



## Guías de salud mental para asociaciones y médicos del trabajo. Su uso para el regreso al trabajo de enfermos etiquetados con trastornos mentales comunes

► Considerando que en muchos países los problemas de salud mental surgen en el ámbito laboral, es sorprendente que a la fecha existan pocas guías clínicas de salud ocupacional basadas en evidencia; estas últimas han resultado ser efectivas para mejorar la calidad de los cuidados.

En Holanda, existen siete guías para profesionales, enfocadas en el manejo de trastornos de salud mental y del estrés ocupacional en trabajadores. Algunas son interdisciplinarias, mientras que otras se centran en profesionales específicos como los médicos ocupacionales. Específicamente para este último grupo, la Sociedad Holandesa de Medicina Ocupacional desarrolló (2000) y revisó (2007) una guía clínica basada en la evidencia, llamada *Manejo de los problemas de salud mental en trabajadores por parte de médicos ocupacionales*, misma que fue distribuida entre los médicos ocupacionales y forma parte de su educación médica continua. La guía promueve un abordaje activo por parte del médico del trabajo para mejorar la capacidad de resolución de problemas del trabajador con el objetivo de lograr una reincorporación laboral temprana y sostenida.

Los estudios realizados con la primera edición de la guía han mostrado poca adherencia por parte de los médicos ocupacionales; sin embargo, el impacto del uso de la versión revisada sobre la reincorporación laboral de trabajadores con trastornos mentales no ha sido evaluada. El objetivo del presente estudio es de determinar la asociación entre la adherencia del médico ocupacional a la guía clínica y la reincorporación laboral del trabajador, específicamente si una buena adherencia se asocia a la reincorporación laboral temprana en trabajadores con trastornos mentales y si existen elementos específicos de la guía que determinan un menor tiempo de incapacidad.

En Holanda, tanto el empleador como el empleado son responsables de la recuperación y reincorporación laboral de un trabajador enfermo, con implicaciones financieras para ambos. El empleador está obligado a cubrir por lo menos 70% del salario durante dos años desde el inicio del periodo de ausencia por enfermedad, y el empleado no puede ser despedido; además el empleador debe proveer acceso a servicios de salud ocupacional (deben contratar un médico ocupacional independiente) y adaptar las condiciones laborales según sea necesario. Por otro lado, el médico ocupacional juega un papel central en el sistema de seguridad social holandés, orienta al empleado durante

los procesos de recuperación y de reinserción laboral y proporciona asesoría al empleador.

El principal objetivo de las guías es lograr una reincorporación laboral temprana y sostenida de los trabajadores que padecen trastornos de salud mental; y abarca 5 rubros con diferentes indicadores de desempeño para evaluar la adherencia del clínico (tabla 1).

Se obtuvieron información sobre 114 trabajadores, tratados por 34 médicos ocupacionales y, de modo retrospectivo, datos sobre ausencia por incapacidad y reincorporación laboral.

Para evaluar la adherencia del médico laboral a las guías se utilizaron 12 indicadores de desempeño, que fueron calificados de la siguiente manera: 0 (sin adherencia), 1 (mínima adherencia) y 2 (adecuada adherencia). Debido a que fueron pocos los registros médicos que reportaban adecuada adherencia, las puntuaciones 1 y 2 se unieron para integrar una sola categoría de *mínima a adecuada adherencia*.

Para determinar el tiempo que fue necesario para la reincorporación laboral de un paciente, se calculó el periodo de ausencia del trabajador desde el primer día de incapacidad por enfermedad hasta el primer día del regreso al trabajo; la reincorporación laboral total fue definida como "haber trabajado el número de horas establecidas en el contrato laboral por un periodo mínimo de 4 semanas".

La edad promedio de los participantes fue de 46 años, la mayoría eran mujeres; por otro lado, la edad promedio de los médicos laborales fue de 54 años y hombres en su mayoría.

La adherencia del médico a la guía clínica fue en general baja. Al evaluar la adherencia a indicadores específicos, se encontró más de 20% de "adecuada adherencia" a las *citas de primera vez* (56%) y a las *citas subsecuentes* (26.3%).

En relación con la reincorporación laboral, después de un año, 84% de los 114 trabajadores regresaron a su actividad laboral, y 79% tuvieron una reincorporación laboral total. El tiempo medio para volver al trabajo por primera vez fue de 159 días y, para la reincorporación laboral total, de 220 días.

En general, se encontró que la adherencia a la guía clínica no tiene relación con la reincorporación laboral temprana. De acuerdo con indicadores específicos, el "contacto regular entre el médico laboral y el empleador" está significativamente asociado a la reincorporación laboral total temprana; si bien el "contacto regular entre el médico laboral y el empleado" mostró un patrón similar, la asociación no fue estadísticamente significativa. Por otro lado, se encontraron, inesperadamente, asociaciones significativas entre el "monitoreo de la fase de recuperación", la "evaluación de la perspectiva del empleador" y un mayor tiempo para la reincorporación laboral total e inicial y total respectivamente.

Se hace evidente que la adherencia del médico laboral a las guías clínicas es mínima, por lo que fue imposible evaluar el impacto real de una adecuada adherencia a las guías, en la re-

Tabla 1

Diagnóstico	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoreo de la fase de recuperación.</li> <li>- Evaluación de las tareas de recuperación (introspección de lo sucedido, identificación y resolución del problema, implementación de soluciones y recuperación de roles).</li> <li>- Evaluación de la perspectiva del trabajador.</li> </ul>	<p>La clasificación de problemas de salud mental es la siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Quejas relacionadas con el estrés.</li> <li>b) Depresión.</li> <li>c) Trastornos de ansiedad.</li> <li>d) Otros trastornos psiquiátricos.</li> </ul>
Detección del problema	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación del problema.</li> <li>- Evaluación de síntomas.</li> <li>- Diagnóstico (ICD-10).</li> </ul>	<p>Está enfocada en la interacción entre el trabajador y el ambiente laboral; relación entre los factores que afectan la salud mental y el desempeño en el trabajo y el hogar.</p>
Intervención / tratamiento	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluación del proceso de recuperación.</li> <li>- Tratamiento individual de acuerdo con las necesidades del trabajador.</li> </ul>	<p>Se utilizan técnicas cognitivo-conductuales para mejorar la capacidad de resolución de problemas. Se otorga información y asesoría acerca de la recuperación y el proceso de reincorporación laboral, acciones a seguir en caso de persistencia o agravamiento del problema, y referencia al especialista en caso necesario.</p>
Prevención de recaídas	
<p>Debe integrarse al tratamiento. El médico ocupacional debe tener al menos una cita de seguimiento una vez que el trabajador se haya reincorporado totalmente a su trabajo.</p>	
Seguimiento	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cita de primera vez (dentro de los 15 días posteriores al primer día de ausencia laboral).</li> <li>- Citas subsiguientes.</li> <li>- Contacto regular con el empleador.</li> </ul>	<p>Citas de seguimiento cada 3 semanas durante los primeros 3 meses, y posteriormente cada 6 semanas. El empleador será contactado una vez al mes. En caso de ausencia de mejoría o dudas acerca del diagnóstico y/o tratamiento se contactará al médico especialista.</p>

incorporación laboral inicial ni total del trabajador con enfermedad mental.

La mínima adherencia a las guías observada se suma a investigaciones previas que muestran que hay en general una baja adherencia del trabajador de la salud a las guías clínicas. A pesar de que se han desarrollado y evaluado diferentes estrategias, implementar y mejorar la adherencia del clínico representa aún todo un reto. Algunas investigaciones reportan obstáculos para implementar el uso de las guías, mismos que pueden estar relacionados con el conocimiento, la actitud y factores externos (falta de tiempo, contacto limitado entre clínico y trabajador, políticas y falta de colaboración). Es necesaria

la eliminación de estas barreras para mejorar la adherencia a las guías clínicas por parte del médico.

A pesar de la mínima adherencia, la asociación entre el contacto regular médico ocupacional/empleado/empleador y reincorporación laboral temprana sugiere que existe la posibilidad de mejorar los cuidados que se le brindan al trabajador. El contacto regular entre el médico y el empleador puede facilitar la percepción de apoyo social por parte del trabajador; más aún el empleador desempeña un papel clave en la recuperación y reincorporación del trabajador, ya que es quien conoce las características del puesto y tiene la facultad de implementar ajustes temporales que pueden ser necesarios para acortar el tiempo de incapacidad. Diversas investigaciones han indicado que la actividad laboral es benéfica para la salud mental, principalmente en caso de trastornos depresivos.

Las asociaciones encontradas entre el "monitoreo de la fase de recuperación" y la "evaluación de la perspectiva del empleador" y un mayor tiempo de incapacidad son inesperadas. Se proponen posibles explicaciones como:

- 1) las quejas y problemas, percibidas por los clínicos en sus evaluaciones minuciosas durante el proceso diagnóstico, que permitan al trabajador extender el tiempo de recuperación y el proceso de reincorporación laboral,
- 2) un retraso inminente de la reincorporación laboral obligaba al médico ocupacional a poner más atención en el proceso de recuperación del trabajador y en su perspectiva acerca de la reincorporación laboral.

Es necesario explorar más a fondo la mejor manera de evaluar e incorporar casos más complejos a las guías. Debido a que la asociación entre "evaluación de la perspectiva del empleador" y mayor tiempo de incapacidad solo fue evidente en el grupo control, se propone que el médico laboral, que atendió al grupo receptor de la intervención, tuviera ya desarrolladas habilidades para evaluar la perspectiva del empleador y para evitar la prolongación de la incapacidad.

Debido al bajo porcentaje de "adecuada" adherencia a las guías, no fue posible evaluar la asociación entre una adecuada adherencia y el tiempo de incapacidad en trabajadores con trastornos de salud mental. Sin embargo, dos indicadores específicos se pudieron asociar con el retraso en la reincorporación laboral del trabajador; esta asociación y la importancia individual de cada uno de los indicadores deben ser estudiadas a profundidad para determinar los factores específicos que tienen relevancia en la reincorporación del trabajador con enfermedad mental, con la finalidad de mejorar la atención de la salud mental basada en guías ocupacionales de calidad. Las investigaciones futuras deberán enfocarse en determinar el papel de los problemas de implementación y en la resolución de los factores externos que condicionan la adherencia a las guías clínicas.

Sofía Vidal de la Fuente

## Bibliografía

- van Beurden, K. M., Joosen, M. C. W., Terluin, B., van Weeghel, J., van der Klink, J. J. L., & Brouwers, E. P. M. (2018). Use of a mental health guideline by occupational physicians and associations with return to work in workers sick-listed due to common mental disorders: a retrospective cohort study. *Disability and Rehabilitation*, 40(22), 2623-2631. doi: 10.1080/09638288.2017.1347209

# MASENNUS<sup>®</sup>

Atomoxetina

**El cambio efectivo de la historia  
en el paciente con TDAH**



**25 mg**

**Caja con 14 cápsulas**



**40 mg**

**Caja con 14 cápsulas**



**60 mg**

**Caja con 14 cápsulas**

