



## Implicancias del estigma en el proceso de reintegración laboral de trabajadores con problemas de salud mental en Chile:

**Un análisis de sus manifestaciones y puntos prioritarios de intervención**

**Investigador Principal**

Eric Tapia Escobar, Soc., MPH

**Co-investigadores**

Sergio Malverde Herrera; Soc.

Sara H. Schilling, BA., MPH

Maria Gispert, Soc., MsC.

Thamara Tapia Muñoz, Ps. MsC.

Franco Mascayano Tapia, Ps., MPH., PhD©

Salud mental

Septiembre 2021



## Implicancias del estigma en el proceso de reintegración laboral de trabajadores con problemas de salud mental en Chile: Un análisis de sus manifestaciones y puntos prioritarios de intervención

**RESUMEN:** En este trabajo se analizan las implicaciones del estigma hacia trabajadores que tras un problema de salud mental intentan reincorporarse al trabajo y se establecen los puntos prioritarios para su intervención desde el punto de vista de los actores del proceso del reintegro laboral. **Método:** Se utilizó un diseño cualitativo emergente basado en la Teoría Fundamentada. Se realizó un muestro teórico de los actores clave implicados en cada una de las etapas del reintegro laboral. Para la recolección de la información, se utilizaron una combinación de técnicas cualitativas de análisis documental y de conversación individual y grupal. Para el análisis de la información, se utilizó el Método Comparativo Constante (MCC), el cual fue realizado con la asistencia del software de análisis cualitativo Atlas.Ti 8. **Resultados:** Se definieron 4 fases teóricas del reintegro laboral en las que el estigma está presente en todas sus formas. Los tipos de estigma más frecuentes encontrados fueron el anticipatorio, el estigma desde los profesionales de la salud y el estigma desde jefaturas y compañeros de trabajo. Los trabajadores que logran reincorporarse al trabajo, suelen enfrentarse a las mismas condiciones que los llevaron a enfermar, frustrándose definitivamente la reincorporación a su puesto de trabajo. **Conclusiones:** Se ha subestimado el impacto que tiene el estigma en el proceso de reintegro laboral. Es un factor que inhibe la búsqueda de ayuda, retrasa el acceso al tratamiento y dificulta la reincorporación al trabajo. A nivel de las organizaciones, este problema no se reconoce, por lo cual no se toman medidas que mejoren los aspectos psicosociales del trabajo. **Recomendaciones:** Los actores clave sugieren la revisión de la legislación y otorgar mayor protección a las personas que intentan reincorporarse al trabajo, así como mejores herramientas a las autoridades para la fiscalización de la reincorporación al trabajo. Mejor formación de profesionales en salud mental, así como la capacitación anti-estigma en el contexto del trabajo.

## Contenido

INTRODUCCIÓN .....	3
DEFINICIÓN DEL PROBLEMA Y RELEVANCIA DEL ESTUDIO .....	3
ANTECEDENTES .....	4
Epidemiología de la salud mental en trabajadores.....	4
REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	6
Estigma hacia la enfermedad mental .....	6
Reintegro laboral y estigma .....	6
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	9
Objetivo general .....	9
Objetivos específicos (OE) .....	9
MÉTODO.....	10
Técnicas de recolección de información .....	10
Análisis documental .....	11
Entrevistas semi-estructuradas.....	13
Método Comparativo Constante.....	14
Consulta a expertos.....	15
Control de calidad y seguridad de la información.....	16
Aspectos éticos .....	16
RESULTADOS .....	18
Etapas teóricas del reintegro laboral (OE1).....	18
Manifestaciones e implicancias del estigma en el proceso de reintegro laboral (OE 2 y OE3).....	19
Primera etapa: Pródromo .....	20
Tipos de estigma en la etapa de pródromo.....	21
Implicancias del estigma en la etapa de pródromo .....	22
Segunda etapa: Diagnóstico .....	23
Tipos de estigma identificados en la etapa de diagnóstico .....	24
Implicancias del estigma identificadas en la etapa de diagnóstico.....	25
Tercera etapa: Tratamiento .....	27
Tipos de estigma identificados en la etapa de tratamiento.....	28
Implicancias del estigma identificadas en la etapa de tratamiento .....	30
Cuarta etapa: Reintegro laboral.....	31
Tipos del estigma identificados en la fase de reintegro laboral .....	32
Implicancias del estigma identificadas en la etapa de reintegro .....	33
Puntos prioritarios de intervención (OE 4).....	34
Puntos prioritarios de la Etapa de pródromo.....	35
Puntos prioritarios de las etapas de diagnóstico y tratamiento .....	37
Puntos prioritarios de la Etapa de reintegro.....	38
CONCLUSIONES.....	40
Bibliografía.....	42
Anexos.....	45
Consentimiento informado; Invitación; y transcripciones.....	45
Invitación grupo focal.....	48

## INTRODUCCIÓN

Los problemas de salud mental son los responsables del 23% de la carga de enfermedad en Chile, con altas tasas de discapacidad y mortalidad prematura asociadas (1). En particular, la Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida reportó que el 21% de los entrevistados se sentía triste o melancólico en los últimos 12 meses (2). Esto es concordante con el sostenido aumento de la prevalencia de enfermedades mentales de origen laboral que dan cuenta de una pérdida de 50 mil días al año (1). Desafortunadamente, aquellos que vivencian desafíos a nivel de salud mental suelen recibir inadecuados servicios de salud y enfrentar una serie de barreras en ámbitos familiares, laborales y sociales.

La superintendencia de seguridad social reportó que entre los años 2015 al 2019, las licencias médicas por problemas de salud mental corresponden a entre un 22 y un 24% del total de licencias médicas tramitadas en el país. Del total de licencias por salud mental tramitadas en 2019 se rechazó un 55% en ISAPRES y un 45% en FONASA (30), siendo la causal con mayor rechazo de licencias médicas. Respecto de las enfermedades profesionales, el total de denuncias por enfermedad profesionales aumentó entre los años 2012 y 2019. Ahora bien, del total de denuncias sólo el 27% fue ratificado por la superintendencia como enfermedad profesional en el año 2012, mientras que solo el 15% de ellas fue finalmente aprobado como enfermedad profesional en el año 2019; el porcentaje restante fue derivado al sistema de salud general (público o privado). De las enfermedades aprobadas como profesionales en el 2019, el 38% de ellas fueron denuncias por problemas de salud mental, siendo la segunda causa luego de las enfermedades musculo esqueléticas. Las causales de rechazo de las licencias médicas asociadas a salud mental ya sea de origen común o profesional no han sido debidamente exploradas. No obstante, el rechazo de licencias por salud mental ha aumentado desde el año 2012. La interrupción de un tratamiento por problemas de salud mental o la incorporación laboral prematura de una persona con problemas de salud mental asociado a razones laborales puede empeorar el pronóstico, cronificando problemas de salud mental.

Por otra parte, la dificultad que representa para las personas que se sienten afectadas por estigma o discriminación en su ambiente laboral luego de retornar de una licencia médica por salud mental, tanto al completar el tiempo sugerido o por rechazo de una licencia, tampoco ha sido analizado en el país.

## DEFINICIÓN DEL PROBLEMA Y RELEVANCIA DEL ESTUDIO

El estigma asociado a la enfermedad mental es una de las principales barreras para la recuperación y reintegración socio-laboral de estos individuos. Estigma en este contexto, se entiende como un fenómeno social que considera la identificación, separación, pérdida de estatus y discriminación de un grupo de individuos en base a una característica física, psíquica o social (3). Hay un consistente cuerpo de evidencia científica que señala a la enfermedad mental como una de las condiciones más estigmatizadas en la actualidad (3), y una revisión

sistemática sobre el estigma hacia patologías mentales en la región de América Latina y el Caribe, lo identificó como un desafío importante (4).

El estigma se asocia a una menor adherencia a los servicios de salud mental (5) y a una reducida recuperación e integración (y reintegración) laboral (6). A las personas con problemas de salud mental en Chile, les resulta difícil conseguir y retener un trabajo remunerado (7), y aquellos que lo logran suelen presentar mayores probabilidades de estar subempleados o asumir roles inadecuados considerando sus competencias laborales o nivel de educación (8). Además, es común que a las personas con problemas mentales se les nieguen oportunidades de capacitación y que muchos de ellos prefieran evitar declarar sus experiencias con los servicios de salud mental por temor a posibles actos discriminatorios (9). Todo esto conlleva un potencial impacto afectivo, social y económico en los trabajadores que puede agravar sustancialmente su condición.

El rol del estigma en el proceso de reintegración laboral resulta particularmente crítico y es el foco de la presente propuesta de investigación. En una reciente revisión sistemática (10, 11), Garrido y colaboradores describieron una serie de obstáculos que pueden emerger en este proceso; buena parte de ellos asociados al estigma. Por ejemplo, actitudes negativas de los propios trabajadores hacia los tratamientos psiquiátricos pueden conducir a un inicio tardío de los tratamientos. Asimismo, el temor al despido y la judicialización de las causas del problema mental pueden relacionarse a un abandono temprano del tratamiento y a solicitar la reintegración inmediata. Hay además una tendencia a concentrarse en estabilizar al individuo, en vez de preparar un ambiente laboral adecuado que facilite su reintegración.

A pesar de su relevancia a la hora de establecer una apropiada reintegración laboral de aquellos que presentan problemas mentales, la caracterización y el abordaje del estigma en el contexto de la salud mental ocupacional ha revestido escaso desarrollo en Chile y Latinoamérica (12). Por consiguiente, se propone un estudio que busca describir las implicancias del estigma en sus distintas manifestaciones a nivel laboral en empresas del área de servicios, industrial y comercial de la Región Metropolitana e identificar puntos específicos de intervención para reducir su impacto.

## ANTECEDENTES

### **Epidemiología de la salud mental en trabajadores**

Alrededor de un 20% de la carga global de enfermedad es atribuible a trastornos mentales, entre los que destacan depresión, ansiedad, esquizofrenia y abuso de sustancias. Un reciente meta-análisis que consideró información de 187 países demostró que la enfermedad mental y el abuso de sustancias son responsables de un mayor porcentaje de discapacidad en comparación a otras condiciones como las enfermedades vasculares, las patologías pulmonares y el cáncer (1). Adicionalmente, las personas que presentan un trastorno mental suelen sufrir de una serie de condiciones crónicas que empeoran su pronóstico y tienen un

impacto directo en la mortalidad prematura que presenta esta población (“brecha de mortalidad”) (2).

En particular, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) destaca el aumento de los problemas de salud mental en la población trabajadora de Chile, derivados de los cambios sociales, culturales y políticos que ha experimentado el país en la segunda mitad del siglo XX. Se ha indicado que las principales condiciones asociadas a la salud mental son la falta de claridad y confianza en la estabilidad laboral, el rediseño de los puestos de trabajo, las demandas de rápida adaptación a estos cambios, la subcontratación y los nuevos sistemas de remuneraciones (3).

Diversos estudios han reportado que los trabajadores son particularmente susceptibles a padecer trastornos mentales, dadas las inapropiadas condiciones laborales a las que están sujetos muchos de ellos. Al respecto, la Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida de los Trabajadores y Trabajadoras de 2009–2010, indicó que el 21% de los participantes reportó haberse sentido triste o melancólico durante los últimos 12 meses (4). Se ha observado además un aumento de un 700% en la prevalencia de enfermedades mentales de origen laboral, las cuales implican una pérdida de aproximadamente 50 mil días productivos al año (5). Cerca del 25% de las licencias médicas de Fonasa se emiten debido a enfermedades mentales, cuestión que representa el principal gasto del Subsidio de Incapacidad Laboral para el sistema público. Algo semejante ocurre con las ISAPRES, en donde los trastornos mentales son parte de las principales razones para solicitar licencia médica en su población cotizante (6).

Los problemas de salud mental imponen una serie de desafíos a la población trabajadora, en particular en procesos críticos como el reintegro y la readaptación al contexto laboral. El desconocimiento acerca de las implicancias de un trastorno mental, las actitudes negativas por parte de algunos empleadores y compañeros de trabajo, y los actos de omisión o evitación hacia el trabajador con dificultades psíquicas, son todas barreras relacionadas con el estigma asociado a la enfermedad mental (7). La presente propuesta busca caracterizar cómo se manifiesta este fenómeno a nivel local con el objeto de sugerir estrategias para su abordaje. A pesar de su relevancia, su estudio ha sido escaso, especialmente en trabajadores y en las instituciones en que éstos se desempeñan.

## REVISIÓN DE LA LITERATURA

### Estigma hacia la enfermedad mental

El estigma representa una dinámica social que considera cuatro dimensiones generales: 1) la distinción y etiquetación de un grupo de individuos en base a características físicas, psicológicas, sociales o culturales; 2) la asociación de esas características a creencias negativas (ej. “las personas con problemas de salud mental son impredecibles”); 3) la separación entre “ellos” (a quienes se estigmatiza) y “nosotros” (aquellos que ejercen estigmatización); y 4) la pérdida de estatus (social, económico) y la discriminación (explícita o implícita)(8, 9, 10). Esta dinámica cobra particular sentido en contextos asimétricos de poder. La primera dimensión señala que algunas diferencias entre seres humanos son particularmente importantes de acuerdo al contexto histórico, social, cultural o político en donde se presentan. Tal es el caso del color de piel, la orientación sexual, las creencias religiosas, las convicciones políticas y, de particular relevancia para esta propuesta, las condiciones mentales. Las personas que presentan problemas de salud mental suelen ser “etiquetadas” en base a ese antecedente (ie., “impredecible”, “peligroso”). La segunda dimensión indica que las etiquetas vinculan a las personas con una serie de estereotipos negativos. Por ejemplo, poseer un diagnóstico de salud mental (etiqueta) se asocia a características indeseables como inestabilidad emocional y dependencia hacia otros (11). La tercera dimensión se refiere a las consecuencias sociales del etiquetamiento. La etiqueta y sus representaciones asociadas operan diferenciando a las personas en dos grandes grupos: “nosotros” (los normales, los buenos, los justos) y “ellos” (los extraños, los diferentes, los anormales). Estas diferencias son el fundamento para una relación asimétrica en donde un grupo devalúa al otro, en especial si cuenta con el poder social, económico y/o político para ello. Finalmente, la cuarta dimensión representa la pérdida de estatus y la discriminación hacia las personas con condiciones o características diferentes. Las personas que sufren estigmatización ven limitadas sus posibilidades para cumplir funciones sociales básicas como la obtención y retención de un empleo; el acceso a la vivienda y a los servicios de salud y de justicia; y el desarrollo de una vida personal y familiar plena (12).

El trabajador que presenta un problema de salud mental suele atravesar una serie de etapas en un proceso denominado “reintegración laboral”, que inicia desde el reconocimiento del problema y la búsqueda de ayuda profesional, hasta su reubicación en su puesto laboral y el reinicio de las actividades que solía ejercer anteriormente. Se plantea en esta propuesta que el estigma opera como uno de los principales obstáculos que impide que los trabajadores se reincorporen apropiadamente a sus instituciones.

### Reintegro laboral y estigma

Se entiende la reintegración laboral como un proceso que considera tres etapas generales: 1) *calificación* que incluye la recopilación de antecedentes que permite comenzar a planificar la provisión de servicios de salud mental; 2) *tratamiento* que refiere a las intervenciones y

servicios que el trabajador tiene acceso; e 3) *inclusión laboral* que implica la reubicación del trabajador en su ambiente laboral habitual (13). Se reconocen como aspectos fundamentales para este proceso las características del trabajador; los aspectos relacionados al diagnóstico y tratamiento de salud mental; la calidad de la relación entre empleador y empleado; el apoyo provisto al trabajador durante el proceso de reintegro; y la cultura y dinámica organizacional (14).

Los trabajadores pueden vivenciar el estigma en cada una de las etapas de reintegro laboral. Por ejemplo, muchos trabajadores prefieren evitar que colegas y supervisores descubran que presentan un problema de origen mental evitando la búsqueda de apoyo profesional (*calificación*) y/o abandonando los servicios de salud mental (*tratamiento*) (15). Se ha descrito que hay personas que detienen su tratamiento farmacológico por temor a que afecte su desempeño laboral o por potenciales efectos asociados a la medicación que podrían ser percibidos por sus compañeros de trabajo (16). Adicionalmente, diversos estudios han señalado que ciertos trabajadores pueden manifestar resistencia a compartir labores con otros que tienen problemas mentales (14), considerando muchos de ellos a la enfermedad mental como un tipo de “fracaso personal” (17). Chuaqui y otros condujeron una serie de estudios en Chile respecto al estigma hacia la enfermedad mental y empleo a mediados de la década del 2000 (18). Una de sus principales conclusiones fue que la mayoría de los empleadores no contrataría individuos con diagnóstico psiquiátrico o podría desvincular a aquellos que presentan problemas de esa naturaleza en el contexto laboral (18). La desconfianza respecto a las capacidades y desempeño de los trabajadores fue la razón que se reportó con mayor frecuencia. Finalmente, barreras estructurales que también se asocian al estigma pueden incluir 1) tensiones entre empleador y trabajador respecto a la extensión de su licencia y tiempo de recuperación; 2) la sobrecarga laboral; 3) la falta de legislación, regulación y fiscalización por parte de instituciones del estado; y 4) una cultura laboral en exceso centrada en la producción y el desempeño laboral más que en el desarrollo y cuidado de sus trabajadores.

Un reciente estudio de Chile, propuso elaborar guías para fortalecer el reintegro laboral entre trabajadores con patología mental. Los investigadores utilizaron diversas estrategias para recoger y consolidar información incluyendo una revisión sistemática de la literatura; una consulta a expertos académicos nacionales e internacionales; y entrevistas en profundidad y grupos focales con profesionales de salud mental. (19, 20) Aunque sus resultados fueron valiosos para explorar el proceso de reintegración laboral a nivel local, se omitió el rol del estigma y sus consecuencias, tanto para los individuos que desarrollan problemas mentales, como para las instituciones en donde se desempeñan. Asimismo, se desconoció mayormente la visión de quienes sufren malestar psíquico y que deben afrontar las barreras impuestas por el estigma en el espacio laboral.

En razón de lo anterior, se sugiere que un estudio que busque describir y analizar en profundidad los desafíos asociados a la reintegración laboral debe considerar como insumo fundamental las creencias y experiencias de aquellos con problemas mentales. Así, en la presente investigación, el trabajador es visto como un “experto por experiencia”, dado sus vivencias durante el proceso de reintegro laboral y su potencial exposición a la estigmatización.

Complementariamente, la visión del trabajador fue contrastada con las perspectivas de otros actores claves, como son empleadores, compañeros de trabajo, y otros individuos que pertenecen a la institución. Se propone capturar la naturaleza de las relaciones entre los miembros de una institución que sean estigmatizantes o facilitadoras respecto al reintegro laboral. Finalmente, se consideró el nivel institucional de cada empresa u organización en la que los trabajadores ejercen sus labores, materializado en las políticas que determinan prácticas y procesos organizacionales. La triangulación de información entre diferentes grupos y niveles le otorgará al presente estudio la información necesaria para indicar potenciales estrategias de intervención a discutir con los actores involucrados.

## OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

### Objetivo general

- Describir las implicancias del estigma y sus distintas manifestaciones en el proceso de reintegro laboral de trabajadores tras un problema de salud mental e identificar los puntos prioritarios de su intervención.

### Objetivos específicos (OE)

1. Explorar el proceso de reintegro laboral, identificando fases, actores e interacciones que puedan propiciar situaciones de estigmatización.
2. Estudiar las manifestaciones del estigma en el proceso de reintegro laboral
3. Describir las implicancias de estigma en el proceso de reintegro laboral
4. Definir los puntos prioritarios para la intervención del estigma en el proceso de reintegro laboral.

## MÉTODO

### Técnicas de recolección de información

Para cumplir con los objetivos de este estudio, empleamos los métodos cualitativos de investigación, a través de un diseño de investigación emergente, basado en el conjunto de reglas y procedimientos de la teoría fundamentada (21). Los diseños de investigación emergentes se caracterizan por su flexibilidad y capacidad para alcanzar un equilibrio dinámico entre las técnicas de investigación y el objeto de estudio (22). La teoría fundamentada ha mostrado tener utilidad en el estudio de situaciones dinámicas –tal como es el proceso de reintegro laboral– y en el estudio de las interacciones que ocurren entre personas (23); lo cual es un aspecto central de nuestra investigación, debido a que el fenómeno del estigma se manifiesta en situaciones y relaciones de poder asimétricas, en donde personas o grupos sociales discriminan a otros con menos poder e influencia (24).

Este abordaje metodológico buscó generar inductivamente una teoría sustantiva sobre las implicancias del estigma en el proceso de reintegro laboral, a partir de un proceso iterativo de recolección y de análisis de la información (25). En este enfoque, son los propios hallazgos los que indican el curso que la investigación asumirá.

Esta investigación tuvo cuatro momentos metodológicos, cada uno de ellos correspondiente a un objetivo específico de la investigación. Cabe señalar que la estructura básica del estudio, que se presenta a continuación, tuvo variaciones que nos permitieron incorporar nuevas técnicas o actores a la investigación. Esta “flexibilidad” nos permitió llegar a los participantes de forma presencial en un primer momento y afrontar luego la pandemia por COVID-19 migrando a la videollamada y de este modo el desarrollo posterior de todo el proyecto, dándonos la posibilidad de explorar nuevas aristas del problema que enriquecieron las conclusiones del estudio.

En un primer momento metodológico (OE n°1), se exploró el reintegro laboral a nivel de sus procesos. Realizamos un análisis de los documentos oficiales que norman este proceso (leyes, decretos, guías, protocolos, instructivos, etc.). Asimismo, entrevistamos a los actores claves involucrados en este proceso, tales como responsables institucionales, equipos tratantes y a los trabajadores que hayan tenido la experiencia reciente de haberse reintegrado a su trabajo tras un problema de salud mental. De esta forma, conocimos en detalle sus fases, actores e interacciones que pueden propiciar situaciones de estigmatización. Como técnicas de producción de información, utilizamos el análisis documental, las entrevistas semiestructuradas, grupos focales y/o de discusión.

En el segundo momento metodológico (OE n°2), profundizamos en el estudio de cada una de las posibles situaciones estigmatizantes identificadas durante la primera fase del estudio. Se utilizaron técnicas de investigación ad hoc, en base al Método Comparativo Constante (MCC), para producir información sobre los distintos componentes del fenómeno del estigma, a saber:

el etiquetamiento, los estereotipos negativos, la separación entre “ellos” y “nosotros”, la pérdida de estatus, la discriminación y sus consecuencias (26).

En el tercer momento de la investigación (OE nº3), seguimos utilizando el MCC para describir en detalle las implicancias del fenómeno del estigma en las tres fases del proceso de reintegro laboral. Para ello, elaboramos un modelo teórico-explicativo que describió las manifestaciones del estigma y su interacción con el proceso de reintegro laboral.

En el cuarto momento metodológico (OE nº4), definimos los puntos prioritarios de intervención para reducir el estigma en el proceso de reintegro laboral, incorporando la opinión de los actores claves de este proceso (trabajadores afectados, los empleadores, equipos clínicos tratantes y los organismos aseguradores, entre otros posibles actores), para definir cuáles deben ser las prioridades. El cuarto momento metodológico se diseñó originalmente en base al Método Delphi, pero se modificó por temas de disponibilidad de los participantes. Para este propósito las modificaciones comprendieron el desarrollo de entrevistas individuales con expertos asesores que son parte del sistema de salud laboral y personas con experiencia de vida en el proceso de reintegro, además de un grupo focal con expertos que permitiera ampliar la discusión con los participantes.

Las técnicas utilizadas en este estudio se resumen en la siguiente tabla (Tabla 1), conforme a su unidad de análisis y objetivos asociados.

**Tabla 1.** Técnicas de análisis por objetivos

<b>Objetivo específico (OE)</b>	<b>Unidad de análisis</b>	<b>Técnica</b>
OE nº 1	Nivel de proceso	Análisis documental (8).
OE nº 2 y 3	Nivel individual	Entrevistas semiestructuradas (9)
	Nivel colectivo	Método Comparativo Constante (10)
OE nº 4	Nivel colectivo	Entrevista a experto y Grupo focal con expertos

## **Análisis documental**

Para poder analizar las implicancias del fenómeno del estigma sobre las personas que son diagnosticadas con una patología de salud mental en el trabajo, consideramos fundamental concentrarnos en realizar una definición detallada de aquello que consideraremos como

“proceso de reintegro laboral” y definir los actores involucrados en cada interacción o situación en donde el estigma pueda jugar un rol clave.

Para lograr esto, hemos profundizado en la revisión de la literatura relacionada al reintegro laboral en el país, así como también en la búsqueda y análisis del marco regulatorio (leyes, decretos, resoluciones y circulares) y otros documentos en donde se establecen las formas de proceder de las instituciones, tales como protocolos de vigilancia y calificación, así como también guías de orientaciones técnicas relacionadas al proceso de reintegro laboral (34). En la Tabla 2, se muestra la descripción de los documentos incorporados al análisis:

**Tabla 2.** Documentos incorporados al análisis

Tipo de documento	Descripción
Leyes, decretos , resoluciones y circulares	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ley 16744. Establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.</li> <li>● Decreto 3. Reglamento de autorización de licencias médicas por la compin e instituciones de salud previsional</li> <li>● Circular 3243. Instrucciones para los organismos administradores del seguro de la Ley 16.744 sobre la metodología de evaluación en riesgo psicosocial laboral</li> <li>● Circular 3167. Instruye a los organismos administradores del seguro de la Ley 16.744 sobre el protocolo de normas mínimas de evaluación que deben cumplir en el proceso de calificación del origen de las enfermedades denunciadas como profesionales</li> <li>● Resolución 1433. Aprueba actualización de protocolo de vigilancia de riesgo psicosocial en el trabajo</li> <li>● Compendio de normas del seguro social de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.</li> </ul>
Protocolos, guías y manuales de procedimientos	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Protocolo de vigilancia de riesgos psicosociales del trabajo (SUSESOS)</li> <li>● Protocolo de calificación de enfermedades laborales (SUSESOS)</li> <li>● Guía referencial. Reposo médico y reintegración laboral de personas con problemas y/o enfermedad mental</li> <li>● Instructivo de estudio de puesto de trabajo por sospecha de patología de salud mental laboral</li> <li>● Proceso de evaluación de enfermedades de salud mental (ACHS)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Guía de orientación para el reintegro laboral de trabajadores con diagnóstico de patología mental calificada de origen laboral (ACHS).</li><li>• ¿Cómo preparar el retorno al trabajo de un empleado con una enfermedad mental? (ACHS)</li><li>• Guía de adaptación de puestos de trabajo (ACHS)</li></ul>
--	--

## Entrevistas semi-estructuradas

Esta técnica permite conocer los puntos de vista del entrevistado sobre un problema presentado a través de preguntas en base a una guía de entrevista (pauta de preguntas). Esta permite flexibilizar la conducción del diálogo. Sin desviarse de los objetivos de la investigación a la vez que se espera que las personas entrevistadas responden libremente y distanciándose de una pauta de preguntas y respuestas breves.

Las entrevistas fueron realizadas en persona o a través de videollamada, y todas fueron registradas en audio de alta fidelidad, transcritas a un documento de texto y luego sistematizadas y analizadas mediante el Software de investigación cualitativa ATLAS.ti 8.

De acuerdo a las exigencias metodológicas de la teoría fundamentada, la selección de la muestra debe ser definida por la teoría que emerge del trabajo de campo (27). Por este motivo, la preocupación central en este tipo de muestreo es encontrar la información relevante para la teoría que se está buscando.

El muestreo teórico permite al investigador elegir los casos por relevancia y encontrar allí categorías en las cuales profundizar, y no se acaba hasta que dejan de surgir nuevos conceptos, es decir, hasta que se saturan los datos. La saturación teórica se alcanza cuando el investigador entiende que los nuevos datos comienzan a ser repetitivos y no aportan información novedosa. En este tipo de diseño metodológico, la saturación teórica suele alcanzarse en torno a las 15 unidades de observación y/o participantes (28).

A partir de un análisis preliminar del proceso de reintegración laboral, se puede señalar que la muestra teórica fue seleccionada de las unidades de observación presentadas en la Tabla 3.

**Tabla 3.** Muestra de las entrevistas semi-estructuradas

Unidad de observación	Descripción	Origen
Responsables institucionales	Gerencias de salud del área de seguro y otros responsables	Instituciones aseguradoras, SUSESO u otros
Equipos tratantes	Profesionales a cargo del tratamiento de enfermedades mentales de origen laboral (psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales)	Instituciones aseguradoras
Trabajadores afectados	Trabajadores que se reincorporan a sus labores tras un problema de salud mental (hombres y mujeres, con enfermedades de origen laboral y/o común)	Empresas del área de servicios, industrial y comercial de la RM
Pares	Compañeros de trabajo de personas que tuvieron problemas de salud mental	Empresas del área de servicios, industrial y comercial de la RM
Empleadores	Gerencia, jefaturas, supervisores	Empresas del área de servicios, industrial y comercial de la RM
Otros actores	No considerados al inicio del estudio, tales como familiares, amigos u otros que puedan emerger del análisis de los datos	Variado

## Método Comparativo Constante

Para el análisis de la información producida a través de las diferentes técnicas de investigación, se utilizó el “Método Comparativo Constante” (MCC), para lograr los OE n° 2 y 3. (27). Esta técnica busca generar una teoría (una explicación fundamentada) a partir de un proceso inductivo y sistemático de análisis de la información. Se desarrolló el MCC durante reuniones periódicas del equipo de investigación, donde analizamos, de manera iterativa, los hallazgos de las entrevistas; este proceso nos permitió ir profundizando y avanzando en los objetivos del estudio, a la vez que realizaban más entrevistas.

La primera fase del MCC consiste en la creación del máximo número posible de categorías que describen la información producida. Durante el proceso inicial de codificación abierta, el contenido de cada código será comparado con el contenido del último código agregado a la categoría. Este proceso de comparación constante, permite al investigador la construcción de

categorías y la determinación de sus características o propiedades basadas en patrones de información (29).

En la medida que el análisis progresa, las categorías se vuelven más consistentes, se desestiman las propiedades que no son relevantes y se reducen las categorías que no están relacionadas. De esta forma, se delimitan las propiedades de la teoría. Finalmente, se reúne y organiza toda la información, la cual se convierte en la fuente principal de información para la redacción de la teoría final.

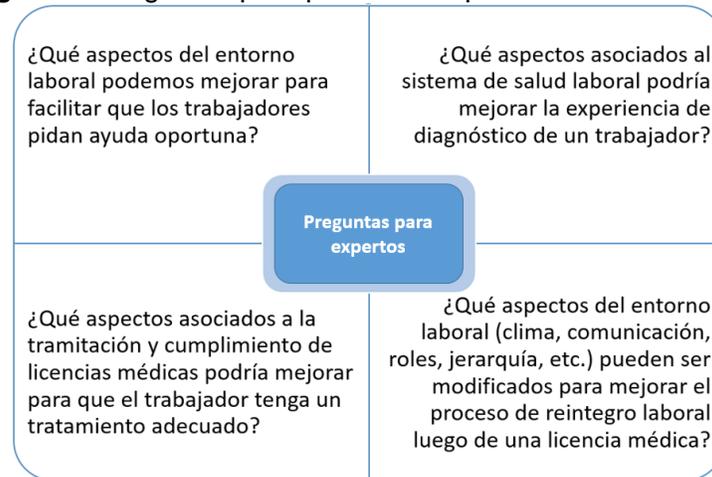
## **Consulta a expertos**

Sobre la base de los resultados de los objetivos anteriores, se desarrolló un grupo focal y entrevistas en profundidad con expertos en materia de reintegro laboral. Se realizaron ambas técnicas de forma secuencial; a partir de un grupo focal con profesionales de salud mental y trabajadores con experiencia por haber tomado licencias médicas, se obtuvo información sobre priorización de intervenciones que fue luego profundizada con expertos en salud laboral.

El grupo focal constituye una técnica especial, dentro de la más amplia categoría de entrevista grupal, cuyo sello característico es el uso explícito de la interacción para producir datos que serían menos accesibles sin la interacción en grupo. El grupo focal es una conversación cuidadosamente planeada, diseñada para obtener información de un área definida de interés, en un ambiente permisivo y no directivo. Si bien se diferencia de las técnicas grupales de consenso (como el Delphi) en que su propósito fundamental es comprender el porqué y el cómo las personas piensan o sienten de la manera que lo hacen y no se pretende llegar a acuerdos (31).

Al comienzo de las actividades de esta fase, se les presentó a los expertos el propósito de la jornada de grupo focal y se expuso los principales hallazgos del proyecto. Específicamente, se les presentó las fases del proceso de tránsito de una persona que presenta una licencia por un problema de salud mental en su trabajo hasta el proceso de reintegro laboral, las manifestaciones del estigma identificadas en cada fase de este proceso y sus posibles implicancias, para luego dejar la conversación abierta sobre la base de 4 preguntas (ver Figura 1), que permitió elaborar una descripción de aquellos puntos posibles de intervenir desde sus experiencias, y conocer otra perspectiva orientada al problema del estigma en el proceso de reintegro laboral.

**Figura 1:** Preguntas para priorizar los puntos de intervención.



## Control de calidad y seguridad de la información

Para garantizar la calidad de la investigación, se implementaron medidas a nivel de la producción de información y a nivel de su análisis, de acuerdo a lo planteado por Lapuente (32). El trabajo de campo fue supervisado por el investigador principal, quien participó en cada una de las etapas de la investigación, y se contó con el apoyo de un asistente de investigación, el cual posee experiencia en la producción y análisis de datos cualitativos. La metodología exige un proceso iterativo de muestreo teórico, producción y análisis de información en cada una de las etapas, la cual entrega las garantías necesarias para la validez de la información producida. Para garantizar la calidad de las pautas de las entrevistas semiestructuradas, fueron ajustadas tras cada ronda de entrevistas.

Adicionalmente, implementamos la estrategia de triangulación, para poder visualizar un problema desde diferentes ángulos y de esta manera aumentar la validez y consistencia de los hallazgos (33).

Todos los audios, transcripciones, memos y documentos producidos durante el estudio fueron respaldados periódicamente en una unidad de memoria externa, que quedó guardada en un lugar seguro – bajo llave – en la oficina de investigación. (esta será entregada en un documento aparte)

## Aspectos éticos

Dado que este proyecto involucra la participación de seres humanos, el protocolo de investigación y los formularios de consentimiento informados fueron enviados al Comité de Ética Científico de Mutual de Seguridad C.Ch.C. para su evaluación y aprobación, previo al

inicio de las actividades investigativas. Todos los potenciales participantes del estudio pasaron por un proceso de consentimiento informado, en lo cual fueron informados en detalle sobre la investigación: los objetivos y la metodología del estudio; la voluntariedad de su participación y que podrán retirarse libremente del estudio, en el momento que lo deseen; los beneficios y los posibles riesgos asociados a su participación; y que se mantendrá la confidencialidad de su identidad. Luego, se resolvieron todas las dudas, antes de pedir que los individuos interesados en participar firmen el documento de consentimiento informado, para así formalmente ingresar al estudio. Este proceso de consentimiento informado es especialmente importante en el caso de los trabajadores reintegrando al trabajo después de un problema de salud mental, a luz de la Ley de Derechos y Deberes de Pacientes (Ley 20.584).

## RESULTADOS

La presentación de los resultados se expone como un proceso continuo de fases sucesivas con base en la revisión de la literatura y que nos permitió desarrollar las entrevistas como un relato que permitiera situar al entrevistado en las etapas del proceso. Se presentan las etapas y en base a las entrevistas, presentar el contexto y el estigma identificado. La revisión de literatura se centró en la caracterización de las etapas de reintegro y su normativa asociada. La priorización de intervenciones en cambio fue basada en el análisis de los expertos en el área.

### Etapas teóricas del reintegro laboral (OE1)

A partir del análisis de los documentos, identificamos cuatro etapas del proceso de reintegro laboral:

1. **Pródromo.** Corresponde a la primera etapa identificada y comprende el periodo previo a buscar ayuda por un problema de salud mental, pero en el cual las personas experimentan las primeras señales de malestar. En un primer momento suele atribuirse a un cansancio propio del trabajo; por sensación de presión laboral, -implícita o explícita, por parte de pares o jefaturas; hostilidad en el entorno laboral y preocupación en torno a la posibilidad de que los síntomas pudieran representar un problema de salud mental. La temporalidad de este malestar puede ser variable hasta cuando la persona afectada reconoce que presenta un problema de salud y decide buscar ayuda.
2. **Diagnóstico.** Esta etapa es aquella en la cual la persona afectada comienza a buscar ayuda, momento en el que luego de un periodo de síntomas de malestar, reconoce que presenta un problema y se activan los primeros “mecanismos”, que podrían traducirse en permisos médicos u ocultamiento del diagnóstico.
3. **Tratamiento.** Esta etapa comprende el reconocimiento del diagnóstico y el proceso formal de solicitud de licencia médica por un problema de salud mental y el proceso de tratamiento. Se refiere a las intervenciones y servicios a los que el trabajador tiene acceso por este motivo.
4. **Reintegro laboral.** Por último, esta etapa comprende el término del tratamiento médico y la reincorporación de la persona a su actividad laboral habitual. En el análisis no hay diferencias significativas que permitieran reconocer una fase de seguimiento entendida como post reintegro, de modo que toda situación luego del tratamiento se analiza como característica del reintegro

**Figura 2.** Etapas del proceso de reintegro laboral



## Manifestaciones e implicancias del estigma en el proceso de reintegro laboral (OE 2 y OE3)

Se realizó un total de 21 entrevistas semiestructuradas antes de llegar al punto de saturación (ver Tabla 4). La mayoría de las entrevistas fueron realizadas con trabajadores que han tenido un problema de salud mental del sector industrial, comercial y de servicios. Los otros informantes consistieron en un académico, una gestora de SUSESO y un empleador; ellos resolvieron dudas sobre detalles específicos del proceso de reintegro.

**Tabla 4:** Perfil personas entrevistadas

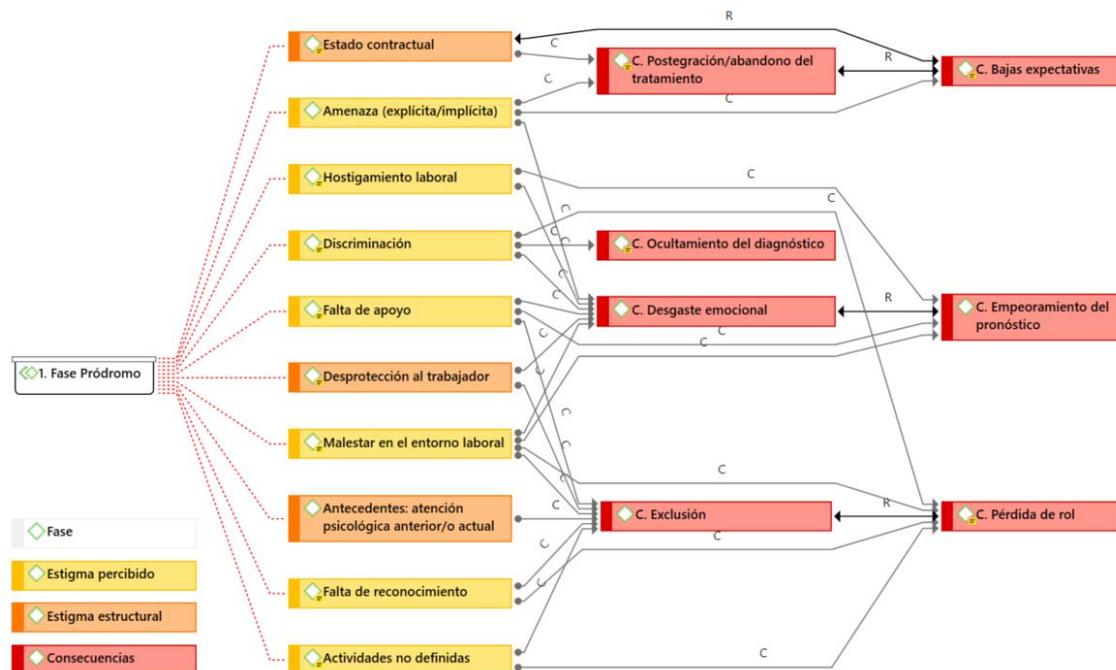
Perfil	Descripción	Sexo		Entrevistas
		Hombre	Mujer	
Trabajador/a	Trabajador/a del sector servicios	3	6	9
	Trabajador/a del sector industrial	4	2	6
	Trabajador/a del sector comercial	2	1	3
Empleador	Empresario del sector servicios	1		1
Experto	Médico psiquiatra, investigador en el campo de la salud mental; médico contralor de entidad fiscalizadora	1	1	2
<b>Entrevistas realizadas</b>		<b>11</b>	<b>10</b>	<b>21</b>

Los hallazgos principales se ordenan en base de las cuatro etapas del proceso de reintegro laboral (Pródromo, Diagnóstico, Tratamiento y Reintegro). Para cada etapa, se detalla en primer lugar las manifestaciones o tipos de estigma detectados, en línea con el Objetivo Específico N°2, y luego se discuten las posibles implicancias, en línea con el Objetivo Específico N°3 del estudio. En específico, para cada etapa, se presenta una figura en la que se distingue tres componentes, identificados por su color: (1) los conceptos destacados en amarillo refieren al estigma percibido, cuya característica es que se da en el entorno directo e inmediato a la persona y permite en cierto modo identificar o personificar el agente que causa el daño hacia la persona afectada; (2) los conceptos destacados en naranja son aquellos cuyas manifestaciones del estigma que tienen un carácter estructural, es decir, que no son específicas a un caso particular, sino que afectan por igual a todos; y (3) los conceptos en rojos hacen referencia a las consecuencias asociadas al estigma.

### Primera etapa: Pródromo

Esta fase comprende el periodo en el cual las personas laboralmente activas, comienzan a reconocer manifestaciones observables de estigma que afectan directamente su desempeño laboral hasta el momento que deciden buscar ayuda médica.

**Figura 3. Estigma en la fase de pródromo**



Estas acciones en algunos casos se manifiestan de forma aislada, pero en tanto se comienzan a reconocer como sistemáticas, puede pasar que las personas comienzan a externalizar tardíamente su malestar, pasando 3 meses o más bajo un malestar permanente.

Hay temor en declarar que estas acciones son producto de diversas formas de hostigamiento en el trabajo y en exponer públicamente un problema de salud mental por esta causa.

## Tipos de estigma en la etapa de pródromo

En el proceso de análisis de las entrevistas logramos identificar manifestaciones de **estigma anticipatorio**, que explica el largo periodo de tiempo en el que las personas esconden su malestar para evitar así las consecuencias negativas de los prejuicios sociales en torno a las enfermedades mentales.

*“(...) Entendía que tenía que salir de ahí –de su trabajo– pero habían muchas cosas que me amarraban; el dinero, obvio, y lo que produce la estabilidad en todos los ámbitos. Entonces yo necesitaba tener un mínimo de seguridad del paso que podría dar. Entonces yo sí lo oculté, porque también existe esto de que, cuando una persona tira licencia, se hace el enfermo; no es como que tú realmente estás enfermo. Ahí entran muchas categorías que te pueden decir que hasta eres flojo”*  
(E15, hombre, 32 años, diseñador gráfico)

En el ámbito laboral, el **estigma público** se manifiesta tanto por parte de empleadores como por jefaturas: para estos, contratar o tener algún empleado en la empresa con problemas de salud mental representa un riesgo económico, ya que asocian la enfermedad con el ausentismo laboral y baja productividad. Se tiende a desestimar la enfermedad mental haciendo mucho más compleja la disposición del trabajador para buscar ayuda y comunicar su malestar.

*“(...) Con los empleadores que me ha tocado conversar ciertos años con otras empresas que he conocido siempre me ha tocado el tema o en alguna conversación ha salido un tema así esta imprevisibilidad del trabajador que no sabís por cuánto tiempo va a tener la licencia, que no sabís si esa enfermedad que tan profunda es, o qué impacto negativo pueda tener en el resto de los trabajadores es que se hace mucho más complejo que una enfermedad física”*  
(E12, hombre, 39 años, dueño de empresa de reparo)

Las personas que deciden exponer su malestar en un entorno en donde “no está permitido enfermarse”, se convierten en objeto de burlas, insultos, hostigamiento, acoso laboral, despidos injustificados, entre otras formas de discriminación. Creemos que en los trabajos de menor estatus y en los sectores productivos más masculinizados, el estigma puede ser mayor y que inhibe la búsqueda de ayuda por parte del trabajador.

*“Día a día te tiran tallas; “oye mañana vai a pedir licencia”, “vai a pedir permiso” [...] Cuando tenían que llamarme la atención por algún error en la parte laboral, los mismos compañeros te hacían sentir como niño, te hacían bullying, que ante cualquier situación tú vas a tirar licencia, vas a faltar. Me trataban “oye conchetumadre ven pa’ acá”, “oye ahueonao”; te trataban pésimo...”*  
(E8, hombre, 31 años, operario de logística)

Un entrevistado del sector salud declara que puede ocurrir que las personas se atiendan de manera particular, sin que en la empresa sepan de esta situación. Se prefiere tratar “por fuera”,

dando a entender que declarar un problema de salud mental en el trabajo representa una amenaza a una estabilidad laboral ya precarizada. Con esto, las personas afectadas ven mermada su situación económica, pues gastan una parte importante de sus ingresos que, dado el caso, podría ser insuficiente para sostener un tratamiento porque *“ya no tienen plata para seguir financiando al psiquiatra o que no tienen plata para los remedios, etc.”* (E2), y por ende, el tratamiento no se cumpla cabalmente y, por tanto, la reintegración laboral se postergue.

*“...De alguna forma yo necesitaba un plan para ver qué es lo que iba a hacer para mí. Entendía que tenía que salir de ahí, pero habían muchas cosas que me amarraban ...el dinero, obvio, y lo que produce la estabilidad en todos los ámbitos, entonces yo necesitaba igual tener -- que en ese momento no tenía -- un mínimo de seguridad de qué paso podría dar...”*

(E15, hombre, 31 años, diseñador gráfico)

## **Implicancias del estigma en la etapa de pródromo**

En esta fase, el estigma anticipatorio manifiesta un desgaste emocional importante en razón de todas las manifestaciones observables de estigma hacia la persona afectada y el ocultamiento de los síntomas y/o malestar, que repercute en la atención médica tardía y un potencial empeoramiento del diagnóstico. Entre las principales razones que explican el retraso de la búsqueda de apoyo profesional están el temor al desempleo, la pobreza y a la pérdida del estatus social y familiar.

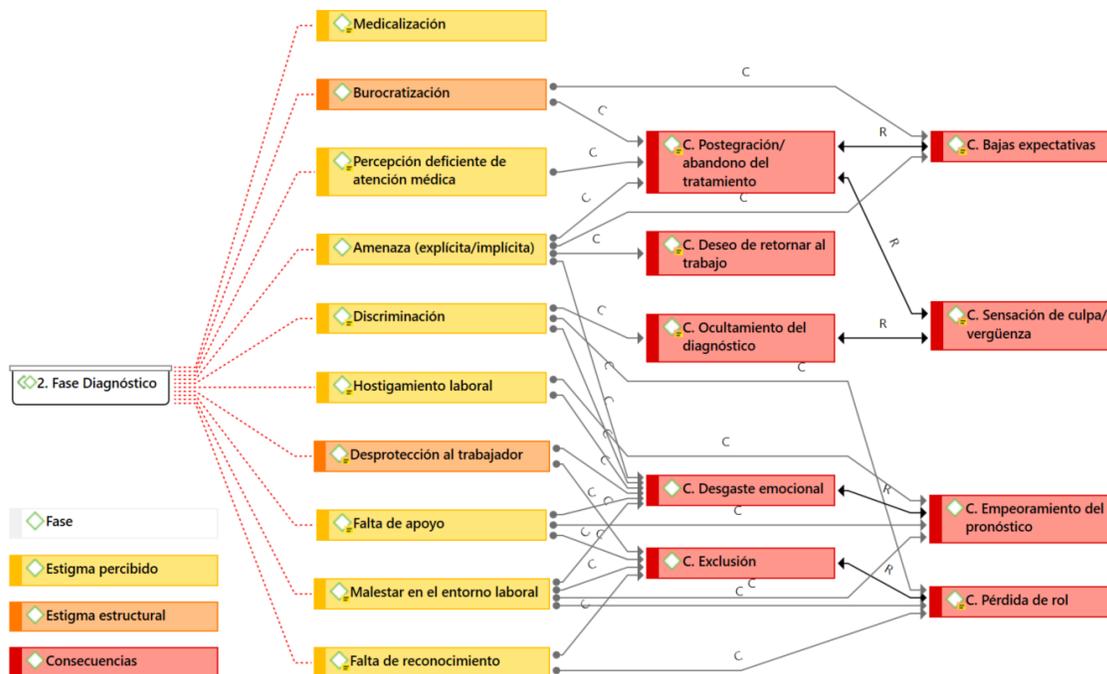
El estigma familiar como la falta de apoyo que perciben las personas se puede proyectar a espacios íntimos de la vida de la persona afectada (familia, pareja, etc.), lo que representa una manifestación del estigma por parte de familiares cercanos. Ya se trate por desconocimiento del problema, incredulidad u ocultamiento, lo cierto es que este tipo de situaciones inhibe la posibilidad de buscar ayuda al proyectar una pérdida de rol en su entorno cercano.

Debido al estigma público, solicitar ayuda profesional es un tema que se resuelve de manera “discreta” (atención privada) y procurando que el entorno directo de la persona afectada no se entere de dicha situación. La consulta puede darse luego de meses de trabajo en condiciones ya precarizadas por un espacio que genera malestar y con la sensación permanente de perder el empleo en el caso que la persona efectivamente haga uso de una licencia por salud mental, situación que se traduce en pocas denuncias formales ante las mutualidades, bajas expectativas por parte de las personas afectadas y en postergación de un tratamiento. El estigma público también tiene como consecuencias el desgaste emocional del trabajador debido al hostigamiento y a la discriminación.

## Segunda etapa: Diagnóstico

En esta fase, las personas han decidido buscar ayuda y se han acercado a un profesional de salud. La primera atención puede ser ofrecida por un médico general o directamente por un especialista. Esta situación resulta compleja, dado que el trabajador en la mayoría de los casos mantiene su actividad laboral regular, mientras se encuentra experimentando los síntomas que lo llevaron a consultar. Por otro lado, el grado de exposición y el etiquetamiento que recae sobre la persona al recibir un diagnóstico puede aumentar el temor y la angustia por la situación, además de la sensación de debilidad para enfrentar el trabajo.

Figura 4. Estigma en la fase de diagnóstico



Durante la etapa de diagnóstico los participantes revelaron manifestaciones de **estigma de los profesionales, estigma público, familiar, estigma anticipatorio y estigma estructural** los cuales tienen como consecuencia retraso en el inicio y adherencia al tratamiento, además de la reticencia del trabajador para revelar el diagnóstico o motivo de licencia.

## Tipos de estigma identificados en la etapa de diagnóstico

Pertenciente a esta etapa, en base a los relatos de una serie de interacciones entre los trabajadores y los equipos de salud identificamos el estigma **de los profesionales**. Particularmente, se destaca el rol de los médicos en reproducir el estigma debido a la mala atención entregada a las personas con problemas de salud mental. Además, las entrevistas revelan que en algunos casos los médicos también son conscientes de este fenómeno de estigma desde los profesionales de la salud.

*“Nos va a dar lata, se va a demorar en la atención, ya que probablemente habrá que explicarle las cosas miles de veces, entonces uno empieza su atención con una predisposición no buena”*  
(E9, hombre, 40 años, médico de urgencia)

Algunos trabajadores relatan que éstos, al revisar su historial clínico, asumen una actitud negativa hacia ellos durante la atención y se muestran suspicaces frente a la gravedad y veracidad de los síntomas, lo que también se expresa en la calidad de la ayuda recibida (escasa atención, información parcial, poca privacidad, desvalorización de los síntomas que expresan los propios pacientes, medicalización).

*“(…) A veces entraba gente y el doctor iba a ver el computador ni siquiera te miran o te ponía atención a los ojos, que dice mucho si estás mintiendo o cómo reaccionas tú. Entraba gente, contestaba el teléfono, no había privacidad en la atención”*  
(E8, hombre, 31 años, operario de logística)

Los trabajadores reportan que los médicos ponen barreras para realizar denuncias por enfermedades profesionales, subestimando la importancia de los riesgos del trabajo al momento de determinar el origen de los problemas de salud mental.

En esta etapa, también pudimos identificar **estigma familiar** en el entorno más cercano a la persona: desestiman su problema o bien lo tratan con paternalismo, condescendencia e infantilización, manifestándose así una falta de reconocimiento. Se puede llegar al extremo de querer aislar por completo a la persona, con el objetivo de ocultar al entorno más cercano su situación, justo en el momento que más apoyo necesita, tal y como lo manifiesta un entrevistado en el siguiente relato:

*“(…) Fueron súper herméticos. O sea, yo no salí ni siquiera a la calle. No hablar con los vecinos, no hablar con nadie, sino con quedarme acá en la casa encerrada, en la pieza, que no me vieran.”*  
(E4, mujer, 31 años, tecnóloga médica)

De igual modo, los trabajadores mencionan que dado el conocimiento que tienen de la presencia de estigma público y familiar, existe temor a las reacciones que el conocimiento del diagnóstico o motivo de la licencia pueda generar y por tanto intentan que esta información no sea revelada en el espacio laboral y a veces familiar, lo que da lugar a **estigma anticipatorio**.

*“(…) igual llamé a mi jefa y le dije: “me siento muy mal, me siento muy agobiada, no te puedo decir más”. Lo tapé con cosas personales sabiendo que en el fondo era una mezcla muy ligada a lo laboral que venía de la carga de atrás.”*  
(E16, mujer, 31 años, psicóloga)

La desprotección al trabajador y la burocratización que viven los trabajadores en esta etapa, son dos muestras claras del **estigma estructural**.

*“Yo tengo el caso de mi cuñado que al final renunció en Octubre y todavía es una licencia que no le pagan, en mi caso no porque con el Sindicato los convenios que hay es que te pagan la licencia pero tú obviamente tienes que hacer todo el trámite, ir a la empresa y decir que tú apelaste al COMPIN hiciste los papeles y todo, pero una alumna por ejemplo a la tercera o cuarta licencia si te la rechazan automáticamente te retienen el sueldo y tienes que sirva demostrar que apelaste al COMPIN y creo que ese factor también incide de alguna manera vas a empezar a verte complicada por el tema de ingreso.”*  
(E10, mujer, 41 años, trabajadora del área de servicios)

En esta etapa, se distingue el **estigma público** desde las personas involucradas que generan malestar en el entorno laboral, discriminación y hostigamiento laboral hacia la persona que manifiesta tener una enfermedad mental. Los entrevistados reciben amenazas por parte de la jefatura y de sus pares con el objetivo de que sigan trabajando.

*“Mi jefa me dijo “Es que tienes que pensar que tu trabajo te da de comer. Así que, si tu vuelves a pedir permiso, olvídate de volver.” Porque me dice que ya había tirado una licencia larga, que no podía tirar una licencia, recordándome la licencia anterior que había tirado psiquiátrica.”*  
(E4, mujer, 31 años, tecnóloga médica)

## **Implicancias del estigma identificadas en la etapa de diagnóstico**

Debido a la percepción deficiente de la atención médica, los trabajadores pierden la confianza en los profesionales de la salud, eso a la vez puede traer una falta de disposición por parte del trabajador e integrante del equipo de salud para desarrollar el proceso terapéutico.

El estigma familiar, en esta etapa lleva como consecuencias un desgaste emocional debido a la falta de apoyo y la falta de reconocimiento que juntamente con la pérdida de rol conducen al trabajador a un empeoramiento del pronóstico de su recuperación.

Asimismo, la discriminación hacia el trabajador, ya sea por parte de compañeros de trabajo y/o familiares trae como consecuencia el ocultamiento del diagnóstico pudiendo ser interpretado como estigma anticipatorio.

Las implicancias del estigma público se traducen en pérdida de rol y exclusión del trabajador, a la vez estas tienen como consecuencias el desgaste emocional, el empeoramiento del pronóstico y el ocultamiento del diagnóstico. Las amenazas que reciben los trabajadores en la fase del diagnóstico hace que los trabajadores se desmotivan y tienen bajas expectativas de mejora, hecho que muchas veces les despierta el deseo de retornar al trabajo sintiéndose obligados a postergar o abandonando el tratamiento.

La burocratización que existe en esta etapa del diagnóstico tiene como implicancias directas bajas expectativas de mejora, así como el retraso del tratamiento. Por otro lado, la

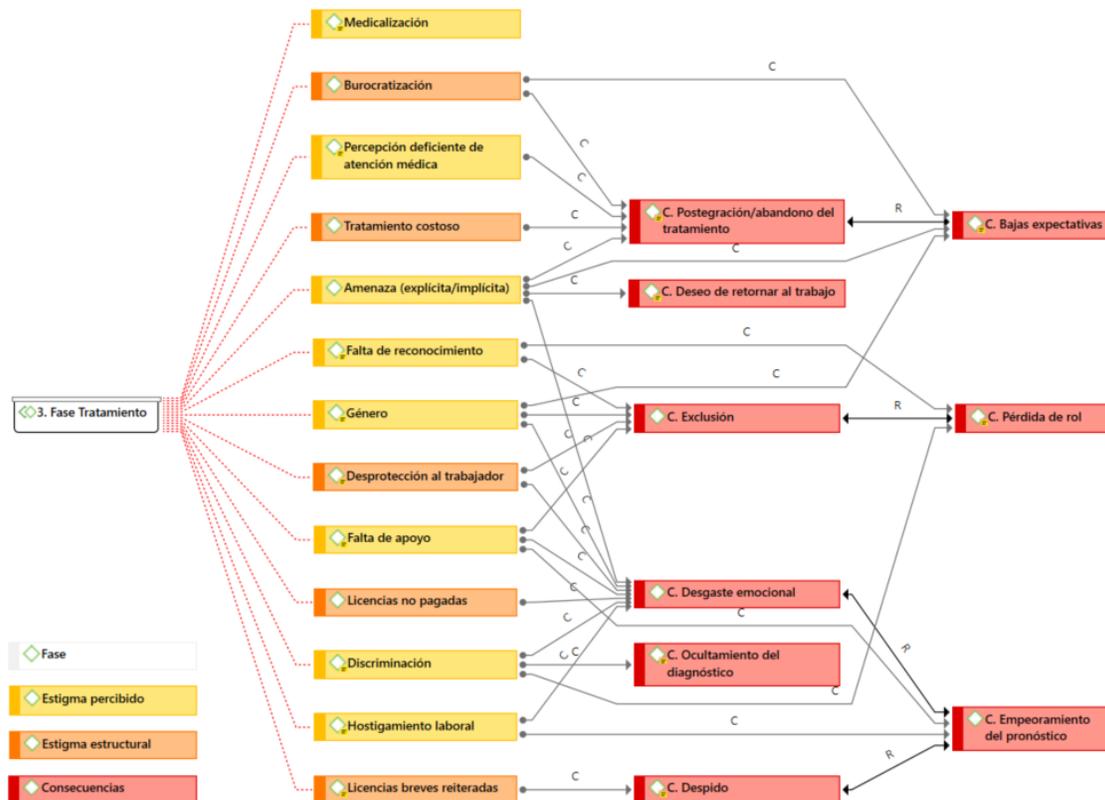
desprotección al trabajador, conlleva desgaste emocional y exclusión social. Ambos forman parte del estigma estructural.

Puede suceder que la persona afectada haya llegado oportunamente a su diagnóstico y tratamiento que puede evitar un empeoramiento de la afección. En otros casos podría haber consultado tarde, con manifestaciones más severas, pudiendo requerir ayuda de manera prolongada. Una dificultad adicional en este punto dice relación con que un diagnóstico oportuno no garantiza necesariamente que este sea preciso, ni que se realice un tratamiento oportuno y adecuado.

## Tercera etapa: Tratamiento

La tercera fase comprende las intervenciones y servicios a los que el trabajador tiene acceso, con el fin de paliar los síntomas y mejorar su estado de salud. Usualmente involucra la suspensión de la actividad laboral a través de licencias médicas que pueden ser renovadas de acuerdo a la evaluación de la evolución de la persona. Se podría considerar esta fase como una etapa intermedia del proceso de reintegro laboral, de duración variable según las condiciones en las que se encuentre la persona afectada.

Figura 5. Estigma en la etapa de tratamiento



Durante esta etapa identificamos la presencia de **estigma estructural, estigma de los profesionales, estigma anticipatorio, auto-estigma, estigma público y familiar**. Específicamente en relación a las licencias médicas, se percibió la dificultad que implica mantener la continuidad de un tratamiento específico y de la sensación de desprotección vivida por los usuarios. Esto podría desencadenar que las personas abandonen su tratamiento por el apremio económico de licencias médicas pagadas parcial o tardíamente, y en algunos casos rechazadas, lo que genera un potencial agravamiento del problema.

## Tipos de estigma identificados en la etapa de tratamiento

En esta etapa, se identifica el **estigma estructural**, desde las instituciones involucradas en este proceso. Las relaciones de poder que se establecen entre jefaturas y trabajadores llevan a que estos últimos se encuentren en una posición de desventaja. De acuerdo a los trabajadores, las licencias múltiples, en breve tiempo, generan tensión con sus pares y jefaturas, llegando incluso a hostigar al trabajador al punto de abandonar el tratamiento.

*“Mi jefa lo único que quería saber era cuándo volvía. Nada más”*  
(E4, mujer, 31 años, tecnólogo médico)

*“Me dijo que eso se pasaba trabajando, y que no tirara más licencia, porque necesitaba que yo volviera a trabajar. Y ahí tuve que volver a trabajar, en realidad. No seguí con los medicamentos, no seguí yendo al psiquiatra por lo mismo. Porque mi jefa dijo que eso era de gente loca.”*  
(E4, mujer, 31 años, tecnóloga médica)

*“Es una sensación, pero también uno lo ve, cuando alguien se toma licencia es como  
“ay, ya está con licencia médica”*  
(E1, Mujer, 33 años, profesional gestora de salud municipal)

En esta etapa, es posible observar que las empresas tratan de impedir el acceso de los trabajadores a los servicios de salud, presionando para que las personas retornen a su trabajo, o negándole en algunos casos el permiso para poder acceder a su tratamiento, lo que configura un escenario de amenazas, tanto implícitas como explícitas. Amparados en que el trabajador está obligado a cumplir con la jornada laboral al igual que el resto de trabajadores y que su situación puede tener consecuencias negativas para su estabilidad laboral. Es un hecho explícito de falta de apoyo laboral, y genera la sensación de desprotección con el potencial agravamiento de un problema de salud mental.

El hecho de que las licencias médicas sean pagadas con retraso puede ser una de las manifestaciones estructurales del estigma, cuya consecuencia es un castigo para aquellos que deciden denunciar a una empresa.

*“Fui como un mes más, y le dije al psiquiatra que no podía seguir yendo más, porque me estaban pidiendo en el trabajo que tenía que volver. Entonces me dijo que tenía que tratar de ir cada dos meses, y entonces al final ya lo fui postergando, y no fui más.”*  
(E4, mujer, 31 años, tecnóloga médica)

Adicionalmente, las personas que comienzan con su tratamiento desconfían de los equipos de salud y de la efectividad del tratamiento que son capaces de entregar. Más aún, las licencias médicas otorgadas por períodos breves de tiempo son percibidas por los trabajadores como una forma de presionarlos a volver al trabajo y como una demostración de desinterés de los tratantes en su recuperación. De ese modo, se manifiesta el **estigma de los profesionales** nuevamente en esta etapa. El abuso de los medicamentos con el objetivo de ocultar los

síntomas, sobre todo en etapas tempranas del desarrollo de la patología, pone de manifiesto el estigma anticipatorio y de los profesionales.

*“(…)si en los registros aparece un paciente con muchas licencias psiquiátricas entonces es absolutamente cierto que pasa a ser un paciente “cacho”, aunque su consulta en ese momento no sea precisamente algo psiquiátrico, pero generalmente se termina atribuyendo que viene el loco a consultar”*  
(E9, 40 años, médico de urgencia)

En base a lo anterior, se desprende también el **estigma anticipatorio**: los trabajadores suelen ocultar la causa de las licencias médicas y el tratamiento que siguen, para evitar ser etiquetados en su trabajo y asociados a una serie de estereotipos negativos en torno a las enfermedades mentales.

*“Entonces, yo creo que yo le admití a mis colegas que me estaba tomando la licencia por salud mental, cuando la licencia la renové como por tercera vez, en la segunda o tercera vez ya vi que la cuestión iba más para largo y ahí como que dije - no, no hay ninguna otra enfermedad que me vaya a dar una licencia durante tanto tiempo”*  
(E7, mujer, 28 años, profesora de enseñanza media)

El **auto-estigma** en esta etapa se manifiesta cuando las personas afectadas afrontan esta situación de forma individual, llegando a esconder su situación debido al estigma que han internalizado.

*“Era más el temor, lo conversaba con mi jefa de ‘¿qué van a decir?’ de que ‘esta no ha vuelto, está tirando licencia”*  
(E1, mujer, 33 años, profesional gestora de salud municipal)

También se observó **estigma público y familiar** durante la fase de tratamiento. Los trabajadores mencionan percibir falta de reconocimiento y de apoyo por parte de sus pares y jefaturas en el trabajo, así como en ocasiones por parte de familiares o pareja. También declaran sentir estrés al comunicar a la empresa su estado de salud, por efecto que puede tener tanto en su situación laboral, como en la forma en que pueda ser tratado en adelante. Se percibe hostigamiento y amenazas en la empresa por padecer una enfermedad mental. El temor y otras emociones negativas son consecuencia de la separación que se genera en el espacio laboral, en donde una vez experimentado un problema de salud mental (ya diagnosticado), se ha etiquetado la persona.

*“era totalmente intencionado, porque todos se daban cuenta y como eran un grupo de amigos, de mucha confianza con el jefe durante ese tiempo, los tres empezaron con esta dinámica. Me pedían cosas, después me pelaban, me aislaban a la hora de almuerzo, cosas así.”*  
(E1, mujer, funcionaria de atención primaria)

## **Implicancias del estigma identificadas en la etapa de tratamiento**

En esta etapa, el estigma estructural se traduce en desgaste emocional importante y en una permanente sensación de exclusión a causa de la desprotección y las amenazas que recibe el trabajador por parte de su empresa.

En el plano médico, existe falta de confianza en los equipos de salud y, en tanto el problema requiera de licencias médicas por salud mental (ya se trate de licencias breves reiteradas o prolongadas), es probable que la situación derive en la desvinculación laboral debido a las bajas expectativas que recaen sobre la persona.

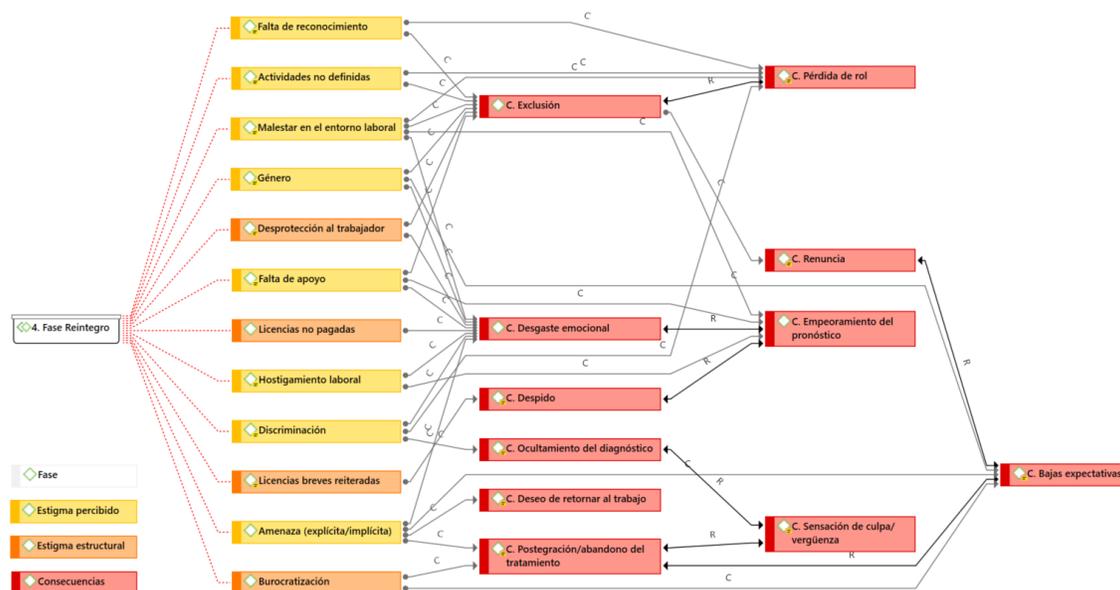
Una manifestación del estigma anticipatorio, dice relación con que para evitar ser etiquetados y discriminados, los trabajadores ocultan tanto los síntomas que desarrollan por la enfermedad, como el tratamiento por el que están pasando. Ligado a lo anterior, el auto-estigma genera que las personas se avergüencen por la carencia de apoyo social que han recibido y su falta de autoestima termina siendo una barrera para seguir con el tratamiento.

En estas circunstancias, las personas afectadas ven deterioradas sus relaciones sociales tanto en su trabajo como en su círculo más cercano (familiares, amigos, pareja); en otros casos pueden abandonar o suspender su tratamiento para no ver afectado su trabajo, induciendo potencialmente un empeoramiento del cuadro, recaídas, o recuperación parcial.

## Cuarta etapa: Reintegro laboral

Esta fase contempla la reincorporación del trabajador en su ambiente laboral habitual. En razón del tratamiento recibido, esta fase tiene una temporalidad variable, en la que en algunos casos cuando el tratamiento es breve, se puede interpretar como una vuelta forzada a retomar las actividades laborales, aun cuando en el entorno laboral no se han experimentado cambios sustantivos que apoyen el retorno pleno y seguro del trabajador. Mientras que, si el reintegro es luego de un periodo prolongado de tiempo, suele ocurrir que en el entorno laboral han “invisibilizado” la existencia de este trabajador, similar a si hubieran estado despedidos, pues pierden su rol, su espacio y la responsabilidad laboral asignada.

**Figura 5.** Estigma en la fase de reintegro laboral



Cabe destacar que en esta etapa, los trabajadores continúan experimentando una sensación de desprotección tanto por su jefatura como por sus pares de trabajo, debido a la falta de políticas laborales de protección en esta etapa. Se asume que el trabajador está en plenas facultades, por lo que a su reintegro dejó de ser sujeto de protección.

## Tipos del estigma identificados en la fase de reintegro laboral

En esta cuarta etapa, el **estigma estructural** se manifiesta cuando las personas se reintegran a sus trabajos y frecuentemente se reencuentran con el mismo entorno laboral que las enfermó, ya que hay escasez de políticas que protejan al trabajador de los factores de riesgo que desencadenaron la enfermedad. No existe seguimiento del puesto de trabajo tras el despido de los trabajadores. De este modo se perpetúan los puestos de trabajos riesgosos desde el punto de vista psicosocial.

Cuando existe una denuncia por enfermedad profesional, el escenario es aún más tenso, ya que interfiere con los intereses de la empresa o empleador, debilitando aún más las relaciones laborales entre pares y jefaturas. El trabajador en esta etapa, que se considera de vital importancia el buen acompañamiento para el pleno reintegro después de una licencia por salud mental, manifiesta haber vivido el proceso contrario al recomendado; desprotección por parte de la empresa al trabajador.

*“...Cuando llegué nadie sabía nada, nadie tenía idea que yo iba a volver. Fue como una sorpresa -- no sabían qué hacer conmigo, o sea, no lo esperaban que volviera entonces. Sin embargo, yo le había avisado a una persona que era ejecutivo de cargo mayor que mi licencia vencía en tal fecha, pero quizás pensaron que yo iba a renovar entonces no lo tomaron tan en cuenta y cuando llegué (...) me armaron un puesto. Estuve como tres días haciendo algo que no tenía como ninguna funcionalidad: era solamente para mantenernos ocupados mientras ellos veían qué hacer. Yo esperaba que dentro de esas posibilidades fuera que me despidieran”*  
(E15, hombre, 31 años, diseñador gráfico)

El **estigma estructural** también se refleja en esta etapa cuando a los trabajadores se les dan reiteradas licencias por salud mental y éstas son interpretadas por los empleadores como signo de mala voluntad del trabajador o son atribuidas a su género. La situación llega incluso a transformarse en **estigma público**, donde los trabajadores son aislados por sus pares y/o jefaturas, excluyéndolos de las actividades, negándoles información, entre otras actitudes hostiles de discriminación que generan malestar entre los propios trabajadores. Algunos trabajadores mencionaron incluso haber recibido amenazas por parte de sus jefaturas para retornar al trabajo. Si estas situaciones son frecuentes y aceptadas entre los pares, los trabajadores comienzan a culparse a sí mismos de los problemas, llegando incluso a aceptar y normalizar situaciones estigmatizantes, generando así **autoestigma**.

*“...Nadie hacía traspaso, yo iba y preguntaba ¿qué hay que hacer hoy día? Y me decían “esto” entonces no había una planificación del trabajo; era todos los días cosas distintas. Entonces yo me sentía, dentro de mi estructura, que soy bien cuadrada, que no tenía un objetivo claro. Era estar disponible para lo que surgiera, no estaba muy agradada con el trabajo...”*  
(E1, Mujer, 33 años, profesional gestora de salud municipal)

*“...Entonces yo me doy cuenta que la gente va traspasando información, porque le dijeron, y te van haciendo a un lado...”*  
(E5, Mujer, 48 años, técnico administrativo en salud, sector público)

## **Implicancias del estigma identificadas en la etapa de reintegro**

El estigma estructural atenta directamente contra el reintegro pleno del trabajador, generando que su recuperación sea parcial, o eventualmente empeorando su situación por retraumatización, debido a la desprotección que viven los trabajadores al retornar al trabajo después de una licencia por salud mental. Los trabajadores también comentan sufrir desgaste emocional en esta etapa debido a las licencias no pagadas.

En la etapa de reintegro laboral, se mantiene el trato diferenciado y paternalista, evidenciando así el estigma público. En esta etapa el estigma público tiene como consecuencias el desarrollo de otros cuadros de salud mental asociados al estrés del reintegro que empeoran el pronóstico debido al desgaste emocional que les provoca los sentimientos de aislamiento e insatisfacción laboral, el hostigamiento y la discriminación. Las amenazas por parte de la jefatura tienen como consecuencias el abandono del tratamiento debido al falso deseo obligado de retornar al trabajo.

Los trabajadores también mencionan que para evitar ser discriminados, estigma anticipatorio, ocultan el tratamiento que están haciendo.

Lamentablemente, la mayoría de los entrevistados relatan experiencias negativas en esta etapa del proceso. Los trabajadores recurren a la denuncia como una forma de forzar un acuerdo con el empleador y negociar una indemnización a cambio de una renuncia voluntaria. Sospechamos que este es un mecanismo frecuentemente utilizado para dar término a un conflicto laboral, instrumentalizando el sistema de protección de la salud de los trabajadores. En otros casos, directamente los trabajadores son despedidos por causar molestias en la empresa.

## Puntos prioritarios de intervención (OE 4)

Como se señaló en el capítulo de métodos, se desarrolló un grupo focal de expertos compuesto por profesionales del área de la salud ocupacional, así como trabajadores de otros rubros que experimentaron algún episodio de estigma en su trabajo quienes aceptaron la invitación. El perfil de los participantes (por orden de presentación en el registro “participante(P)-número”) comprende:

- Terapeuta ocupacional, coordinador de un COSAM y docente universitario, con 15 años de experiencia laboral atendiendo la salud mental de pacientes adultos e infanto juveniles.
- Profesional de diseño gráfico, quien tiene experiencia personal con estigma producto de una licencia médica por salud mental
- Administrador público, trabajador del sector público, quien fue invitado a partir de su experiencia personal con una licencia de salud mental en su trabajo.
- Nutricionista, director del CESFAM de una municipalidad rural, con experiencia en la gestión e implementación de políticas públicas y normas sobre licencias médicas, el proceso de reintegro y la promoción de un buen clima laboral, para profesionales, funcionarios y usuarios.
- Enfermero, especialista en salud mental, con experiencia en la psiquiatría comunitaria; ha trabajado en un CESAM, en una unidad psiquiátrica de corta estadía y en docencia universitaria.
- Publicista profesional, quien fue desvinculado producto de una licencia psiquiátrica y actualmente coordina recursos humanos de una agencia de publicidad importante.

En relación con las entrevistas individuales a expertos, el perfil de las dos personas entrevistadas fue:

- Médico, Magíster en Salud Pública, analista del departamento contencioso administrativo de la Superintendencia de Seguridad Social.
- Psicólogo, Magíster en Psicología del Trabajo y las Organizaciones y PhD(c); se ha desempeñado en el área de riesgos psicosociales del Instituto de Seguridad del Trabajo y ha investigado sobre el tema.

En base al grupo focal y las entrevistas en profundidad se realizó una priorización de intervenciones para todas las etapas de reintegro. Se consideraron modificaciones a corto, mediano y largo plazo. No se plantea, sin embargo, una jerarquía específica en relación con los puntos de intervención. Estos se presentan como un correlato en relación al tránsito en del proceso.

## Puntos prioritarios de la Etapa de pródromo

Aspectos a intervenir para facilitar que los trabajadores soliciten ayuda oportuna:

La búsqueda de ayuda es afectada por el estigma estructural que se expresa en un sistema de salud laboral desfavorable y poco flexible con los procesos de recuperación de los trabajadores. Además, se observa estigma anticipatorio, que se traduce en el temor del trabajador a iniciar el proceso de consulta por salud mental. De acuerdo a los participantes, el trabajador debería estar exento de preocupaciones respecto a aspectos administrativos como lo son la aprobación o denegación de las licencias médicas y de otros trámites burocráticos. Se requiere dar respaldo al trabajador por medio de un sistema legal y organizacional que 1) facilite el proceso de solicitud de ayuda, 2) permite un ajuste apropiado de las condiciones laborales a las necesidades del trabajo, y 3) disminuya el temor de los trabajadores a la hora de enfrentar un problema de salud mental. Entre los cambios que se han implementado en la actualidad, los participantes indicaron que las licencias médicas electrónicas pueden disminuir el tiempo de tramitación y facilitar el proceso de la misma.

Los participantes indicaron que para mejorar el proceso de búsqueda de ayuda se requiere considerar dos aspectos, uno político en relación al sistema de salud pública, y otro laboral, respecto a la organización de los espacios laborales.

En cuanto al punto político, del sistema de salud pública, se propone que el sistema dual de atención para el trabajador (salud mental laboral y salud mental general) sea unificado. Los tratamientos de salud mental general y salud laboral no debieran ser atendidos por entidades distintas. Si en el proceso de tratamiento en el sistema de salud mental general se identifican causas laborales, entonces es derivado a las mutualidades y el proceso de tratamiento inicia desde cero. Las Isapres no debieran aprobar licencias de salud laboral, debiese pasar todo por un organismo que reemplace al COMPIN. Los tratamientos y licencias médicas de salud mental laboral no debieran ser aprobados por los organismos administradores de la ley (OAL), dado que se percibe que hay conflicto en esta relación ya que las mutualidades son costeadas por las organizaciones empleadoras.

*“creo que las mutualidades no deberían calificar el origen de las patologías que debería ser una institución del Estado y las Mutualidades solo se dediquen a otorgar las prestaciones que corresponden eso para mí es fundamental, no puedes ser juez y parte es lo mismo que creo con las Isapres”*  
(Entrevista a experto)

Por otro lado, en cuanto a lo laboral, se propone que empleadores, altos mandos, y sindicatos de las organizaciones reciban formación/entrenamiento en torno a que es la salud mental, cuál es el impacto de los problemas de salud mental en los trabajadores, y qué rol cumplen ellos en su solución / abordaje. Además, la incorporación de protocolos sobre promoción de salud y de alarma temprana, permitirían por consecuencia mejorar el ambiente laboral y reducir los problemas de salud mental. La alarma temprana son sistemas de detección temprana, que permiten pesquisar que un trabajador se encuentra en riesgo de desarrollar un problema de

salud mental o un problema de salud/accidente laboral producto de condiciones personales que afectan su salud mental, de forma que este reciba una adecuación en sus funciones cotidianas o apoyo de salud mental oportuno. Estos sistemas permiten la detección temprana y una mejora en el pronóstico.

*“Se ha dado de empresas que se dedican a brindar espacios de esparcimiento, crossfit o lo que sea a las empresas los días viernes, pero nunca en ninguna empresa en la que yo he estado ha habido una especie de asesoramiento en los Aspectos más mentales psiquiátricos o de nivel interpersonal, como tú identificar que estas sobrepasado en pega.”*  
(Grupo focal. P6)

*“Coaching no hay, y si hay no es tan masivo, creo que eso sería una de las tantas acciones que se podrían realizar.”*  
(Grupo focal. P6)

Por otro lado, las capacitaciones existentes en las organizaciones ya sea por parte de sus departamentos de recursos humanos o impartidas por las mutualidades/SUSESO, no han logrado, en opinión de los expertos, que los trabajadores conozcan bien cuáles son los mecanismos para navegar en el sistema de salud mental y salud laboral, ni cuáles son los derechos laborales que cuentan con un respaldo legislativo. Es por ello que además de capacitaciones en salud mental debiese existir de forma regular y obligatoria formación sobre los derechos laborales del trabajador y el esquema de solicitud de apoyo para problemáticas de salud mental, como por ejemplo la forma de solicitar apoyo si es víctima de acoso laboral o apelar el rechazo de una licencia médica.

*“No sé cómo sucederá en todos los países, pero es una evidencia de que en Chile adolece de alfabetización en salud mental, en cuanto a lo que es entre el proceso de salud mental desde la base equivalente al proceso de enfermedad física”*  
(Grupo focal. P5)

En los entornos laborales se encuentra naturalizado que las personas sufran sobrecarga laboral. Adicionalmente, actividades para promover el bienestar y un ambiente positivo son insuficientes. Jefaturas y organizaciones raramente modifican/transforman el espacio laboral para disminuir sobrecarga. Por lo tanto, se requiere trabajo de educación y concientización respecto a la distribución de la carga laboral y a los conceptos de compromiso y productividad, así como al rol que cumple la organización para facilitar la mejoría de un trabajador con problemas de salud mental.

*“el tema de los comités paritarios y su rol como también y el rol que también tiene las empresas y las aseguradoras como las mutualidades de educar más a los trabajadores en relación a los temas de salud mental, como prevenir lo que hacen empresas en temas de prevención, por ejemplo, es poco considero yo”*  
(Entrevista a experto)

## Puntos prioritarios de las etapas de diagnóstico y tratamiento

Aspectos a intervenir para mejorar la experiencia de diagnóstico y tratamiento de los trabajadores:

Se requiere mejorar la atención del profesional tratante; se espera que sea más personalizada y centrada en la persona. La educación de médicos generales debería incorporar mejor capacidad para clasificar problemas de salud mental de índole laboral, y también para la entrega de información a las personas con diagnósticos de salud mental.

*“En salud mental primaria está pensado una atención mensual por el Psicólogo en 30 minutos, una atención del médico en salud mental en 12 entonces, 42 minutos en suma no sé qué impacto podría tener a nivel de la salud mental, también anexar, yo trabajo en un COSAM se lo protocolar y complejo que es acceder al nivel secundario que es donde está el especialista el Psiquiatra y también comentar que de repente los COSAM han perdido esa riqueza de atención que se visualizaba de una vez por semana psicólogo debido a la cantidad de gente que se tiene que atender en estándares y al final terminan dando la misma atención que se da en atención primaria que tampoco tiene un gran impacto y como se ha vuelto atrás a la psiquiatrización en el fondo porque todo gira en torno al medicamento diagnóstico y atención del psiquiatra olvidándose de aspectos que tiene que ver con componentes psicosociales que muchas veces son la base gatillarte de las situaciones de salud mental de los sujetos”*  
(Grupo focal. P1)

*“la formación de médica en salud ocupacional creo que debería existir, no solo como diplomado o cosas así sino que como una especialidad, salud ocupacional así como hay médicos internistas, psiquiatras deberían haber médicos de salud ocupacional”*  
(Entrevista a experto)

Entregar al trabajador información en torno a su diagnóstico, tratamiento y potenciales acciones a tomar para mejorar su estado de salud. Información clara puede evitar recaídas.

*“Un va a la atención psiquiátrica y termina de dar todas las charlas, soñé con la pega, tiene elementos típicos, pero no te dicen cuáles son los factores esenciales o principales por los que estás pasando por un trastorno, te pasan la licencia o la pastilla, tómatela por dos meses y ven a verme al cuarto mes y uno queda ahí entonces al final que pasa uno recurre a la fuente universal que es Wikipedia o google y encuentras muchos errores.”*  
(Grupo focal. P6)

Evaluación integral para entender la complejidad del problema. Mayor precisión para conceptualizar y distinguir condiciones de salud y salud mental laboral. Esto es clave para determinar el tipo de abordaje terapéutico.

*“Se habla de riesgos asociados a un trabajo, quizás los riesgos físicos a tener un accidente, o de enfermarse en una jornada laboral pero no hay un análisis equivalente sobre los riesgos en cuanto a lo relacional”*  
(Grupo focal. P5)

La licencia médica cumple una función terapéutica, por tanto, se debe acompañar de otras formas de intervención, tales como psicoterapia, un manejo farmacológico adecuado y apoyo multidisciplinario (terapeuta ocupacional, psicólogo, etc.). El proceso de entrega y monitoreo de licencias debe considerar una serie de aspectos, como terapia psicosocial y farmacológica, y no limitarse exclusivamente a mantener al trabajador fuera del espacio laboral.

*“por qué después de un mes esta persona sigue en reposo laboral si los fármacos en general con 3 semanas es suficiente, cuál es el rol terapéutico que está cumpliendo esta licencia aparte de alejarlo de su trabajo (...) médicamente como vas a atender a una persona 180 días dándole sertralina sin haber hecho ningún ajuste farmacológico sin terapia psicológica y notificar al GES ¿qué hiciste tú? no hiciste nada, no hay un rol terapéutico y la licencia tiene que tener un rol la tienes que extender para algo”*  
(Entrevista a experto)

Facilitar que los trabajadores tengan acceso oportuno y completo a su historial si desean cambiar de ISAPRE. Esto evitaría complicaciones cuando se solicite asistencia y mejoraría la protección del trabajador afectado.

Revisar aspectos de confidencialidad y transmisión de información acerca del trabajador entre instituciones de salud. Muchos trabajadores son discriminados por “preexistencia” luego de consultar por un problema de salud mental.

## Puntos prioritarios de la Etapa de reintegro

Aspectos a intervenir para mejorar el proceso de reintegro laboral luego de una licencia médica:

Legislación que asegure un reintegro progresivo y acorde a las necesidades del trabajador. En la actualidad, esto se encuentra sujeto a un “acuerdo” informal entre empleador y trabajador. Un nuevo “Plan de reinserción laboral” para personas tras una licencia médica u orden de reposo médico, es posible de conseguir por medio de una circular que contenga componentes estipulados, plazos y fiscalización.

*“orientaciones y con respecto al reintegro insisto en lo que planteaba al principio, en salud mental debería haber un periodo de acompañamiento, un periodo de reintegro progresivo que tuviera que ver con la capacidad de sujeto de poder volver a involucrarse en actividades laborales de poder volver a mirar perspectivas inclusivas”*  
(Grupo focal. P1)

*“Que alguien que se tomó una licencia en su reintegro tenga que ser progresivo y a tolerancia que siga manteniendo algún acompañamiento, que vaya consultando y mirando cómo ha sido este proceso de volver a reintegrarse a sus actividades laborales creo que eso sería prioritario”*  
(Grupo focal. P1)

*“Creo que las posibilidades de poder establecer ciertos mínimos para el momento del reintegro de una persona es absolutamente factible, a través de circulares”*  
(Entrevista a experto)

Promover el reintegro del trabajador por medio de educación en salud mental y acompañamiento para todos los trabajadores. Se sugiere para ello el desarrollo de un plan o protocolo para un reintegro progresivo. Un reintegro progresivo debiese contemplar que una vez terminadas las licencias médicas, exista una reincorporación por etapas, en donde el cumplimiento de funciones sea de acuerdo a la capacidad y etapa de tratamiento. Se espera que el trabajador vuelva a cumplir las funciones regulares a su cargo, pero sin que este proceso paulatino afecte su sueldo o permanencia en el espacio laboral.

*“Los jefes míos no están capacitados tampoco y eso es porque en su formación nunca les enseñaron la importancia que tienen todos los aspectos de salud mental, lo digo como Jefe que soy, como empleado que fui que sufrió crisis de stress.”*  
(Grupo focal. P6)

*“La formación médica en salud ocupacional porque creo que debería existir, no solo como diplomado o cosas así, sino que, como una especialidad, salud ocupacional, así como hay médicos internistas, psiquiatras debería haber médicos de salud ocupacional”*  
(Entrevista a experto)

Cuando se trata de problemas de salud mental causados por el espacio laboral, se deben facilitar medidas como el cambio de departamento o área en el que el trabajador desempeña sus funciones.

Capacitación y/o formación para todos los miembros de la institución respecto al reintegro laboral de una persona que ha tenido una licencia por salud mental general o salud mental laboral. Esto debe considerar etapas, barreras, facilitadores, y objetivos a corto y mediano plazo.

## CONCLUSIONES

En todas las etapas del proceso de reintegro laboral se identificaron situaciones estigmatizantes hacia los trabajadores. A lo largo del proceso las manifestaciones del estigma aumentan, llegando a consecuencias que obstaculizan la reincorporación del trabajador al puesto de trabajo.

Se trata de un problema que se manifiesta antes del proceso de reintegro pero que resulta complejo de abordar en toda su dimensión cuando las dificultades proyectan un escenario de incertidumbre y temor de poder revertir una apreciación adversa en las personas afectadas.

Entre los tipos de estigma que están más presentes y que generan mayores dificultades para los trabajadores, están el estigma estructural –particularmente el subtipo de estigma desde los profesionales de la salud– y el estigma anticipatorio. Lamentablemente, tal como está estructurado ahora, el proceso de reintegro laboral en lugar de disminuir, amplifica el estigma hacia la enfermedad mental que sienten los trabajadores afectados, frustrando el proceso del reintegro laboral en cada una de sus etapas, pudiendo empeorar su estabilidad mental.

Las personas que logran reincorporarse al trabajo, suelen encontrarse con las mismas dificultades que lo llevaron a enfermar. Se reencuentran con el mismo entorno laboral con ciertas tensiones añadidas entre sus pares y jefatura debido a sus licencias médicas acumuladas. Esto se podría revertir con una mayor protección por parte de las empresas hacia el trabajador que se reincorpora después de una licencia por una enfermedad mental a través de políticas de empresa.

Para garantizar la reincorporación efectiva al trabajo y la recuperación integral de los trabajadores, se requiere tomar medidas en contra de la estigmatización de los trabajadores tras una licencia por salud mental. Es importante destacar que varias de las manifestaciones del estigma identificadas son posibles de abordar.

El abordaje del problema comprende dos dimensiones relevantes: una dimensión estructural que comprende la revisión de la legislación a efectos de proporcionar protección a las personas ya reintegradas al trabajo. Asimismo, se reconoce una dimensión organizacional, particularmente sensible, por los alcances que pueden tener los cambios que se realicen para evitar episodios de estigma hacia personas que han presentado un problema de salud mental en su trabajo.

El desarrollo del proyecto transitó desde la perspectiva del usuario y las manifestaciones que tuvieran relación con alguna forma de estigma, y dada la complejidad del problema se trata de una interpretación en medio de un entorno de pandemia que experimentó cambios importantes durante su desarrollo, lo que agregó un componente profundamente difícil de dimensionar prematuramente como por ejemplo el trabajo a distancia.

En base de las entrevistas realizadas, es necesario seguir profundizando la visión de los empleadores respecto del estigma presente en el proceso de reintegro laboral. Se puede elaborar una apreciación en base a las entrevistas de trabajadores, pero es relevante profundizar en la definición en el marco de aceleraciones importantes en la forma de trabajar que permita identificar los puntos prioritarios para una intervención del estigma en el proceso de reintegro laboral.

Es importante hacer el alcance que en esta última etapa del estudio no se hizo alusión al estigma asociado a temas de género, ya que por diversos motivos no participaron mujeres en el grupo focal, aun cuando fueron invitadas. Creemos que es relevante abordar el fenómeno del estigma desde la perspectiva de género, en tanto puede representar una línea de investigación que puede enriquecer el conocimiento sobre el problema.

## Bibliografía

- (1) Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. (2013) Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*;382(9904):1575-1586.
- (2) Group LGMH (2007) Scale up services for mental disorders: a call for action. *The Lancet*; 370(9594):1241-1252.
- (3) Echeverría M (2007): El reconocimiento de los trastornos de la salud mental en el trabajo en Chile.
- (4) Ministerio de Salud. (2011) Primera Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida de Los Trabajadores Y Trabajadoras en Chile (Enets 2009-2010). Informe Interinstitucional. Ministerio de Salud, Dirección del Trabajo, Instituto de Seguridad Laboral.
- (5) Ministerio de Salud. (2017) Enfermedades mentales de origen laboral representan cerca de 50.000 días perdidos al año en Chile [Internet]. Visitado 2018 mayo 27. Disponible en: <http://www.minsal.cl/enfermedades-mentales-de-origen-laboral-representan-cerca-de-50-000-dias-perdidos-al-ano-en-chile/>.
- (6) Fonasa – SIS – SUSESO. (2016) Estadísticas de licencias médicas y subsidio por incapacidad laboral [Internet]. Visitado 2018 7 junio. Disponible en: <https://fonasa.cl/sites/fonasa/noticias/2017/09/13/principales-causas-de-licencias-medicas.html?from=beneficiarios>
- (7) Royal College of Psychiatrists. (2008) Mental Health and Work.. Disponible de: [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/212266/hwwb-mental-health-and-work.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/212266/hwwb-mental-health-and-work.pdf).
- (8) Link B, Bruce P, Francis T, Patrick E. (1989) A Modified Labeling Theory Approach to Mental Disorders : An Empirical Assessment.
- (9) Goffman E. (1963) Estigma: La Identidad Deteriorada. 1a ed. Amorrortu editores;. 1-172 p.
- (10) Link BG, Phelan JC. (2001) Conceptualizing Stigma. *Annu Rev Sociol.*;27:363–85.
- (11) Muñoz, Manuel; Pérez, Eloisa; Crespo MGA. (2009) Estigma y enfermedad mental. Primera Ed. Madrid: Editorial Complutense.
- (12) Corrigan P. (2004) How stigma interferes with mental health care. *Am Psychol.* 59(7):614–25.

- (13) Garrido, P., Ansoleaga, M., Tomicic, A., Domínguez, C., Castillo, S., Lucero, C., & Martínez, C. (2013). Afecciones de Salud Mental y el Proceso de Retorno al Trabajo: una Revisión Sistemática. *Ciencia & Trabajo*, 48, 105-113.
- (14) Ansoleaga et. al (2014): Indicadores de efectividad en intervenciones para el reintegro al trabajo en trabajadores con patologías de salud mental calificadas de origen laboral
- (15) MacDonald-Wilson, K. (2005) Managing disclosure of psychiatric disabilities to employers. *Journal of Applied Rehabilitation Counselling* 36, 11-21).
- (16) Haslam, C., Atkinson, S., Brown, S.S. & Haslam, R.A. (2005) Anxiety and depression in the workplace: effects on the individual and organisation (a focus group investigation). *Journal of Affective Disorders* 88, 209-15.
- (17) Herman, NJ & Smith, CM (1989) Mental hospital depopulation in Canada: Patient perspectives. *Canadian Journal of Psychiatry* 34, 386-91
- (18) Jorge Chuaqui: (2005) El estigma en la esquizofrenia. *Ciencias Sociales Online*, Vol. II, No. 1 (45 - 66). Universidad de Viña del Mar-Chile
- (19) Ansoleaga E, Martínez C, Garrido P, Tomicic A, Lucero C, Castillo S, Domínguez C. (2014) Informe Final de Proyecto de Investigación P0126-2012: Indicadores de efectividad en intervenciones para el reintegro al trabajo en trabajadores con patología de salud mental calificadas de origen laboral. Disponible en: [http://www.achs.cl/portal/fucyt/Documents/Proyectos/P0126\\_Ansoleaga\\_Informe-final-de-Proyecto-Reintegro-al-Trabajo\\_110914.pdf](http://www.achs.cl/portal/fucyt/Documents/Proyectos/P0126_Ansoleaga_Informe-final-de-Proyecto-Reintegro-al-Trabajo_110914.pdf).
- (20) Ansoleaga E, Garrido P, Lucero C, Martínez C, Tomici A, Domínguez C, Castillo S. (2014) Guía de orientación para el reintegro laboral de trabajadores/as con diagnóstico de patología mental calificado de origen laboral.. Disponible en: <http://midap.org/wp-content/uploads/2015/06/Guia-Salud-Laboral.pdf>
- (21) Glaser, B. G. y Straus, A.L. (1967): *The Discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research*. Aldine, New York.
- (22) Trinidad, A., Carrero, V., & Soriano, R. (2006). Cuadernos metodológicos (nº 37) Teoría fundamentada “Grounded Theory”. La construcción de la teoría a través del análisis interpretacional.
- (23) Sbaraini, A., Carter, S. M., Evans, R. W., & Blinkhorn, A. (2011). How to do a grounded theory study: a worked example of a study of dental practices. *BMC Medical Research Methodology*, 11, 128. <http://doi.org/10.1186/1471-2288-11-128>
- (24) Link BG, Phelan JC. (2001) Conceptualizing Stigma. *Annu Rev Sociol.*;27:363–85.

- (25) De Gialdino, I. V. (2006). La investigación cualitativa. Estrategias de investigación cualitativa, 23-64.
- (26) Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 27(1), 363-385.
- (27) Glaser, B. G. (1965). The constant comparative method of qualitative analysis. *Social problems*, 12(4), 436-445.
- (28) Dworkin, S.L. (2012 dic). Sample size policy for qualitative studies using in-depth interviews. *Archives of Sexual Behavior*, 41(6):1319-1320.
- (29) De Gialdino, I. V. (2006). La investigación cualitativa. *Estrategias de investigación cualitativa*, 23-64.
- (30) SUSESO (2015) Análisis de licencias médicas por enfermedades mentales de origen común. Disponible en <https://www.suseso.cl/607/w3-article-18996.html>
- (31) Calvente, M. G., & Rodríguez, I. M. (2000). El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Aten Primaria*, 25, 181-186.
- (32) Lapuente Álvarez, Isidro. (2017). La Teoría Fundamentada como metodología cualitativa de calidad en la investigación en las ciencias del deporte. Ejemplo de aplicación práctica en una investigación sociodeportiva. *Rev. ODEP*. Vol. 3. Num. 1. ISSN 0719-5729, pp. 154-181.
- (33) Okuda Benavides, Mayumi, Gómez-Restrepo, Carlos, (2005) Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría* [en línea], XXXIV [Fecha de consulta: 15 de junio de 2018]  
Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80628403009>> ISSN 0034-7450

## Anexos

### Consentimiento informado; Pauta general de preguntas; Invitación;

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

***"IMPLICANCIAS DEL ESTIGMA EN EL PROCESO DE REINTEGRACIÓN LABORAL DE TRABAJADORES CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN CHILE: UN ANÁLISIS DE SUS MANIFESTACIONES Y PUNTOS PRIORITARIOS DE INTERVENCIÓN."***

Investigador Principal: Eric Tapia Escobar, Sociólogo.

*Este formulario de consentimiento puede contener algunas palabras que usted eventualmente no entienda. Por favor pida explicación a uno de los integrantes del grupo de investigación para que lo asesore. Antes de tomar la decisión de participar en la investigación, lea cuidadosamente este formulario de consentimiento y discuta cualquier inquietud que usted tenga con el investigador.*

1. Usted ha sido invitado a participar en un proyecto de investigación, bajo la supervisión del investigador principal Eric Tapia Escobar, en el proyecto titulado *"Implicancias del estigma en el proceso de reintegración laboral de trabajadores con problemas de salud mental en Chile: un análisis de sus manifestaciones y puntos prioritarios de intervención."* cuyo objetivo es conocer la experiencia de personas involucradas en el proceso de reincorporación al trabajo de un trabajador tras una licencia por salud mental, identificar puntos prioritarios de intervención y posibles soluciones a este problema.
2. Tipo de Intervención de Investigación y procedimientos: El procedimiento consiste en una entrevista, agendada con anticipación, realizada por uno o más integrantes del equipo de investigación, cuyo tema central será conocer su experiencia sobre el proceso de reincorporación al trabajo luego de una licencia médica por salud mental. Dicha entrevista será registrada en formato de audio y tomará un tiempo aproximado de una hora. En caso que no fuera posible efectuar una entrevista presencial, esta podrá efectuarse mediante una llamada telefónica o video llamada, registrada en formato de audio y asegurando el cumplimiento de confidencialidad.
3. Selección de participantes: El/la participante de este estudio podrá ser cualquier actor clave involucrado en el proceso de reincorporación de un trabajador luego de una licencia por salud mental, tales como responsables institucionales, equipos tratantes o los mismos trabajadores que hayan tenido esta experiencia, incluyendo familiares o compañeros de trabajo.
4. Participación Voluntaria: Su participación en esta investigación es absolutamente voluntaria. Puede realizar todas las preguntas que considere pertinentes y tomarse todo el tiempo que desee antes de tomar la decisión de participar o no participar en el estudio.
5. Efectos Secundarios y/o Riesgos: Durante el desarrollo de la entrevista, podrían surgir temas de conversación que a Ud. no le gusten o de los que no quiera hablar porque podrían traerle malos recuerdos o hacerle sentir incómodo. Frente a una situación de este tipo, Ud. es libre de no contestar, pedirle al entrevistador que pase al siguiente tema o retirarse del estudio en el momento que Ud. lo desee. Cualquier otra consecuencia que Ud. crea se deba a su participación en la entrevista, deberá comunicarlo al investigador principal
6. Beneficios: Su participación en este estudio será muy importante, dado que nos permitirá estudiar el fenómeno del estigma en el proceso de reincorporación al trabajo e identificar puntos de intervención que permitan abordar este problema.

7. Incentivos: Ud. no recibirá compensación económica por su participación en el estudio. Sin embargo, en caso de que la entrevista realizada implicara algún gasto de tipo monetario, este será reembolsado.
8. Confidencialidad: Toda la información derivada de su participación en este estudio, será conservada bajo estricta confidencialidad en dependencias de la Universidad. Las grabaciones serán almacenadas en un computador protegido por contraseña y sin conexión a internet, al cual sólo personal autorizado tendrá acceso. Las grabaciones luego serán transcritas por un profesional, quien reemplazará todos los nombres por un seudónimo, y se modificará cualquier otra información que permita conocer la identidad del participante. De esta forma, garantizamos que todo el material de trabajo, así como cualquier publicación o comunicación científica, serán completamente anónimas.
9. Derecho a negarse o retirarse: Dado que la participación en este estudio es totalmente voluntaria, tiene el derecho de negarse a participar. Asimismo, si en un primer momento acepta participar y luego desiste de su decisión, usted tiene el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento. En cualquiera de estos casos, su decisión será respetada y no tendrá ninguna consecuencia.
10. Quién Contactar: Para resolver cualquier duda que pueda tener antes, durante o después de estudio, por favor contactar a Eric Tapia Escobar (Investigador Principal) por cualquiera de los siguientes medios:
  - a. Teléfono: 957187555
  - b. Correo: [erictapiaescobar@ug.uchile.cl](mailto:erictapiaescobar@ug.uchile.cl)
  - c. Dirección: Independencia #939, Santiago

La presente propuesta ha sido aprobada por el Comité de Ética Científico de Mutua de Seguridad C.Ch.C. Información de contacto del CEC: [cec@mutual.cl](mailto:cec@mutual.cl) Fono: 227879414

*He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico u de otro tipo.*

Nombre del participante

.....Firma.....

Nombre de quien toma el consentimiento informado:

.....Firma.....

Fecha: .....

## Pauta general de preguntas

### Pauta general

#### Perfil entrevistado

Trabajador/a  
Empleador  
Experto

#### Relato general - libre

##### Trabajadores

- Contexto de desempeño y temporal (cuando ocurrió)
- Relato inicial-primeros malestares hasta consulta
- Descripción de la atención médica
- Proceso de reintegro
- General - Relaciones laborales, familiares
- Dificultades – desprotección laboral
- Aspectos que deberían cambiar

##### Empleadores

- Contexto de desempeño
- Percepción sobre problemas de salud mental en el trabajo
- Experiencia cercana
- Protección-desprotección laboral
- Enfermedades mentales en – y a causa del trabajo
- Relaciones laborales
- Futuras mejoras

##### Experto-profesional

- Contexto de desempeño
- Percepción sobre problemas de salud mental en el trabajo
- Experiencia cercana y de pares
- Atención médica de profesionales
- Problemas asociados a licencias
- Posibles mejoras

## Invitación grupo focal



Día-mes-2021

**Eric Tapia Escobar**  
Investigador  
Presente.

**REF: Invitación a actividad grupal de personas clave para una jornada de conversación sobre temas de salud ocupacional**

Nuestro equipo investigador<sup>1</sup> está realizando un análisis de las implicancias del estigma hacia trabajadores/as con problemas de salud mental, que se reintegran a su trabajo luego de solicitar una licencia médica de este tipo. Se trata de una investigación en el marco de Proyectos de Investigación e Innovación en Prevención de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de la SUSESO.

Parte fundamental de sus resultados comprende el análisis de los puntos prioritarios de intervención de este fenómeno. Cabe señalar que su abordaje en el contexto de la salud mental ocupacional ha revestido –aún, escaso desarrollo en Chile y Latinoamérica

La actividad se realizará a través de una plataforma online, el **fecha-hora**, y tendrá una duración de 90 minutos aproximadamente. Consistirá en una breve introducción de los principales hallazgos encontrados -la información se enviará con antelación) y un diálogo guiado en base a preguntas, que permitirá ir definiendo estrategias y prioridades basadas en la experiencia de los participantes.

Cabe señalar que su participación es voluntaria, se adjunta para ello un consentimiento informado; no se divulgará información alguna respecto a la identidad de los participantes; y toda la información derivada de la participación de los actores clave será conservada bajo estricta confidencialidad y se utilizará solamente para fines de este estudio.

Esperamos contar con su valiosa participación.

**Eric Tapia Escobar**  
Responsable equipo investigador

---

<sup>1</sup> Maria Gispert, Socióloga, Mg en Intervención comunitaria; Tamara Tapia, Psicóloga, Mg en Epidemiología; Sara Schilling, Ba. Mg en Salud Pública; Sergio Malverde, Sociólogo; Franco Mascayano, Psicólogo, Mg en Salud Pública y PhD; y Eric Tapia Escobar, Sociólogo, académico, Mg. Salud Pública.