



## Artículo

---

### Evaluación de un programa de prevención de trastornos afectivos en el medio laboral

---

### Evaluation of an affective disorders prevention program at the workplace

DAVID GIMENO<sup>1</sup>  
FERNANDO G. BENAVIDES<sup>1</sup>  
JOAN BENACH<sup>1</sup>  
JAVIER DEVESA<sup>2</sup>  
AURORA BERRA<sup>3</sup>

---

#### RESUMEN

**Objetivo:** Valorar la efectividad de un programa de prevención de los trastornos afectivos en el medio laboral.

**Sujetos y métodos:** Estudio de cohorte retrospectiva de 1099 trabajadores tras un periodo de seguimiento entre dos y tres años en tres empresas (A, B y C). La intervención consistió en terapia de apoyo por un especialista y un programa de cinco seminarios de tres horas de duración sobre técnicas psicológicas para el desarrollo personal y afrontamiento psicológico. La incidencia y la duración de episodios de incapacidad temporal (IT) se compararon entre el año previo y el año posterior al programa.

**Resultados:** La tasa de incidencia de episodios de IT de hasta 15 días se redujo en la empresa A (de 48,3 a 20,7). También se observó una disminución de la duración media de los episodios en las tres empresas (de 5 a 4,5 días en A, de 7 a 4 días en B y de 7,5 a 7 días en C).

**Conclusiones:** Estos resultados confirmarían un cierto efecto positivo a corto plazo de la intervención, aunque sería necesario realizar estudios a largo plazo teniendo en cuenta específicamente los episodios de IT por trastorno mental.

---

<sup>1</sup>Unitat de Recerca en Salut Laboral. Departament de Ciències Experimentals i de la Salut. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona. Correo electrónico: david.gimeno@cexs.upf.es

<sup>2</sup>Mutua Universal. Barcelona.

<sup>3</sup>Diversified España, S.A. Barcelona.

## **ABSTRACT**

The aim of this study was to assess the effectiveness of a prevention program for affective disorders in the workplace.

**Subjects and Method.** A 2 to 3 year follow up was made of a retrospective cohort of 1099 workers in three companies, A, B and C. The intervention consisted of a support therapy by a specialist and a program of five three-hours seminars on psychological coping strategies. Incidence and duration of sick leaves after the program were compared with those of previous year.

Results show a decrease in the incidence rate of short sick leaves in company A from 48.3 to 20.7. A decrease in average duration was also observed in all companies: from 5 to 4.5 days in company A; from 7 to 4 days in company B; and from 7.5 to 7 days in company C.

To conclude, the results confirm some short term positive impact of the intervention, although there is a need of long term studies focussing on mental related sick leaves episodes.

## **PALABRAS CLAVE**

Intervención, incapacidad temporal, trastorno mental.

## **KEY WORDS**

Intervention, sick leave, mental disorder.

## **INTRODUCCIÓN**

Los trastornos mentales y, en especial, los trastornos afectivos, han sido frecuentemente señalados como una de las causas relevantes que reduce la calidad y productividad de las empresas aumentando sus costes asociados (Kessler y Frank, 1997; Kouzis y Eaton, 1994; Muto et al, 1999; Broadhead, Blazer, George y Tse, 1990). Por ejemplo, en EEUU se estima que en 1990 se perdieron casi 200 millones de días de trabajo como consecuencia de padecer una depresión (Greenberg, Stiglin, Finkelstein y Berndt, 1993) y en Gran Bretaña se pierden 40 millones de días laborales debidos a problemas mentales y emo-

cionales (Cartwright y Cooper, 1997). En España, aunque la evidencia no es hasta el momento concluyente, la prevalencia de trastornos afectivos en el lugar de trabajo es más elevado en las empresas del sector servicios (Gimeno, Benavides, Benach, Jarque, De Cambra y Devesa, 2001).

En los últimos años se han iniciado numerosas experiencias para mejorar la salud mental de la población trabajadora y reducir su incapacidad laboral, tanto mediante intervenciones de carácter individual como con intervenciones dirigidas a lograr cambios en las condiciones laborales y la organización del trabajo (Saroja, Rampal, Kasmini, Anisa y Bakar, 1999; Kom-

pier, Aust, Van den Berg y Siegrist, 2000; Vathera, Kivimäki, Pentti y Theorell, 2000).

Por otra parte, la incidencia y duración de los episodios de incapacidad temporal (IT) es una medida que se usa habitualmente como un indicador de la salud de los trabajadores, siendo la IT de corta duración (menos de 15 días) un parámetro útil para evaluar el resultado de las intervenciones preventivas en las empresas (Benavides, Benach y Moncada, 2001).

El objetivo del presente estudio fue valorar la efectividad de un programa de prevención de trastornos afectivos en tres empresas de distinto ámbito geográfico en España. El propósito del programa de prevención de trastornos afectivos era disminuir significativamente la incidencia y la duración de los episodios de incapacidad temporal por estos trastornos de salud en cada una de las empresas de estudiadas.

## SUJETOS Y MÉTODOS

El diseño del estudio fue una cohorte retrospectiva, cuyo seguimiento incluyó un año antes y uno después del periodo de desarrollo del programa de prevención. La población de estudio fueron los 2328 trabajadores de tres empresas con una antigüedad mínima de 6 meses en plantilla. Se consideraron como trabajadores participantes ( $n=1099$ ) a aquellos que formaban parte de cada una de las empresas durante todo el periodo de observación y contestaron a un cuestionario sobre trastornos afectivos. Los periodos de observación fueron de junio de 1997 a junio de 2000 en la empresa A, de construcción de obras públicas con sede en Barcelona; entre abril de 1998 y julio de 2000 en la empresa B, de componentes del automóvil, ubicada en Santander; y entre febrero de 1998 y

diciembre de 2000 en la empresa C, de componentes eléctricos y sistemas electrónicos situada en Tarragona.

Las empresas que participaron en el estudio lo hicieron por la selección de una Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de acuerdo a los requisitos de existencia de una Unidad Básica de Salud (UBS) propia y a que la gestión de la IT se realizara desde dicha Mutua. La empresa B cumplía los requisitos, pero se integró en el estudio a petición propia.

**El programa se inició con una acción informativa desarrollada en cada empresa, que incluía una explicación sobre la puesta en marcha del programa de prevención, también sobre los factores de riesgo psicosocial de origen laboral y extralaboral y sus implicaciones sobre la salud en el trabajo. Así mismo, se solicitaba la cumplimentación voluntaria de un cuestionario que el trabajador podía cumplimentar cuando acudía al examen de salud anual que ofrecía la empresa.** El cuestionario constaba de dos partes: la primera incluía una versión del cuestionario de condiciones de trabajo, vida y satisfacción desarrollado por el Centre de Salut Laboral del Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona (Artazcoz, Cruz, Moncada y Sánchez, 1998), que a su vez adaptaba al castellano el Job Content Questionnaire (Karasek, Pieper y Schwartz, 1993), con el que además se recogieron datos sociodemográficos y laborales. La segunda parte era el cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ) en su versión castellana de 28 ítems (Lobo, Pérez-Echevarría y Arat, 1986), utilizado para evaluar el estado de salud mental de los trabajadores. Un individuo fue considerado "posible caso" de padecer un trastorno afectivo cuando su puntuación en el cuestionario GHQ era superior a 6.

Cuando un trabajador era clasificado como "posible caso", se le comunicaba confidencialmente y se le ofrecía una visita a un médico especialista en psiquiatría para confirmar el resultado. En caso de haberse confirmado la existencia de algún trastorno se aconsejaba al trabajador que siguiera el tratamiento propuesto por el especialista, cuyo seguimiento era voluntario. De esta manera, algunos trabajadores clasificados como "posible caso" decidieron no acudir al especialista. Asimismo, algunos trabajadores que no fueron clasificados como "posible caso" acudieron a la cita con el médico especialista por consejo del médico de la empresa, ya que alguno de estos podía padecer un trastorno afectivo.

Finalmente, se ofreció a todos estos trabajadores un programa de apoyo financiado por la empresa que consistió en cinco seminarios, **realizados en grupo** fuera del entorno laboral, de tres horas de duración cada uno, enseñándoles técnicas psicológicas para el desarrollo personal y técnicas de "enfrentamiento" (coping) para manejar adecuadamente situaciones personales y laborales. **En concreto, el programa pretendía que los participantes adquirieran conocimientos relativos a los fundamentos, los objetivos y las posibilidades de aplicación de las técnicas de desarrollo personal. Se enseñaba a discriminar y valorar diferentes situaciones de desajuste entre las demandas externas y los procesos internos de adaptación a las mismas, y tras el reconocimiento de esas situaciones, se planteaban estrategias de actuación frente a ellas y se entrenaban técnicas concretas (reestructuración cognitiva, resolución de problemas, relajación progresiva y técnicas de habilidades sociales) con el objetivo de disminuir los estados generales de ansiedad y tensión.** A estos seminarios podía acudir cualquier trabajador, aunque se aconsejaba de

manera expresa la asistencia a los trabajadores evaluados como "posible casos" o identificados por el médico de empresa. Los seminarios fueron impartidos por dos psicólogos, uno de los cuales los impartió en las empresas A y C, y el segundo en la empresa B. Denominamos trabajadores "intervenidos" a los trabajadores que recibieron tratamiento del médico especialista y/o acudieron al programa de apoyo.

Para evaluar la efectividad del programa se comparó, tanto entre los trabajadores participantes como entre los intervenidos, la tasa de incidencia de episodios de IT y la duración media (mediana) de dichos episodios durante el año previo y el año posterior a la puesta en marcha del programa. Se estimó el riesgo relativo (RR) y su intervalo de confianza (IC95%) para comparar la reducción de IT entre los intervenidos y los no intervenidos. Además, se crearon dos grupos según la duración de los episodios: hasta quince días inclusive (IT de corta duración) o mayor de quince días (IT de larga duración). Esta división se realizó teniendo en cuenta los criterios de la cobertura por IT, siendo en el primer caso el empresario el que asume directamente el pago de la prestación económica y, en el segundo caso, la Seguridad Social. La variable que recoge los días de duración de los episodios tiende a presentar una distribución sesgada y, por ello, se utilizó la mediana en lugar de la media como medida descriptiva robusta frente a la presencia de valores extremos.

Para el análisis estadístico de las tasas se aplicaron tests de hipótesis para densidad de estudios de seguimiento (Kleinbaum, Kupper y Mongenstern, 1982) y, para el análisis de la duración de los episodios se utilizaron las pruebas para la mediana de Wilcoxon de datos apareados (1947) y la U de Mann-Whitney (Mann y

Whitney, 1947), según los grupos estuvieran o no relacionados. Los cálculos se realizaron con los programas estadísticos STATA® v.6.0. y SPSS® 9.0.1.

## RESULTADOS

El número de trabajadores que participaron en el programa fue de 293 (40,2%) en la empresa A, de 199 (38,9%) en la B y de 607 (55,8%) en la C. De estos fueron intervenidos 29 en la empresa A, 33 en la B y 125 en la C. En las tres empresas la mayoría de la muestra estuvo compuesta por hombres, menores de 40 años y con estudios primarios o secundarios. Al comparar la distribución de los trabajadores intervenidos con los no intervenidos, los intervenidos en la empresa A eran más jóvenes, había proporcionalmente más mujeres en las empresas A y C y más trabajadores con estudios primarios en las empresas B y C (datos no mostrados).

Al analizar el total de trabajadores que participaron en el programa en cada empresa (Tabla 1), observamos que la tasa de episodios por trabajador y su duración en la empresa A no disminuyó entre los periodos pre y post intervención, sino que incluso aumentó levemente (de 94 a 101 episodios), aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Esto ocurrió para todos los tipos de episodios considerados. En la empresa B la tasa por trabajador en la IT de corta duración aumentó en el periodo postintervención respecto al periodo preintervención (de 44 a 61 episodios) y, en consecuencia, en el total de episodios de IT, aunque sin que los resultados fueran estadísticamente significativos. Sin embargo, la duración de los episodios mostró una tendencia general a disminuir tras el periodo de intervención (de 7,5 días a 6 días). Igualmente, en la

empresa C también se observó un aumento en la tasa de episodios por trabajador (de 21,4 a 27,0), debido sobre todo a un aumento de la IT de corta duración (de 14,5 a 19,6) que fue estadísticamente significativo; además, se produjo un descenso de la duración media de los episodios estadísticamente significativo (de 11 a 8 días para todos los episodios y de 8 a 5 días para los de corta duración).

Centrándonos exclusivamente en los trabajadores intervenidos, observamos como en la empresa A las tasas de episodios por trabajador se redujeron tras el periodo de intervención, siendo estas diferencias estadísticamente significativas con relación al total de episodios (de 62,1 a 27,6) y a la IT de corta duración (de 48,3 a 20,7). En las empresas B y C el patrón fue muy similar al observado en relación al total de trabajadores, aunque en la empresa C las diferencias no fueron estadísticamente significativas. También se observó una disminución de la duración media de los episodios en las tres empresas (de 5 a 4,5 en A, de 7 a 4 en B y de 7,5 a 7 en C), aunque ésta no fue estadísticamente significativa en ninguna de ellas.

Al comparar el riesgo de IT entre los trabajadores intervenidos y los no intervenidos por empresas (Tabla 2), encontramos que, antes de la intervención, el riesgo entre los intervenidos en las empresas A y B fue siempre más de dos veces superior, siendo estadísticamente significativo. Esto no ocurrió para las IT de larga duración en la empresa A. El riesgo se igualó entre ambos grupos después de la intervención en la empresa A, pero no en la empresa B. En la empresa C, la frecuencia de la IT entre los intervenidos fue similar a la de los no intervenidos antes de la intervención, no modificándose después de la misma.

Tabla 1. Frecuencia (tasa<sup>1</sup>) y duración (mediana) de los episodios de incapacidad temporal antes y después del periodo de intervención entre los trabajadores que participaron en el programa y entre los trabajadores intervenidos en las empresas A, B y C.

	Trabajadores que participan en el programa						Trabajadores intervenidos					
	Empresa A		Empresa B		Empresa C		Empresa A		Empresa B		Empresa C	
	Periodo pre-programa	Periodo post-programa	Periodo pre-programa	Periodo post-programa	Periodo pre-programa	Periodo post-programa	Periodo pre-programa	Periodo post-programa	Periodo pre-programa	Periodo post-programa	Periodo pre-programa	Periodo post-programa
Trabajadores	293	293	199	199	607	607	29	29	33	33	125	125
Episodios												
Total	94	101	64	79	130	164	18	8	20	26	29	39
Tasa <sup>2</sup>	32,1	34,5	32,2	39,7	21,4	27,0 *	62,1	27,6 *	60,6	78,8	23,2	31,2
Mediana (días) <sup>3</sup>	6	8	7,5	6	11	8 *	5	5	10	7,5	14	11
De hasta 15 días	68	70	44	61	88	119	14	6	13	19	18	25
Tasa <sup>2</sup>	23,2	23,9	22,1	30,7	14,5	19,6 *	48,3	20,7 *	39,4	57,6	14,4	20,0
Mediana (días) <sup>3</sup>	5	6	5	4	8	5 *	5	4,5	7	4	7,5	7
De más de 15 días	26	31	20	18	42	45	4	2	7	7	11	14
Tasa <sup>2</sup>	8,9	10,6	10,1	9,0	6,9	7,4	13,8	6,9	21,2	21,2	8,8	11,2
Mediana (días) <sup>3</sup>	32,5	41	32	33,5	35	33	32	63,5	66	21	42	33,5

<sup>1</sup>Tasa = (episodios / trabajadores-año) x 100. <sup>2</sup>Test Z. <sup>3</sup>Prueba de Wilcoxon de datos apareados. \* p < 0,05

Tabla 2. Análisis de la incidencia de incapacidad temporal antes y después del periodo de intervención entre los trabajadores que fueron o no intervenidos en las empresas A, B y C.

Episodios	Empresa A				Empresa B				Empresa C				
	Intervenidos		No		Intervenidos		No		Intervenidos		No		
	(n=29)	RR	IC 95%	(n=264)	RR	IC 95%	(n=33)	RR	IC 95%	(n=125)	RR	IC 95%	
Todos													
Periodo pre	18	2,16	1,53 - 4,53	76	2,16	1,53 - 4,53	20	44	2,24	1,54 - 3,24	29	101	1,11 0,77 - 1,59
Periodo post	8	0,78	0,42 - 1,31	93	0,78	0,42 - 1,31	26	53	2,47	1,86 - 3,28	39	125	1,20 0,89 - 1,63
De hasta 15 días													
Periodo pre	14	2,36	1,51 - 4,55	54	2,36	1,51 - 4,55	13	31	2,04	1,21 - 3,46	18	70	0,99 0,61 - 1,60
Periodo post	6	0,85	0,41 - 1,41	64	0,85	0,41 - 1,41	19	42	2,23	1,51 - 3,31	25	94	1,03 0,69 - 1,52
De más de 15 días													
Periodo pre	4	1,66	0,61 - 4,47	22	1,66	0,61 - 4,47	7	13	2,71	1,17 - 6,27	11	31	1,37 0,71 - 2,65
Periodo post	2	0,63	0,16 - 3,51	29	0,63	0,16 - 3,51	7	7	3,20	1,34 - 7,65	14	31	1,74 0,96 - 3,17

RR: Riesgo Relativo. IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Tabla 3. Análisis de la duración (mediana) de los episodios de incapacidad temporal antes y después del periodo de intervención entre los trabajadores que fueron o no intervenidos en las empresas A, B y C.

	Empresa A		Empresa B		Empresa C	
	No		No		No	
	Intervenidos	no intervenidos	Intervenidos	no intervenidos	Intervenidos	no intervenidos
Trabajadores	29	264	33	166	125	482
<i>Todos</i>						
Periodo pre						
Mediana (días) <sup>1</sup>	5	6,5	4,5	7	14	11
Periodo post						
Mediana (días) <sup>1</sup>	5	8	7,5	6	11	6 *
<i>De hasta 15 días</i>						
Periodo pre						
Mediana (días) <sup>1</sup>	5	5	7	5	7,5	8
Periodo post						
Mediana (días) <sup>1</sup>	4,5	6	4	5	7	5 *
<i>De más de 15 días</i>						
Periodo pre						
Mediana (días) <sup>1</sup>	32	32,5	66	32	42	34
Periodo post						
Mediana (días) <sup>1</sup>	63,5	41	21	45	33,5	33

<sup>1</sup>Prueba U de Mann-Whitney \* p<0,05

Finalmente, al analizar la duración media de los episodios de IT entre los trabajadores intervenidos y no intervenidos por periodos, antes y después del periodo de intervención (Tabla 3), vemos que en la empresa A la duración media de los episodios en ambos periodos fue en casi todos los casos mayor entre los no intervenidos. Por el contrario, en las empresas B y C fueron los intervenidos quienes mostraron duraciones medias mayores, tanto antes como después de la intervención, siendo las diferencias estadísticamente significati-

vas sólo en la empresa C en relación a todos los episodios y para la IT de corta duración.

## DISCUSION

El hecho de que el estudio se llevara a cabo en tres empresas diferentes en cuanto a su ubicación geográfica, actividad económica y características demográficas de los trabajadores, e incluso con algunas diferencias de la propia intervención preventi-



va entre las empresas (el psicólogo que impartía los seminarios, la duración del periodo considerado de intervención y los criterios de entrada en el estudio), podría explicar la falta de un patrón consistente en los resultados. Sin embargo, es importante destacar que no existen intervenciones preventivas de efectividad universal que garanticen el éxito, sino que éstas han de ser específicas de cada organización (O'Donnell, 2001).

Por otra parte, existen algunas limitaciones que afectan a nuestro estudio y que se deben tener en cuenta en la interpretación de los resultados. La primera es que la participación fue menor de la deseada y el número de trabajadores intervenidos pequeño, exceptuando quizás la empresa C. Ello ha dado lugar a unas estimaciones de los parámetros analizados poco precisas, que pueden ser reflejo de falta de poder estadístico, y probablemente sesgadas, ya que desconocemos los motivos que llevaron a los trabajadores a participar. En segundo lugar, hay que remarcar la naturaleza puntual de la intervención, lo que seguramente reduce el posible impacto positivo de estas intervenciones preventivas. Intervenciones más extensas y de mayor duración probablemente producirían mejores resultados y más permanentes, tal como sugieren otros estudios (Maes, Verhoeven, Kittel y Scholten, 1998).

Además, la valoración del impacto de la intervención mediante la frecuencia y la duración de la IT por todos los diagnósticos médicos y no únicamente por trastornos mentales, pues el diagnóstico médico no constaba en la mayoría de los episodios, ha disminuido sin duda la especificidad de la evaluación de la intervención.

No obstante estas limitaciones, los

resultados permiten apreciar algunos patrones de interés. En primer lugar, y **contrariamente a lo esperado**, se observó un incremento de la frecuencia de IT en las tres empresas entre el periodo pre y postintervención, aunque este aumento coincide con una tendencia general en los últimos años de incremento de la frecuencia de IT en nuestro entorno (Instituto Nacional de la Salud, 1998, 1999), sobre todo la de corta duración. **Igualmente, la aportación inicial de información con intencionalidad preventiva podría haber favorecido un aumento en la notificación de los casos y, de este modo, contribuir al aumento de la frecuencia de IT.** Sin embargo, y a pesar de este incremento generalizado, en los trabajadores intervenidos en la empresa A se observó un impacto positivo de la intervención al reducirse significativamente la incidencia de IT e igualarse el riesgo de tener un episodio de corta duración entre los trabajadores intervenidos y los no intervenidos después de la intervención. **Estos resultados fueron coherentes con los cambios esperados tras la intervención.** Dado que en las empresas B y C no se observaron resultados negativos, podemos considerar la hipótesis de la bondad de la intervención confirmada en la empresa A.

Asimismo, y **de acuerdo a las expectativas**, se observó una reducción general de la duración de los episodios de IT, sobre todo para los de corta duración. Este resultado en la empresa C tiene lugar sin que, como ha ocurrido respecto a la incidencia, se observaran resultados negativos en las otras dos empresas. Además, en el conjunto de los trabajadores participantes en el programa, tanto intervenidos como no intervenidos, se observaron reducciones en la duración media de los episodios de IT que incluso en el caso de la empresa C fueron estadísticamente significativas.

Estos resultados son consistentes con otros estudios previos recientemente revisados de forma sistemática (Van der Klink, Blonk, Schene y Van Dijk, 2001). En un metanálisis de 48 estudios se encontraron efectos beneficiosos de intervenciones cognitivas individuales para el trabajador y la empresa, siendo la forma preventiva de primera elección en el caso de trabajadores con sintomatología relacionadas con el estrés. Además, cuando se trata de problemas psicológicos ya existentes, es posible que las intervenciones individuales tengan más impacto que las colectivas (Reynolds, 1997). Igualmente, como otros estudios han observado (Stansfeld, Rael, Head, Shipley y Marmot, 1997), las condiciones del entorno de trabajo pueden tener impacto en la IT y, por lo tanto, la combinación de intervenciones preventivas de carácter colectivo con intervenciones individuales podría producir mejores resultados (Maes et al, 1998).

En conclusión, podemos afirmar que, de acuerdo a nuestros resultados, una intervención preventiva individual **de tipo psicológico cognitivo** en sujetos mayoritariamente sintomáticos, parece tener cierto efecto positivo en la reducción de la incidencia y duración de los episodios de IT. Por otro lado, tal como se ha señalado, una intervención a un nivel más amplio **de tipo informativo**, considerando a todos los trabajadores que formaron parte de cada una de las empresas durante todo el periodo de observación y contestaron el cuestionario sobre trastornos afectivos, también ha mostrado algunos resultados positivos, en **especial en cuanto a la duración de los episodios de IT**.

#### AGRADECIMIENTOS

A los trabajadores que participaron en

el estudio y a los miembros de los servicios de prevención de cada una de las empresas sin cuya colaboración no hubiera sido posible realizar este trabajo.

#### FINANCIACIÓN

Este estudio ha sido posible gracias a las ayudas de Diversified España, S.A. y Mutua Universal.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Artazcoz, L., Cruz, J.L., Moncada, S. y Sánchez, A. (1998). Estrés y tensión laboral en enfermeras y auxiliares de clínica de hospital. *Archivos de Prevención de Riesgos Labores*, 4, 154-160.

Benavides, F.G., Benach, J. y Moncada, S. (2001). Working conditions and sickness absence, a complex relation. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(5), 368.

Broadhead, W.E., Blazer, D.G., George, L.K. y Tse, C.K. (1990). Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA*, 264, 2524-2528.

Cartwright, S. y Cooper, C.L. (1997). *Managing Workplace Stress*. London: Sage Publications.

García, A.M. (2000). Working conditions and sickness absence, the need for action oriented research. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, 48-53.

Gimeno, D., Benavides, F.G., Benach, J., Jarque, S., de Cambra, S. y Devesa, J. (2001). Trastornos afectivos en población

laboral, ¿un problema emergente en salud laboral?. *Medicina Clinica*, 116, 493-495.

Greenberg, P.E., Stiglin, L.E., Finkels-tein, S.N. y Berndt, E.R. (1993). The economic burden of depression in 1990. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54 (11), 405-418.

Houtman, I., Kornitzer, M., De Smet, P., Koyuncu, R., De Backer, G., Pelfrene, E., Romon, M., Boulenguez, C., Ferrario, M., Origi, G., Sans, S., Perez, I., Wilhelmse, L., Rosengren, A., Isacsson, S.O. y Östergren, P.O. (1999). Job stress, absenteeism and coronary heart disease European cooperative study (the JACE study). *European Journal of Public Health*, 9, 52-57.

Instituto Nacional de la Salud. (1999). *Memoria 1998*. Madrid: Instituto Nacional de la Salud.

Instituto Nacional de la Salud. (2000). *Memoria 1999*. Madrid: Instituto Nacional de la Salud.

Karasek, R.A, Pieper, C. y Schwartz, J. (1993). *Job Content Questionnaire and user's guide, version 1.5*. Lowell (Boston): University of Massachusetts Lowell, Department of Work Environment.

Kessler, R.C. y Frank, R.G. (1997). The impact of psychiatric disorders on work days. *Psychological Medicine*, 27, 861-873.

Kleinbaum, D.G., Kupper, L.L. y Morgenstern, H. (1982) *Epidemiologic research. Principles and quantitative methods*. New York: Van Nostrand Reinhold Company.

Kompier, M., Aust, B., Van den Berg, A.M. y Siegrist, J. (2000). Stress prevention in bus drivers, evaluation of 13 natural

experiments. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5 (1), 11-31.

Kouzis, A.C. y Eaton, W.W. (1994). Emotional disability days. Prevalence and predictors. *American Journal of Public Health*, 8, 1304-1307.

Lobo, A., Pérez-Echevarría, M.J. y Arat, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16, 135-140.

Maes, S., Verhoeven, C., Kittel, F. y Scholten, H. (1998). Effects of a Dutch Work-Site Wellness-Health Program, The Brabantia Project. *American Journal of Public Health*, 88, 1037-1041.

Mann, H.B. y Whitney, D.R. (1947). On a test whether one of two random variables is stochastically larger than the other. *Annals of Mathematical Statistics*, 18, 50-60.

Muto, T., Sumiyoshi, Y., Sawada, S., Momotani, H., Itoh, I., Fukuda, H., Taira, M., Kawagoe, S., Watanabe, G., Minowa, H. y Takeda, S. (1999). Sickness absence due to mental disorders in Japanese workforce. *Industrial Health*, 37, 243-252.

O'Donnell, M.P. (2001). Design of workplace health promotion programs. En: O'Donnell, M.P. (Ed) *Health promotion in the workplace. 3<sup>rd</sup> Edition*. Columbia: Delmar.

Reynolds, S. (1997). Psychological well-being at work, is prevention better than cure. *Journal of Psychosomatic Research*, 43, 93-102.

Saroja, K.I., Ramphal, K.G., Kasmini, K., Ainsah, O. y Bakar, O.C. (1999). Trends

in Absenteeism Rates Following Psychological Intervention—Preliminary Results. *Singapore Medical Journal*, 40(5), 349-351.

Stansfeld, S.A., Rael, E.G.S., Head, J., Shipley, J. y Marmot, M. (1997). Social support and psychiatric sickness absence, a prospective study of British civil servants. *Psychological Medicine*, 27, 35-48.

Vahtera, J., Kivimäki, M., Pentti, J. y Theorell, T. (2000). Effect of change in the psychosocial work environment on sickness

absence, a seven year follow up of initially healthy employees. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, 484-493.

Van der Klink, J.J.L., Blonk, R.W.B., Schene, A.H. y van Dijk, F.J.H. (2001). The benefits of interventions for work-related stress. *American Journal of Public Health*, 91, 270-276.

Wilcoxon, F. (1947). Individual comparisons by ranking methods. *Biometrics*, 1, 80-83.