

Inspección Médica

Trastornos psiquiátricos reactivos a conflictividad laboral. Características epidemiológicas de los pacientes evaluados en la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades de Madrid

Psychiatric disorders reagents to labor unrest. Epidemiological characteristics of patients evaluated in the Medical Assessment Disability Unit of Madrid

Raúl Jesús Regal Ramos¹

1. Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social de Madrid. España.

Recibido: 16-06-15

Aceptado: 23-06-15

Correspondencia

Raúl Jesús Regal Ramos,

Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Médico Evaluador de La Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social de Madrid. España.

Calle López de Hoyos 169, Madrid, 28002. España.

Teléfono de contacto: 915907432.

Correo electrónico: raul.jesus.regal@inss.seg-social.es

Resumen

El aumento de la incidencia de bajas laborales derivadas de patología psiquiátrica y la relación de esta última con el medio laboral invita a profundizar en su estudio.

Objetivo: Conocer las características epidemiológicas de los pacientes con trastornos psiquiátricos reactivos a conflictividad laboral.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo en el que se recogieron pacientes evaluados en el Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI) de la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social de Madrid con el diagnóstico de trastorno psiquiátrico reactivo a conflictividad laboral en el periodo comprendido entre los años 2005 a 2013. De estos pacientes se estudiaron las variables edad, sexo, ocupación profesional, estado civil, diagnóstico psiquiátrico y la presencia de otras variables previas o sin relación con el conflicto laboral (trastorno de la personalidad/ rasgos de personalidad, fibromialgia ± síndrome de fatiga crónica, distimia, hipotiroidismo y colon irritable).

Resultados: El total de pacientes estudiados fue de 254. Los resultados muestran una tendencia al descenso del número de casos en el periodo de estudio. La mediana de edad de la muestra fue de 46 años. Dentro de la muestra observamos que la relación mujer/hombre es de 1,7/1 y la relación no casados/casados de 1,6/1. El 70% de la patología psiquiátrica reactiva a conflictividad laboral es diagnosticada de TAD (38%) o SAD (32%). En comparación con las prevalencias de las variables en la población general ocupada de nuestro entorno, los resultados de este estudio muestran un 18,3 % más de mujeres (p: 0,0091; RP =1,40), un 25% más de no casados (p: 0,004; RP =1,69), un 24% más de ocupaciones de tipo administrativo (p: 0,0001; RP: 3,2), un 3% más de diagnósticos de TP (p: 0,5060; RP =1,3), un 4,5% más de FM y SFC (p: 0,1261; RP: 2,8) y un 2% más de distimias (p: 0,4951; RP: 1,5).

Conclusiones: Los datos bibliográficos consultados y los resultados de este estudio permiten lanzar la hipótesis de que las mujeres, de entre 35 a 50 años, con una ocupación de tipo administrativo y con diagnósticos previos de trastorno de la personalidad, fibromialgia o distimia, tienen más riesgo de sufrir un trastorno psiquiátrico reactivo a conflicto laboral.

Med Segur Trab (Internet) 2015; 61 (239) 220-232

Palabras clave: Incapacidad. Depresión, salud laboral, estrés.

Abstract:

The increasing incidence of working disability arising from psychiatric disorders and its relation with labor environment invites to go deeper in its study.

Objective: To determine the epidemiological characteristics of patients with psychiatric disorders reagents to labor unrest.

Material and methods: A descriptive study of patients evaluated in the Disability Assessment Team (EVI) of the Provincial Directorate of the National Institute of Social Security in Madrid with diagnosis of reactive psychiatric disorders reagents to labor unrest from 2005 to 2013 was developed. Out of these patients the variables age, gender, professional occupation, marital status, psychiatric diagnosis and the presence of other previous variables or without regard to the labor unrest (personality disorder / features personality, \pm fibromyalgia chronic fatigue syndrome, dysthymia, hypothyroidism and irritable colon) were studied.

Results: The total number of patients studied was 254. The results show a downward trend in the number of cases in the study period. The median age of the sample was 46 years. Within the sample we see that the male / female ratio is 1.7 / 1 and the unmarried / married ratio 1.6 / 1. 70% of psychiatric pathology reactive labor unrest is diagnosed TAD (38%) or SAD (32%). Compared to the prevalence of the variables in the general working population in our environment, the results of this study show 18.3% more women ($p = 0.0091$, OR = 1.40), 25% more than unmarried ($p = 0.004$; OR = 1.69), up 24% over administrative occupations ($p = 0.0001$; RP: 3.2), 3% more than TP diagnoses ($p = 0, 5060$; RP = 1.3), 4.5% more than FM and CFS ($p = 0.1261$; RP 2.8) and 2% more than dysthymia ($p = 0.4951$; RP: 1, 5).

Conclusions: Bibliographic data consulted and the results of this study allow us to hypothesize that woman, aged 35—50, with an administrative occupation and previous diagnoses of personality disorder, fibromyalgia or dysthymia, are at a higher risk of developing a psychiatric disorder reactive to labor dispute.

Med Segur Trab (Internet) 2015; 61 (239) 220-232

Key words: Disability. Depression. Occupational health. Stress.

INTRODUCCIÓN

El artículo 4.2.º de la Ley 31/95 define el riesgo laboral como «la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo. Dependiendo del lugar de trabajo y del tipo de actividad ejercida, los riesgos laborales se clasifican en físicos, ambientales o ergonómicos. Dentro de los ergonómicos se encuentran los riesgos psicosociales que engloban distintos aspectos de la organización y gestión del trabajo como el contenido, la carga y el ritmo, el tiempo, la participación en la toma de decisiones, las relaciones interpersonales, el rol en la organización, la relación trabajo-familia, la seguridad contractual, la carrera profesional, etc. Una mala gestión de estos factores psicosociales de riesgo puede dar lugar al estrés de origen laboral. Aunque el estrés no es una enfermedad, si es intenso y continúa un cierto tiempo, puede conducir a una mala salud mental y física. El trastorno mental de origen laboral se inicia cuando las demandas del medio ambiente de trabajo exceden la capacidad de los empleados para hacerlas frente o controlarlas, y supone uno de los problemas de salud que con más frecuencia nos encontramos en nuestras consultas.

Por un lado, tenemos que el aumento de la prevalencia de la patología psiquiátrica conlleva un aumento del número de bajas laborales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que para 2020 la ansiedad y la depresión serán la principal causa de baja laboral en las naciones desarrolladas¹. Uno de los desencadenantes de la patología psiquiátrica es el estrés de origen laboral, de hecho en la Unión Europea representa el segundo problema de salud más frecuente relacionado con el trabajo², después de los dolores de espalda^{3,4}. En la actualidad, en la Comunidad de Madrid, los trastornos psiquiátricos reactivos a conflictividad laboral suponen el 19% de las bajas por patología psiquiátrica^{5,6}.

Por otro lado, uno de los problemas clásicos con las bajas laborales psiquiátricas es que conforme más avanza el tiempo de incapacidad laboral, mayor es la probabilidad de no volver al trabajo. A partir de los 6 meses sólo lo hace el 50%, proporción que empeora con la edad o en el género masculino^{7,8}.

Todo lo anterior, pone de manifiesto la importancia detectar y tratar estos casos con la mayor antelación posible.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Conocer las características epidemiológicas de los pacientes con trastornos psiquiátricos reactivos a conflictividad laboral

MÉTODO

Los expedientes de Incapacidad Permanente constan entre su documentación de un «informe médico de síntesis (IMS) realizado por los médicos inspectores del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) que recoge y resume la clínica, exploraciones, pruebas complementarias, patologías, tratamientos y la valoración funcional y laboral de estos pacientes. Dicho informe consta de varios apartados, siendo uno de los principales el reservado para el diagnóstico. De este apartado diagnóstico recabaremos la información médica de este estudio.

Se incluyeron todos los pacientes valorados en la Unidad Médica de la Dirección Provincial del INSS de Madrid entre los años 2005 a 2013 en cuyo IMS figurase el diagnóstico de *conflictividad laboral* y términos relacionados (*acoso laboral*, *mobbing*, *born out* o *estrés laboral*). Por limitaciones informáticas solo fueron seleccionados los expedientes valorados antes de agotar el periodo máximo de incapacidad temporal (expedientes iniciados a petición del paciente, del servicio público de salud, de la mutua o del propio INSS). No se valora un volumen superior compuesto por expedientes llegados al plazo máximo de Incapacidad Temporal (IT), expedientes internacionales, expedientes de MUFACE, reclamaciones, revisiones, etc.

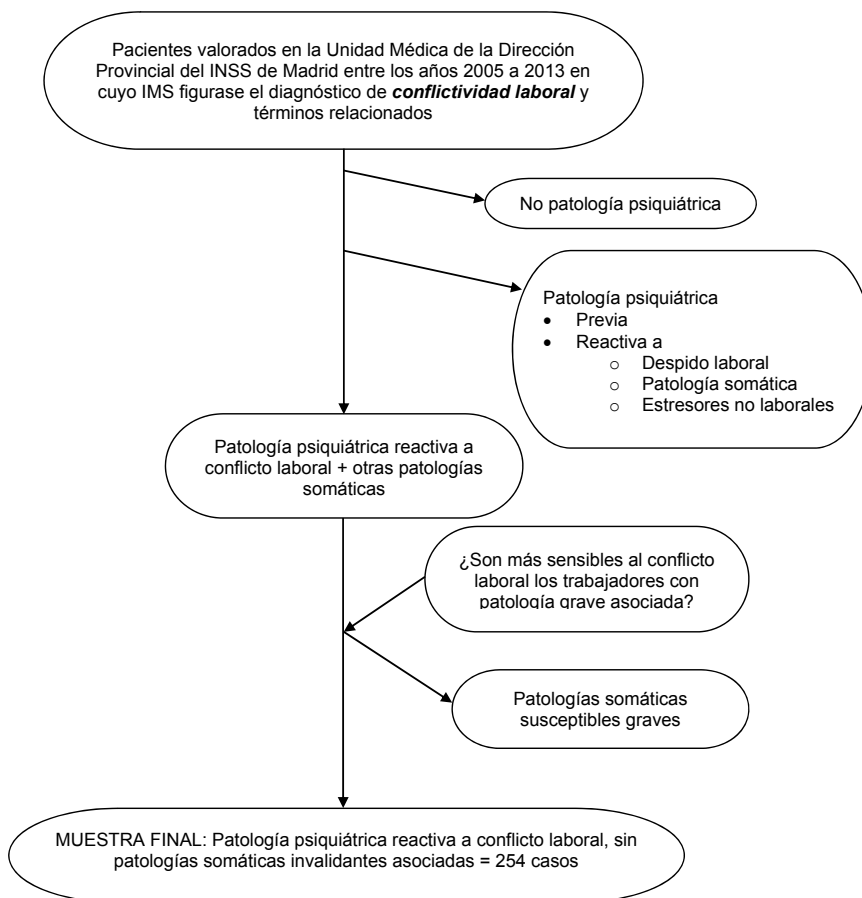
Se excluyeron (ver [esquema del estudio](#)) aquellos expedientes en cuyo apartado diagnóstico:

- No se recogían ninguna patología psiquiátrica (solo se recogían conflictividad laboral).
- Se recogían patologías psiquiátricas.
 - Previas o no reactivas a conflictividad laboral (salvo distimia, trastorno de la personalidad y rasgo de la personalidad).
 - reactivas a despido laboral (es decir, que aparecen cuando ya no hay vinculación laboral, no cuando hay conflicto mientras estaba contratado).
 - reactivas a patología somática.
 - reactivas a otros estresores no laborales.
- Se recogían otras patologías somáticas que, a juicio del autor, podrían ser subsidiarias de probable incapacidad. Ante la posibilidad de que los pacientes con patologías graves sean más sensibles al desarrollo de conflictos laborales, se descartó a estos pacientes de la muestra final. No se excluyeron las que asocian alguna de las patologías objeto del estudio ni las artrosis poco evolucionadas.

De estos pacientes se estudiaron las variables.

- Edad.
- Sexo.
- Ocupación profesional.
- Estado civil.
- Régimen de afiliación a la Seguridad Social.
- Tipo de patología psiquiátrica reactiva a conflictividad laboral (episodio psicótico, depresión, trastorno ansioso depresivo, ansiedad, trastorno adaptativo, trastorno estrés postraumático).
- Otras variables previas o sin relación con el conflicto laboral (trastorno de la personalidad, fibromialgia ± síndrome de fatiga crónica, distimia, hipotiroidismo y colon irritable).

Esquema del estudio



Para establecer la variable ocupación profesional se utilizó la aplicación AYUDACOD del Instituto Nacional de Estadística, de modo que al introducir la profesión de cada paciente este programa devolvió un código que se encuadro en uno de los 10 grandes grupos de la Clasificación Nacional de Ocupaciones del año 2011, CNO-11^º.

Se realiza un estudio descriptivo transversal cuyo ámbito poblacional se enmarca en la Comunidad Autónoma de Madrid.

Posteriormente se comparó la prevalencia de las variables en nuestra muestra y en la población general. Los datos de la población general se obtuvieron del Instituto Nacional de Estadística (INE), Encuesta de Población Activa-Ocupados (10), y de la literatura médica de referencia de nuestro entorno.

El estudio estadístico consistió en un análisis descriptivo inicial de todas las variables y una prueba de Chi cuadrado para comparar las prevalencias.

Fuente primaria de información: Unidad de informática de la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social de Madrid.

Para el procesamiento de los datos y de los cálculos estadísticos se creó una base de datos con Microsoft Excel.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se realizó con la autorización de la Dirección General del Instituto Nacional de la Seguridad Social. La información perteneciente a los pacientes integrantes del estudio se trató de acuerdo a lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos personales.

RESULTADOS

El total de pacientes estudiados fue de 254. La [tabla I](#) recoge el comportamiento de las variables analizadas en nuestra muestra y en la población general.

Tabla I. Características de la muestra

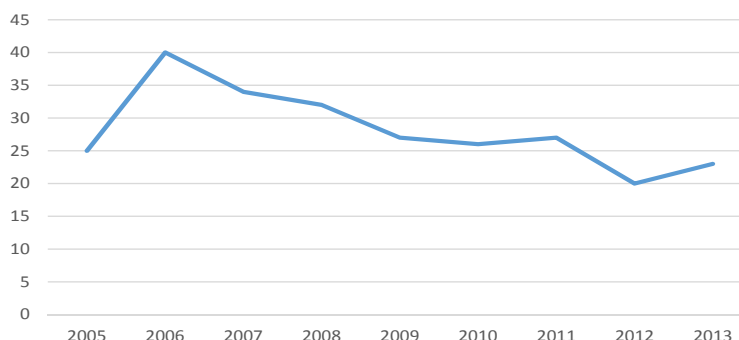
	Variable	Muestra	Población general
TOTAL	254		
AÑO	2005	25 (9,8%)	
	2006	40 (15,7%)	
	2007	34 (13,3%)	
	2008	32 (12,5%)	
	2009	27 (10,6%)	
	2010	26 (10,2%)	
	2011	27 (10,6%)	
	2012	20 (7,8%)	
	2013	23 (9,0%)	
SEXO	MUJERES	161 (63,3%)	45%
	HOMBRES	93 (36,6%)	55%
EDAD (a fecha del reconocimiento en UMEVI)	< 25	3(1,1%)	7%
	25 - 29	11(4,3%)	11%
	30 - 34	22(8,6%)	16%
	35 - 39	36(14,1%)	16%
	40 - 44	43(16,9)	14%
	45 - 49	50(19,6%)	13%
	50 - 54	30 (11,8%)	11%
	55 - 59	39 (15,3%)	8%
	> 59	20 (7,8%)	5%
Tipo de patología psiquiátrica reactiva a conflictividad laboral	Episodio psicótico.	8 (3,1%)	
	Depresión.	36 (14,1%)	
	Trastorno ansioso depresivo.	82 (32,2%)	
	Ansiedad.	29 (11,4%)	
	Trastorno adaptativo.	97 (38,1%)	
	Trastorno estrés postraumático.	2 (0,7%)	
Patología previa/ independiente de la conflictividad laboral	Trastorno de la personalidad.	33 (13%)	10% (11-19)
	Distimia.	14 (5,5%)	3,5% (20-22)
	Fibromialgia y Síndrome fatiga crónica.	18 (7,0%)	2,5 % (23,24)
	Hipotiroidismo.	6 (2,3%)	1,2 (25)
	Colon irritable.	4(1,5%)	3,3% (26)
Estado civil	Casado.	99 (38,9%)	64%
	No casado.	155 (61,0%)	36%
Régimen SS	Régimen general.	249 (98,0%)	85%
	Autónomos.	2(0,7%)	13%
	Empleada de Hogar.	3 (1,1%)	2%
Ocupación (Los 10 grandes grupos CNO- 2011*)	1: Dirección de las empresas y de las administraciones públicas.	8 (3,1%)	5%
	2: Técnicos y profesionales científicos e intelectuales.	33 (12,9%)	18%
	3: Técnicos y profesionales de apoyo.	11 (4,3%)	12%
	4: Empleados de tipo administrativo.	90 (35,4%)	11%
	5: Trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores de los comercios.	48 (18,8%)	21%
	6: Trabajadores cualificados en la agricultura y en la pesca.	-	2%
	7: Artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras, la construcción, y la minería, excepto los operadores de instalaciones y maquinaria.	13 (5,1%)	12%
	8: Operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores.	10 (3,9%)	8%
	9: Trabajadores no cualificados (=“peones”).	41 (16,1%)	10%
	0: Fuerzas armadas.	-	1%

* CNO-2011: (Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011).

El estudio muestra una tendencia a la disminución de casos en los últimos años (Gráfica I).

Gráfica I

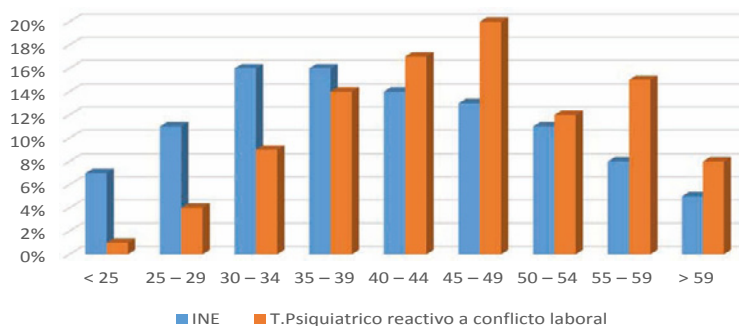
Número de casos por año



La edad media de la muestra es de 45,7 y la mediana de la muestra es de 46 años. La distribución de los casos por grupos de edad muestra como más del 50% de los casos se encuentran entre los 35 y 50 años de edad (Gráfica II).

Gráfica II

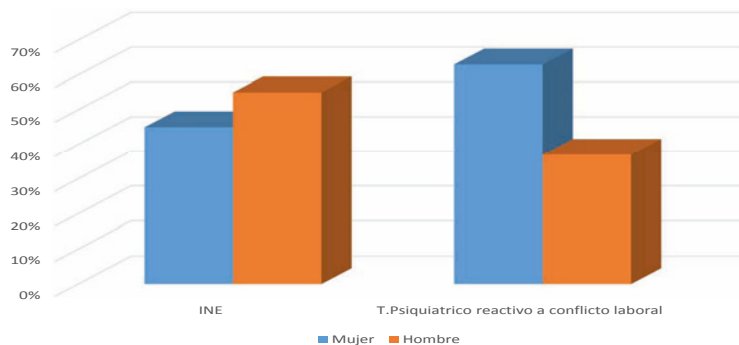
Edad



El 63 % de la muestra son mujeres un 27% más que el porcentaje de varones de la muestra y un 18,3 % más que los datos del INE (p: 0,0091; Razón de prevalencia = 1,40) (Gráfica III). La mayor diferencia, se observa entre los 35-39 años (Gráfica IV).

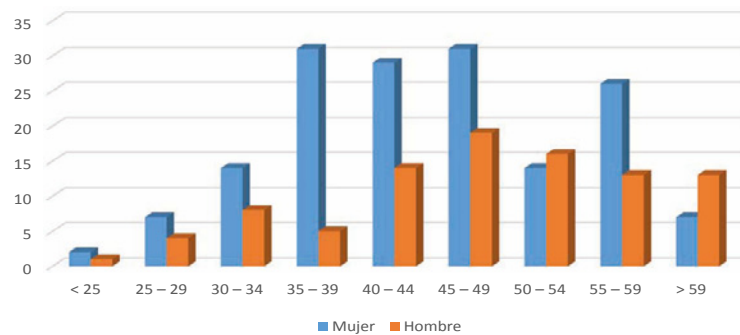
Gráfica III

Diferencias por género



Gráfica IV

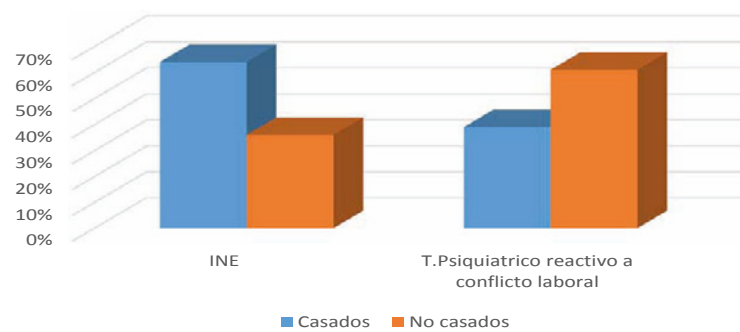
Distribucion por grupos de edad y sexo



El 39 % estaba casado y el 61% no casados (solteros, separados, divorciados, viudos), lo que supone unas proporciones inversas a las observadas en la población general. Los no casados son un 25 % más que los datos del INE ($p: 0,004$; Razón de prevalencia = 1,69) (Gráfica V).

Gráfica V

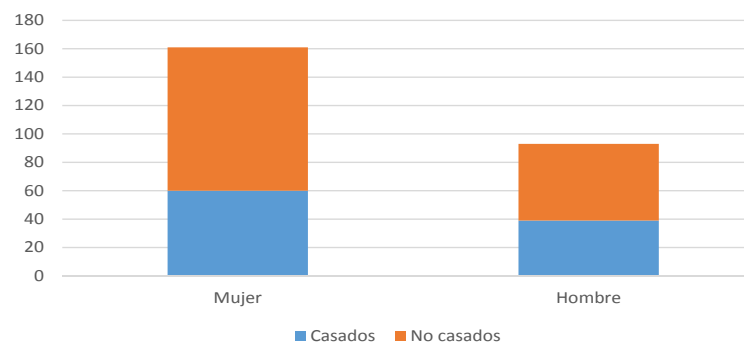
Estado civil



El estado civil no muestra variaciones relevantes en función del sexo (Gráfica VI).

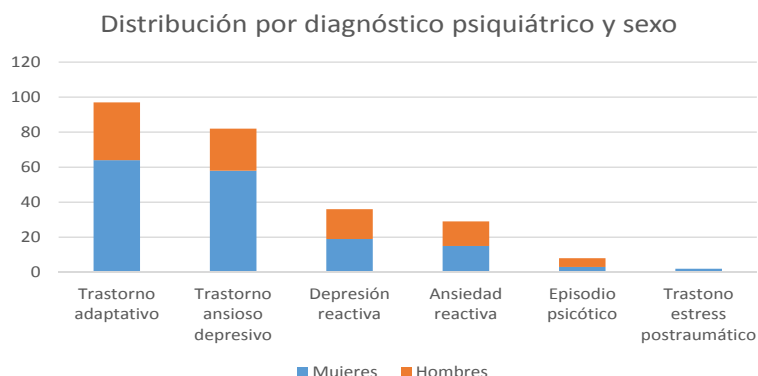
Gráfica VI

Distribución por estado civil y sexo



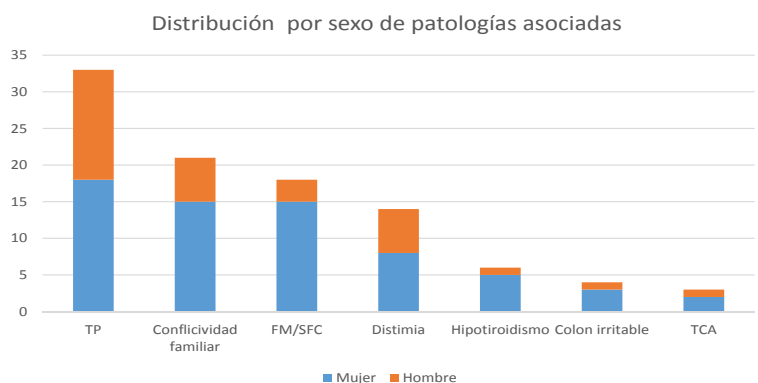
El 70% de la patología psiquiátrica reactiva a conflictividad laboral es diagnosticada de TAD (38%) o SAD (32%), siendo ambos diagnósticos más prevalentes en el sexo femenino (Gráfica VII). La distribución por sexos de estos datos la vemos en la gráfica VII.

Gráfica VII



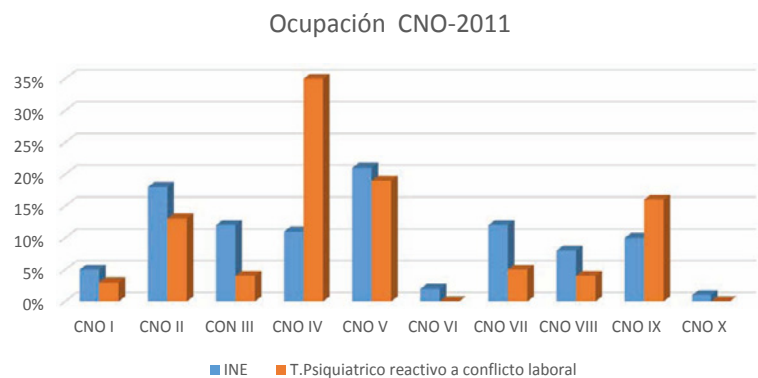
Se observa una mayor prevalencia para la variable FM y SFC (p: 0,1261; RP: 2,8). Al igual que en las 2 variables anteriores, en la distimia también se advierte una prevalencia mayor en nuestra muestra que en la población general (p: 0,4951; RP: 1,5), pero sin obtener diferencias estadísticamente significativas. La distribución por sexos de estos datos la vemos en la gráfica VIII.

Gráfica VIII



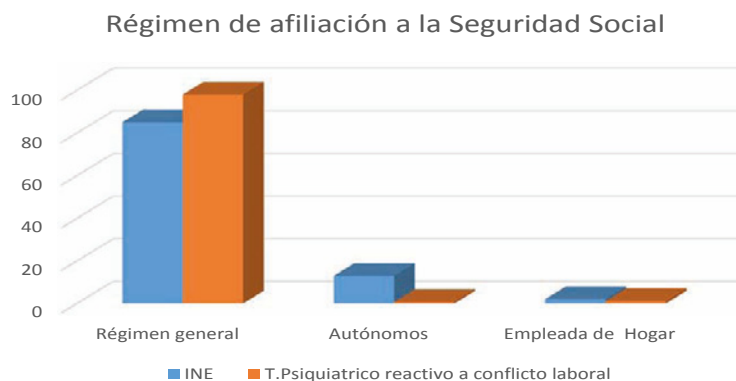
Más de 1/3 de los casos (35,4%) se da en trabajos de tipo administrativo, lo que supone un 24% más que en la población general (p: 0,0001; RP: 3,2) (Gráfica IX).

Gráfica IX



El 98% son de régimen general y solo el 0,7% autónomos (Gráfica X).

Gráfica X



DISCUSIÓN

Cabría esperar que el empeoramiento de las condiciones laborales consecuencia de la crisis actual podría conllevar un aumento de la conflictividad laboral, pero los resultados del estudio muestran una tendencia al descenso del número de casos. Entre las explicaciones a estos resultados se encuentran que existe un mayor número de personas en desempleo, que probablemente las personas con empleo tengan un mayor temor al despido y que la Seguridad Social ha implantado y sigue poniendo en marcha, medidas de control para reducir los costes relativos al pago de la prestación de IT, una de las más recientes y de gran importancia fue la publicación del RDL 20/2012 de 13 de julio en el que se recoge la modificación del régimen retributivo de los empleados públicos durante la situación de IT. Este comportamiento también ha sido observado por otros autores²⁷.

La edad media de nuestra muestra es muy similar a la observada en otros estudios⁶. El conflicto laboral es menos frecuente en los más jóvenes probablemente porque asumen que los primeros trabajos implican más sobrecarga y renuncia.

Siendo las mujeres minoría en el ámbito del trabajo remunerado, observamos, al igual que en la mayoría de estudios similares^{5,6,28,29}, que el porcentaje de mujeres en nuestra muestra es sensiblemente superior al de hombres.

El comportamiento de la variable estado civil es similar al observado por otros autores³⁰.

El porcentaje de TAD es casi idéntico al que observan otros estudios realizados en este tipo de pacientes en la CAM^{5,6}.

El porcentaje de TP observado en nuestra muestra, 13 %, es ligeramente superior al recogido en la bibliografía para la población general, 10%¹¹⁻¹⁹, (p: 0,5060; Razón de prevalencia = 1,3). Se ha englobado en la misma variable TP y RP por 2 motivos. Uno es la consideración de que se trata de un rasgo acentuado y relevante del diagnóstico psiquiátrico y que por este motivo el psiquiatra lo recoge en su informe (el médico evaluador no realiza esos diagnósticos en su consulta) y no se trata de un aspecto más del carácter del paciente. El otro motivo es que el DSM-IV-TR¹⁸ indica que un RP pasa a ser un TP cuando «son inflexibles y desadaptativos y causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo, que podemos considerar implícito en su situación de incapacidad laboral.

Los datos disponibles sobre la prevalencia de los trastornos de la personalidad son dispares debido en parte a la sutil diferencia que existe entre un TP y un RP. De hecho los rasgos de la personalidad desadaptativos específicos que no traspasan el umbral (lista de síntomas específicos) para algún trastorno de personalidad también pueden anotarse en el eje II¹⁸.

En los pacientes del estudio, observamos una mayor prevalencia de FM y SFC. La prevalencia de la variable FM y SFC se obtiene de la suma de los datos del estudio EPISER sobre fibromialgia en España para población de más de 20 años, 2,4%²³ y de la prevalencia de SFC en EEUU, entre el 0,07 y el 0,3%²⁴, dado que no hay estudios epidemiológicos al respecto en España. Además se tiene en cuenta que hasta el 70% de los pacientes con FM cumplen criterios diagnósticos de SFC y viceversa^{31,32}.

Como indican Rodríguez et al⁵, la psicopatología que aparece en el medio laboral no siempre está desencadenada por la actividad laboral, sino que en muchos casos, los conflictos laborales tiene su origen en patologías previas o rasgos de personalidad patológicos que favorecen conductas desadaptativas.

La mayoría de los estudios observan que los trastornos psiquiátricos reactivos a conflicto laboral son más frecuentes entre los trabajadores cualificados^{5,6}. La mayor frecuencia de profesiones de índole administrativo observada en este estudio apoyan dichos resultados.

Parece lógico que solo un 0,7% de la muestra sean autónomos, dado que estos organizan y gestionan su trabajo. Los casos detectados se debían a la existencia de copropietarios en la empresa. Sin embargo en otros estudios⁵ se ha observado que el porcentaje de autónomos con incapacidad laboral secundaria a patología psiquiátrica en general (no reactiva a conflicto laboral) era superior (26%) al porcentaje de autónomos de la población general (13%, INE 2011).

CONCLUSIONES

Por tanto, es importante identificar estos riesgos y tomar medidas en una fase temprana para evitar un entorno de trabajo destructivo. Los empresarios no deberían esperar a recibir quejas de las víctimas. El artículo 4 del Reglamento de Servicios de Prevención señala que la evaluación de riesgos deberá tener en cuenta «las condiciones de trabajo pero también «la posibilidad de que el trabajador que ocupe el puesto o vaya a ocuparlo sea especialmente sensible, por sus características personales o estado biológico. Se define así en este artículo la doble vertiente de la evaluación de riesgos, por un lado la de las condiciones objetivas del puesto y por otra la de las condiciones subjetivas de la persona o personas que van a ocuparlo.

Este estudio y los datos de la bibliografía citada, permiten lanzar la hipótesis de que hay un perfil de paciente que tiene mayor probabilidad de desarrollar una IT reactiva a un conflicto laboral. Las mujeres, de entre 35 a 50 años, con una ocupación de tipo administrativo y con diagnósticos previos de trastorno de la personalidad, fibromialgia o distimia, tienen más riesgo de sufrir un trastorno psiquiátrico reactivo a conflicto laboral. Es necesario realizar estudios de cohortes bien diseñados con periodos de seguimiento amplios para confirmar estos resultados.

Siendo las mujeres minoría en el ámbito del trabajo remunerado, observamos, al igual que en la mayoría de estudios similares^{5,6,28,29}, que el porcentaje de mujeres en nuestra muestra es sensiblemente superior al de hombres.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- El hecho de que el estudio incluya solo los datos médicos recogidos en el apartado diagnóstico del IMS puede conllevar pérdida de información (gravedad de la patología, matices del diagnóstico, tiempo de evolución,..) pero asegura la inclusión de los datos más relevantes.
- No se han estudiado otras variables que podrían influir en la aparición de este conflicto laboral, como, n.º de IT previas, sueldo, situación familiar, etc.

AGRADECIMIENTOS

A la Unidad Médica y a la Unidad de Informática de la Dirección Provincial de Madrid y a la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas del INSS, sin cuya colaboración y apoyo no hubiera sido posible la realización de este trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization: The World Health Report 2001. Mental Health. New understanding, new hope. Geneva: WHO, 2001
2. Agencia Europea de Seguridad y salud en el trabajo osha.eu.int\ew2002
3. Díaz MA, Cazorla AI, Bueno K, Cristóbal E, Maqueda J, Rodríguez B. Estrés en el trabajo, un problema de salud en la estrategia europea de seguridad y salud en el trabajo: la situación de España en Europa. *Medicina y Seguridad del Trabajo*. Diciembre. 2004; 197; 8-14.
4. Cazorla AI, Díaz MA, Bueno K, Cristóbal E, Maqueda J; Rodríguez B. Morbilidad laboral percibida, exclusión y violencia en el trabajo: la situación de España en Europa. *Medicina y Seguridad del Trabajo*. Septiembre. 2004; 196; 7-12.
5. Rodríguez B; Gómez A; García A; López I. Sintomatología depresiva asociada al trabajo como causa de incapacidad temporal en la Comunidad de Madrid. *Mapfre Medicina*, 2005, 16, 3: 184-194
6. Pastrana JI, Fernández C, Ramos R, Carrasco JL. Características clínicas y sociolaborales de pacientes psiquiátricos al término de la incapacidad temporal por contingencia común. *Med Segur Trab (Internet)* 2013; 59 (231) 205-226
7. Blank, L; Peters, J; Pickvance, S; Wilford, J; MacDonald, E. A systematic review of the factors which predict return to work for people suffering episodes of poor mental health. *Journal of Occupational Rehabilitation* (2008) 18:27-34
8. Sans M., Batalla C., Villagrasa D., Ezpeleta A., Escorza S., Comín E. Incapacidad temporal por patología psiquiátrica en un Centro de Salud. *Atención primaria* 2000;25:412-6
9. Clasificación nacional de Ocupaciones, versión 2011: CNO-2011. Disponible en http://www.ine.es/daco/daco42/clasificaciones/cno11_notas.pdf
10. <http://www.ine.es/jaxiBD/menu.do?divi=EPA&his=1&type=db&L=0>.
11. Oldham JM, Skodol AE, Bender DS. Tratado de los Trastornos de la Personalidad. Barcelona: Masson; 2007
12. Quiroga E, Errasti J.M. Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. *Psicothema*. 2001. vol. 13, nº 3, pp. 393-406
13. Valdés M, Gutiérrez F. Trastornos de la personalidad. In: Farreras-Rozzman editores. *Medicina Interna*. 17 ed. Barcelona pp. 1463-64
14. Zimmerman M , Coryell WH Diagnóstico de Trastornos de la Personalidad en la Comunidad. Una comparación de la auto-informe y Medidas Entrevista. *Arch. Gen. Psychiatry* 1990; 47 (6): 527-53
15. Ortuño F. Lecciones de Psiquiatría. Editorial. Médica Panamericana. España. 1^{era} edición. 2010 pag 276
16. López-Ibor JJ. La personalidad en Medicina y sus trastornos. Discurso para la recepción pública del Académico Electo. Madrid: 5 de octubre de 1993
17. Maier W., Lichtermann, D., Klinger T., et al (1992) Prevalences of personality disorder (DSM-III-R) in the community. *Journal of Personality Disorders*, 6, 187- 196
18. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Editorial Masson, Barcelona 2002
19. Kessler et al DSM-IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry* (2009) 195, 46-53. doi: 10.1192/bjp.bp.108.058552
20. Chocrón L, Vilalta J, Legazpi I, Auquer K, Franch L. Prevalencia de psicopatología en un centro de atención primaria. *Aten Primaria* 1995; 16: 586-590 y 592-593
21. Vázquez-Barquero JL, García J, Artal Simón J, Iglesias C, Montejo J, Herrán A et al. Mental health in primary care. An epidemiological study of morbidity and use of health resources. *Br J Psychiatry*. 1997; 170: 529-535
22. Baca E, Sáiz J, Agüera LF, Caballero L, Fernández A, Ramos JA et al. Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en atención primaria usando el cuestionario PRIME-MD. *Aten Primaria* 1999; 23: 275-279

23. Sociedad Española de Reumatología. Estudio EPISER. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. Madrid: Sociedad Española de Reumatología; 2001
24. Buchwald D, Umali P, Umali J, Kith P, Pearlman T, Komaroff AL. Chronic fatigue and the chronic fatigue syndrome: prevalence in a Pacific Northwest health care system. *Ann Intern Med.* 1995;123(2):81-8
25. Gascó E, Serna MC, Vázquez A, Peremiquel M, Ibarz M, Serra L. Prevalencia del trastorno de la función tiroidea en la provincia de Lleida. *Aten Primaria* 1999; 24: 475-479
26. Mearin F, Badía X, Balboa A, and the IBER-Group. How restrictive are Rome II criteria for the diagnosis of the irritable bowel syndrome? *Gut* 2000; 47(Supl 3):A215.)
27. Ribé JM, Cleris M, Alfranca J. «Trastornos mentales del ámbito socio-laboral: ¿son las personas responsables de su malestar o depende también del contexto?». *Norte de salud mental*, 2011, vol. IX, n.º 41: 13-26
28. Pastrana JI ¿Cuánto cuesta el mobbing en España? *Lan Harremanak/7* 2002-II; 171-181
29. Molina JM, Fernández M, Zúñiga A. Perfil clínico y sociodemográfico de la incapacidad temporal de larga evolución de causa mental: estudio transversal. *medicina del Trabajo* 19, 2; julio 2010 (21-32)
30. Catalin-Romero C et al. Predictores de la duración de la incapacidad temporal por contingencias comunes en los trastornos de ansiedad. *Gac Sanit.* 2013;27(1):40-46
31. 31. Fernández-Solá J. Síndrome de la fatiga crónica y su relación con la fibromialgia. *Rev Esp Reumatol.* 2004;31:535-7.
32. Rivera J. Entendiendo el síndrome de fatiga crónica *Reumatol Clin.* 2010;6(4):185-186.