

# Proceso de reconocimiento de una enfermedad mental de origen laboral: la experiencia chilena

Process of recognition of occupational  
mental diseases: the Chilean experience

Leonardo Aguirre Aranibar<sup>1</sup>

**RESUMEN** | El cambio en las condiciones de trabajo y de empleo a nivel mundial, y en especial en Chile, ha propiciado la generación de nuevos riesgos en el trabajo. Los factores de riesgos psicosociales y las consecuencias en la salud mental de los trabajadores, debido a la exposición a estos, han ido en constante crecimiento en los últimos años. La preocupación por la prevención de estos y la adecuada identificación de las patologías de salud mental, son una de las principales problemáticas de las autoridades de salud y seguridad en nuestro país. Es por ello que en los últimos 5 años se elaboraron instrucciones específicas para el correcto proceso de reconocimiento de patologías de salud mental en el lugar del trabajo. La normativa actual incorpora mejoras en el proceso administrativo, en la formación de los profesionales y los tiempos que toma este proceso. Sin embargo, existen aún deficiencias que solucionar tanto en aspectos legales como en la calidad del proceso de reconocimiento que permita mejorar la precisión de las decisiones respecto al reconocimiento de las patologías mentales de origen laboral.

**Palabras clave** | clasificación; salud mental; doenças profissionais.

**ABSTRACT** | The changes in the work and employment conditions worldwide, and in Chile in particular, led to the development of new risks at work. Psychosocial risks at work, and their impacts on the health of workers following exposure, have continuously increased in recent years. Prevention against such risks and adequate identification of mental health disorders are some of the main problems for the Chilean occupational safety and health authorities. For this reason, specific guidelines for the process of recognition of mental health diseases at the workplace were formulated. The current regulations include improvements of administrative aspects, professional training and duration of the full process. Nevertheless, there are still deficiencies in legal aspects and in the quality of the process that need to be overcome to improve decisions regarding the recognition of this kind of diseases.

**Keywords** | classification; mental health; occupational diseases.

Trabajo realizado en Mutual de Seguridad CChCh - Santiago, Chile.

<sup>1</sup>Gerencia de Gestión del Conocimiento, Mutual de Seguridad CChC - Santiago, Chile.

DOI: 10.5327/Z1679443520180189

Durante las últimas décadas se han producido una serie de cambios a nivel global respecto al trabajo y su organización. Las nuevas fuerzas que en la actualidad mueven el trabajo tales como la transformación tecnológica y la intensificación de la competencia a nivel mundial tras la liberalización comercial y financiera, han generado un nuevo escenario para los trabajadores y trabajadoras que promueve el surgimiento de riesgos en el trabajo no vistos con anterioridad<sup>1</sup>. Entre ellos el estrés laboral y las enfermedades de salud mental relacionadas con el trabajo, emergen como una de las problemáticas más importantes y prevalentes.

En Chile la prevalencia de trastornos mentales en la población general es de aproximadamente un 22%, (en los últimos 12 meses) y aproximadamente un 36% de la población ha experimentado en su vida algún tipo de trastorno psiquiátrico<sup>2</sup>, datos que son similares a los encontrados en otros estudios en población latina e hispana<sup>3</sup>.

La salud mental en el trabajo se comporta de manera similar. Por ejemplo, en una población de trabajadoras de casa particular se encontró una prevalencia de un 53% para trastornos mentales<sup>4</sup> lo que es consistente con otros estudios que demuestran que los problemas de salud mental en el trabajo poseen un claro sesgo de género: las mujeres lo padecen más que los hombres<sup>4</sup>. Siguiendo la misma tendencia, un estudio en países pertenecientes a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD) demostró que la prevalencia de desórdenes mentales severos es de un 5% y de un 15% para desórdenes mentales leves, en población trabajadora<sup>5</sup>.

Si incorporamos la variable nivel socioeconómico, otras diferencias se pueden observar. Se han encontrado indicios de que en población trabajadora existe mayor riesgo de sufrir problemas de salud mental, medidos con el GHQ, en especial en trabajadores que desempeñan labores más operativas comparados con los profesionales calificados y/o gerentes<sup>6</sup>.

En Chile no existen datos sistemáticos de estrés debido al trabajo. Algunos estudios han buscado estimar la prevalencia de distrés en población trabajadora chilena los cuales indican que aproximadamente el 18% de la población ha manifestado haber sufrido distrés, porcentaje que aumenta al doble en el caso de las mujeres trabajadoras<sup>7</sup>. En esta misma lógica un estudio de la Asociación Chilena de Seguridad demostró que los problemas de salud mental relacionados con el trabajo aumentaron en un 84% en los últimos 12 años y que representaron aproximadamente un 24% de las patologías aceptadas por dicha mutualidad como de origen laboral<sup>8</sup>.

La prevención de este tipo de patologías en el ámbito de la salud común está bastante bien analizada<sup>9-12</sup> aunque en el ámbito laboral en nuestro país existen pocas propuestas de intervención, la mayoría centrada en los factores individuales (del trabajador) como elemento más importante a intervenir<sup>13</sup>. Así, las intervenciones basadas en el manejo patología o de síntomas de estrés de origen laboral son las más prevalentes.

Dentro de las propuestas preventivas para el manejo de las patologías de salud mental y la exposición a riesgos psicosociales que en nuestro país se utiliza está el modelo de intervención propuesto por el Instituto de Sindical de Seguridad, Salud, Trabajo y Ambiente (ISTAS) el que, a su vez, se basa en el Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ)<sup>14</sup>.

Dicho modelo de intervención basa su planteamiento en el trabajo de los aspectos organizacionales que son fuente de riesgo psicosocial. Ese sentido, el modelo apunta a dimensiones que la literatura ha demostrado ser las causas más importantes de problemas de salud mental en el trabajo<sup>15,16</sup>. Así, el riesgo psicosocial surge como un aspecto importante a intervenir para poder prevenir problemas de salud mental en el trabajo. Demás está recalcar la amplia evidencia de más de 30 años que demuestra la relación de riesgo psicosocial, no solo con salud mental laboral, sino que con los trastornos musculoesqueléticos relacionados con el trabajo, salud cardiovascular y bienestar general<sup>17-21</sup>.

Sin embargo, la mayoría de las veces las acciones preventivas en el marco de la protección de la salud mental fallan, lo que provoca que se manifiesten patologías causadas por el trabajo. Ante esta realidad, se hace relevante poder clarificar como debería ser el proceso de reconocimiento y calificación de este tipo de patologías, proceso que se intenta explicar a continuación.

Marco legal y procedimiento de denuncia de una patología de salud mental. La ley 16.744 es la que crea y regula el seguro contra riesgos de accidentes y enfermedades profesionales. Dicha ley, creada el año 1968, define como una patología de origen laboral a aquella "causada de una manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad o muerte"<sup>22</sup>. Esta definición incorpora dos elementos importantes: la causalidad de la enfermedad y la consecuencia de la misma (incapacidad o muerte). En el primero de estos aspectos, se remarca una diferencia importante con otros países: la ley chilena exige el establecimiento de una relación causal directa entre la actividad del trabajo (exposición a riesgo

laboral) y la patología. En ese sentido, la legislación chilena no permite el reconocimiento de enfermedades mentales que sean agravadas por el trabajo o que estén relacionadas con este dado que en estas no se puede establecer la relación de causalidad requerida. Adicionalmente, la consecuencia de esta debe generar incapacidad o muerte. En el caso de las enfermedades mentales la incapacidad se manifiesta de manera temporal, en días de licencias médicas a causa de la patología de origen laboral.

Es importante mencionar el contexto en el cual se establece esta legislación. El año 1968, Chile se encontraba en un desarrollo industrial importante en donde la industria manufacturera era la principal fuente laboral del país y el obrero era la principal ocupación. Dicha realidad, en consistencia con lo mencionado más arriba, ha cambiado en nuestro país dando lugar a espacios de trabajo donde el servicio y los trabajos profesionales e individuales han reemplazado al trabajo obrero<sup>23</sup>.

Lo anterior puede explicar la definición que la ley establece para las patologías de salud mental causadas por el trabajo. En el listado de las enfermedades profesionales se menciona a las “neurosis profesionales incapacitantes que pueden adquirir distintas formas de presentación clínica, tales como: trastorno de adaptación, trastorno de ansiedad, depresión reactiva, trastorno por somatización y por dolor crónico”<sup>24</sup>.

Diversos instructivos emitidos por las autoridades locales han intentado especificar aún más que se entiende por “neurosis incapacitante”. Es así como una circular de la Superintendencia de Seguridad Social menciona las siguientes patologías como posibles patologías mentales de origen laboral: trastornos de adaptación, reacciones al estrés, trastorno de estrés postraumático, trastorno mixto de ansiedad y depresión, trastornos de ansiedad, episodio depresivo y trastorno de somatización<sup>25</sup>.

La legislación chilena permite que una patología no mencionada en el listado pueda ser reconocida como de origen laboral. Sin embargo, el proceso de denuncia de estas es más complejo para el trabajador dado que en este caso es él o ella quién debe probar el origen laboral de la patología lo que hace más complejo su denuncia y su posterior reconocimiento.

Para las patologías mencionadas en el listado, el proceso es más claro, aunque no libre de complejidades. En el caso de que un trabajador tenga una sospecha de que posee una enfermedad mental de origen laboral (o cualquier otra), debe acercarse a alguna de las mutuales a la que se encuentra afiliado.

Las “mutuales” son organismos administradores del seguro contra riesgos de accidentes y enfermedades profesionales establecidas en la ley 16.744, las cuales se constituyen como empresas privadas sin fines de lucro. En Chile existen 4 mutuales: 3 privadas y una pública. Todas las empresas deben estar adheridas a alguna de las “mutuales” y pagar la prima correspondiente a este seguro por cada trabajador. En ese sentido, el seguro en Chile es a cargo del empleador<sup>22</sup>.

Dichas “mutuales” son las encargadas (entre otras cosas más) de entregar los servicios de asesoría en prevención de riesgos laborales, de salud, rehabilitación y reinserción laboral; y, en el caso de las denuncias por enfermedades laborales, las encargadas de realizar los estudios médicos correspondientes para poder establecer su relación causal directa con el trabajo.

Una vez que el trabajador ha realizado la “denuncia” respectiva ante su mutual, se inicia un proceso interno de análisis, estudio y decisión que implica la realización de una serie de actividades de índole médica y técnica.

Proceso de análisis de una denuncia de enfermedad mental. El proceso de análisis de la denuncia o “Proceso de Calificación” está normado por una serie de instrucciones indicadas por la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO). Lo aquí mencionado se refiere a las circulares 3241 y 3298 de la SUSESO.

El proceso de calificación incorpora varias etapas:

1. entrevista médica;
2. entrevista clínica-psicológica;
3. evaluación de puesto de trabajo;
4. análisis documental.

La entrevista médica es realizada por un médico con especialidad en medicina del trabajo y/o equivalente y que, además, posea formación específica en salud mental. En esta entrevista médica de estudio lo que se busca es, en primer lugar, establecer un diagnóstico claro de la patología del trabajador independiente de si está incluida o no en el listado de enfermedades de salud mental. Adicionalmente, la entrevista busca contestar datos respecto al trabajador y a su situación de salud general. Es así como se indagan aspectos de edad, género, número de hijos y sus edades, con quién vive, en qué trabaja con una breve descripción del tipo de función que desempeña, tiempo de permanencia con el actual empleador, tiempo de permanencia en el actual puesto, historia de los empleos anteriores, entre otros.

Otro elemento importante a indagar es la queja que el trabajador tiene sobre su trabajo y cuál es la posible relación que exista entre este y los factores de riesgo psicosocial asociados al trabajo, qué síntomas tiene, así como clarificar sobre los síntomas, su inicio y evolución.

La entrevista clínica psicológica es la técnica de recogida de datos más ampliamente utilizada, pero también la más difícil y compleja de llevar a cabo. De hecho, se ha utilizado en ámbitos incluso fuera del área de la psicología<sup>26</sup>. Dada su complejidad, esta es realizada por un psicólogo clínico con experiencia y formación en temas de patologías de salud mental en el trabajo. En esta entrevista se indagan aspectos tales como: el motivo de consulta y agente de riesgo al que estuvo potencialmente expuesto el trabajador, antecedentes mórbidos, sintomatología al momento de la entrevista, tratamientos médicos y/o mentales recibidos, examen mental entre otros. En este proceso pueden aplicarse pruebas proyectivas o psicométricas que permitan evaluar la presencia de otras psicopatologías relevantes o evaluar el estado mental del trabajador.

Un elemento fundamental a determinar por el psicólogo clínico en el proceso de la entrevista es el agente de riesgo al que el trabajador estuvo expuesto. Se entiende a este agente de riesgo como la exposición a un factor de riesgo psicosocial determinado y que se encuentra definido en la respectiva circular de la SUSESO. Estos agentes de riesgo son: Disfunción en el diseño de la tarea o puesto trabajo, liderazgo disfuncional o menoscabo, y características organizacionales disfuncionales. La identificación de este agente de riesgo es importante para la realización del 3er paso en el proceso de estudio de calificación de una patología de salud mental.

La evaluación de puesto de trabajo (EPT) es un proceso de investigación que se lleva a cabo en el lugar de trabajo para determinar la presencia o no del agente de riesgo identificado en la entrevista con el psicólogo clínico. Esta evaluación de puesto de trabajo es realizada por un psicólogo distinto al que realiza la entrevista clínica. La EPT se realiza mediante una serie de entrevistas semi-estructuradas a una cantidad suficiente de informantes aportados tanto por la empresa como por el trabajador. La práctica habitual indica que a lo menos deben existir dos por cada fuente, a los que cotidianamente se les llama "testigos".

La entrevista semi-estructurada que se realiza con cada "testigo" deberá abordar aspectos sobre la dinámica de trabajo (demandas de trabajo potencialmente riesgosas) y contexto del trabajo (condiciones en las que se desarrolla el

trabajo). En el caso puntual de Mutua de Seguridad CChC, en este proceso se utiliza un test desarrollado puntualmente para la identificación de la presencia o no de factores de riesgo psicosociales llamado Test EPT 3.0, el que se aplica a todos los testigos para poder clarificar de mejor manera la real exposición al riesgo psicosocial mencionado por el trabajador en las entrevistas previas. Dicho test entrega un perfil comparado de riesgo psicosocial el que es utilizado como un elemento importante para la calificación de patologías de salud mental de origen laboral.

Por último, en el análisis documental se busca recopilar antecedentes respecto a las condiciones generales de trabajo y empleo del trabajador. Dicha información es requerida por la mutua a la empresa en un formato ad-hoc, el que incluye aspectos del contrato de trabajo, horarios, tiempos de descanso, relación contractual, salarios, vacaciones, horas extraordinarias, entre otros.

El comité de calificación. La normativa actual estableció la creación de comités de calificación para las dos principales causas de denuncias de patologías de salud de origen laboral: musculoesqueléticas y de salud mental. El comité de calificación para las patologías de salud mental está constituido por, como mínimo, 3 miembros, de los cuales 2 deben ser médicos: un médico del trabajo y un médico psiquiatra. Es este comité, en base a todos los antecedentes recopilados del trabajador y de la empresa, el que debe decidir si acepta o no a la patología de salud mental como una patología causada por el trabajo. Ante la resolución de este comité, el trabajador puede apelar a una instancia superior dentro de la misma mutua: un comité central de apelaciones. En caso de no recibir una respuesta favorable, es la SUSESO la instancia siguiente de apelación a la que puede recurrir el trabajador.

Ventajas y desventajas de este proceso. En primer lugar, me referiré a las ventajas. Antes del año 2015, no existía un proceso claro respecto al reconocimiento de las patologías de salud mental de origen laboral. Las instrucciones de la SUSESO han podido ordenar y homogeneizar el proceso entre todas las mutuales, dado que, con anterioridad, cada una de ellas poseía procesos y criterios diferentes.

La creación de un comité de calificación formado en temas de salud mental también permite mejorar la calidad de las decisiones que se toman respecto al reconocimiento o no de una patología de salud mental de origen laboral. La exigencia en terminos profesionales y de capacitación ha mejorado los estándares de este proceso.

Adicionalmente, la nueva normativa ha mejorado los tiempos del proceso de reconocimiento. En la actualidad el proceso completo desde la denuncia hasta la decisión del comité dura aproximadamente 30 días lo que ha mejorado sustancialmente la eficiencia en el sistema de las mutuales, así como disminuido los tiempos de licencia médica que poseen los trabajadores por este tipo de patologías.

Sin embargo, algunas desventajas aún persisten. Las instrucciones de la SUSESO solo han mejorado los procesos administrativos. No existen criterios claros de reconocimiento ni parámetros técnicos que ayuden a discernir mejor entre una patología de salud mental de origen laboral y otra de origen común. En ese sentido los comités, por muy capacitados que estén, siguen tomando decisiones en base a sus criterios expertos más que en base a criterios objetivos e independientes.

Por otro lado, la ley exige que una enfermedad de origen laboral sea causada “directamente” por el ejercicio del trabajo lo que ha llevado a que el tema de la causalidad sea visto de manera unívoca. Sabemos que las patologías en general, y las de salud mental en particular, son multi-causadas<sup>27,28</sup>. Ello ha llevado a una visión sesgada de la causalidad asignando la característica de “laboral” solo a las patologías que tienen una sola causa clara en el trabajo.

Otros autores han mencionado, por ejemplo, la dificultad nosológica de identificar una “neurosis profesional” tal como está establecida en la ley, y han puesto de manifiesto

la inexistencia de esta patología en los principales sistemas de clasificación internacional de enfermedades<sup>23</sup>.

Por último, el proceso de reconocimiento de una patología de salud mental de origen laboral no está claramente relacionado con el programa de vigilancia en riesgos psicosociales. Teóricamente, en caso de existir un caso reconocido como una patología de salud mental de origen laboral, se debería identificar claramente el factor de riesgo al que estuvo expuesto dicho trabajador y que le provocó la patología. De esa manera, se podría hacer una gestión preventiva en el lugar del trabajo para evitar que otros trabajadores puedan sufrir el mismo problema. Lamentablemente, no existe un proceso claro de cómo estas dos normativas (reconocimiento y programa de vigilancia) deben relacionarse más aun tomando en consideración que la primera busca identificar factores de riesgo (agentes) que no existen en la segunda. Así se hace difícil poder hacer una gestión preventiva integral en el lugar de trabajo.

Estos son algunos de los elementos que no solo han mejorado el proceso de reconocimiento de patologías de salud mental de origen laboral, sino que no han favorecido el correcto tratamiento y reintegro de los trabajadores con este tipo de enfermedades. Así se puede explicar la baja tasa de reconocimiento de estas patologías cercanas al 0,07 por cada 100 trabajadores<sup>29</sup> y la dificultad de intervenir en los lugares de trabajo para poder hacer una efectiva prevención de los problemas de salud mental y así mejorar la calidad de vida de los trabajadores chilenos.

## REFERENCIAS

1. Somavia J. Cambios en el mundo del Trabajo [Internet]. 2006 [citado 6 abr. 2017]. Disponible en: <http://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc95/pdf/rep-i-c.pdf>
2. Vicente PB, Rioseco SP, Saldivia BS, Kohn R, Torres PS. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP). Rev Med Chil [Internet]. 2002 May [citado 6 abr. 2017];130(5):527-36. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872002000500007&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000500007&lng=en&nrm=iso&tlng=en)  
<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872002000500007>
3. Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en Latinoamérica: revisión crítica. Rev Colomb Psiquiatr. 2005;34(4):506-14.
4. Bauleo MF, Dijk F van, Radon K. Ritmo de trabajo y su influencia en la salud mental de trabajadoras domésticas en Argentina. Rev Salud Pública [Internet]. 2017 [citado 12 abr. 2017];73-82. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/16780>
5. Hoedeman R. Sick on the job? Myths and realities about mental health and work. France: OECD; 2012. v. 20.
6. Rocha KB, Muntaner C, Solar O, Bornell C, Bernaldes P, González MJ, et al. Clase social, factores de riesgo psicosocial en el trabajo y su asociación con la salud autopercebida y mental en Chile. Cad Saúde Pública [Internet]. 2014 Oct [citado 5 mayo 2017];30(10):2219-34. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001002219&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001002219&lng=es&tlng=es)  
<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00176213>
7. Ansoleaga E, Díaz X, Mauro A. Associação entre estresse, riscos psicossociais e qualidade do emprego de trabalhadores assalariados chilenos: uma perspectiva de gênero. Cad Saúde Pública [Internet]. 2016 [citado 12 abr. 2017];32(7). Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2016000705008&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000705008&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)  
<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00176814>

8. García AJH. Análisis de las enfermedades profesionales en la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS): descripción de la situación en el periodo 1995-2009 [Internet]. Chile: Asociación Chilena de Seguridad/Fundación Científica y Tecnológica; 2011 [citado 18 mayo 2017];40:107-12. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3707569>
9. Loreto L, George M, Squicciarini AM, Simonsohn A, Guzmán J. Intervención preventiva de salud mental escolar en adolescentes: desafíos para un programa público en comunidades educativas. *Univ Psychol* [Internet]. 2015 [citado 18 abr. 2017];14(4):1285-98. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v14n4/v14n4a10.pdf> DOI: 10.11144/Javeriana.upsy14-4.ipsm
10. Minoletti A, Rojas G, Horvitz-Lennon M. Salud Mental en Atención Primaria en Chile: Aprendizajes para Latinoamérica. *Cad Saúde Colet* [Internet]. 2012 [citado 1 dec. 2017];20(4):440-7. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v20n4/v20n4a06.pdf> <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-462X2012000400006>
11. Moreno E, Moriana JA. El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria. *Salud Ment (Mexico City)*. 2012;35(4):315-22.
12. Olabarria González B. La salud mental en la atención primaria. *Rev Asoc Española Neuropsiquiatría* [Internet]. 1983 [citado 29 nov. 2017];3(7):56-61. Disponible en: <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/1983/revista-07/07-la-salud-mental-en-la-atencion-primaria.pdf>
13. Bones Rocha K, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Obiols J. Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de. *Psicothema* [Internet]. 2010 [citado 12 abr. 2017];22(3):389-95. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/3742.pdf>
14. Nuebling M, Hasselhorn HM. The Copenhagen Psychosocial Questionnaire in Germany: from the validation of the instrument to the formation of a job-specific database of psychosocial factors at work. *Scand J Public Health* [Internet]. 2010 [citado 29 nov. 2017];38(3 Suppl):120-4. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1403494809353652> DOI: 10.1177/1403494809353652
15. Gil-Monte P. Situación actual y perspectiva de futuro en el estudio del estrés laboral: la Psicología de la Salud Ocupacional. *Inf Psicológica* [Internet]. 2010 [citado 30 nov. 2017];100:68-83. Disponible en: <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/102/86>
16. Leka S, Jain A, Cox T, Kortum E. The development of the European framework for psychosocial risk management: PRIMA-EF. *J Occup Health*. 2011;53(2):137-43. DOI: 10.1539/joh.O10010
17. Amin NA, Nordin R, Fatt QK, Noah RM, Oxley J. Relationship between psychosocial risk factors and work-related musculoskeletal disorders among public hospital nurses in Malaysia. *Ann Occup Environ Med* [Internet]. 2014 [citado 25 abr. 2017];26:23. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25852937> DOI: 10.1186/s40557-014-0023-2
18. Moen P, Kelly EL, Lam J. Healthy Work Revisited: Do Changes in Time Strain Predict Well-Being? *J Occup Health Psychol* [Internet]. 2013 [citado 1 dec. 2017];18(2):157-72. Disponible en: <http://psycnet.apa.org/record/2013-09155-001> DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/a0031804>
19. Nistor K, Nistor A, Adám S, Szabó A, Konkoly Thege B, Stauder A. The relationship of work-related psychosocial risk factors with depressive symptoms among Hungarian workers: preliminary results of the Hungarian Work Stress Survey. *Orv Hetil* [Internet]. 2015 Mar [citado 25 abr. 2017];156(11):439-48. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25749538> DOI: 10.1556/OH.2015.30103
20. Pikhart H, Pikhartova J. The relationship between psychosocial risk factors and health outcomes of chronic diseases?: a review of the evidence for cancer and cardiovascular diseases. 2015 [citado 25 abr. 2017];1-40. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/relationship-between-psychosocial-risk-factors-and-health-outcomes-of-chronic-diseases-a-review-of-the-evidence-for-cancer-and-cardiovascular-diseases-the>
21. Theorell T, Karasek RA. "Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research": Correction to Theorell and Karasek. *J Occup Health Psychol*. 1998;3:367. <http://dx.doi.org/10.1037/h0090330>
22. Chile. Ministerio del Trabajo. Ley 16744. Establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Santiago, 1968. p. 33.
23. Almonte JC, Mena C, Ortiz S, Osorio JP. Psiquiatría y Ley de Enfermedades Profesionales en Chile: revisión histórica y crítica de una relación compleja. *Rev Med Chil* [Internet]. 2016 Dec [citado 21 nov. 2017];144(12):1591-7. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872016001200011&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016001200011&lng=en&nrm=iso&tlng=en) <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016001200011>
24. Chile. Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Decreto 109, Aprueba el Reglamento para la Calificación y Evaluación de los Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, de acuerdo con lo Dispuesto en la Ley 16.774, De 1º de Febrero de 1968 [Internet]. 1968 [citado 27 nov. 2017]. p. 1-21. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=9391>
25. Chile. Superintendencia de Seguridad Social. Circular 3241, de 2016. 2016 [citado 5 dic. 2017]; Disponible en: <http://www.suseso.cl/604/w3-article-7653.html>
26. Segal DL, Hersen M. *Diagnostic interviewing*. 4ª ed. Boston: Springer; 2010. 547 p.
27. Ansoleaga E, Garrido P, Lucero C, Martínez C, Tomčić A, Domínguez C, et al. *Patología mental de origen laboral: guía de orientación para el reintegro al trabajo*. 2015 [citado 20 nov. 2017]. Disponible en: [http://pepet.udp.cl/wp-content/uploads/2015/10/guia\\_salud\\_laboral.pdf](http://pepet.udp.cl/wp-content/uploads/2015/10/guia_salud_laboral.pdf)
28. Otero Dorrego C, Gálvez Herrer M. Plan de retorno al trabajo tras baja laboral por motivos de salud mental. *Med Segur Trab (Madr)* [Internet]. 2014 [citado 21 nov. 2017];60(235):392-405. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v60n235/revision1.pdf> DOI: 10.4321/S0465-546X2014000200011
29. Superintendencia de Seguridad Social. Informe Anual: Estadísticas de Seguridad Social 2016 [Internet]. Chile: Unidad de Estudios y Estadísticas, Superintendencia de Seguridad Social; 2016 [citado 12 mayo 2017];70. Disponible en: [http://www.suseso.cl/607/articles-40371\\_archivo\\_01.pdf](http://www.suseso.cl/607/articles-40371_archivo_01.pdf)

Enderezo para correspondencia: Leonardo Aguirre Aranibar - Gerencia de Gestión del Conocimiento, Mutual de Seguridad CChC - Teatinos, 258, tercer piso - Santiago, Chile - E-mail: [laguirre@mutual.cl](mailto:laguirre@mutual.cl)