115*, 229-236.
- Dalgard, O. S., Thapa, S. B., Hauff, E., McCubbin, M., & Syed, H. R. (2006). Immigration, lack of control and psychological distress: findings from the Oslo Health Study. *Scand.J.Psychol.*, *47*, 551-558.
- de Vries, G., Koeter, M. W., Nabitz, U., Hees, H. L., & Schene, A. H. (2012). Return to work after sick leave due to depression; A conceptual analysis based on perspectives of patients, supervisors and occupational physicians. *J.Affect.Disord.*, *136*, 1017-1026.
- Demyttenaere, K., Hemels, M. E., Hudry, J., & Annemans, L. (2005). A cost-effectiveness model of escitalopram, citalopram, and

venlafaxine as first-line treatment for major depressive disorder in Belgium. *Clin Ther.*, 27, 111-124.

Dewa, C. S., Goering, P., Lin, E., & Paterson, M. (2002). Depression-related short-term disability in an employed population. *J.Occup.Environ.Med*, 44, 628-633.

Dewa, C. S., Hoch, J. S., Goering, P., Lin, E., & Paterson, M. (2003a). Use of antidepressants among Canadian workers receiving depression-related short-term disability benefits. *Psychiatr.Serv.*, 54, 724-729.

Dewa, C. S., Hoch, J. S., Lin, E., Paterson, M., & Goering, P. (2003b). Pattern of antidepressant use and duration of depression-related absence from work. *Br.J.Psychiatry*, 183, 507-513.

Dewa, C. S. & Lin, E. (2000). Chronic physical illness, psychiatric disorder and disability in the workplace. *Soc.Sci.Med*, 51, 41-50.

Dewa, C. S., Thompson, A. H., & Jacobs, P. (2011). The association of treatment of depressive episodes and work productivity. *Can.J.Psychiatry*, 56, 743-750.

Dowrick, C., Casey, P., Dalgard, O., Hosman, C., Lehtinen, V., Vázquez-Barquero, J. L. et al. (1998). Outcomes of Depression International Network (ODIN). Background, methods and field trials. ODIN Group. *Br.J.Psychiatry*, 172, 359-363.

Druss, B. G., Rosenheck, R. A., & Sledge, W. H. (2000). Health and disability costs of depressive illness in a major U.S. corporation. *Am.J.Psychiatry*, 157, 1274-1278.

Druss, B. G., Schlesinger, M., & Allen, H. M., Jr. (2001). Depressive symptoms, satisfaction with health care, and 2-year work outcomes in an employed population. *Am.J.Psychiatry*, 158, 731-734.

## Referencias

- Dunlap, W. P., Cortina, J. M., Vaslow, J. B., & Burke, M. J. (1996). Meta-analysis of experiments with matched groups or repeated measures designs. *Psychological Methods, 1*, 170-177.
- Egede, L. E. (2004). Diabetes, major depression, and functional disability among U.S. adults. *Diabetes Care, 27*, 421-428.
- El-Guebaly, N., Currie, S., Williams, J., Wang, J., Beck, C. A., Maxwell, C. et al. (2007). Association of mood, anxiety, and substance use disorders with occupational status and disability in a community sample. *Psychiatr.Serv., 58*, 659-667.
- Ellis A. Harper R.A. (2003). *Rational-Emotive Therapy: A Skills-Based Approach*. New York.
- Endicott, J. & Nee, J. (1997). Endicott Work Productivity Scale (EWPS): a new measure to assess treatment effects. *Psychopharmacol.Bull., 33*, 13-16.
- Engels, F. (1876). El papel del trabajo en la transformación del mono en hombre. *Die Neue Zeit, 2*, 1895-1896.
- Englund, L., Tibblin, G., & Svardsudd, K. (2000). Variations in sick-listing practice among male and female physicians of different specialities based on case vignettes. *Scand.J.Prim.Health Care, 18*, 48-52.
- European Agency for Safety and Health at Work (2009). OSH in figures: stress at work - facts and figures. <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/TE-81-08-478-EN-C> OSH in figures stress at work [On-line].
- European Comission 6th Framework programe (2005). Measuring Health and Disability in Europe (MHADIE project). [www.mhadie.it](http://www.mhadie.it) [On-line].



- European Comission Project 7th framework programe (2010). Psychosocial Factors Relevant to Brain Disorders in Europe. PARADISE EU project. <http://paradiseproject.eu/> [On-line].
- Eurostat (2009). Population and social conditions. [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-31-09-290/EN/KS-31-09-290-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-31-09-290/EN/KS-31-09-290-EN.PDF) [On-line].
- Eurostat (2010). Health and safety at work in Europe (1999-2007). [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-31-09-290/EN/KS-31-09-290-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-31-09-290/EN/KS-31-09-290-EN.PDF) [On-line].
- Eurostat (2011). Health and safety at work statistics. [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-SF-09-063/EN/KS-SF-09-063-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-09-063/EN/KS-SF-09-063-EN.PDF) [On-line].
- Ezquiaga Terrazas, E., García López, A., Huerta Ramírez, R., & Pico Rada, A. (2010). Tasas de prevalencia de depresión en atención primaria en relación con las características metodológicas de los estudios. *Med Clin (Barc)*.
- Falconnier, L. & Elkin, I. (2008). Addressing economic stress in the treatment of depression. *Am.J.Orthopsychiatry*, 78, 37-46.
- Fernández, J. L., Montgomery, S., & Francois, C. (2005). Evaluation of the cost effectiveness of escitalopram versus venlafaxine XR in major depressive disorder. *Pharmacoeconomics*, 23, 155-167.
- Field, M. J. & Shapiro, H. J. (1993). *Employment and Health Benefits: A Connection at Risk*. Institute of Medicine.
- Fleiss, J. L., Cohen, J., & Everitt, B. S. (1969). Large Sample Standard Errors of Kappa and Weighted Kappa. *Psychological Bulletin*, 72, 323-327.

## Referencias

- Frank, L., Matza, L. S., Hanlon, J., Mannix, S., Revicki, D. A., Feltner, D. et al. (2007). The patient experience of depression and remission: focus group results. *J.Nerv.Ment.Dis.*, 195, 647-654.
- Friesen, M. N., Yassi, A., & Cooper, J. (2001). Return-to-work: The importance of human interactions and organizational structures. *Work*, 17, 11-22.
- Furlan, A. D., Gnam, W. H., Carnide, N., Irvin, E., Amick, B. C., III, Derango, K. et al. (2011). Systematic Review of Intervention Practices for Depression in the Workplace. *J.Occup.Rehabil.*
- Gabilondo, A., Rojas-Farreras, S., Vilagut, G., Haro, J. M., Fernández, A., Pinto-Meza, A. et al. (2010). Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: results from the ESEMeD-Spain project. *J.Affect.Disord.*, 120, 76-85.
- Galindo Martín, M. A. (2008). *Diccionario de economía aplicada*. Madrid.
- García López, M. A. (2006). *Estructura espacial del empleo y economías de aglomeración: el caso de la industria en la región metropolitana de Barcelona*. Departament d'Economia Aplicada Universitat Autònoma de Barcelona.
- García-Villamizar, D. (2002). Rehabilitación sociolaboral en personas adultas con autismo: un estudio longitudinal. In Promolibro (Ed.), *El Autismo en la edad adulta. Aspectos clínicos y asistenciales* ( Real Patronato sobre discapacidad).
- Garcy, A. M. & Vagero, D. (2012). The length of unemployment predicts mortality, differently in men and women, and by cause of death: A six year mortality follow-up of the Swedish 1992-1996 recession. *Soc.Sci.Med.*

- Garin, O., Ayuso-Mateos, J. L., Almansa, J., Nieto, M., Chatterji, S., Vilagut, G. et al. (2010). Validation of the "World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS-2" in patients with chronic diseases. *Health Qual.Life Outcomes.*, 8, 51.
- Gervás, J., Ruiz Téllez, A., & Perez Fernández, M. (2006). *La incapacidad laboral en su contexto médico: problemas clínicos y de gestión*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2008). German Demographics and Health Care. <http://www.visualizing.org/datasets/german-demographics-and-health-care> [On-line].
- Gil Flores, J., Jimenez García, E., & Rodriguez Gomez, G. (1994). El análisis de los datos obtenidos en la investigación mediante los grupos de discusión. *Enseñanza*, 183-199.
- Gilmour, H. & Patten, S. B. (2007). Depression and work impairment. *Health Rep.*, 18, 9-22.
- Glozier, N. (1998). Workplace effects of the stigmatization of depression. *J.Occup.Environ.Med*, 40, 793-800.
- Goldberg, R. J. & Steury, S. (2001). Depression in the workplace: costs and barriers to treatment. *Psychiatr.Serv.*, 52, 1639-1643.
- González Torrecillas, J. L., Salazar Gonzalez, E., Tejero Sancho, E., & Navarro Peñalver, A. (2011). Conflictividad laboral y patología psiquiátrica. Repercusiones en incapacidad temporal por contingencia común. *Revista psiquiatria.com*, 15.
- Gotlib, H. I. & Hammen, C. L. (2009). *Handbook of depression*. (2nd Edition ed.) New York.

## Referencias

- Grunfeld, B. & Noreik, K. (1992). [Long-term sick-leave patients in Oslo. A follow-up study]. *Tidsskr.Nor Laegeforen.*, 112, 215-218.
- Gutierrez Labrador, R. (2009). Valoración de la incapacidad temporal en depresión. Buscando soluciones. In Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria (SoMaMFyC (Ed.)), *Incapacidad Temporal: Manual para el manejo en atención primaria* (pp. 345-358). Madrid.
- Häggebrink, E. & Lovén, K. (2010). *Absence from work – Sweden Sweden*.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *J.Neurol.Neurosurg.Psychiatry*, 23, 56-62.
- Harnois, G. & Gabriel, P. (2000). *Mental health and work: impact, issues and good practices* Geneva.
- Haslam, C., Atkinson, S., Brown, S. S., & Haslam, R. A. (2005). Anxiety and depression in the workplace: effects on the individual and organisation (a focus group investigation). *J.Affect.Disord.*, 88, 209-215.
- Hedges, L. V. & Olkin, I. (1984). Nonparametric Estimators of Effect Size in Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 96, 573-580.
- Hensing, G., Alexanderson, K., Allebeck, P., & Bjurulf, P. (1996). Sick-leave due to psychiatric disorder: higher incidence among women and longer duration for men. *Br.J.Psychiatry*, 169, 740-746.
- Herzberg, F. & Mauser B (1959). *The motivation to work*. (2 ed.) New York: Transaction Publishers.
- Hlatky, M. A., Haney, T., Barefoot, J. C., Califf, R. M., Mark, D. B., Pryor, D. B. et al. (1986). Medical, psychological and social

correlates of work disability among men with coronary artery disease. *Am.J.Cardiol.*, 58, 911-915.

- Holma, I. A., Holma, K. M., Melartin, T. K., Rytala, H. J., & Isometsa, E. T. (2011). A 5-year prospective study of predictors for disability pension among patients with major depressive disorder. *Acta Psychiatr.Scand.*
- Hong, J., Knapp, M., & McGuire, A. (2011). Income-related inequalities in the prevalence of depression and suicidal behaviour: a 10-year trend following economic crisis. *World Psychiatry*, 10, 40-44.
- Howe, G. W., Hornberger, A. P., Weihs, K., Moreno, F., & Neiderhiser, J. M. (2011). Higher-order structure in the trajectories of depression and anxiety following sudden involuntary unemployment. *J.Abnorm.Psychol.*
- Hudson, J. I., Perahia, D. G., Gilaberte, I., Wang, F., Watkin, J. G., & Detke, M. J. (2007). Duloxetine in the treatment of major depressive disorder: an open-label study. *BMC.Psychiatry*, 7, 43.
- IBM (2011). SPSS: Statistical package for the social sciences version 19 [Computer software].
- Inoue, A., Kawakami, N., Haratani, T., Kobayashi, F., Ishizaki, M., Hayashi, T. et al. (2010). Job stressors and long-term sick leave due to depressive disorders among Japanese male employees: findings from the Japan Work Stress and Health Cohort study. *J.Epidemiol.Community Health*, 64, 229-235.
- Instituto Nacional de Estadística (2006). Encuesta Nacional de salud. <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm> [On-line].

## Referencias

- Instituto Nacional de Estadística (2009). Encuesta de Nivel, calidad y condiciones de vida. Pensiones y Prestaciones.  
[http://www.ine.es/inebmenu/mnu\\_nivel\\_vida.htm](http://www.ine.es/inebmenu/mnu_nivel_vida.htm) [On-line].
- Instituto Nacional de la Seguridad Social (2008). Anuario Anual.  
<http://www.meys.es> [On-line].
- Isometsa, E. T., Katila, H., & Aro, T. (2000). Disability pension for major depression in Finland. *Am.J.Psychiatry*, *157*, 1869-1872.
- Jefferis, B. J., Nazareth, I., Marston, L., Moreno-Kustner, B., Bellon, J. A., Svab, I. et al. (2011). Associations between unemployment and major depressive disorder: evidence from an international, prospective study (the predict cohort). *Soc.Sci.Med*, *73*, 1627-1634.
- Judd, L. L., Akiskal, H. S., Zeller, P. J., Paulus, M., Leon, A. C., Maser, J. D. et al. (2000). Psychosocial disability during the long-term course of unipolar major depressive disorder. *Arch.Gen.Psychiatry*, *57*, 375-380.
- Karasek, R. A., Theorell, T. G., Schwartz, J., Pieper, C., & Alfredsson, L. (1982). Job, psychological factors and coronary heart disease. Swedish prospective findings and US prevalence findings using a new occupational inference method. *Adv.Cardiol.*, *29*, 62-67.
- Karpansalo, M., Kauhanen, J., Lakka, T. A., Manninen, P., Kaplan, G. A., & Salonen, J. T. (2005). Depression and early retirement: prospective population based study in middle aged men. *J.Epidemiol.Community Health*, *59*, 70-74.
- Kawakami, N., Araki, S., Kawashima, M., Masumoto, T., & Hayashi, T. (1997). Effects of work-related stress reduction on depressive symptoms among Japanese blue-collar workers. *Scand.J.Work Environ.Health*, *23*, 54-59.

- Kendler, K. S., Kuhn, J. W., Vittum, J., Prescott, C. A., & Riley, B. (2005). The interaction of stressful life events and a serotonin transporter polymorphism in the prediction of episodes of major depression: a replication. *Arch.Gen.Psychiatry*, *62*, 529-535.
- Kessler, R. C., Barber, C., Birnbaum, H. G., Frank, R. G., Greenberg, P. E., Rose, R. M. et al. (1999). Depression in the workplace: effects on short-term disability. *Health Aff.(Millwood.)*, *18*, 163-171.
- Kessler, R. C., Merikangas, K. R., & Wang, P. S. (2008). The prevalence and correlates of workplace depression in the national comorbidity survey replication. *J.Occup.Environ.Med*, *50*, 381-390.
- Klein, F. D. (2005). Beyond Significance Testing: Reforming Data Analysis Methods in Behavioral Research. *American Psychological Association*, *162*, 643-644.
- Kleinbaum D, G., Kupper L, L., & Muller K, E. (1998). *Applied Regression Analysis and Other Multivariables Methods*.
- Knekt, P., Lindfors, O., Laaksonen, M. A., Raitasalo, R., Haaramo, P., & Jarvikoski, A. (2008). Effectiveness of short-term and long-term psychotherapy on work ability and functional capacity--a randomized clinical trial on depressive and anxiety disorders. *J.Affect.Disord.*, *107*, 95-106.
- Kocsis, J. H., Schatzberg, A., Rush, A. J., Klein, D. N., Howland, R., Gniwesch, L. et al. (2002). Psychosocial outcomes following long-term, double-blind treatment of chronic depression with sertraline vs placebo. *Arch.Gen.Psychiatry*, *59*, 723-728.
- Koopman, C., Pelletier, K. R., Murray, J. F., Sharda, C. E., Berger, M. L., Turpin, R. S. et al. (2002). Stanford presenteeism scale: health

## Referencias

- status and employee productivity. *J.Occup.Environ.Med*, 44, 14-20.
- Kopp, M. S., Skrabski, A., & Szedmak, S. (1995). Socioeconomic factors, severity of depressive symptomatology, and sickness absence rate in the Hungarian population. *J.Psychosom.Res.*, 39, 1019-1029.
- Kristensen, T. R., Jensen, S. M., Kreiner, S., & Mikkelsen, S. (2010). Socioeconomic status and duration and pattern of sickness absence. A 1-year follow-up study of 2331 hospital employees. *BMC.Public Health*, 10, 643.
- Krol, M., Papenburg, J., Koopmanschap, M., & Brouwer, W. (2011). Do productivity costs matter?: the impact of including productivity costs on the incremental costs of interventions targeted at depressive disorders. *Pharmacoeconomics.*, 29, 601-619.
- Kronstrom, K., Karlsson, H., Nabi, H., Oksanen, T., Salo, P., Sjosten, N. et al. (2011). Optimism and pessimism as predictors of work disability with a diagnosis of depression: a prospective cohort study of onset and recovery. *J.Affect.Disord.*, 130, 294-299.
- Kuwabara, S. A., Van Voorhees, B. W., Gollan, J. K., & Alexander, G. C. (2007). A qualitative exploration of depression in emerging adulthood: disorder, development, and social context. *Gen.Hosp Psychiatry*, 29, 317-324.
- Lagerveld, S. E., Bultmann, U., Franche, R. L., van Dijk, F. J., Vlasveld, M. C., van der Feltz-Cornelis CM et al. (2010). Factors associated with work participation and work functioning in depressed workers: a systematic review. *J.Occup.Rehabil.*, 20, 275-292.



- Lara Muñoz, L. C., Medina Mora, M. E., Borges, G., & Zambrano, J. (2007). Social costs of mental disorders. *Salud mental, 30*, 4-11.
- Larson, S. L., Owens, P. L., Ford, D., & Eaton, W. (2001). Depressive disorder, dysthymia, and risk of stroke: thirteen-year follow-up from the Baltimore epidemiologic catchment area study. *Stroke, 32*, 1979-1983.
- Lazarevic, S. B., Pranjic, N., Selmanovic, S., & Grbovic, M. (2011). [Impact of work place stresses on work ability index in patients with depressive disorders]. *Med Pregl., 64*, 545-551.
- Lee, Y. M. (2010). Loss of productivity due to depression among Korean employees. *J.Occup.Health, 52*, 389-394.
- Lerner, D., Adler, D. A., Chang, H., Berndt, E. R., Irish, J. T., Lapitsky, L. et al. (2004a). The clinical and occupational correlates of work productivity loss among employed patients with depression. *J.Occup.Environ.Med, 46*, S46-S55.
- Lerner, D., Adler, D. A., Chang, H., Lapitsky, L., Hood, M. Y., Perissinotto, C. et al. (2004b). Unemployment, job retention, and productivity loss among employees with depression. *Psychiatr.Serv., 55*, 1371-1378.
- Lerner, D. & Henke, R. M. (2008). What does research tell us about depression, job performance, and work productivity? *J.Occup.Environ.Med, 50*, 401-410.
- Leskela, U., Melartin, T., Rytasala, H., Sokero, P., Lestela-Mielonen, P., & Isometsa, E. (2008). The influence of major depressive disorder on objective and subjective social support: a prospective study. *J.Nerv.Ment.Dis., 196*, 876-883.
- Lexis, M. A., Jansen, N. W., van Amelsvoort, L. G., Huibers, M. J., Berkouwer, A., Tjin, A. T. et al. (2011). Prediction of Long-

## Referencias

- Term Sickness Absence Among Employees with Depressive Complaints. *J.Occup.Rehabil.*
- Lim, D., Sanderson, K., & Andrews, G. (2000). Lost productivity among full-time workers with mental disorders. *J.Ment.Health Policy Econ., 3*, 139-146.
- Linacre, J. M. & Wright, B. D. (1991). Winsteps [Computer software]. Chicago: Mesa Press.
- Maletic, V. & Raison, C. L. (2009). Neurobiology of depression, fibromyalgia and neuropathic pain. *Front Biosci., 14*, 5291-5338.
- Marcotte, D. E., Wilcox-Gok, V., & Redmon, P. D. (1999). Prevalence and patterns of major depressive disorder in the United States labor force. *J.Ment.Health Policy Econ., 2*, 123-131.
- Markowitz, J. C., Skodol, A. E., Petkova, E., Cheng, J., Sanislow, C. A., Grilo, C. M. et al. (2007). Longitudinal effects of personality disorders on psychosocial functioning of patients with major depressive disorder. *J.Clin Psychiatry, 68*, 186-193.
- Maslow A, H. (1991). *Motivación y personalidad*. (2 ed.) Madrid: Ediciones Diaz De Santos.
- Mattisson, C., Bogren, M., Nettelbladt, P., Munk-Jorgensen, P., & Bhugra, D. (2005). First incidence depression in the Lundby Study: a comparison of the two time periods 1947-1972 and 1972-1997. *J.Affect.Disord., 87*, 151-160.
- McDaid, D. (2008). *Mental Health in Workplace Settings: Consensus paper* Luxembourg.
- McIntyre, R. S., Liauw, S., & Taylor, V. H. (2011). Depression in the workforce: the intermediary effect of medical comorbidity. *J.Affect.Disord., 128 Suppl 1*, S29-S36.

- McLaughlin, K. A., Nandi, A., Keyes, K. M., Uddin, M., Aiello, A. E., Galea, S. et al. (2011). Home foreclosure and risk of psychiatric morbidity during the recent financial crisis. *Psychol.Med*, 1-8.
- Melchior, M., Caspi, A., Milne, B. J., Danese, A., Poulton, R., & Moffitt, T. E. (2007). Work stress precipitates depression and anxiety in young, working women and men. *Psychol.Med*, 37, 1119-1129.
- Mezerai, M., Dahane, A., & Tachon, J. P. (2006). [Depression in the workplace]. *Presse Med*, 35, 823-830.
- Miller, I. W., Keitner, G. I., Schatzberg, A. F., Klein, D. N., Thase, M. E., Rush, A. J. et al. (1998). The treatment of chronic depression, part 3: psychosocial functioning before and after treatment with sertraline or imipramine. *J.Clin Psychiatry*, 59, 608-619.
- Miller, P. M., Ingham, J. G., & Davidson, S. (1976). Life events, symptoms and social support. *J.Psychosom.Res.*, 20, 515-522.
- Millward, L. J., Lutte, A., & Purvis, R. G. (2005). Depression and the perpetuation of an incapacitated identity as an inhibitor of return to work. *J.Psychiatr.Ment.Health Nurs.*, 12, 565-573.
- Ministerio de Trabajo e Inmigración (2010). <http://www.tt.mtin.es> [On-line].
- Mintz, J., Mintz, L. I., Arruda, M. J., & Hwang, S. S. (1992). Treatments of depression and the functional capacity to work. *Arch.Gen.Psychiatry*, 49, 761-768.
- Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research*. (2 ed.) (vols. 16) Sage Publications.

## Referencias

- Motowidlo, S. J., Packard, J. S., & Manning, M. R. (1986). Occupational stress: its causes and consequences for job performance. *J.Appl.Psychol.*, *71*, 618-629.
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*, *370*, 851-858.
- Munir, F., Yarker J, Cherylm, H., , K. A., Cooper, L., & Mackay, C. (2009). Returning to Work - The Role of Depression. [http://www.mentalhealth.org.uk/content/assets/PDF/publications/returning\\_to\\_work.pdf?view=Standard](http://www.mentalhealth.org.uk/content/assets/PDF/publications/returning_to_work.pdf?view=Standard) [On-line].
- Murray, C. J. & Lopez, A. D. (1997). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, *349*, 1436-1442.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). *National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance*.
- National Mental Health Association & Employee Assistance Professionals Association (1996). Depression: Its Effects on the Workforce. *Exchange*, *26*.
- Niedhammer, I., Goldberg, M., LeClerc, A., Bugel, I., & David, S. (1998). Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort. *Scand.J.Work Environ.Health*, *24*, 197-205.
- Nielsen, M. B., Bultmann, U., Madsen, I. E., Martin, M., Christensen, U., Diderichsen, F. et al. (2011). Health, work, and personal-related predictors of time to return to work among employees with mental health problems. *Disabil.Rehabil.*
- Nieuwenhuijsen, K., Bultmann, U., Neumeyer-Gromen, A., Verhoeven, A. C., Verbeek, J. H., & van der Feltz-Cornelis C.M

- (2008). Interventions to improve occupational health in depressed people. *Cochrane.Database.Syst.Rev*, CD006237.
- Noordik, E., Nieuwenhuijsen, K., Vrekamp, I., van der Klink, J. J., & van Dijk, F. J. (2011). Exploring the return-to-work process for workers partially returned to work and partially on long-term sick leave due to common mental disorders: a qualitative study. *Disabil.Rehabil.*, 33, 1625-1635.
- Ofisalud (1998). *Libro Blanco. El coste social de los trastornos de salud mental en España*. Madrid.
- Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H. U., & Jonsson, B. (2012). The economic cost of brain disorders in Europe. *Eur.J.Neurol.*, 19, 155-162.
- Otsuka, Y., Takahashi, M., Nakata, A., Haratani, T., Kaida, K., Fukasawa, K. et al. (2007). Sickness absence in relation to psychosocial work factors among daytime workers in an electric equipment manufacturing company. *Ind.Health*, 45, 224-231.
- Palacios Nava, M. E. (2002). Similitudes y diferencias entre salud en el trabajo y medicina del trabajo: objeto de estudio y construcción del conocimiento. *Rev Fac Med UNAM*, 45, 229-232.
- Patten, S. B., Wang, J. L., Williams, J. V., Lavorato, D. H., Bulloch, A., & Eliasziw, M. (2009). Prospective evaluation of the effect of major depression on working status in a population sample. *Can.J.Psychiatry*, 54, 841-845.
- Pavlic, D. R. (2011). Is the recession also wreaking chaos in health? *Qual.Prim.Care*, 19, 145-146.
- Pereira Jardim, L. (2008). Teoría social y concepción del trabajo: Una mirada a los teóricos del Siglo XIX. *Gaceta Laboral*, 14, 81-101.

## Referencias

- Plaisier, I., Beekman, A. T., De, G. R., Smit, J. H., van, D. R., & Penninx, B. W. (2010). Work functioning in persons with depressive and anxiety disorders: the role of specific psychopathological characteristics. *J.Affect.Disord.*, *125*, 198-206.
- Pomaki, G., Franche, R. L., Murray, E., Khushrushahi, N., & Lampinen, T. M. (2011). Workplace-Based Work Disability Prevention Interventions for Workers with Common Mental Health Conditions: A Review of the Literature. *J.Occup.Rehabil.*.
- Popay J, Roberts H, Sowden A, Petticrew M, Arai L, Rodgers M et al. (2009). *Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews: A product from the ESRC methods programme.*
- Posl, M., Cieza, A., & Stucki, G. (2007). Psychometric properties of the WHODASII in rehabilitation patients. *Qual.Life Res.*, *16*, 1521-1531.
- QSR International (2011). Qualitative data analysis software NVivo 9 [Computer software].
- Raffaitin, F., Caparros Panduro, C., Biro, G., & Dardennes, R. (2011). [Depression and professional activity: results of the NEXTEP study]. *Encephale*, *37*, 59-67.
- Ramazzini B (1700). *Tratado de las enfermedades de los artesanos (De Morbis artificum)*.
- Reis, R. J., Utzet, M., La Rocca, P. F., Nedel, F. B., Martin, M., & Navarro, A. (2011). Previous sick leaves as predictor of subsequent ones. *Int Arch.Occup.Environ.Health*, *84*, 491-499.
- Rescalvo Santiago, F. (2012). Condiciones de Trabajo y Salud. In Junta de Castilla y León. Consejería de economía y empleo (Ed.), *Ergonomía y salud* (pp. 1-17). León.

- Ritchie, J. & Lewis, J. (2003). Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers. *Qualitative Research*, 134, 336.
- Roelen, C. A., Koopmans, P. C., Schreuder, J. A., Anema, J. R., & van der Beek, A. J. (2011). The history of registered sickness absence predicts future sickness absence. *Occup.Med (Lond)*, 61, 96-101.
- Rost, K., Fortney, J., & Coyne, J. (2005). The relationship of depression treatment quality indicators to employee absenteeism. *Ment.Health Serv.Res.*, 7, 161-169.
- Rugulies, R., Thielen, K., Nygaard, E., & Diderichsen, F. (2010). Job insecurity and the use of antidepressant medication among Danish employees with and without a history of prolonged unemployment: a 3.5-year follow-up study. *J.Epidemiol.Community Health*, 64, 75-81.
- Rytsala, H. J., Melartin, T. K., Leskela, U. S., Sokero, T. P., Lestela-Mielonen, P. S., & Isometsa, E. T. (2005). Functional and work disability in major depressive disorder. *J.Nerv.Ment.Dis.*, 193, 189-195.
- Rytsala, H. J., Melartin, T. K., Leskela, U. S., Sokero, T. P., Lestela-Mielonen, P. S., & Isometsa, E. T. (2007). Predictors of long-term work disability in Major Depressive Disorder: a prospective study. *Acta Psychiatr.Scand.*, 115, 206-213.
- Sandahl, C., Lundberg, U., Lindgren, A., Rylander, G., Herlofson, J., Nygren, A. et al. (2011). Two forms of group therapy and individual treatment of work-related depression: a one-year follow-up study. *Int.J.Group Psychother.*, 61, 539-555.
- Sanderson, K., Tilse, E., Nicholson, J., Oldenburg, B., & Graves, N. (2007). Which presenteeism measures are more sensitive to depression and anxiety? *J.Affect.Disord.*, 101, 65-74.

## Referencias

- Sanz, J., , P. A. L., & Vázquez, C. (2003). Adaptación Española del inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud, 14*, 249-280.
- Sanz, J., García, M. P., , E. R., Fortún, M., & Vázquez, C. (2012). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud, 16*, 121-142.
- Schene, A. H., Koeter, M. W., Kikkert, M. J., Swinkels, J. A., & McCrone, P. (2007). Adjuvant occupational therapy for work-related major depression works: randomized trial including economic evaluation. *Psychol.Med, 37*, 351-362.
- Schnall, P. L., Belkic, K. L., Landsbergis, P. A., & Baker, D. B. (2000). *The Workplace and Cardiovascular Disease*. (1 ed.) (vols. 15).
- Seligman, M. E. P. (1992). *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. San Francisco. New York.
- Serna Arnaiz, M. C., Torres Altisent, A., Cruz Esteve, I., Gascó Eguíluz, E., RuéMonné, M., & Pifarré Paredero, J. (2007). Cost of depression in primary care. *Rev Esp Econ Salud, 6*, 395-399.
- Shaw, W. S., Robertson, M. M., Pransky, G., & McLellan, R. K. (2003). Employee perspectives on the role of supervisors to prevent workplace disability after injuries. *J.Occup.Rehabil., 13*, 129-142.
- Sherbourne, C. D., Wells, K. B., Duan, N., Miranda, J., Unutzer, J., Jaycox, L. et al. (2001). Long-term effectiveness of disseminating quality improvement for depression in primary care. *Arch.Gen.Psychiatry, 58*, 696-703.
- Shim, J. A. & Siegel, J. G. (1992). *Estrategic Bussines Forecasting*. E.E.U.U.



- Sicras-Mainar, A., Navarro-Artieda, R., Blanca-Tamayo, M., Gimeno-de, I. F., V, & Salvatella-Pasant, J. (2010). Comparison of escitalopram vs. citalopram and venlafaxine in the treatment of major depression in Spain: clinical and economic consequences. *Curr.Med Res.Opin.*, 26, 2757-2764.
- Simon, G. E., Barber, C., Birnbaum, H. G., Frank, R. G., Greenberg, P. E., Rose, R. M. et al. (2001). Depression and work productivity: the comparative costs of treatment versus nontreatment. *J.Occup.Environ.Med*, 43, 2-9.
- Simon, G. E., Goldberg, D. P., Von, K. M., & Ustun, T. B. (2002). Understanding cross-national differences in depression prevalence. *Psychol.Med*, 32, 585-594.
- Simon, G. E., Revicki, D., Heiligenstein, J., Grothaus, L., VonKorff, M., Katon, W. J. et al. (2000). Recovery from depression, work productivity, and health care costs among primary care patients. *Gen.Hosp Psychiatry*, 22, 153-162.
- Sir, A., D'Souza, R. F., Uguz, S., George, T., Vahip, S., Hopwood, M. et al. (2005). Randomized trial of sertraline versus venlafaxine XR in major depression: efficacy and discontinuation symptoms. *J.Clin Psychiatry*, 66, 1312-1320.
- Skarsater, I., Langius, A., Agren, H., Haggstrom, L., & Dencker, K. (2005). Sense of coherence and social support in relation to recovery in first-episode patients with major depression: a one-year prospective study. *Int.J.Ment.Health Nurs.*, 14, 258-264.
- Skarsater, I., Rayens, M. K., Peden, A., Hall, L., Zhang, M., Agren, H. et al. (2009). Sense of coherence and recovery from major depression: a 4-year follow-up. *Arch.Psychiatr.Nurs.*, 23, 119-127.

## Referencias

- Sobocki, P., Jonsson, B., Angst, J., & Rehnberg, C. (2006). Cost of depression in Europe. *J.Ment.Health Policy Econ.*, *9*, 87-98.
- Sobocki, P., Lekander, I., Borgstrom, F., Strom, O., & Runeson, B. (2007). The economic burden of depression in Sweden from 1997 to 2005. *Eur.Psychiatry*, *22*, 146-152.
- Sorvaniemi, M., Helenius, H., & Salokangas, R. K. (2003a). Factors associated with being granted a pension among psychiatric outpatients with major depression. *J.Affect.Disord.*, *75*, 43-48.
- Sorvaniemi, M., Helenius, H., & Salokangas, R. K. (2003b). Sick-leave certificates granted to psychiatric outpatients with major depression. *Depress.Anxiety.*, *17*, 220-223.
- Souetre, E., Lozet, H., & Cimarosti, I. (1997). Predicting factors for absenteeism in patients with major depressive disorders. *Eur.J.Epidemiol.*, *13*, 87-93.
- Spijker, J., De, G. R., Oldehinkel, A. J., Nolen, W. A., & Ormel, J. (2007). Are the vulnerability effects of personality and psychosocial functioning on depression accounted for by subthreshold symptoms? *Depress.Anxiety.*, *24*, 472-478.
- Stamm, K., Reinhard, I., & Salize, H. J. (2010). [Long-term health insurance payments for depression in Germany - a secondary analysis of routine data]. *Neuropsychiatr.*, *24*, 99-107.
- Stansfeld, S. A., Fuhrer, R., Head, J., Ferrie, J., & Shipley, M. (1997). Work and psychiatric disorder in the Whitehall II Study. *J.Psychosom.Res.*, *43*, 73-81.
- Steer, R. A., Ball, R., Ranieri, W. F., & BECK, A. T. (1999). Dimensions of the Beck Depression Inventory-II in clinically depressed outpatients. *J.Clin Psychol.*, *55*, 117-128.

- Steer, R. A., Brown, G. K., BECK, A. T., & Sanderson, W. C. (2001). Mean Beck Depression Inventory-II scores by severity of major depressive episode. *Psychol.Rep.*, *88*, 1075-1076.
- Stewart, W. F., Ricci, J. A., Chee, E., Hahn, S. R., & Morganstein, D. (2003). Cost of lost productive work time among US workers with depression. *JAMA*, *289*, 3135-3144.
- Stucki, G., Cieza, A., Ewert, T., Kostanjsek, N., Chatterji, S., & Ustun, T. B. (2002). Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in clinical practice. *Disabil.Rehabil.*, *24*, 281-282.
- Takada, M., Suzuki, A., Shima, S., Inoue, K., Kazukawa, S., & Hojoh, M. (2009). Associations between lifestyle factors, working environment, depressive symptoms and suicidal ideation: a large-scale study in Japan. *Ind.Health*, *47*, 649-655.
- Tamers, S. L., Beresford, S. A., Thompson, B., Zheng, Y., & Cheadle, A. D. (2011). Exploring the role of co-worker social support on health care utilization and sickness absence. *J.Occup.Environ.Med*, *53*, 751-757.
- Tollefson, G. D., Souetre, E., Thomander, L., & Potvin, J. H. (1993). Comorbid anxious signs and symptoms in major depression: impact on functional work capacity and comparative treatment outcomes. *Int.Clin Psychopharmacol.*, *8*, 281-293.
- Truax, P. & McDonald, T. (2002). Depression in the workplace. In C.Thousand Oaks (Ed.), *Handbook of mental health in the workplace* (pp. 123-154). Sage: J. C. Thomas & M. Hersen.
- Tsuchiya, M., Kawakami, N., Ono, Y., Nakane, Y., Nakamura, Y., Fukao, A. et al. (2012). Impact of mental disorders on work performance in a community sample of workers in Japan: The World Mental Health Japan Survey 2002-2005. *Psychiatry Res.*

## Referencias

- Ustun, T. B., Chaterji, S., Mechbal, A., & Murray, C. J. L. (2005). Quality assurance in surveys: standards, guidelines and procedures. In United Nations Statistics Division. Department for Economic and Social Affairs (Ed.), *Household Sample Surveys in Developing and Transition Countries* (pp. 199-230). Geneva.
- Valladares, A., Dilla, T., & Sacristan, J. A. (2009). [Depression: a social mortgage. Latest advances in knowledge of the cost of the disease]. *Actas Esp.Psiquiatr.*, *37*, 49-53.
- van der, W. E., Verboom, C. E., Penninx, B. W., Nolen, W. A., & Ormel, J. (2010). Explaining heterogeneity in disability associated with current major depressive disorder: effects of illness characteristics and comorbid mental disorders. *J.Affect.Disord.*, *127*, 203-210.
- van Oostrom, S. H., Heymans, M. W., de Vet, H. C., van Tulder, M. W., van, M. W., & Anema, J. R. (2010). Economic evaluation of a workplace intervention for sick-listed employees with distress. *Occup.Environ.Med*, *67*, 603-610.
- Vázquez-Barquero, J. L., Vazquez, B. E., Herrera, C. S., Saiz, J., Uriarte, M., Morales, F. et al. (2000). [Spanish version of the new World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHO-DAS-II): initial phase of development and pilot study. Cantabria disability work group]. *Actas Esp Psiquiatr.*, *28*, 77-87.
- Verboom, C. E., Sentse, M., Sijtsma, J. J., Nolen, W. A., Ormel, J., & Penninx, B. W. (2011). Explaining heterogeneity in disability with major depressive disorder: effects of personal and environmental characteristics. *J.Affect.Disord.*, *132*, 71-81.
- Veronese, A., Ayuso-Mateos, J. L., Cabello, M., Chatterji, S., & Nuevo, R. (2012). Work disability and depressive disorders: impact on

- the European population. *Am.J.Phys.Med Rehabil.*, 91, S62-S68.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M. et al. (2005). [The Spanish version of the Short Form 36 Health Survey: a decade of experience and new developments]. *Gac.Sanit.*, 19, 135-150.
- Vingard, E., Alexanderson, K., & Norlund, A. (2004). Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). Chapter 9. Consequences of being on sick leave. *Scand.J.Public Health Suppl*, 63, 207-215.
- Virtanen, M. (2011). *The Masto project - to reduce depression-related work disability.*
- Vlasveld, M. C., van der Feltz-Cornelis CM, Ader, H. J., Anema, J. R., Hoedeman, R., van, M. W. et al. (2011a). Collaborative care for major depressive disorder in an occupational healthcare setting. *Br.J.Psychiatry.*
- Vlasveld, M. C., van der Feltz-Cornelis CM, Bultmann, U., Beekman, A. T., van, M. W., Hoedeman, R. et al. (2011b). Predicting Return to Work in Workers with All-Cause Sickness Absence Greater than 4 Weeks: A Prospective Cohort Study. *J.Occup.Rehabil.*
- Wade, A. G., Fernandez, J. L., Francois, C., Hansen, K., Danchenko, N., & Despiegel, N. (2008). Escitalopram and duloxetine in major depressive disorder: a pharmacoeconomic comparison using UK cost data. *Pharmacoeconomics.*, 26, 969-981.
- Waghorn, G. & Chant, D. (2006). Work performance among Australians with depression and anxiety disorders: a population level second order analysis. *J.Nerv.Ment.Dis.*, 194, 898-904.

## Referencias

- Waghorn, G. & Chant, D. (2011). Overworking Among People with Psychiatric Disorders: Results from a Large Community Survey. *J.Occup.Rehabil.*
- Wang, P. S., Beck, A. L., Berglund, P., McKenas, D. K., Pronk, N. P., Simon, G. E. et al. (2004). Effects of major depression on moment-in-time work performance. *Am.J.Psychiatry*, 161, 1885-1891.
- Ware, J. E., Jr. & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med.Care*, 30, 473-483.
- Webster's New World™ (2008). *Medical Dictionary*. (3rd edition ed.) New York: Wiley Publishing, Inc.
- Wilson, M. (1992). The Ordered Partition Model - An Extension of the Partial Credit Model. *Applied Psychological Measurement*, 16, 309-325.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jonsson, B. et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur.Neuropsychopharmacol.*, 21, 655-679.
- Woo, J. M., Kim, W., Hwang, T. Y., Frick, K. D., Choi, B. H., Seo, Y. J. et al. (2011). Impact of depression on work productivity and its improvement after outpatient treatment with antidepressants. *Value.Health*, 14, 475-482.
- World Bank (2010). Gross national income per capita Atlas Method. <http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/GNIPC.pdf> [On-line].
- World Health Organization (1990). *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*.

- World Health Organization (1991). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th version (ICD-10)*. Geneva.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders Diagnostic criteria for research (ICD-CR)*. Geneva, Switzerland.
- World Health Organization (1995). *Physical Status: the correct interpretation of anthropometry. Report of a WHO expert committee*. (vols. 854) Geneva.
- World Health Organization (2001a). *The International Classification of Functioning Disability and Health (ICF)*. Geneva.
- World Health Organization (2001b). *World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS-II)*. Geneva.
- World Health Organization (2007). Workers' health: global plan of action. In World Health Organization (Ed.), *6th World Health Assembly*.
- World Health Organization (2008). Burden of disease: DALYs. In World Health Organization (Ed.), *The global burden of disease: 2004 update* (pp. 39-49). Switzerland: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- World Health Organization (2010). World Health Survey. <http://www.who.int/healthinfo/survey/en/> [On-line].
- Zender, R. & Olshansky, E. (2009). Women's mental health: depression and anxiety. *Nurs.Clin North Am.*, 44, 355-364.