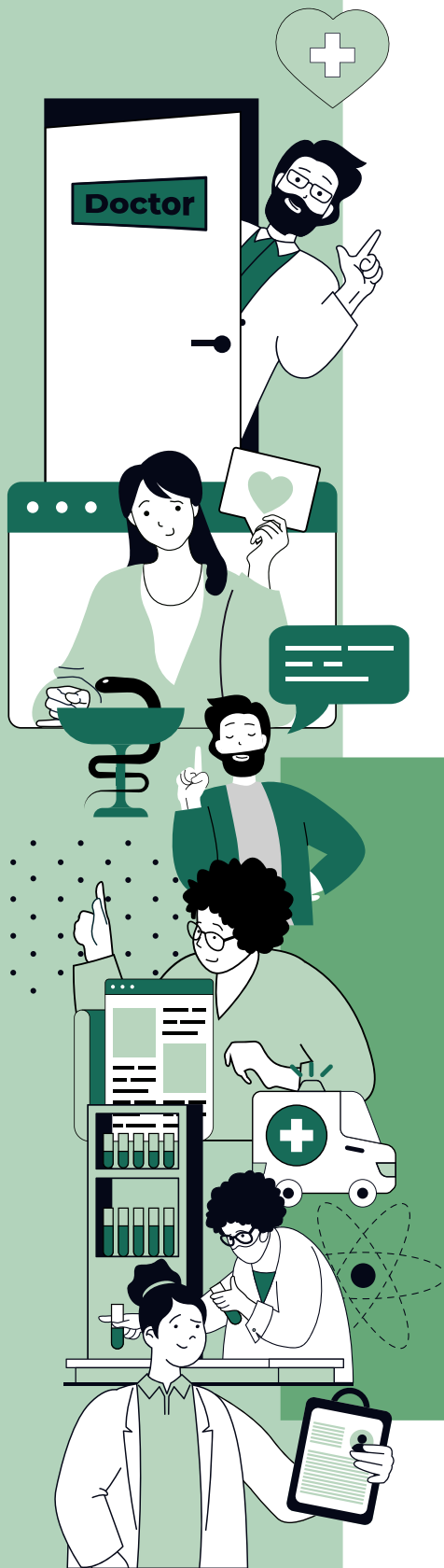
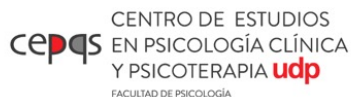




GUÍA DE ORIENTACIÓN PARA EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE PERSONAS TRABAJADORAS CON PATOLOGÍAS DE SALUD MENTAL LABORAL



PROGRAMA DE ESTUDIOS
PSICOSOCIALES DEL
TRABAJO **udp**



Autoras y autor

Alemka Tomicic

Doctora en Psicología, Investigadora del Centro de Estudios en Psicología Clínica y Psicoterapia (CEPPS) de la Universidad Diego Portales. Directora Alterna Instituto Milenio para la investigación en Depresión y Personalidad.

Felipe Pérez

Magíster en Políticas Públicas, Investigador del Programa de Estudios Psicosociales del Trabajo, Universidad Diego Portales.

Elisa Ansoleaga

Doctora en Salud Pública, Investigadora del Programa de Estudios Psicosociales del Trabajo, Universidad Diego Portales.

Malena Ledo

Psicóloga, Investigadora del Programa de Estudios Psicosociales del Trabajo, Universidad Diego Portales.

Natalia Gavilán

Máster en Intervención Psicológica en Niños y Adolescentes, Investigadora del Programa de Estudios Psicosociales del Trabajo, Universidad Diego Portales.



Agradecimientos

Agradecemos la valiosa colaboración y compromiso de quienes han contribuido al desarrollo de esta guía. En particular, reconocemos a Paulina Torres y Cristián Villarroel, del Departamento de Salud Ocupacional del Ministerio de Salud de Chile, por haber impulsado esta línea de trabajo y promover su desarrollo.

En especial, reconocemos al equipo de trabajo de la Asociación Chilena de Seguridad (Achs). En particular, a Laura Torres, Médica Coordinadora de Atención Primaria, y a Macarena Ramos, Médica Asesora de Salud Ocupacional, quienes aportaron significativamente a este proceso al permitirnos conocer en profundidad la experiencia de los equipos que trabajan en este ámbito.

Asimismo, agradecemos a María Teresa Araya, Coordinadora de Salud Mental de la Mutua de Seguridad de la Cámara Chilena de la Construcción, por su permanente disposición y por el seguimiento cercano de este trabajo, siempre orientado a fortalecer la labor de los equipos tratantes y el bienestar de las y los trabajadores.

Además, destacamos especialmente a Sandra Herrera, cuya experiencia, dedicación y constante preocupación por la salud de las y los trabajadores del país han sido un aporte clave en la elaboración de esta guía.

Agradecemos también, de manera muy especial, a las y los profesionales que participaron en las entrevistas y compartieron generosamente sus experiencias, reflexiones y aprendizajes en el trabajo clínico psicológico y psicoterapéutico en el contexto de la salud mental ocupacional. Sus perspectivas y trayectorias contribuyen sustantivamente con las orientaciones de esta guía.

Del mismo modo, expresamos nuestro reconocimiento a la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) por su apoyo institucional, el diálogo sostenido durante este proceso y su compromiso con el resguardo de la seguridad social, la salud ocupacional y el bienestar de las y los trabajadores del país. Esta guía fue desarrollada en el marco del Proyecto 324-2024, financiado por la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), cuyo apoyo hizo posible la ejecución de esta iniciativa.

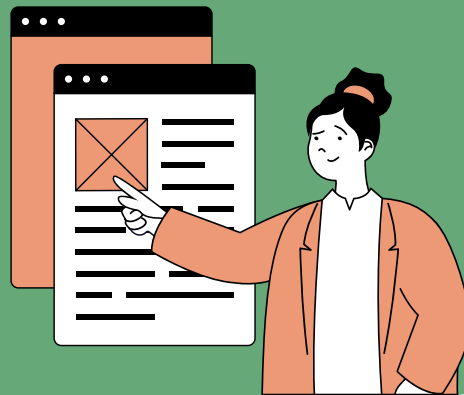
A todas y todos, muchas gracias por su compromiso con el fortalecimiento de la salud mental laboral en Chile.



Índice

1. Presentación	5
1.1. ¿Qué es esta guía?	5
1.2. ¿Para qué sirve?	6
1.3. ¿Cómo se elaboró, quiénes participaron y qué datos se emplearon?	7
1.4. ¿A quién está dirigida?	8
2. Antecedentes	9
2.1. Relevancia de los riesgos psicosociales en el trabajo	9
2.2. La salud mental laboral en Chile	10
2.3. Enfermedad profesional y salud mental laboral	11
3. Perfil: Paciente en un seguro de trabajo	12
3.1. Perfil Clínico-Legal	12
3.2. Perfil sociodemográfico-laboral	13
4. Psicoterapia culturalmente competente en salud mental laboral	15
5. Intervención psicológica y psicoterapia focalizada en lo laboral	16
6. Orientaciones para la intervención clínica psicológica y psicoterapéutica	19
6.1. Marco organizador: el Modelo Genérico de Psicoterapia	19
6.2. Determinantes del proceso psicoterapéutico en contextos laborales	19
6.3. Constituyentes de una intervención clínica psicológica y psicoterapéutica orientada a lo laboral	22
6.4. Resultados de la intervención clínica en salud mental ocupacional	23
6.4.1. Resultados sintomáticos	23
6.4.2. Capacidad laboral y funcionamiento vinculado al trabajo	23
6.4.3. Autoeficacia para el retorno y reintegro al trabajo	23
6.4.4. Retorno y reintegro al trabajo	23
6.4.5. Sostenibilidad del retorno y calidad de vida	24
6.5. Seguimiento y monitoreo del proceso: el Routine Outcome Monitoring (ROM)	25
6.5.1. Qué es el ROM y por qué incorporarlo	25
6.5.2. Qué medir: pool de variables sugeridas	25
6.5.3. El seguimiento como herramienta para la mejora de la intervención	28
6.5.4. Consideraciones para la implementación	28
7. Referencias bibliográficas	29
8. Glosario	31

1. Presentación



1.1. ¿Qué es esta guía?

La presente guía constituye un **instrumento de orientación clínica para el abordaje de las enfermedades de salud mental de origen laboral**, orientado a apoyar la toma de decisiones de los equipos tratantes en el contexto de los organismos administradores del seguro de la Ley N° 16.744. Su propósito es integrar de manera sistemática la evidencia científica disponible, la experiencia clínica y el conocimiento del sistema de salud laboral chileno, con el fin de fortalecer la pertinencia y la efectividad de las intervenciones.

En este marco, la guía **ofrece orientaciones basadas en evidencia** para la evaluación e intervención clínica, promoviendo la incorporación del contexto laboral como componente central del proceso terapéutico. Asimismo, busca favorecer resultados clínicos eficaces y el retorno al trabajo en condiciones adecuadas, a partir de una comprensión integral de los casos que reconoce la multicausalidad de estas patologías y la necesidad de articular las dimensiones clínicas y laborales en su abordaje.

Desde el punto de vista metodológico, esta guía se sustenta en una perspectiva de práctica basada en la evidencia, entendida como la integración de la evidencia científica disponible con la experiencia clínica y las características de cada caso. A su vez, se avanza hacia una práctica orientada por la evidencia, que reconoce la necesidad de adaptar dichas orientaciones a contextos específicos de atención, evitando una aplicación rígida y descontextualizada de los lineamientos generales.

En relación con la farmacoterapia, esta guía no establece orientaciones específicas sobre medicación ni sobre protocolos de prescripción farmacológica, materias que corresponden al juicio clínico y a la competencia profesional de las y los médicos tratantes, particularmente de la especialidad psiquiátrica, de acuerdo con la normativa vigente y las características de cada caso. La inclusión de esta dimensión responde, más bien, a la relevancia del trabajo interdisciplinario entre psicoterapeutas, psiquiatras y otras y otros profesionales de la salud en el ámbito de la salud mental ocupacional, así como a la necesidad de coordinación y de establecimiento de acuerdos terapéuticos en el marco de intervenciones complementarias e integrales orientadas al bienestar y a la recuperación de las y los trabajadores.





1.2. ¿Para qué sirve?

Esta guía tiene como finalidad orientar el quehacer clínico psicológico y psicoterapéutico en salud mental laboral, contribuyendo a mejorar la calidad, la coherencia y la efectividad de las intervenciones en este ámbito. En particular, busca apoyar a los equipos tratantes en:

- La evaluación clínica de patologías de salud mental de origen laboral, incorporando el análisis del contexto de trabajo como un componente central del proceso diagnóstico.
- El diseño e implementación de intervenciones psicoterapéuticas pertinentes, que integren dimensiones individuales, relacionales y organizacionales.
- La articulación entre el tratamiento clínico psicológico y psicoterapéutico, así como los procesos de reintegro laboral, entendiendo que la recuperación no se limita a la remisión sintomática, sino que incluye la restitución de condiciones adecuadas para el desempeño en el trabajo.
- La coordinación entre los distintos actores involucrados en el proceso (equipos tratantes, instituciones, empleadores y otros) para favorecer una intervención coherente y centrada en la o el trabajador.

Asimismo, la guía busca contribuir a enfrentar desafíos propios de este campo, tales como la dificultad para establecer la causalidad laboral, la falta de formación especializada en salud mental y trabajo, y la necesidad de incorporar enfoques interdisciplinarios en el tratamiento.

La «*Guía de Orientación para el Tratamiento Psicológico para Personas Trabajadoras con Patologías de Salud Mental Laboral*» **no constituye un protocolo prescriptivo**, sino más bien un marco de referencia que ofrece orientaciones para la toma de decisiones clínicas, promoviendo intervenciones contextualizadas y ajustadas a la complejidad de los casos.



1.3. ¿Cómo se elaboró, quiénes participaron y qué datos se emplearon?

La presente guía clínica surge a partir de un proceso de investigación de diseño mixto que combina una revisión sistemática de la literatura científica en el área, el análisis de información cuantitativa secundaria y el levantamiento de información cualitativa mediante entrevistas a actores clave del sistema. Este enfoque permitió integrar distintas fuentes de evidencia para comprender en profundidad las características de los tratamientos de salud mental de origen laboral, así como identificar elementos centrales para su abordaje psicológico clínico en el contexto de los organismos administradores del seguro de la Ley N°16.744.

La elaboración de la guía se basa en la integración y triangulación de evidencias provenientes de distintas aproximaciones metodológicas de producción de conocimiento científico, así como de carácter global y nacional. Junto con ello, el trabajo de investigación a la base de esta guía contó con la aprobación del Comité de Ética de Investigación de la Universidad Diego Portales, y en todas sus fases resguardó los principios de confidencialidad, anonimización de los datos y uso responsable de la información.

La investigación fue desarrollada por la Universidad Diego Portales, en colaboración con la Asociación Chilena de Seguridad (Achs), el Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP), el Centro de Estudios en Psicología Clínica y Psicoterapia (CEPPS) y el Programa de Estudios Psicosociales del Trabajo (PEPET).

El estudio cualitativo consideró la participación de profesionales tratantes, así como de coordinadores y coordinadoras clínicas pertenecientes a organismos administradores del seguro de la Ley N°16.744, quienes contribuyeron mediante entrevistas orientadas a comprender las prácticas de tratamiento, sus condiciones de implementación y los desafíos asociados al abordaje clínico psicológico y psicoterapéutico en este ámbito.

Como ya se mencionó, para la elaboración de la guía se utilizaron diversas fuentes de información: evidencia proveniente de la literatura científica revisada sistemáticamente, estadísticas del Observatorio de la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), antecedentes cuantitativos secundarios sobre la atención en salud mental laboral y los resultados del análisis cualitativo de las entrevistas realizadas a tratantes, jefaturas y otros actores involucrados en este campo.





1.4. ¿A quién está dirigida?

La presente guía está dirigida a **profesionales de la salud que participan en la evaluación, tratamiento y seguimiento de personas trabajadoras con patologías de salud mental de origen laboral**, en el contexto de los organismos administradores del seguro de la Ley N° 16.744.

En particular, se orienta a equipos clínicos interdisciplinarios, incluyendo psicólogos/as y médicos psiquiatras, así como a otras y otros profesionales que intervienen en los procesos de tratamiento y de reintegro laboral, tales como terapeutas ocupacionales, médicos del trabajo y profesionales del ámbito de la salud ocupacional.

Adicionalmente, la guía puede ser de utilidad para otros actores que, directa o indirectamente, participan en estos procesos, en la medida en que promueve una comprensión compartida de los criterios y prácticas que favorecen intervenciones efectivas en salud mental laboral. Esto resulta especialmente relevante considerando que el éxito de los procesos de tratamiento y reintegro ante una patología mental de origen laboral depende de la articulación entre múltiples actores y dimensiones del sistema de salud y seguridad en el trabajo.

La *Guía de Orientación para el Tratamiento Psicológico de Personas Trabajadoras con Patologías de Salud Mental Laboral* constituye un instrumento clínico de referencia, destinado a apoyar la toma de decisiones de los equipos tratantes en el marco de la Ley N° 16.744.



La guía aborda cuatro puntos centrales:

1

Comienza con los **Antecedentes**, que sitúan la relevancia de los riesgos psicosociales, el panorama epidemiológico de la salud mental laboral en Chile y el marco normativo de la enfermedad profesional.

2

Presenta luego el **Perfil** clínico-legal y sociodemográfico-laboral de las personas atendidas en el sistema.

3

Desarrolla los conceptos de **Psicoterapia culturalmente competente** e **Intervención psicológica focalizada en lo laboral** como ejes del enfoque propuesto.

4

culmina con las **Orientaciones para la intervención clínica y psicoterapéutica**, organizadas a partir del Modelo Genérico de Psicoterapia.

2. Antecedentes



2.1. Relevancia de los riesgos psicosociales en el trabajo

En las últimas décadas, las condiciones de trabajo han adquirido un rol central en la comprensión de la salud mental de las personas trabajadoras, particularmente a partir del reconocimiento de los riesgos psicosociales como factores relevantes en su desarrollo. De ahí que el trabajo pueda constituir tanto un espacio de protección como de riesgo para la salud, dependiendo de las características de su organización, de su contenido y de sus condiciones de ejecución (MINSAL, s.f.; Melchior et al., 2007).

Los factores psicosociales en el trabajo se refieren a las características de la organización, del contenido del trabajo y de su ejecución que pueden afectar el bienestar y la salud de las personas trabajadoras. En este marco, los riesgos psicosociales se refieren a las condiciones laborales que, en interacción con factores individuales, pueden perjudicar la salud mental. Entre otros, incluyen las altas demandas laborales y el bajo control sobre el trabajo (Karasek & Theorell, 1990), el desequilibrio entre esfuerzo y recompensa (Siegrist, 1996), así como la exposición a situaciones de violencia laboral (Palma et al., 2022). La evidencia ha demostrado que la exposición sostenida a estos factores se asocia a un mayor riesgo de desarrollar patologías que perjudican tanto la salud física, como la mental de las y los trabajadores (Ansoleaga et al., 2024).

En la actualidad, las condiciones laborales han experimentado transformaciones estructurales que han modificado la forma en que se organiza y desarrolla el trabajo. Son tal vez las más nombradas en la literatura especializada: **la intensificación de las demandas, la flexibilización de las relaciones laborales, la precarización del empleo, la globalización de los mercados y la incorporación creciente de tecnologías en los procesos productivos, lo que ha implicado nuevas exigencias en términos de**

adaptabilidad, multifuncionalidad y disponibilidad de las personas trabajadoras. Estas transformaciones han contribuido a ampliar el foco tradicional de la salud ocupacional —históricamente centrado en riesgos físicos, químicos y biológicos— incorporando los riesgos psicosociales como un componente central que plantea nuevos desafíos para su evaluación, prevención y abordaje (Ansoleaga et al., 2024).

En este escenario, los riesgos psicosociales se configuran como un aspecto central para comprender la relación entre trabajo y salud mental, en tanto permiten analizar cómo las condiciones laborales inciden en el bienestar de las personas trabajadoras. Esta aproximación, implica considerar de manera integrada **factores organizacionales, condiciones de empleo y experiencias individuales.**

CUADRO RESUMEN N° 1: Importancia de los riesgos psicosociales

El trabajo puede ser una fuente de bienestar y/o un factor de riesgo para la salud mental de las y los trabajadores, según sus condiciones de organización, contenido y ejecución, y la forma en que estas interactúan con características y circunstancias individuales. Los riesgos psicosociales son factores laborales que pueden afectar negativamente la salud y el bienestar de las personas trabajadoras. Entre ellos destacan las altas demandas, el bajo control, el desequilibrio entre esfuerzo y recompensa y la violencia laboral. La exposición prolongada a estos factores se asocia con un mayor riesgo de problemas de salud mental y física. Por ello, identificar y abordar los riesgos psicosociales es clave para promover entornos laborales saludables y proteger el bienestar de las y los trabajadores.



2.2. La salud mental laboral en Chile

Desde una perspectiva epidemiológica, los reportes del Observatorio de la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO, 2024) muestran que el componente de salud mental representa un peso elevado en la carga total de enfermedad profesional. En 2024, las sospechas de denuncias individuales por enfermedad profesional (DIEP), los diagnósticos más frecuentes fueron de salud mental (52%) y musculoesqueléticos (29%), lo que evidencia la centralidad de estos dos grupos en la gestión clínica y preventiva del sistema.

Al observar específicamente la serie de enfermedades profesionales de salud mental en las mutualidades (excluyendo los casos asociados a COVID-19), los datos del Observatorio de la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) muestran un aumento sustantivo en el período 2019-2024. La tasa de casos reconocidos de enfermedades profesionales de salud mental aumentó de 42,7 por cada 100.000 personas trabajadoras protegidas en 2019 a 98,1 en 2024, lo que representa un incremento de aproximadamente 130%. Asimismo, entre 2023 y 2024, la tasa aumentó de 92,1 a 98,1 casos por cada 100.000 personas protegidas, equivalente a un incremento adicional de 6,5%. Estos resultados muestran un aumento sostenido en la frecuencia de reconocimiento de estas enfermedades, más allá de las variaciones en el tamaño de la población cubierta por el seguro.

En conjunto, estas cifras son clínicamente relevantes, ya que no reflejan únicamente un aumento de consultas o de la demanda asistencial, sino también un crecimiento sostenido de casos.

Complementariamente, el análisis de la base de datos del Observatorio de la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) muestra una tendencia concordante. Al excluir las categorías asociadas a COVID, el volumen anual de sospechas de denuncias no-COVID aumenta de 5.473 en 2020 a 13.812 en 2024, mientras que las sospechas de denuncias calificadas por salud mental se incrementan de 2.036 en 2020 a 9.033 en 2024. El peso relativo de la salud mental dentro de las sospechas de denuncias calificadas no-COVID muestra un incremento desde 37,2% en 2020 a 65,4% en 2024.

En la desagregación por sexo/género, los datos del Observatorio de la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) permiten apreciar una marcada feminización de las sospechas de denuncias calificadas de salud mental: en 2024, aproximadamente tres de cada cuatro sospechas de denuncias calificadas de salud mental corresponden a mujeres (6.728 mujeres vs. 2.305 hombres).



CUADRO RESUMEN N° 2: Importancia de la salud mental laboral

La evidencia epidemiológica disponible muestra que la salud mental ocupa hoy un lugar central en la carga de enfermedad profesional en Chile. El aumento sostenido de sospechas de denuncias y casos reconocidos, junto con la marcada concentración de casos en mujeres, no hace sino reforzar la necesidad de fortalecer las estrategias preventivas, las intervenciones clínicas psicológicas y psicoterapéuticas oportunas, y los abordajes con perspectiva de género y culturalmente sensibles y competentes en el sistema de salud laboral.



2.3. Enfermedad profesional y salud mental laboral

La definición legal de enfermedad profesional en Chile está establecida en el artículo 7° de la Ley 16.744: *es la enfermedad causada de manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo y que produce incapacidad o muerte*. En contraste, el accidente del trabajo se define en el artículo 5° como toda *lesión sufrida a causa o con ocasión del trabajo, con incapacidad o muerte*.

El proceso de calificación de una enfermedad presuntamente profesional se inicia con una Denuncia Individual de Enfermedad Profesional (DIEP), que puede ser presentada por el empleador o empleadora, el trabajador o trabajadora, la o el médico tratante, el comité paritario u otros. En salud mental, el Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Superintendencia de Seguridad Social [SUSESO] (20 de marzo 2026) exige una examinación médica y psicológica, además de una evaluación de las condiciones de trabajo con un registro cuidadoso del motivo de consulta y de los agentes causales referidos por la persona trabajadora.

Una actualización especialmente relevante para la clínica laboral es la distinción entre accidente del trabajo y enfermedad profesional cuando las lesiones son de carácter psíquico. Según las instrucciones incorporadas por SUSESO (Circular 3869, vigente desde 1 de septiembre de 2025), una manifestación sintomática psíquica por eventos inesperados e imprevistos de alto impacto emocional tenderá a evaluarse como «probable accidente del trabajo» (DIAT); en cambio, si se vincula a una exposición prolongada a factores de riesgo laborales (ej., acoso, violencia, otros riesgos psicosociales persistentes), se considerará «probable enfermedad profesional» (DIEP).

En la tradición normativa chilena, las afecciones mentales ocupacionales han sido históricamente conceptualizadas bajo la noción de «neurosis profesional» ¹(D.S. N°109), asociada a «tensión psíquica excesiva», y con presentaciones clínicas tales como trastornos adaptativos, trastornos de ansiedad, depresión reactiva, somatización y dolor crónico.

En el Compendio SUSESO (20 de marzo 2026), los facto-

res psicosociales del trabajo se definen como interacciones entre el trabajo, su organización y relaciones, y las capacidades, necesidades, cultura y situación personal extralaboral de la persona, que mediante percepciones y experiencias influyen en salud, rendimiento y satisfacción. Para determinar el origen laboral en salud mental, la SUSESO enfatiza la necesidad de correlacionar la temporalidad, la frecuencia y la intensidad de la exposición al riesgo psicosocial con el diagnóstico, a fin de sostener o refutar una hipótesis causal coherente.

En la práctica actual de calificación y en la clínica ocupacional chilena, entre los agentes laborales frecuentemente identificados en los trastornos mentales de origen laboral se encuentran el hostigamiento laboral o sexual, la violencia, los conflictos en el trabajo y las exigencias desmedidas de carga laboral. Estos factores suelen coexistir y expresarse como problemas de gestión u organización del trabajo o como situaciones de trato indebido en las relaciones laborales.

CUADRO RESUMEN N° 3: Importancia de la calificación en la práctica clínica

En el marco del abordaje clínico, psicológico y psicoterapéutico, es fundamental considerar la calificación como una fuente de información relevante. Implica un marco que orienta la exploración inicial de la relación del malestar actual con la secuela de un evento agudo y/o con los efectos acumulativos de una exposición prolongada a riesgos psicosociales laborales, como acoso, violencia, conflictos persistentes o sobrecarga de trabajo. De manera complementaria, es pertinente evaluar los síntomas presentes, su impacto funcional y los factores que mantienen la afectación.

¹ El concepto de neurosis profesional corresponde a una denominación utilizada históricamente en la normativa chilena. Sin embargo, actualmente se encuentra en desuso y ha sido reemplazado por la clasificación y criterios establecidos en el Protocolo de Patologías de Salud Mental de la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), que regula las patologías de salud mental susceptibles de calificación como enfermedad profesional.

3. Perfil: Paciente en un seguro de trabajo



Para caracterizar adecuadamente a la persona atendida en el contexto del seguro laboral por salud mental, conviene distinguir dos planos complementarios: el **perfil clínico-legal**, referido al tipo de cuadro que encaja en las definiciones y criterios de calificación; y el **perfil sociodemográfico-laboral**, referido a quiénes y en qué contextos se concentra la mayor carga.



3.1. Perfil Clínico-Legal

En Chile, la práctica clínica en servicios especializados ha estado históricamente asociada a cuadros del espectro adaptativo, ansioso y depresivo reactivo, con foco en la exposición a tensión psíquica excesiva y estresores del trabajo. El proceso de calificación incluye evaluación psiquiátrica, psicológica y psicométrica, más estudio del puesto de trabajo, con decisión tomada en comité multiprofesional.²

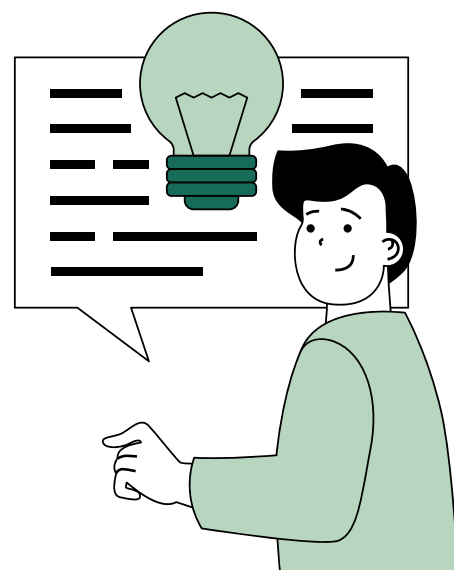


TABLA N° 1: Perfil clínico típico

DIMENSIÓN	CONTENIDO
Cuadros típicos	Espectro adaptativo / ansioso / depresivo reactivo
Factor causal principal	Tensión psíquica excesiva y estresores laborales
Proceso de evaluación	Psiquiátrica + psicológica + psicométrica + estudio de puesto
Decisión	Comité multiprofesional

² Es importante aclarar de todos modos que el modelo de evaluación integral, es decir, psiquiátrica, psicológica, psicométrica, estudio de puesto de trabajo y consideraciones del comité, constituye un ideal comprensivo. De ahí que su aplicación varía según el caso; no todas y todos los trabajadores requieren el conjunto de las instancias, y algunos casos pueden abordarse con seguimiento clínico/farmacológico y psicoterapia focalizada.



3.2. Perfil sociodemográfico-laboral

Edad

Los informes SUSESO muestran que la mayor concentración de enfermedades profesionales de salud mental se ubica en las edades centrales de la vida laboral. En 2023, el **65,6% de los casos se concentró en los tramos de 25 a 34 años y de 35 a 44 años**, con patrones similares entre mujeres y hombres. En 2024, considerando el conjunto de enfermedades profesionales, el **80% se concentra entre los 25 y los 54 años**. Esto confirma que la afectación no se limita a personas próximas a la jubilación, sino que impacta a población en plena etapa productiva y de crianza o cuidado, aunque la comparación del riesgo entre grupos etarios requiere considerar también la distribución por edad de la población trabajadora protegida.

Ocupación y sector

Los datos del Observatorio de la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) de sospechas de denuncias calificadas de salud mental (2024, excluyendo COVID) muestran una concentración marcada en el sector servicios y en el sector público ampliado. Este patrón es consistente con la evidencia clínica sobre exposición a violencia, hostigamiento y alta carga emocional y relacional en trabajos de atención a público, salud y educación.

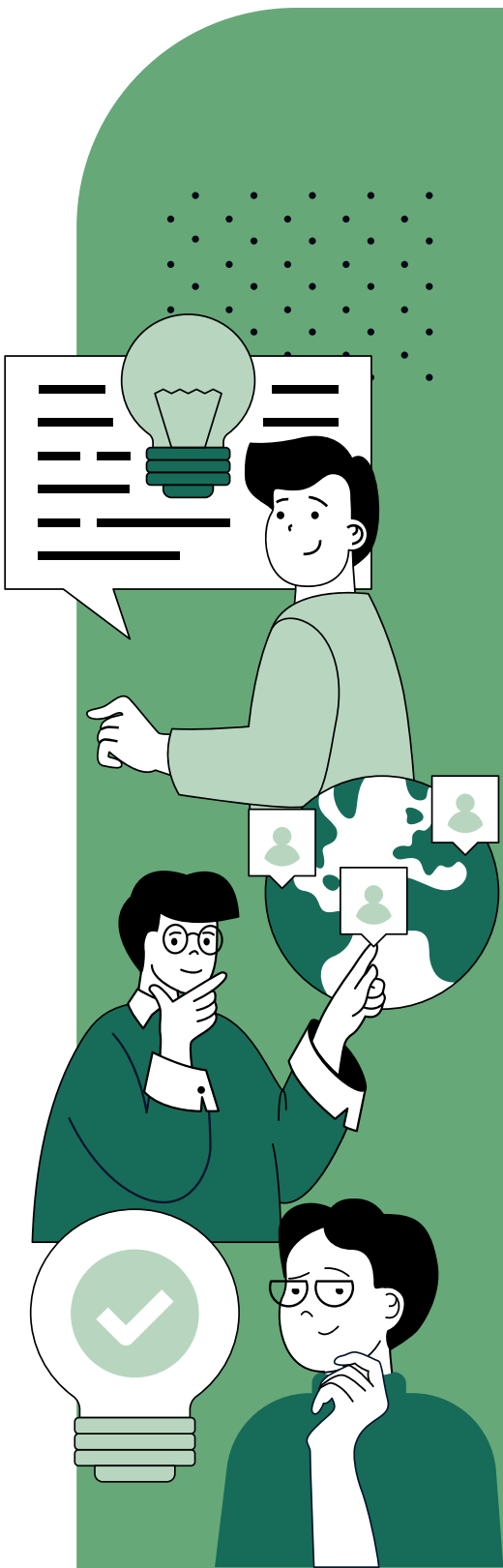
SECTOR	N° CASOS	% DEL TOTAL DE CASOS
Administración pública y defensa	2.387	26,4%
Servicios sociales y de salud	1.788	19,8%
Enseñanza	1.221	13,5%
Servicios comunitarios y personales	859	9,5%
Comercio	737	8,2%

Factor común: exposición a violencia/hostigamiento y alta carga emocional/relacional.

Contextos de riesgo: atención al público, salud y educación.

Distribución regional

En la misma base de datos, la Región Metropolitana concentra aproximadamente el **49,6% de las sospechas de denuncias calificadas de salud mental en 2024**, seguida por las regiones de Valparaíso, Biobío, La Araucanía y Los Lagos. Esta concentración debe interpretarse con cautela: refleja volumen absoluto de casos, estrechamente relacionado con el tamaño poblacional y la estructura del empleo regional.



Tamaño de empresa

Los datos del Observatorio de la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) indican que el **55% de las sospechas de denuncias calificadas de salud mental en 2024 proviene de empresas de 1.000 o más trabajadores**, y un 28% adicional de empresas de entre 200 y 999 trabajadores. En cualquier caso, tiene una implicancia clínica directa: **la intervención debe anticipar contextos institucionales con jerarquías formales, procedimientos internos establecidos y potencial de judicialización del proceso.**

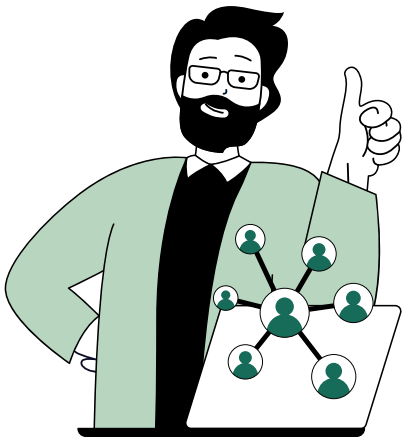


TABLA N° 3: Distribución por tamaño de empresa (2024)

DIMENSIÓN	DATO / IMPLICANCIA
Empresas 1.000+ trabajadores	55% de sospechas de denuncias calificadas (2024)
Empresas 200–999 trabajadores	28% adicional
Posibles explicaciones	Mayor exposición en organizaciones complejas + mayor capacidad de denuncia y registro
Implicancia clínica	Anticipar jerarquías, procedimientos internos y potencial judicialización

4. Psicoterapia culturalmente competente en salud mental laboral



En el contexto de esta guía, la competencia cultural en la clínica psicológica y la psicoterapia no se limita a la sensibilidad ante diferencias étnicas, nacionales y de género. Refiere, más ampliamente, a la capacidad del o la psicoterapeuta u otro profesional de la salud mental de reconocer y trabajar con los marcos de significado que la persona trabajadora trae desde su entorno laboral: la cultura organizacional de la empresa o institución donde se desempeña, las normas tácitas sobre lo que se puede o no expresar en ese contexto, las jerarquías que estructuran sus vínculos cotidianos y los valores que dan sentido —o que lo quitan— a su experiencia de trabajo.

Dado el perfil predominante de quienes consultan en este sistema —trabajadoras y trabajadores del sector público ampliado, de la salud, la educación y los servicios—, la competencia cultural supone también una comprensión de las lógicas propias del trabajo de cuidado y atención a otros, de la vocación como factor de vulnerabilidad y de las tensiones específicas entre el compromiso personal y las condiciones institucionales en que ese compromiso se ejerce.

En términos prácticos, y tal como lo exige el marco normativo de la SUSESO para la evaluación y calificación de enfermedades profesionales de salud mental, una intervención psicológica y psicoterapia culturalmente competente en este contexto requiere incorporar de manera explícita la perspectiva de género y, cuando corresponda, una mirada interseccional. La competencia cultural no es, entonces, un atributo adicional deseable, sino una condición constitutiva de una intervención clínica de calidad en salud mental laboral.

¿Qué implica una psicoterapia culturalmente competente en salud mental laboral?

TABLA N° 4: Implicancias prácticas por dimensión

DIMENSIÓN	IMPLICANCIA PRÁCTICA
Cultura organizacional	Reconocer las normas, jerarquías y valores del entorno laboral del/la paciente como parte del material clínico
Sector de actividad	Conocer las lógicas y riesgos específicos del sector (salud, educación, servicios, minería, comercio) que configuran la exposición a riesgos psicosociales y al malestar
Perspectiva de género	Evaluar cómo el género incide en la exposición al riesgo psicosocial, en las barreras para denunciar y en las consecuencias del reposo
Interseccionalidad	Considerar cómo se cruzan género, jerarquía laboral, tipo de contrato y territorio en la experiencia de la persona trabajadora
Territorio	Integrar las particularidades de contextos urbanos, rurales, mineros, agrícolas, entre otros, o bien, altamente terciarizados en la comprensión del caso
Reintegro	Anticipar riesgos culturales y organizacionales en el proceso de reintegro al trabajo, orientando intervenciones realistas y pertinentes
Marco normativo	Articular esta mirada con los requerimientos de SUSESO, el CEAL-SM y los protocolos de la Ley 21.643 sobre acoso y violencia en el trabajo

5. Intervención psicológica y psicoterapia focalizada en lo laboral



La distinción entre enfermedad laboral y enfermedad común no es solo administrativa, ya que define el acceso a prestaciones preventivas, médicas y económicas del Seguro Laboral, y condiciona el tipo de licencia o reposo y el circuito de tramitación. El Compendio SUSESO (20 de marzo 2026) explicita que la enfermedad profesional exige causalidad directa con el trabajo, y que en diagnósticos de salud mental la determinación se fundamenta en un estudio detallado del entorno laboral junto con evaluación clínica, temporalidad y plausibilidad causal.

Para la psicoterapia e intervención clínica psicológica, la evidencia disponible ofrece apoyo a un enfoque centrado en el trabajo que integra objetivos clínicos —síntomas, comorbilidades— con objetivos ocupacionales —capacidades funcionales, exposición a agentes de riesgo, plan de reintegro, coordinación con empleador.—

De forma consistente, revisiones sistemáticas (Nigatu et al., 2016; Finnes et al., 2019) indican que sumar intervenciones focalizadas en el trabajo reduce días con licencia, y que, en consecuencia, modelos integrados pueden mejorar la participación laboral.

En el contexto chileno, este enfoque se alinea con lo que SUSESO exige en evaluación y calificación, es decir, documentar historia laboral, agentes causales y llevar a cabo estudios de puesto con entrevistas a informantes.

En términos aplicados, una psicoterapia focalizada en lo laboral suele requerir:

TABLA N° 5: Componentes clínicos y su alcance

#	Componente	Descripción / Alcance clínico
1	Formulación clínica centrada en el trabajo	Mantiene el trabajo como eje explicativo mediante el modelo exposición – síntoma – función. Permite comprender cómo el contexto laboral activa y sostiene la sintomatología.
2	Diagnóstico diferencial y comorbilidad	Distinción entre patología común y de origen laboral; evaluación de preexistencias y comorbilidad. Incluye criterios para derivación a otros niveles de atención cuando corresponda.
3	Intervención sobre respuestas disfuncionales	Abordaje de evitación, hiperactivación y rumiación vinculadas al contexto laboral. Técnicas orientadas a reducir el impacto de estas respuestas en el funcionamiento cotidiano.
4	Entrenamiento en afrontamiento y límites conductuales	Desarrollo de habilidades de regulación, manejo del estrés y establecimiento de límites funcionales en el ámbito laboral.
5	Coordinación clínico-ocupacional para reintegro	Articulación entre el equipo clínico y salud ocupacional para planificar un reintegro progresivo y seguro, determinante de éxito según la literatura y las guías chilenas.
6	Abordaje de estresores organizacionales persistentes	Identificación y manejo explícito de los factores organizacionales que se mantienen activos. Incluye la modificación de condiciones de trabajo como variable de resultado en el proceso de reintegro.

** Los componentes 5 y 6 están respaldados por la literatura internacional y por las guías chilenas de reintegro laboral en patología mental de origen laboral.*

La evidencia converge en señalar que la planificación anticipada del reintegro y la modificación efectiva de las condiciones de trabajo constituyen determinantes centrales del éxito del proceso y de la prevención de recaídas (Durand et al., 2012; St-Arnaud et al., 2007; Ansoleaga et al., 2014; Ansoleaga et al., 2015; ISP, 2020).

Por un lado, la indicación de reposo, licencia médica o el uso de recursos clínicos, como la evaluación y manejo por distintas especialidades, responde a criterios clínicos definidos para cada caso en particular y no corresponde a una medida que deba aplicarse a la totalidad de los pacientes. Por el otro, es importante tener en consideración que el reintegro laboral no siempre queda supeditado a la ausencia completa de síntomas. Esto porque en cuadros adaptativos, ansiosos o depresivos de índole reactivos, la presencia de síntomas residuales no constituye en sí mismo una contraindicación de tener estabilidad clínica y condiciones laborales ajustadas. De modo que el reintegro progresivo al trabajo debe ser considerado, eventualmente, como una intervención terapéutica en sí misma, que favorece una reincorporación segura, acompañada y compatible con la evolución clínica de el o la trabajadora (Ansoleaga et al., 2014; Ansoleaga et al., 2015).

TABLA N° 6: Retorno al trabajo vs. reintegro laboral en patología mental de origen laboral

Basado en Ansoleaga et al. (2014); Ansoleaga et al. (2015); ISP (2020)

Dimensión	Retorno al trabajo	Reintegro laboral
Definición	Reanudación de la actividad laboral tras un período de reposo. Generalmente entendido como el momento en que el trabajador vuelve a su puesto.	Proceso gradual y multidimensional por el cual el trabajador se reincorpora a un ambiente laboral modificado, con garantías de que los factores de riesgo han sido eliminados o controlados (ISP, 2020).
Naturaleza	Evento puntual (hito administrativo-clínico). Indicador de alta médica.	Proceso continuo con etapas definidas: ingreso, calificación, tratamiento y seguimiento (Ansoleaga et al., 2015; ISP, 2020).
Foco	Recuperación clínica del trabajador/a y su capacidad funcional para retomar sus labores.	Articulación entre recuperación individual y modificación de las condiciones organizacionales que generaron la patología.
Actores involucrados	Principalmente el equipo clínico tratante (psiquiatra, psicólogo) y el trabajador/a.	Sistema tripartito: trabajador/a, equipo tratante y empleador. Incluye terapeuta ocupacional, médico del trabajo, OAL y jefatura directa (Ansoleaga et al., 2014; ISP, 2020).
Condición sobre el ambiente laboral	No necesariamente contempla cambios en las condiciones de trabajo previas al retorno.	Requiere la eliminación o control efectivo de los factores de riesgo como condición indispensable. Sin modificación del ambiente, el reintegro es inviable (ISP, 2020).
Gradualidad	Puede ser inmediato al alta. No supone necesariamente adaptación progresiva del puesto o de la carga.	Es esencialmente progresivo: incluye adaptaciones al puesto, ajuste de carga y seguimiento postreintegro para prevenir recaídas.
Resultado esperado	Presencia física del trabajador/a en su puesto. La ausencia de síntomas agudos se usa como criterio suficiente.	Incorporación sostenida al trabajo, sin recaídas, en condiciones que no reproduzcan el daño. La disminución sintomática es condición necesaria pero no suficiente.
Relevancia en patología de origen laboral	Concepto predominante en la literatura internacional general; abarca principalmente indicadores de tiempo.	Concepto adoptado por la normativa chilena (Ley 16.744; SUSESO; ISP, 2020) y las guías clínicas nacionales.

Nota. La literatura internacional usa con frecuencia retorno al trabajo (return to work) y reintegro como sinónimos. En el contexto de patología mental de origen laboral, la literatura chilena y la normativa nacional reservan reintegro para designar el proceso sistémico que incluye la modificación del entorno organizacional.

La sectorización del riesgo resulta útil tanto en la evaluación clínica como en las recomendaciones preventivas al empleador. Para su análisis, es importante distinguir entre las exigencias inherentes al cargo y aquellas exposiciones adicionales, persistentes o evitables asociadas a deficiencias en la organización del trabajo. La evidencia describe particularidades según sector de actividad: en salud, el contacto con sufrimiento ajeno, el trauma secundario y la violencia de terceros adquieren relevancia cuando se combinan con alta demanda y déficit de apoyo institucional. En educación, la sobrecarga administrativa y la violencia externa se vinculan a desgaste y cuadros ansioso-depresivos. En comercio y atención a público, la presión por productividad puede amplificar situaciones de conflicto y maltrato. En minería e industria, el trabajo por turnos y el aislamiento pueden aumentar el riesgo cuando no existen medidas adecuadas de apoyo y prevención.



TABLA N° 7: Sectorización del riesgo psicosocial y sus implicancias clínicas

Sector	Riesgos psicosociales predominantes	Presentación clínica frecuente	Implicancia para la intervención
Salud	Trauma secundario, contacto con sufrimiento ajeno, violencia de terceros, alta demanda, déficit de apoyo institucional	Burnout, TEPT, cuadros depresivos reactivos, somatización	Consideración del componente traumático acumulativo; evaluación, apoyo institucional y supervisión clínica disponible
Educación	Sobrecarga administrativa, violencia externa (estudiantes, apoderados), baja autonomía, alta exigencia emocional	Desgaste, cuadros ansioso-depresivos, agotamiento crónico	Exploración del peso de la doble exigencia (pedagógica y administrativa); evaluación de la exposición a violencia directa e indirecta
Comercio y atención a público	Presión por productividad, trato sostenido con usuarios, exposición a conflictos y maltrato, baja autonomía	Trastornos adaptativos, ansiedad, reacciones a situaciones de violencia laboral	Indagación de experiencias de maltrato reiterado y condiciones de trabajo que dificulten la denuncia
Minería e industria	Turnos extensos, aislamiento geográfico, organización jerárquica rígida, asimetrías de poder, dinámicas de género	Cuadros adaptativos, depresión reactiva, efectos del aislamiento social	Consideración del impacto del aislamiento en las redes de apoyo; evaluar dinámicas de género y del poder en el entorno laboral

TABLA N° 8: Dimensiones transversales a todos los sectores

Dimensión	Preguntas clave para la evaluación clínica
Género	¿Cómo incide el género en la exposición al riesgo y en las barreras para denunciar?
Jerarquía laboral	¿La persona trabaja en una posición de subordinación que limita su capacidad de acción?
Tipo de contrato	¿La precariedad contractual podría aumentar el riesgo de despido ante el reposo o la denuncia?
Territorio	¿Las condiciones geográficas o sectoriales (ruralidad, minería, zonas agrícolas) afectan el acceso a prestaciones y redes de apoyo?
Consecuencias del reposo	¿Existe riesgo de estigma, judicialización o despido asociado a una licencia?

6. Orientaciones para la intervención clínica psicológica y psicoterapéutica



6.1. Marco organizador: el Modelo Genérico de Psicoterapia

Para organizar la presentación de las orientaciones para la intervención clínica psicológica y psicoterapéutica en el contexto del trabajo, esta guía emplea el **Modelo Genérico de Psicoterapia** de Orlinsky y Howard (1987). Se trata de un modelo metateórico, originalmente formulado como un marco transteórico para integrar los hallazgos empíricos acumulados durante décadas de investigación en proceso-resultado, que permite organizar el conocimiento sobre la psicoterapia con independencia del modelo psicoterapéutico de referencia.

El modelo distingue tres grandes dominios articulados entre sí:

- **Determinantes:** condiciones previas y contextuales que hacen posible la psicoterapia —características del paciente y del terapeuta, encuadre, marco institucional, condiciones socioculturales y, en el caso que nos ocupa, el contexto laboral en que se inscribe el malestar y su atención.
- **Constituyentes:** aquellos procesos que suceden durante la psicoterapia propiamente tal, como el contrato terapéutico, las operaciones técnicas, el vínculo terapéutico, la implicación del paciente y el terapeuta, la apertura de sí mismos y las realizaciones temporales (Orlinsky, 2009; Tomicic et al., 2020).
- **Consecuencias:** resultados inmediatos, intermedios y de largo plazo, incluyendo los cambios clínicos, los cambios en la vida cotidiana del o la paciente y —relevante para esta guía— el reintegro y sostenimiento laboral.

Cabe subrayar que el Modelo Genérico **no constituye una técnica psicoterapéutica en sí misma**, sino una organización comprensiva de la evidencia sobre aquello que ocurre en toda psicoterapia eficaz. En este sentido, se ubica en la

tradición de los llamados **factores comunes** de la psicoterapia (e.g. Wampold, 2015), que sostiene que buena parte del efecto terapéutico se explica por elementos transversales a los distintos enfoques.

La utilidad del Modelo Genérico para esta guía es doble: por un lado, permite organizar sistemáticamente la evidencia disponible sobre intervenciones con personas trabajadoras que presentan problemas de salud mental de origen laboral; por otro, ofrece un mapa para diseñar intervenciones sensibles y culturalmente competentes, al hacer visibles los determinantes macrosociales y micro contextuales que condicionan tanto el proceso como los resultados de la psicoterapia.



6.2. Determinantes del proceso psicoterapéutico en contextos laborales

En la intervención clínica psicológica y psicoterapéutica, los determinantes corresponden a aquellas condiciones estructurales y contextuales que configuran el marco dentro del cual emergen los problemas de salud mental en los distintos entornos laborales. Si bien no constituyen variables directas sobre las que se interviene en el encuadre terapéutico con la o el usuario, resultan indispensables de considerar, pues delimitan las posibilidades, los alcances y los sentidos de la intervención misma.

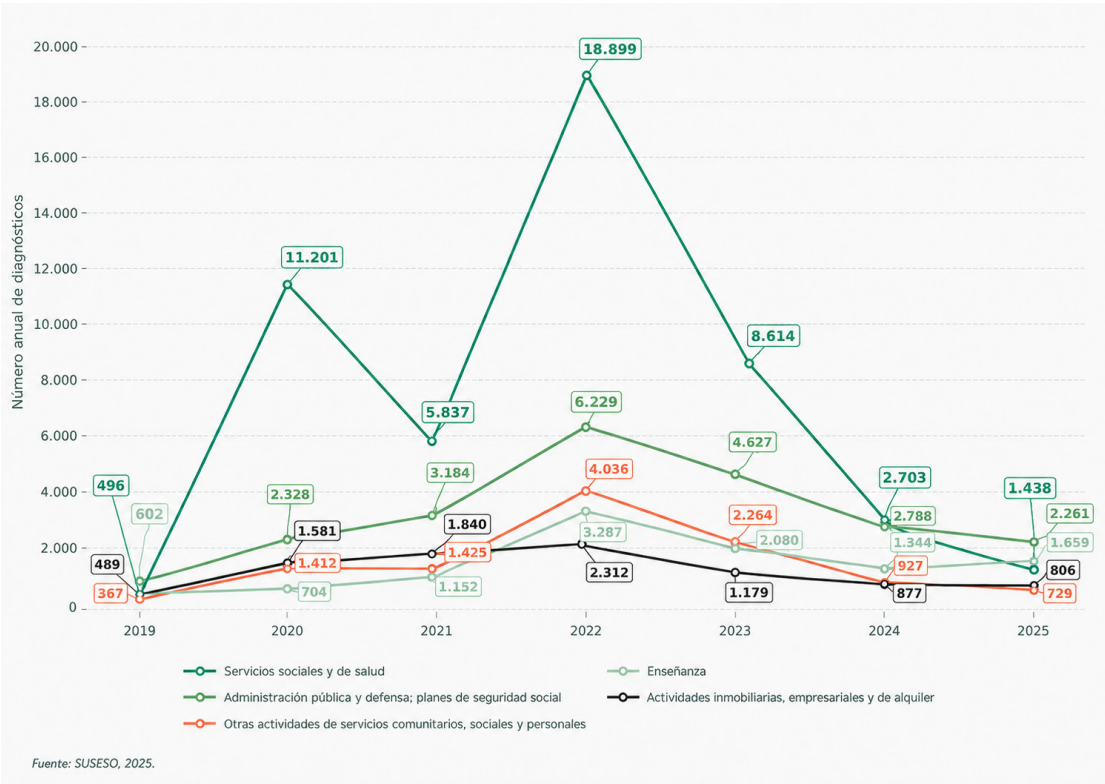
Entre los determinantes identificados como centrales por las y los tratantes entrevistados —coincidentes, además, con los señalados por la literatura especializada— se encuentran los siguientes:

- **Protocolos y regulaciones.** Estos se refieren principalmente a las regulaciones y protocolos que orientan la atención de salud mental en el ámbito laboral. Se observa, por ejemplo, que los cambios en la normativa

han ido formalizando cada vez más la inclusión de la atención clínica psicológica y psicoterapéutica en la atención en salud ocupacional, lo que supone una especificación de estas prácticas en salud mental para la atención relacionada con el trabajo y en el marco de las mutualidades. Por esta razón, estas regulaciones y protocolos requieren ser bien conocidos por las y los tratantes.

- **Formación y capacitación.** Existe una creciente necesidad de formar a las y los clínicos —psicólogos y psicoterapeutas— en torno a cómo las condiciones laborales afectan la salud mental de las y los trabajadores, así como en la implementación de modalidades de atención adecuadas al marco de los procedimientos institucionales. A ello se suma, tal como fue señalado en las entrevistas, la importancia de que las y los tratantes cuenten con un conocimiento situado de los entornos laborales desde los cuales provienen sus pacientes: los riesgos psicosociales asociados a la salud mental ocupacional no se presentan de manera homogénea en rubros como la minería, el retail o la educación, ni se distribuyen uniformemente a lo largo del año.

FIGURA N° 2: Total enfermedades profesionales diagnosticadas según actividad económica, 2019–2025 (todos los diagnósticos)



La Figura N° 2 permite observar dos patrones que el profesional clínico debe tener presente. Primero, la distribución por rubro no es homogénea, sectores como servicios sociales y de salud, administración pública y enseñanza concentran de manera sostenida un mayor número de enfermedades profesionales diagnosticadas. Segundo, la distribución temporal varía de manera sistemática, las alzas registradas entre 2020 y 2022 evidencian que cada actividad económica presenta sensibilidades y ciclos propios, asociados tanto a eventos críticos (como la pandemia por COVID-19) como a las condiciones y dinámicas laborales características de cada rubro.

- **Enfoque interdisciplinario.** Las y los tratantes observan que la atención efectiva en el marco de la salud mental ocupacional requiere la colaboración entre las y los distintos profesionales que integran los equipos de las mutualidades: psicólogos/as, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, trabajadores/as sociales, prevencionistas de riesgos laborales y encargados de salud laboral (Ansoleaga et al., 2014). Sin embargo, es importante matizar que la intensidad, oportunidad y composición del equipo interdisciplinario debe ajustarse a las características de cada caso —diagnóstico, fase del proceso, nivel de funcionamiento y recursos disponibles—, evitando asumir que todos y todas las trabajadoras requieren la participación simultánea de la totalidad del equipo. Asimismo, es relevante advertir sobre el riesgo de sobreintervención o de un desplazamiento del foco de atención hacia temas ajenos al origen laboral del cuadro, lo que excede el alcance de la Ley 16.744.

Tal como sostiene la *Guía de orientación para el reintegro laboral de trabajadores/as con diagnóstico de patología mental calificado de origen laboral* (Ansoleaga et al., 2015), el éxito del reintegro y la prevención de recaídas no dependen únicamente de la efectividad del tratamiento psicoterapéutico y/o farmacológico, sino también de un conjunto de dimensiones sistémicas que solo pueden ser adecuadamente abordadas mediante la articulación de actores con distintas especialidades y funciones dentro del proceso.

- **Cambios en los perfiles de pacientes.** Un enfoque interdisciplinario permite, entre otras cosas, abordar de manera comprensiva los cambios en el perfil de las y los pacientes que se producen cuando eventos contextuales o nuevas disposiciones legales modifican tanto la composición de las consultas como sus motivos. Las y los tratantes entrevistados observan que, desde la pandemia por COVID-19 y tras la implementación de la Ley N° 21.643, las y los pacientes han tendido a presentar cuadros sintomáticos más severos, diagnósticos más complejos y una mayor conciencia de sus derechos laborales.
- **Expectativas de los y las pacientes.** Las y los tratantes entrevistados observan que muchas personas llegan a la psicoterapia con expectativas moldeadas, a menudo, por la desinformación o por una comprensión limitada del proceso terapéutico y de sus resultados. Esto hace necesario que las y los tratantes dediquen tiempo, desde las primeras sesiones, a explorar qué

espera el o la paciente del tratamiento, clarificar qué puede y qué no puede ofrecer la intervención y acordar objetivos realistas y compartidos.

La literatura internacional permite identificar cuatro grandes tipos de expectativas que conviene tener presentes al momento de estructurar la intervención:

- **Una atención ajustada a las necesidades, preferencias y obstáculos de cada paciente.** Wåhlin et al. (2013) sostienen que las preferencias por determinados tipos de intervención, las expectativas respecto del proceso de recuperación y las barreras percibidas para el retorno al trabajo influyen directamente en los resultados del tratamiento y en el reintegro laboral.
- **Una utilidad terapéutica visible sobre la capacidad de trabajo.** Los y las pacientes no esperan solo un alivio del malestar psicológico, sino que el tratamiento contribuya concretamente a mejorar su funcionamiento laboral.
- **Una integración temprana de la dimensión laboral en el proceso clínico.** Brenninkmeijer et al. (2019) muestran que una psicoterapia con foco laboral favorece un retorno parcial al trabajo más rápido que una psicoterapia regular.
- **El fortalecimiento de la confianza para retornar al trabajo de forma sostenible.** La **autoeficacia para el reintegro al trabajo** emerge como un referente especialmente importante. Brenninkmeijer et al. (2019) la definen en relación con capacidades como concentrarse, afrontar la presión laboral, manejar situaciones emocionalmente exigentes y regular la energía durante el proceso de reintegro.

En síntesis, estas cuatro expectativas —atención ajustada, utilidad laboral, integración temprana de lo ocupacional y recuperación de la autoeficacia— no deben entenderse como elementos accesorios del proceso, sino como dimensiones sustantivas de la experiencia terapéutica que pueden influir en la adherencia, la satisfacción y los resultados de recuperación (Wåhlin et al., 2013; Brenninkmeijer et al., 2019; Gjengedal et al., 2020).



6.3. Constituyentes de una intervención clínica psicológica y psicoterapéutica orientada a lo laboral

Los componentes o constituyentes de una intervención clínica psicológica o psicoterapéutica son los elementos clave que definen los procesos terapéuticos y las experiencias de los y las pacientes en este contexto. En el Modelo Genérico de Psicoterapia (Orlinsky & Howard, 1987; Orlinsky, 2009) apuntan a los llamados factores comunes, presentes de manera transversal en los diferentes modelos teóricos —por ejemplo, el contrato terapéutico, el vínculo o alianza entre terapeuta y paciente, las operaciones o intervenciones terapéuticas, los impactos intrasesión y el flujo temporal del proceso.

En el caso de la intervención en salud mental ocupacional, esto resulta particularmente difícil cuando el problema de salud mental es difícil de calificar como de origen laboral. La Ley 16.744 define la enfermedad profesional como aquella «causada de una manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad o muerte» (Art. 7°). Esta exigencia de uncausalidad tensiona los procesos de calificación, pues contrasta con la evidencia que muestra que la mayoría de los cuadros de salud mental responden a una lógica multicausal (Ansoleaga et al., 2014; Ansoleaga et al., 2015).

- **Motivos de consulta.** De acuerdo con las y los tratantes entrevistados, los diagnósticos más frecuentes incluyen el **trastorno de estrés postraumático (TEPT)**; **trastornos de adaptación**; **reacciones emocionales vinculadas a la experiencia de violencia laboral** (incluyendo acoso laboral, acoso sexual y violencia de terceros); y **síntomas derivados del estrés ocupacional crónico**. Estos hallazgos coinciden con lo reportado por la SUSESO, cuyos informes muestran que las enfermedades de salud mental han concentrado sobre el 50% del total de enfermedades profesionales calificadas, alcanzando el 68% en 2023.
- **Intervenciones breves y focalizadas.** Tal como refieren las y los tratantes entrevistados, la mayoría de los procesos psicoterapéuticos se desarrollan entre 8 y 10 sesiones, por lo que la estructura y el foco resultan esenciales. De acuerdo con el modelo de dosis-efecto

de Barkham y Stiles, la mejoría en la psicoterapia se relaciona con el número de sesiones recibidas, con las principales mejoras tendiendo a ocurrir en las primeras etapas del tratamiento.

- **Técnicas y enfoques.** Las y los tratantes entrevistados refieren que utilizan una variedad de técnicas basadas en la evidencia —como EMDR para el trauma, terapia cognitivo-conductual (TCC) para la reestructuración cognitiva (referencia), psicoeducación y otras estrategias de manejo de y herramientas de autocuidado—. Todas estas técnicas comparten como factores comunes uno de los factores terapéuticos que ha mostrado mayor eficacia: La relación terapéutica. Su definición, ofrecida por Bordin en 1971 y vigente hasta el día de hoy, requiere prestar atención a tres componentes: (1) acuerdo sobre las metas de la intervención psicológica clínica y psicoterapéutica, (2) acuerdo y comprensión de las tareas de la intervención y de la psicoterapia, y (3) un vínculo psicoterapéutico positivo. Es tal vez uno de los asuntos más importantes por definir en el ámbito de la intervención psicológica clínica y psicoterapéutica en el marco de la salud mental ocupacional: cuáles serán las metas y objetivos de la intervención y cuáles las tareas, entre ellas, la frecuencia y la extensión del tratamiento.





6.4. Resultados de la intervención clínica en salud mental ocupacional

En el marco del Modelo Genérico de Psicoterapia, los **resultados** (consecuencias) corresponden a los cambios derivados del proceso terapéutico, que se producen a distintos niveles temporales: inmediatos (en la sesión), intermedios (en el curso del tratamiento) y de largo plazo (sostenibilidad del alta). En el contexto de la salud mental ocupacional, los resultados no se restringen a la reducción de síntomas, sino que incluyen también indicadores de funcionamiento, capacidad laboral, reintegro al trabajo y su sostenibilidad y calidad de vida.

6.4.1. Resultados sintomáticos

La reducción del malestar psicológico sigue siendo un desenlace central y debe ser evaluada sistemáticamente. Aarestad et al. (2022) consideran depresión, ansiedad y quejas subjetivas de salud; Gjengedal et al. (2020) incluyen depresión, ansiedad, autoeficacia y reintegro al trabajo.

Qué monitorear:

- Síntomas afectivos (estado de ánimo, anhedonia, desesperanza).
- Síntomas ansiosos (preocupación, tensión, hipervigilancia).
- Malestar psicológico o somático subjetivo (quejas de salud).

La mejoría sintomática **no es suficiente** por sí sola para caracterizar la efectividad de la intervención. Brenninkmeijer et al. (2019) observaron que los desenlaces clínicos y los desenlaces laborales deben diferenciarse analíticamente.

6.4.2. Capacidad laboral y funcionamiento vinculado al trabajo

La capacidad de sostener actividades laborales y sociales constituye un resultado clínicamente pertinente —no un efecto periférico del tratamiento—. Wåhlin et al. (2013) mostraron que, entre pacientes con problemas de salud

mental, las intervenciones que incluían componentes laborales fueron las que produjeron mejores resultados en la capacidad en el trabajo autoevaluada.

Qué monitorear:

- Capacidad laboral autoevaluada (self-reported work ability).
- Función social y laboral global.
- Intensidad y continuidad del desempeño (semanas trabajadas, ingresos).

6.4.3. Autoeficacia para el retorno y reintegro al trabajo

La autoeficacia para el retorno laboral da cuenta de cambios psicológicos próximos al desempeño y del fortalecimiento de la percepción de competencia del o la paciente frente a las demandas del proceso de reintegro. Aarestad et al. (2022) la incluyen como medida de expectativas y percepción de capacidad, mientras que Brenninkmeijer et al. (2019) evidencian que niveles basales más altos se asocian con un retorno completo más rápido. Como ya ha sido señalado antes en esta guía, es importante señalar que la autoeficacia para el retorno no exige la ausencia total de sintomatología: síntomas residuales leves o moderados pueden coexistir con una adecuada capacidad funcional. Por lo tanto, la evaluación para el reintegro debe priorizar los aspectos funcionales y la estabilidad clínica por sobre la remisión sintomática completa, entendiendo que el propio reintegro progresivo constituye, en sí mismo, una instancia terapéutica.

Qué monitorear:

- Capacidad percibida para concentrarse en tareas laborales.
- Capacidad percibida para afrontar la presión y las demandas del trabajo.
- Capacidad percibida para manejar situaciones emocionalmente exigentes.
- Capacidad percibida para regular la energía durante la reintegración.

6.4.4. Retorno y reintegro al trabajo

El retorno no debe tratarse como una variable dicotómica

simple (retornó / no retornó), sino mediante indicadores más finos que capturen la gradualidad y el tiempo del proceso. Brenninkmeijer et al. (2019) distinguen entre retorno parcial y total; Christensen et al. (2022) proponen como resultado primario el tiempo hasta retornar al trabajo, definido como un período continuo de trabajo sin reposo médico.

Qué monitorear:

- Retorno parcial (reincorporación con jornada reducida o adaptaciones).
- Retorno total (reincorporación plena sin ajustes).
- Tiempo transcurrido hasta el retorno.
- Duración acumulada de la ausencia laboral.

6.4.5. Sostenibilidad del retorno y calidad de vida

Una intervención eficaz no sólo produce un retorno, sino que lo consolida en el tiempo. Christensen et al. (2022) incorporan como desenlace exploratorio la duración desde el retorno al trabajo hasta una eventual nueva licencia prolongada, lo que permite distinguir un retorno transitorio de una recuperación laboral consolidada.

Qué monitorear:

- Duración del retorno sostenido sin nuevas licencias prolongadas.
- Recaídas sintomáticas y nuevas ausencias laborales.
- Calidad de vida y bienestar subjetivo global.

TABLA N° 9: Dimensiones de resultado e indicadores sugeridos

Dimensión	Indicadores clave	Referencias
Resultados sintomáticos	Depresión, ansiedad, quejas subjetivas de salud	Aarestad et al. (2022); Gjengedal et al. (2020)
Capacidad laboral y funcionamiento	Capacidad laboral autoevaluada, función social y laboral, semanas trabajadas, ingresos	Wåhlin et al. (2013); Christensen et al. (2022)
Autoeficacia para el retorno	Concentración, afrontamiento de la presión, manejo emocional, regulación de la energía	Brenninkmeijer et al. (2019); Aarestad et al. (2022); Gjengedal et al. (2020)
Retorno y reintegro al trabajo	Retorno parcial, retorno total, tiempo hasta el retorno, duración de la ausencia	Brenninkmeijer et al. (2019); Christensen et al. (2022)
Sostenibilidad y calidad de vida	Tiempo hasta nueva licencia, recaídas, bienestar subjetivo	Christensen et al. (2022)



6.5. Seguimiento y monitoreo del proceso: el Routine Outcome Monitoring (ROM)

6.5.1. Qué es el ROM y por qué incorporarlo

El **Routine Outcome Monitoring (ROM)** —también denominado *progress feedback* o *Measurement-Based Care*— consiste en la evaluación sistemática y periódica del progreso del o la paciente, mediante el uso de instrumentos estandarizados aplicados a intervalos regulares durante el tratamiento. La información así obtenida se devuelve al o la tratante y, en muchos modelos, se discute explícitamente con el o la paciente, configurando un ciclo de retroalimentación que informa las decisiones clínicas (De Jong & Aafjes-van Doorn, 2022; Barkham et al., 2023).

El ROM se enmarca en el paradigma de la **evidencia basada en la práctica** y, específicamente, en la investigación centrada en el paciente iniciada por Howard et al. (1996). El meta-análisis de Lambert et al. (2018) documenta mejoras consistentes en los resultados cuando las y los terapeutas reciben retroalimentación sistemática, particularmente en pacientes en riesgo de deterioro.

Por qué hacer ROM en salud mental ocupacional. En este campo, en que los resultados son multidimensionales (síntomas, funcionamiento, retorno al trabajo, sostenibilidad) y los tiempos de intervención están definidos por marcos institucionales y legales, el ROM resulta especialmente útil: permite objetivar trayectorias, anticipar no-respuesta y alinear las decisiones del equipo con la evolución real del o la paciente.

La evidencia internacional sugiere que el ROM contribuye a:

- **Detectar tempranamente trayectorias de no respuesta o deterioro**, permitiendo ajustar la intervención antes de que el proceso se comprometa.
- **Hacer visibles cambios graduales** en síntomas, funcionamiento y autoeficacia, que tanto el o la paciente como el o la tratante pueden pasar por alto sin una medición estructurada.
- **Alinear expectativas** entre paciente, tratante y equipo, a partir de información objetiva y compartida sobre el avance.
- **Fortalecer la toma de decisiones compartida**, al

otorgar al o la paciente un rol activo en la lectura de su propio proceso (Låver et al., 2024).

- **Informar la mejora continua del programa**, al permitir al equipo identificar patrones, subgrupos con dificultades particulares y oportunidades de ajuste en los dispositivos de atención (Boswell et al., 2015; Barkham et al., 2023).

6.5.2. Qué medir: pool de variables sugeridas

Los indicadores recomendados para el seguimiento derivan de las cinco dimensiones de resultado descritas anteriormente. Se sugiere privilegiar **instrumentos breves, validados en español y con propiedades psicométricas adecuadas** para aplicación repetida.

TABLA N° 10: Dimensiones de resultado y variables sugeridas

Dimensión	Variables sugeridas	Frecuencia sugerida
Sintomatología	Depresión, ansiedad, quejas somáticas subjetivas	Ingreso, cada 4-6 semanas, alta, seguimiento
Capacidad laboral	Capacidad laboral autoevaluada, funcionamiento social	Ingreso, alta, seguimiento (3 y 6 meses)
Autoeficacia	Autoeficacia para el retorno al trabajo	Ingreso, mitad del tratamiento, alta
Retorno al trabajo	Estado de retorno (sin retorno / parcial / total), tiempo hasta el retorno, días de reposo acumulados	Alta y seguimiento (3, 6 y 12 meses)
Sostenibilidad	Recaídas sintomáticas, nuevas licencias, duración del retorno sostenido	Seguimiento (6 y 12 meses)
Calidad de vida	Bienestar subjetivo global, funcionamiento cotidiano	Ingreso, alta, seguimiento (6 meses)

TABLA N° 11: Instrumentos sugeridos

Dimensión	Descripción	Instrumentos	Referencias
Sintomatología	Mide la intensidad y evolución de los síntomas psicológicos y psicosomáticos que motivaron la consulta (ánimo depresivo, ansiedad, malestar corporal sin causa orgánica clara). Es el indicador más tradicional de resultado clínico y permite detectar cambios tempranos en el curso del tratamiento.	CORE-OM, OQ-45.2 (subescala de síntomas); PHQ-9 como complemento específico por cuadro.	Errázuriz, A., Passi Solar, A., Beltrán, R., Paz, C., Evans, C., & De la Parra, G. (2024). Psychometric properties of the Spanish version of the CORE-OM in Chile. <i>Psychotherapy Research</i>, 35(6), 1017–1029. https://doi.org/10.1080/10503307.2024.2356195 Von Bergen, A., & De la Parra, G. (2002). OQ-45.2, cuestionario para la evaluación de resultados y evolución en psicoterapia. <i>Terapia Psicológica</i>, 20, 161–176. Baader, T., Molina, J. L., Venezian, S., Rojas, C., Farías, R., Fierro-Freixenet, C., Backenstrass, M., & Mundt, C. (2012). Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 en el diagnóstico de depresión en pacientes de atención Primaria en Chile. <i>Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría</i>, 50(1), 10–22.
Capacidad laboral	Evalúa cómo percibe la persona su propia capacidad de desempeñarse en su puesto de trabajo, así como su funcionamiento social más amplio (relaciones, roles cotidianos). A diferencia de la sintomatología, apunta directamente a la funcionalidad, no solo al malestar subjetivo.	OQ-45.2 (subescala de rol social); CORE-OM (dominio de funcionamiento).	Von Bergen, A., & De la Parra, G. (2002). OQ-45.2, cuestionario para la evaluación de resultados y evolución en psicoterapia. <i>Terapia Psicológica</i>, 20, 161–176. Errázuriz, A., Passi Solar, A., Beltrán, R., Paz, C., Evans, C., & De la Parra, G. (2024). Psychometric properties of the Spanish version of the CORE-OM in Chile. <i>Psychotherapy Research</i>, 35(6), 1017–1029. https://doi.org/10.1080/10503307.2024.2356195
Autoeficacia	Mide la confianza que la persona tiene en su propia capacidad para reincorporarse exitosamente al trabajo, independiente de si aún presenta síntomas. Es un predictor relevante del éxito del reintegro, ya que la percepción de competencia antecede y facilita la conducta de retorno.	Return-to-Work Self-Efficacy Scale (RTW-SE); aún sin validación publicada en Chile.	Lagerveld, S. E., Blonk, R. W. B., Breninkmeijer, V., & Schaufeli, W. B. (2010). Return to work among employees with mental health problems: development and validation of a self-efficacy questionnaire. <i>Work & Stress</i>, 24(4), 359–375. https://doi.org/10.1080/02678373.2010.532644

Retorno al trabajo	Registra el estado objetivo del proceso de reincorporación: si la persona ha vuelto (total, parcial o no ha vuelto), cuánto tiempo tomó ese proceso y cuántos días de licencia/reposo se acumularon. Es un resultado conductual, no de autopercepción.	<i>Registro administrativo</i> (datos de licencias, fechas de alta laboral); no requiere instrumento con características psicométricas, sino trazabilidad del caso conforme a la Ley 16.744.	No aplica instrumento estandarizado; se sugiere trazabilidad según la normativa SUSESO vigente (Compendio de Normas del Seguro Social de la Ley 16.744).
Sostenibilidad	Da seguimiento a si el retorno al trabajo se mantiene en el tiempo o si hay recaídas sintomáticas, nuevas licencias médicas o interrupción del reintegro. Es la dimensión que distingue un “alta administrativa” de una recuperación funcional duradera.	Seguimiento longitudinal con CORE-OM/OQ-45 en controles de 6 y 12 meses, más registro de nuevas licencias.	Von Bergen, A., & De la Parra, G. (2002). OQ-45.2, cuestionario para la evaluación de resultados y evolución en psicoterapia. <i>Terapia Psicológica</i> , 20, 161–176. Errázuriz, A., Passi Solar, A., Beltrán, R., Paz, C., Evans, C., & De la Parra, G. (2024). Psychometric properties of the Spanish version of the CORE-OM in Chile. <i>Psychotherapy Research</i> , 35(6), 1017–1029. https://doi.org/10.1080/10503307.2024.2356195
Calidad de vida	Evalúa el bienestar subjetivo global de la persona y su funcionamiento en la vida cotidiana más allá del ámbito laboral (familia, ocio, salud general). Sirve como indicador de que la recuperación no se limita a “poder trabajar”, sino a una mejora integral de la persona.	WHOQOL-BREF, con validación en población adulta chilena; alternatively, el dominio de bienestar subjetivo del CORE-OM.	Urzúa M., A., & Caqueo-Úrizar, A. (2013). Estructura factorial y valores de referencia del WHOQoL-Bref en población adulta chilena. <i>Revista Médica de Chile</i> , 141(12), 1547–1554.

Nota: Si el foco es específicamente ocupacional, se sugiere además considerar el CEAL-SM/SUSESO (antes SUSESO/ISTAS21), instrumento chileno oficial y obligatorio (Protocolo de Vigilancia de Riesgos Psicosociales, MINSAL/SUSESO, vigente desde 2023) para medir exposición a riesgo psicosocial a nivel organizacional. No mide resultado clínico individual, pero permite triangular el progreso de el o la paciente con las condiciones del puesto de trabajo.

Criterio de selección. No se trata de medirlo todo en todos los puntos del proceso, sino de construir un sistema parsimonioso y sostenible en el tiempo. Un conjunto reducido de indicadores bien medidos, con continuidad, aporta más al aprendizaje del equipo que un sistema ambicioso que se abandona por sobrecarga (Boswell et al., 2015).



6.5.3. El seguimiento como herramienta para la mejora de la intervención

El valor del seguimiento no se agota en la evaluación individual de cada caso. Bickman et al. (2016) y Barkham et al. (2023) enfatizan que la consolidación del ROM como práctica institucional exige que los datos se agreguen y discutan a nivel de equipo, de modo de alimentar decisiones de diseño y mejora del programa. En el contexto de la salud mental ocupacional, los datos agregados permiten responder preguntas clave:

- ¿En qué rubros laborales se observan mayores dificultades de retorno o mayores recaídas?
- ¿Qué subgrupos muestran trayectorias más lentas de recuperación y requieren dispositivos específicos?
- ¿Qué momentos del proceso concentran la no respuesta y cómo pueden rediseñarse?
- ¿Cómo se comparan los resultados obtenidos con los reportados en la literatura internacional?

Recomendación. Se sugiere que cada equipo establezca **reuniones periódicas de revisión de resultados agregados** (por ejemplo, trimestrales), en las que se discutan los datos del ROM, se identifiquen áreas de mejora y se acuerden ajustes a los protocolos de atención. De este modo, el seguimiento se convierte en un **motor de aprendizaje organizacional** al servicio de la mejora continua de la intervención (Boswell et al., 2015; Barkham et al., 2023).

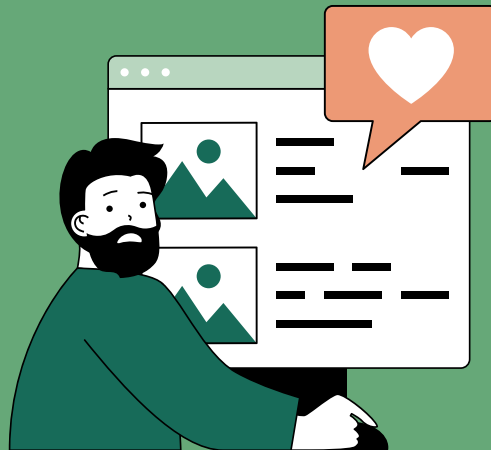
6.5.4. Consideraciones para la implementación

La evidencia disponible identifica algunas condiciones que favorecen una implementación efectiva del ROM y que conviene anticipar (Boswell et al., 2015; De Jong et al., 2021):

- **Formación del equipo** en el uso e interpretación de los instrumentos y en la conversación clínica con el o la paciente sobre los resultados.
- **Integración del ROM en el flujo clínico habitual**, evitando que se perciba como una sobrecarga administrativa desvinculada de la atención.
- **Devolución de resultados al o la paciente** como parte del proceso terapéutico, no sólo como trámite externo (Låver et al., 2024).
- **Soporte institucional y tecnológico** para la recolección, almacenamiento y análisis de datos.
- **Cultura de uso de datos** que favorezca la discusión abierta de resultados sin convertirlos en mecanismos de evaluación punitiva de las y los tratantes.



7. Referencias bibliográficas



Aarestad, S. H., Harris, A., Hjemdal, O., Gjengedal, R. G. H., Osnes, K., Sandin, K., Reme, S. E., Hannisdal, M., & Einarsen, S. V. (2022). Healing the wounds of workplace bullying: Evaluating mental health and workplace participation among victims seeking treatment for common mental disorders. *Work: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 73(4), 1379–1391. <https://doi.org/10.3233/WOR-210920>

Ansoleaga, E., Garrido, P., Tomicic, A., Martínez, C., Lucero, C., Castillo, S., & Domínguez, C. (2014). Reintegro laboral en trabajadores con problemas de salud mental: La perspectiva de los tratantes. *Ciencia & Trabajo*, 16(51), 137–145. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492014000300003>

Ansoleaga, E., Garrido, P., Tomicic, A., Lucero, C., Martínez, C., Domínguez, C., & Castillo, S. (2015). Guía de orientación para el reintegro laboral de trabajadores/as con diagnóstico de patología mental calificado de origen laboral. Fundación Científica y Tecnológica, Facultad de Psicología, Universidad Diego Portales.

Barkham, M., De Jong, K., Delgadillo, J., & Lutz, W. (2023). Routine Outcome Monitoring (ROM) and Feedback: Research Review and Recommendations. *Psychotherapy Research*, 33(7), 841–855. <https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2181114>

Bickman, L., Douglas, S. R., De Andrade, A. R. V., Tomlinson, M., Gleacher, A., Olin, S., & Hoagwood, K. (2016). Implementing a measurement feedback system: A tale of two sites. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 43(3), 410–425. <https://doi.org/10.1007/s10488-015-0647-8>

Boswell, J. F., Kraus, D. R., Miller, S. D., & Lambert, M. J. (2015). Implementing routine outcome monitoring in clinical practice: Benefits, challenges, and solutions. *Psychotherapy Research*, 25(1), 6–19. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.817696>

Brenninkmeijer, V., Lagerveld, S. E., Blonk, R. W. B., Schau-

feli, W. B., & Wijngaards-de Meij, L. D. N. V. (2019). Predicting the effectiveness of work-focused CBT for common mental disorders: The influence of baseline self-efficacy, depression and anxiety. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29(1), 31–41. <https://doi.org/10.1007/s10926-018-9760-3>

Christensen, T. N., Poulsen, C. H., Ebersbach, B. K., & Eplov, L. F. (2022). Integrated mental health care and vocational rehabilitation intervention to improve return to work rates for people on sick leave due to common mental and functional disorders (IBBIS-II) – A study protocol for a randomized clinical trial. *Trials*, 23, 820. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06718-7>

De Jong, K., & Aafjes-van Doorn, K. (2022). Routine outcome monitoring. En J. C. Norcross, M. J. Lambert & B. E. Wampold (Eds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (7ª ed.). Wiley.

De Jong, K., Conijn, J. M., Gallagher, R. A. V., Reshetnikova, A. S., Heij, M., & Lutz, M. C. (2021). Using progress feedback to improve outcomes and reduce drop-out, treatment duration, and deterioration: A multilevel meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 85, 1–19. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102002>

Durand, M.J., Corbière, M., Briand, C., Coutu, M.F., St-Arnaud, L., & Charpentier, N. (2012). Development of an instrument for evaluating the factors influencing long-term sick leave attributable to mental health problems (Report R-743). Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.

Finnes, A., Enebrink, P., Ghaderi, A., Dahl, J., Nager, A., & Öst, L.-G. (2019). Psychological treatments for return to work in individuals on sickness absence due to common mental disorders or musculoskeletal disorders: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 92, 273–293.

- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3ª ed.). Johns Hopkins University Press.
- Gjengedal, R. G. H., Reme, S. E., Osnes, K., Lagerfeld, S. E., Blonk, R. W. B., Sandin, K., Berge, T., & Hjemdal, O. (2020). Work-focused therapy for common mental disorders: A naturalistic study comparing an intervention group with a waitlist control group. *Work: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 66(3), 657–667. <https://doi.org/10.3233/WOR-203208>
- Howard, K. I., Moras, K., Brill, P. L., Martinovich, Z., & Lutz, W. (1996). Evaluation of psychotherapy: Efficacy, effectiveness, and patient progress. *American Psychologist*, 51(10), 1059–1064. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.51.10.1059>
- Instituto de Salud Pública de Chile. (2020). Guía de reintegro laboral: Orientaciones para casos de enfermedad profesional (1.ª versión; D062-PR-500-02-001). Ministerio de Salud.
- Karasek, R. A., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Basic Books.
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., & Kleinstäuber, M. (2018). Collecting and delivering progress feedback: A meta-analysis of routine outcome monitoring. *Psychotherapy*, 55(4), 520–537. <https://doi.org/10.1037/pst0000167>
- Låver, J., McAleavey, A., Valaker, I., Castonguay, L. G., Moltu, C. (2024). Therapists' and patients' experiences of using patients' self-reported data in ongoing psychotherapy processes: A systematic review and qualitative meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 34(3), 293–310. <https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2222896>
- Melchior, M., Caspi, A., Milne, B. J., Danese, A., Poulton, R., & Moffitt, T. E. (2007). Work stress precipitates depression and anxiety in young, working women and men. *Psychological Medicine*, 37(8), 1119–1129. <https://doi.org/10.1017/s0033291707000414>
- Ministerio de Salud de Chile. (s. f.). Salud mental en ambientes laborales. Departamento de Salud Mental, División de Prevención y Control de Enfermedades.
- Nigatu, Y. T., Liu, Y., Uppal, M., McKinney, S., Rao, S., Gillis, K., & Wang, J. (2016). Interventions for enhancing return to work in individuals with a common mental illness: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychological Medicine*, 46(16), 3263–3274.
- Observatorio de Seguridad y Salud del Trabajo. (2024). Boletín Anual: Estadísticas sobre seguridad social 2024.
- Orlinsky, D. E. (2009). The “Generic Model of Psychotherapy” after 25 years: Evolution of a research-based metatheory. *Journal of Psychotherapy Integration*, 19(4), 319–339. <https://doi.org/10.1037/a0017973>
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6(1), 6–27.
- Palma, A., Gerber, M. M., & Ansoleaga, E. (2022). Riesgos psicosociales laborales, características organizacionales y salud mental: El rol mediador de la violencia laboral. *Psykhé*, 31(1). <https://doi.org/10.7764/psykhe.2019.22383>
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412–415. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x>
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27–41. <https://doi.org/10.1037//1076-8998.1.1.27>
- St-Arnaud, L., Bourbonnais, R., Saint-Jean, M., & Rhéaume, J. (2007). Determinants of return-to-work among employees absent due to mental health problems. *Relations industrielles / Industrial Relations*, 62(4), 690–713.
- Superintendencia de Seguridad Social. (20 de marzo 2026). *Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales*. <https://www.suseso.gob.cl/613/w3-propertyvalue-136474.html>
- Tomicic, A., Martínez, C., & Rodríguez, J. (2020). Using the Generic Model of Psychotherapy to develop a culturally-sensitive approach to psychotherapy with sexual and gender minority patients. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.599319>
- Wählin, C., Ekberg, K., Persson, J., Bernfort, L., & Öberg, B. (2013). Evaluation of self-reported work ability and usefulness of interventions among sick-listed patients. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 23(1), 32–43. [10.1007/s10926-012-9376-y](https://doi.org/10.1007/s10926-012-9376-y)
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270–277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>

8. Glosario



Calificación de EP

Proceso mediante el cual el organismo administrador del seguro determina si una enfermedad tiene origen laboral o común, incluyendo evaluación clínica, psicológica y del puesto de trabajo.

Compendio SUSESO

Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Superintendencia de Seguridad Social.

Componentes o constituyentes

Procesos que ocurren en la psicoterapia misma: contrato, operaciones técnicas, vínculo terapéutico, implicación, apertura de sí y realizaciones intra-sesión.

Consecuencias

Resultados derivados del proceso terapéutico, incluyendo cambios inmediatos en la sesión (micro-outcomes), cambios intermedios en la vida del paciente y resultados de largo plazo. En el contexto laboral incluyen el reintegro, la permanencia laboral y la prevención de recaídas.

Determinantes

En el Modelo Genérico, conjunto de condiciones previas y contextuales al encuentro terapéutico (características del paciente, del terapeuta, del encuadre y del contexto sociocultural e institucional).

DIAT

Denuncia Individual de Accidente del Trabajo.

DIEP

Denuncia Individual de Enfermedad Profesional. Instrumento mediante el cual se inicia el proceso de calificación de una enfermedad presuntamente profesional.

Enfermedad Profesional (EP)

Enfermedad causada de manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo y que produce incapacidad o muerte (Art. 7° Ley N° 16.744).

Estrés ocupacional crónico

Condición en la que un o una trabajadora experimenta niveles persistentes y prolongados de estrés relacionados con su trabajo, debido a demandas laborales sostenidas que superan sus recursos de afrontamiento.

Factores comunes (o genéricos)

Elementos transversales a las distintas psicoterapias que explicarían una proporción importante de su efecto terapéutico, tales como la alianza, la empatía, las expectativas y el encuadre. El término fue acuñado por Rosenzweig (1936) y desarrollado por Frank y Frank (1991), Wampold (2015), entre otras y otros.

Modelo Genérico de Psicoterapia

Marco metateórico propuesto por Orlinsky y Howard (1987) que organiza el conocimiento empírico sobre la psicoterapia en tres dominios —determinantes, componentes y consecuencias— con independencia del enfoque teórico-clínico. Ha sido utilizado como marco organizador para el estudio de psicoterapias culturalmente sensibles (Tomicic, Martínez & Rodríguez, 2020).

Psicoterapia sensible y culturalmente competente

Enfoque de la intervención psicológica que reconoce la influencia de variables socioculturales, identitarias y contextuales —género, orientación sexual, etnia, clase, trayectoria laboral, entre otras— sobre el proceso y los resultados terapéuticos. En el contexto laboral, implica considerar las condiciones de trabajo, los riesgos psicosociales y la relación con el empleador como elementos constitutivos del marco clínico.

Resolución de calificación

Documento formal que establece el resultado del proceso de calificación de una enfermedad profesional.

ROM (Routine Outcome Monitoring)

Sistema de evaluación sistemática y periódica del progreso del o la paciente mediante instrumentos estandarizados, cuya información se retroalimenta al tratante y al paciente para orientar las decisiones clínicas.

TEPT

Trastorno de Estrés Postraumático. Cuadro clínico que puede desarrollarse tras la exposición a eventos traumáticos, como accidentes graves, asaltos u otras situaciones de violencia extrema en el contexto laboral.

Trastorno de adaptación

Alteración emocional o conductual que aparece como respuesta desproporcionada o mal adaptativa a un estresor identificable, y que genera malestar significativo o deterioro en el funcionamiento social, laboral u otras áreas importantes de la vida.

