



MILLENNIUM NUCLEUS
PSYCHOLOGICAL INTERVENTION
AND CHANGE IN DEPRESSION

udp FACULTAD
DE PSICOLOGIA

Fundación
Científica y
Tecnológica | 

Informe Final Proyecto de Investigación P0126-2012

Indicadores de efectividad en intervenciones para el reintegro al trabajo en trabajadores con patologías de salud mental calificadas de origen laboral

Investigadores:

Elisa Ansoleaga Moreno

Programa de Estudios Psicosociales del Trabajo UDP
Clínica Psicológica UDP

Claudio Martínez Guzmán

Universidad Diego Portales, Facultad de Psicología, Clínica Psicológica.
Investigador Asociado. Iniciativa Científica Milenio Proyecto NS100018

Pablo Garrido Larrea

Subgerencia de Salud Curativa, Asociación Chilena de Seguridad, ACHS.
Docente invitado. Magister Psicología del Trabajo. Universidad de Valparaíso.

Alemka Tomicic Suñer

Investigadora Asociada. Iniciativa Científica Milenio Proyecto NS100018,
Pontificia Universidad Católica de Chile.

Claudia Lucero Chenevard

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso

Soledad Castillo Vergara

Programa de Estudios Psicosociales del Trabajo UDP

Constanza Domínguez Valverde

Programa de Estudios Psicosociales del Trabajo UDP

Santiago, Chile, Junio 2014

**Este proyecto fue realizado con el financiamiento de la Asociación Chilena de Seguridad,
a través de la Fundación Científica y Tecnológica, FUCYT.**



INDICE

I.	ANTECEDENTES DEL PROYECTO	3
A.	Antecedentes Formales	iError! Marcador no definido.
B.	Equipo de Investigación	iError! Marcador no definido.
II.	RESUMEN	4
III.	INTRODUCCIÓN	5
IV.	MARCO DE REFERENCIA	7
V.	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	10
A.	Objetivo general	10
B.	Objetivos específicos	10
VI.	METODOLOGÍA	11
A.	Diseño de Investigación	11
B.	Primer Estudio.	12
C.	Segundo Estudio.	15
D.	Tercer Estudio.	18
VII.	RESULTADOS	21
A.	Objetivo específico 1.	23
B.	Objetivo específico 2.	25
	Objetivo específico 3.	28
C.	Objetivo específico 4.	31
D.	Objetivo específico 5.	31
VIII.	CONCLUSIONES/ DISCUSIÓN	33



MILLENNIUM NUCLEUS
PSYCHOLOGICAL INTERVENTION
AND CHANGE IN DEPRESSION

udp FACULTAD
DE PSICOLOGIA

Fundación
Científica y
Tecnológica



IX. BIBLIOGRAFÍA

37

ANTECEDENTES DEL PROYECTO

Título	Indicadores de efectividad en intervenciones para el reintegro al trabajo en trabajadores con patologías de salud mental calificadas de origen laboral.
Tipo de Proyecto	Investigación Científica <input checked="" type="checkbox"/> Innovación Tecnológica
Área de investigación	Accidentes del Trabajo Enfermedades Profesionales <input checked="" type="checkbox"/>
Duración estimada	12 meses
Duración Efectiva	17 meses. Con fecha 28.06.2013 se solicita ampliación del plazo
Fecha de inicio	31/01/2013
Fecha de termino	31 de Julio de 2014
Costo estimado del proyecto	15 millones de pesos.
Costo efectivo del proyecto	15 millones de pesos.
Entidades que patrocinaron la investigación	Clínica Psicológica & Programa de Estudios Psicosociales del Trabajo, PEPET. Facultad de Psicología, Universidad Diego Portales, Iniciativa Científica Milenio Proyecto NS100018, “Intervención Psicológica y Cambio en Depresión” – Ministerio de Economía, Fomento y Turismo.

I. RESUMEN

Antecedentes: La prevalencia de problemas mentales de origen laboral, el promedio anual de días perdidos por reposo y la demanda a la ACHS de atención en salud mental han aumentado significativamente. Se requiere información de variables involucradas en un tratamiento efectivo y sustentable, y contar con estrategias orientadas al reintegro en patologías de salud mental calificadas de origen laboral.

Objetivo: Proponer una guía que considere dimensiones sistémicas del proceso de calificación profesional de la enfermedad, de la intervención psicoterapéutica específica, y del retorno al trabajo en trastornos de SM calificados de origen laboral.

Método: Diseño mixto para (a) levantar información de la experiencia de profesionales de salud mental de la ACHS sobre retorno al trabajo (b) realizar revisión sistemática de la literatura científica y (c) validar resultados por medio del juicio de expertos.

Resultados: Propone una *Guía de reintegro al trabajo para trabajadores/as con diagnóstico de patología mental calificado de origen laboral*, que considera el reintegro laboral como un proceso complejo caracterizado por la necesidad de coordinación entre empleador, empleado y tratante. Se describen facilitadores del proceso.

Conclusiones: Se aporta a la comprensión del fenómeno de reintegro laboral, siendo un recurso para los actores involucrados en el proceso.

II. INTRODUCCIÓN

El presente informe corresponde al informe final de resultados del proyecto titulado *Indicadores de efectividad en intervenciones para el reintegro al trabajo en trabajadores con patología mental calificada de origen laboral*. El proyecto de investigación tuvo una duración de 17 meses, fue financiado principalmente por la Fundación Científica y Tecnológica (FUCYT) de la Asociación Chilena de Seguridad (Proyecto P0126/2012) y realizado en forma conjunta por la Coordinación Nacional de Salud Mental de la Asociación Chilena de Seguridad, la Clínica Psicológica de la UDP, el Programa de Estudios Psicosociales del Trabajo de la misma Universidad, y el Núcleo Milenio de Investigación en Depresión (Iniciativa Científica Milenio del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, Proyecto NS100018).

Este proyecto surge a partir de la preocupación de la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS) por el aumento sustantivo de la demanda de atención en salud mental para enfermedades profesionales, es decir, aquellos padecimientos que son calificados de origen laboral.

Desde la perspectiva de la salud pública los problemas de salud mental laboral implican una multiplicidad de costos psicosociales y económicos que impactan a todos los actores involucrados. Uno de los impactos evidentes deriva del tiempo de reposo y de las conocidas dificultades durante el proceso de reintegro al trabajo. Para apoyar este proceso se requiere contar con intervenciones diseñadas que contemplen la mayor cantidad de variables posibles, la evidencia científica existente y el conocimiento experto de quienes se desempeñan en estos temas.

En sus inicios esta investigación se planteó objetivos que implicaban la especificidad de los trastornos depresivos, sin embargo, luego de las entrevistas a tratantes, a los equipos de salud que atienden problemas de salud mental, y a la revisión de la evidencia publicada en el tema, se decidió ampliar el foco del estudio incluyendo a una amplia gama del espectro de patologías mentales que fuesen consideradas como enfermedades profesionales (neurosis profesionales) y excluyendo los casos de salud mental (secundarios) derivados por ejemplo, de accidentes y/o situaciones violentas que desencadenan en una respuesta de estrés postraumático. Esto último ya que, aunque ocurren en el ambiente de trabajo (o de trayecto), no son del mismo tipo de origen que los derivados de situaciones relacionales y no son sostenidos en el tiempo, sino accidentales¹.

Esta investigación constituye un aporte relevante a la comprensión del fenómeno de reintegro laboral de trabajadores y trabajadoras, complementando lo señalado en la Ley 16.744.- y en el DS 109 en relación a la patología mental de origen laboral.

¹ El caso de estrés post-traumático fue excluido en este estudio pues constituye un caso especial de problema de salud mental que presenta algunas diferencias respecto de los casos considerados: (a) su carácter agudo, (b) la facilidad de identificar el agente que lo provoca y, por ende, (c) la facilidad para calificarlo como de origen laboral y ser objeto de inmediata intervención.

Esta investigación se desarrolló a través de tres estudios interdependientes:

El *primer estudio* fue de diseño transversal para determinar las variables de diagnóstico y tratamiento que han mostrado efectividad a través de información entregada directamente por los terapeutas y tratantes de la ACHS.

El *segundo estudio* consistió en una revisión sistemática de la literatura científica sobre intervenciones para problemas de salud mental de origen laboral.

El *tercer estudio* consideró la construcción y validación de la ‘Guía de Reintegro al Trabajo para trabajadores con diagnóstico de patología mental calificado de origen laboral’ por medio de la conformación de un panel de expertos y el desarrollo de una jornada de trabajo con terapeutas de la red ACHS (Sede Rancagua y Concepción), los que fueron entrenados por los investigadores en la guía de intervención diseñada.

En el presente informe se especifica el marco referencial del presente proyecto, se describen y desarrollan la metodología de cada uno de los estudios y se responde a los objetivos planteados, para finalizar con las conclusiones y discusiones en torno a los resultados obtenidos y desafíos futuros.

III. MARCO DE REFERENCIA

El trabajo es una actividad central en la articulación de la vida cotidiana de las personas. La relevancia del trabajo como experiencia y práctica social radica, por un lado, en la gran dedicación temporal que se le asigna (dedicamos al trabajo 50 de los 78 años de esperanza de vida al nacer (Organización Internacional del Trabajo [OIT], 2006), y por el otro, en el conjunto de funciones psicosociales que cumple, como acceder a intercambios sociales, estructuración del tiempo, desarrollo del sentido de autoeficacia, y determinación de la autoestima e identidad personal (Dejours, 1992).

El trabajo es entonces un espacio social por excelencia y una experiencia vital determinante. En las últimas décadas las transformaciones económicas, sociales y tecnológicas han afectado fuertemente a su organización, observándose procesos de intensificación, flexibilización, precarización de las condiciones laborales y consecuentemente una creciente inseguridad en el empleo (Ansoleaga, 2012). Estos procesos demandan y tensionan al trabajador(a) emocional y cognitivamente, lo que se traduce en un aumento de la denominada carga psíquica y mental en el trabajo, la que reporta diferentes riesgos a la salud de las personas (Dejours, 1992; Díaz, 2010). En los ambientes de trabajo hoy conviven con los clásicos riesgos físico-ambientales los denominados riesgos psicosociales laborales (Houtman & Kompier, 2001; Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud [ISTAS], 2005).

La visibilización de los problemas de salud mental como un asunto de salud pública en América Latina y el mundo ha sido un proceso lento, empujado principalmente por cuatro cuestiones esenciales: los alarmantes indicadores de aumento de su prevalencia a nivel internacional; el impacto de este tipo de patologías en indicadores de discapacidad y mortalidad evitables; el reconocimiento de la comorbilidad entre éstos y otros problemas sociales y de salud; y la alta carga económica asociada a la disposición de servicios de atención como también producto de la pérdida de productividad a nivel individual y de las organizaciones (Ansoleaga, 2012).

Recientemente se publicó un reporte con los principales resultados de la primera Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida de los trabajadores y trabajadoras en Chile (Ministerio de Salud [MINSAL], 2011). En ella se señala que un 21% de los trabajadores refiere haberse sentido melancólico, triste o deprimido por un periodo de dos semanas los últimos 12 meses, lo cual es significativamente mayor en las mujeres. Asimismo, la última Encuesta Nacional de Salud (MINSAL, 2010) reportó un 17,2% de prevalencia síntomas depresivos, (8,5% para hombres y 25,7%, para mujeres). La prevalencia de vida de depresión en Chile (incluyendo depresión mayor y distimia) es de 23% en mujeres y cercana al 10% en hombres (Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn, & Torres, 2002) y constituye la segunda causa de pérdida de años de vida saludable, y la primera en el grupo de 15 a 44 años, en mujeres, representando el 12.3% del total de AVISA (MINSAL, 2007).

A nivel internacional se ha establecido una relación importante entre las condiciones y organización del trabajo y la salud mental de la población. Una revisión de la literatura muestra, en las últimas décadas, más de una veintena de estudios epidemiológicos prospectivos que mostraron asociaciones entre la

exposición al riesgo psicosocial en el trabajo y resultado de sintomatología depresiva analizados en revisiones sistemáticas, metanálisis y actualizaciones (Ansoleaga & Miranda, 2011; Tennant, 2001). Entonces, la evidencia es contundente -desde hace más de tres décadas- (Brown, 1978; Mirowsky & Ross, 2003) en señalar que la calidad de los roles sociales contribuyen al desarrollo de la patología mental, y en consecuencia, el significado individual de la experiencia atribuida a esos roles juega un rol etiológico central (Brown, 2002). Específicamente, en una revisión realizada por Ansoleaga y Miranda (2011) se concluye que en todos los estudios analizados se le asigna un papel relevante a la calidad y cantidad de los contactos sociales, dentro y fuera del trabajo, como un importante predictor de episodios depresivos.

Respecto de la prevalencia de patología mental en Chile y su asociación con incapacidad laboral se ha observado que las licencias médicas por *trastornos mentales y del comportamiento de origen común* experimentaron un alza de un 82% entre los años 2005 y 2007. Las patologías asociadas a esta alza fueron depresión, ansiedad y estrés, en el tramo de edad entre 20 y 40 años (Superintendencia de Seguridad Social [SUSESO], 2008), convirtiéndose para el 2008 en la primera causa de incapacidad transitoria en los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (Fondo Nacional de Salud [FONASA], 2008). Algo similar ocurre en las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), donde las licencias por trastornos mentales aumentaron de un 15,3% en el año 2005 a un 20,4% en el año 2008 (Pezoa, 2008). Resulta relevante atender a que el tramo de edad de mayor prevalencia (20 a 44 años) nos indica que se trata de población trabajadora o potencialmente trabajadora. Esta tendencia encontrada en Chile es similar a la observada en reportes internacionales, con una alta y creciente prevalencia de desórdenes mentales en la población trabajadora, que se concentran principalmente en trastornos depresivos, ansiosos y de adaptación (Andrea et al, 2004).

Un análisis realizado en la ACHS (Garrido, 2012) en el ámbito de Salud Mental (SM) mostró un sustantivo aumento de los trabajadores acogidos en el sistema en los últimos 10 años. Durante el año 2011, se registraron 4.456 atenciones por afecciones de salud mental en la ACHS y, considerando otras enfermedades relacionadas con la salud mental (colon irritable, cefaleas tensionales, trastornos del sueño y algunos tipos de enfermedades músculo-esqueléticas², entre otras), el número de atenciones aumentó a 9.850 durante el mismo año (Ruiz, 2012 en Garrido, 2012). Ahora bien, respecto de los trabajadores acogidos en el sistema, es decir, aquellas personas en que la causa de su afección se relacionó directamente con el trabajo (ley 16.744) el panorama ha sido de un sostenido aumento. En el año 2001 se acogieron 242 trabajadores como enfermos profesionales por afecciones de salud mental; en el año 2011 este número aumentó a 1.530 trabajadores. En otras palabras, el número de trabajadores con afecciones de salud mental de origen laboral aumentó en un 632% en 10 años. Asimismo, las afecciones de salud mental representaron un 14,4% del total de las enfermedades profesionales acogidas en la ACHS en 2011, con más de 28.000 días perdidos por reposo laboral en el mismo período.

² Incluye los siguientes diagnósticos: Fibromialgia, braquialgia miofascial, cervicalgia, cervicobraquialgia, dorsalgia, síndrome miofascial.

La magnitud de este aumento nos sugiere que el estrés y la salud mental en el trabajo son enfermedades emergentes y representan un desafío para los actuales paradigmas imperantes en salud ocupacional.

El servicio de salud mental del Hospital del Trabajador de Santiago ha sido el primer servicio del sistema mutual en documentar la experiencia y sistematizar la atención de los problemas de salud mental derivados del trabajo (véase Trucco & Rebolledo, 2011 y Rebolledo, 2007), transfiriendo esta experiencia a las otras mutualidades del sistema. En este sentido, se ha avanzado en el desarrollo de criterios y protocolos para catalogar y sistematizar la calificación de la enfermedad de salud mental como laboral o no-laboral.

Aun cuando este servicio ofrece tratamiento a trabajadores diagnosticados con problemas de salud mental calificados de origen laboral, es el impacto en días perdidos por reposo laboral y el alto número de días de tratamiento con reposo (53,12 días en promedio), lo que hace necesario revisar y proponer intervenciones más específicas en donde el rol laboral es el factor etiológico principal. La evidencia es categórica en afirmar la importancia del reintegro al lugar del trabajo y las estrategias de afrontamiento como factores sensibles para la rehabilitación y prevención de recaídas del trabajador (de Vente, Kamphuis, Emmelkamp, & Blonk, 2008; Lagerveld, Blonk, Brenninkmeijer, Meij, & Schaufeli, 2012).

En este sentido, la relevancia de este estudio radica en generar información acerca de las variables involucradas en un tratamiento efectivo y sustentable, y en el futuro, generar estrategias que incorporen aquellas variables de tratamiento que mejor permitan predecir la remisión de la sintomatología y mejorar la efectividad en el retorno al trabajo con la consiguiente disminución de licencias médicas relacionadas con el episodio de salud mental tratado.

IV. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

A. Objetivo general

Determinar las dimensiones sistémicas del proceso de calificación profesional de la enfermedad, de la intervención psicoterapéutica específica, y del retorno al trabajo en trastornos de salud mental calificados de origen laboral y,

Desarrollar y validar una guía de orientación para el reintegro al trabajo en patologías de salud mental calificadas de origen laboral.

B. Objetivos específicos

1. Identificar variables sistémicas relevantes tanto del proceso de calificación de la enfermedad profesional así como del proceso de retorno al trabajo para favorecer un reintegro al trabajo exitoso en función de las recaídas y del tiempo perdido por incapacidad laboral.
2. Determinar variables de diagnóstico, intervención y retorno al trabajo que han mostrado efectividad con respecto a la disminución de tasas de tiempo perdido por incapacidad laboral, y disminución de nuevas licencias asociadas al diagnóstico original.
3. Diseñar una guía de reintegro al trabajo, que considere tanto el tratamiento psicoterapéutico específico como dimensiones del proceso de calificación y del retorno al trabajo, para la intervención en espectro depresivo calificado de origen laboral orientada al reintegro laboral.
4. Evaluar la efectividad de una guía reintegro al trabajo incluyendo las dimensiones del proceso de calificación, del tratamiento psicoterapéutico específico y las del retorno al trabajo, para la intervención en trastornos del espectro depresivo calificados de origen laboral, en términos de disminución de tasas de tiempo perdido por incapacidad laboral, y disminución de nuevas licencias asociadas al diagnóstico original.
5. Identificar las principales variables asociadas (eg. del paciente, del terapeuta, del procedimiento, de las características del puesto de trabajo, y del reintegro al trabajo) a la efectividad de la aplicación de la guía para la intervención en trastornos del espectro depresivo calificado de origen laboral.

V. METODOLOGÍA

A. Diseño de Investigación

Se empleó un diseño de investigación mixto que combinó técnicas cualitativas y cuantitativas para el levantamiento y análisis de datos. Específicamente, fueron utilizadas para (a) levantar información sobre la experiencia de profesionales de salud mental de la ACHS respecto al proceso de retorno al trabajo en pacientes con afecciones de salud mental de origen laboral, (b) hacer una revisión sistemática de la literatura científica sobre intervenciones psicológicas en problemas de salud mental de origen laboral y; c) validar un modelo sobre la intervención para el reintegro al trabajo en personas con problemas de salud mental de origen laboral a través de la realización de un panel de expertos en el área.

Las actividades recién señaladas se realizaron en el marco de tres estudios interdependientes.

El primer estudio fue de diseño transversal para determinar las variables de diagnóstico y tratamiento que han mostrado efectividad a través de información entregada directamente por los terapeutas y tratantes de la ACHS.

El segundo estudio consistió en una revisión sistemática de la literatura científica sobre intervenciones para problemas de salud mental de origen laboral.

Por su parte, el tercer estudio consideró un diseño longitudinal y la utilización de una metodología cualitativa (pauta de chequeo de aplicación de la guía y entrevista cualitativa con guion temático) para la implementación piloto y evaluación por parte de los tratantes de la *Guía de Reintegro al Trabajo para trabajadores con diagnóstico de patología mental calificado de origen laboral*. Sin embargo, fue necesario efectuar modificaciones a su diseño original, las que respondieron, por un lado, a las dificultades iniciales para la ejecución de los estudios 1 y 2 del proyecto (Anexo 1) y, por el otro, a la imposibilidad de aplicar la Guía (y de ese modo testear su efectividad) por parte del equipo de salud mental, debido a que en los plazos estipulados para este estudio no hubo pacientes calificados como enfermedad de salud mental profesional con los que se pudiese aplicar la guía y revisar su utilidad. Sin embargo, el proyecto desarrollado pone a disposición instrumentos que la ACHS podrá utilizar para testear su efectividad en el futuro³.

Debido a lo anterior, y ante la imposibilidad de evaluar la efectividad de la intervención haciendo uso de la guía, el tercer estudio buscó validar la misma mediante la conformación de un panel de expertos.

³ Para mayor detalle ver resultados Objetivo Específico 4.

B. Primer Estudio.

Participantes

En este estudio se realizaron tres actividades paralelas que consideraron los siguientes participantes:

- a) **Tratantes (Psicólogos y Psiquiatras) y Terapeutas Ocupacionales que trabajan en la ACHS** y que habitualmente atienden pacientes diagnosticados con trastornos de salud mental calificados de origen laboral. Estos participaron en entrevistas grupales que tuvieron como fin recoger impresiones generales de las condiciones y características de las atenciones terapéuticas que allí se realizan, obtener un acercamiento del equipo de investigación con quienes serán los participantes del tercer estudio e identificar las variables de efectividad del paciente, de la intervención y del proceso de retorno al trabajo en función de su experiencia clínica.
Dado que no fue posible realizar este trabajo de campo en el Hospital del Trabajador (HTS), se contactó a terapeutas tratantes de la red de salud mental de la ACHS ubicada a lo largo de todo el país. En consideración que los servicios de la red son más pequeños que el que dispone el HTS no fue posible diferenciar según antigüedad para conformar los grupos focales.
- b) **Terapeutas Ocupacionales** responsables del Reintegro Laboral, con quienes se realizó un grupo focal a efectos de conocer su juicio y experiencia respecto a las variables que median la efectividad de dicho proceso.
- c) **Psicólogos y Psiquiatras del equipo de la ACHS** con los que se realizaron entrevistas cualitativas individuales con el fin de explorar y analizar los modelos de intervención y las concepciones existentes acerca del vínculo salud mental y trabajo. Específicamente, se empleó la entrevista en profundidad que, es un tipo de entrevista cualitativa que dirigida hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de experiencias y determinadas situaciones. En este caso, la muestra fue intencional, siguiendo criterios de heterogeneidad y homogeneidad sobre el total de terapeutas de la red convocada que estuviesen disponibles a participar y de acuerdo al procedimiento de Muestreo Teóricamente Guiado (Corbin & Strauss, 2008). Atendiendo las dificultades para realizar los grupos focales en el HTS se privilegió el uso de la herramienta de entrevista individual en profundidad a fin de capturar los aspectos relevantes de efectividad según la experiencia clínica de los tratantes. En atención a ello, se realizaron cuatro entrevistas en profundidad (1 en Rancagua, 2 en Viña del Mar, 1 en Concepción). Se consideró que este tamaño muestral, y considerando que el objetivo no es el de generalizar a una población sino que dar cuenta de diversas manifestaciones del fenómeno, fue adecuado para lograr saturación teórica en las categorías emergentes del análisis, básicamente por tres razones: (a) los participantes de las entrevistas individuales dan cuenta de la proporción de psicólogos y psiquiatras de la ACHS, (b) presentan heterogeneidades relevantes para la comprensión del objeto de estudio, tales como diferentes zonas del país, diferencias de género y de perspectiva profesional y (c) fueron invitados a participar considerando que podían profundizar en los tópicos tratados en las entrevistas grupales.

A continuación, la Tabla 1 presenta un resumen de la muestra correspondiente al estudio 1.

Tabla 1. Muestra estudio 1.

AGENCIA	Entrevistas grupales con tratantes y terapeutas (Grupos Focales)	Entrevistas grupales con Terapeutas Ocupacionales (Grupos Focales)	Entrevistas en profundidad a tratantes y terapeutas
	N° de participantes	N° de participantes	N° de participantes
RM	--	4	--
VIÑA DEL MAR	--	--	2
RANCAGUA	4	--	1
CONCEPCIÓN	3	--	1
TOTALES	6	4	4

En síntesis, el número total de participantes del estudio 1 fue de 14 profesionales, los cuales correspondieron a seis psicólogos, tres psiquiatras y cuatro terapeutas ocupacionales que se desempeñan en la Asociación Chilena de Seguridad ACHS; seis mujeres y siete hombres, con un promedio de siete años de antigüedad en el cargo, entendida la antigüedad en términos de los años transcurridos desde su contratación por parte de la ACHS. Cuatro de ellos de la ciudad de Santiago y nueve en sedes de otras regiones del país. Específicamente, la muestra se obtuvo a partir de dos entrevistas grupales con tratantes y terapeutas, una entrevista grupal con terapeutas ocupacionales y cuatro entrevistas en profundidad con tratantes y terapeutas.

Recolección y registro de datos

Se decidió combinar la realización de entrevistas grupales –que permiten acceder a relatos grupales, y recoger los consensos y disensos sobre los tópicos tratados-, con la implementación de entrevistas individuales en profundidad –que permiten focalizar en tópicos específicos del estudio, recoger en detalles experiencias concretas relacionadas con estos tópicos y, por ende, densificar y profundizar el relato producido en las entrevistas grupales. Para el caso de las entrevistas grupales de profesionales tratantes y terapeutas ocupacionales (Anexo 2), como también para las entrevistas en profundidad, se elaboraron guiones temáticos (Anexo 3) de carácter semiestructurados (Kvale & Brinkmann, 2009) para orientar las conversaciones a los propósitos del estudio y, el diálogo entre los participantes fue registrado en audio, transcrito y analizado. Ambas instancias fueron dirigidas por miembros del equipo de investigación. Todos los participantes debieron firmar cartas de consentimiento informado (Anexo 4 y 5) que autorizaron el registro, transcripción y análisis de su participación.

En general, las entrevistas en profundidad tuvieron una duración promedio de 40 minutos, mientras que las entrevistas grupales tuvieron una duración aproximada de 90 minutos. Respecto a los guiones temáticos, de estas entrevistas, presentaron tres ejes principales: Diagnóstico e Indicación, Proceso



MILLENNIUM NUCLEUS
PSYCHOLOGICAL INTERVENTION
AND CHANGE IN DEPRESSION

udp FACULTAD
DE PSICOLOGIA

Fundación
Científica y
Tecnológica

ACHS

Terapéutico y de Reintegro, y Resultados, realizando ciertas especificaciones según los participantes (tratantes y terapeutas o terapeutas ocupacionales).

Análisis de datos

Las transcripciones de las entrevistas grupales e individuales fueron analizadas utilizando los procedimientos de codificación abierta descritos por el modelo de la Teoría Fundamentada (Corbin & Strauss, 2008). Para asistir la realización de estos análisis se utilizó el CAQDAS (Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software) Atlas.ti 7.0, diseñado para el manejo y procesamiento de grupos de datos textuales (Muñoz, 2003).

C. Segundo Estudio.

Participantes

El proceso de búsqueda a través de la literatura se realizó a partir de las siguientes bases de datos: Pubmed, Psychology and Behavioral Sciences Collection (EBSCOhost), MEDLINE with Full Text (EBSCOhost), Academic Search Complete (EBSCOhost), MEDLINE (EBSCOhost), ProQuest Psychology Journals, PsycINFO (EBSCOhost) y PsycArticles (EBSCOhost).

Los principales términos de búsqueda fueron: “return to work” y “mental disorder”, los cuales fueron utilizados en la búsqueda de manera individual o de forma combinada con los siguientes términos: “cognitive-behavioral therapy”, “burnout”, “occupational health”, “mental depression”, “psychotherapy”, “sickness absence”, “work stress”, “workplace”, “work environment” y “treatment outcome”. Se utilizó similar procedimiento para las búsquedas en español, no encontrándose publicaciones. El criterio temporal de búsqueda fue que los artículos hubiesen sido publicados en los últimos 5 años (2008 a 2012). Este criterio es el usualmente aceptado por la comunidad científica respecto a la pertinencia y validez de las investigaciones (Urrutia & Bonfill, 2010). Al finalizar el período de búsqueda (diciembre de 2012 a marzo de 2013), se encontraron 142.759 artículos que fueron concordantes con las palabras o combinación de palabras descritos anteriormente. Luego del tamizaje y proceso de selección la muestra analizada fue de 63 artículos (Anexo 6).

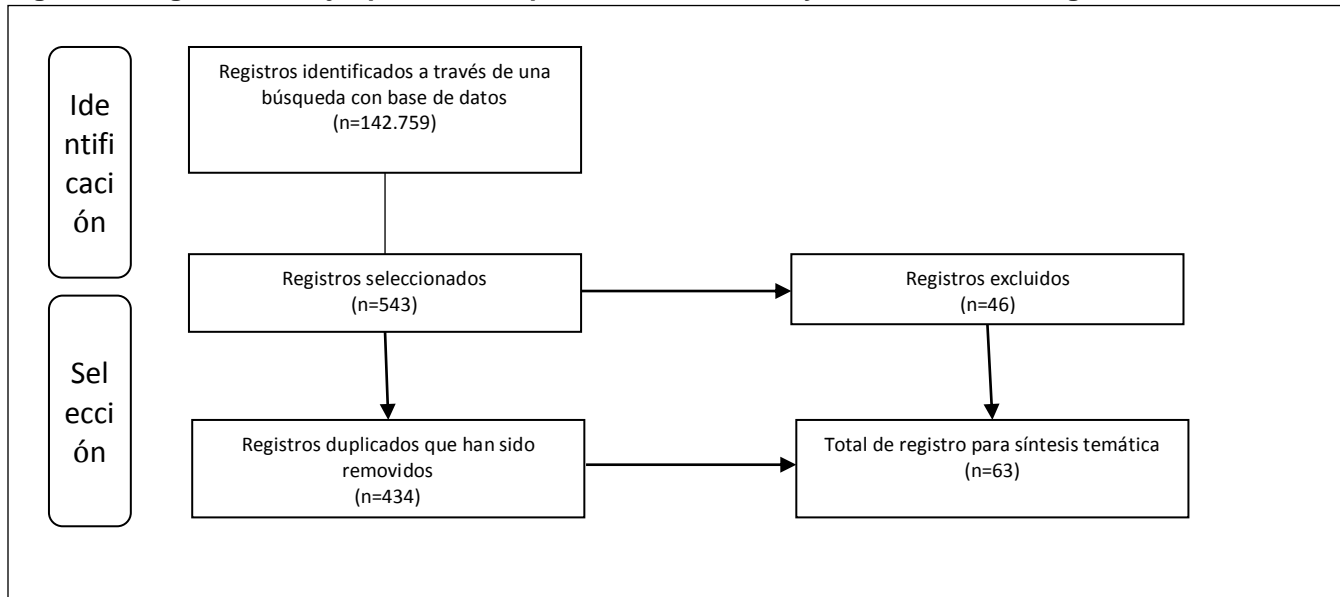
Recolección y registro de datos

Para la recolección de los estudios publicados en revistas especializadas e indexadas, de habla inglesa e hispana, entre los años 2008-2012, relativos a psicoterapias especializadas para pacientes con diagnósticos de problemas de salud mental de origen laboral, se emplearon las bases de datos ProQuest Psychology Journals, PsycArticles (EBSCO), PsycINFO (EBSCO) y PubMed. Los artículos fueron archivados en formato digital (extensión PDF).

El tamizado de la base de datos se realizó considerando como criterios de inclusión que a) abordaran problemas de salud mental; b) que consideraran el retorno al trabajo; c) que fueran artículos de publicaciones indexadas en sistemas ISI y/o Scielo para asegurar la calidad de los mismos.

Como criterios de exclusión se descartaron a) artículos que presentaron revisiones sistemáticas o meta-análisis; b) artículos teóricos o conceptuales; c) artículos en que se presentaron diseños de intervención, pero no su aplicación y/o resultados; d) aquellos artículos que analizaron el retorno al trabajo de personas con enfermedades físicas y consideraron sólo de forma secundaria los problemas de salud mental. El procedimiento de selección siguió las orientaciones de la declaración PRISMA (Urrutia & Bonfill, 2010). En la figura 1 se presenta un resumen del proceso de inclusión y exclusión. Del total de la búsqueda, se seleccionaron 63 artículos una vez aplicados los criterios descritos anteriormente (Figura 1).

Figura 1. Diagrama de flujo que ilustra el proceso de inclusión y exclusión de los registros.



Análisis de datos

Primero se realizó un análisis cuantitativo de la información recolectada en la revisión sistemática, con el objetivo de describir y reportar el estado del arte de los estudios en la materia, entre otras permitiendo identificar quiénes se encuentran realizando investigación en estos temas, cómo la enfocan, qué dimensiones consideran más relevantes, etc.

Para ello se construyó una base de datos en formato Excel versión Office 2010 para el análisis temático de cada uno de los artículos seleccionados, definiendo 15 categorías, las cuales fueron posteriormente recapituladas en 8 categorías de análisis (Tabla 2).

Tabla 2. Definición de categorías para análisis.

Nombre de la categoría	Definición
Año	Año de publicación del artículo
Revista	Revista en que fue publicado el artículo
País	País de procedencia del estudio
Variable Resultado	Corresponde a la variable dependiente en un estudio experimental o cuasi-experimental. Pero en términos más generales, aquí hace referencia a aquella variable que es objeto de estudio o análisis
Participantes	Característica de la muestra y tamaño muestral: n total, sexo, edad, área laboral, tipo de licencia.
Diseño	Diseño y tipo de estudio. Si la intervención es con caso clínico controlado o no; retrospectivo o prospectivo; transversal o longitudinal; cualitativo, cuantitativo o mixto.
Instrumentos o dispositivos de observación	Técnicas e instrumentos de recolección de datos: técnicas cualitativas; auto reporte u observación; instrumentos estandarizados.

En segundo lugar, se efectuó un análisis cualitativo, validado intersubjetivamente y basado en el procedimiento de codificación abierta propuesto por el modelo de la Teoría Fundamentada (Corbin & Strauss, 2008). Específicamente se analizaron las maneras en que los reportes científicos responden a las preguntas sobre (a) ¿Cuáles son las consideraciones diagnósticas para la indicación de psicoterapia?, (b) ¿Cuál es la modalidad psicoterapéutica más efectiva para este tipo de intervenciones?, (c) ¿Qué intervenciones específicas y relativas al origen laboral del problema de salud mental son las recomendadas?, y (d) ¿Cómo se sugiere intervenir en relación a la reincorporación laboral? Para realizar este análisis se utilizó el CAQDAS Atlas.ti 7.0 (Muñoz, 2003). Asimismo, también se identificaron las variables del paciente, del tratamiento y del entorno de trabajo que intervienen en el éxito del reintegro después de un episodio depresivo.

D. Tercer Estudio.

Participantes

Evaluación de Jueces Expertos

Esta metodología de panel de expertos se caracteriza por consultar a “voces calificadas” de modo de obtener una validez de contenido sobre el instrumento evaluado. Específicamente, la validación de expertos hace alusión al grado en que aparentemente un instrumento de medición mide la variable en cuestión, de acuerdo con expertos en la temática (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

Para la conformación del panel de expertos se utilizaron los siguientes criterios de inclusión: (1) psicólogos(as) y psiquiatras de la red de salud mental de la ACHS; directores de servicios de salud mental de la Red ACHS y académicos vinculados al estudio de las relaciones entre salud mental y trabajo; (2) que tuviesen al menos cinco años de antigüedad en sus cargos, entendida la antigüedad en términos de los años transcurridos desde su contratación por parte de la ACHS.

Se seleccionaron 53 profesionales que fueron convocados a participar del Panel de Expertos (nacionales e internacionales), y se elaboró una carta de invitación la cual fue enviada vía electrónica a los jueces expertos (Anexo 7). Finalmente, se conformó un Panel de 34 expertos que participaron en dos instancias de evaluación del borrador de la Guía. Específicamente, participaron 25 en la primera etapa y 18 en la segunda (Tabla 3).

Tabla 3. Conformación de muestra Jueces Expertos.

	Primera Etapa de evaluación		Segunda Etapa de evaluación	
	N	%	N	%
Chile	17	68%	11	61%
Argentina	3	12%	2	11%
Brasil	2	8%	2	11%
Uruguay	1	4%	1	6%
México	2	8%	2	11%
Total	25	100%	18	100%

El Panel estuvo constituido por un 40% de hombres y 60% de mujeres, donde un 56% tiene más de 16 años de experiencia profesional y un 20% entre 11 y 15 años de experiencia en el área de la salud mental.

Reunión de Trabajo con equipos ACHS para utilización de la Guía de reintegro:

Terminado el proceso antes descrito se efectuó una reunión de trabajo en videoconferencia con tratantes de la sede de Rancagua y de la sede Concepción de la ACHS (n=5), y una terapeuta ocupacional del HTS con el fin de prepararlos para la aplicación de la Guía. Esta jornada de capacitación tuvo por objeto presentar los contenidos y algunas herramientas para el uso de la guía diseñada.

Recolección y registro de datos

Evaluación de Jueces Expertos

Una vez realizada la revisión sistemática de la literatura recolectada y habiendo esbozado los lineamientos principales de la guía de intervención, se realizó un panel de expertos para recoger su opinión y sugerencias en relación a dicha guía, de modo de validar la misma mediante dicha metodología.

Las opiniones de los panelistas fueron recogidas en dos rondas evaluativas, para ello se construyeron dos Pautas de Evaluación (Anexo 8 y Anexo 9), que fueron enviadas vía correo electrónico a los jueces expertos, previa aceptación de los mismos para participar de esta instancia. Los resultados de dichas evaluaciones fueron registradas en una planilla Excel con el objeto de facilitar el análisis de los mismos (Anexo 9). Finalmente se realizó una reunión presencial con el panel de expertos para su validación final, en la que se hizo una presentación del producto final (Presentación en Power Point Anexo 10). A esta reunión asistió también el médico jefe de salud mental del HTS, el director de FUCYT y el gerente de salud de ACHS.

Reunión de Trabajo con equipos ACHS para utilización de la Guía de reintegro

En esta reunión en formato video conferencia, participaron terapeutas y tratantes de la unidad de salud mental de las regiones de Rancagua y Concepción, más una representante de la Unidad de Terapia Ocupacional del HTS. La convocatoria se realizó mediante correo electrónico y se hizo uso de una presentación en formato Power Point como material de apoyo al desarrollo de la jornada de Trabajo (Anexo 11) y de una Lista de chequeo de acciones para el reintegro al trabajo (Anexo 12).

Análisis de datos

Evaluación de Jueces Expertos

Con el objetivo de analizar la evaluación de cada uno de los integrantes del Panel de Expertos nacionales e internacionales (N=25) y efectuar la validación de la guía, el equipo de investigación realizó análisis cualitativos y cuantitativos. En primer lugar, se realizaron modificaciones relacionadas

con el formato y algunos problemas de redacción o puntuación que mejoraron la comprensión de algunos apartados. En segundo lugar, el análisis cualitativo consideró la discusión de cada comentario emitido por los evaluadores nacionales e internacionales, siendo analizados uno a uno y valorados según el grado de pertinencia del comentario con los objetivos del estudio. La aceptación de la modificación combinó el criterio de pertinencia con el criterio de reiteración del contenido entre los expertos.

Todos los expertos expresaron valoraciones de la guía por escrito, y todas fueron leídas y discutidas por el equipo de investigación otorgando respuesta en la matriz de análisis (Figura 2).

Figura 2. Matriz de Evaluación Primera Etapa Panel de Expertos.

	Introducción: qué es, para qué sirve y a quién está dirigida	Respuesta del Equipo	Antecedentes Generales	Respuesta del Equipo	¿Qué entendemos por reintegro?	Respuesta del Equipo
1	El párrafo "tiene más larga historia que tratar de subdividirla en 2."	no, se modifica.	En el punto 2 se dice que se va a hablar de los factores psicosociales más adelante, pero me encuentro al desarrollo del mismo. Punto 4 "Agencias laborales" no me queda claro a qué se refiere, a lo mejor puede explicar se más	no, se incorporó un párrafo sobre factores psicosociales (párrafo de pag 5). Se cambió algunas palabras por agencias laborales psicosociales.	Párr. 12 dice "HAB DE RETORNO", debería decir "HAB DE REINTEGRO" para mantener el uso de la misma palabra.	se le cambia
2	Es un poco más descripto en situaciones, a cuáles sirve e es pertinente.	Muchas gracias	De acuerdo a lo expuesto a justificarse e transición que fundamenta a guía.	Muchas gracias	El concepto está claramente definido	
3	Me dice que en el 2º párrafo en vez de "con problemas de la mente" se podría "que tener problemas de salud mental laboral", pues si no podría pensarse que se trata de personas con problemas de salud mental clínica y no laborales. Párrafo sugiero agregar: "encargados de personal, entre otros".	no, se modifica.	Como puntúa en el 1º 3. Tratamos adaptativas, relaciones del bieno y bienestar de ambiente.	Gracias por su comentario, pero no los pondríamos en negrita porque lo que nos interesa destacar es una parte de la complejidad del reintegro.	2º párrafo (en vez de "a costa del trabajo") ("a costa de las condiciones de trabajo") "siempre me queda claro si es "a costar" la palabra o más bien "a causa"	Utilizar la palabra como "condiciones de trabajo" "a costa del trabajo" no causa algunos la puede
4	En comentarios	En comentarios	La frase "problema de salud emergente" (punto 2) no refleja la situación descrita, es un problema "crónico" que representa un desafío para los actores paradigmáticos... El problema está presente desde hace muchos años.	de acuerdo, se modifica, gracias.		
5						

Por su parte, también se realizó un análisis cuantitativo de las pautas de evaluación, haciendo uso de estadísticas descriptivas, lo que nos permitió: caracterizar la composición del panel de expertos e incorporar el grado de valoración de los expertos respecto a cada apartado en la nueva versión de la Guía.

El proceso recién descrito fue compartido con los expertos y permitió generar una versión mejorada y validada del borrador de la "Guía de reintegro al trabajo en trabajadores/as con diagnóstico de patología mental calificado de origen laboral", el cual fue sometido a una nueva evaluación. A partir de esta segunda etapa, se incorporaron modificaciones menores a la Guía a partir de los comentarios expresados por los expertos y se hizo uso de estadísticas descriptivas. Finalmente, la versión final consideró también la incorporación de comentarios de la contraparte de FUCYT.

VI. RESULTADOS

Tal como se señala en la sección *Objetivos de la investigación*, los objetivos generales de la presente investigación fueron: (1) Determinar la efectividad de una guía que considera dimensiones sistémicas del proceso de calificación profesional de la enfermedad, de la intervención psicoterapéutica específica, y del retorno al trabajo en patología de salud mental de origen laboral y, (2) evaluar su impacto sobre el reintegro laboral y sobre la prevención de recaídas.

Ambos objetivos fueron alcanzados parcialmente mediante los resultados de los tres estudios interdependientes que conformaron la presente investigación. El hecho de haber cumplido parcialmente algunos de los objetivos obedece a la necesidad de introducir modificaciones a la metodología del estudio debido a un conjunto de dificultades que exceden el campo de acción y están fuera del alcance del equipo de investigación, y que fueron explicitados en los informes de avance. Los objetivos generales fueron alcanzados en gran medida, ya que se consiguió identificar indicadores de efectividad, así como también validar la Guía a través de un importante panel de expertos nacionales e internacionales.

Tal como se muestra en la tabla 4, los resultados de los tres estudios interdependientes se plasmaron en tres publicaciones científicas y cuatro presentaciones en congresos nacionales e internacionales (Tabla 4).

Tabla 4. Difusión científica y Publicaciones derivadas de estudios interdependientes.

Nº de Anexo	Publicaciones
13	Garrido, P., Ansoleaga, M., Tomicic, A., Domínguez, C., Castillo, S., Lucero, C., & Martínez, C. (2013). Afecciones de Salud Mental y el Proceso de Retorno al Trabajo: una Revisión Sistemática. <i>Ciencia & Trabajo</i> , 48, pp. 105-113.
14	Tomicic, A., Martínez, C., Lucero, C., Garrido, P., Ansoleaga, M., Castillo, S., & Domínguez, C. (2014) (en prensa). Reintegro laboral en Trabajadores con Problemas de Salud Mental: La Perspectiva de los Tratantes.
15	Ansoleaga, E., Garrido, P., Domínguez, C. Castillo, S. Lucero, C., Tomicic, A. & Martínez, C. (2014). Facilitadores para el reintegro laboral en personas con patología mental (enviado a <i>Rev Med Chil</i>).
Presentaciones en congresos	
16	Julio, 2013. Poster in 44th Annual International Meeting of Society for Psychotherapy Research, Brisbane, Australia. Martínez, C., Tomicic, A., Dominguez, C., Castillo, S., Garrido, P., Ansoleaga, E., & Lucero, C. Psychological intervention oriented to return-to-work for patients with labor mental health problems: A systematic review.
17	Abril, 2013. XI Congreso Internacional de Prevención de Riesgos Laborales. ORP. Trabajo: Intervención psicoterapéutica para el reintegro al trabajo en trastornos depresivos de origen laboral.
18	Septiembre, 2013. Trabajo presentado en el XVII Congreso Nacional de Salud en el Trabajo, Ciudad de México.
19	Noviembre, 2013. Jornada de actualización de Salud Mental para médicos de Atención Primaria. Premio 2º lugar mejor trabajo sobre buenas prácticas. Escuela de Salud Pública. Universidad de Chile.
20	Enero, 2014. Poster en Encuentro con visitas de la Iniciativa Científica Milenio. Pontificia Universidad Católica de Chile. Indicadores de efectividad en intervenciones para el reintegro al trabajo y evaluación de su impacto preventivo de recaídas en trastornos depresivos calificados de origen laboral” (Proyecto P0126/2012).

Por último, los resultados de esta investigación dieron origen a su producto principal, cual es la **GUÍA DE REINTEGRO AL TRABAJO PARA TRABAJADORES/AS CON DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA MENTAL CALIFICADA DE ORIGEN LABORAL** (Anexo 21).

A continuación se presentan los resultados de los tres estudios interdependientes que conforman la presente investigación, dando respuesta a los objetivos específicos planteados.

A. Objetivo específico 1.

Identificar variables sistémicas relevantes tanto del proceso de calificación de la enfermedad profesional así como del proceso de retorno al trabajo para favorecer un reintegro al trabajo exitoso en función de las recaídas y del tiempo perdido por incapacidad laboral.

Las diversas fuentes de información consultadas mediante los tres estudios interdependientes, coinciden en que una intervención que incluya variables sistémicas resulta fundamental para el éxito de proceso de reintegro en función de las recaídas y del tiempo perdido por incapacidad laboral. Ahora bien, la identificación de variables sistémicas debe efectuarse en distintos planos: actores, procesos y variables transversales.

Actores involucrados

Generar una propuesta transversal considerando variables sistémicas requiere entender el proceso de reintegro al trabajo desde la participación de distintos actores (o sistemas), donde el reintegro es la conjunción de dichos actores. Así, el “proceso” de reintegro alude a un sistema de relaciones y de comunicación donde participan al menos tres actores: paciente, empleador y tratante, de modo que el reintegro al trabajo sería el punto de intersección entre estos tres actores (Garrido et al., 2013; Tomicic et al., 2014).

Así, serían el **trabajador**, la **empresa y/o institución laboral**, considerando al jefe directo, los responsables de la gestión de recursos humanos, compañeros de trabajo, sindicato, asociación y/o dirigentes, junto con el **Equipo de Intervención**, integrado por Psiquiatra, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo, Prevencionista de Riesgos, quienes dan lugar al proceso de reintegro del trabajador, movilizándolo en procesos coordinados y sinérgicos (Ansoleaga, et al., 2014).

Procesos sistémicos

Entre los elementos que son necesarios de comprender para dar cuenta del proceso de reintegro laboral considerando variables sistémicas, se encuentran los procesos fundamentales que deben ser movilizadas por los actores antes señalados, a saber: Etapa de calificación, Contacto con la empresa y/o institución laboral; Objetivos de la intervención; y Seguimiento. Para ello, se identificaron tres etapas que son cruzadas por un objetivo principal: el reintegro al trabajo, y que a su vez tienen sus propios objetivos (Tomicic et al. 2014; Ansoleaga, et al., 2014) (ver Figura 3).

Figura 3. Objetivos para cada etapa del proceso



Variables transversales

Se identificaron dos variables transversales al proceso de reintegro al trabajo: Comunicación tripartita entre los actores, y Orientación al reintegro (Tomicic et al., 2014).

En este marco, desde el punto de vista sistémico se debe considerar la concurrencia de diferentes perspectivas (actores) para tomar decisiones más ajustadas a los involucrados y al contexto en el que ocurren las situaciones desencadenantes; al mismo tiempo, es necesario adoptar una actitud flexible frente al proceso de toma de decisiones, concordadas de acuerdo a las particularidades del trabajador/a.

Dichos actores, estarán involucrados durante todo el proceso – ingreso; calificación; objetivos de la intervención; y seguimiento – y serán quienes mediante la comunicación y la orientación al reintegro, harán posible un proceso de reintegro al trabajo consecuente con las particularidades de cada trabajador/a.

De este modo, en el proceso de reintegro resulta clave que los actores conversen y mantengan una comunicación cotidiana permanente, que se trabaje en base a acuerdos y que se maneje información similar, lo que permitirá a su vez la claridad en el establecimiento de un plan de reintegro conocido y negociado por los actores involucrados (Muijzer, Brouwer, Geertzen & Groothoff, 2012; Martin, Nielsen, Petersen, Jakobsen & Rugulies, 2012; Lemieux, Durand & Hong, 2011).

B. Objetivo específico 2.

Determinar variables de diagnóstico, intervención y retorno al trabajo que han mostrado efectividad con respecto a la disminución de tasas de tiempo perdido por incapacidad laboral, y disminución de nuevas licencias asociadas al diagnóstico original.

Mediante un estudio de diseño descriptivo y enfoque cualitativo, se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura, desde donde se puede concluir que al momento de identificar aquellas prácticas exitosas y facilitadoras del reintegro al trabajo en trabajadores con problemas de salud mental laboral, emergen cuatro categorías principales (ver Figura 4)⁴.

Figura 4. Elementos facilitadores del proceso de reintegro laboral

Trabajador	Lugar de Trabajo	Tratamiento	Políticas Públicas
<ul style="list-style-type: none"> • Percepción de Autoeficacia. • Actitud del Trabajador. • Experiencia de motivación. • Centralidad del Trabajo. • Percepción de adecuado estado de salud. • Estrategias de afrontamiento y resolución de problemas. • Reconocer señales de estrés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuada comunicación. • Ajuste de expectativas trabajador y supervisor. • Actitud de apoyo del empleador. • Adecuaciones en las tareas-actividades. • Apoyo y comprensión percibido por los trabajadores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación al lugar de trabajo • Equipo de trabajo. • Evaluación Multidisciplinaria. • Tratamiento ajustado al paciente. • coordinación del equipo de tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas Estatales. • Políticas Organizacionales

Factores facilitadores relacionados con el trabajador en reposo por incapacidad

Entre los elementos individuales que se consideran como facilitadores para el reintegro laboral destacan: una alta percepción de autoeficacia por parte de los trabajadores (de Vries, Koeter, Nabitz, Hees & Schene, 2012; Muijzer, Brouwer, Geertzen & Groothoff, 2012; D'Amato & Zijlstra, 2010; Brouwer, Terluin, Tiemens, & Verhaak, 2009), la actitud del trabajador (Nielsen et al., 2011; Muijzer, Brouwer, Geertzen & Groothoff, 2012); la experiencia de motivación por el trabajo, ya que es considerada como un recurso que refuerza la voluntad de los empleados ausentes a volver al trabajo (Clausen, Friis, Christensen, & Lund, 2011); la centralidad del trabajo y su significado en la vida de los

⁴ Los resultados de este objetivo específico dieron origen a la publicación: Ansoleaga, E., Garrido, P., Domínguez, C. Castillo, S. Lucero, C., Tomacic, A. & Martínez, C. (2014). Facilitadores para el reintegro laboral en personas con patología mental.

trabajadores (D'Amato & Zijlstra, 2010; Brouwer, Reneman, Bultmann, van der Klink & Groothoff, 2010; Brouwer et al., 2009); y la percepción de un adecuado estado de salud por parte del trabajador (D'Amato & Zijlstra, 2010).

Una vez que el/la trabajador/a ha retornado al trabajo, la evidencia hace hincapié en la disponibilidad de estrategias que los trabajadores cuentan para afrontar y resolver problemas profesionales (Lander, Friche, Tornemand, Andersen & Kirkeskov, 2009) y la capacidad para reconocer tempranamente las señales de estrés laboral (Hees, Nieuwenhuijsen, Koeter, Bultmann & Schene, 2012). Asimismo, la ausencia de reposo laboral previo debido a una patología mental se plantea como predictor de un período más corto de reintegro al trabajo (Nielsen et al., 2011).

Factores facilitadores asociados al lugar de trabajo

Destacan como elementos relacionados al lugar de trabajo como facilitadores del reintegro laboral, una adecuada comunicación entre los distintos actores involucrados (Martin, Nielsen, Petersen, Jakobsen & Rugulies, 2012; Muijzer et al., 2012). Específicamente, se plantea la importancia de una comunicación abierta entre el supervisor y el empleado sobre los problemas que enfrenta el trabajador (Hees et al., 2012); trabajador y empleador consideren que el primero está en condiciones de iniciar su reintegro laboral (Hees et al., 2012). En este sentido, se enfatiza la importancia de que el supervisor o jefatura confíe en que el empleado será capaz de manejar la carga de trabajo al momento del retorno (Hees et al., 2012), ajustándose las expectativas del trabajador y las del supervisor respecto al desempeño del primero durante el proceso de reintegro (Lemieux, Durand, & Hong, 2011).

Los hallazgos respecto a la importancia del contacto precoz entre trabajador y empleador no son del todo consistentes. Sin embargo, se enfatiza que lo positivo es mantener una actitud de apoyo del empleador al trabajador para cuidar la relación entre ambos y promover el proceso de reintegro (Muijzer et al., 2012).

Respecto a las tareas del trabajador, se considera relevante, realizar las adecuaciones o modificaciones necesarias en las tareas-actividades (Netterstrom & Bech, 2010). Un elemento destacado en las investigaciones tiene relación con el apoyo y comprensión percibido por los trabajadores durante su proceso de reintegro laboral (de Vries et al., 2012).

Aspectos relacionados al tratamiento

El tratamiento es una fase crucial para que un trabajador pueda reincorporarse exitosamente a su trabajo. Enfatizando la necesidad de que la intervención tenga una clara orientación al lugar de trabajo, donde exista la posibilidad real de desarrollar cambios en la situación laboral (Karlson et al., 2010).

Para considerar una intervención terapéutica como exitosa -donde el proceso de reintegro laboral sea rápido y estable en el tiempo- se considera importante: a) la identificación temprana del equipo que liderará el proceso de reintegro laboral, en patologías menos graves; b) una evaluación

multidisciplinaria con una aproximación holística al problema; c) diseño de un plan de tratamiento ajustado al paciente, en cuanto los objetivos del tratamiento se enfoquen en los obstáculos y recursos del paciente; d) adecuada coordinación del equipo de reintegro, para hacer coherente este proceso; y d) ajustes periódicos al tratamiento, para otorgar flexibilidad al proceso de cambio del paciente (Martin et al., 2012).

Aspectos relacionados a las Políticas Públicas

Finalmente, en el macro nivel de políticas públicas, D'Amato y Zijlstra (2010) plantean la relevancia de la existencia de políticas tanto estatales como organizacionales orientadas a favorecer el reintegro laboral, postulando que los sistemas de seguridad social a nivel del país, juegan un rol fundamental en la probabilidad de un reintegro laboral exitoso. En un estudio multicéntrico realizado en Europa D'Amato y Zijlstra (2010), determinaron la relevancia de las políticas organizacionales y del rol que juegan las políticas públicas en la efectividad de retorno al trabajo. De este modo, constataron que la variable "país" tuvo un efecto significativo en el retorno al trabajo. Por ejemplo, en algunos países, el nivel de protección financiera y de seguridad social que entran en juego con la incapacidad laboral, mostró efectos en el retorno al trabajo. Esto ha despertado un interesante debate, mientras algunos señalan que menores beneficios comprometen a las personas a regresar más prontamente al trabajo, el estudio sugiere que el sistema de seguridad social que está activamente enfocado en ayudar a las personas para volver al trabajo resulta más efectivo que reducir los niveles de ingresos de las personas.

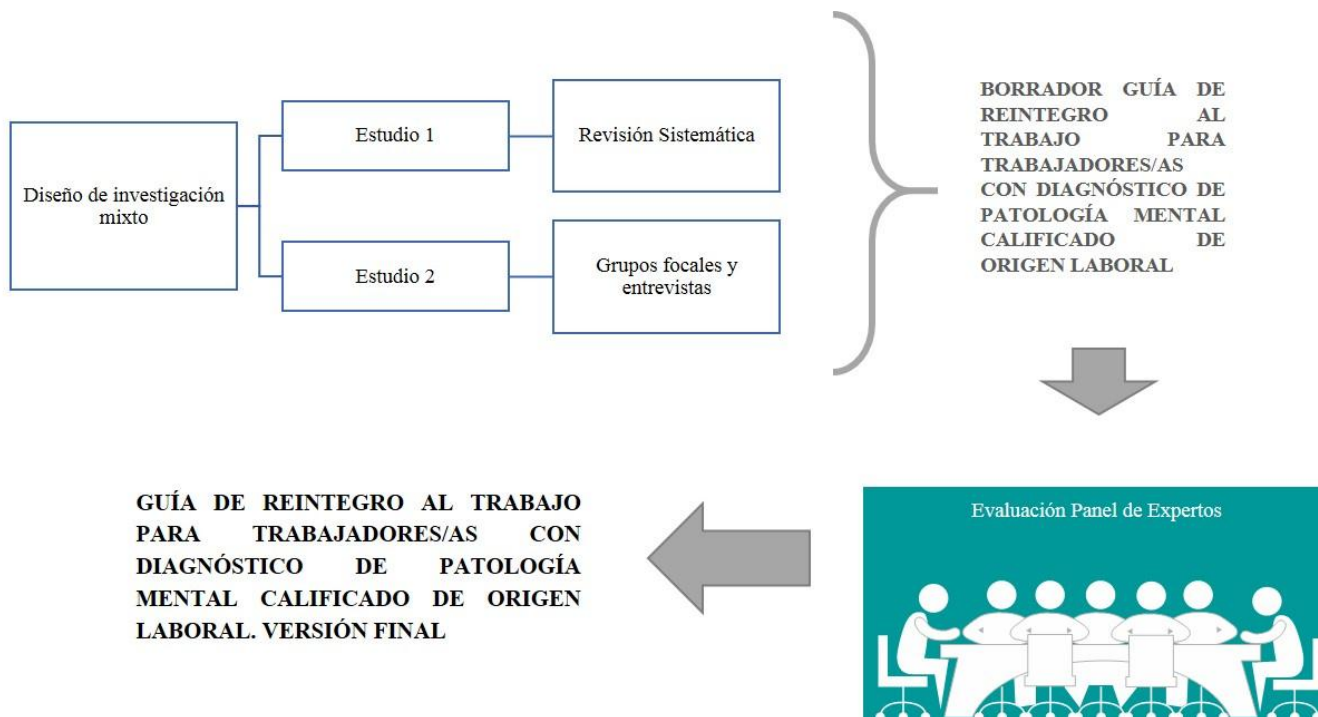
De este modo, sugerimos que los sistemas de protección social reconozcan la relevancia institucional de este tema y generen políticas, procedimientos y mecanismos que contribuyan con el retorno al trabajo en personas con problemas de salud mental.

Objetivo específico 3.

Diseñar una guía de reintegro al trabajo, que considere tanto el tratamiento psicoterapéutico específico como dimensiones del proceso de calificación y del retorno al trabajo, para la intervención en espectro depresivo calificado de origen laboral orientada al reintegro laboral.

Como se describió al inicio de la sección de resultados, el principal producto de esta investigación fue la *Guía de reintegro al trabajo para trabajadores/as con diagnóstico de patología mental calificada de origen laboral*. El proceso de construcción de la Guía se expone en la Figura 5.

Figura 5. Proceso de construcción de Guía para el Reintegro al Trabajo.



Esta Guía es el resultado del desarrollo de una revisión sistemática de la evidencia internacional sobre el proceso de reintegro laboral en personas con problemas de salud mental laboral. Simultáneamente, mediante una investigación empírica se determinaron las dimensiones y variables de efectividad en el tratamiento y en los procesos de reintegro al trabajo, y se consultó a un panel de expertos nacional e internacional en esta materia.

En síntesis, las variables asociadas a la efectividad del tratamiento con respecto a la disminución de tasas de tiempo perdido por incapacidad laboral, y disminución de nuevas licencias asociadas al diagnóstico original, son las siguientes (Tabla 5):

Tabla 5. Síntesis de variables asociadas a la efectividad del tratamiento.

¿QUÉ ES EL REINTEGRO LABORAL?
<p>El reintegro laboral de un trabajador/a con patología mental es un proceso complejo caracterizado por la necesidad de coordinación entre empleador, empleado y tratante para que sea exitoso.</p> <p>Lo que interesa no es sólo que la persona termine su tratamiento y regrese al trabajo, sino que lo haga en las mejores condiciones para evitar una recaída o que sufra a causa de un reintegro que no se hace con el debido cuidado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implica reconstruir la mermada integridad de la salud que se perdió a costa del trabajo. • Involucra aspectos relacionales y a diversos actores. • Debe ser un objetivo permanente desde que los sujetos inician su primera consulta al sistema de calificación.
FACILITADORES PARA EL REINTEGRO LABORAL
<p>Relacionados con <i>características del trabajador</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Percepción de autoeficacia, • Motivación hacia el trabajo, • Menor edad y nivel socioeconómico. <p><i>Del ambiente de trabajo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La buena comunicación entre actores, • El apoyo competente del supervisor; • Evaluación de la capacidad del trabajador de manejar la carga de trabajo y adecuación de ésta, • Ajuste de expectativas del trabajador y las del supervisor, • Cuidar la relación entre empleador-empleado y • Procurar experiencias positivas en el trabajo. <p>Relacionados al tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abordajes multidisciplinarios, • Foco en reducción de estrés y entrenamiento de habilidades, • Considerar los factores psicosociales por sobre los síntomas y una atención psiquiátrica oportuna junto al diseño de un plan de tratamiento actuarán como facilitadores del reintegro.
DIMENSIONES DINÁMICAS DEL REINTEGRO
<p><i>La temporalidad del reposo y las intervenciones:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • A menor duración del reposo laboral, mayor será la probabilidad de un reintegro positivo al trabajo. • Para que el reposo sea menor, el inicio del tratamiento deberá comenzar en las primeras 6 semanas desde la primera consulta del trabajador. • Una intervención coordinada y especializada en los síntomas que permitan una funcionalidad laboral, y en una descripción precisa de los problemas del paciente que permitan hacer los ajustes al puesto de trabajo. • En reposos de larga duración, atender los factores psicosociales que rodean al trabajador será más recomendable que focalizarse en su sintomatología, por lo que una intervención coordinada hacia el

ambiente psico-social y multi-especialidad será lo deseable.

La calidad de la relación entre empleador y empleado durante el proceso,

- El apoyo real y percibido de la jefatura directa del trabajador.
- La confianza del empleado y supervisor en las capacidades para realizar las tareas del cargo, además de informar cambios y mantener al día al trabajador en reposo serán aspectos esenciales.
- la modificación en las tareas que reduzcan la carga e intensidad de trabajo en un comienzo, o fortalecer el reintegro progresivo, se destacan como alternativas recomendables en este proceso.

La precisión y focalización del tratamiento para el reintegro laboral.

- Un diagnóstico clínico acucioso aplicado a las dificultades del trabajador para mantener su funcionalidad laboral (diferenciado por edad, sexo, historia clínica y tiempo de reposo del trabajador).

El objetivo de esta guía es entregar un conjunto de orientaciones básicas para contribuir a la efectividad del reintegro al trabajo en trabajadores/as que hayan sufrido problemas de salud mental laboral, presentando las dimensiones claves que la evidencia ha mostrado se vinculan a procesos de reintegro al trabajo exitosos. De modo de orientar la actuación, más que prescribir conductas.

Estas orientaciones están dirigidas especialmente a los equipos de salud que intervienen en el proceso de reintegro. Por lo tanto, a todos aquellos profesionales que, directa o indirectamente, cumplen funciones vinculadas al proceso de reintegro al trabajo.

La Guía completa en su versión final se encuentra en el Anexo 21. Esta se compone por los siguientes apartados:

- A. Introducción: qué es, para qué sirve y a quién está dirigida
- B. Antecedentes Generales
- C. ¿Quiénes están involucrados en el reintegro al trabajo?: Actores, intereses y comunicación entre ellos
- D. Mitos y realidades sobre salud mental y reintegro al trabajo: análisis desde la evidencia de investigación y desde la experiencia de los equipos tratantes.
- E. Obstáculos en el proceso de reintegro al trabajo: algunas pistas en las dimensiones sistémicas.
- F. Fases del reintegro al trabajo: Una propuesta transversal considerando variables sistémicas.
- G. Referencias
- H. Anexos

C. Objetivo específico 4.

Evaluar la efectividad de una guía reintegro al trabajo incluyendo las dimensiones del proceso de calificación, del tratamiento psicoterapéutico específico y las del retorno al trabajo, para la intervención en trastornos del espectro depresivo calificados de origen laboral, en términos de disminución de tasas de tiempo perdido por incapacidad laboral, y disminución de nuevas licencias asociadas al diagnóstico original.

Este estudio, inicialmente consideró una metodología de diseño longitudinal e implicaría la implementación de la Guía diseñada en el segundo estudio, la evaluación de sus resultados (outcome) y la determinación del grado de asociación de las variables paciente, terapeuta y tratamiento, con dichos resultados y el reintegro laboral.

Se acordó con la red de salud mental de la ACHS de las Sedes de Rancagua y Concepción la colaboración para realizar el estudio con sus equipos y pacientes, incorporando modificaciones adecuadas a la realidad de estas sedes (principalmente respecto al flujo de pacientes). De esta manera, se acordó la utilización de una metodología cualitativa para la implementación piloto y evaluación por parte de los tratantes de la "Guía de Reintegro al Trabajo para trabajadores con diagnóstico de patología mental calificado de origen laboral", por medio de una Lista de Chequeo (Anexo 12) y la aplicación de una entrevista cualitativa con guión temático y cuestionario (Anexo 22).

Se realizó un entrenamiento en el uso de la Guía para los integrantes del equipo de salud de las Sedes de Rancagua y Concepción en una Jornada de Trabajo. Se les hizo entrega de una Lista de Chequeo que permitiría evaluar la aplicación de la guía en función de las variables centrales (Anexo 12). No obstante los esfuerzos por conseguir dicho objetivo, ambas sedes no consiguieron aplicar la Guía en el período solicitado (marzo-abril-mayo 2014) debido a la falta de casos calificados de origen laboral.

En consecuencia, el objetivo específico cuarto de la presente investigación no fue alcanzado, debido a que no se logró determinar la efectividad de la Guía en términos de disminución de tasas de tiempo perdido por incapacidad laboral, y disminución de nuevas licencias asociadas al diagnóstico original. Sin embargo, los instrumentos diseñados para este efecto abren la posibilidad de que la ACHS pueda dar curso a este proceso de evaluación si lo estima pertinente.

D. Objetivo específico 5.

Identificar las principales variables asociadas (eg. del paciente, del terapeuta, del procedimiento, de las características del puesto de trabajo, y del reintegro al trabajo) a

la efectividad de la aplicación de la guía para la intervención en trastornos del espectro depresivo calificado de origen laboral.

Considerando que no se realizó el proceso de aplicación de la guía, pero contando con valiosa información obtenida a partir de los otros estudios, fue posible responder a este objetivo teniendo en consideración: los resultados emergentes de los artículos "Facilitadores para el reintegro laboral en personas con patología mental durante o posterior al tratamiento" (publicado en la revista Ciencia & Trabajo), "Reintegro laboral en Trabajadores con Problemas de Salud Mental: La Perspectiva de los Tratantes" (enviado a revisión en la revista Ciencia & Trabajo), y "Facilitadores para el reintegro laboral en personas con patología mental" (enviado a revisión en la Revista Médica de Chile), y por sobre todo, gracias a la versión final de la Guía que fue validada por un panel de jueces expertos.

En consecuencia, la efectividad de la aplicación de la guía para la intervención en trastornos de salud mental calificados de origen laboral, estaría dada más que por variables específicas del paciente, del terapeuta, del procedimiento, de las características del puesto de trabajo, y del reintegro al trabajo, por elementos transversales que darían origen a una intervención efectiva y eficiente en la materia.

Así, lo que estaría definitivamente asociado a la efectividad del proceso de reintegro al trabajo, es la forma en que los involucrados comparten significados, se comprometen con un objetivo común y construyen una forma propia de resolver los estresores identificados en el origen de la patología. El reintegro al trabajo se establece entonces como un proceso de constante intercambio de información, expectativas y significados, junto con acuerdos a cumplir y a evaluar para avanzar en lo que resulta útil para empleado y empleador (Ansoleaga, et al., 2014).

Por su parte, características del trabajador, del ambiente de trabajo y del tratamiento recibido se vinculan con la efectividad de intervenciones en la materia. De modo que, el éxito del reintegro al trabajo, concebido en el instrumento de la Guía, se vincularía sustancialmente a la temporalidad del reposo y las intervenciones, la calidad de la relación entre empleador y empleado durante el proceso, y la precisión y focalización del tratamiento para el reintegro laboral (Ansoleaga, et al., 2014).

VII. CONCLUSIONES/ DISCUSIÓN

Los objetivos de este proyecto se responden a partir de los resultados de tres estudios interdependientes que conformaron la presente investigación. Como una forma de operacionalizar estos propósitos más amplios de la investigación, se plantearon cinco objetivos específicos⁵. De estos, en la investigación se logró dar respuesta íntegramente a los tres primeros, emergiendo como principales resultados lo siguiente:

1. Se identifica como relevante la inclusión de variables sistémicas y que éstas deben considerarse en distintos planos para favorecer el proceso de reintegro laboral exitoso: actores, procesos y variables transversales.
2. Al momento de identificar aquellas prácticas exitosas y factores facilitadores del reintegro al trabajo en trabajadores/as con problemas de salud mental de origen laboral, emergen cuatro categorías principales que es preciso atender: Trabajador/a, Lugar de trabajo, Tratamiento y Políticas Públicas (Protección Social).
3. La construcción de la *Guía de reintegro al trabajo para trabajadores/as con diagnóstico de patología mental calificado de origen laboral*, cuyo objetivo es entregar un conjunto de orientaciones básicas para mejorar la efectividad del reintegro al trabajo en trabajadores/as con problemas de salud mental laboral, presenta dimensiones claves que la evidencia ha mostrado se vinculan a procesos de reintegro al trabajo exitosos.

Los objetivos específicos cuatro y cinco, se logran parcialmente de acuerdo al diseño inicialmente planteado. Sin embargo, mediante metodologías alternativas se logra dar respuesta a los mismos, a través de:

1. La validación de Panel de Expertos de la *Guía de reintegro al trabajo para trabajadores/as con diagnóstico de patología mental calificado de origen laboral*.
2. Concluir en el análisis que la efectividad de la aplicación de la guía, estará dada por la forma en que los actores comparten significados, se involucran en un objetivo común y construyen una forma propia de resolver los estresores identificados en el origen de la patología, lo que determinara la efectividad o no del tratamiento.

Respecto a la consideración de variables que han sido consideradas como facilitadores y obstaculizadores asociados al retorno al trabajo, se destaca la necesidad de mantener comunicación entre supervisor y empleado (Cornelius, van der Klink, Groothoff & Brouwer, 2011); realización de intervenciones tempranas, multidisciplinarias (Hoefsmit, Houkes & Nijhuis, 2012; Kuoppala & Lamminpaa, 2008), y que integran el lugar de trabajo e intervenciones focalizadas en desarrollar estrategias de afrontamiento en el paciente (Andersen, Nielsen & Brinkmann, 2012), entre otras.

Lo anterior concuerda con los resultados encontrados por el equipo de investigación (Ansoleaga et al. 2014), quienes plantean tres ejes principales: características del trabajador, del ambiente de trabajo y

⁵Para mayor detalle ver apartado de Objetivos

del tratamiento. Específicamente, respecto al trabajador se acentúa la percepción de autoeficacia, motivación hacia el trabajo, menor edad y nivel socioeconómico, características asociadas a un proceso de mejor reintegro. Sobre el ambiente de trabajo, se identificaron como variables facilitadoras del reintegro, la buena comunicación entre actores, el apoyo competente del supervisor; evaluación de la capacidad del trabajador de manejar la carga de trabajo y adecuación de ésta, ajuste de expectativas del trabajador y las del supervisor, cuidar la relación entre empleador-empleado y procurar experiencias positivas en el trabajo.

Finalmente, en relación al tratamiento se identificó como facilitador del proceso de reintegro la inclusión de abordajes multidisciplinarios; con foco en reducción de estrés y entrenamiento de habilidades, considerando los factores psicosociales por sobre los síntomas y una atención psiquiátrica oportuna junto al diseño de un plan de tratamiento actuarán como facilitadores del reintegro.

Un aspecto a destacar de esta investigación es que los resultados de los tres estudios interdependientes se plasmaron en tres publicaciones científicas y cinco presentaciones en congresos nacionales e internacionales⁶. Inclusive la investigación fue meritoria al Premio 2° lugar por mejor trabajo sobre buenas prácticas en la Jornada de actualización de Salud Mental para médicos de Atención Primaria desarrollada en noviembre de 2013 en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. De este modo, el alcance de los resultados y del proceso de investigación realizado en términos de difusión científica es considerable.

Respecto al proceso de investigación, el presente proyecto transitó desde una aproximación centrada en el individuo o trabajador y en las dimensiones psicológicas involucradas en su problemática de salud mental derivada del trabajo, hacia una concepción más sistémica, la cual reconoce que, si bien los aspectos psicológicos son relevantes, estos ocurren en un contexto particular con distintas condiciones y actores, donde ciertos comportamientos y relaciones entre dichos actores, van condicionando la posibilidad de reintegro del sujeto.

En este sentido, uno de los principales aportes del estudio es la sistematización del constructo *reintegro laboral* como un proceso dinámico y continuo, que se inicia desde que el/la trabajador/a consulta por primera vez en la mutualidad hasta que regresa al trabajo. Si bien este concepto es conocido de manera intuitiva por todos los actores, la contribución de esta investigación fue sistematizar dicho concepto, entregándole un sentido y orden, basado en la evidencia científica y en *la*

⁶**SEMINARIOS Y CONGRESOS:** (1) Julio, 2013. Poster in 44th Annual International Meeting of Society for Psychotherapy Research, Brisbane, Australia; (2) Abril, 2013. XI Congreso Internacional de Prevención de Riesgos Laborales. ROP. Trabajo: Intervención Psicoterapéutica para el Reintegro al Trabajo en Trastornos depresivos de origen laboral (3) Septiembre, 2013. Trabajo presentado en el XVII Congreso Nacional de Salud en el Trabajo, Ciudad de México; (4) Noviembre, 2013. Jornada de actualización de Salud Mental para médicos de Atención Primaria; (5) Enero, 2014. Poster en Encuentro con visitas de la Iniciativa Científica Milenio. Pontificia Universidad Católica de Chile. **PUBLICACIONES:** (1) Garrido, P., Ansoleaga, M., Tomicic, A., Domínguez, C., Castillo, S., Lucero, C. & Martínez, C. (2013). Afecciones de Salud Mental y el Proceso de Retorno al Trabajo: una Revisión Sistemática. *Ciencia & Trabajo*, 48, pp. 105-113; (2) Tomicic, A., Martínez, C., Lucero, C., Garrido, P., Ansoleaga, M., Castillo, S. & Domínguez, C. (2013) (en prensa). Reintegro laboral en Trabajadores con Problemas de Salud Mental: La Perspectiva de los Tratantes; (3) Ansoleaga, E., Garrido, P., Domínguez, C. Castillo, S. Lucero, C., Tomicic, A. & Martínez, C. (2014). Facilitadores para el reintegro laboral en personas con patología mental.

voz de los integrantes del equipo de salud y de los expertos de la región en este tema. Ello permitió considerar el reintegro laboral como una variable transversal durante todo el proceso, más que como el resultado de una intervención.

Desde este enfoque, la efectividad del reintegro laboral dependerá de los diversos procesos intermedios acontecidos en la rehabilitación del trabajador. En tal sentido, la efectividad será el resultado de un conjunto de variables sistémicas involucradas desde el inicio del proceso y no será evaluada en función del tiempo de retorno. Esto destaca la relevancia del tiempo y condiciones en que acontecen los estudio de puesto de trabajo y la calificación como enfermedad de índole laboral.

Lo anterior implica múltiples repercusiones en el tratamiento de los/as trabajadores/as. Ya que al considerar el reintegro laboral como un proceso y no como un resultado, se está entregando información específica a los terapeutas y tratantes, más allá de la técnica clínica particular que utilicen, sobre los parámetros mínimos que debe considerarse al aplicar el tratamiento para el reintegro.

Así, todas las acciones terapéuticas o relacionadas con el trabajo que se desarrollen a favor del paciente o trabajador para su reintegro laboral, invitan desde el punto de vista de la disciplina, a desarrollar y construir una especialidad o una nueva área de especialización de salud mental ocupacional, la cual debe contar con un ámbito, sujeto y contexto de aplicación propio. Lo anterior, se sustenta en la emergencia de un fenómeno particular, que es *la salud mental para el trabajo* y que presenta sus propias características y desde ahí su especificidad en el tratamiento e intervención.

Consecuentemente, el estudio posiciona la temática del reintegro laboral de los trabajadores y trabajadoras con patología de salud mental de origen laboral, haciendo foco en cómo devolverles la funcionalidad que ha sido dañada en tal contexto, emergiendo como temática relevante para la salud de los trabajadores. Con ello se busca incorporar en la agenda de salud pública del país el tema del reintegro laboral asociado a patologías mentales. Tarea que enfrenta dificultades, ya que nuestro contexto local se encuentra en deuda respecto al desarrollo, investigación e intervención en la temática de reintegro laboral, lo que explicaría que exista tan poco abordaje en la materia.

Esta investigación posibilitó el encuentro y confluencia de una institución encargada de asegurar la salud de los trabajadores (mutual), políticas públicas –que anuncian la relevancia del reintegro laboral– y el mundo de la academia. En este sentido, favorece el diálogo entre la investigación científica, la voz de los actores de la mutualidad en Chile, y la conexión con actores de toda Latinoamérica. El valor de esto radica, entre otras cosas, en el desarrollo de investigación aplicada en este campo, actividad novedosa y potente, ya que en el contexto nacional –tal como fue evidenciado en la revisión sistemática realizada– este tipo de experiencias es alarmantemente escaso.

Finalmente, es interesante también tener presente que el proyecto sólo consideró la visión de uno de los actores relevantes en el proceso de reintegro laboral (tratantes y terapeutas), sin incluir *la voz* de los trabajadores, empresas y familiares. Este es un desafío futuro y una proyección importante de este



MILLENNIUM NUCLEUS
PSYCHOLOGICAL INTERVENTION
AND CHANGE IN DEPRESSION

udp FACULTAD
DE PSICOLOGIA

Fundación
Científica y
Tecnológica



estudio, incluir *la perspectiva* de estos actores que como la evidencia muestra también están involucrados en el proceso de reintegro laboral, complementando la visión de los tratantes y permitiendo comprender el fenómeno de forma más completa.

La investigación constituye un aporte relevante a la comprensión del fenómeno de reintegro laboral de trabajadores y trabajadoras con patología mental de origen laboral, y su principal producto, la Guía de Orientación para el reintegro al trabajo, constituyen un recurso para los distintos actores involucrados en el proceso de reintegro, entregando lineamientos que favorecen el proceso de reintegro, y de este modo complementando lo señalado en la Ley 16.744 y en el DS 109. En este sentido la guía presentada es una contribución concreta a lo propuesto en la Ley 16.744. Lo anterior, permite también posicionar el tema en la agenda de las políticas públicas de nuestro país, y reconoce la necesidad de generar un mayor interés por la salud de los trabajadores y trabajadoras de Chile.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

- Andersen, M., Nielsen, K. & Brinkmann, S. (2012). Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scandinavian Journal Of Work, Environment & Health*, 38 (2): 93-104.
- Andrea, H., Bultmann, U., Beurskens, A., Swaen, G., van Schayck, C., & Kant, I. (2004). Anxiety and depression in the working population using the HAD Scale, psychometrics, prevalence and relationships with psychosocial work characteristics. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 637–646.
- Ansoleaga, E. (2012). *Sintomatología depresiva y consumo riesgoso de alcohol en trabajadores expuestos a factores psicosociales laborales adversos: un asunto pendiente en salud pública*. Proyecto de Tesis para optar al grado de Doctor en Salud Pública. Universidad de Chile, Santiago de Chile.
- Ansoleaga, E., Garrido, P., Tomicic, A., Lucero, C., Martínez, C., Domínguez, C. & Castillo, S. (2014). Guía de orientación para el reintegro laboral de trabajadores/as con diagnóstico de patología mental calificado de origen laboral. Fundación Científica y Tecnológica, Fucyt. Facultad de Psicología, Universidad Diego Portales. Iniciativa Científica Milenio Proyecto NS100018.
- Ansoleaga, E., Garrido, P., Domínguez, C. Castillo, S. Lucero, C., Tomicic, A. & Martínez, C. (2014) Facilitadores para el reintegro laboral en personas con patología mental. Enviado a revisión (Revista ISI).
- Ansoleaga, E., & Miranda, G (2011). *Depresión y condiciones de trabajo: revisión actualizada de la investigación psicosocial*. Manuscrito no publicado.
- Brouwer, S., Reneman, M., Bultman, U., Van der Klink, J., & Groothoff, J. (2010). A prospective study of return to work across health conditions: perceived work attitude, self-efficacy and perceived social support. *Journal of occupational rehabilitation*, 20, 104-112.
- Brouwers, E., Terluin, B., Tiemens, B., & Verhaak, P. (2009). Predicting return to work in employees sick-listed due to minor mental disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19(4), 323-332.
- Brown, G. (2002). Social roles, context and evolution in the origins of depression. *J Health So Behav*, 43(3), 255-276.
- Brown, G. (1978). *Social origins of depression. A study of psychiatric disorder in women*. London: Tavistok.

- Clausen, T., Friis, M., Christensen, K., & Lund, T. (2011). Return to work among employees with long-term sickness absence in eldercare: a prospective analysis of register-based outcomes. *International Journal of Rehabilitation Research*, 34(3), 249-254.
- Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basics of qualitative research. Third Edition*. London: SAGE.
- Cornelius, L.R., van der Klink, J.J., Groothoff, J.W. & Brouwer, S. (2011). Prognostic factors of long term disability due to mental disorders: a systematic review. *J. occup. Rehabil*, 21(2): 259-274.
- D'Amato, A., & Zijlstra, F. (2010). Toward a climate for work resumption: the nonmedical determinants of return to work. *Journal of occupational and environmental medicine*, 52, 67-80.
- Dejours, C. (1992). *Trabajo y desgaste mental. Una contribución a la psicopatología del trabajo*. Buenos Aires: Humanitas.
- de Vente, W., Kamphuis, J., Emmelkamp, P., & Blonk, R. (2008). Individual and group cognitive-behavioral treatment for work-related stress complaints and sickness absence: a randomized controlled trial. *Journal occup. health psychol*, 13(3), 214-231.
- de Vries, G., Koeter, M., Nabitz, U., Hees, H., & Schene, A. (2012). Return to work after sick leave due to depression: A conceptual analysis based on perspectives of patients, supervisors and occupational physicians. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 1017-1026.
- Díaz, C. (2010). Actividad Laboral y Carga Mental de Trabajo. *Ciencia & Trabajo*, 12(36), 281-292.
- Fondo Nacional de Salud, FONASA (2008). *Boletín Estadístico 2006 – 2007*. Santiago de Chile: Fondo Nacional de Salud.
- Garrido, P. (2012). *Diagnóstico Situacional Servicios de Salud Mental Red ACHS*. Manuscrito no publicado.
- Garrido, P., Ansoleaga, M., Tomicic, A., Domínguez, C., Castillo, S., Lucero, C., & Martínez, C. (2013). Afecciones de Salud Mental y el Proceso de Retorno al Trabajo: una Revisión Sistemática. *Ciencia & Trabajo*, 48, 105-113.
- Hees, H., Nieuwenhuijsen, K., Koeter, M., Bultmann, U., & Schene, A. (2012). Towards a new definition of return-to-work outcomes in common mental disorders from a multi-stakeholder perspective. *PLoS One*, 7(6), 39947. doi:10.1371/journal.pone.0039947.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.

- Hoefsmit, N., Houkes, I. & Nijhuis, F.J. (2012). Intervention Characteristics that Facilitate Return to Work After Sickness Absence: A Systematic Literature Review. *J. occup. Rehabil*, 22: 462-477.
- Houtman, I., & Kompier, M. (2001). Trabajo y Salud Mental. En Old (Editor), *Trabajo. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*. Madrid: OIT.
- Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud, ISTAS (2005). *Organización del Trabajo, Salud y Riesgos Psicosociales. Guía del delegado y delegada de prevención*. Barcelona: Paralelo Edición S.A.
- Karlson, B., Jönsson, P., Pålsson, B., Åbjörnsson, G., Malmberg, B., Larsson, B., & Österberg, K. (2010). Return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sick-leave for burnout - a prospective controlled study. *BMC Public Health*, 10, 301-310.
- Kuoppala, J. & Lamminpää, A. (2008). Rehabilitation and work ability: a systematic literature review. *J. rehabil. Med*, 40(10): 796-804.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Interviews. Learning the craft of qualitative research interviewing*. London: Sage.
- Lagerveld, S., Blonk, R., Brenninkmeijer, V., Meij, L., & Schaufeli, W. (2012). Work – focused treatment of common mental health disorders and return to work: A comparative outcome study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 17(2), 220-234.
- Lander, F., Friche, C., Tornemand, H., Andersen, J., & Kirkeskov, L. (2009). Can we enhance the ability to return to work among workers with stress-related disorders?. *BMC Public Health*, 9, 372-380.
- Lemieux, P., Durand, M., & Hong, Q. (2011). Supervisors' perception of the factors influencing the return to work of workers with common mental disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(3), 293-303.
- Martin, M., Nielsen, M., Petersen, S., Jakobsen, L., & Rugulies, R. (2012). Implementation of a coordinated and tailored return-to-work intervention for employees with mental health problems. *Journal of occupational rehabilitation*, 22(3), 427-436.
- Ministerio de Salud, MINSAL (2007). *Estudio carga de enfermedad y carga atribuible 2007*. Santiago de Chile: Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.
- Ministerio de Salud, MINSAL (2010). *Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.

- Ministerio de Salud, MINSAL (2011). *Primera encuesta nacional de empleo, trabajo, salud y calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras de Chile. Informe Interinstitucional*. Santiago.
- Mirowsky, J., & Ross, C. (2003). *Social Causes of Psychological Distress*. New York: Aldine de Gruyter.
- Muñoz, J. (2003). *Análisis cualitativo de datos textuales con Atlas/ti*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Muijzer, A., Brouwer, S., Geertzen, J., & Groothoff, J. (2012). Exploring factors relevant in the assessment of the return-to-work process of employees on long-term sickness absence due to a depressive disorder: a focus group study. *BMC Public Health*, 12, 103-110.
- Netterstrom, B., & Bech, P. (2010). Effect of a multidisciplinary stress treatment programme on the return to work rate for persons with work-related stress. A non-randomized controlled study from a stress clinic. *BMC Public Health*, 10, 658-666.
- Nielsen, M., Madsen, I., Bultmann, U., Christensen, U., Diderichsen, F., & Rugulies, R. (2011). Predictors of return to work in employees sick-listed with mental health problems: findings from a longitudinal study. *European journal of public health*, 21(6), 806-811.
- Organización Internacional del Trabajo, OIT (2006). *Seguridad social y reforma del sistema de pensiones en Chile. Evolución demográfica y pensiones en Chile*. Santiago: Organización Internacional del Trabajo.
- Pezoa, M. (2008). *Análisis de las licencias médicas curativas en ISAPRES 2007 – 2008*. Santiago de Chile: Superintendencia de Seguridad Social.
- Urrútia, G. & Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica*, 135(11), 507–511.
- Rebolledo, P. (2007). *Neurosis Ocupacionales: Experiencia Asociación Chilena de Seguridad (ACHS)*. Manuscrito no publicado.
- Superintendencia de Seguridad Social, SUSESO (2008). *Licencias tramitadas por problemas de salud mental*. Santiago de Chile: Superintendencia de Seguridad Social.
- Tomicic, A., Martínez, C., C, Lucero., Garrido, P., Ansoleaga, M., Castillo, S., & Domínguez, C. (2014). Reintegro laboral en Trabajadores con Problemas de Salud Mental: La Perspectiva de los Tratantes. Enviado a revisión (Revista Scielo).



MILLENNIUM NUCLEUS
PSYCHOLOGICAL INTERVENTION
AND CHANGE IN DEPRESSION

udp FACULTAD
DE PSICOLOGIA

Fundación
Científica y
Tecnológica



- Trucco, M., & Rebolledo, P. (2011). Neurosis profesional o enfermedad común. Síntomas y estresores. *Revista médica de Chile*, 139, 1370-1377.
- Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R., Torres, S. (2002). Chilean study on the prevalence of psychiatric disorders (DSM-III-R/CIDI) (ECP). *Revista Médica de Chile*, 130(5), 527-536.