

PATOLOGÍA MENTAL DE
ORIGEN LABORAL: GUÍA DE
ORIENTACIÓN PARA EL
REINTEGRO AL TRABAJO



udp FACULTAD
DE PSICOLOGIA

Fundación
Científica y
Tecnológica **ACHS**

Patrocinado por



Organización
Internacional
del Trabajo

PATOLOGÍA MENTAL DE ORIGEN LABORAL: GUÍA DE ORIENTACIÓN PARA EL REINTEGRO AL TRABAJO

Autores:

Elisa Ansoleaga

Doctora en Salud Pública (PhD). Coordinadora de Salud Mental y Trabajo de la Clínica Psicológica e Investigadora del Programa de Estudios Psicosociales del Trabajo, Facultad de Psicología UDP, Universidad Diego Portales. Chile.

Pablo Garrido

Master of Sciences in Occupational Psychology (MSc). Coordinador Nacional de Salud Mental Ocupacional, Asociación Chilena de Seguridad, Santiago. Profesor invitado Magíster Psicología del Trabajo y las Organizaciones, Mención Psicología de la Salud Ocupacional. Universidad de Valparaíso, Chile.

Claudia Lucero

Magister en Terapia Familiar. Profesora Escuela de Psicología UCV, Universidad Católica de Valparaíso, Chile.

Claudio Martínez

Doctor en Psicología (PhD). Profesor Asociado de la Facultad de Psicología UDP, Universidad Diego Portales. Núcleo Milenio Intervención Psicológica y Cambio en Depresión, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile

Alemka Tomicic

Doctora en Psicología (PhD). Núcleo Milenio Intervención Psicológica y Cambio en Depresión, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Constanza Domínguez

Psicóloga. Asistente de investigación del Programa de Estudios Psicosociales del Trabajo, Facultad de Psicología UDP, Universidad Diego Portales, Chile.

Soledad Castillo

Asistente de investigación del Programa de Estudios Psicosociales del Trabajo, Facultad de Psicología UDP, Universidad Diego Portales, Chile.

Agradecimientos

Evaluadores Nacionales

Miguel Acevedo

Director académico Diplomado en Ergonomía y Salud Laboral, Universidad Mayor, Chile. Ergonomista en IST, Instituto de Seguridad del Trabajo, Chile.

Patricia Alvarado

Directora Médico Zonal Metropolitano Norte ACHS, Asociación Chilena de Seguridad, Chile.

Cecilia Avendaño

Profesora UDEC, Universidad de Concepción, Chile.

Ana Bell

Vicepresidenta Nacional de la Mujer ANEF, Agrupación Nacional de Empleados Fiscales, Chile.

Daniela Campos

Jefa Departamento Riesgos Psicosociales ACHS, Asociación Chilena de Seguridad, Chile.

Luis Caroca

Jefe de Sección Ergonomía del Departamento Salud Ocupacional ISP, Instituto de Salud Pública, Chile.

Lorena Contreras

Directora Clínica Psicológica UDP, Universidad Diego Portales, Chile.

Soledad Elizalde

Psicóloga Laboral ISL, Instituto de Salud Laboral, Ministerio del Trabajo y Previsión Social, Chile.

Nora Gray

Profesora Departamento de Salud Pública en UV, Universidad de Valparaíso, Chile.

Musa Majluf

Jefe Departamento Psicología Servicio de Salud Oriente, Mutual de Seguridad, Chile.

Amalia Mauro

Directora-investigadora CEM, Centro de Estudios de la Mujer, Chile.

Manuel Parra

Profesor Maestría en Seguridad y Salud Ocupacional de Universidad Ludwig-Maximilians de Munich, Alemania. Médico psiquiatra Hospital San Borja-Arriarán, Chile.

Alfredo Pemjean

Jefe Departamento Salud Mental MINSAL, Ministerio Salud, Chile.

Carolina Reynaldos

Profesora e investigadora de la UCM, Universidad Católica del Maule, Chile.

Juan Pablo Toro

Coordinador del Programa de Estudios Psicosociales del Trabajo, Facultad de Psicología UDP, Universidad Diego Portales, Chile.

Marcelo Trucco

Consultor independiente. Ex Jefe de Salud Mental y ex Director Médico del Hospital del Trabajador, Asociación Chilena de Seguridad, Chile.

Cristián Villarroel

Asesor Departamento de Salud Ocupacional, Ministerio de Salud, Chile.

Evaluadores Internacionales

Livia de Oliveira Borges

Profesora titular UFMG, Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil.

María Adriana Cruz

Profesora e investigadora de la Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores UAM-X, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.

Rodolfo Escalada

Profesor e Investigador de la Facultad de Psicología de la UNR, Universidad Nacional de Rosario, Argentina. Profesor Titular de la Escuela de Psicología, Instituto Universitario Italiano de Ciencias de la Salud, Argentina. Coordinador de RIPOT (Red Iberoamericana de Psicología de las Organizaciones y el Trabajo).

Luis Leopold

Decano Facultad de Psicología, Universidad de la República, Uruguay. (2007-2011 y 2011 a la fecha). Profesor Titular, Programa de Psicología de las Organizaciones y el Trabajo, Instituto de Psicología Social, Facultad de Psicología, Universidad de la República, Uruguay.

Ana Magnolia Mendes

*Profesora Asociada UnB, Universidad de Brasilia, Brasil.
Coordinadora del Laboratório de Psicodinâmica e Clínica do Trabalho, Brasil.*

Susana Martínez

Profesora e investigadora de la Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores UAM-X, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.

Cecilia Ross

*Docente e investigadora UBA, Universidad de Buenos Aires, Argentina.
Investigadora del Programa de Salud y Trabajo UNLA, Universidad de Lanús, Argentina.*

Miriam Wlosko

*Docente e Investigadora UNLA, Universidad Nacional de Lanús, Argentina.
Coordinadora Programa de Salud y Trabajo UNLA, Universidad Nacional de Lanús, Argentina.*

Equipo de trabajo ACHS

Nuestro especial agradecimiento a los equipos de Salud Mental de la Red de Salud ACHS y al equipo de Terapia Ocupacional del Hospital del Trabajador, quienes nos compartieron su valiosa experiencia y conocimiento en el tratamiento y rehabilitación de los Trabajadores.

Revisión de texto

Marta Cózar Lladó

Programme Associate. PNUD, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.

ÍNDICE

A. Introducción: qué es, para qué sirve y a quién está dirigida	9
B. Antecedentes Generales	10
C. ¿Quiénes están involucrados en el reintegro al trabajo?: Actores, intereses y comunicación entre ellos	13
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.	14
E. Obstáculos en el proceso de reintegro al trabajo: algunas pistas en las dimensiones sistémicas.	17
F. Fases del reintegro al trabajo: Una propuesta transversal considerando variables sistémicas.	19
G. Referencias	31
H. Anexos	34

INTRODUCCIÓN: Qué es, para qué sirve y a quién está dirigida

La guía que presentamos¹ es el resultado del desarrollo de una revisión sistemática de la evidencia internacional² sobre dicho proceso en personas con problemas de salud mental laboral. Simultáneamente, mediante una investigación empírica³ 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 (ver anexo 1). Esta guía tiene por **objetivo entregar un conjunto de orientaciones básicas para mejorar la efectividad del reintegro al trabajo en trabajadores/as que hayan sufrido problemas de salud mental laboral (en adelante SM laboral).**

Esta guía presenta las dimensiones claves que según la evidencia se vinculan a procesos de reintegro al trabajo exitosos. Esto implica que el/la trabajador/a logre finalizar su tratamiento y regresar a su ambiente laboral en las mejores condiciones, con el propósito de evitar recaídas.

La guía se propone orientar la actuación en los diferentes actores involucrados en el tratamiento y en el proceso de reintegro de un/a trabajador/a que se encuentre con problemas de SM laboral y que ha acudido a su respectivo organismo administrador del seguro contra accidentes y enfermedades profesionales (ley 16.744⁴). Estas orientaciones establecen los procedimientos mínimos en función de lo señalado por la evidencia levantada. En este sentido, la presente Guía no constituye una guía clínica, sino una Guía de orientación para el proceso general de reintegro, y las buenas prácticas en el tratamiento de patologías mentales laborales. La guía que presentamos es una contribución concreta para alcanzar los objetivos de reinserción laboral que propone la Ley 16.744.

Estas orientaciones están dirigidas especialmente a los equipos de salud que intervienen en el proceso de reintegro, tales como profesionales, psicólogos y psiquiatras, involucrados en el tratamiento de SM laboral, así como a todos aquellos otros profesionales que, directa o indirectamente, cumplen funciones vinculadas al proceso de reintegro al trabajo, entre los que se incluyen los terapeutas ocupacionales, prevencionistas de riesgos laborales, trabajadores sociales, médicos del trabajo, miembros de comités paritarios, encargados de salud laboral, jefes de personal, otros actores intervinientes de la institución y/o empresa, entre otros.

Habiéndose constatado el aumento de la consulta y de los casos de salud mental calificados de origen laboral, las dificultades que cotidianamente enfrentan los profesionales al momento de establecer la causalidad en el origen laboral, la imposibilidad de disociar a las personas en su condición de trabajadores/as y de sujetos con una vida privada, la convergencia de factores causales (multicausalidad) en los fenómenos de salud mental, la escasa formación de profesionales de la salud mental en temáticas del trabajo, y la insuficiencia de instrumentos y técnicas de identificación de las relaciones salud mental y trabajo en nuestra realidad, nos propusimos avanzar diseñando una guía que propone algunas rutas/procesos para mejorar la efectividad del reintegro al trabajo en personas con problemas de salud mental calificados de origen laboral. Esta guía también, identifica actores claves y dimensiones sistémicas que intervienen facilitando o dificultando el proceso de reintegro.

La guía fue realizada en el marco del proyecto: *Indicadores de efectividad en intervenciones para el reintegro al trabajo en trabajadores con patologías de salud mental calificadas de origen laboral (2013-2014)*, financiado por la Fundación Científica y Tecnológica (Proyecto P0126), de la ACHS.

¹ Esta guía ha sido diseñada considerando a pacientes con problemas de salud mental laboral del espectro depresivo y/o ansioso.

² 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.

³ Tomicic, A., Martínez, C., Lucero, C., Garrido, P., Ansoleaga, M., Castillo, S., & Domínguez, C. (En revisión). Reintegro laboral en Trabajadores con Problemas de Salud Mental: La Perspectiva de los Tratantes.

⁴ Ley 16.744. Seguridad Social. (1968) Establece Normas sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. Diario Oficial n° 26957 Honorable Congreso aprobó el Proyecto de Ley.

ANTECEDENTES GENERALES

1. La extensa dedicación temporal al trabajo y las múltiples funciones psicosociales que el trabajo cumple en la vida de las personas hacen de él una actividad central en la vida, y en consecuencia, lo convierten en una actividad estrechamente vinculada a la salud. El trabajo no debiese ser sinónimo de esclavitud, malestar, condena, sino ser un espacio de satisfacción, de desarrollo de las capacidades humanas y de contribución al progreso de las sociedades. Por lo tanto, el trabajo es y puede ser un espacio para adquirir bienestar personal, colectivo y social.

2. La relación entre el trabajo y la salud mental, ha cobrado particular importancia a partir de los efectos que los cambios en el trabajo han provocado en la salud de las personas. En 2012, la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS, 2013) mostró que las afecciones de salud mental de origen laboral aumentaron en un 87% en los últimos 12 años, representando un 24% del total de las enfermedades profesionales acogidas en la ACHS en ese año; acumularon 12.726 días perdidos por reposo laboral en el mismo período, que representaron el 48% del total de días perdidos por enfermedad profesional; y el 40% de los costos curativos asociados a enfermedades profesionales correspondieron a enfermedades de salud mental ocupacional durante 2012. A pesar de que esta problemática se encuentra presente desde hace años, su fuerte impacto **convierte a la salud mental vinculada al trabajo en un problema de salud emergente y representa un desafío para los actuales paradigmas de intervención en salud ocupacional y orientada al retorno laboral (Tomicic et al., 2014).**

3. La protección de la salud en el trabajo es mucho más que una ley o una norma. En efecto, es posible afirmar que la ley 16.744 es el resultado de un complejo proceso social en el cual diversos actores sociales acordaron los límites de lo tolerable y las normas de actuación para un sistema tripartito compuesto por los empleadores, el Estado y las mutualidades en materia de salud y seguridad en el trabajo. Además, resulta importante señalar que este proceso se concretiza a partir de 1968, período en el cual Chile se encuentra en un proceso industrializador pujante y por lo tanto, la fábrica es el escenario laboral primordial y el sujeto de la política es el obrero fabril.

Ambas figuras se desdibujan hoy en un escenario con una matriz productiva enfocada al sector servicios y comercio, con trabajadores/as que deben relacionarse más con personas que con máquinas, que utilizan intensivamente las tecnologías de la comunicación e información, las que permiten trabajar a nivel global en tiempo real, y que se ven afectados por la precarización del trabajo. Aun considerando que la precarización del trabajo abarca una amplia gama de situaciones laborales, podemos mencionar como ejemplos la pérdida de estabilidad laboral, la precariedad contractual, entre otros. **Estos cambios en el trabajo han empujado la emergencia de nuevos riesgos laborales, entre ellos los que derivan de la organización del trabajo, que han sido denominados riesgos psicosociales laborales.**

4. En relación a los factores psicosociales, es necesario dar cuenta de: su definición; los principales modelos que los explican; y los nuevos riesgos emergentes. Así, **los factores psicosociales en el ámbito laboral refieren a situaciones y condiciones inherentes al trabajo, relacionadas con el tipo de organización, el contenido del trabajo y la ejecución de las tareas.** Estas tareas tienen la capacidad de afectar, tanto positiva como negativamente, el bienestar y la salud (física, psíquica o social) de trabajadores/as y sus condiciones de trabajo. (Ministerio de Salud [MINSAL], 2013). Además, **estos factores pueden ser operativizados, al menos, mediante dos modelos explicativos.** El primero, llamado de **esfuerzo-recompensa, explica el estrés laboral a partir de la percepción y juicio que el/la trabajador/a realiza acerca del costo-beneficio de su quehacer,** es decir, en relación a ello y al desbalance entre los factores esfuerzo y recompensa. El segundo plantea la generación de **tensión psíquica como resultado de la relación entre las dimensiones de: demanda psicológica** (requisitos de las tareas, imposición de plazos, cargas de coordinación, Interrupción constante, etc.); **latitud decisional** (control respecto a los procesos de trabajo y discrecionalidad en el uso de las capacidades, posibilidad de decidir cómo hacer el trabajo y de aprender en él); y **sopORTE social** (apoyo social de pares y jefes).

Finalmente, surgen nuevos factores de riesgo como la conciliación trabajo-vida personal, el acoso y violencia laboral (Siegrist, Wege, Puhlhofer, & Wahrendorf, 2009; Karasek et al., 1998). Respecto a la violencia laboral, ésta se constituye como un problema que se ha instalado de forma permanente en las relaciones laborales (Castellón, 2011; Letelier & Valenzuela, 2002), adoptando distintas formas, tales como: agresiones físicas, violencia psicológica o acoso sexual, problemática que afecta principalmente a las mujeres (Baker 2004).

5. El espíritu de la Ley 16.744 sobre la protección de la salud en el trabajo se mantiene vigente, sustentado en la idea de que no es ni legal ni éticamente tolerable que el trabajo enferme a las personas, o que en el ambiente de trabajo se mantengan ciertas condiciones que limiten las posibilidades de reintegrarse al trabajo después de una enfermedad de origen laboral. En este sentido, la ley 16.744 considera entre las obligaciones de quienes administran el seguro, la de garantizar un conjunto de condiciones para el reintegro al trabajo. Entre ellas, se exige certificar que el agente causal de la enfermedad fue eliminado o controlado en el ambiente de trabajo. Esta cuestión que puede ser relativamente sencilla de constatar en el caso de la presencia de agentes químicos, físicos o biológicos, resulta compleja cuando nos referimos a los agentes laborales psicosociales que se encuentran en el origen de los trastornos mentales.

El Servicio de Salud Mental del Hospital del Trabajador de Santiago de Chile ha sido el primer servicio del sistema mutual en documentar la experiencia y sistematizar la atención de problemas de salud mental derivados del trabajo (Trucco 2003; 2004; Trucco & Horwitz, 2003; Trucco & Valenzuela, 1998; Trucco, Rebolledo, Oyarzún & Soto, 1998; Trucco & Rebolledo, 2011), 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 trastorno mental como laboral o no-laboral (Tomicic et al., 2014).

Aun cuando este servicio, y en general todas las mutualidades, ofrecen tratamiento a trabajadores diagnosticados con problemas de salud mental calificados de origen laboral, es el impacto en días laborales perdidos por reposo laboral (>50 días en promedio en la experiencia de la ACHS) **lo que hace necesario revisar y proponer abordajes e intervenciones efectivas con foco en la etiología laboral, y favoreciendo el manejo ambulatorio de la patología, lo cual requiere de ciertas condiciones en el ambiente de trabajo para que esta propuesta prospere.**

6. El reintegro al trabajo en personas que han sufrido problemas de SM laboral es extremadamente complejo y de cuidado, y la evidencia analizada muestra que el éxito de dicho reintegro y la posibilidad de evitar las recaídas dependen no sólo de factores vinculados al tratamiento psicoterapéutico y/o farmacológico que se realice, sino también dependen de un conjunto de dimensiones sistémicas y de actores que intervienen en dicho proceso, vale decir los empleadores y trabajadores. La evidencia señala que tres son los principales grupos de trastornos mentales que se presentan en relación al trabajo: trastornos adaptativos (entre los cuales se incorpora el burnout); trastornos del ánimo (incluyendo depresión mayor) y trastornos de ansiedad (St –Arnaud, Bourbonnais, Saint-Jean & Rhéaume, 2007; Nieuwenhuisen, Boer, Verbeek, Blonk & Dijk, 2003; Shiels, Gabbay & Ford, 2004; Van der Klink, Blonk, Schene, & van Dijk, 2003).

¿QUÉ ENTENDEMOS POR REINTEGRO?

La acción de reintegrar* alude a:

- 1) Restituir o satisfacer íntegramente algo.
- 2) Reconstituir la mermada integridad de algo.
- 3) Recobrar enteramente de lo que se había perdido o dejado de poseer.
- 4) Volver a ejercer una actividad, incorporarse de nuevo a una colectividad o situación social o económica.

Mientras que el retornar* implica la acción de:

- 1) devolver o restituir;
- 2) hacer que una cosa retroceda o vuelva atrás o
- 3) volver al lugar o a la situación en que se estuvo

(* Diccionario de la Lengua Española [DRAE], 2001).

Las palabras “reintegro” y “retorno” al trabajo suelen ser usadas como sinónimos, sin embargo, asumiendo una mirada sistémica y la relevancia del lenguaje en la construcción de realidades, es preferible utilizar el término reintegro más que el de retorno.

Desde la conceptualización de reintegro, 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**. Dado que el trabajo no debe dañar la salud de las personas, resulta clave que el reintegro implique **reconstruir la mermada integridad de la salud que se perdió a costa del trabajo**. Concretamente, el reintegro implica involucrar aspectos relacionales y a diversos actores, mientras que el retorno es una conducta individual, donde los cambios se desarrollan exclusivamente desde el trabajador/a.

En la literatura (Garrido et al., 2013), el retorno suele ser concebido en términos temporales como un segundo momento en el proceso del tratamiento de afecciones por salud mental.

El reintegro desafía al especialista debido a tres aspectos que generalmente se visualizan en la práctica:

- a) El estado de agotamiento emocional del trabajador consultante.
- b) La persistencia en el trabajo del agente de riesgo causante del problema.
- c) La presentación de problemas emocionales en las esferas privada y laboral del trabajador donde es complejo disociar ambas para poder enfocarse en el reintegro al trabajo.

En atención a lo anterior, el reintegro al trabajo debe ser un objetivo permanente desde que los sujetos inician su primera consulta al sistema de calificación.

¿Quiénes están involucrados en el reintegro al trabajo?

Tal como mencionamos con anterioridad, en el proceso de reintegro al trabajo intervienen diversos actores que, desde una mirada sistémica precisa, considera al trabajador/a como el actor principal, incluyendo su entorno familiar, equipo de salud, el cual debiese considerar la vigilancia farmacológica por un psiquiatra, un proceso terapéutico por un psicólogo/a clínico/a con formación en materias de trabajo y un/a terapeuta ocupacional o psicólogo/a del trabajo que haga de puente entre la institución y/o empresa y la mutualidad que entrega el tratamiento terapéutico. En la institución y/o empresa es posible identificar diversos actores, entre los que se consideran: el encargado de salud de los trabajadores, que puede ser un médico del trabajo u otro profesional de la salud a quien se le ha encomendado esta función; el prevencionista de riesgos del trabajo⁵; los comités paritarios de higiene y seguridad; la jefatura directa del afectado, y eventualmente, los colegas de trabajo. Todos ellos pueden jugar un rol relevante en el éxito o fracaso del proceso de reintegro al trabajo.

Especial lugar ocupa el rol de la familia ya que puede considerarse como un sistema protector de la salud mental y como un facilitador (si cuenta con las condiciones) para el proceso de reintegro. Por oposición, la conflictividad/interferencia trabajo-familia y viceversa, puede estar en la base de problemas de salud mental (por ejemplo, sistemas de turnos nocturnos que dificultan la relación con hijos pequeños). Específicamente, la familia cumple un importante papel en este proceso, tanto para la etapa de calificación de la EP como posteriormente en el proceso de planificación del reintegro laboral.

Toma notabilidad considerar como factor de riesgo a tener presente, la capacidad que las instituciones tienen, en función de su tamaño y recursos, para llevar a cabo acciones que favorezcan el reintegro efectivo. Las mutuales debiesen disponer de mecanismos para prestar colaboración a las pequeñas instituciones y el Estado debiese invertir en formación para que éstas y los profesionales de las mutuales no queden excluidos de este proceso.

La variedad de actores implica naturalmente una multiplicidad de intereses que no siempre convergen entre sí. Por ejemplo, en relación a la existencia o no de licencias médicas y a la duración de las mismas, mientras la mutualidad y el empleador pueden coincidir en el interés de que la licencia sea lo más breve posible, el trabajador afectado y el médico tratante, por múltiples y diversas razones (incluyendo terapéuticas y no terapéuticas), pueden preferir mantener al trabajador/a fuera del trabajo con una licencia médica. ¿Quién de ellos tiene la razón o qué criterios deben primar en la actuación para el reintegro? En este sentido, definir criterios y encontrar acuerdos es parte de la intervención.

Las pistas para responder a esta pregunta se pueden encontrar teniendo en consideración tanto el acumulado de la evidencia científica así como también los estándares de la práctica médica y psicológica. Estos estándares de la evidencia y de la práctica médica deben ser sistematizados y conocidos por todos los actores afectados.

El rol de la comunicación entre los actores involucrados:

En este proceso resulta clave que los actores convergen y mantengan una comunicación cotidiana permanente, que se trabaje en base a acuerdos y que se maneje información similar. Esta guía es un instrumento para permitir o mejorar la comunicación entre los distintos actores, puesto que pone a disposición conocimiento sistematizado tanto sobre la evidencia científica como sobre las prácticas médico-terapéuticas. El reconocimiento mutuo de sus expectativas sobre cómo llevar a cabo el proceso, permitirá a las partes llegar a mejores acuerdos sobre el reintegro.

⁵ Según la ley 16.744, en su artículo 66 señala " En aquellas empresas mineras, industriales o comerciales que ocupen a más de 100 trabajadores será obligatoria la existencia de un Departamento de Prevención de Riesgos Profesionales, el que será dirigido por un experto en prevención, el cual formará parte, por derecho propio, de los Comités Paritarios".

Mitos y realidades sobre salud mental y reintegro al trabajo:

Análisis desde la evidencia de investigación y desde la experiencia de los equipos clínicos tratantes.

En Chile, el gasto por concepto de salud mental ha aumentado en los últimos diez años: esto indica abuso de los usuarios o ineficiencia del sistema.

FALSO

Si bien es cierto que en Chile el gasto por concepto de salud mental ha experimentado un aumento significativo, no se debe al abuso de los usuarios o a la ineficiencia del sistema. Se ha constatado que los trastornos mentales ligados al trabajo van en aumento a nivel mundial. Así, el hecho de que los costos se hayan triplicado en el país en relación al gasto de los seguros por concepto de enfermedad profesional es algo que ha venido ocurriendo en otras partes del mundo, como ha sido documentado por ejemplo en Canadá (St-Arnaud et al., 2007).

La duración del proceso de calificación del origen profesional es independiente del éxito del reintegro al trabajo luego del tratamiento.

FALSO

La duración del proceso de calificación se relaciona directamente con el éxito del reintegro al trabajo. Un proceso de calificación breve aumentará significativamente la probabilidad de éxito para el reintegro al trabajo. Esto es así, sin embargo, la condición de certificar la relación uni-causal entre la exposición al agente y el desarrollo de la enfermedad es un proceso complejo donde

deben someterse a consideración varias fuentes de información y en atenciones multi-especialidad. Por lo tanto, se debe realizar un esfuerzo consciente en estrechar los plazos considerados para la realización del proceso de calificación manteniendo estándares, puesto que ésta es la primera condición necesaria para lograr un reintegro al trabajo exitoso.

Los pacientes no quieren retornar al trabajo

DEPENDE

La evidencia levantada de la práctica de los tratantes en Chile muestra que efectivamente algunos pacientes que retornan al trabajo luego de una licencia por salud mental son despedidos (Tomicic, et al. 2014). Sin embargo, aquello no es una condición *sine qua non*, y depende de una serie de variables, entre otras, la calidad previa de la relación entre el empleador y el trabajador, la duración del reposo o el tipo de agente de riesgo detectado. Sin embargo, es una materia a considerar durante el proceso de tratamiento, y por cierto, de reintegro.

Existe una “receta” que garantice la efectividad del reintegro.

FALSO

No existe una ‘receta’ que garantice el reintegro. **La efectividad de un programa de reintegro depende en particular de un buen y documentado análisis de las oportunidades y obstáculos que el paciente en particular enfrentará, ya sea considerando sus características personales como de la organización del trabajo** (St-Arnaud et al., 2007; Loisel et al., 2001).

La ley 16744⁶ obliga a entregar reposo total e inmediato a la primera consulta por la calificación del origen profesional de una enfermedad mental.

FALSO

La ley no obliga a entregar reposo total e inmediato a la primera consulta por la calificación del origen profesional de una enfermedad mental. Señala que la “neurosis laboral” produce incapacidad temporal para lo cual deben tomarse las medidas de mitigación del riesgo (DS 109). El reposo laboral es una indicación exclusiva del médico, quien lo decidirá de acuerdo a criterio clínico, lo cual no implica necesariamente la entrega de una licencia médica completa inmediata (Garrido et al., 2013; Roelen et al., 2012).

Basta con que desaparezca la sintomatología para decretar el alta e indicar el reintegro al trabajo.

FALSO

No basta con que desaparezca la sintomatología para decretar el alta e indicar el reintegro al trabajo. Si bien es cierto que el alta médica debe considerar la disminución o remisión de la sintomatología que acompañó el cuadro en sus inicios, el equipo tratante debe ser muy cuidadoso en coordinar y supervigilar el proceso de reintegro al trabajo, sobre todo en aquellos casos en que el paciente se encuentra fuera del trabajo por períodos prolongados de tiempo. La probabilidad de recaída aumentará en virtud del tiempo que el paciente estuvo fuera del trabajo, de la gravedad del cuadro que presentó, pero principalmente de las medidas que el propio trabajador tomó en relación a los factores que originaron el trastorno (Roelen, et al., 2012).

Para evaluar lo exitoso de un proceso de reintegro al trabajo se puede recurrir a indicadores directos e indirectos.

VERDADERO

Entre los indicadores directos se ha documentado: el ausentismo, las nuevas licencias médicas, la recurrencia de licencias médicas y el uso de medicamentos. Por su parte, en los indirectos se hace referencia a: ausencia de políticas de reintegro; período en que se regresa al trabajo (nivel de productividad) y satisfacción con el tratamiento; posibilidad de reintegro progresivo; significados asociados al reintegro al trabajo y tiempo del reintegro al trabajo (Tomacic et al., 2014).

La eficacia de las intervenciones para el reintegro laboral depende de variables personales, del tratamiento y del vínculo con el empleador.

VERDADERO

Los estudios de Hoefsmit Houkes y Nijhuis (2012), Kuoppala y Lamminpaa (2008), y Cornelius, Van der Klink, Groothoff, y Brouwer (2011), analizaron y describieron la eficacia de diversas intervenciones en salud mental vinculadas con los procesos de reintegro al trabajo, los cuales indican que:

- a. Las personas mayores de 50 años, con trastornos mentales previos y con una expectativa negativa de su recuperación, tendrán más reposo y requerirán más tiempo para reintegrarse al trabajo producto de una enfermedad mental.

⁶ Ley 16.744. Seguridad Social. (1968) Establece Normas sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. Diario Oficial n° 26957 Honorable Congreso aprobó el Proyecto de Ley.

- b. Las intervenciones tempranas y multidisciplinarias iniciadas en las primeras 6 semanas desde el ingreso, y el establecimiento de contacto con el empleador para planificar el reintegro, mejoran la efectividad del reintegro al trabajo al compararse esta intervención con el tratamiento común, y
- c. Tratamientos protocolizados específicos y de buena calidad se asocian con un menor tiempo de incapacidad laboral y un menor tiempo para el reintegro al trabajo.

El reintegro al trabajo es idéntico en personas que presentan problemas de salud física y en personas con problemas de salud mental.

FALSO

El reintegro al trabajo difiere en personas que presentan problemas de salud física y en personas con problemas de salud mental. La literatura ha documentado diferencias en función del tipo de patología que presente el trabajador, por ejemplo, quienes presentan enfermedad músculo-esquelética tienen mejores expectativas de éxito de reintegro al trabajo, al compararlos con quienes presentan diagnósticos por problemas de salud mental. Además, los problemas de salud física difieren de los trastornos mentales, ya que éstos últimos contienen un significado profundamente negativo que impacta tanto al trabajador/a que lo sufre como a los equipos responsables de su tratamiento, que en muchas ocasiones adjudican la causalidad únicamente a problemas del individuo, conflictos no resueltos en la infancia, entre otros.

Las recaídas en problemas de salud mental están estrechamente vinculadas al proceso de reintegro al trabajo

VERDADERO

El vínculo entre las recaídas y la calidad del proceso de reintegro al trabajo ha sido altamente documentado. Frente a problemas de salud mental vinculados al trabajo, las recaídas son un factor importante que explica los altos costos de los tratamientos, así

como también la discapacidad generada en las personas pudiendo incluso llegar a determinar una incapacidad permanente (Brouwers, Terluin, Tiemens, & Verhaak, 2009; Roelen et al., 2012). Es en este espacio donde cobra especial relevancia el reintegro exitoso al lugar de trabajo para la prevención de recaídas del trabajador (Ahlstrom, Hagberg & Dellve, 2012; de Vente, Kamphuis, Emmelkamp, & Blonk, 2008; Lagerveld, Blonk, Brenninkmeijer, Wijngaards-de Meij & Schaufeli, 2012; Wang, Schmitz, Dewa & Stansfeld, 2009; Tjulin, Maceachen & Ekberg, 2011).

La calidad del tratamiento, por sí solo determinará el éxito del proceso del reintegro al trabajo.

FALSO

La calidad del tratamiento, por sí solo, no determinará el éxito del proceso de reintegro al trabajo.

La evidencia internacional ha documentado un conjunto de factores de efectividad identificando:

- a. Factores asociados al paciente (Ruwaard, Lange, Schrieken, Dolan, & Emmelkamp, 2012; Nielsen et al., 2011);
- b. Factores asociados al tratamiento (Ahlstrom et al., 2012; Roelen et al., 2012);
- c. Factores asociados al entorno laboral (Lemieux, Durand, & Hong, 2011; Flach, Groothoff, Krol & Bültmann, 2012).
- d. Dimensiones procesales tales como:
 - i. La comunicación entre los actores (instituciones laborales, tratantes, aseguradoras) (Muijzer, Brouwer, Geertzen & Groothoff, 2012);
 - ii. El tiempo de la licencia por enfermedad (Roelen et al., 2012);
 - iii. La claridad en el establecimiento de un plan de reintegro conocido y negociado por los actores involucrados (Muijzer, et al., 2012; Martin, Nielsen, Petersen, Jakobsen & Rugulies, 2012; Lemieux et al., 2011).

Obstáculos en el proceso de reintegro al trabajo:

Algunas pistas en las dimensiones sistémicas

A continuación se señalarán los elementos que, según la evidencia y la perspectiva de los equipos tratantes, pueden obstaculizar el proceso de reintegro en cada uno de los momentos de intervención (calificación, tratamiento y reintegro).

De la fase de Calificación

OBSTÁCULO 1:

Dificultad de probar el origen laboral en aquellos trastornos mentales donde no es posible identificar un evento o suceso que gatille la aparición de dicho trastorno, lo que impide actuar con diligencia y oportunidad en el tratamiento y predispone a los pacientes con una actitud negativa al comienzo del tratamiento lo cual podría afectar el pronóstico del tratamiento.

Al considerar los procesos y tiempos requeridos en la calificación del origen laboral o común de la patología mental, éstos son relativamente similares respecto a otras patologías en donde el mecanismo lesional no pueda observarse “físicamente” en el trabajador. Sin embargo, los promedios en relación a los tiempos de duración del proceso de calificación esconden enormes diferencias. Para ejemplificar, un trastorno por estrés postraumático o una depresión reactiva desencadenada por la participación del trabajador en un suceso estresante o de connotación violenta (presenciar accidentes fatales, asaltos, etc.) facilita el proceso de calificación porque en estas situaciones es posible establecer, en base a los hechos, una vinculación directa

entre la aparición de la patología y la situación de trabajo. Sin embargo, los problemas de salud mental derivados del trabajo exceden estas situaciones y en ocasiones nos encontramos con cuadros en los cuales la causalidad se vincula a factores de la organización del trabajo.

De la fase de Tratamiento

OBSTÁCULO 2:

El tipo y forma en que la persona en tratamiento mantiene comunicación con la institución y/o empresa, puede obstaculizar la efectividad del reintegro. Inclusive un llamado espontáneo de algún miembro de la institución y/o empresa para preguntar por el estado de salud podría ser percibido como amenazante por el trabajador/a en tratamiento.

La evidencia no es contundente en señalar la preferencia de algunas perspectivas terapéuticas sobre otras. Si bien es posible acceder a publicaciones que documentan la efectividad de la terapia cognitiva-conductual en los problemas de salud mental en general, no es posible aseverar en base a dicha evidencia cuál técnica es mejor que otra, principalmente por dificultades metodológicas para determinar variables de observación y establecer grupos de comparación.

Un elemento que emerge con fuerza del análisis de las prácticas de los equipos de atención en salud mental ocupacional refiere al tipo de vinculación que la persona en tratamiento mantiene con la institución y/o empresa, y la forma en que es percibida por el mismo.

OBSTÁCULO 3:

Judicialización de las causas que originaron el problema de salud mental, co-morbilidad con otros trastornos mentales y el temor del despido luego de una licencia prolongada.

Finalmente, es posible mencionar obstáculos estructurales transversales a todas las fases, tales como: la escasez de médicos del trabajo; la legislación y regulación; la falta de fiscalización; la cultura laboral; entre otros.

Otro elemento que emerge como relevante en opinión de los tratantes, y que dificultaría el tratamiento, es la coincidencia de un trío de situaciones durante el tratamiento de un trabajador/a en particular: la ocurrencia simultánea de judicialización de las causas que originaron el problema de salud mental, la co-morbilidad con otros trastornos mentales y el temor al despido luego de una licencia prolongada .

De la fase de Reintegro

OBSTÁCULO 4:

Inicio tardío del proceso de Reintegro al Trabajo

Es posible constatar que el proceso de reintegro debe comenzar una vez que se produce el daño y la persona acude al servicio de salud mental ocupacional en busca de ayuda. De no iniciar en la fase de calificación, difícilmente se establecerá un plan de acción conjunto, lo que tensionará al trabajador/a y terminará por afectar su recuperación. Entonces, el proceso de reintegro debiera considerarse desde la fase de calificación en adelante. De no establecerse un plan de acción conjunto para el reintegro, que involucre y haga conversar a los diversos actores es altamente probable que dicho reintegro sea poco o nada efectivo, pues cada uno de los actores asumirá su propio criterio de actuación, lo que tensionará al trabajador/a y terminará por afectar su recuperación. Este plan debe considerar un seguimiento, acompañamiento al reintegro, y la psicoeducación de la unidad de trabajo, entre otros.

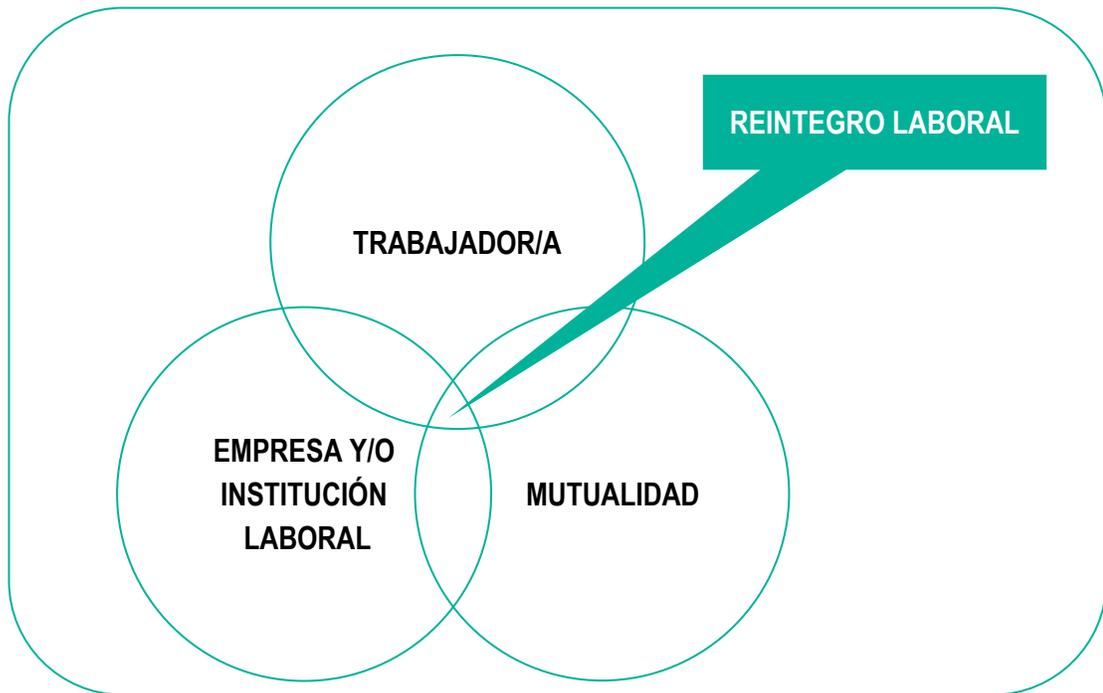
Fases del reintegro al trabajo:

Una propuesta transversal considerando variables sistémicas.

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.

Es decir, el reintegro al trabajo será el punto de intersección entre los intereses de los tres actores involucrados: trabajador/a, tratante e institución y/o empresa (ver Figura 1).

Figura 1. Actores que convergen en el proceso de reintegro al trabajo



Desde esta perspectiva, el reintegro debe considerar que:

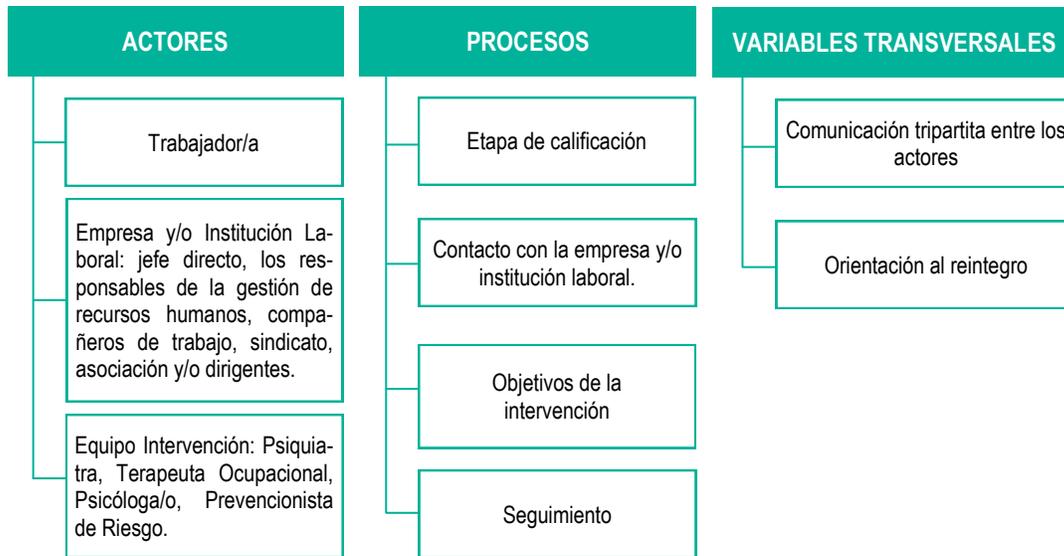
1. En cada **etapa** se requiere la participación de todos los **actores**: consultante, institución y/o empresa y equipo tratante.
2. Cada acción durante el **proceso** se implementa en función de la persona afectada: **flexibilidad**.

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.

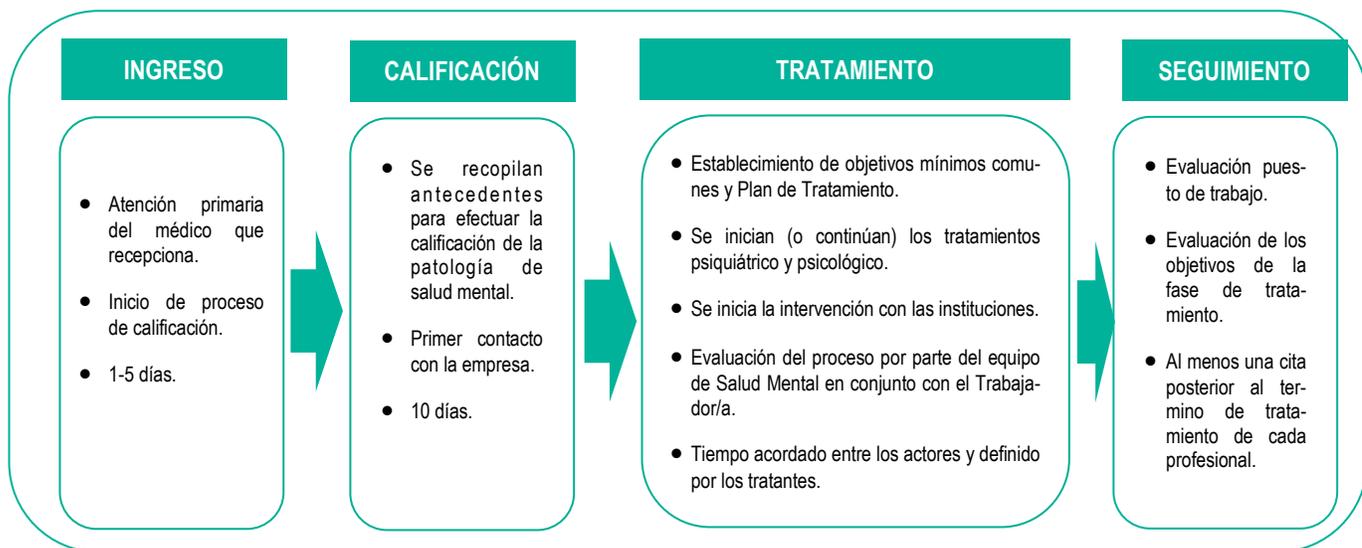
Proponemos tres elementos a considerar: actores, proceso y variables transversales, donde el objetivo que se busca es el REINTEGRO (ver Figura 2).

Figura 2. Elementos para comprender el reintegro al trabajo



Así, todas las fases del proceso comparten el propósito de propender al reintegro al trabajo, sin embargo, cuentan con objetivos específicos. La figura siguiente indica los objetivos para cada etapa del proceso (ver Figura 3).

Figura 3. Objetivos para cada etapa del proceso



Fuente: Ansoleaga, E., et al., 2014; Tomacic, A., et al. 2014

Proponemos un proceso estructurado en cuatro etapas – Etapa 0: Ingreso; Etapa I: Calificación; Etapa II: Tratamiento; y Etapa III: Seguimiento – donde el proceso de reintegro al trabajo es transversal.

Etapa 0. Ingreso

La Etapa de Ingreso se inicia cuando el trabajador/a consulta en la mutualidad y recibe atención del médico de atención primaria, quién deriva a estudio para la calificación de la patología.

Duración: 1 – 5 días.

En esta etapa resulta fundamental tener conocimiento del Protocolo ACHS de Salud Mental para el Nivel Primario de Atención de Salud (Garrido, P. 2012)

Etapa I. Calificación

Se inicia con la primera entrevista realizada por un médico psiquiatra, quién además de decidir si continúa u otorga licencia (reposo completo o parcial), deriva a psicólogo/a. Ambos aportan antecedentes para establecer si sus síntomas son de origen laboral, y en conjunto, con la Evaluación del Puesto de Trabajo, recopilan los antecedentes para efectuar la calificación de la patología de salud mental.

Es durante esta etapa que se establece el primer contacto con la institución y/o empresa, que debe implicar a: prevencionista de riesgos, jefatura, representante de gestión de Recursos Humanos y compañero/as de trabajo.

Ya se ha establecido comunicación tripartita y se ha trabajado en conjunto por el objetivo transversal: el reintegro al trabajo.

Se finaliza con una reunión de equipo en que se discuten los antecedentes recogidos y se acoge o rechaza la patología como de origen laboral.

Se emite informe de calificación, mediante el cual el médico informa al trabajador sobre la decisión de calificación. Si se rechaza el origen laboral, se deriva al trabajador a su sistema común de salud (ISAPRE o FONASA). Si el paciente es de origen 77 bis, se mantiene el plan de tratamiento hasta el alta clínica y laboral, o hasta que la SUSESO emita opinión respecto del origen de la patología, según lo que ocurra primero.

Psiquiatra:

- Otorga o no reposo (completo o parcial) de acuerdo a criterio clínico y de las posibilidades de reintegro laboral.
- Evalúa indicación de fármacos.
- Indica hora de atención con psicólogo/a.
- Explica procedimiento de calificación, especialmente que se tomará contacto con la empresa y/o institución, y lo que ocurrirá en caso de no calificar.

Psicólogo/a:

- Indaga en antecedentes históricos de las dificultades laborales.
- Historia laboral y otras dificultades.
- Historia personal y resolución de conflictos.

Prevencionista de Riesgos/Terapeuta Ocupacional o Psicólogo/a del Trabajo

- Primer contacto/ establecimiento de vínculo.
- Recoge información sobre la/s dificultad/es.
- Informa a la institución y/o empresa.
- Evalúa puesto de trabajo.
- Ajusta expectativas (plazos, formas).

Duración: 10 días

Etapa II. Tratamiento

Se inicia con el establecimiento de objetivos mínimos comunes, delimitando el Plan de Tratamiento. Cada actor y especialmente los profesionales del equipo establecen sus objetivos junto con el/la trabajador/a. Esta etapa debe permitir acuerdos de la evaluación de los profesionales en la etapa de calificación (contemplando las expectativas del/a trabajador/a) y la información de la etapa de apertura a la institución y/o empresa.

Independiente del retorno al trabajo, se mantiene el tratamiento hasta el cumplimiento de los objetivos.

En esta etapa:

1. **Se inician (o continúan) los tratamientos psiquiátrico y psicológico**, estableciendo plazos para evaluar entre profesionales el progreso y las decisiones conjuntas.
2. **Se inicia la intervención con las instituciones:** comunicando la calificación, sugiriendo ajuste del puesto de trabajo si procede, y consensuando formas posibles de reintegro.

Se finaliza con la evaluación del proceso por parte del equipo de Salud Mental en conjunto con el trabajador/a. En caso de acordar continuar con el tratamiento, se realiza una reevaluación, principalmente de los objetivos mínimos comunes establecidos y el Plan de Tratamiento acordado, ajustándolo como sea necesario. En caso de evaluar positivamente los objetivos del Plan de Tratamiento, se puede continuar con la última fase.

Duración: tiempo acordado entre los actores, y definido por los tratantes.

Etapa III. Seguimiento

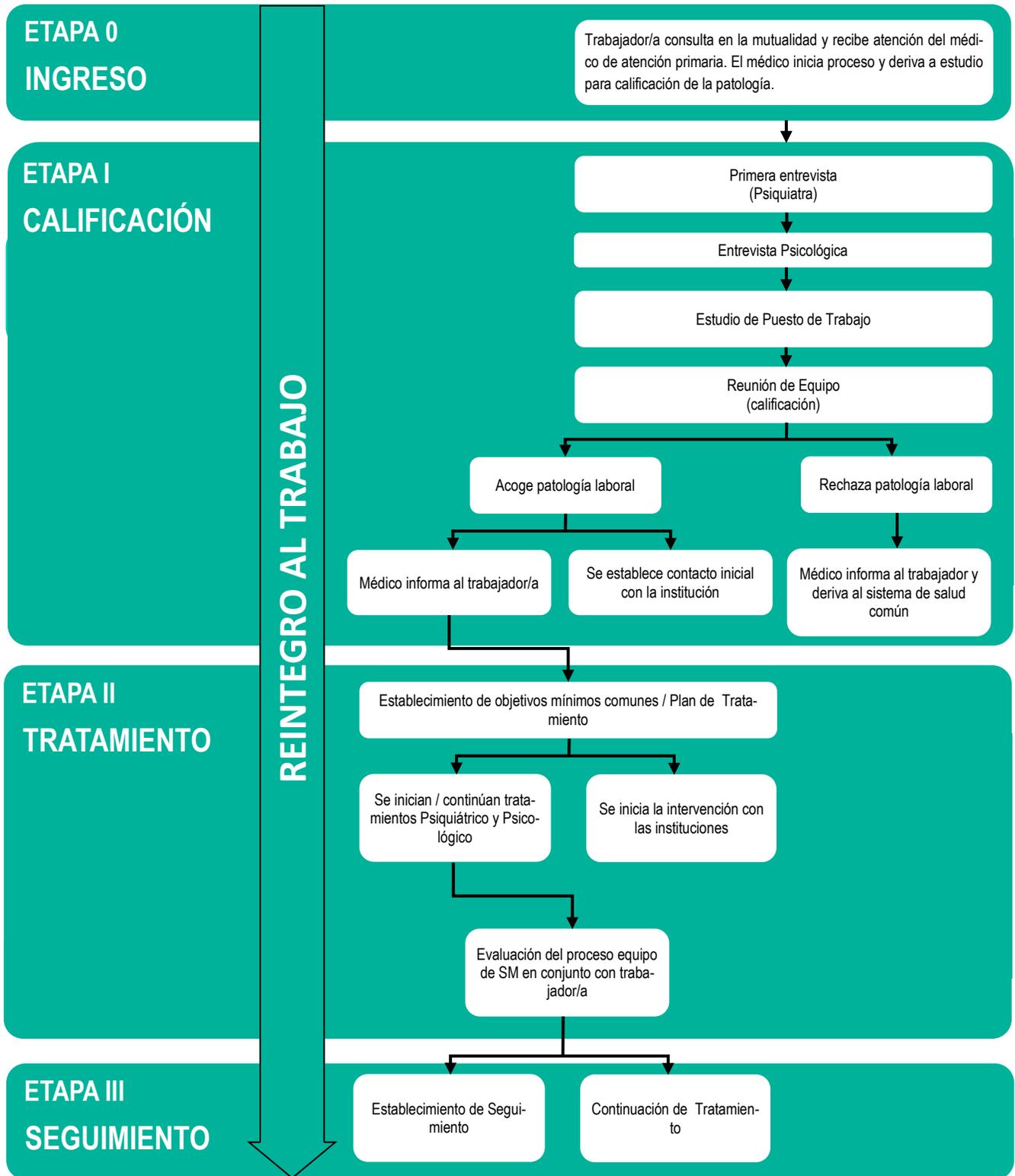
Una vez finalizado el tratamiento se proponen 3 seguimientos:

1. Seguimiento médico psiquiátrico: Psiquiatra efectúa al menos una sesión de evaluación.
2. Seguimiento psicológico: Psicólogo/a realiza al menos una sesión de control.
3. Seguimiento del Puesto de Trabajo: Previsionista de riesgos o Terapeuta Ocupacional acude a la institución y/o empresa para otorgar seguimiento al puesto de trabajo.

Duración: tiempo necesario hasta cumplir el reintegro.

La figura 4 sintetiza las etapas involucradas de forma gráfica desde que llega el/la trabajadora a solicitar la atención.

Figura 4. Flujo del proceso de reintegro al trabajo en enfermedad profesional de salud mental.



A continuación se reiteran aspectos claves del proceso propuesto, destacando aquellos elementos que no se deben olvidar (ver anexo 2).

El proceso de calificación debe ser breve

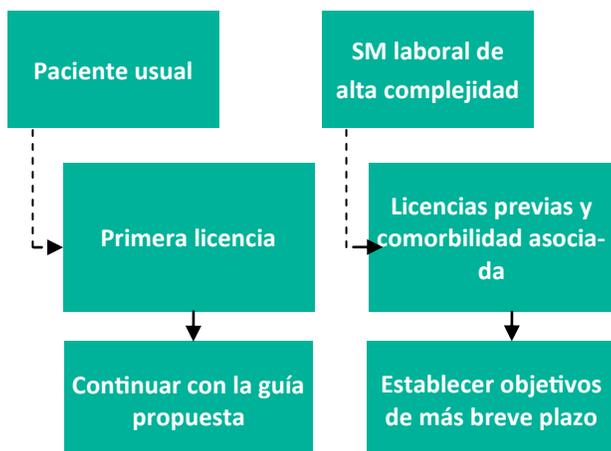
Para evitar la agudización de los síntomas, la victimización prematura y el aumento del conflicto entre la institución y/o empresa y el trabajador, disminuyendo las posibilidades de que la institución laboral actúe como elemento protector.

La etapa de **calificación** debe ser lo más acotada posible, para evitar otras consecuencias secundarias a la espera del reconocimiento del origen laboral del trastorno mental sujeta a evaluación. En este sentido, ha sido propuesto un máximo de dos semanas desde el ingreso al sistema hasta obtener el resultado de la calificación (Tomicic et al. 2014).

Al establecer la calificación, existen antecedentes que permiten distinguir tipo de pacientes:

- a. Primera consulta por problemas de salud mental.
- b. Dos o más consultas por problemas de SM laboral continuos en el tiempo.
- c. Paciente con comorbilidad o complicaciones especiales.

Figura 5. Evaluación de tipos de trabajadores



En el caso de los ‘pacientes usuales’ la guía propuesta debería ser suficiente. En caso de ‘SM laboral de alta complejidad’ será necesario establecer objetivos muy definidos y evaluar periódicamente los avances parciales del mismo.

Existe en esta etapa de calificación la posibilidad de:

- a. **Mantener la actividad laboral:** esto dependerá de la evaluación que haga la misma persona afectada, de la evaluación riesgos/beneficios de la indicación de reposo que hagan en común el médico y el/la afectado/a.
- b. **Reposo Laboral:** el tiempo de reposo dependerá del psiquiatra, quien evaluará los aspectos sintomáticos y laborales descritos por la persona afectada.

El **tratamiento** es de responsabilidad compartida en cada uno de los actores. Para el equipo tratante supone una coherencia de trabajo y una coordinación entre quienes son responsables de la atención directa. Las técnicas utilizadas o los modelos de intervención parecen no ser una variable relevante, pero sí el claro establecimiento de un Plan de Tratamiento.

Los **objetivos** serán la guía de cada intervención, que permitirá a todas las partes conocer lo que se espera, establecer las tareas que les corresponda y evaluar el proceso. Es importante que queden por escrito para todos los actores y que considere, para su establecimiento la opinión de cada uno.

En esta parte del proceso se debe establecer la forma y frecuencia en que se comunicarán los actores; de la retroalimentación necesaria, los objetivos de cada actor, en función de la comprensión común de todos.

En particular, **la intervención psicológica debe ser focalizada en los aspectos laborales y considerar: disminución de síntomas, revisión de la relación entre los síntomas y el trabajo, desarrollo de habilidades para enfrentar esa relación conflictiva, y para el reintegro (Tomicic, et al. 2014).**

“El desarrollo de estrategias de autocuidado, la disminución de la sintomatología, contribuir a la elaboración de la experiencia por parte del paciente, fomentar la evaluación de formas de reintegro laboral y apoyar en el paciente la preparación para el reintegro al trabajo” (Tomicic, et al. 2014).

“La promoción en el paciente de un equilibrio ocupacional a través del desarrollo de la autonomía, la promoción en el paciente de un equilibrio ocupacional a través de su productividad, y la promoción del retorno al trabajo” (Tomicic, et al. 2014).

“Acuerdos sobre el retorno al trabajo con el paciente, el trabajo de desensibilización sistemática, la exploración de características personales del paciente que pueden contribuir o no al retorno al trabajo, la relación del paciente con la empresa, la implementación de técnicas específicas y el tratamiento más allá del reintegro” (Tomicic, et al. 2014).

“Se plantea de preferencia la realización de un retorno al trabajo de carácter progresivo (que ya es una herramienta establecida en la Ley 16.744), valorando que sea precoz, evitando así, entre otras consecuencias de prolongar el reintegro, y la contaminación de los pacientes con otros aspectos extra-laborales” (Tomicic, et al., 2014).

Una vez calificado el trastorno mental como de origen laboral, el Terapeuta Ocupacional u otro profesional del Servicio de Salud Involucrado, debe tomar contacto con la empresa y/o institución para comunicar la calificación y para coordinar y asesorar en los ajustes razonables al puesto de trabajo que deberán acordarse con la institución y/o empresa. La tarea consiste en conocer la opinión dentro de su medio laboral sobre las dificultades, compartir con la institución y/o empresa los factores observados y someterlos a discusión para la búsqueda de los ajustes razonables al puesto de trabajo, los cuales deberán ser posteriormente formalizados como una instrucción⁷ que entregará la mutualidad a la institución y/o empresa, y un plan de trabajo con indicadores de verificación de cumplimiento.

El contacto con el/la trabajador/a debe ser decidido en conjunto, y la información entre las partes debe ser clara y breve. Sólo lo que concierne a la mejoría y posible reintegro.

El reintegro es un aspecto transversal a todo el proceso, y puede ocurrir desde el inicio, aunque en sí mismo puede ser un indicador de mejoría. Por lo mismo, el objetivo es la reincorporación favorable al trabajo, con todas las alternativas que esto puede implicar, por ejemplo: cambio de puesto de trabajo, cambio de condiciones, reintegro progresivo, etc. Es relevante la búsqueda conjunta de elementos favorables/desfavorables tales como:

- Dificultades financieras que puedan afectar o preocupar al trabajador/a.
- Percepción de seguridad por parte del/la trabajador/a en el proceso de reintegro.

El reintegro debe ser acompañado y evaluado sistemáticamente, independiente del momento en que este ocurra. Si se ha indicado reposo, debe surgir de un acuerdo tripartito, explicitando lo que se espera, para tener parámetros de evaluación.

⁷ Se destaca el término “instrucción”, en tanto, la Ley 16.744 establece que las mutualidades deben “instruir” y asesorar a sus instituciones asociadas en la mitigación de sus riesgos laborales.

SEÑALES A CONSIDERAR EN EL TRATAMIENTO Y PROCESO DE REINTEGRO

Con el propósito de favorecer el proceso de reintegro, se vuelve fundamental identificar aquellos factores que intervienen e influyen en él (factores que contribuyen a la ausencia de larga duración). En este sentido Durand et al. (2012)⁸, identificaron una serie de factores que influyen a largo plazo en el proceso de reintegro de los trabajadores con enfermedad de salud mental, clasificándolos en factores sociodemográficos, clínicos, ocupacionales y otros (ver Tabla 1). Adicionalmente, Garrido et al (en revisión) presentan otros factores que debieran ser considerados en el plan y objetivos del tratamiento (ver Tabla 2).

Tabla 1. Señales de alerta a considerar en el tratamiento y reintegro. Factores que influyen en la duración de la licencia por enfermedad y Reintegro al Trabajo (Duran et al., 2012)

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS
<p>Un total de 10 estudios y entrevistas a especialistas identificaron las características sociodemográficas de los trabajadores.</p> <p>Referidos al género del paciente :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hombre, mayor de 44 años se asocia a una consulta médica tardía por un problema mental • Mujer, con un diagnóstico previo de depresión, se asocia con un mayor período de ausentismo y mayor aislamiento social <p>Referidos a aspectos psicosociales :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las obligaciones familiares, cuando éstas interfieren con el reposo laboral, tales como eventos personales significativos (divorcio, enfermedad, la pérdida de un ser querido) y, • Barreras culturales y/o idiomáticas (dificultad para comunicarse)
FACTORES CLÍNICOS
<p>Un total de 12 estudios y entrevistas a especialistas identificaron los siguientes factores.</p> <p>Referidos a la condición, evolución y técnicas terapéuticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La severidad de los síntomas asociados a la patología mental • La presencia de comorbilidad física y/o mental, incluyendo la dependencia de sustancias psicoactivas • Una o más ausencias prolongadas al trabajo debido a una patología mental, reposo previo mayor a un año • La aplicación de tratamientos farmacológicos o terapéuticos previos fuera de estándares clínicos usuales • El cambio frecuente de medicación debido a dificultades para estabilizar al paciente • La percepción del paciente de que su recuperación será muy prolongadas • La presencia de preocupaciones irracionales acerca de las consecuencias de la patología mental (p.ej: pérdida permanente de autonomía o que el paciente será rechazado por sus compañeros de trabajo) • Dificultad del paciente para aceptar su diagnóstico y mantenerse con reposo debido a su patología mental • La presencia de un desorden por estrés post-traumático relacionado y ocurrido en el trabajo • Falta de tratamiento farmacológico o de otro tipo debido a depresión por más de 6 meses desde que el paciente deja de trabajar • Uso riesgoso de medicamentos (pobre adherencia y/o interacciones) • Muchas ausencias del trabajo en los 2 años previos a la patología mental, debido a otras razones médicas • Falta de confianza del trabajador en el programa de rehabilitación/tratamiento ofrecido

⁸ La información corresponde a la revisión de la literatura (L) y a entrevistas a informantes claves del proceso de reintegro al trabajo (E).

FACTORES CLÍNICOS (continuación)

Indicadores de gravedad de la patología que requieren cuidados especiales:

- Alto riesgo suicida
- Falta o pobre contacto con la realidad
- Otras condiciones de salud que requieren manejo médico inmediato

FACTORES OCUPACIONALES

Un total de 5 estudios y entrevistas a especialistas reportaron los siguientes factores.

Referidos al ambiente laboral:

- Si el paciente ocupa una posición ejecutiva en la empresa, se asocia a un mayor riesgo de no tener apoyo de los compañeros de trabajo y a una espera muy larga antes de consultar. Lo anterior, tiende a agudizar o cronificar el problema y a prolongar el ausentismo
- La falta de comprensión de la empresa respecto del problema y la presencia de prejuicios en contra de los problemas mentales
- El aumento de la carga de trabajo de los compañeros de labores, debido a la naturaleza del proceso de reintegro al trabajo del paciente, tiene un alto impacto en el proceso y resultado final de reintegro
- Cambios organizacionales que impactan de manera importante en la descripción del cargo del paciente o en la organización de sus tareas
- Mínimo involucramiento del paciente en la toma de decisiones
- La competencia, tensiones y presión por retornar al trabajo
- Inestabilidad laboral una vez reintegrado, intentos fallidos de retorno, la sensación de falta de control o de poder manejar problemas inesperados en el trabajo y un alto grado de insatisfacción laboral
- Amenazas de despidos y recortes al momento del reintegro, no asignación de trabajo o intromisión del empleador en la carpeta o historial personal del empleado
- Falta de comunicación entre el empleador y el empleado durante el reposo laboral

Referidos al proceso de reintegro laboral y características del puesto:

- Escasos o nulos ajustes al puesto de trabajo en el proceso de reintegro, tales como el horario o las tareas
- El empleador requiere conocer información del tiempo estimado de retorno del paciente al trabajo; si ello no ocurre creará tensiones adicionales
- El miedo y las expectativas del paciente en el retorno al trabajo, respecto al ambiente negativo y los eventos que ocurrieron hasta antes que iniciara el reposo laboral
- La percepción del paciente de sobrecarga de trabajo a la que podría estar expuesto, y que podría superar sus capacidades de respuesta
- La percepción del paciente a mantener un alto nivel de rendimiento tan pronto como retorne al trabajo

OTROS FACTORES

Los siguientes factores se relacionan a uno o más intentos de retorno al trabajo por parte del paciente:

- Deterioro de las condiciones en un nuevo trabajo, respecto del anterior que tenía el paciente
- El mantenimiento de las condiciones de riesgo que motivaron la ausencia del empleado
- La falta de apoyo de los colegas al momento del retorno del paciente a su trabajo
- La incorporación de programas de vigilancia y aumento del control que, utilizados más como un mecanismo punitivo que de prevención, resultan en un riesgo para el reintegro al trabajo.

Fuente: Elaboración propia en base a Durand, M., Corbière, M., Briand, C., Coutu, M., St-Arnaud, L., & Charpentier, N. (2012). Development of an Instrument for Evaluating the Factors Influencing Long-Term Sick Leave Attributable to Mental Health Problems. Québec: Bibliothèque et Archives nationales du Québec.

Tabla 2. Factores a considerar en el plan y objetivos de tratamiento (Garrido et al., 2013)

OTROS FACTORES
<p>Un total de 22 estudios fueron consultados para caracterizar el tratamiento</p> <p>Señales referidas al plan de tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centralidad del trabajo en la vida del paciente. • Adecuada actitud hacia el empleo, favorecen el reintegro laboral. • Enseñar estrategias de afrontamiento para la solución de problemas profesionales y/o agente de riesgo declarado. • Enseñar habilidades para reconocer. <p>Referidos a aspectos psicosociales :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las obligaciones familiares, cuando éstas interfieren con el reposo laboral, tales como eventos personales significativos (divorcio, enfermedad, la pérdida de un ser querido) y, • Barreras culturales y/o idiomáticas (dificultan el proceso de tratamiento y reintegro).

En definitiva es relevante no perder de vista aquellas variables que facilitan el reintegro, durante todo el proceso de tratamiento (Ver Tabla 3)

Tabla 3. Resumen de las principales variables a considerar para un retorno exitoso

¿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>Del ambiente de trabajo</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

DIMENSIONES DINÁMICAS DEL REINTEGRO

La temporalidad del reposo y las intervenciones:

- 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-

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 **seguimiento** implica mantener el tratamiento hasta el logro del reintegro. Acompañar en el proceso de reintegro es fundamental para la retroalimentación final de todo el proceso. En esta etapa, es el Terapeuta Ocupacional quien cumple un rol fundamental en evaluar la implementación de los cambios, apoyar en su ejecución y recoger la evaluación de la empresa e institución. La atención de psiquiatra y psicólogo/a debe disminuir en frecuencia, a consecuencia de una mejoría, que es lo que se espera en esta etapa de acompañamiento.

Para finalizar, resulta clave reiterar que los trastornos mentales derivados del trabajo acarrear nocivos efectos, en consecuencia, insistir en el importante y positivo impacto que un proceso de reintegro al trabajo tendrá para el trabajador/a, para las organizaciones, y para la sociedad en su conjunto, resulta fundamental.

REFERENCIAS

- Ahlstrom, L., Hagberg, M., & Dellve, L. (2012). Workplace Rehabilitation and Supportive Conditions at Work: A Prospective Study. *Journal of occupational rehabilitation*, 23(2), 248–260.
- 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.
- Asociación Chilena de Seguridad (2013). *Salud Mental Ocupacional*. Recuperado de <http://www.achs.cl/portal/Empresas/Paginas/Salud-Mental.aspx>
- Baker, J. (2004). *La violencia en el trabajo* (Reporte Número 133). Recuperado de Organización Internacional del Trabajo: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---actrav/documents/publication/wcms_117581.pdf
- 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.
- Castellón, Doís. (2011). Violencia laboral en enfermeras: explicaciones y estrategias de afrontamiento. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19, 1-8.
- Chile. Ministerio de Salud. (2013). *Protocolo de vigilancia de riesgos psicosociales del trabajo*. Recuperado de <http://www.achs.cl/portal/Empresas/Documents/Protocolo%20MINSAL%20RPS.pdf>
- Cornelius, L., Van der Klink, J., Groothoff, J., & Brouwer, S. (2011). Prognostic factors of long term disability due to mental disorders: a systematic review. *Journal of occupational rehabilitation*, 21(2), 259-274.
- 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 of occupational health psychology*, 13(3), 214-231.
- DRAE (2001). Diccionario de la Lengua Española.
- Durand, M., Corbière, M., Briand, C., Coutu, M., St-Arnaud, L., & Charpentier, N. (2012). Development of an Instrument for Evaluating the Factors Influencing Long-Term Sick Leave Attributable to Mental Health Problems. Québec: Bibliothèque et Archives nationales du Québec.
- Flach, P., Groothoff, J., Krol, B., & Bültmann, U. (2012). Factors associated with first return to work and sick leave durations in workers with common mental disorders. *European journal of public health*, 22(3), 440-445.
- Garrido, P. (2012). *Diagnóstico situacional de los servicios de salud mental de la Asociación Chilena de Seguridad*. Salud Mental Ocupacional, Asociación Chilena de Seguridad.
- Garrido, P (2012). Protocolo de Salud Mental para el Nivel Primario de Atención de Salud. Gerencia de Salud ACHS – Coordinación Nacional de Salud Mental (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.
- Hoefsmiit, N., Houkes, I., & Nijhuis, F. J. (2012). Intervention Characteristics that Facilitate Return to Work After Sickness Absence: A Systematic Literature Review. *Journal of occupational rehabilitation*, 22 (4), 462-477.
- Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P., & Amick, B. (1998). The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *J Occup Health Psychol*, 3(4), 322-55.
- Kuoppala, J., & Lamminpaa, A. (2008). Rehabilitation and work ability: a systematic literature review. *Journal of rehabilitation medicine*, 40(10), 796-804.
- Lagerveld, S. E., Blonk, R. W., Breninkmeijer, V., Wijngaards-de Meij, L. & Schaufeli, W. B. (2012). Work-focused treatment of common mental disorders and return to work: a comparative outcome study. *Journal of occupational health psychology*, 17(2), 220-234.

- 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.
- Letelier, P., & Valenzuela, S. (2002). Violencia: fenómeno relevante de estudio en campos clínicos intra-hospitalarios de enfermería. *Ciencia y enfermería*, 8(2), 21-26.
- Loisel, P., Durand, M., Berthelette, D., Vézina, D., Baril, R., Gagnon, D., Larivière C., & Tremblay, C. (2001). Disability Prevention New Paradigm for the Management of Occupational Back Pain. *Disability Management Health Outcomes*, 9(7), 351-361.
- Martin, M. H., Nielsen, M. B., Petersen, S. M., Jakobsen, L. M., & 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.
- Muijzer, A., Brouwer, S., Geertzen, J. H., & Groothoff, J. W. (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.
- Nielsen, M. B., Madsen, I. E., 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.
- Nielsen, M. B., Madsen, I. E., 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.
- Nieuwenhuijsen K., Boer A. G., Verbeek J. H., Blonk R. W. & Dijk F. J. (2003). The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): Detecting anxiety disorder and depression in employees absent from work because of mental health problems. *Occupational and Environmental Medicine*, 60(1), 177-182.
- Roelen, C., Norder, G., Koopmans, P., van Rhenen, W., Van der Klink, J., & Bültmann, U. (2012). Employees sick-listed with mental disorders: who returns to work and when?. *Journal of occupational rehabilitation*, 22(3), 409-417.
- Ruwaard, J., Lange, A., Schrieken, B., Dolan, C. V., & Emmelkamp, P. (2012). The Effectiveness of Online Cognitive Behavioral Treatment in Routine Clinical Practice. *Plos ONE*, 7(7), 1-9.
- Shiels C., Gabbay, Ford, F. (2004). Patient factors associated with duration of certified sickness absence and transition to long-term incapacity. *British Journal of General Practice*, 54, 86-91
- Siegrist, J., Wege, N., Puhlhofer, F., & Wahrendorf, M. (2009). A short generic measure of work stress in the era of globalization: effort-reward imbalance. *Int Arch Occup Environ Health*, 82(8), 1005-1013.
- St -Arnaud, L., Bourbonnais, R., Saint-Jean, M., & Rhéaume, J. (2007). Determinants of Return-to-Work among Employees Absent Due to Mental Health Problems. *Relations industrielles*, 62(4), 690-713.
- Tjulín, Å., Maceachen, E., & Ekberg, K. (2011). Exploring the meaning of early contact in return-to-work from workplace actors' perspective. *Disability & Rehabilitation*, 33(2), 137-145.
- 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.
- Trucco, M. (2003). Promoción de la salud mental de los trabajadores. *Boletín científico ACHS* , 9, 23-28.
- Trucco, M. (2004). El estrés y la salud mental en el trabajo: Documento de trabajo de la Asociación Chilena de Seguridad. *Ciencia & Trabajo*, 6 (14), 185-188.

- Trucco, M., & Horwitz, N. (2003). Una guía para la promoción de la salud mental en los lugares de trabajo. *Boletín científico ACHS*, 9, 23-28.
- Trucco, M., & Valenzuela, P. (1998). Una batería de cuestionarios para el estudio del estrés ocupacional. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 36, 59-165.
- Trucco, M., Rebolledo, P., Oyarzún, F., & Soto, M. (1998). Neurosis profesional. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 36, 149-151.
- Trucco, M., & Rebolledo, P. (2011). Neurosis profesional o enfermedad común. Síntomas y estresores. *Revista Médica de Chile*, 139, 1370-1377.
- Van der Klink, J.J., Blonk, R.W., Schene, A.H. & van Dijk F.J. (2003). Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occup Environ Med*, 60(6), 429-37.
- Wang, J., Schmitz, N., Dewa, C., & Stansfeld, S. (2009). Changes in perceived job strain and the risk of major depression: results from a population-based longitudinal study. *American Journal of Epidemiology*, 169(9), 1085-1091.

ANEXOS

Anexo 1. Evaluación Panel de Expertos

A continuación se presenta la valoración que el Panel de Expertos realizó respecto de cada uno de los apartados de la Guía (mediante la asignación de calificación de 1 al 5).

Apartado de la Guía	Grado de valoración del Panel de Expertos nacionales e internacionales al apartado	
	Primera etapa de evaluación	Segunda etapa de evaluación
Introducción	★ ★ ★ ★ ★	★ ★ ★ ★ ★
Antecedentes Generales	★ ★ ★ ★ ☆	★ ★ ★ ★ ★
¿Qué entendemos por reintegro?	★ ★ ★ ★ ★	★ ★ ★ ★ ★
¿Quiénes están involucrados en el reintegro al trabajo?: Actores, intereses y comunicación entre ellos.	★ ★ ★ ★ ☆	★ ★ ★ ★ ★
Mitos y realidades sobre salud mental y reintegro al trabajo: análisis desde la evidencia de investigación y desde la experiencia de los equipos tratantes.	★ ★ ★ ★ ★	★ ★ ★ ★ ★
Obstáculos en el proceso de reintegro al trabajo: algunas pistas en las dimensiones sistémicas.	★ ★ ★ ★ ★	★ ★ ★ ★ ★
Fases del reintegro al trabajo: Una propuesta transversal considerando variables sistémicas.	★ ★ ★ ★ ☆	★ ★ ★ ★ ★

Anexo 2. Lista de Chequeo de Acciones para el Reintegro al Trabajo.

Nombre Paciente:

Número de Ficha Clínica:

CHEQUEO DE ACCIONES PARA EL REINTEGRO AL TRABAJO			
Actor	Acción	SI	NO
Etapa 0. Ingreso			
Médico	¿Consideró un diagnóstico clínico inicial y manejo del paciente orientado al reintegro laboral, idealmente protocolizado?		
Etapa 1. Calificación			
Médico	¿El proceso de calificación consideró las atenciones clínicas necesarias y el estudio del puesto de trabajo ajustado a la regulación vigente?		
Mutualidad	¿Fueron informados el paciente y la empresa de la calificación?		
Mutualidad	¿Se recogió en la empresa la información necesaria para facilitar el reintegro del paciente?		
Equipo calificación	¿Todo el proceso anterior demoró hasta 10 días hábiles?		
Etapa 2. Tratamiento			
Equipo tratante	¿Se acordó formalmente con el paciente un plan de tratamiento y objetivos orientados al reintegro laboral?		
Equipo tratante	¿Está enterada la familia y/u otras personas cercanas al paciente acerca de la enfermedad profesional, sus alcances y maneras en las que pueden apoyar para procurar su rehabilitación y reintegro laboral?		
Equipo reintegro	¿Se comenzó a trabajar con la empresa los ajustes al puesto de trabajo? ¿Consideró al menos un N° de reuniones y/o talleres con la jefatura directa y el área de prevención de riesgos?		
Empresa	¿Acordó con el equipo de reintegro los ajustes razonables al puesto de trabajo y el proceso de reintegro del trabajador a su puesto actual/nuevo?		
Etapa 3. Seguimiento			
Equipo tratante	¿Consideró al menos una entrevista de seguimiento con el paciente?		
Equipo reintegro	¿Consideró al menos una visita a la empresa para verificar la efectividad del reintegro?		

PATOLOGÍA MENTAL DE ORIGEN LABORAL: GUÍA DE ORIENTACIÓN PARA EL REINTEGRO AL TRABAJO



udp FACULTAD
DE PSICOLOGIA

Fundación
Científica y
Tecnológica **ACHS**

