

Los factores psicosociales como predictores pronósticos de difícil retorno laboral tras incapacidad

1. Introducción

La **incapacidad temporal** (IT o “baja”) se define como: “las situaciones debidas a enfermedad común o profesional y a accidente, sea o no de trabajo, mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria de la Seguridad Social y esté impedido para el trabajo, con una duración máxima de trescientos sesenta y cinco días, prorrogables por otros ciento ochenta días cuando se presuma que durante ellos puede el trabajador ser dado de alta médica por curación” (artículo 169 Texto Refundido Ley General Seguridad Social).

La **incapacidad permanente** queda definida como: “la situación del trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral. No obstará a tal calificación la posibilidad de recuperación de la capacidad laboral del incapacitado, si dicha posibilidad se estima médicamente como incierta o a largo plazo” (artículo 193 Texto Refundido Ley General Seguridad Social).

Se está incapacitado “laboral”, por estar enfermo y presentar limitaciones funcionales que afectan a la capacidad laboral impidiendo trabajar.

Los factores psicosociales son determinantes en la salud de la población y por tanto determinantes en la enfermedad y el enfermar^{1,2}. El esquema biopsicosocial del enfermar sigue vigente, y esta evidencia científica también nos ha de servir para comprender el enfermar y por tanto el estar incapacitado para el trabajo por el desarrollo de una enfermedad.

No todos los procesos de enfermedad que causan baja o incapacidad laboral temporal son similares en su aparición y en su consecuencia limitante laboral a su inicio, ni tampoco en su presumible duración (entiéndase que al menos deben de impedir desarrollar el trabajo que venía siendo ejecutado).

No todas las enfermedades que son causa de incapacidad temporal son similares en la importancia que los factores psicosociales puedan suponer en la iniciación de la baja o en su prolongación.

No todas las enfermedades (diagnóstico, situación clínica y consecuencia limitante disfuncional) **son similares en la imperiosidad de la consideración incapacitante para el trabajo.** Cabría distinguir los **procesos de súbito inicio de IT “bajas inevitables”** (imposible trabajar; cuadros agudos, procesos de diagnóstico severo, indicación de tratamiento quirúrgico, necesidad de ingreso) y la apreciación de lo incapacitante para **procesos de desarrollo paulatino** hasta la **consideración de la incapacidad temporal “bajas evitables”** (con prevención y atención temprana) **“procesos de IT diferidos”** (desarrollo progresivo desde el diagnóstico hasta su consideración incapacitante laboral).

No todas las bajas son similares en su procedimiento o en su proceso de inicio. Si se me permite, desde una consideración más “a pie de calle”, y utilizando el lenguaje cotidiano de los pacientes, cabría **distinguir en el inicio de la IT** aquellos **procesos** en que el paciente **solicita la**

baja o acude “a coger la baja” y aquellos otros en los que el **médico de atención primaria le “da la baja”, prescribe la baja** como una **opción terapéutica obligada** ante un **diagnóstico y la necesidad de tratamiento, o tras una atención urgente, o tras un ingreso**, y el paciente dice: “he caído de baja”.

En el primer supuesto, **“coger la baja”, solicitar** la baja, es el **paciente** quién **acude al médico para solicitar la IT**. Tiene algo de connotación exigente, pareciera que el médico estuviera obligado a otorgar la baja, o responder a tal solicitud casi sin esperar al reconocimiento médico preceptivo. En el segundo supuesto **“dar la baja”, extender el parte de baja, prescribir la baja ante lo indubitado e impeditivo laboral del proceso** es el **médico** quién **indica la necesidad de pasar a la situación de baja** (coloquialmente el paciente lo relata como **“caer de baja”**).

Así las cosas, la **diferencia entre el “coger la baja” o el “caer de baja” o “dar la baja”** estriba en que en el **coger o solicitar la baja es el trabajador** quien **percibe no puede más o no puede trabajar con lo que “padece”, tiene una connotación motivacional o de actitud** del paciente, frente a **“caer de baja”** (por atención urgente, ingreso o tras atención médica por proceso agudo) donde es el **médico quien prescribe la baja**, considerando que el paciente **no está apto (capacitado)** para el trabajo, tiene finalmente una **connotación aptitudinal** (se evalúa su aptitud, entendiéndolo al extender el parte de baja consideramos ha perdido su “aptitud” para trabajar).

En las **solicitudes de baja del trabajador entran con presencia los factores psicosociales** (laborales y/o extralaborales) **que acompañan a un deterioro orgánico o funcional** y en las **bajas pautadas por el médico son procesos fundamentados en el daño biológico** que, per se, **condiciona la necesidad de tratamiento y la incapacidad laboral**.

No olvidar, sin embargo que **todo proceso de baja, se inicia porque el médico extiende el parte de baja**; todas las consideraciones diferenciales anteriores se citan para significar la importancia de los factores psicosociales.

Los **factores psicosociales no están presentes ni son determinantes en todos los procesos al inicio de la baja**.

En los **procesos de clínica intensa, diagnóstico severo, precisar atención urgente o que necesitan ingreso, no se cuestiona la presencia de factores ajenos al deterioro biológico físico o mental**. Como decíamos **son bajas inevitables, con impedimento laboral súbito e incuestionable. Los factores psicosociales acompañan pero no guardan consideración precipitante**.

Pero los **factores psicosociales si están presentes en aquellos casos de desarrollo paulatino, de presentación no brusca, a veces situaciones límite entre lo incapacitante o lo no incapacitante del proceso, donde lo que prima es lo motivacional o la actitud del trabajador** (aunque haya una base de enfermedad indudable o posible).

Por tanto **hay procesos o situaciones de baja donde prima la valoración** médica de la aptitud laboral (por las consideraciones de diagnóstico, limitaciones funcionales y terapéuticas con impedimento laboral), **frente a situaciones donde primeramente advertimos la actitud y debemos evaluar, tras su expresión y junto a ella, la aptitud**.

Sabido es que una baja si no lo es por una causa grave, en el largo camino de la IT hasta llegar a los 12 meses, comienza por un primer diagnóstico, principal; si dura seis meses seguro que se le adosa al menos un diagnóstico secundario, más en proceso en trabajadores de más de 50

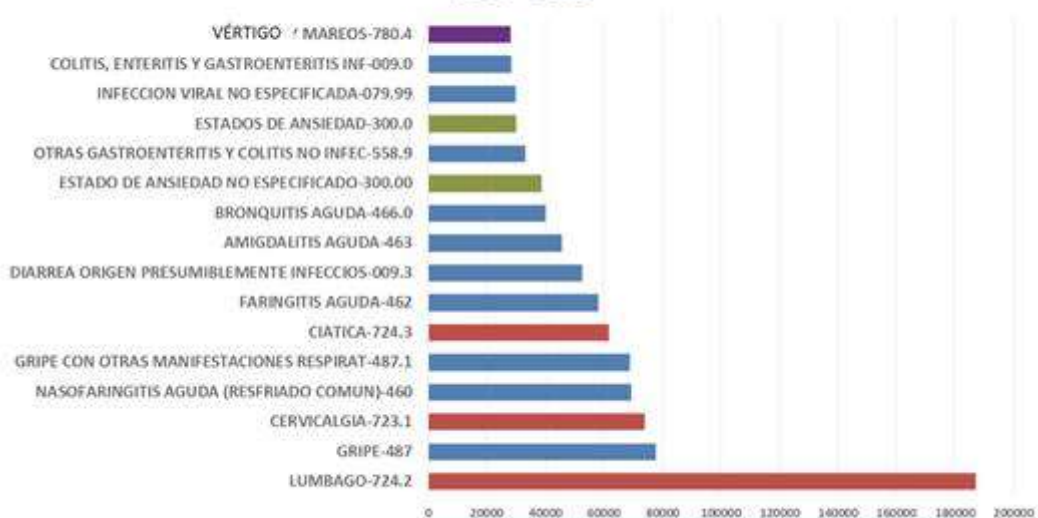
años y trastornos musculoesqueléticos; si dura la IT 10 meses puede que el diagnóstico de inicio, ya no sea el principal incapacitante, y seguro que tiene uno o varios diagnósticos secundarios; si dura o sobrepasa los 12 meses tendremos dudas por saber cuál de sus diagnósticos es el principal incapacitante y cuales los secundarios; y a partir de ahí si la siguiente baja se trata del mismo proceso inicial o de distinto proceso sobrevenido.

Es en la larga estancia en incapacidad temporal, cuando comienzan a tener importancia destacada los factores psicosociales.

Las **bajas muy cortas** de duración inferior a 5 días naturales y las bajas cortas de 5 a 30 días naturales son en su mayor parte derivadas de procesos agudos musculoesqueléticos (lumbalgias, cervicalgias, dolor hombro, gonalgias), procesos infecciosos banales respiratorios o procesos banales digestivos infecciosos o no, trastornos inespecíficos de ansiedad, y procesos inespecíficos de vértigos y mareos, y otros. Destacando las lumbalgias en sus variadas asignaciones diagnósticas y los procesos respiratorios banales (con su mayor o menor presentación estacional).

16 diagnósticos copan el 31% de los procesos de inicio de IT

**Nº PROCESOS DE LOS 16 DX MÁS FRECUENTES (31%).
INSS 2015**



Datos INSS 2015 acumulados a agosto

Bajas de más de 60 días

Cuando consideramos los **procesos que causan bajas de más de 60 días** la mayoría de estos diagnósticos (catarros, gripes, gastroenteritis, colitis, etc. por supuesto) desaparecen pero **persisten las lumbalgias, y los trastornos de ansiedad, así como otros trastornos de dolor cervical u hombro. Y, como no, los procesos de mayor entidad clínica que pasan a ocupar su preponderancia justificada.**

Bajas de 6 meses

La **prevalencia de procesos en baja que alcanzan los seis meses por lumbalgia, dolor en hombro, cervicalgia inespecífica (no ligados a lesión traumática), así como los cuadros de ansiedad o adaptativos, se torna llamativa, pues no responde a parámetros de duración estándar, siendo su duración estimada entre los 45-60 días.** Por lo que en teoría estos

trabajadores con esos diagnósticos debieran de haber retornado al trabajo, tal vez por ello en términos de gestión y control de IT se denominan trastornos de especial control.

Ver duración de procesos en el **Manual de Tiempo Óptimos INSS**<http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/178382.pdf>)

Bajas al año

Cuando los **procesos de baja alcanzan su periodo máximo (365) destacan los siguientes:**

En **bajas de 365 días** por tanto las **lumbalgias**, (si agrupamos los diversos diagnósticos encuadrables con tal clínica), tras ellos los **trastornos de ansiedad, adaptativos** (y resto de trastornos psiquiátricos menores) vuelven a estar presentes y de forma muy significativa, junto a las bajas por **cáncer de mama**, que como tal diagnóstico se significa como diagnóstico origen de baja muy prolongada.

Tanto en los procesos activos en IT en el intervalo entre 61 días y los 6 meses, como entre los 6 y los 12 meses, los trastornos lumbares y los trastornos psiquiátricos menores se mantienen con constante predominio entre los procesos más frecuentes, hasta esta foto “final” de procesos que alcanzan los 365 días donde como vemos destacan de forma significativa como procesos causantes de “larga incapacidad médica laboral”.



Los factores psicosociales están presentes en los trastornos de ansiedad en el inicio y en la prolongación de la baja cronificando las situaciones y demorando el retorno laboral^{3,4,5,6,7,8,9,10}.

En las **lumbalgias** los factores psicosociales están presentes en la prolongación^{11,12} de la baja más allá de los seis meses, dificultando el retorno laboral.

Pero **también los factores psicosociales están presentes en otros muchos procesos**^{13,14,15,16,17,18,19} de mayor significación objetiva de la intensidad clínica y diagnóstica, no en el inicio pero si en su prolongación, modulando la respuesta negativa al tratamiento, la percepción del paciente de no mejoría y por tanto retrasando el retorno laboral.

Podemos afirmar que **los factores psicosociales son factores precipitantes en el inicio de la incapacidad, factores de mantenimiento de la incapacidad, ligados a la cronificación de los**

procesos de incapacidad, condicionantes de mala respuesta o escasa adherencia terapéutica, pueden ser barreras al retorno laboral^{16,20,21,22}, y causa de presentismo laboral (estar presente en el trabajo, en malas condiciones por temor a perder el empleo).

Considerar que los factores psicosociales siendo factores previos a la declaración de la incapacidad conviene conocerlos para prevenir la aparición de la incapacidad y su mantenimiento que establece un no retorno laboral bien sea temporal (baja IT) o permanente.

2. Factores psicosociales concepto

Los factores psicosociales son condiciones personales, del entorno relacional y del entorno laboral que actúan sobre la motivación y sobre la actitud del paciente como condicionantes en la salud y el enfermar.

Los factores psicosociales están por tanto presentes en el absentismo por incapacidad médica laboral, como al considerar el retorno al trabajo^{23,24,25} y en la eficacia en el trabajo tras el alta médica.

Los factores psicosociales no causan la incapacidad pero pueden precipitarla, mantenerla o modificarla.

Tanto en la situación de incapacidad temporal (IT) como en la constitución de la incapacidad permanente (IP) los factores psicosociales actúan sobre la motivación y la actitud del trabajador, reuniendo tanto aspectos motivacionales del trabajo, incluyendo los “factores higiénicos básicos” del trabajo (sueldo, organización, relaciones con compañeros de trabajo, seguridad laboral, ambiente de trabajo) y los “factores dinamizadores” del trabajo (logros, reconocimiento, independencia laboral, responsabilidad, promoción), como aspectos motivacionales extralaborales que comprende lo personal, el entorno familiar y social.

La motivación^{26,27} es la raíz dinámica del comportamiento humano y contiene factores determinantes internos que incitan a una acción con el objeto de obtener una satisfacción. La motivación es un estado interno que activa, dirige y mantiene la conducta.

Los factores psicosociales actúan sobre la motivación e influyen en la disposición del actuar, en la propia acción y en definitiva en la actitud, tanto a nivel cognitivo, afectivo y conductual, actuando finalmente sobre el comportamiento. (Figura 1.)

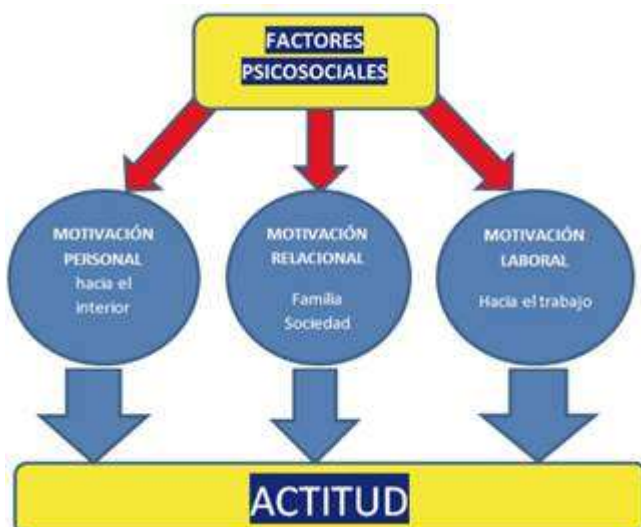


Figura 1 Los factores psicosociales y la modulación de la actitud.

En el **enfermar incapacitante laboral** y más en procesos que no sean graves (tanto por su intensidad diagnóstica o clínica) **lo biológico** (lo patológico) **siendo esencial en la declaración de la incapacidad, no lo es todo, pues lo personal vivencial, el entorno inmediato familiar, el entorno social y el entorno laboral, son ámbitos interconectados y que condicionan la razón incapacitante y su devenir evolutivo.**

En el **enfermar incapacitante** hay algo más que lo estrictamente biológico (enfermedad y limitaciones funcionales). (Figura 2.)

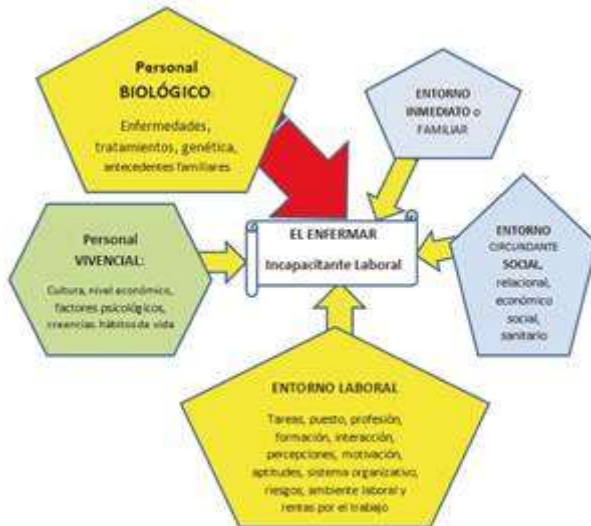


Figura 2 El enfermar incapacitante.

En el enfermar están presentes

1. **El ámbito Personal BIOLÓGICO:** La enfermedad, sus limitaciones funcionales, tratamientos, evolución, la genética, los antecedentes familiares.
 - **Es determinante para constituir la incapacidad**
2. **Los factores psicosociales**
 - **Personal VIVENCIAL:** Cultura, nivel económico, factores psicológicos, creencias, hábitos de vida.
 - **ENTORNO INMEDIATO** o FAMILIAR: apoyos, cargas, responsabilidades, relación.
 - **ENTORNO CIRCUNDANTE SOCIAL:** relación, integración, económico, social y sanitario
 - **ENTORNO LABORAL:** Tareas, puesto, profesión, formación, interacción, percepciones, motivación, aptitudes, sistema organizativo, riesgos, ambiente laboral y rentas por el trabajo
 - **Deterioran la incapacidad sobrevenida**

Se enferma por un determinante biológico (existencia de un diagnóstico, un tratamiento y una evolución). **Los factores psicosociales causan impacto en la enfermedad, tanto en su**

dimensión física como mental y en la calidad de vida, repercutiendo en la expresión clínico-funcional de la enfermedad.

Se está incapacitado laboralmente por una enfermedad que precisa de tratamiento y disminuye la capacidad laboral impidiendo trabajar. Pero no puede negarse la consideración de los factores psicosociales en la salud o en la enfermedad, bien actúen como facilitadores o como barrera.

Hay que afirmar con evidencia que la relación entre enfermedad, síntomas, limitaciones funcionales e incapacidad para el trabajo no es una relación lineal, sino inmersa en lo determinante biológico, y lo condicionante psicosocial, laboral, y socioeconómico.

Los factores psicosociales actúan en lo referente a las expectativas de curación, en la consideración del paciente de que la enfermedad es más grave de lo que es, y en la creencia de que el tratamiento no mejorará sus síntomas, repercutiendo directamente en la adherencia terapéutica, disminuyendo las posibilidades de curación o mejoría y trascendiendo en lo motivacional que finalmente causará una permanencia alargada en la situación de incapacidad temporal (*baja*) pues ante toda pregunta por si siente o percibe mejoría la respuesta del paciente será negativa pudiendo suponer más tratamiento o polifarmacia e ineficaz respuesta. Los factores psicosociales actúan en lo referente a las expectativas relativas al trabajo y en percibir que el trabajo es perjudicial, no ayudando al retorno laboral. La falta de motivación por el trabajo y las creencias negativas repercuten en la toma de decisión del alta médica y el retorno al trabajo, pues el paciente en incapacidad laboral se opondrá a tal consideración, y puede llevar a un sobredimensionamiento clínico o a la reagudización los síntomas psicológicos, en cualquier caso complicar la toma de decisión.

La presencia de trastornos emocionales²⁸, falta de confianza, la falta de autoeficacia (*self-efficacy*), y/o estar sometido a estrés laboral, y más en trabajos con carga mental o responsabilidad o en situaciones de conflicto laboral, no ayudan a facilitar el retorno laboral y de producirse conducirán al presentismo (ineficacia laboral) y la recaída en incapacidad temporal, en definitiva causando un deterioro de la salud²⁹. Conviene conocer estos factores psicosociales por su evidente implicación en alargar las bajas, causando insatisfacción laboral, deterioro de la salud, dificultad para aceptar el retorno laboral y en consecuencia potenciar el absentismo.³⁰

La CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento la Discapacidad y la Salud 2001) supuso el marco conceptual paradigma de la clasificación del funcionamiento humano valorando la discapacidad y la salud desde la transversalidad y la universalidad inclusiva basada en el modelo biopsicosocial haciéndolo operativo. La CIF incluye en la clasificación de la discapacidad la consideración de los factores contextuales ambientales (contexto externo ambiente físico social y contexto interno actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas) actuando bien fuera como facilitadores o suponga una barrera. (Figura 3.)

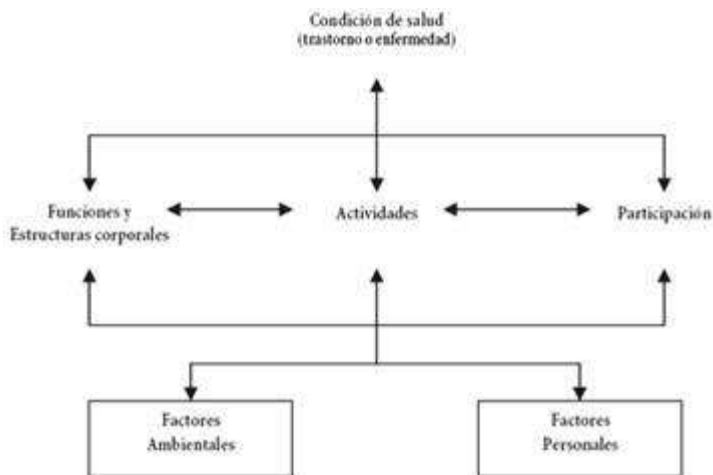


Figura 3 Esquema valoración CIF.

El diagrama del Funcionamiento³¹ se entiende como una **relación compleja y de interacción dinámica entre la Condición de Salud y los Factores Contextuales** (ej. factores ambientales y personales) con potencial para modificar los otros elementos.

Si trasladamos el esquema de la CIF a la **valoración de la capacidad laboral** (Figura 4) observamos que la **relación entre enfermedad, limitaciones e incapacidad/capacidad no es una relación lineal**. La consideración de capacidad/incapacidad depende tanto en su inicio como en la valoración del retorno al trabajo **no sólo de la enfermedad y la funcionalidad**, sino de si existen en el trabajo **elementos barrera o facilitadores** para tal retorno. Los factores de índole personal actitudinal no serían determinantes directos, pero no pueden ser **menospreciados**, sino valorados en su justa medida.



Figura 4 Valoración de la capacidad laboral según adaptación de criterios CIF.

Quando evaluamos la incapacidad laboral no es el diagnóstico lo que incapacita sino las **limitaciones funcionales que impiden trabajar**.

Pero no olvidemos que en la valoración capacidad laboral: enfermedad, limitaciones funcionales y la incapacidad laboral subsiguiente no existe una **relación directa**, pudiendo

darse la **PARADOJA VALORATIVA**, que viene a expresar lo paradójico que en la valoración de la capacidad laboral resulta cuando una mínima lesión residual puede ser incapacitante laboral, o una gran lesión residual puede mantener capacidad laboral. Pues **pequeñas limitaciones o deficiencias pueden ser altamente incapacitantes para un trabajo y grandes limitaciones funcionales o deficiencias pueden ser compatibles con el trabajo, no existiendo una relación directa entre deficiencias o limitaciones funcionales y la capacidad/ incapacidad, sino una relación entre estas y el trabajo, una relación que es preciso analizar específica e individualmente entre las limitaciones funcionales y las capacidades requeridas por el trabajo.** Así a modo de ejemplo una pérdida de la falange distal del índice de la mano izquierda constituirá una incapacidad laboral para un violinista pero no para un conductor de camión, y una parálisis de las piernas puede ser compatible es decir ser capacitado para un trabajo de teleoperador. En cumplimiento no sólo de lo **contextual** (factores contextuales de la CIF) sino lo **conceptual definitorio** de lo que **constituye la incapacidad laboral la relación de las capacidades funcionales del trabajador (presentes en la incapacidad o restantes tras el alta) y las capacidades requeridas para el desarrollo del trabajo.**

Ver referencia a la paradoja valorativa en: *Vicente Pardo José Manuel La valoración de la profesión, del trabajo, de la ocupación, y de las tareas en el procedimiento de valoración de la capacidad laboral en materia de seguridad social Med. segur. trab. vol.60 nº.237 Madrid oct./dic. 2014 pág. 668*<http://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2014000400006>.

Vicente Pardo José Manuel “No apto pero no incapacitado. La controversia del ser o no ser. Med Segur Trab. 2017; 63(247): página 148

Los factores contextuales ambientales tiñen la expresión de la incapacidad laboral, pudiendo facilitar el retorno laboral o dificultarlo, y la consideración de la capacidad/incapacidad laboral. Estos factores contextuales no son otros que el entorno personal, el entorno familiar, el entorno social y el entorno laboral.

Por ello nos podemos plantear hasta qué punto en el **esquema clásico de valoración de la capacidad/incapacidad laboral (Figura 5)** relacionando las limitaciones funcionales (capacidades) del trabajador y los requerimientos del trabajo (capacidades del trabajo) no debiéramos evaluar y considerar el entorno inmediato del trabajador tanto personal como social y la motivación.

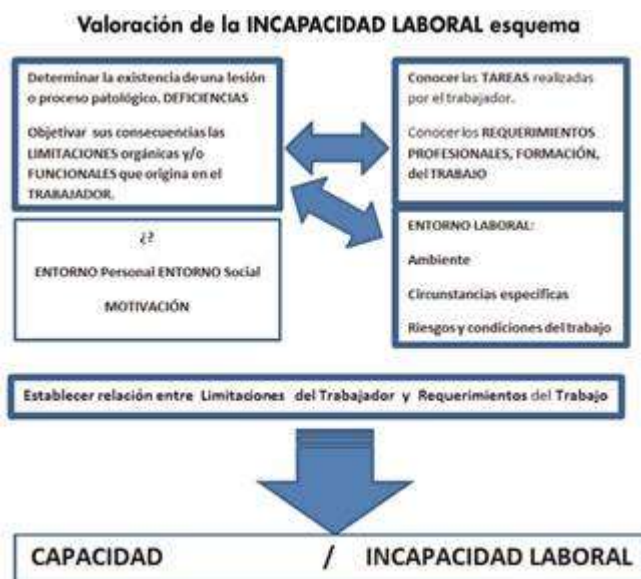


Figura 5 Esquema clásico de valoración de la capacidad/incapacidad laboral.

La actitud, lo actitudinal, lo motivacional

Denominamos **aptitudinal (laboral)** a la cualidad de adaptarse al trabajo, disponer de conocimientos y habilidades para ajustarse al trabajo encomendado, tener capacidad para poder desempeñar competentemente una actividad laboral.

Denominamos **actitudinal** a la disposición de ánimo, al disponer de **competencias actitudinales**. Sin estas competencias las habilidades o los conocimientos no podrían ser aprovechados o puestos de forma práctica eficazmente. **Lo actitudinal es necesario**, pues **nos permite implicarnos en actividades de equipo o de empresa, nos mantiene resilientes frente a las dificultades, ser participativos o proactivos en cualquier tarea, hacer efectivas nuestras capacidades psicofísicas y por tanto ejecutar una actividad laboral**.

Componentes importantes en nuestro cotidiano hacer son la **aptitud, entendida como el yo puedo, yo estoy capacitado, yo dispongo de competencias para el trabajo y la actitud, entendida como el yo quiero, yo dispongo de confianza, yo tengo motivación para trabajar**.

Cuando valoramos la aptitud laboral o las capacidades para el desempeño de un trabajo, **conviene no menospreciar la actitud o la motivación laboral** pues **puede estar en el origen de una conducta absentista o de un presentismo**.

LA **MEDICINA EVALUADORA** debe:

1. **Identificar y objetivar las deficiencias o cuadro clínico secuelar y sus consecuencias las limitaciones funcionales u orgánicas que provoca**
2. **Medir, graduar y jerarquizar, la intensidad del daño**
3. **Emitir conclusiones o juicio clínico laboral** cuyo fin es valorar la capacidad laboral o no del trabajador.

La **valoración de la capacidad o incapacidad** ha de ajustarse en su aspecto decisorio sobre la **objetivación de una enfermedad, su evolución y unas limitaciones funcionales para el trabajo en un determinado trabajador. Más que situaciones incapacitantes hay trabajadores incapacitados**.

Aun así, **muchas las dolencias son de difícil objetivación, como las referidas al dolor, la fatiga y los trastornos emocionales**, ese universo donde lo **subjetivo se escapa a la evaluación** objetiva de las limitaciones funcionales, y sin embargo está presente en la limitación incapacitante. Por ello **puede que pueda más “él quiere” que “él debe o puede trabajar”**. Convendría tal vez señalar que el término más adecuado no sería el “quiero o no quiero”, sino la **“percepción de sentirse capaz o no sentirse capaz”**, que tiene que ver con **comportamiento, satisfacción, implicación, con qué animo nos enfrentamos y qué actitud tenemos**.

Tan importante es la Aptitud para el trabajo como la Actitud hacia el trabajo cuando nos referimos a la **eficacia productiva**.

En todo caso pensemos a modo de síntesis que trabajar depende de:

- Estar capacitado, que es no tener incapacidad para ese trabajo o profesión.

- Estar apto, que es tener capacidad para ese puesto de trabajo, y poderlo realizar sin riesgo para la salud y la seguridad.
- Tener un trabajo, para el que se es capaz y apto

Trabajar supone disponer:

- CAPACIDAD PSICO-FÍSICA. PUEDO hacerlo
- FORMACIÓN. SE hacerlo
- HABILIDAD. APRENDÍ a hacerlo
- FACTORES REGLAMENTARIOS. ME PERMITEN hacerlo
- ACTITUD. QUIERO hacerlo

Sobre los aspectos concretos de la enfermedad y del trabajo actuarán los factores psicosociales como condicionantes de la percepción y la motivación hacia el trabajo y hacia la salud, consolidando una actitud del trabajador hacia los mismos.

Las deficiencias en la actitud y en la motivación hacia el trabajo condicionan un menor rendimiento laboral.

Como afirmó Nicholson³² en su metodología conceptual de la predicción del absentismo: **la motivación y el estado interno de la persona determinan su susceptibilidad a causar la ausencia del trabajo, y todo ello debe contemplarse como un continuo modificable por diversos factores.** (Figura 6.)



Figura 6 Factores sociales en el origen de la incapacidad.

Los **factores psicosociales** como vemos **terminan condicionando la capacidad/incapacidad laboral.**

La **expresión de los factores psicosociales** son las **percepciones del trabajador.** (Figura 7.)

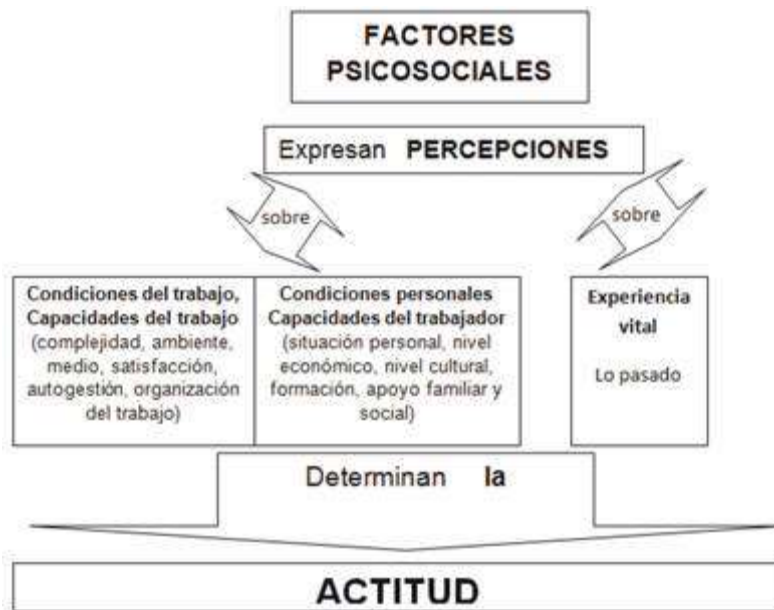


Figura 7 Los factores psicosociales y la modificación de la actitud.

Estas percepciones son resultado de la **interacción entre las condiciones en que se desarrolla el trabajo, las capacidades que el trabajo exige** (complejidad de tareas, ambiente laboral, medio laboral, satisfacción, capacidad de autogestión, condiciones de organización del trabajo) y las **condiciones personales del trabajador, sus capacidades** (situación personal, nivel económico, nivel cultural, formación, apoyo familiar y social) y las percepciones pasadas **determinando su actitud.**

Los **factores psicosociales** pueden ser favorables o facilitadores y desfavorables o barrera, las **referencias en negativo o barrera son a las que debemos de prestar atención, por las consecuencias que provocan al determinar la actitud,** lo actitudinal del paciente.

Los **factores psicosociales se convierten en riesgos psicosociales cuando se perciben como negativos, cuando se aprecian como barreras o dificultades insalvables causando deterioro de la actitud y la motivación, generando estrés y daño en el ámbito psicológico, físico y social. Siendo causa de somatizaciones, deterioro cognitivo, fallos en la atención, concentración, memoria, emociones, volición, motivación, actitud y conducta, repercutiendo en la socialización, favoreciendo el aislamiento y el recelo del entorno.**

Las percepciones se consolidan en expectativas sobre la enfermedad, su **repercusión en el trabajo y lo condicionante incapacitante por eso** Bültmann U y Brouwer [S33](#) advierten de la **necesidad de identificar los factores psicosociales y las expectativas no favorables generadas como elementos capitales en lo preventivo en la gestión de la incapacidad laboral y el retorno al trabajo.**

3. LOS FACTORES PSICOSOCIALES COMO PREDICTORES DEL RETORNO AL TRABAJO. LAS BANDERAS AMARILLAS EN LA PROLONGACIÓN DE LAS SITUACIONES DE INCAPACIDAD

La **actitud y lo motivacional están presentes en las situaciones de incapacidad desde el inicio, en la prolongación y en el momento del retorno laboral.**

La valoración del inicio de una baja, su prórroga o el alta médica suponen **una estricta objetivación de las limitaciones funcionales su evolución y la valoración de la capacidad laboral.**

Pero la **línea divisoria entre capacidad e incapacidad no siempre es clara, tanto en el inicio y seguimiento de la baja** (incapacidad temporal) por parte del médico de atención primaria **como tampoco lo es en el ejercicio de la competencia controladora** que sobre las situaciones de incapacidad temporal tienen los médicos inspectores de las Comunidades Autónomas o los médicos inspectores del INSS o en su caso los médicos de Mutua.

En **inicio**, y sin olvidar esta compleja realidad, en la **incapacidad temporal** podemos encontrarnos con **bajas evitables o voluntarias**, el paciente acude a **solicitar la baja**, suelen ser **procesos en los que prima la actitud del paciente y lo motivacional sobre la enfermedad limitante**, a diferencia de las **bajas inevitables involuntarias** en las que la **enfermedad limita e impide trabajar** se **prescribe la baja de forma indubitada**, la actitud del enfermo y lo motivacional estarán presentes pero desde la **percepción de la forzada e inesperada pérdida funcional laboral.**

Lo evitable nos lleva a una consideración preventiva de las situaciones previas a lo **inevitable** que es **estar impedido para el trabajo por el desarrollo de una enfermedad incapacitante**³²

No soy partidario de la calificación de baja justificada o **baja injustificada**, de principio, pues ello lleva una connotación de **fraude**, fraude que por ahora no tenemos cuantificado. Aunque si es cierto se da el fraude, como también se dan las **bajas (IT) refugio** usando las situaciones de baja como amparo o protección de otras situaciones de necesidad personal, familiar, económica, etc. ajenas a la necesidad de estar protegido por una prestación económica mientras se está incapacitado por razón de una enfermedad que impide trabajar. Si pueden existir bajas inadecuadas en su extensión. Tal vez por ello en gestión de IT en se habla de **adecuación** de las situaciones cuando hablamos de **gestión y control.**

En la **atención tanto asistencial como controladora** presente en la incapacidad temporal se **precisa conciliar claridad de mensaje, evitar complacencia y asertividad decisoria con calidez** en la **atención prestada.** Favoreciendo la confianza del trabajador en baja con presencia de factores psicosociales, trabajador que en estas situaciones puede tener una actitud de recelo y desconfianza del sistema, así como de las posibilidades terapéuticas y de la mejora de su situación incapacitante.

En la **continuidad de la baja**, y más cuando esta se **prolonga**, el transcurrir del **tiempo de espera a la respuesta al tratamiento**, conlleva una **inevitable consideración del paciente hacia la actitud y lo motivacional hacia el trabajo.** Consideración que es mínima en procesos graves donde ante todo al enfermo lo que le preocupa es el grave quebranto de su salud y el aspecto pronóstico o vital de la enfermedad.

Pero es ante la **consideración del retorno al trabajo**, cuando se plantea el alta médica, cuando la **actitud y lo motivacional destacan sobre la recuperación de la capacidad laboral o la aptitud laboral.**

El **enfoque psicossomático**³⁴ en el **abordaje de los procesos de “larga incapacidad médica laboral” cronificados es capital para mejorar los resultados de retorno al trabajo** en la misma medida que mejoran el resultado de la atención sanitaria. **Nos permite conocer y dar**

respuesta a esas situaciones de baja con síntomas inexplicables o malas respuestas terapéuticas, así como la atención a la comorbilidad de factores psicológicos en múltiples procesos orgánicos con dolor crónico, o gran servidumbre terapéutica o pronóstico vital incierto que conlleven una necesaria adaptación laboral al retorno.

Los factores psicosociales pueden explicar la aparición de procesos psicosomáticos o procesos con expresión de síntomas físicos pero con ausencia de organicidad.

No debemos menospreciar los factores psicosociales que sería tanto como negar la evidencia y su peso en el absentismo laboral por incapacidad.

En los factores psicosociales y su influencia en el absentismo laboral por incapacidad temporal encontraremos factores *push* y factores *pull*.

- Los **FACTORES PUSH** son aquellos que se encuentran en el **CONTEXTO LABORAL** y que «empujan» a la persona a ausentarse. Riesgos laborales, riesgos psicosociales en el trabajo (motivación, organización, desigualdades, clima laboral, satisfacción, implicación, autonomía, relación, precariedad laboral), la cultura organizacional y social en la empresa (prevención, implicación, comunicación, organigrama, análisis causal del absentismo).
- Los **FACTORES PULL** serían aquellas variables del **CONTEXTO EXTRALABORAL** (personal o familiar) que «tiran» del trabajador provocando la ausencia. Conciliación familiar, apoyo familiar, responsabilidades, tiempo de ocio.

El deterioro psicológico (Figura 8) que dimana de los factores psicosociales barrera o negativos comienza por lo personal, prosigue afectando al ámbito social y culmina deteriorando el ámbito laboral.



Figura 8 Progresión e impacto del deterioro psicológico.

El retorno al trabajo tras incapacidad

El retorno al trabajo se sucede en incapacidad temporal:

- si el paciente en situación de baja (IT) solicita el alta médica,
- si es decisión del médico que extendió la baja e hizo el seguimiento MAP*,
- si el alta se considera tras control por entidad competente (los “controladores”, Inspección Médica CCAA*, Inspección Médica INSS*, médico de Mutua)

También cabe el retorno al trabajo tras incapacidad permanente revisada por el INSS.

El retorno dependerá (Figura 9) del tipo de la enfermedad, sus consecuencias limitantes y la evolución al tratamiento, de la percepción del trabajador, de la obligada aceptación decisoria del médico o entidad que considera está de alta (médica), y ligada al trabajo, profesión, puesto, tareas, formación, riesgos y condiciones especiales.



Figura 9 Factores que modulan el retorno al trabajo.

Sobre los aspectos de la enfermedad y del trabajo actuarán los factores psicosociales como condicionantes de la percepción y la motivación.

Obstáculos para volver a trabajar [35,36,37,38,39,40,41](#) de tipo:

- **BIOLÓGICO.** Estado de salud y asistencia sanitaria. Capacidad física y mental incapaz de responder al nivel de actividad y demandas de trabajo. Edad. Dolencias osteomusculares. Patología psiquiátrica.
- **PSICOLÓGICO.** Percepciones, creencias y comportamientos personales (especialmente sobre el trabajo). Creencias de que la enfermedad es más grave de lo que es, de que no obtendrá cura, de que nada puede hacer personalmente por mejorar, de que el trabajo perjudica o perjudicará su salud, creencia de estar discapacitado laboralmente. Y miedo a los aspectos psicosociales del trabajo. Actitudes hacia la salud y la Incapacidad en general.
- **SOCIAL.** Obstáculos organizativos y del sistema. Economía. Mercado laboral. Sistema de protección social. Escaso apoyo social. Escaso apoyo familiar.
- **TRABAJO.** Trabajos de carga física. Exceso de demanda. Estrés. Conflicto laboral. Largas jornadas o jornadas partidas en exceso. Organización no compartida. Rigidez organizacional, Falta de autonomía. Sueldo precario. Ritmos de trabajo intensos. Modificación de condiciones de trabajo. Inadaptación a tareas. Envejecimiento laboral.

Temporalidad. Excesiva competitividad. Falta de motivación. Trabajos de escasa consideración.

Los factores psicosociales actúan en su contextualización negativa como barreras al retorno al trabajo, prolongando las situaciones de incapacidad.

Dentro de la diversidad del fenómeno de la IT los factores psicosociales y el componente motivacional son claves en la dificultad de retorno al trabajo, bien por su presencia en bajas largas de más de seis meses o muy largas que alcanzan o superan los 12 meses.

Pero a parte de esta presencia en cuanto a la larga duración, **están presentes en determinados diagnósticos condicionando el retorno al trabajo en cuadros dolorosos crónicos (de más de seis meses), cuadros neoplásicos con evolución clínica favorable pero larga duración de la IT, en cuadros físicos graves en su presentación (cardiovasculares, neurológicos, etc) pero cuya bonanza evolutiva facilitaría o permitiría una esperada reincorporación al trabajo que sin embargo no se produce.**

Pero si hay una **relación directa entre procesos y presencia de factores psicosociales** en retardar el retorno al trabajo esto **sucede en cuadros lumbares, hombro doloroso, y en los trastornos psiquiátricos menores, donde su presencia en negativo retrasará o dificultará el retorno efectivo al trabajo.**

La actitud hacia el trabajo y el apoyo social percibido son factores que predicen y modifican el tiempo de retorno laboral, siendo además mayor la significación predictiva para los problemas de salud mental y trastornos físicos en general.

¿Qué puede hacerse ante estas evidencias de lo impactante de los factores psicosociales?^{42,43}

Si damos por probado que los factores psicosociales son predictores de larga incapacidad, dificultar el retorno laboral y disminuir el rendimiento laboral, la mejor forma de evitar su impacto es prevenirlos es decir tratar de aminorarlos o que no existan.

- **Sobre los factores psicosociales personales** referentes a **respuestas emocionales inadecuadas** ante el ordinario vivir y ante las situaciones adversas o el sufrimiento vital, sólo cabe en el supuesto de advertirlas **desde la atención primaria aconsejar la terapia o consejo atencional psicológico adecuado.**
- **Frente a los factores económicos personales** sólo cabe confiar en **un trabajo y salario digno, y la bonanza económica.**
- **Frente a los factores familiares o sociales**, sobre todo los referente al **apoyo familiar y responsabilidades sobre cuidado de familiares** la mejor respuesta es una **adecuada protección social, y horarios flexibles que faciliten la conciliación familiar (familia trabajo).**
- **En cuanto a los factores psicosociales presentes en el trabajo** mejora de la **organización del trabajo, mejora del clima laboral, evitar la competitividad estresante lesiva, evitar la presión desmesurada o la carga excesiva de trabajo o largas jornadas laborales. Evitar jornadas incompatibles con una vida familiar y de ocio.**
- **Permitir la reincorporación parcial. Disminuir horario o cargas en la etapa de reingreso al trabajo.**

- Facilitar la adaptación laboral ante la “actitud sobrevenida”.
- Por otra parte para disminuir las falsas o negativas expectativas respecto a la enfermedad, los tratamientos, las disfunciones y su evolución y las creencias de concebir el trabajo como no saludable o dañino sólo cabe:
 - En lo atencional mensajes claros, positivos hasta donde alcancen, diagnóstico temprano tratamiento eficaz en tiempo y forma, disminuir listas de espera, e implantación de programas de atención temprana en los problemas osteomusculares y trastornos psicológicos.
 - En lo personal modificar las conductas emocionales erróneas derivando a *counseling* psicológico cuando proceda, sin psiquiatrizar lo cotidiano o del humano vivir.

Los programas de coordinación de retorno al trabajo mediante la vinculación del entorno asistencial y del laboral no parecen en la práctica mejoren los resultados del retorno al trabajo⁴⁴.

Los riesgos psicosociales presentes en el trabajo deben ser valorados como condicionantes de especial sensibilización preventiva a la hora de extender el alta o considerar el retorno laboral. Máxime cuando en estos tiempos modernos hemos conseguido disminuir los riesgos físicos o riesgos de exposición a agentes químicos, pero precisamente por la modernización de los procesos productivos asistimos a políticas de organización del trabajo que favorecen la presencia de factores psicosociales en el trabajo.

4. Los factores psicosociales y la incapacidad laboral. Banderas amarillas en incapacidad^{45,46,47,48,49}

Las “banderas amarillas” (yellow flags) es un término acuñado por Kendall et al en 1997 aplicado en un principio a los factores psicosociales negativos cuya presencia en cuadros de dolor de espalda explican la persistencia de los síntomas, la mala respuesta al tratamiento, su cronificación, su mal pronóstico, la discapacidad y la dificultad de retorno al trabajo.

Pero podemos hacer extensivo tal denominación de banderas amarillas a la incapacidad por cualquier proceso para referirnos a los indicadores psicosociales cuya presencia nos alerta de la posibilidad de que el proceso se vaya alargar, mantenga la sintomatología dolorosa y disfuncional, comporte la aparición de procesos ansiosos, trastornos adaptativos, de lugar a creencias y expectativas negativas respecto a la curación o la mejoría y por tanto retardando cuando no impidiendo el retorno al trabajo.

Las “banderas amarillas” representan la dimensión psicosocial y deben de ser consideradas durante la valoración/evaluación ya que actúan como importantes factores de riesgo para la aparición de problemas crónicos.

Las banderas amarillas son predictores de mal pronóstico tanto en la atención sanitaria, como en la recuperación funcional, como en el retorno al trabajo.

Las banderas amarillas en incapacidad hacen referencia a lo:

- **Afectivo:** Síntomas de depresión. Síntomas de ansiedad. Irritabilidad.

- **Conductual:** Afrontamiento inadecuado de la situación (poor coping skills). Alteración del sueño o sueño excesivo. Actitud pasiva o escasa conformidad (compliance) con la rehabilitación y con cualquier tratamiento. Gran disminución en la realización de las actividades cotidianas. Aislamiento social. Aumento del consumo de alcohol u otras sustancias, incluyendo la polimedicación.
- **Social:** Ausencia de apoyo. Sobreprotección por parte de familia/amigos. Familia/amigos socialmente punitivos. Nivel educativo bajo. Historia de abusos físicos, sexual o de sustancias.
- **Laboral:** Expectativa de empeoramiento del dolor y la evolución con la actividad. Historia laboral “pobre”, con bajas frecuentes. Satisfacción laboral baja. Entorno laboral poco acogedor/protector/solidario/cómodo (supportive). Problemas con reivindicaciones y compensaciones. Litigio pendiente.

Las **banderas amarillas** son **indicadores psicosociales que sugieren un mayor riesgo de progresión a largo plazo del proceso de baja, la aparición de ansiedad o angustia (no patológica), la percepción de discapacidad y en cuadros osteomusculares la persistencia del dolor resistente a los tratamientos.**

Banderas AMARILLAS a señalar cuando advertimos que:

El paciente en incapacidad presenta:

- **Creencias, valoraciones y juicios,**

Creencias inútiles sobre el dolor o la enfermedad, cree que su lesión o enfermedad es incontrolable o que puede empeorar. Expectativas de mal resultado del tratamiento, retraso en el regreso al trabajo, por considerar está y seguirá discapacitado, y no existirá mejoría funcional que permita volver a su trabajo. Sentimientos de falta de apoyo. Excesiva dependencia del entorno familiar. Consideración de que nadie le entiende o de que es injusto lo que le pasa. Sentimiento de no haber sido correspondido por lo que cree dio a los demás incluyendo el trabajo y lo que recibe.

- **Respuestas emocionales,**

Angustia que no cumple los criterios para el diagnóstico de trastorno mental. Preocupación, temores, ansiedad anticipatoria, trastorno del sueño.

- **Comportamiento ante el dolor** (incluyendo dolor y estrategias de afrontamiento).

Evita la actividad física debido a las expectativas de que causen dolor y posibles recaídas. Exceso de confianza en los tratamientos pasivos. No coopera activamente en el tratamiento y rehabilitación

- **Percepciones sobre la relación entre trabajo y salud.**

Crear que el trabajo es demasiado exigente y que es probable que cause más lesiones. Creencias de haber enfermado por el trabajo. Creencia de no apoyo y persecución por jefes o compañeros.

Por parte del sistema o el entorno hay presencia de obstáculos contextuales

- Restricción de las opciones para el regreso al trabajo.

- Conflictos con el sistema de prestación de incapacidad, litigiosidad, reclamaciones
- Ámbito familiar sobreprotector o muy exigente.
- Responsabilidades familiares no compartidas. Situaciones de familiares próximos enfermos o dependientes.
- Mala atención sanitaria
- Trato médico percibido como distante y que le supone alejamiento.
- Frecuentadores de atención médica.
- Trabajo pesado, o de carga mental exigente con pocas posibilidades de modificación o adaptación
- Trabajos poco gratos

Algo que debe de quedar claro: Las **“banderas amarillas”** representan la **dimensión psicosocial negativa para la recuperación del paciente en baja y deben de ser consideradas desde las primeras semanas del proceso durante la valoración/evaluación ya que actúan como importantes factores de riesgo para la aparición de problemas crónicos.**

El concepto del **enfermar biopsicosocial**, el **devenir de lo incapacitante** y el **retorno al trabajo** forman parte del mismo continuo (Figura 10). Se está **incapacitado por estar enfermo, y limitado funcionalmente para el trabajo** no lo debemos olvidar. **Pero** el mismo esquema causal circular del **enfermar biopsicosocial** no está lejano sino que **impregna y modula la situación incapacitante, y lo evaluador laboral**, tanto en lo intenso como en lo difuso de una enfermedad y sus consecuencias, pero presente incluso más en estos casos límite o difusos en donde no encontramos respuesta a la no respuesta al tratamiento o la prolongación del malestar y la reticencia del paciente a retornar al trabajo.

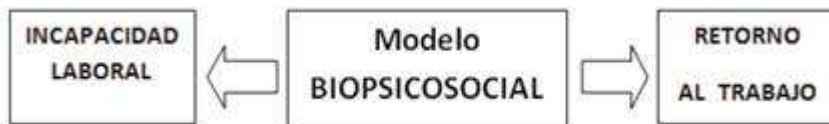


Figura 10 El enfermar biopsicosocial incapacitante.

En la **Incapacidad Temporal (IT)** en su **incidencia y en su duración** preocupa su presentación **en ocasiones motivada por variables ajenas al entorno directo de la pérdida de la salud y la pérdida funcionalidad para el trabajo**; haciendo de estas **“bajas laborales”** (ITs, Incapacidad Temporal) **procesos de difícil control, siendo los factores psicosociales principal causa de estas bajas alejadas** de las variables de la **propia definición de la IT**: “las situaciones debidas a enfermedad común o profesional y a accidente, sea o no de trabajo, mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria de la Seguridad Social y esté impedido para el trabajo, con una duración máxima de 365 días, prorrogables por otros 180 días cuando se presuma que durante ellos puede el trabajador ser dado de alta médica por curación” (artículo 169 TR LGSS).

Variables incapacidad temporal:

- Enfermedad o lesión (pérdida de la salud limitante)
- Necesidad de asistencia sanitaria (tratamiento)

- Impedimento para el trabajo
- Carácter temporal

Los factores psicosociales, están presentes en el inicio de las “bajas” (ITs), precipitándolas, en su prolongación dificultando la recuperación y alargando la duración de las bajas y en su resolución siendo problemático el alta médica y el retorno laboral.

Factores ajenos a la enfermedad y sus limitaciones que predicen el alargamiento de la baja (incapacidad temporal) y dificultan el retorno al trabajo, de tipo

Personal

- **Edad.** La edad y el envejecimiento de la población laboral traen consigo un alargamiento de los procesos de incapacidad primero por la peor respuesta a los tratamientos, y la posible comorbilidad y segundo por la pérdida de capacidades que propicia una mayor fragilidad de la salud psico-física.
- **Comportamientos emocionales erróneos.** Individuos poco proactivos.
- **Falta de ejercicio.**
- **Creencia de que el trabajo es perjudicial o peligroso.** “Iatrogenia sanitaria” dando una información inadecuada.
- **Bajo nivel educativo, y de nivel socio-económico** van de la mano de trabajos poco satisfactorios y mal pagados.
- **Carencia de “vocación” profesional.** La precariedad de los empleos, hace difícil la motivación y actitud hacia el trabajo.
- **Insatisfacción laboral y salarios bajos** van ligados a una mayor duración de la incapacidad.

Familiar

- **Vida familiar insatisfactoria o problemática.**
- **Excesivas cargas familiares, por escasa colaboración.**
- **Familiares enfermos o dependientes o simplemente ancianos.**

Laboral

- **Clima de trabajo insatisfactorio** y carente de apoyos.
- **Situación laboral desfavorable.** Desempleo. Contrato temporal o a tiempo parcial.
- **Desempleo.**
- **Cambios de empresa o de la actividad** en la misma.
- **Salarios bajos.** Insatisfacción laboral.
- **Carencia de “vocación” profesional.** Precariedad.
- **Experiencia de tensión en el trabajo.** Trabajo a turnos o a horas intempestivas.

- **Trabajo a turnos o a horas intempestivas o “insociables”**. Conciliación familiar y social complicada son un factor de riesgo de alargamiento de las incapacidades.
- **Percepción del trabajador de inestabilidad** del puesto y de la empresa, van ligadas a incapacidades largas.
- **Cambios de trabajo** frecuentes. La temporalidad y la estacionalidad en el empleo.
- **Ambiente y clima de trabajo insatisfactorio** y carente de apoyos.
- **Relaciones pobres con compañeros o supervisores, y carencia de “implicación” profesional.**

Social

- **Escasos recursos económicos.**
- **Falta de protección social.**
- **Distocia social o marginalidad.**
- **Crisis económica.**

Sanitario

- **Antecedentes de procesos recurrentes.**
- **Historia previa de larga discapacidad.**
- **Antecedentes de procesos psíquicos o problemas de espalda u osteomusculares.**
- **Hiperfrecuentadores de bajas.**
- **Tiempos de espera asistencial.**
- **Recursos públicos asistenciales deficientes.**

Podríamos decir que **son factores de riesgo o concausas**, es decir **causas necesarias pero no suficientes** para considerar el **proceso incapacitante**, como tal en su concepto teórico. **Los factores psicosociales barrera pueden hacer que una enfermedad o una lesión y sus limitaciones funcionales consecuentes den lugar a la situación de incapacidad médica laboral.** Podríamos decir que para esas situaciones límites entre lo incapacitante laboral y la capacidad laboral la presencia mantenida de factores psicosociales supone la precipitación de la solicitud de la baja, la mala respuesta a los tratamientos, y la percepción del trabajador de que su trabajo le perjudica y por ello resistirse a volver al trabajo.

Estudio de factores psicosociales en procesos de baja que llegan a 365 días

Durante el semestre de mayo-octubre 2017 en el INSS de Gipuzkoa, se realizó **estudio de seguimiento de los procesos de baja que llegaron a los 365 días, los factores psicosociales estaban presentes en un 23% de forma significativa.** Recogiendo señalamientos referenciados en la documental médica aludiendo a situaciones de grave **conflictividad familiar** (cuidado de familiar gravemente enfermo, separaciones traumáticas, pérdidas familiares, agresiones, desamparo económico familiar, etc.) o **conflictividad laboral importante** (pérdidas de trabajo, mala relación laboral, conflictos laborales en la empresa, carencia de ingresos, sucesivas bajas) o **conflictividad personal** (conductas emocionales, trastornos del ánimo, historia previa de

atención psicológica) que pudieran estar en el origen o modulando la evolución del proceso. **Léase por conflicto las situaciones desgraciadas o problemáticas o de difícil salida**, como así se recoge en el diccionario de la lengua española.

En ese **23%** de los procesos de larga incapacidad temporal (que habían alcanzado los 365 días, período máximo) con presencia señalada de **factores psicosociales (barrera o negativos) se recogían como causa o detonante del 75% de los procesos de ansiedad, trastornos adaptativos, procesos ansioso-depresivos, estrés**. La presencia de factores psicosociales se presentaba de forma especial en un **25%** de los cuadros lumbares asociados a dolor crónico, en un **35%** de los procesos de cáncer de mama, en un **20%** de las cardiopatías tipo infarto y en un **20%** de los trastornos por dolor poliarticular.

Si tenemos en cuenta que los **trastornos musculo esqueléticos ocasionan cerca del 35% de los días de incapacidad, seguidos de las patologías mentales con más del 12% respectivamente, y que las lumbalgias** (agrupando los diversos diagnósticos encuadrables con tal clínica) tras ellas los **trastornos de ansiedad, los trastornos adaptativos** (y resto de trastornos psiquiátricos menores), y el **cáncer de mama son los procesos más frecuentes en alcanzar los 365 días de baja, el impacto de los factores psicosociales es incuestionable.**

Por todo ello **podemos concluir que los factores psicosociales se presentan como un factor determinante en el inicio, en la prolongación de la incapacidad temporal y en dificultar el retorno laboral.**

Y si bien el aspecto evaluador estrictamente debe considerar y señalar las limitaciones objetivables y su grado incapacitante laboral, no convendría menospreciar los factores psicosociales y percepciones del paciente, como predictores de mal pronóstico para el retorno al trabajo. Más todavía cuando valoramos trastornos del ánimo o de las emociones, cuadros de dolor crónico, procesos de larga enfermedad o graves o situaciones de alta conflictividad laboral o trabajos con elevada presión, donde los factores psicosociales pueden ser más relevantes del impedimento funcional.

La entrevista semiestructurada y la correcta anamnesis en los reconocimientos médicos de pacientes en incapacidad temporal, parecen ser la mejor herramienta para detectar los factores psicosociales de riesgo.

Conclusión

Los factores psicosociales están en el inicio de la baja como detonante impeditivo laboral de situaciones basales previas, están en la cronificación del proceso una vez que la incapacidad se ha producido, están en la percepción de escasa respuesta o de mala evolución que tiene el paciente respecto de su proceso de incapacidad y están presentes potenciando lo disfuncional discapacitante del proceso y todo ello dificultando el retorno laboral. Es más, no resueltos y caso de aun así retorno al trabajo serán causan de **“presentismo laboral”** (estar presente en el trabajo, en malas condiciones por temor a perder el empleo) y **bajo rendimiento laboral, pudiendo ser determinante de “ineptitud sobrevenida” y despido.**

La presencia de factores psicosociales conlleva la persistencia clínica (referida por el paciente) en la situación de incapacidad temporal, y la permanencia en tal situación incapacitante, y como consecuencia provocará la consideración de no retorno al trabajo.

Por todo ello debe insistirse en la prevención de estos factores psicosociales para aminorar el absentismo por incapacidad, abordando en especial los procesos de incapacidad temporal

en los que encontremos que se hallan presentes y valorar su aminoración para poder facilitar la consideración del retorno al trabajo.

Debemos de concluir que los “factores ajenos a la enfermedad y sus limitaciones funcionales” en la incapacidad temporal (banderas amarillas en la IT) predicen el alargamiento de la baja (incapacidad temporal), la mala respuesta terapéutica y dificultan el retorno al trabajo. Los factores psicosociales de riesgo de carácter personal, familiar, social y laboral, así como los riesgos psicosociales laborales están presentes como factores de deterioro de la salud y determinantes del absentismo por incapacidad laboral y en ellos guarda causa relativa el aumento de los procesos de ansiedad y depresión que causan baja (IT) laboral; más allá de la psiquiatrización de lo cotidiano en el afrontamiento de las dificultades vitales que no son enfermedad (sobrediagnóstico) y del tipo de vida acelerado, competitivo y exigente que pretende resolver rápidamente cualquier complicación, problema o sufrimiento de nuestra existencia con un tratamiento médico que no procede (sobretreatmento), que también hay que tener en cuenta.

La detección de las “banderas amarillas” en la incapacidad (factores ajenos a la enfermedad y sus limitaciones funcionales incapacitantes) exigen la adopción de una actitud temprana para su afrontamiento, pues de lo contrario su persistencia finalmente prolongará el absentismo laboral, dificultará el retorno laboral, y aún que se proceda al alta médica, serán frecuentes las recaídas y/o un mal rendimiento laboral (presentismo).

Medidas para reducir el impacto de los factores psicológicos en la incapacidad temporal (IT)

Actuar sobre las respuestas emocionales inadecuadas mediante la atención psicológica, para modificar conductas y disminuir las expectativas negativas y desconfianza en la recuperación.

Atención temprana de los procesos osteomusculares y psíquicos, para mejorar la respuesta, favorecer la adherencia terapéutica y abordar el proceso como recuperable.

Evitar listas de espera para pruebas diagnósticas y para tratamientos, para evitar la cronificación de los síntomas y las creencias negativas sobre recuperación de la salud.

Consideración preventiva de las decisiones del retorno al trabajo, que considere el tránsito obligado tras un alta médica al trabajo.

Incorporación parcial al trabajo (ALTAS PARCIALES) tras incapacidad, promoviendo una reintegración más efectiva tras procesos de moderada o larga baja, evitando recaídas.

Facilitar la adaptación laboral ante la “actitud sobrevenida”, considerando la nueva situación del trabajador reincorporado y los antecedentes o presencia de factores psicosociales.

Evitar CONTROVERSIAS entre alta médica y no apto, yendo más allá de lo prestacional al extender el alta médica, con concordancia decisoria, en ese continuo que debiera existir entre capacidad y aptitud.

Horarios flexibles o reducción horaria que favorezcan la conciliación familiar, en supuestos en que la clave del inicio del proceso y el factor de riesgo incapacitante sean jornadas excesivas o incompatibles con vida familiar o de ocio.

Prestaciones sociales para la atención a familiares con dependencia o gravemente enfermos, evitando la carga emocional, en dedicación y responsabilidad que estas situaciones conllevan.

Mayor detección y protección de los factores psicosociales en el trabajo, pues no en vano los riesgos psicosociales son cada vez más frecuentes e intensos.

Mejoras en la organización, condiciones y clima laboral, que fomenten la **satisfacción** laboral.

5. Referencias bibliográficas

1. Pedro R. Gil-Monte. *Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública*. Rev Esp Salud Pública 2009; 83: 169-173. 2009

<https://bit.ly/2Ur8KTF>

2. Libertad Martín Alfonso. *Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad* Rev Cubana Salud Pública v.29 n.3 Ciudad de La Habana jul.-sep. 2003 <https://bit.ly/3bbXU9U>

3. George W. Brown *Psychosocial factors and depression and anxiety disorders- some possible implications for biological research*. Journal of Psychopharmacology 10 (1) 1996

<https://bit.ly/2OoYaJa>

4. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. *Depression Is a Risk Factor for Noncompliance With Medical Treatment* Meta-analysis of the Effects of Anxiety and Depression on Patient Adherence. Arch Intern Med.2000;160(14):2101-2107. doi:10.1001/archinte.160.14.2101

<https://bit.ly/2UmvoMV>

5. Norton, A., & Abbott, M. (2017). *The Role of Environmental Factors in the Aetiology of Social Anxiety Disorder: A Review of the Theoretical and Empirical Literature*. Behaviour Change, 34(2), 76-97. doi:10.1017/bec.2017.7 <https://bit.ly/37W87Fr>

<https://bit.ly/37W87Fr>

6. Vieco Gómez, Germán F.; Abello Llanos, Raimundo; (2014). *Factores psicosociales de origen laboral, estrés y morbilidad en el mundo*. Psicología desde el Caribe, Mayo-Agosto, 354-385.

<https://bit.ly/3b2h6XI>

7. Burr, H., Albertsen, K., Rugulies, R. & Hannerz, H. (2010). *Do dimensions from the Copenhagen Psychosocial Questionnaire predict vitality and mental health over and above the job strain and effort-reward imbalance models? Scandinavian Journal of Public Health*, 38(3) suppl:59-68. doi: 10.1177/1403494809353436 <https://bit.ly/31ounW5>

<https://bit.ly/31ounW5>

8. Borritz, M., Christensen, K. B., Bültmann, U., Rugulies, R., Lund, T., Andersen, I., Villadsen, E., Diderichsen, F. & Kristensen, T. S. (2010). *Impact of burnout and psychosocial work characteristics on future long-term sickness absence. Prospective results of the danish puma study among human service workers*. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 52(10), 964-970. doi: 10.1097/JOM.0b013e3181f12f95 <https://bit.ly/394FrdD>

<https://bit.ly/394FrdD>

9. Kawakami, N. & Tsutsumi, A. (2010). *Job stress and mental health among workers in Asia and the World*. Journal of Occupational Health, 52(1), 1-3 <https://bit.ly/2tqcolC>

<https://bit.ly/2tqcolC>

10. Vezina, M., Bourbonnais, R., Marchand, A. & Arcand, R. (2010). *The association between psychosocial work demands and mental health problems in Quebec: a gender-based analysis*. Can J Public Health, 101(Suppl 1), S23-28. <https://bit.ly/2vNZ3EE>

<https://bit.ly/2vNZ3EE>

11. Waddell G. *Preventing incapacity in people with musculoskeletal disorders*. Br Med Bull 2006; 78:55-69.doi:10.1093/bmb/ldl008 <https://bit.ly/2Sej8eY>

<https://bit.ly/2Sej8eY>

12. Kristofferzon M-L, Nilsson A, et al. Factors associated with return to work among people on work absence due to long-term neck or back pain: a narrative systematic review. *BMJ Open* 2017;7: e014939. doi:10.1136/bmjopen-2016-014939 <https://bit.ly/2Uyu17x>
13. Lueboonthavatchai P. Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients. *J Med Assoc Thai.* 2007 Oct;90(10):2164-74. <https://bit.ly/2trqdiL>
14. Eller, N. H., Netterstrom, B., Gyntelberg, F., Kristensen, T. S., Nielsen, F., Steptoe, A. & Theorell, T. (2009). Work-related psychosocial factors and the development of ischemic heart disease: a systematic review. *Cardiol Rev*, 17(2), 83-97. doi: 10.1097/CRD.0b013e318198c8e900045415-200904000-00006 [pii] <https://bit.ly/2GTJkpS>
15. Belkic, K. (2004). Is job strain a major source of cardiovascular disease risk?. *Scand Journal Work Environmental Health*, 30, 85-128. <https://bit.ly/2RWrbOq>
16. Bültmann U., Brouwer S. (2013) Individual-Level Psychosocial Factors and Work Disability Prevention. In: Loisel P., Anema J. (eds) *Handbook of Work Disability*. Springer, New York, NY <https://bit.ly/2Uyunlh>
17. Schultz IZ, Crook J, Meloche GR, Berkowitz J, Milner R, Zuberbier OA, Meloche W. Psychosocial factors predictive of occupational low back disability: towards development of a return-to-work model. *Pain* 2004; 107: 77-85. <https://bit.ly/2OnsLH6>
18. Evelien R. Spelten, Mirjam A.G. Sprangers and Jos H.A.M Verbeek. Factors reported to influence the return to work of cancer survivors: a literature review. *Psycho-Oncology* 11: 124-131 (2002) DOI: 10.1002/pon.585 <https://bit.ly/31miOie>
19. Orellano, Claudia Marcela. Factores de riesgo psicológico en pacientes con enfermedad cardiovascular. *Perspectivas en Psicología*, [S.l.], v. 12, n. 1, p. 52-56, jun. 2015. ISSN 1853-8800. Disponible en: <http://www.seadpsi.com.ar/revistas/index.php/pep/article/view/146>
20. Ronald Loeppke, (2008) "The value of health and the power of prevention", *International Journal of Workplace Health Management*, Vol. 1 Issue: 2, pp.95-108, <https://bit.ly/37UbRri>
21. María Villaplana García. Análisis de la influencia de los factores relacionados con los indicadores de la Incapacidad Temporal y la reincorporación al trabajo. *Med Secur Trab* 2014; Suplemento extraordinario n.º 1: 65-73. <https://bit.ly/37VYt61>
22. Irene Oyeflaten, Mari Hysing, Hege R. Eriksen. Prognostic factors associated with return to work. *J Rehabil Med* 2008; 40: 548-554. DOI: 10.2340/16501977-0202 <https://bit.ly/2RWynu7>
23. Kortum-Margot, E. (2002). Factores Psicosociales que Influyen en el trabajo. *Rev.: The Global Occupational Health Network, GOHNET nº2 Invierno de 2001-02*, 7-10.
24. Ortiz, Y. (2003). Factores Psicosociales del Absentismo Laboral en la Administración Pública. Granada. <https://bit.ly/37Y8D5Q>
25. Peiró, J.M. & Bravo, M.J. (1999). Factores psicosociales en la prevención de riesgos laborales: oportunidades y retos para la psicología del trabajo y las organizaciones. Madrid: Universidad de Valencia.
26. Herzberg F, Mathapo J, Wiener Y, Wiesen LE. Motivation-hygiene correlates of mental health: an examination of motivational inversion in a clinical population. *J Consult Clin Psychol.* 1974 Jun; 42(3):411-9. PubMed PMID: 4152447 <https://bit.ly/2uh8jRg>

27. Herzberg's Motivation-Hygiene Theory (Two Factor Theory)". NetMBA.com. Retrieved December 9, 2014
28. Lovvik, C., Overland, S., Hysing, M. et al. Association Between Illness Perceptions and Return-to-Work Expectations in Workers with Common Mental Health Symptoms. *Journal of Occupational Rehabilitation* March 2014, Volume 24 <https://bit.ly/38Zzte2>
29. Pedro R. Gil-Monte. Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. *Rev Esp Salud Pública* 2009; 83: 169-173. <https://bit.ly/2Sjtvhg>
30. Michael Marmot, Amanda Feeney, Martin Shipley et al. Sickness absence as a measure of health status and functioning: from the UK Whitehall II study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1995; 49:124-130 <https://bit.ly/2GU739e>
31. Bruyère S, Van Looy S, Peterson D. The International Classification of Functioning, Disability and Health: contemporary literature overview. *Rehab Psychol.* 2005; 50(2):113-121. <https://bit.ly/31ljxQT>
32. Nicholson, N. (1977). Absence Behavior and Attendance Motivation: A Conceptual Synthesis. *The Journal of Management Studies*, 14(3), 231. <https://bit.ly/31puOQ7>
33. Bültmann U., Brouwer S. (2013) Individual-Level Psychosocial Factors and Work Disability Prevention. In: Loisel P., Anema J. (eds) *Handbook of Work Disability*. Springer, New York, NY <https://bit.ly/2UpDpk7>
34. Carmen Berrocal, Giovanni A. Fava y Nicoletta Sonino. Contribuciones de la Medicina Psicosomática a la Medicina Clínica y Preventiva. *Anal Psicol.* vol.32 no.3 Murcia oct. 2016 <https://bit.ly/2RUd8c4>
35. Eggert, S. (2010). Psychosocial factors affecting employees' abilities to return to work. *AAOHN Journal*, 58(2), 51-55 5p. doi:10.3928/08910162-20100118-01 <https://bit.ly/36Xkiom>
36. Barriers to return to work. A literature review - Australian Government Comcare. 2015
37. Jenni Ervasti, Matti Joensuu, Jaana Pentti et al. Prognostic factors for return to work after depression-related work disability: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, Volume 95, December 2017, Pages 28-36 <https://bit.ly/2ScjT8d>
38. Gragnano, A., Negrini, A., Miglioretti, M. et al. Common Psychosocial Factors Predicting Return to Work After Common Mental Disorders, Cardiovascular Diseases, and Cancers: A Review of Reviews Supporting a Cross-Disease Approach. *J Occup Rehabil* (2017). <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9714-1>
39. Hisashi Eguchi, Koji Wada, Yoshiyuki Higuchi and Derek R. Smith. Psychosocial factors and colleagues' perceptions of return-to-work opportunities for workers with a psychiatric disorder: a Japanese population-based study. *Environmental Health and Preventive Medicine* 2017. <https://bit.ly/2UmiK0C>
40. Kristofferzon M-L, Nilsson A, et al. Factors associated with return to work among people on work absence due to long-term neck or back pain: a narrative systematic review. *BMJ Open* 2017;7: e014939. doi:10.1136/bmjopen-2016-014939 <https://bit.ly/393V30Y>

41. Waddell G. Preventing incapacity in people with musculoskeletal disorders. *Br Med Bull* 2006;78:55-69. doi:10.1093/bmb/ldl008 <https://bit.ly/390HSOo>
42. Sandra Brouwer, Michiel F. Reneman et al. A Prospective Study of Return to Work Across Health Conditions: Perceived Work Attitude, Self-efficacy and Perceived Social Support. *J Occup Rehabil* (2010) 20:104-112 <https://bit.ly/2ShOpNS>
43. Bruinvels D, Rebergen DS, Nieuwenhuijsen K, Madan I, Neumeyer-Gromen A. Return to work interventions for adjustment disorders (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 1. Art. No.: CD006389. DOI: 10.1002/14651858 <https://bit.ly/2tpYWyi>
44. Vogel N, Schandelmaier S, Zumbrunn T, Ebrahim S, de Boer WEL, Busse JW, Kunz R. Return-to-work coordination programmes for improving return to work in workers on sick leave. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 3. Art. No.: CD011618. DOI: 10.1002/14651858 <https://bit.ly/2OoxWX3>
45. Duffy RL. Low back pain: an approach to diagnosis and management. Yellow flags for low back pain prognosis. *Prim Care Clin Office Pract* 37 (2010)729-741 <https://bit.ly/2ug1dwb>
46. Kendall NA, Linton SJ, Main CJ. Guide to Assessing Psychosocial Yellow Flags in Acute Low Back Pain: Risk Factors for Long-Term Disability and Work Loss. Wellington, New Zealand: Accident Rehabilitation and Compensation Insurance Corporation of New Zealand and the National Health Committee; 1997. <https://bit.ly/3b5jXix>
47. Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ, Main CJ; "Decade of the Flags" Working Group. Early identification and management of psychological risk factors ("yellow flags") in patients with low back pain: a reappraisal. *Phys Ther*. 2011 May;91(5):737-53. doi: 10.2522/ptj.20100224. Epub 2011 Mar 30. <https://bit.ly/37TMdTw>
48. Guide to assessing psychosocial yellow flags in acute low back pain risk factors for long-term disability and work loss. Wellington: Accident Rehabilitation and Compensation Insurance Corporation of New Zealand and the National Health Committee, 1997. <https://bit.ly/37SCDQT>
49. Keeley, P., F. Creed, B. Tomenson, C. Todd, G. Borglin y C. Dickens 2008. Psychosocial predictors of healthrelated quality of life and health service utilization in people with chronic low back pain. *Pain*, 135(1-2): 142-150 <https://bit.ly/396SOKf>