



Negociar la baja en un trastorno mental no grave

Mercedes Losilla Domínguez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
CS Dr. Morante. Santander.
GdT de Bioética de la semFYC.

Marta González Pescador

Especialista en Psicología clínica. Unidad de Salud Mental López Albo I. Santander.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Ana M.ª Sobrino López

Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Doctora en Medicina. CS Dr. Morante. Santander.
Servicio Cántabro de Salud.

Puntos clave

- El incremento de la patología mental no grave conlleva un aumento de la prescripción de la incapacidad transitoria (IT).
- La IT, herramienta terapéutica, está indicada por la dificultad que presenta ese paciente para desempeñar su actividad laboral o por las repercusiones negativas que esta pueda tener sobre su recuperación.
- El médico ha de evitar el perjuicio que puede suponer para el paciente interrumpir la actividad laboral, más aún cuando no es previsible que la patología y las limitaciones mejoren con ello.
- Las actividades cotidianas, incluido el trabajo, realizado a pesar de la existencia de síntomas, influye positivamente en la recuperación.
- Si la IT es necesaria, hay que acordar desde el inicio la duración y cómo serán los pasos a seguir para la recuperación de la salud, la reincorporación laboral y la prevención de recaídas.
- Los objetivos han de ser acordados con el paciente, individualizados y descritos en términos conductuales, pequeños, empezando por los más fáciles.
- Inicialmente, los objetivos se centrarán en los autocuidados para lograr y mantener una rutina saludable (comidas, sueño, relaciones, ejercicio).
- Afrontar el miedo a volver al trabajo como normal y necesario para superar adecuadamente la situación.
- Se prepararán los pasos a dar antes, durante y después de la reincorporación al trabajo que protejan la salud y prevengan recaídas.
- La recuperación completa se produce al recobrar la normalidad diaria, incluida la vuelta al trabajo.
- El seguimiento tras el alta es crucial para el éxito del proceso.

Magnitud del problema

Las personas psíquicamente sanas pueden presentar ante algunas circunstancias de conflictos personales, sociales o laborales, unas conductas, emociones y cogniciones poco adaptativas, disfuncionales para su salud y la resolución del problema sin que por ello se trate de un trastorno mental¹.

Los trastornos mentales son la segunda causa de IT después de los osteomusculares; ocupan el quinto puesto en cuanto a incidencia de IT, aunque los primeros lugares en cuanto a la duración media de los procesos, solo ligeramente inferior a la de enfermedades osteomusculares y oncológicas^{2,3}.

Algunos grupos diagnósticos (trastornos depresivos, ansiosos y de tipo adaptativo) son especialmente frecuentes, lo que supone un aumento del número de consultas en Atención Primaria (AP), bastantes de las cuales requieren una baja. Un alto porcentaje de las personas en IT por causas de salud mental no vuelve al trabajo en breve, siendo la duración media de la IT por este motivo superior a 5 semanas.

Los costes debidos a la IT suponen más del 50% del gasto gestionado en los centros de salud. Debido a ello y a la gran variabilidad en los resultados de la gestión de la misma por parte de los médicos de AP, su control y mejora se ha convertido en un objetivo prioritario de empresas y administración pública⁴.

La *Guía de valoración de incapacidad temporal para médicos de Atención Primaria* (diciembre del 2015)⁵, en el capítulo de enfermedades mentales, diferencia dos grupos de trastornos mentales, según la gravedad:

- a) Patologías graves y habitualmente crónicas que suelen afectar a las facultades superiores, ser progresivas y alterar el juicio sobre la realidad (esquizofrenia y psicosis de curso crónico, trastornos bipolares, trastorno depresivo crónico severo, demencias).
- b) Otros cuadros de menor gravedad, mucho más numerosos: síndromes depresivos, fobias, trastornos de ansiedad, adaptativos, de la personalidad, etc. Estos problemas, cada vez más frecuentes, suponen una mayor complejidad en la valoración de la IT. Este es el grupo al que se dirige esta propuesta de abordaje.

También el estrés laboral puede afectar a la salud mental, mediante estresores físicos (ruido, nocturnidad, jornada prolongada, etc.), cognitivos y emocionales (problemas de organización, conflictos con supervisores, subordinados o compañeros)⁶.

En todos estos trastornos de menor gravedad las facultades superiores suelen encontrarse intactas. Las limitaciones suelen deberse a tristeza, falta de impulso para actuar, falta de ilusión, tendencia al aislamiento, labilidad emocional, sensación de agotamiento físico y mental, etc.

En el texto refundido de la Ley General de Seguridad Social (art. 169) se consideran situaciones determinantes de IT las debidas a enfermedad o lesiones, mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria de la Seguridad Social y esté impedido para el trabajo⁷. En la [tabla 1](#) se reflejan los tiempos medios estimados de duración de la IT por estas patologías en España⁵.

TABLA 1

Tiempos estándar por algunas causas de salud mental⁵

Síndrome de ansiedad	15 días
Estado de ansiedad	20 días
Trastorno de ansiedad por separación	14 días
Agorafobia con ataque de pánico	30 días
Reacción aguda al estrés	7 días
Trastornos mixtos como reacción al estrés	30 días
Reacción de adaptación	20 días
Reacción de adaptación con características emocionales mixtas	30 días
Trastorno de tristeza e infelicidad	4 días
Reacción depresiva breve	30 días
Reacción depresiva prolongada	60 días

Abordar el problema

La valoración de la capacidad laboral requiere responder a las siguientes cuestiones:

1. ¿Existen criterios diagnósticos de un trastorno mental?
2. ¿Existe una repercusión funcional que impida la realización de su trabajo?
3. ¿La emisión de una IT va a servir o está sirviendo para la mejoría del enfermo?
4. ¿El tratamiento pautado limita las actividades del enfermo de forma significativa?
5. ¿El pronóstico y la naturaleza de la patología indican que las limitaciones sean progresivas o definitivas?

Por otra parte: ¿Es capaz de realizar su trabajo y de realizarlo de la forma que se requiere? ¿Es capaz de soportar la carga psíquica que supone? ¿La sintomatología le impide mantener su funcionalidad para hacer su vida diaria? ¿Parar y descansar durante un período corto puede facilitar que recupere los hábitos básicos de salud (comidas, sueño, relaciones)?

La IT debe ser prescrita, por tanto, por la dificultad que presenta ese paciente para desempeñar su actividad laboral o por las repercusiones negativas que pueda tener esta sobre su trastorno/patología.

Los pacientes consultan a veces solicitando un descanso «necesito una baja»; en otras rechazándolo aunque el médico lo considere indicado, «No quiero la baja», con angustia y temor a afrontar el problema. En ambos casos se pueden encontrar conductas de evitación, repercusiones familiares, sociales o inseguridad para reincorporarse después de un período de IT.

Estas consultas suponen para los profesionales retos para los que no siempre se sienten preparados, lo que deriva en estrategias de abordaje y terapéuticas muy diversas, guiadas por su intuición y su propia experiencia. La prescripción y gestión de la IT por motivo de salud mental no grave (SMNG) puede constituir una solución eficaz o, por el contrario, convertirse en una fuente de iatrogenia. El facultativo ha de evitar el perjuicio que puede suponer para el paciente la pérdida de la actividad laboral, más aún cuando se prevé que la patología y las limitaciones no mejoren con ello. Mantener la actividad laboral, cuando pueda desempeñarse, aún a pesar de la existencia de síntomas, influye positivamente en la recuperación.

Aunque en algunos casos es preciso negociar con el paciente períodos breves de baja para atender algún síntoma (insomnio, apetito, estresor agudo, etc.), conviene aclarar desde el inicio que su necesidad de IT es transitoria y que, desde el punto de vista terapéutico, el trabajo es fundamental; es necesario volver al trabajo en cuanto mejore, sin esperar a la «curación» completa.

En general, el hecho de tener un empleo protege la salud mental de hombres y mujeres⁸. Para un trabajador en activo, dejar de trabajar por un trastorno mental no grave puede ser causa de empeoramiento del mismo⁹. Basándonos en datos de evidencia, se recomienda evitar la IT o acortarla en todos los casos en que sea posible. La duración recomendable para una IT sería, por tanto: «El tiempo necesario, aunque el menor posible»¹⁰. La derivación para valoración y tratamiento, si se precisa, al servicio de salud mental suele condicionar la reincorporación: por la intervención del propio profesional consultado y, si hay demora, porque aumenta improductivamente la duración de la baja.

Propuesta de mejora de la gestión de incapacidad transitoria por motivo de salud mental no grave

La baja laboral, cuando hace falta, es una prescripción que produce efecto. Efecto muy positivo si durante el tiempo de la baja la persona se centra en recuperar su salud: manteniendo rutinas saludables, aislada del trabajo, descansando, teniendo siempre en cuenta que la recuperación máxima se produce al volver al trabajo¹¹. La IT, como el resto de recursos terapéuticos, para lograr su efecto debe orientarse a la singularidad, es decir, debe ser «a la medida» de cada paciente.

Esta propuesta de reorientación del objetivo de la IT, desde la terapia breve estratégica y centrada en soluciones, anima a los profesionales responsables a cambiar su foco de atención: pasar de centrarse en el problema que causa la baja a centrarse, junto con el paciente, en la búsqueda de **soluciones** que permitan volver pronto a la vida activa. Se trata de cambiar la pregunta de: «¿Por qué (a mí)?», que conduce a buscar las explicaciones en el pasado, que no puede ser cambiado, por la de: «¿Cómo funciona?», que orienta hacia la búsqueda del cambio en el presente y hacia el futuro^{12,13}.

Las llamadas «soluciones» son las alternativas que van surgiendo durante la entrevista clínica, situaciones en las que el problema estuvo ausente y los pacientes pudieron seguir haciendo su vida habitual. El abordaje de la consulta se basará en las capacidades y los recursos del pacien-

te, centrándose en lo que ya funciona, lo que depende de él, ayudándole a comprender que si algo de lo que le ocurre no depende de él y, por tanto, no puede cambiarlo, sí puede cambiar su reacción ante ello.

Una de las tareas del clínico es identificar con el paciente las soluciones que la persona está intentando y que se han mostrado ineficaces. Entonces el profesional buscará y promoverá que el paciente haga algo diferente a lo que viene haciendo, estimulará una conducta que posibilite el cambio hacia la mejora. El propósito de la prescripción es el inicio del cambio terapéutico, no la consecución de la meta final¹⁴⁻¹⁶.

La **tabla 2** muestra el enfoque de esta propuesta que se expone a continuación.

1. ¿PARA QUÉ LA INCAPACIDAD TRANSITORIA?

Desafiar el discurso del déficit para centrarse en los recursos y fortalezas de las personas, enfocando la conversación terapéutica en las cosas útiles, que puedan producir cambio y mejora, al margen del problema¹⁷.

Es preciso que el paciente explicita los objetivos para el período de baja laboral: para qué le va a servir la IT (si no se puede eludir). Algunos ejemplos: cuando el paciente ha perdido los hábitos de comidas o sueño, los síntomas interfieren en su funcionalidad, cuando está agotado y se resiste a dejar de trabajar, en los primeros momentos tras un serio contratiempo vital... En estas situaciones un corto período de la baja puede aportar descanso y liberación de la tensión diaria. Pasados esos momentos y recuperados los patrones básicos de comida y sueño, la persona volverá a la vida activa.

Se pueden ordenar los objetivos por etapas:

1. Recuperar la salud. Recuperación mínima, alimentación, descanso, ejercicio, necesarios para volver a la normalidad y funcionalidad en la vida diaria.
2. Preparar y apoyar la reincorporación al trabajo. Esta reincorporación se aborda desde el comienzo del proceso y en todas las consultas antes del «parte de alta».
3. Facilitar cambios para proteger la salud y prevenir recaídas.

TABLA 2

Objetivos de la incapacidad transitoria por trastorno mental no grave

¿PARA QUÉ?	Redefinir la finalidad de la IT	Acordar con el paciente indicadores observables
¿HASTA CUÁNDO?	Lo necesario/lo mínimo	Acordar y acortar PLAZOS desde el inicio de la IT
¿QUIÉNES?	Coordinación/sumando fuerzas	Paciente, familia, AP, salud mental, salud laboral
¿CÓMO?	Compromiso de apoyo/acción	Hacer lo que funciona/dejar de hacer lo que no funciona

AP: Atención Primaria; IT: incapacidad temporal.

2. ¿HASTA CUÁNDO?

Acordar el período de IT explorando y teniendo en cuenta cuánto tiempo estima el paciente que va a precisar para mejorar lo mínimo necesario para volver al trabajo.

Se requiere normalmente un período breve para la recuperación y normalización de hábitos básicos. Una duración excesiva de la IT por motivo de SMNG perjudica la evolución positiva del paciente e incluso a veces produce efectos adversos (reacciones de evitación intensa cuando se habla o se hace algo para facilitar la vuelta al medio laboral).

Se trabajará por etapas, marcadas por los objetivos del paciente y acordando los plazos, acortados a lo imprescindible, desde el inicio del proceso y la duración completa de la IT hasta la reincorporación. Conviene tener en cuenta que lo que espera el profesional sanitario que dure el proceso terapéutico influye en la duración de este¹⁷. Esperar que algo ocurra lo hace más probable, la duración de la IT puede depender en gran medida de las expectativas del profesional y del paciente.

Un aspecto que preocupa a los profesionales es cuando el paciente no mejora tras un período de tiempo de baja. Es preciso entonces reevaluar la indicación de la IT, si no está siendo un recurso eficaz para solucionar el problema o incluso está contribuyendo a que no se solucione (por ejemplo, cuando evitar el lugar de trabajo, hasta el punto de no ir ni siquiera a entregar los partes, mantiene y aumenta el miedo a la vuelta, reforzando la reacción de evitación que mantiene el problema).

PREGUNTAS que pueden ayudar en esta etapa: ¿Cuántos días necesitas para tomarte un respiro y empezar a recuperarte? ¿Cuándo crees que habrás descansado y que te encontrarás algo mejor? ¿En cuántos días consideras que estarás algo mejor y nos podremos volver a ver? ¿Cuándo consideras que te habrás recuperado lo mínimo suficiente para volver al trabajo (sin estar al 100%)? ¿Cuál será la primera señal (cambio mínimo) que te hará ver que empiezas a estar «normal»?

3. ¿QUIÉNES?

Lograr la mejor coordinación entre todos los implicados en el proceso de recuperación.

Estos implicados son el paciente, su familia y allegados, y todos los profesionales, tanto de AP como de salud mental y salud laboral, y si es pertinente, personas del entorno laboral (directa o indirectamente) que van a intervenir para ayudar. Todos sumando fuerzas en la misma dirección. Inicialmente, es preciso compartir la información y acordar el plan terapéutico con el paciente, a ser posible a solas, sin interferencias. A continuación, si el paciente

está de acuerdo, hacer pasar al familiar o acompañante, informar y recabar su apoyo al plan.

Es importante acordar el plan terapéutico entre los distintos profesionales, para lo que los medios tecnológicos disponibles (visor corporativo del servicio de salud, historia clínica electrónica...), el teléfono, incluso el contacto personal (cuando sea posible) facilitan la comunicación efectiva, que potencia la eficacia de la continuidad de las intervenciones.

4. ¿CÓMO?

Construir un acuerdo con el paciente basado en la relación terapéutica y en axiomas de la terapia familiar breve para buscar soluciones: «Lo que funciona hágalo más y lo que no funciona no lo repita».

Son importantes algunas competencias básicas del profesional: la capacidad empática, la escucha activa y el uso del lenguaje, tres factores claves para promover una relación terapéutica, base de la negociación y facilitadora del acuerdo para la consecución de objetivos. La empatía expresada permite reflejar la situación emocional del paciente y consigue que se sienta comprendido. La escucha activa, sin interrupción, con ayudas narrativas al paciente, demuestra que se está dispuesto a aceptar, acoger y respetar sin juzgar, algo tan relevante como su punto de vista ante el problema. El lenguaje, en tanto que estructura el pensamiento, acerca a los interlocutores y es un medio que permite generar expectativas centradas en las soluciones presuponiendo cambios durante el diálogo terapéutico.

La tarea del profesional sanitario es ayudarle a promover el cambio de visión o acción, facilitar el desbloqueo de una situación aportando nuevas perspectivas. Se incluyen en el cómo aquellas estrategias basadas en la terapia sistémica familiar breve (TSFB) que, utilizadas en la entrevista, se encaminarán a llegar a acuerdos en los objetivos del paciente, lo que va a intentar hacer (o dejar de hacer) diferente en su vida y al volver al trabajo. Se le pedirá que lo describa del modo más concreto posible, conductas observables para él y para todos los agentes que intervengan en el proceso: familia, entorno laboral y profesionales sanitarios. El diálogo dirigirá hacia las soluciones, ayudándole a preguntarse «¿Qué quiero conseguir?»: pensar soluciones, hablar de ellas, hacerlas. Transitar desde las cosas que hace y no le ayudan a mejorar, a la búsqueda de conductas alternativas que llevará a cabo, con las que va a lograr y mantener sus objetivos de mejora.

Para obtener el compromiso del paciente en el cambio, el profesional tiene que «moverse a su ritmo, negociando objetivos alcanzables que supongan pequeños éxitos que sirvan de apoyo en cada una de las etapas del proceso, identificando los recursos que el paciente ya tiene. En ocasiones, ya ha iniciado un cambio antes de acudir a la

consulta, el cambio pretratamiento. Para detectarlo se le pregunta: «¿Qué ha cambiado desde que decidió venir a consultar? ¿Qué está mejor del problema?». Hace conscientes los recursos que ya ha puesto en marcha el paciente, y si estos están funcionando, se le animará a reforzarlos: «Hágalo más».

El paso siguiente es explorar o detectar las excepciones: momentos en los que el problema no se da o se da con una intensidad menor: «¿Cuándo no se ha presentado el problema, el malestar?». Es aquí donde se encuentra muchas veces la solución. El proceso de construir soluciones tiene que ver con el descubrimiento de recursos, fortalezas y habilidades útiles usadas en estas situaciones¹⁷.

Del mismo modo es necesario hacer una valoración de las denominadas «Soluciones intentadas ineficaces», preguntando: «¿Qué ha intentado hacer para mejorar el problema y no ha funcionado?», lo que está haciendo «más de lo mismo» que mantiene el problema sin resolver. Son soluciones que la persona considera lógicas, «adecuadas», por lo que dirige las acciones a repetirlas, de la misma forma o con variantes, siempre en la misma dirección, siempre ineficaces. Detectadas aquellas conductas que no funcionan o están empeorando el problema deben ser detenidas: «No lo repita, no lo haga más».

Ayuda tener en cuenta que *para resolver un síntoma, en problemas de salud mental, no siempre hace falta conocer su causa ni su función, del mismo modo que conocer la causa o función del síntoma no siempre sirve para resolverlo*, ya que en diferentes personas una misma problemática puede resolverse de formas muy distintas; lo que importa es conocer qué se está haciendo para perpetuar el problema.

Conviene encuadrar y abordar los conflictos del paciente desde la perspectiva relacional, tratar al sujeto no como la víctima de un problema, sino como agente implicado activamente en la relación que mantiene el problema, aunque no sea su propósito hacerlo. Esto es especialmente importante cuando el malestar surge en el trabajo: *Curar es cambiar las conexiones relacionales del paciente en su contexto*¹⁸. La solución a un problema laboral se encuentra en el medio laboral, con el apoyo externo que sea necesario.

Es necesario diferenciar si de lo que se queja el paciente, como origen de su malestar, es un problema o una limitación. Una limitación es algo que ocurre y no se puede cambiar, no depende de él, por ejemplo: la estructura de una empresa, quién es el jefe, las normas y usos de mando, etc. En este caso, podemos ayudarle a aceptarlo, tomar medidas de manejo y autoprotección. Sin embargo, si el origen de su malestar es un problema, sí es posible cambiarlo. ¿Cómo? Ayudándole a verlo de un modo diferente y facilitando respuestas que sí dependan del pa-

ciente. Dejar claro que «Lo que ocurre no depende de ti, sí depende de ti cómo reaccionas a lo que ocurre». Es posible provocar un cambio mínimo a partir del cual se inicia la mejoría que conducirá a resolver un problema: es necesario conseguir que la persona haga algo diferente. Se buscará una tendencia hacia el cambio positivo para estimularla.

Existen herramientas útiles, propias de la TSFB, que se pueden utilizar en todas las entrevistas clínicas, algunas de las cuales se recogen en la [tabla 3](#).

Etapas para la recuperación

Para llevar a cabo todo lo anterior se recomienda estructurar el plan de apoyo por etapas, de modo progresivo y continuado, según se resume en la [tabla 4](#).

Etapa 1. Recuperar salud

En la etapa inicial se focalizará el esfuerzo terapéutico en recuperar la salud. Las condiciones mínimas imprescindibles con las que esa persona funciona en su vida diaria, su rutina de hábitos básicos: sueño, comidas, ejercicio y relaciones sexuales. Puede, además, invertir esta etapa en hacer los cambios buscando una rutina más saludable.

TABLA 3

Herramientas de terapia familiar sistémica breve: exploración y comentarios terapéuticos que ayudan en la consulta

Exploración de la queja y las soluciones intentadas:
«No lo repita»

«Antes de venir a la consulta a pedir la baja, ¿qué has intentado tú para resolver este problema en el trabajo?»

Exploración de las soluciones eficaces: «Hágalo más»
«¿En qué momentos te has encontrado mejor y has conseguido afrontar el problema, antes de llegar al límite?»

Identificar, a través de preguntas, las situaciones en que ha actuado eficazmente para el logro de sus objetivos usando sus propios recursos

Elogio: elogiar aquellas ideas, conductas, actos apropiados, que han funcionado, que le conducen a encontrar soluciones

Normalizaciones:

«Es natural que te sientas como te sientes, y que estés agotado después del tiempo que has sufrido por este problema, hasta llegar al límite de perder tu salud»

Presuposiciones:

«¿Para cuándo prevés que te quieres incorporar y probar los cambios y estrategias que hemos pensado?»

TABLA 4

Etapas de la incapacidad transitoria por problemas de salud mental no grave

Etapas del plan de apoyo intensivo en la consulta para la recuperación de la salud y la normalización de la vida habitual:

Etapa 1: se promueve recuperar la salud. Se habla desde el inicio de preparar la reincorporación al trabajo (alta de la IT)

Etapa 2: preparar y apoyar la reincorporación

Etapa 3: facilitar cambios para proteger la salud y prevenir recaídas tras el alta

IT: incapacidad temporal.

Posteriormente, recuperar también sus relaciones familiares y sociales. Dado que se trata de considerar la vivencia subjetiva del paciente, resultará útil que haga la descripción conductual de la recuperación, detallando las condiciones mínimas que representarán su funcionalidad.

Indagar cómo se ve el paciente respecto a cómo suele ir a trabajar habitualmente. Ayuda hacerlo en términos de porcentaje, pues permite negociar en la etapa siguiente el grado mínimo con el que puede volver a trabajar, habitualmente entre un 50 y un 60% (tabla 5).

¿Qué hacer cuando el paciente rumia constantemente el problema sin llegar a desconectar del estado previo?

Ayuda plantear al paciente la importancia inicial de estar desconectado del problema y del trabajo, fundamentalmente cuando el problema está en el trabajo. Mantener contacto mínimo y cordial con los compañeros y jefes, pidiéndoles expresamente que dejen de informarle del

TABLA 5

Preguntas que ayudan en las entrevistas

Primera entrevista:

«¿A qué porcentaje te sientes actualmente? ¿Cuál es tu porcentaje normal-medio de rendimiento cuando vas cada día al trabajo?» (normal 70-80%) (Si es muy alto, preguntar por situaciones comunes en las que ha ido con un porcentaje menor (catarros, por ejemplo)

«¿Cuánto tiempo más crees que necesitas para estar a ese X%? ¿En qué vas a notar que estás en condiciones para volver a tu rutina? ¿Cuál será la primera señal? ¿En qué lo notará tu familia? ¿En qué lo notarán tus amigos o compañeros?»

En las revisiones:

«¿Qué tal estás? ¿Qué ha cambiado? ¿En qué lo han notado los demás? ¿Qué has hecho (igual y diferente) para estar mejor?»

«¿Cuál es el siguiente paso para conseguir... (objetivo del paciente)? ¿Cuándo crees que estarás a tu X% mínimo?»

«¿Qué vas a hacer para evitar situaciones similares en el futuro?»

trabajo; proponerle dejar de hablar de sus pensamientos recurrentes y del trabajo fuera de la consulta, ofreciéndole que lo hable solo con los profesionales.

Etapa 2. Preparar y apoyar la reincorporación

La reincorporación, presente en el abordaje desde la primera entrevista, requiere de estrategias que facilitan centrarse en la búsqueda de soluciones para alcanzar el objetivo de volver al trabajo, signo este del inicio de recuperación de la salud mental. Una de las estrategias es usar, deliberadamente, el lenguaje presuposicional. Se presupone que: le interesa incorporarse para promover y continuar la mejoría, que hará cambios para incorporarse, que es necesario incorporarse para mantener la mejoría y no estancarse, y que efectuará cambios en su vida y su trabajo cuando se incorpore.

Conviene hablar y preparar de antemano «pautas» a seguir entre las visitas, útiles para afrontar con mayor seguridad ciertas situaciones que suelen ser dificultosas pero necesarias para la recuperación, como son: entregar los partes personalmente en la empresa, sobre todo cuando hay conductas de evitación. Se enfocará como una forma de entrenamiento para afrontar el miedo, preguntando al paciente: «¿Cómo cree que podría preparar la toma de contacto con la gente del trabajo al reincorporarse? ¿Qué hacer cuando siente ansiedad solo acercándose al lugar del trabajo?». Muy útil es ayudarle a elaborar una frase breve y positiva para responder amablemente a todos por igual (sin dar explicaciones), como por ejemplo: «Ahí voy, poco a poco».

En ocasiones puede convenir entrenar una cita con el superior jerárquico o la persona que pueda facilitar la solución o la reincorporación para: informarle de la próxima vuelta al trabajo, solicitar información sobre las condiciones actuales de su puesto y, si es pertinente, solicitar algún cambio concreto, razonable y posible que le pueda ayudar con una frase del tipo «Estoy preparando la vuelta al trabajo con el apoyo de los profesionales, por mi salud y por la empresa; me lo facilitaría...». En alguna ocasión se podrá añadir que puede que inicialmente no esté totalmente recuperado, pero que la vuelta es conveniente para la recuperación completa. Se recomienda recabar, desde el inicio, la colaboración de un compañero «cómplice», de su confianza, que le dé apoyo en el proceso de reincorporación, sobre todo si el problema de salud mental se relaciona con el trabajo.

Ser realista en cuanto a cómo va a ser la vuelta al trabajo: «Ponerse en lo peor». Advertir que los primeros días de trabajo es de esperar que el rendimiento esté por debajo de lo normal. Se debería planificar poca actividad fuera del trabajo, con el mínimo esfuerzo y el máximo descanso. Cuando la crisis se ha producido en el ámbito laboral,

comportarse el primer día como si no hubiera pasado nada contribuye a mantener las relaciones cordiales y aumenta la probabilidad de recuperar paulatinamente la normalidad en el ambiente laboral.

Miedo a volver al trabajo

Muchos pacientes experimentan y expresan miedo a volver al trabajo¹⁹, aspecto este del que conviene hablar, en cualquier momento del proceso de atención en el que surja. Pueden ser útiles aproximaciones del tipo que se describen en la **tabla 6**. Proporciona seguridad ofrecer una nueva baja si lo precisase tras probar la reincorporación. Se resumen en la **tabla 7** algunos comentarios de ayuda al profesional si el paciente no mejora.

Etapa 3. Cambios para proteger la salud y prevenir recaídas

Una vez obtenida la mejoría suficiente para la reincorporación, es prioritario mantenerla y prevenir recaídas. Se trata de favorecer que el paciente reflexione sobre lo conseguido, identifique las acciones que le serán útiles para seguir mejorando y el modo en que quiere evitar recaer, concretado también en acciones: «¿Qué va a hacer para...?»

Preguntas que ayudan: «¿Qué ha aprendido? ¿Qué va a seguir haciendo, qué mantendrá en el futuro? ¿Qué cambiará?».

Se propondrá al menos una consulta posterior al alta, unos días después de la incorporación, para prevenir recaídas. En esa visita se comprobarán y afianzarán los

TABLA 6

Preguntas y comentarios que ayudan cuando el paciente tiene miedo a volver al trabajo

- «¿Cuándo crees que estarás en condiciones de probar a incorporarte?»
- «¿A medida que vas yendo personalmente a entregar el parte, notas que te vas acostumbrando a la ansiedad? ¿Qué te da miedo de ir allí?»
- «¿Con quién de tus compañeros tienes más confianza?»
- «¿Sueles dar explicaciones? Las explicaciones no llevan a soluciones y requieren un gasto de energía que tú ahora no tienes»
- «El miedo no suele quitarse solo ni de un día para otro, de hecho puede aumentar con el paso del tiempo. Cuanto más tiempo pases evitando hacer frente a la vuelta, más probable es que el miedo siga o aumente»
- «El miedo se comporta como un fantasma: si tú corres, el fantasma te persigue; si avanzas, retrocede; si finalmente te atreves a acercarte para cogerlo, se desvanece... Es necesario afrontarlo»
- «La solución para vencer al miedo es volver al trabajo, afrontarlo trabajando»

TABLA 7

Comentarios terapéuticos cuando el paciente no mejora

Cuando el paciente está empeorando y se resiste a dejar de trabajar:

«La baja laboral puede aportar descanso y liberación de la tensión los primeros momentos tras un contratiempo vital. Pasados estos momentos y recuperados los patrones de comida y sueño, la persona se recuperará mejor con la vuelta a la vida activa»

Cuando el paciente no nota mejoría:

«Está claro que estar de baja no te está funcionando. Te sientes estancado. Todo lo que se estanca tiende a empeorar. Lo que no funciona, no lo repitas. Haz algo diferente»

Ventajas de volver al trabajo:

«Estar activo contribuye a la normalidad: facilita los ritmos de comida, sueño y hábitos para el mantenimiento de la salud»

cambios, se atenderán los problemas surgidos, normalizando que los primeros días el paciente pueda sentirse mal, encuadrando el miedo y malestar como elementos que le servirán para protegerse y fortalecerse.

Este documento se ha elaborado desde la experiencia clínica y la reflexión, con la colaboración de Elena Basabe, Teresa Gallego, Esperanza Rueda y Teresa Ugarte del Grupo Comunicación y Salud de Cantabria y de JL Rodríguez-Arias y Jesús Combarro del GCyS de Galicia. Se han tenido también en cuenta los resultados de la Comisión de Optimización de la IT del Servicio Cántabro de Salud de 2012.

Resumen

La patología mental es la segunda causa de IT en España en media de días de baja. Se propone un método que puede optimizar la prescripción y la duración de la IT en **problemas mentales no graves**, basado en la TSFB centrada en soluciones. Se acepta que mantener o volver a la actividad laboral actúa como factor favorable para mantener y recuperar la salud mental. Parte de las estrategias de manejo son: definir y concretar con el paciente los objetivos que se quieren conseguir durante la baja, acordar los plazos y tareas que realizar para ello, hasta alcanzar una recuperación mínima de la salud que permita trabajar, comprobando cómo la vuelta a la «normalidad» impulsa y hace avanzar hacia la recuperación total de la salud. Se propone optimizar la recuperación de la salud mental en tres etapas, progresivas y continuas: promover la recuperación de la salud, preparar y apoyar la reincorporación laboral, y facilitar cambios para la protección de la salud y la prevención de recaídas.

Lecturas recomendadas

Lagerveld SE, Blonk RW, Brenninkmeijer V, Wijngaards-de Meij L, Schaufeli WB. Work-focused treatment of common mental disorders and return to work: a comparative outcome study. *J Occup Health Psychol.* 2012;17(2):220-34.

Comparación de un tratamiento cognitivo-conductual estándar y otro enfocado en la vuelta rápida al trabajo en pacientes con trastornos por ansiedad, depresión o adaptativos, encontrando a los 12 meses mejores índices de efectividad y eficiencia en el segundo.

Rebergen DS, Bruinvels DJ, Van Tulder MW, Van der Beek AJ, Van Mechelen W. Cost-effectiveness of guideline-based care for workers with mental health problems. *J Occup Environ Med.* 2009;51(3):313-22.

Destaca la mayor eficiencia del mantenimiento en el trabajo a las personas con un problema psicopatológico «menor» que el rápido acceso a un psicólogo clínico. Solo en casos de grave sintomatología ansiosa o depresiva es necesario combinar el mantenimiento de la actividad laboral con tratamiento psicológico especializado.

Salud Mental y empleo. Cómo ayudar a las personas a mantener su actividad laboral. Guía para profesionales sanitarios. Servicio Andaluz de Salud. Programa Europeo PROGRESS, marzo 2012.

Guía dirigida a profesionales sanitarios sobre cómo ayudar a las personas a mantener su actividad laboral.

Andersen MF, Nielsen KM, Brinkmann S. Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scand J Work Environ Health.* 2012;38(2):93-104.

Revisión sistemática (1995-2011) realizada en Países Bajos, Canadá, Suecia y Reino Unido. Empleados con trastorno mental común identifican obstáculos y facilitadores para la vuelta al trabajo: propia personalidad, apoyo social en el trabajo y sistemas sociales y rehabilitación. Se constata una insuficiente coordinación entre los sistemas. Se valora entrenar a un colega/mentor para la reincorporación.

Bibliografía

- Mingote Adán JC, Del Pino Cuadrado P, Sánchez Alaejos R, Gálvez Herrer M, Gutiérrez García MD. El trabajador con problemas de salud mental. Pautas generales de detección, intervención y prevención. *Med Segur Trab.* 2011;57(1). [Internet] [Citado 23-abril-2018] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2011000500012
- Araña Suárez SM. Diagnósticos y prescripciones en Salud Mental, Atención Primaria e Incapacidad Laboral Temporal. *Seg-social* [Internet] 2008. [Citado 23-abril-2018] Disponible en: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/116335.pdf>
- Grau López L, Daigre C, Granell A, Grau López L, Fadeuilhe C, Calcedo Barba A, Roncero C. Factores asociados a la incapacidad laboral temporal en peritajes psiquiátricos. *Actas Esp Psiquiatr.* 2016;44(4):119-24.
- Grupo Lex Artis. Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria. Incapacidad temporal. Manual para el manejo en Atención Primaria. [Internet] 2008. [Citado 23-abril-2018] Disponible en: <https://www.somamfyc.com/Portals/0/PropertyAgent/400/Files/5/INCAPACIDAD%20TEMPORAL.pdf>
- Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Economía y Competitividad, Dirección General Instituto Nacional de la Seguridad Social y Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Guía de valoración de incapacidad temporal para médicos de Atención Primaria [Internet] 2015. [Citado 23-abril-2018] Disponible en: <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=15/01/2016-440fa7054c>
- Gandarillas González MA, Quijano Terán F. Patología Laboral. Gobierno de Cantabria, 2005.
- Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. [Internet] [Citado 23-abril-2018] Disponible en: http://www.seg-social.es/Internet_1/Normativa/095093
- Entornos Laborales Saludables: Fundamentos y Modelo de la OMS [Internet] 2010 [Citado 23-abril-2018] Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf
- Guía de valoración de incapacidad laboral temporal para médicos de atención primaria (2.ª edición) pág. 141. [Internet] [Citado 23-abril-18] Disponible en: <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=15/01/2016-440fa7054c>
- Plan de Salud 2013-2018 Cantabria. Estrategia de salud mental [Internet] [Citado 23-abril-2018] Disponible en: <http://ascasam.org/images/interes/Proyecto.pdf>
- Poulsen OM. The Danish National Return To Work program (Det store TTA-projekt): a study in 22 municipalities of a return to work program aiming to reduce the duration of sickness absence and to enable earlier return to work for citizens on long-term sick leave. [Internet] 2016 [Citado 23-abril-2018] Disponible en: <https://doi.org/10.1186/ISRCTN51445682>
- Nardone G, Mariotti R, Milanese R, Fiorenza A. Terapia estratégica para la empresa. Barcelona: Integral, 2005.
- O'Hanlon WH, Weiner-Davis M. En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia. Barcelona: Paidós, 1990.
- Rodríguez-Arias JL, Venero M. Terapia familiar breve. Guía para sistematizar el tratamiento terapéutico. Madrid: Editorial CCS, 2006.
- Fernández Rodríguez LJ. Aspectos Básicos de Salud Mental en Atención Primaria. Madrid: Editorial Trotta, 1999.
- Real MA, Real M, Rodríguez-Arias JL, de la Cueva F. ¿Qué aporta el modelo de Terapia Familiar Breve a la consulta de Atención Primaria? En: Molina J de D, Andrade C, editores. Psiquiatría de cabecera. Manual para la práctica psiquiátrica en Atención Primaria. 1.ª ed. Madrid: Aula Médica, 2003.
- Ayala Salinas J. 7 mitos o «malentendidos inútiles» sobre la Terapia Breve Centrada en Soluciones. [Internet] 2016. [Citado 23-abril-2018] Disponible en: <https://www.psyencia.com/7-mitos-terapia-breve-centrada-en-soluciones/>
- Turabián JL, Pérez B. Aprendiendo a hacer tratamiento contextual en Medicina de Familia. Explorando un territorio desconocido y poderoso. *Tribuna Docente en Medicina de Familia.* 2005;6(2): 49.
- Andersen MF, Nielsen KM, Brinkmann S. Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scand J Work Environ Health.* 2012 Mar;38 (2): 93-104.