

Trastornos mentales comunes derivados del trabajo en Navarra (2009-2012)

Iñaki Moreno-Sueskun, Vega García López^a

Recibido: 9 de abril de 2015
Aceptado: 2 de agosto de 2015
doi: 10.12961/apr.2015.18.4.04

RESUMEN

Objetivo: Conocer la morbilidad mental poblacional de origen laboral y corregir el riesgo psicosocial de los casos notificados.

Métodos: Mediante estudio piloto en un Centro de Salud Mental se identificaron los trastornos mentales comunes de origen laboral y se estimó la incidencia poblacional. Posteriormente describimos los casos notificados desde centros de salud, entre los años 2009 y 2012 adheridos al sistema de vigilancia epidemiológica ocupacional. Calculamos incidencias por variables sociolaborales. Se contrasta la asociación entre variables (Chi^2), Razones de Prevalencia (RP) y concordancia de riesgos (índice Kappa). Se describe la comunicación de los casos a los Servicios de Prevención y su actuación.

Resultados: En el estudio piloto el 17,5% de los trastornos fueron de origen laboral (7,2 por 1000 trabajadores/año). De los casos notificados se observa mayor incidencia en actividades económicas feminizadas, servicios y ocupaciones menos cualificadas. El 70% de los casos derivan de conductas hostiles y el 14,2% de factores organizativos. El 83,2% cursa con incapacidad temporal. Los directores-gerentes tienen mayor riesgo de sufrir acoso (RP 3,92 IC95% 2,35-6,53) que otros riesgos. En conjunto el 20% de los casos termina en despido, con mayor frecuencia en supuestos de maltrato o acoso moral (RP 1,64 IC95% 1,24-2,16).

Conclusiones: Es necesario implementar sistemas de notificación y programas preventivos de los trastornos mentales comunes de origen laboral, especialmente en los trabajadores con perfiles de mayor riesgo.

PALABRAS CLAVE: Trastornos mentales, exposición profesional, estudios de incidencia, factores psicosociales.

WORK-RELATED COMMON MENTAL DISORDERS IN NAVARRA, SPAIN (2009-2012)

ABSTRACT

Objectives: To determine work-related mental health morbidity and correct psychosocial risks.

Methodology: In this pilot study conducted at a mental health center, work-related common mental disorders were identified and population incidence was estimated. We next described cases reported from primary care centers in the period 2009 to 2012, via the Occupational Health Surveillance Program. Incidence was calculated by socioeconomic variables. Associations among variables (Chi^2 test), their prevalence ratios (PR) and the correlation of risks (kappa coefficient) were compared. Reporting of these cases to the occupational health services and subsequent actions are described.

Results: In the pilot study, 17.5% of common mental disorders were work-related (7.2 x 1000 workers / year). Among the reported cases, incidence was higher in unskilled occupations, feminized economic activities and the services sector. Seventy per cent of cases were associated with hostile behavior and 14.2% with organizational factors. In addition, 83.2% of cases led to sickness absence episodes. Managing directors were at greater risk of bullying (PR 3.92 95%CI 2.35-6.53) as

^a Sección de Epidemiología Laboral, Investigación y Evaluación Sanitaria.
Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra - (ISPLN).

Correspondencia:
Iñaki Moreno-Sueskun
Sección de Epidemiología Laboral,
Investigación y Evaluación Sanitaria (ISPLN)
Tel. 848 423 765
imorenos@navarra.es

compared to other risks. Overall, 20% of cases ended in job dismissal, particularly in cases of mistreatment or bullying (PR 1.64 95%CI 1.24-2.16).

Conclusions: It is necessary to implement reporting systems and prevention programs for work-related mental disorders, especially for collectives of workers with high risk profiles.

KEYWORDS: Mental disorders, occupational exposure, incidence studies, psychosocial factors.

INTRODUCCIÓN

Los daños de salud mental más frecuentes derivados del trabajo son los trastornos mentales comunes (TMC)¹ donde se incluyen trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y adaptativos². Apenas hay datos sobre su incidencia ya que los sistemas de aseguramiento no reconocen estos daños como enfermedad profesional, excepto en Dinamarca el síndrome de estrés postraumático³. Sin embargo su importancia está recogida en el Marco Estratégico de la UE en materia de salud y seguridad en el trabajo 2014-2020 que incluye, entre los objetivos estratégicos clave, la gestión de los riesgos emergentes y la prevención de patologías relacionadas con el trabajo. Específicamente menciona la identificación y difusión de buenas prácticas para la prevención de los problemas de salud mental en el trabajo.

En Reino Unido los TMC relacionados con el trabajo representan un tercio de la patología laboral identificada por Médicos de Atención Primaria (MAP)⁴. En Europa, la exposición a los factores de riesgos psicosociales afecta al 25% de la población laboral y a los problemas derivados del estrés laboral se les asigna el 50-60% de los días de incapacidad temporal⁵. En el Estado español el 14,1% de la población trabajadora refiere estrés o ansiedad y el 2,9% depresión asociada al trabajo⁶.

Los modelos teóricos más robustos que definen el riesgo psicosocial asociado a la organización del trabajo son el propuesto por Karasek⁷ y Johnson et al.⁸ y el propuesto por Siegrist⁹. Se han descrito otros como la injusticia organizacional¹⁰ o procedimental¹¹, las conductas hostiles en el trabajo^{12,13} la incompatibilidad de la vida laboral y familiar¹⁴ y el trabajo a turnos¹⁵. Las políticas de salida de la actual crisis económica han convertido estos riesgos en emergentes^{5,16}. La salud mental también puede verse afectada por exposición química laboral¹⁷ o por haber sufrido un accidente laboral¹⁸.

Tras un estudio piloto previo del año 2008 en un Centro de Salud Mental, en el que se identificaron las principales entidades nosológicas de los TMC laborales atendidos en la red pública y se estimó su incidencia poblacional, en Navarra se implantó la notificación de casos de TMC laborales desde los Médicos de Atención Primaria (MAP) e Inspección Médica (IM) con el objetivo de conocer la morbilidad mental de origen laboral por exposición psicosocial y corregir estos riesgos para evitar recaídas y nuevos casos. Presentamos a continuación un análisis descriptivo de los casos registrados en este sistema entre 2009 y 2012.

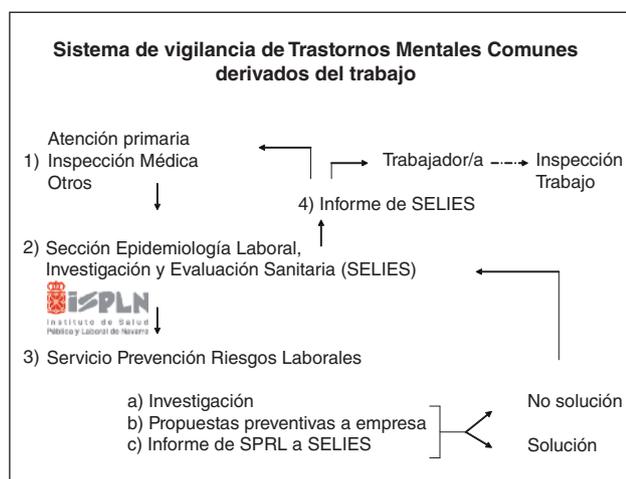
MÉTODOS

Desde el año 1998 en Navarra los Médicos de Atención Primaria pueden notificar los daños sospechados de origen laboral¹⁹ a la Sección de Epidemiología Laboral, Investigación y Evaluación Sanitaria (SELIES) del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra (ISPLN). Este sistema de vigilancia ocupacional incluye el Programa de Sucesos Centinela²⁰ y el Programa de Patologías Relacionadas con el Trabajo (PRT). En este último se notifican, entre otras enfermedades, los trastornos mentales comunes (TMC) sospechosos de ser de origen laboral. En su implantación progresiva el programa abarcó 31 Centros de Salud (73% de la población de Navarra) en el año 2005. En 2013 se extendió a toda la población expuesta (media de 276.200 personas).

El estudio piloto previo consistió en un estudio descriptivo longitudinal de los pacientes de un Centro de Salud Mental de Pamplona-Comarca entre enero 2005 y noviembre 2008, a partir de las historias clínicas de Salud Mental y Atención Primaria. El centro atendía a 60.743 habitantes de los que, según datos de Seguridad Social, 33.891 eran población asalariada. Los diagnósticos seleccionados según clasificación CIE-10, fueron F43.2 Trastornos de adaptación, F41.1 Trastornos de ansiedad, F41.2 Trastorno ansioso-depresivo y F32.1 Episodio depresivo moderado. La estimación de incidencia se hizo a partir de los casos de octubre y noviembre de 2008. Se consideró daño de origen laboral cuando así lo expresó el trabajador en consulta. Se excluyeron pacientes con evento vital adverso reciente, concurrencia de otras patologías mentales o trastorno de personalidad.

A partir del año 2009, tras el estudio piloto, se habilitó un registro diferenciado de casos de TMC en la SELIES. Los objetivos del mismo eran conocer la dimensión de los TMC laborales y corregir el riesgo en origen para evitar recaídas y nuevos casos. En el presente estudio, se describen los datos del periodo 2009-2012 en este registro. La información disponible incluye la identificación del paciente, empresa, ocupación, diagnóstico, motivo de sospecha del origen laboral y médico remitente. A través del ISPLN, se identifica el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL) y la actividad económica de la empresa (CNAE-2009). La ocupación es codificada según CNO-2011. A partir del año 2010 se incluyeron en el registro también personas autónomas con contingencias profesionales aseguradas en Seguridad Social. El diagnóstico del daño corresponde al personal médico notificador.

En la SELIES un único Médico del Trabajo entrevista al trabajador/a valorando el tipo de riesgo psicosocial y la posible simulación o falsa imputación²¹. Si éste ratifica la sospecha del origen laboral del daño, se comunica el caso a la persona responsable sanitario del SPRL de la empresa para que se investigue su origen y se propongan a la empresa las oportunas medidas correctoras (Figura 1). Se solicita también informe de la conclusión de ambas actuaciones. A diferencia del estudio piloto, los casos registrados incluyen los supuestos de exclusión del estudio piloto exceptuando la patología psiquiátrica mayor.



SPRL: Servicio de Prevención de Riesgos Laborales

Figura 1. Procedimiento de gestión del casos de Trastornos Mentales Comunes de posible origen laboral. Sección de Epidemiología Laboral, Investigación y Evaluación Sanitaria (SELIES) del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra.

En cuanto al factor de riesgo, en el protocolo para el registro se considera que hay acoso moral cuando se sospecha intencionalidad de dañar, hay desigualdad de poder, real o supuesta, entre las partes, y conductas de tres o más de las categorías habituales de éstas^{22, 23}. Cuando las conductas hostiles reflejan comportamiento tiránico, presión laboral, y violencia explícita, se identifica el riesgo como maltrato. Así mismo, hay conflicto crónico cuando las expresiones hostiles se repiten durante meses y se asocian a una diferencia reconocida públicamente como tal. Su no resolución podría conducir a situaciones de acoso moral²⁴. Tras la intervención del SPRL, si el empleado no confirma la solución positiva de la exposición, la SELIES le remite informe. Al médico notificador se envía información sobre la conclusión del caso.

En el presente estudio, para el cálculo de la incidencia según ocupación utilizamos la media de trabajadores de cada título ocupacional disponible de la Encuesta de Población Activa del periodo estudiado. Para el cálculo de incidencia

según actividad económica empleamos, para cada epígrafe, la media de población ocupada con contingencias profesionales protegidas en Seguridad Social de los años a estudio (datos cedidos por Tesorería General de Seguridad Social). La asociación entre variables cualitativas la analizamos mediante test Chi² y Razones de Prevalencia (RP). Usamos el test de concordancia Kappa para comparar la identificación de la exposición según criterio del trabajador, del SELIES y del SPRL. Los datos han sido analizados con el programa SPSS (versión 20).

En todos los casos se solicitó consentimiento al trabajador para el abordaje del origen del daño incluyendo la comunicación al SPRL y la propuesta a la empresa de medidas correctoras en su caso. El consentimiento es revocable en cualquier momento de la gestión del caso. La información de todos ellos se ha tratado posteriormente de forma anónima.

RESULTADOS

En el estudio piloto (2005-2008), con 842 pacientes atendidos en el Centro de Salud Mental, 239 fueron TMC y de estos, 42 (17,5%) refirieron un origen laboral. La tasa de incidencia en la población activa calculada para un año fue de 7,2 por 1000 trabajadores.

A lo largo del periodo 2009-2011 se produjo un aumento en la notificación de casos de TMC (Tabla 1). Destaca el volumen de casos notificados desde Inspección Médica (IM). El riesgo de TMC laboral es más del doble en mujeres. La media de edad de los casos es de 40,47 años (SD 10,27) con P₃₃: 35 años y P₆₆: 44 años.

Según ocupación destaca la incidencia de casos en Restauración/Comercio/Personal de salud y cuidados/Protección y seguridad, Personal administrativo y Peones/personal no cualificado. Según actividad económica, lidera la incidencia Administración Pública y presentan índices superiores a la media las actividades de Comercio, Transporte, Hostelería, Servicios auxiliares, Ocio, Sanidad y Servicios sociales y Otros servicios. Sector primario, construcción e industria presentan las menores incidencias.

Los TMC notificados más relevantes son los trastornos ansiosos (42,6%), adaptativos (27,3%) y mixtos (20,5%) constituyendo el 90% de los casos. También se refiere depresión (3,8%) junto a frecuencias residuales del síndrome de estrés postraumático, somatizaciones y fobias. Otros efectos notificados han sido estrés, intolerancia al turno nocturno, hipertensión arterial y lesiones físicas (datos no mostrados). No se observan diferencias significativas de los tipos de daños más relevantes según sexo, categoría de edad ni ocupación.

En más de dos tercios (71%) de los informes remitidos desde los SPRL a la SELIES tras la investigación, no se menciona el factor de riesgo desencadenante del daño (Figura 2). Destaca también que una parte importante de los casos en los que el trabajador considera sufrir acoso o maltrato, la SELIES lo identifica como conflicto.

Tabla 1. Características de los casos de Trastorno Mental Común derivado del trabajo notificados en Navarra, 2009-2012.

	n	%	I ^a		n	%	I ^a
Año de entrada del caso				Ocupación (CON-2011)			
2009	55	11,7	17,3	Directores-Gerentes	23	4,9	34,6
2010	117	24,9	36,8	Profesionales	48	10,2	27,7
2011	160	34,1	49,9	Técnicos de apoyo	28	6,0	21,7
2012	137	29,2	42,9	Personal administrativo	60	12,8	69,4
Total	469	100		Restauración, comercio, salud/cuidados, protección/seguridad	186	39,7	97,5
Sexo				Rama de actividad económica (CNE-2009)			
Hombre	170	36,2	96,1	Agricultura, Ganadería, Forestal	1	0,2	2,4
Mujer	299	63,8	210,7	Industria manufacturera	66	14,1	27,8
Edad (años)				Rama de actividad económica (CNE-2009)			
<= 35	156	34,3		Agua, energía, residuos	4	0,9	34,3
36-50	211	46,4		Construcción, obra pública	19	4,1	29,2
>=51	88	19,3		Venta, reparación vehículos, comercio, mayor y menor	84	17,9	78,7
Origen del caso				Rama de actividad económica (CNE-2009)			
Atención Primaria	238	50,7		Transporte y correos	19	4,1	56,8
Inspección Médica	171	36,5		Hostelería, restauración	45	9,6	95,6
Otros ^b	60	12,8		Prensa, comunicaciones	4	0,9	32,7
Servicio Prevención				Rama de actividad económica (CNE-2009)			
Propio	79	16,8		Finanzas, seguros	8	1,7	45,1
Ajeno	257	54,8		Servicios profesionales	12	2,6	33,4
Otros ^c	53	11,3		Servicios auxiliares	40	8,5	72,2
Desconocido ^d	80	17,1		Administración pública, defensa	51	10,9	128,1
				Rama de actividad económica (CNE-2009)			
				Educación			
				23			
				4,9			
				44,1			
				Servicios sociales y sanitarios			
				52			
				11,5			
				59,8			
				Cultura y ocio			
				13			
				2,8			
				85,9			
				Otros			
				14			
				3			
				79,3			
				Perdidos ^e			
				14			
				Total			
				469			
				100			
				53,1			

a Incidencia anual media (n.º casos/4 años/número medio de expuestos) x 10⁵.

b Otros: tales como trabajador, delegados sindicales, mutuas o médicos especialistas.

c Personas que viven en Navarra y trabajan en empresas ubicadas en otras provincias, de las que no se dispone de código CNAE de la empresa.

d No constan en el directorio de la Sección de Epidemiología Laboral, Investigación y Evaluación Sanitaria (SELIES) del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra.

e Perdidos: por despido inmediato, no identificación del servicio de prevención o empresas de fuera de Navarra, entre otros motivos.

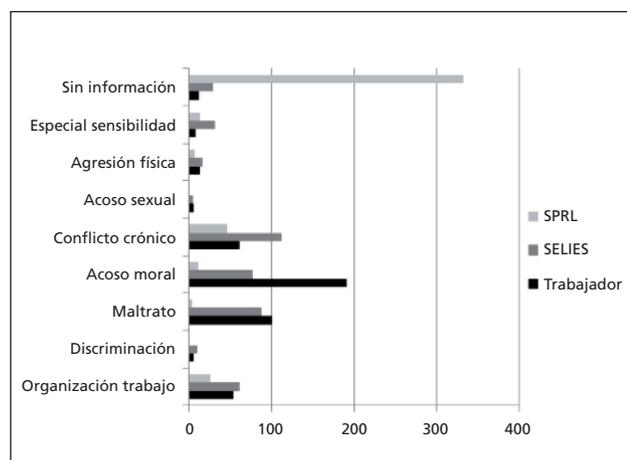


Figura 2. Frecuencia del factor de riesgo subyacente percibido por el trabajador afectado, identificado por la Sección de Epidemiología Laboral, Investigación y Evaluación Sanitaria (SELIES) o asignado por el médico del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL). Casos de Trastorno Mental Común de origen laboral, Navarra, 2009-2012.

La concordancia (índice Kappa) en la identificación de la exposición comparando los criterios de SELIES y SPRL (0,150) y del SPRL con el de los trabajadores (0,093) es baja²⁵, siendo ésta moderada-buena al comparar los criterios de SELIES y trabajador (0,588). Según SELIES más del 70% de los TMC derivan de exposición a conductas hostiles y el 14,2% a problemas de organización del trabajo.

Los riesgos más frecuentes según SELIES, de organización, maltrato, acoso moral y conflicto crónico, no presentan asociación estadística significativa con sexo o edad del trabajador. El personal de Dirección-Gerencia sufre estrategias de acoso con mayor frecuencia que otras categorías ocupacionales con una RP de este factor de riesgo respecto a otras exposiciones de 3,92 (IC95% 2,35-6,53).

Tras seleccionar los daños y exposiciones más frecuentes según SELIES, se observa que es más probable padecer trastorno adaptativo en los conflictos cronificados mientras que para el resto de exposiciones hay un mayor riesgo de sufrir trastornos de ansiedad. El acoso moral parece aso-

ciarse tanto al trastorno de ansiedad como al trastorno mixto (Tabla 2).

El 83,2% de los casos analizados cursa con incapacidad temporal (IT). La prescripción de baja no se asocia significativamente ni a variables sociolaborales ni a tipo de daño. La duración de la IT sigue una distribución log-normal con media de 173,3 días (DT 137,8), mediana de 137 días, rango entre 1 a 547 días, P₃₃: 93 y P₆₆: 194 días.

De las actuaciones llevadas a cabo por el SPRL informan a la SELIES dos de cada tres casos en los que procede dicha respuesta (65,7%) siendo, en los casos en que se ha identificado dicho servicio y procede tal actuación, superior

significativamente cuando el SPRL es propio (82,3%) frente a ajeno (61,9%) (Tabla 3). De los casos procedentes, sólo en el 50% se realiza o se propone realizar investigación de su origen y en el 37% no se plantea actuación alguna.

En el 44% de los casos carecemos de información sobre los resultados del proceso, en el 30% la exposición se resuelve y el 20% termina en despido (Tabla 4). Los casos de maltrato o acoso moral finalizan con mayor frecuencia en despido (RP 1,64 IC95% 1.24-2.16). En los años analizados, la SELIES ha emitido 95 informes (para el 20,3% de los casos), al objeto de que el empleado pueda cursar procedimientos legales en defensa de sus derechos preventivos o laborales.

Tabla 2. Distribución de los casos de Trastorno Mental Común derivado del trabajo según tipo de trastorno y factor de riesgo subyacente. Navarra, 2009-2012.

	Trastorno adaptativo		Ansiedad		Trastorno mixto		Trastorno depresivo		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Organización trabajo	13	22,0	36	61,0	7	11,9	3	5,1	59
Maltrato	20	23,4	40	47,1	22	25,9	3	3,5	85
Acoso moral	17	23,0	29	39,2	25	33,8	3	4,1	74
Conflicto crónico	47	43,1	41	37,6	18	16,5	3	2,8	109

Tabla 3. Actuaciones de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales en los casos de Trastorno Mental Común de origen laboral. Navarra, 2009-2012.

	Servicio de Prevención Propio		Servicio de Prevención Ajeno	
	n	%	n	%
Evaluación de riesgos psicosociales (ERP)	7	11,5	21	10,0
Investigación origen daño (ID)	31	50,8	83	39,3
ERP + ID	6	9,8	11	5,2
Vigilancia salud	4	6,6	1	0,5
Ninguna	7	11,5	90	42,6
Desconocida	6	9,8	5	2,4
Total	54	100,0	190	100,0

Tabla 4. Resultados más frecuentes y relevantes de la gestión de los casos de Trastorno Mental Común de origen laboral según factor de riesgo subyacente. Navarra, 2009-2012.

	Solución ^a		Despido ^b		Desconocido	
	n	%	n	%	n	%
Organización Trabajo	20	40,8	16	32,7	13	26,5
Maltrato	22	30,6	26	36,1	24	33,3
Acoso Moral	16	26,2	25	41,0	20	32,8
Conflicto crónico	41	47,7	10	11,6	35	40,7
Total^c	99		77		92	

a Eliminación de la exposición, reubicación.

b Abandono de la empresa, despido, despido pactado, no renovación contrato temporal.

c No se incluyen los casos expuestos a otros factores (discriminación, acoso sexual, agresión...) o con otras finalizaciones (no solución, jubilación, incapacidad permanente, aplicación de Expediente de Regulación de Empleo...).

DISCUSIÓN

El sistema de notificación de trastornos mentales comunes (TMC) de posible origen laboral desde Atención Primaria e Inspección Médica (IM), permite evaluar la exposición a factores de riesgo psicosociales y su impacto en la salud mental de los trabajadores según variables sociolaborales. La gestión por parte de la empresa, de los problemas detectados es desconocida y, con los datos disponibles, en un alto porcentaje también termina en despido, todo lo cual es indicativo de la dificultad del abordaje de estos riesgos, cuestiona la actual eficacia del sistema preventivo y pone de manifiesto la desprotección de los empleados ante estos riesgos.

Hay pocas publicaciones sobre incidencia de TMC laborales. La incidencia anual estimada a partir del estudio piloto (7,2 casos por 1000 trabajadores) es mucho mayor que la obtenida a partir de la notificación de casos en años posteriores (53,1 por 10⁵) ya que, mientras la primera revisa la totalidad de casos atendidos en un Centro de Salud Mental, la notificada es una comunicación voluntaria y activa, el programa no era universal hasta 2013 y la citación de trabajadores en situación de IT desde Inspección Médica no es exhaustiva. En estudios publicados en Reino Unido para el periodo 2006-2009, basada en casos comunicados por los médicos de atención primaria (MAP)²⁶, la incidencia fue de 500 por 10⁵. Las mayores cifras de notificación en Reino Unido respecto a Navarra pueden en parte deberse a la mayor tradición de sus registros^{27, 28}, y a que los MAP británicos notificadores son diplomados en salud laboral⁴ pudiéndoseles suponer un mayor grado de conocimiento y sensibilización respecto a las exposiciones laborales.

La frecuencia relativa de TMC respecto a otros daños notificados a través del programa de Patologías Relacionadas con el Trabajo se incrementa año a año pasando del 18,9% en 2009 al 39% de las notificaciones en el año 2012²⁹. En el Reino Unido los TMC pasaron del 11,4% en 1996 al 36,7% en 2001³⁰. En 2006-2007 suponían un tercio de los daños comunicados por los MAP en Reino Unido⁴ y el 43% en Escocia²⁸. En Reino Unido los TMC ocupan ya el primer lugar entre las notificaciones de daños laborales³¹. El aumento de la incidencia anual de casos en estos primeros años de nuestro estudio puede asociarse principalmente al conocimiento paulatino de la implantación del programa de vigilancia por los médicos del sistema público. Aunque también la crisis económica actual y las políticas laborales de estos años pueden haber aumentado los TMC en población trabajadora³²

El 63,8% de los casos de Navarra corresponden a mujeres, similar al porcentaje del Reino Unido⁴ (58,5%). En este último país, entre el 40%²⁷ y el 57%²⁶ de los casos se diagnostican como estrés mientras en nuestro estudio este diagnóstico es marginal. Hay que tener en cuenta que el código de estrés agudo de la Clasificación Internacional de Atención Primaria, CIAP-2 corresponde el de Trastorno Adaptativo de CIE-9 por nosotros utilizado. Además la con-

cordancia entre informantes respecto al posible origen laboral de los TMC es baja³³ y existen dificultades de fiabilidad y validez de estas categorías diagnósticas³⁴.

La elevada percepción de la exposición a acoso entre trabajadores puede deberse a la popularización mediática de este síndrome tras su reconocimiento como accidente de trabajo en el año 2002 ocurrido precisamente en Navarra. Su escasa identificación como origen de TMC según los SPRL probablemente se deba a las dificultades de su investigación y a la cuestionada independencia de los SPRL en el Estado español. Mientras que en nuestro estudio el 14% de los casos son debidos a problemas de organización del trabajo y el 70% a conductas hostiles, en otros estudios los factores asociados a la organización del trabajo explican entre el 25% y el 37% y las conductas hostiles entre el 17% y el 20% de los casos notificados^{27,30}. Quizás conductas de falta de apoyo o de carencia de compensaciones ubicadas por nosotros entre las conductas hostiles, hayan sido consideradas en otros trabajos como factores organizativos de riesgo según los modelos de Karasek y Siegrist.

Respecto a la ocupación, en Navarra las mayores incidencias de notificación las observamos en ocupaciones de Restauración/comercio/Salud y cuidados/Protección y seguridad, Personal administrativo y No cualificadas. En otro estudio basado en notificación de médicos del trabajo y psiquiatras, las mayores incidencias se dan en directores-gerentes, profesionales de apoyo, administrativos y personal de seguridad³⁰. Como en Navarra, también otros estudios han comprobado que el riesgo de TMC laboral es menor para operadores de máquinas³⁵ y empleados de empresas manufactureras³⁶. Las diferencias de distribución de casos registrados según actividades económicas podrían depender de la importancia relativa de éstas en la población a estudio y del grado de implantación del sistema de notificación en las mismas³¹. En Navarra las mayores incidencias se dan en Administraciones Públicas, al igual que sucede en Reino Unido²⁷.

Entre nuestros casos el 83,2% del total cursan con incapacidad temporal (IT), porcentaje similar al encontrado en Reino Unido²⁶ (78,8%), pero solo la mitad de los casos comunicados por los médicos de Atención Primaria cursan con baja. La mediana de duración de la IT es de 20 días en este estudio británico frente a los 137 días en Navarra. En Reino Unido la duración de la baja es prevista en la primera consulta mientras en Navarra es un dato registrado tras alta médica. La falta de investigación del origen del TMC y la ausencia de propuesta de intervenciones correctoras que se constata en nuestro estudio puede colaborar en la explicación del retraso de la reincorporación laboral del trabajador.

A nuestro entender, que en el 42,7% de los casos dependientes de servicios de prevención ajenos no se plantee intervención correctora alguna a la empresa cuestiona la eficacia del actual sistema preventivo frente a los riesgos psicosociales cuyos efectos van más allá del daño, alcanzando la continuidad en el empleo.

Los límites de este estudio se asocian a las dificultades de diferenciación diagnóstica entre las entidades nosológicas, los problemas de discriminación entre factores de riesgo, la elevada carencia de datos sobre la gestión de los casos por los servicios de prevención y los insuficientes recursos de la SELIES para el programa lo que dificulta el necesario retorno de la información de todo sistema de vigilancia de salud. En cuanto a sus fortalezas destaca el elevado nivel de colaboración de los profesionales de Atención Primaria e Inspección Médica en la notificación de casos.

Concluimos que a consecuencia de los hallazgos de este estudio se requiere que las instituciones públicas y las empresas habiliten programas preventivos de riesgos psicosociales, especialmente relacionales, en los colectivos laborales en actividades económicas y ocupaciones feminizadas. Sería también oportuna la consecución de programas formativos en la investigación del origen laboral de los TMC laborales dirigidos a los servicios de prevención. Con una adecuada definición de caso los TMC son susceptibles de inclusión en Programas de Sucesos Centinela en Atención Primaria de Salud dentro de la vigilancia de la salud de los trabajadores. También consideramos que los TMC debieran incluirse en el Cuadro de Enfermedades Profesionales tal y como propuso la Organización Internacional del Trabajo en 2010. Por último, que el despido sea significativamente más frecuente en los casos de acoso moral o maltrato requiere investigar si estas exposiciones forman parte de las herramientas de gestión de personal de las empresas con objeto de lograr el desistimiento del empleado de sus derechos laborales y preventivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health-a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health*. 2006; 32 (6 special issue): 443-62.
2. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR: brevariario. Criterios diagnósticos. Barcelona: Masson; 2003.
3. Quelle reconnaissance des pathologies psychiques liées au travail? Une étude sur 10 pays européens. Febrero 2013. Eurogip [www.eurogip.fr]. Disponible en: <http://www.eurogip.fr/fr/publications/3473-quelle-reconnaissance-des-pathologies-psychiques-liees-au-travail-etude-sur-dix-pays-europeens>
4. Hussey L, Turner S, Thorley K, McNamee R, Agius R. Work-related ill health in general practice, as reported to a UK-wide surveillance scheme. *Br J Gen Pract*. 2008; 58: 637-40.
5. EU-OSHA. Executive summary: Psychosocial risks in Europe: Prevalence and strategies for prevention. Disponible en: <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/psychosocial-risks-eu-prevalence-strategies-prevention>.
6. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo 2011. Madrid: INSHT; 2013. Disponible en: [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHASPUBLICACIONES/ENCATALOGO/OBSERVATORIO/Informe\(VIIENCT\)](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHASPUBLICACIONES/ENCATALOGO/OBSERVATORIO/Informe(VIIENCT)).
7. Karasek RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Adm Sci Q*. 1979; 24(2): 285-308.
8. Johnson JV, Hall EM. Job strain, workplace social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *Am J Public Health*. 1988; 78: 1336-42.
9. Siegrist J. Adverse health effect of high effort-low reward conditions at work. *J Occup Health Psychol*. 1996; 1: 27-43.
10. Ferrie JE, Head J, Shipley MJ, Vahtera J, Marmot MG, Kivimäki M. Injustice at work and incidence of psychiatric morbidity: the Whitehall II study. *Occup Environ Med*. 2006; 63: 443-50.
11. Elovainio M, Kivimäki M, Helkama K. Organizational justice evaluations, job control and occupational strain. *J Appl Psychol*. 2001; 86: 418 – 24.
12. Nielsen MB, Magerøy N, Gjerstad J, Einarsen S. Workplace bullying and subsequent health problems. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2014; 134 (12-13):1233-8.
13. Brennan W. We don't have to take this: dealing with violence at work. *Nurs Stand*. 2000; 14 (suppl 28): 3-17.
14. Shrier DK. Psychosocial aspects of women's lives: work, family, and life cycle issues. *Psychiatr Clin North Am*. 2003; 26 (3):741-57.
15. Vogel M, Braungardt T, Meyer W, Scheneider W. The effects of shift work on physical and mental health. *J Neural Transm*. 2012; 119 (10):1121-32.
16. Forastieri V. Psychosocial risk and work related stress. *Med Secur Trab (Madr)*. 2013; 59: (232) 297-30.
17. Díaz Franco JJ. Patología psiquiátrica en el medio laboral. En: Observatorio vasco de acoso moral. La salud mental de las y los trabajadores. 2012. p. 129-140. Disponible en: http://www.observatoriovascosobreacoso.com/images/stories/pdf/Salud_mental.pdf
18. Kim J. Depression as a psychosocial consequence of occupational injury in the US working population: findings from the medical expenditure panel survey. *BMC Public Health*. 2013; 13: 303.
19. García López V. El programa de Vigilancia Epidemiológica en Salud Laboral de Navarra: más de 10 años de experiencia. *Arch Prev Riesgos Labor*. 2011; 14 (3): 129-31.
20. García López V. Evaluación del programa de Vigilancia Epidemiológica en salud laboral. Red de Médicos Centinela de Salud Laboral en Navarra (1998-2007). *An Sist Sanit Navar*. 2011; 34 (3): 419-30.
21. Resnick PJ. Malingering of posttraumatic disorders. En: Rogers RJ, editor. *Clinical assessment of malingering and deception*. New York: The Guilford Press; 2001.
22. Canto TC, Ortega CA, Ortega I. Validación factorial de una escala de conductas tóxicas en el trabajo. Universidad de Yucatan [citado 12 ene 2015]. Disponible en: <http://www.colpamex.org/Revista/Art17/72.pdf>
23. Fornés J, Martínez-Abascal MA, García de la Banda G. Análisis factorial del Cuestionario de Hostigamiento Psicológico en el Trabajo en profesionales de Enfermería. *Int J Clin Health Psychol*. 2008; 8 (1): 267-83.
24. Hirigoyen MF. Malaise dans le travail. Harcèlement moral. Démêler le vrai du faux. Paris : Syros ; 2001. p. 15-29
25. López de Ullibarri I, Pita S. Medidas de concordancia: el índice Kappa [citado 29 ago 2014]. Disponible en <https://www.fisterra.com/mbe/investiga/kappa/kappa.asp>.
26. Hussey I, Carder M, Money A, Turner S, Agius R. Comparison of work-related ill-health data from different GB sources. *Occup Med (Lond)*. 2013; 63: 30-7.
27. Carder M, Turner S, Mc Namee R, Agius R. Work-related mental ill-health and "stress" in the UK (2002-2005). *Occup Med (Lond)*. 2009; 59: 539-44.
28. Chen Y, Turner S, McNamee R, Ramsay CN, Agius RM. The reported incidence of work-related ill-health in Scotland (2002-2003). *Occup Med (Lond)*. 2005; 55: 252-61.

29. García López V, Moreno Sueskun I. Work-related psychiatric disorders in the public health system. Global Forum for Prevention. XX World Congress on Safety and Health at Work 2014. 24-27 August 2014. Frankfurt, Germany. Disponible en: https://www.safety2014germany.com/frontend/index.php?page_id=561
30. Cherry NM, Chen Y, Mc Donald JC. Reported incidence and precipitating factors of work-related stress and mental ill-health in the United Kingdom (1996-2001). *Occup Med (Lond)*. 2006; 56: 414-21.
31. Hussey L, Turner S, Thorley K, McNamee R, Agius R. Comparison of work-related ill health reporting by occupational physicians and general practitioners. *Occup Med (Lond)*. 2010; 60: 294-300.
32. Roca M, Gili M, García-Campayo J, García-Toro M. Economic crisis and mental health in Spain. *Lancet*. 2013; 382 (14): 1977-8.
33. O'Neill E, McNamee R, Agius R, Gittins M, Hussey L, Turner S. The validity and reliability of diagnoses of work-related mental ill-health. *J Occup Environ Med*. 2008; 65: 726-731.
34. Retolaza A. Salud mental y atención primaria. Barcelona: Editorial Grupo 5; 2013.
35. Stansfeld SA, Pike C, McManus S, Harris J, Bebbington P, Brugha T, et al. Occupation, work characteristics and common mental disorder. *Psychol Med*. 2013; 43: 961-73.
36. Hussey L, Turner S, Thorley K, McNamee R, Agius R. Work related sickness absence as reported by UK general practitioners. *Occ Med (Lond)*. 2012; 62: 105-11.