

ORIGINALES BREVES

Incapacidad temporal por patología psiquiátrica en un centro de salud

M. Sans^a, C. Batalla^b, D. Villagrasa^a, A. Ezpeleta^b, S. Escorza^a y E. Comín^b

Centro de salud Dr. Pujol y Capsada. El Prat de Llobregat (Barcelona). Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Costa de Ponent.

Objetivo. Conocer la incidencia, duración, diagnóstico y tratamiento de las bajas laborales por causas psiquiátricas.

Diseño. Estudio descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento. Un centro de salud (ABS Dr. Pujol i Capsada), situado en la comarca del Baix Llobregat (Barcelona).

Participantes. Se revisaron todos los registros de las bajas producidas entre enero de 1992 y diciembre de 1996 analizando las causadas por motivo psiquiátrico, duración, seguimiento, recaídas y tratamiento.

Mediciones y resultados principales. Han estado de baja alguna vez por motivo psiquiátrico 71 pacientes (34% varones, 66% mujeres). La media de edad era 38 años (DE, 21). La media de días de incapacidad en la primera baja (n = 71) era de 155 días (DE, 302), en la segunda (n = 21) de 209 (DE, 268), en la tercera (n = 8) de 187 (DE, 327) y en la cuarta (n = 3) de 206 (DE, 326). El total de días de baja fue de 16.894.

Obtuvo la invalidez por motivo psiquiátrico un 4%. Los motivos iniciales más frecuentes de la primera baja fueron por patología: psiquiátrica (58%), osteomuscular (17%), sistema nervioso y órganos de los sentidos (7%) y digestiva (6%). El motivo psiquiátrico de la primera baja fue ansiedad (48%), depresión (38%), ansiedad-depresión (10%), trastornos esquizoides (3%) y de personalidad (1%).

Se derivaron la mitad de los pacientes y casi todos fueron controlados por el médico de cabecera.

Los fármacos más empleados fueron benzodiazepinas (75%) e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (38%).

Conclusiones. Las bajas por motivo psiquiátrico suelen ser largas y recurrentes. Un 42% de bajas no estaba clasificado inicialmente como motivos psiquiátricos.

La mitad de los pacientes son compartidos y controlados conjuntamente con el psiquiatra, de aquí la necesidad de una buena coordinación entre los dos niveles.

Palabras clave: Absentismo; Incapacidad temporal; Patologías psiquiátrica.

HEALTH CENTRE REPORT ON SHORT-TERM TIME OFF WORK DUE TO PSYCHIATRIC PATHOLOGY

Objective. To find the incidence, duration, diagnosis and treatment of time off work for psychiatric reasons.

Design. Retrospective, descriptive study.

Setting. The Dr. Pujol i Capsada Health Centre in Baix Llobregat county, Barcelona.

Participants. All the records of time off occurring between January 1992 and December 1996 were reviewed. Time off for psychiatric reasons, and its length, follow-up, relapses and treatment were analysed.

Measurements and main results. 71 patients had had time off on some occasion for psychiatric reasons (34% men, 66% women). The mean age was 38 (SD 10). The mean number of days off in the first period of time off (n = 71) was 155 days (SD = 302), in the second (n = 21) 209 (SD = 268), in the third (n = 8) 187 (SD = 327), and in the fourth (n = 3) 206 days (SD = 326). Total number of days off came to 16894. 4% obtained invalidity status for psychiatric reasons. The most common initial reasons for the first period of time off were, by pathology: psychiatric (58%), osteomuscular (17%), nervous system and sense organs (7%) and digestive system (6%). The psychiatric reasons for the first period off were: anxiety (48%), depression (38%), anxiety-depression (10%), schizoid disorders (3%) and personality disorders (1%). Half the patients were referred and almost all were supervised by the general practitioner. The most commonly used drugs were the benzodiazepines (75%) and serotonin re-uptake inhibitors (38%).

Conclusions. Time off for psychiatric reasons tends to last a long time and to recur. 42% of these periods of time off was not initially classified as for psychiatric reasons. Half the patients are shared and supervised jointly with the psychiatrist: thus, the need for good coordination between the two areas.

(Aten Primaria 2000; 25: 412-416)

^aResidente de Medicina de Familia y Comunitaria.

^bEspecialista en Medicina de Familia y Comunitaria.

Correspondencia: Eva Comín.

ABS Dr. Pujol i Capsada. C/ Río Anoia, 19. 08820 El Prat de Llobregat (Barcelona).

Manuscrito aceptado para su publicación el 13-X-1999.

Introducción

El malestar psíquico (ansiedad, depresión, trastornos de la personalidad...) tiene una alta prevalencia entre la población que acude a las consultas de atención primaria.

Según algunos estudios suele oscilar entre un 24 y un 33% de la población general^{1,2}. Afecta sobre todo al sexo femenino, a edades intermedias de la vida (35-54 años) y a personas con bajo nivel educativo-cultural¹⁻³.

Los trastornos mentales se caracterizan por presentar episodios de larga evolución, altas tasas de cronicidad, de recaídas y recurrencias, y en muchas ocasiones precisan de períodos de baja laboral prolongada e incluso, en algún caso, de invalidez permanente⁴.

Actualmente, en Cataluña, un 25% de las incapacidades temporales son debidas a enfermedades mentales⁴. Frecuentemente, los pacientes acuden a la consulta con quejas somáticas en las que subyace el malestar psíquico. Por este motivo, muchas bajas se inician por síntomas orgánicos y posteriormente se mantienen por motivos psiquiátricos.

El objetivo de este trabajo es estudiar la incidencia, duración, diagnóstico y motivo inicial de las bajas laborales por causa psiquiátrica en la población activa.

Material y métodos

El estudio se realizó en el Centro de Salud Urbano Dr. Pujol i Capsada, ubicado en El Prat de Llobregat (Barcelona), sobre la población atendida por 3 médicos de familia durante la jornada matinal.

El centro tiene asignada una población de aproximadamente unos 12.000 habitantes, de los cuales 3.125 (alrededor de un 25%) representan la población activa visitada por el equipo de mañana.

La población asistida tiene un nivel socio-económico bajo y en su mayoría procede de otras comunidades autónomas, existiendo un porcentaje de aproximadamente un 20% de personas de etnia gitana.

Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo, donde se analizan las bajas por causa psiquiátrica, que se iniciaron entre enero de 1992 y diciembre de 1996. El período de seguimiento abarca hasta el 31 de julio de 1997.

El estudio se realizó partiendo de todos los registros de bajas por cualquier motivo del período estudiado. Los cambios en la patología que motiva la baja se anotan siempre en los registros de incapacidad temporal. Posteriormente se revisaron todas las historias clínicas de aquellos pacientes que habían estado o estaban de baja por motivo psiquiátrico; ya fuera inicial o durante el transcurso de la misma.

Las variables analizadas son: edad, sexo, estado civil, motivo de baja inicial y psiquiátrico, número de recaídas que precisaron baja, duración de la misma, si se derivó al especialista, quién realizaba el control (médico de familia y/o psiquiatra u otros) y el tratamiento según grupo farmacológico.

Se analiza si un paciente ha estado de baja en más de una ocasión, revisando el motivo y tratamiento realizado. Para cada paciente se calcula el tiempo de incapacidad laboral total entre el 1-I-1992 y el 31-VII-1997. En aquellos casos en que en el transcurso de una baja por un motivo no psiquiátrico se añade un motivo psiquiátrico, se analizan ambas patologías.

Para el análisis estadístico, se realizó estadística descriptiva de las variables recogidas y se aplicó el test de ji-cuadrado o análisis de la variancia.

Resultados

Del total de incapacidades temporales (IT) emitidas por los 3 médicos durante un periodo de 5 años (1992-1996), en 71 pacientes fueron debidas a causa psiquiátrica, de las cuales un 66% (IC del 95%, 55-77) correspondió a la población femenina y el resto, un 34% (IC del 95%, 23-45) a la masculina. En cuanto al estado civil de los pacientes estudiados, predominaban con un 41% (IC del 95%, 29,5-52,4) los casados, en un 33% (IC del 95%, 22,1-43,9) el estado civil no constaba, un 14% (IC del 95%, 5,93-22,07) era soltero y un 11,2% (IC del 95%, 3,7-18,2) era viudo o separado. La media de edad era de 38 años (DE, 10). La duración media en la primera baja (n = 71) era de 155 días (DE, 302), en la segunda (n = 21) de 209 (DE, 268), en la tercera (n = 8) de 187 (DE, 327) y en la última (n = 3) de 206 (DE, 326). El total de días de IT ha sido de 16.894, siendo la media de 238 días por paciente (tabla 1).

Los motivos iniciales más frecuentes de la primera baja fueron por patología: psiquiátrica, 57% (IC del 95%,

TABLA 1. Duración media de los períodos de baja

	N.º de pacientes	Media de días de baja	DE*
1.ª baja	71	155	302
2.ª baja	21	209	268
3.ª baja	8	187	327
4.ª baja	3	206	326

*DE: desviación estándar.

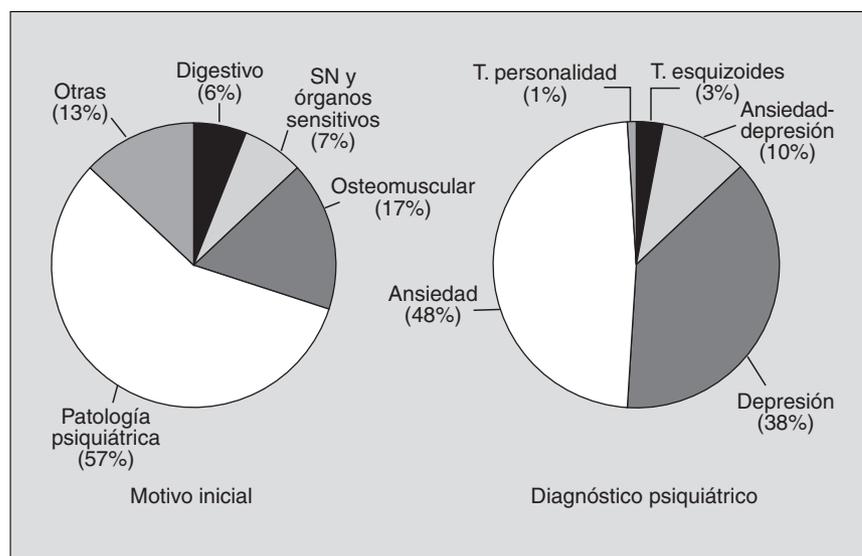


Figura 1. Motivo inicial y diagnóstico psiquiátrico de la primera baja.

TABLA 2. Porcentaje de fármaco utilizado en función de la patología en la primera baja

	T. depresivos (n = 27)	T. ansiedad (n = 34)	Ansiedad-depresión (n = 7)	T. esquizoides (n = 2)	T. personalidad (n = 1)
Benzodiacepinas	81,5 (66,8-96,1)	67,6 (51,9-83,4)	57,1 (20,5-93,8)	100	100
Tetracíclicos	14,3 (1,1-27,5)	2,9 (0-8,6)			
A. tricíclicos	14,8 (1,4-28,2)	11,8 (0,9-22,6)	14,3 (0-40,2)	0	0
ISRS	59,3 (40,7-77,8)	20,6 (7-34,2)	42,9 (6,2-79,5)	50 (0-100)	0
IMAO	0	2,9 (0-8,6)	0	0	0
Antipsicóticos	0	0	0	100	100
Sin tratamiento	7,4 (0-17,3)	23,5 (9,3-37,8)	28,6 (0-62)	0	0

T: trastorno; A: antidepresivos; ISRS: inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina, e IMAO: inhibidor de la monoaminoxidasa.

45,5-68,5); osteomuscular, 17% (IC del 95%, 8,3-25,7); sistema nervioso y órganos de los sentidos, 7% (IC del 95%, 1,1-12,9), y digestiva, 6% (IC

del 95%, 0,5-11,5). El diagnóstico psiquiátrico de la primera baja fue por: ansiedad, 48% (IC del 95%, 34,9-58,1); depresión, 38% (IC del 95%,

26,7-49,3); trastorno ansioso depresivo, 10% (IC del 95%, 3-17%); trastorno esquizoide, 3% (IC del 95%, 0-6,7%), y de la personalidad, 1% (IC del 95%, 0-3,3%) (fig. 1). Los tratamientos prescritos en dicha baja se describen en la tabla 2.

Un 96% (IC del 95%, 91-100) de los pacientes fue controlado por el médico de familia, precisando además ser visitados por el psiquiatra un 49% (IC del 95%, 39-62) (fig. 2).

El porcentaje de recaídas fue de un 23,9% (IC del 95%, 14-33,9), presentando el 14% (IC, 6-22) más de una recaída.

En la figura 3 se describen los fármacos prescritos en cada IT, siendo las benzodiazepinas (BZD) el tratamiento más empleado en todas las bajas laborales, excepto en la cuarta, donde predominó el tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS). Los fármacos menos utilizados fueron los antidepresivos tricíclicos. Un 25% de los pacientes no requirió tratamiento farmacológico.

El 4% (IC del 95%, 0-8,9) de los pacientes con patología psiquiátrica obtuvo la invalidez por esta causa.

Discusión

Medir la enfermedad a través de sus consecuencias, en este caso la incapacidad temporal, puede acercar al impacto que causan los problemas de salud en los individuos. Sin embargo, hay que tener en cuenta que los documentos empleados para el estudio son administrativos y tienen como finalidad el reconocimiento de una prestación económica, por lo que su diseño no está orientado para la realización de estudios epidemiológicos. El hecho de que se haga constar la causa o diagnóstico del proceso permite usarlos como fuentes de información. Es evidente que a partir de las bajas no se puede realizar un estudio poblacional completo, ya que se excluye la población pasiva y la que no se encuentra tan afectada como para pedir la baja, pero permite realizar una aproximación al mismo⁴⁻⁶. El diseño retrospectivo del estudio no ha permitido tampoco analizar el tipo de actividad laboral, dado que su registro en la historia clínica es muy bajo.

Un 42% de las IT no estaba clasificada inicialmente como motivo psiquiátrico, probablemente atribuible a la dificultad de los pacientes para ma-

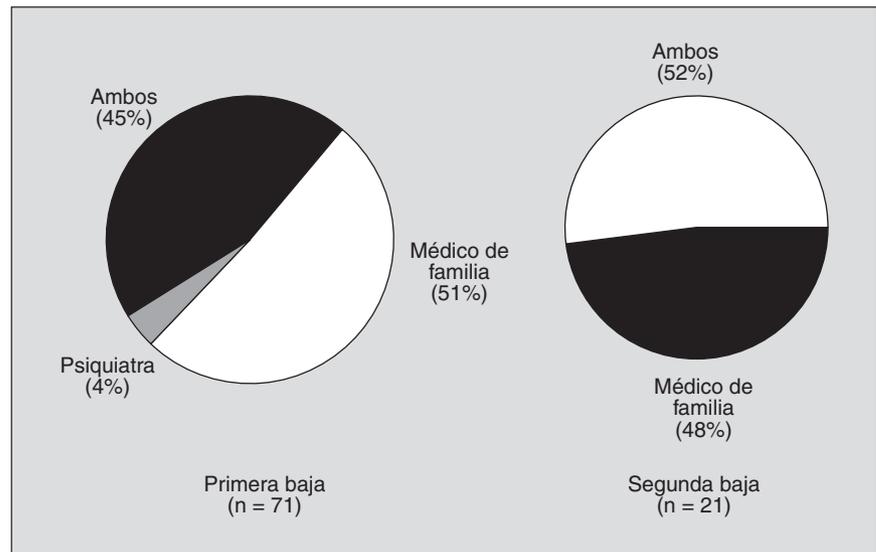


Figura 2. Distribución de los pacientes en función del especialista que realiza el seguimiento.

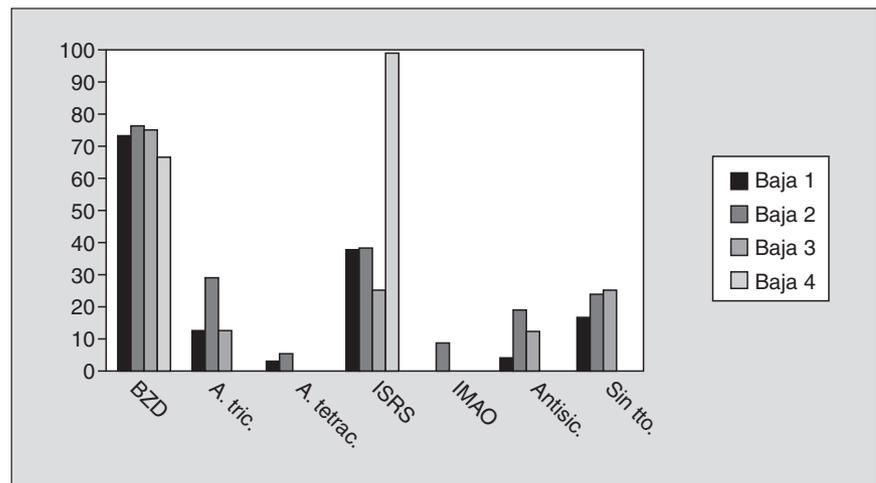


Figura 3. Tratamiento farmacológico en función de la baja. BZD: benzodiazepinas; A. tric.: antidepresivos tricíclicos; A. tetrac.: antidepresivos tetracíclicos; ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; IMAO: inhibidores de la monoaminooxidasa; Antipsic.: antipsicóticos, y sin tto.: sin tratamiento.

nifestar el malestar psíquico como tal, a la tendencia a consultar por patología somática en la que subyace dicho malestar y, por otro lado, a la no aceptación por parte del paciente del diagnóstico o bien el hecho de querer mantenerlo en la confidencialidad^{5,7}.

El malestar psíquico tiene una prevalencia en la comunidad que se sitúa en un 18-31%^{1,2,8-10}.

Se ha observado una mayor proporción de trastornos psíquicos en el sexo femenino (66%), lo que coincide con otros estudios realizados. Este

hecho se explicaría por la mayor frecuencia de trastornos de ansiedad y afectivos en las mujeres, y porque éstas acuden más a menudo que los varones a las consultas de atención primaria^{1-3,9}.

Otros autores, sin embargo, han observado una mayor prevalencia en el sexo masculino, lo que podría ser explicado por la desigual distribución por sexos de la población activa^{6,11}. En nuestro caso no disponemos de datos sobre la distribución por sexo y estado civil en la población activa atendida. En referencia al estado ci-

vil, existe un infraregistro que responde a problemas burocráticos; posiblemente, ello no implica ningún sesgo en la muestra. Se analizan aquellos pacientes en los que sí consta el estado civil, encontrándose mayor proporción de casados (41%), seguido de solteros (14%), y finalmente de viudos o separados (11,2%)⁹. Sin embargo, otros autores han observado una mayor prevalencia en la población no casada^{2,3}.

Respecto a los días de baja, se observó que la duración era larga: en la primera de 155 días, en la segunda de 209, en la tercera de 187 y en la cuarta de 206 días. La media fue de 238 días por paciente, lo que se asemeja a los resultados publicados en otros trabajos en los que destaca la larga duración media de los procesos mentales. Éstos corresponden a la tercera causa, por detrás del grupo de neoplasias y del de embarazo, parto y puerperio⁴.

El seguimiento de estos pacientes fue realizado en su mayoría por el médico de familia, a pesar de ser derivados al especialista en la mitad de los casos, ya fuera por la accesibilidad del médico de cabecera, la confianza en su facultativo o bien porque sobre éste recae la responsabilidad de los partes de baja-alta.

Respecto al tratamiento en general, los fármacos más utilizados fueron las benzodiacepinas y los antidepresivos⁶. Al desglosarlo por patología en la primera baja, es de destacar el uso en los trastornos depresivos de los ISRS (59,3%) frente a los tricíclicos (14,8%), lo que se puede explicar por las ventajas de los primeros en

cuanto a su fácil dosificación, cumplimiento por parte del paciente, mejor perfil de efectos adversos y menor número de interacciones farmacológicas, a pesar de su coste. En los trastornos esquizoides, se observa que un 50% seguía tratamiento mixto con BZD junto con ISRS, probablemente por su asociación a la depresión.

Otro indicador de la magnitud del problema se ve reflejado por las frecuentes recaídas, algunas con baja y otras sin ella, aunque son pocos los que precisan la invalidez permanente (4%).

Las IT son un indicador indirecto de las repercusiones del malestar psíquico. En el futuro es preciso diseñar estudios prospectivos de base poblacional para valorar su verdadero impacto, en los que se podría profundizar en las características demográficas (edad, sexo, estado civil...) y ocupación de las personas de baja por motivo psiquiátrico y compararlas con las producidas por otras patologías. Un estudio prospectivo contemplando estos aspectos y otros como la incidencia, duración y efectividad del tratamiento permitiría entender mejor la relación existente entre estos factores y la IT.

Bibliografía

1. Cortés JA, Peñalver C, Alonso J, Arroyo A, González L. La prevalencia de malestar psíquico en atención primaria y su relación con el grado de frecuentación de las consultas. *Aten Primaria* 1993; 9: 459-463.
2. Anónimo. Morbidity and mortality we-

ekly report. Self-reported frequent mental distress among adults—United States, 1993-1996. *MMWR* 1998; 47: 325-331.

3. Jiménez L, González A, Peñamonje D, Nolasco A, Pérez I, De la Hoz J. Factores asociados con la prevalencia de morbilidad psiquiátrica en una zona de salud. *Aten Primaria* 1993; 11: 465-469.
4. Jiménez JF, Martínez JA, Rodado C, Martínez D, Sánchez P, Reyes A. Incidencia de bajas laborales en un C.S. Urbano: consideraciones acerca de los grupos diagnósticos (WONCA) que las originaron. *Med del Trabajo* 1996; 5: 11-32.
5. Abraín A, Lafuente MP, Urraca J, Olasagasti C, Gil JM, Ruiz A. Análisis del nivel de exactitud del diagnóstico oficial de la incapacidad laboral transitoria. *Aten Primaria* 1993; 9: 453-457.
6. Núñez D, Otero C, Sanz C, Amador J, Fernández C, Paz J. Estudio de la incapacidad laboral transitoria durante un año en el área IV de Asturias. *Aten Primaria* 1995; 9: 561-565.
7. Hirschfeld RMA, Keller MB, Panico S, Arons BS, Barlow D, Davidoff F. Consenso de la national depressive and manic-depressive association sobre el tratamiento insuficiente de la depresión. *JAMA* 1997; 6: 239-248.
8. Castaño A, Couto ML, López MD, Marcos F, Lamas S. Patología psiquiátrica menor en atención primaria. *Aten Primaria* 1996; 18 (Supl 1): 256.
9. Borràs MI, Llompert J, Aranda M, Nieto D, Rigo F, Llobera J. Prevalencia de trastorno mental en atención primaria. *Aten primaria* 1996; 18 (Supl 1): 256.
10. Exebarria R, Fernández MJ, Iglesias C, Moretó A, Rodríguez M. Protocolo de ansiedad y depresión. *FMC* 1997; 4: 5-42.
11. Ugalde M, Alberquilla A, González C, Pilar M, Rivera JM. Perfiles de duración de incapacidad laboral transitoria en un distrito sanitario y su comparación con algunos estándares propuestos. *Gac Sanit* 1996; 10: 293-298.