

GUÍA PARA LA REINCORPORACIÓN E INCLUSIÓN LABORAL LUEGO DE UNA  
INCAPACIDAD O AUSENCIA POR UN PROBLEMA PSICOSOCIAL O UN  
TRASTORNO MENTAL

DOCUMENTO PARA EMPRESAS



**Elaboró:**

Gloria H. Villalobos Fajardo

Psicóloga, PhD Ciencias de la Salud, Mag. Salud y Seguridad

Equipo Salud Mental SURA

ARL-Consultoría Gestión del Riesgo

Revisado por: Sura Colombia

Julio 2019

Contenido	
<b>1. JUSTIFICACIÓN</b> .....	3
<b>2. MARCO CONCEPTUAL SOBRE EL PROCESO DE REHABILITACION Y REINCORPORACIÓN AL TRABAJO</b> .....	4
2.1 Impacto de la discapacidad por trastorno mental .....	4
2.2 Aspectos generales de la rehabilitación .....	6
2.3 El proceso de reincorporación al trabajo .....	13
2.4 Principios del proceso de reincorporación laboral .....	18
2.5 Intervenciones para facilitar la reincorporación al trabajo .....	20
<b>3. GUÍA PARA LA REINCORPORACIÓN E INCLUSIÓN LABORAL LUEGO DE UNA INCAPACIDAD O AUSENCIA POR UN PROBLEMA PSICOSOCIAL O UN TRASTORNO MENTAL</b> .....	33
4.1 Alcances de la guía.....	33
4.2 Población usuaria de la guía .....	34
4.3 Objetivos.....	34
4.4 Principios de la reincorporación.....	34
4.5 Fases de la reincorporación .....	36
4.5.1 Evaluación de necesidades.....	37
4.5.2 Proceso de reincorporación.....	38
<b>4. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	45
<b>5. ANEXOS</b> .....	53
Anexo 1. Marco legal referente a la rehabilitación y reincorporación al trabajo .....	53
Anexo 2. Guía para la reincorporación al trabajo luego de una ausencia por motivos de salud mental - Orientaciones para empleadores y trabajadores: Material educativo .....	53
Anexo 3. Lista de seguimiento periódico del plan de reincorporación al trabajo.....	53
Anexo 4. Modelo formato para cierre de caso en reincorporación .....	53

## GUÍA PARA LA REINCORPORACIÓN E INCLUSIÓN LABORAL LUEGO DE UNA INCAPACIDAD O AUSENCIA POR UN PROBLEMA PSICOSOCIAL O UN TRASTORNO MENTAL

### 1. JUSTIFICACIÓN

En los últimos años ha incrementado la preocupación por la reincorporación efectiva de las personas a su trabajo, e incluso es un objetivo de los sistemas de salud y de seguridad social. Existe además una creciente necesidad de mejorar la participación de las personas que tienen trastornos mentales comunes en el mercado laboral, dado que la tasa de empleo de este grupo de personas es baja (40% por debajo de la tasa promedio en la población). Alrededor de uno de cada cuatro individuos que reportan una condición de deterioro de la salud mental está empleado; y el 90% de quienes tienen una enfermedad mental grave no son económicamente activos (OECD, 2010).<sup>1</sup>

En la reunión de expertos de la OECD (2010), se concluye que entre el 30% y el 45% de todas las nuevas reclamaciones de beneficios por discapacidad se atribuyen a problemas de salud mental, incluso un grupo adicional de personas que reciben beneficios por una discapacidad física también sufre de discapacidad mental. Así mismo, los trastornos mentales más incapacitantes afectan aproximadamente al 5% o menos de la población adulta, en tanto que la depresión y la ansiedad, que suelen ser menos incapacitantes, se encuentran en el 10 al 20% de la población adulta.

El trabajo juega un papel doble en la salud mental de los trabajadores, puede ser una fuente de tensión o una fuente de bienestar mental. Así mismo, el cambio del mercado y de las condiciones de trabajo reflejado en el aumento de la automatización y la rápida implementación de las tecnologías de la información, los nuevos procesos organizativos, la inestabilidad en el empleo y las mayores cargas indican en la salud de las personas. De otra parte, el entorno laboral requiere de mayores competencias sociales y habilidades de comunicación, competencias de las que habitualmente carecen las personas con problemas de salud mental, agravando así las desventajas para este grupo poblacional.

Los empleadores enfrentan costos asociados al ausentismo y baja productividad de quienes tienen alteraciones mentales, los compañeros de trabajo y los jefes enfrentan dificultades porque desconocen cómo manejar estas problemáticas y como prevenirlas. Quienes están afectados en su salud mental enfrentan el dilema de expresar su situación y enfrentar el estigma social o de ocultar su problemática para intentar manejarla con sus propios recursos emocionales y sociales.

Una vez el trabajador se ausenta por una alteración en su salud que afecta su salud mental enfrenta el proceso de rehabilitación y la posterior reincorporación a su trabajo, momento en el cual, empleadores y trabajadores requieren de conocimiento y de estrategias para favorecer el éxito en el proceso de recuperación.

---

<sup>1</sup> Organisation for Economic Cooperation and Development. Directorate for Employment, Labour and Social Affairs. 2010. Mental health, disability and work issues for discussion. OECD Expert Meeting. Paris, 26-28 April 2010.

El abordaje de los trastornos mentales en el trabajo es igualmente relevante porque alguna sintomatología podría causar ciertos conflictos intralaborales, y recíprocamente algunas condiciones psicosociales del contexto laboral pueden precipitar o exacerbar síntomas. Padecer un trastorno mental puede generar menor tolerancia a situaciones estresantes, por lo que el fortalecimiento del autocontrol, el manejo de emociones y la solución oportuna de problemas pueden aportar en la prevención de dificultades en la salud y la productividad de los individuos.

La Agencia de Información de la Unión Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo<sup>2</sup> asegura que existen múltiples beneficios en la reincorporación de trabajadores, como conservar las habilidades y los conocimientos del trabajador, minimizar la pérdida de productividad asociada, reducir los costos de contratación y formación de nuevos trabajadores, mantener la moral del resto de trabajadores.

Como consecuencia de lo anterior, se requiere la formulación de unas orientaciones técnicas para facilitar el proceso de reincorporación al trabajo de las personas que padecen alguna alteración en su salud mental, casos en los cuales se espera que la actividad laboral sea un medio para progresar en la recuperación y en la inclusión social y productiva.

## 2. MARCO CONCEPTUAL SOBRE EL PROCESO DE REHABILITACION Y REINCORPORACIÓN AL TRABAJO

### 2.1 Impacto de la discapacidad por trastorno mental

El análisis realizado por la OPS a partir de los datos del año 2015 acerca del costo de la enfermedad mental en la discapacidad muestra que una tercera parte de los años perdidos por discapacidad (APD) y una quinta parte de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en la Región de las Américas, corresponde a casos con trastornos mentales y neurológicos específicos, así como los debidos al consumo de sustancias y el suicidio. De otra parte, la causa principal de la discapacidad es la depresión, que junto con la mortalidad suponen el 3,4% del total de AVAD<sup>3</sup> y el 7,8% del total de APD. Le siguen en importancia los trastornos de ansiedad (2,1% del total del AVAD y el 4,9% APD), así mismo la autoagresión y los trastornos somatomorfos con dolor predominante generan el 1,6% de los AVAD y 4,7% de los APD<sup>4</sup>.

---

<sup>2</sup> Agencia de información de la Unión Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo <https://www.aepsal.com/reincorporacion-efectiva-al-trabajo/>

<sup>3</sup> El indicador de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) es una medida compuesta de la mortalidad y la discapacidad atribuibles a una enfermedad dada, mientras que el de años de vida perdidos (AVP) ofrece una medida de la mortalidad por causas específicas ponderada en función de la esperanza de vida en el momento de la muerte y el de años perdidos por discapacidad (APD) proporciona una medida de la prevalencia de la enfermedad ponderada en función de su impacto discapacitante (OPS 2018).

<sup>4</sup> Organización Panamericana de la Salud (2018). La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Washington, D.C.

La carga de la enfermedad para Sur América es mayor para el caso de las enfermedades mentales comunes, en tanto que para Centroamérica es mayor la discapacidad por trastorno bipolar y trastornos de comienzo habitual en la infancia y adolescencia, así como por epilepsia. La región de Estados Unidos y Canadá tiene una carga mayor de discapacidad por esquizofrenia y demencia, así como por trastornos relacionados al consumo de opioides (OPS 2018). Cabe resaltar que el estudio refiere que factores como el ingreso monetario de los países y de los hogares, la ubicación urbana o rural, el sexo y la edad de las poblaciones, inciden en el perfil de la carga de enfermedad.

En el conjunto de todos los países del mundo, las enfermedades no transmisibles representaron el 60% del total de los AVAD del año 2015, versus el 78% en la región de las Américas. A nivel global el 12% los AVAD correspondió a los trastornos mentales y los neurológicos debidos al consumo de sustancias y el suicidio (TMNS), indicador que resultó muy superior en las Américas (19%), lo que equivale a una quinta parte del total de los AVAD, proporción que se constituye en el grupo más grande en lo que hace relación a la discapacidad y la mortalidad combinadas. Los países suramericanos tienen una proporción de años perdidos por discapacidad causada por trastornos mentales superior al total de países (33%) y el total de América (34%). Según el reporte de la OPS, Colombia tiene un 18% de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) y un 35% de años de vida perdidos por discapacidad (APD) debidos a trastornos mentales, neurológicos y al consumo de sustancias y por suicidio (TMNS).

El estudio de OPS además muestra que existe relación entre la respuesta del sistema de salud ante los trastornos mentales y los ingresos de los países. Así aquellos que tienen mayor ingreso gastan una proporción mayor de sus presupuestos en servicios de salud mental, pero asignan los recursos de forma más eficiente integrando la salud mental en la atención primaria, en tanto que los países de ingresos inferiores asignan los recursos a hospitales neuropsiquiátricos en vez de financiar servicios comunitarios de salud mental, este desequilibrio entre la carga causada por los trastornos mentales y el gasto total en salud, genera una brecha entre la carga y el gasto de tres veces en los países de altos ingresos, hasta 435 veces en los países de bajos ingresos y una mediana regional de 34.

En línea con los hallazgos de la OPS, Kohn et al. (2018)<sup>5</sup> consideran que la carga global de los desórdenes mentales está asociada en parte con la aparición temprana del trastorno y la brecha de tratamiento. Los autores encontraron que los trastornos mentales y el abuso de sustancias acarrea el 10,5% de la carga de la enfermedad en las Américas mientras que la media ponderada de brecha en el tratamiento para trastornos severos y moderados fue del 65,7%, y para el caso de Sur América es mayor (73,1%), lo que significa que una amplia proporción de población que requiere tratamiento no lo recibe. Incluso algunos autores estiman que, si bien la carga de los desórdenes mentales y del uso de sustancias ha incrementado la prioridad de la problemática, aún falta una acción concertada de parte de los gobiernos y las agencias internacionales para lograr una reducción de la prevalencia (Whiteford et al., 2016)<sup>6</sup>.

<sup>5</sup> Kohn, R., Ali, A. A., Puac-Polanco, V., Figueroa, C., López-Soto, V., Morgan, K., ... & Vicente, B. (2018). Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e165.

<sup>6</sup> Whiteford, H., Ferrari, A., & Degenhardt, L. (2016). Global burden of disease studies: implications for mental and substance use disorders. *Health Affairs*, 35(6), 1114-1120.

## 2.2 Aspectos generales de la rehabilitación

La discapacidad entendida por la ONU a la luz de un nuevo paradigma como “un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias<sup>7</sup> y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación<sup>8</sup> plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (ONU, 2006)<sup>9</sup>. Según la ONU, las personas con discapacidad incluyen tanto a quienes tienen deficiencias a largo plazo de carácter físico, intelectual o sensorial, así como mentales que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

En línea con la ONU, la OMS define la discapacidad como “el resultado de una compleja relación entre la condición de salud de una persona y sus factores personales, y los factores externos que representan las circunstancias en las que vive esa persona”. En este sentido, los distintos ambientes pueden tener efectos diversos en un individuo con una determinada condición de salud, así entornos con barreras, o sin facilitadores restringen el desempeño individual y viceversa (OMS, 2001)<sup>10</sup>.

En la Convención de la ONU (2006), se salvaguarda el derecho de las personas con discapacidad para que accedan al trabajo en igualdad de condiciones con las demás, en entornos laborales abiertos e inclusivos, lo que implica eliminar la discriminación y acceder a condiciones de trabajo justas y favorables. En este sentido, tener problemas de desempeño sin deficiencias o limitaciones en la capacidad, con frecuencia conlleva discriminación en las relaciones interpersonales o el trabajo, como sucede a una persona recuperada de una enfermedad mental.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento la Discapacidad y de la Salud (CIF) publicada por la Organización Mundial de la Salud en el año 2001<sup>11,12</sup> ofrece una perspectiva del funcionamiento y la discapacidad como un proceso interactivo y evolutivo y

---

<sup>7</sup> Las deficiencias son problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida (OMS – OPS 2001. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud CIF).

<sup>8</sup> Participación es el acto de involucrarse en una situación vital (CIF).

<sup>9</sup> Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y protocolo facultativo (2006). ONU, Nueva York.

<sup>10</sup> Organización Mundial de la Salud, 2001. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF. Edita: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

<sup>11</sup> Organización Mundial de la Salud (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF.

<sup>12</sup> El objetivo del CIF es “brindar un lenguaje unificado y estandarizado, y un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados “relacionados con la salud”. Los dominios incluidos en la CIF pueden ser considerados como dominios de salud y dominios “relacionados con la salud”. Fuente Documento de la CIF.

precisa un conjunto de conceptos fundamentales tales como: deficiencia, limitación en la actividad y restricción en la participación, que dan lugar a comprender los impactos de la discapacidad en la interacción con el entorno físico y social y actitudinal en que se desarrollan las personas, conocidos también como factores ambientales. En este contexto, la discapacidad incluye deficiencias de función o estructura a nivel corporal<sup>13</sup>, limitación en la actividad a nivel individual<sup>14</sup> y restricciones en la participación a nivel social<sup>15</sup>. La restricción en la participación está relacionada con barreras físicas, de comunicación, actitudinales y legales, que dificultan el ejercicio pleno de los roles de un individuo y como consecuencia surge el derecho a recibir rehabilitación oportuna y eficaz.

En el marco del Sistema de Seguridad Social en Colombia, están definidas las competencias y responsabilidades de cada uno de los actores involucrados en la atención de enfermedades y accidentes de trabajo, como son: los Ministerios de Salud y Trabajo, las administradoras de riesgos laborales (ARL), las empresas promotoras de salud (EPS), las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), los empleadores y el trabajador.

La rehabilitación, se define como el “conjunto de acciones sociales, terapéuticas, educativas y de formación, de tiempo limitado, articuladas, definidas y conducidas por un equipo interdisciplinario, en el que se involucra al usuario como sujeto activo de su propio proceso, a la familia, a la comunidad laboral y a la comunidad social, en el cumplimiento de los objetivos trazados, que apunten a lograr cambios en el trabajador y en su entorno, y que conduzcan a una reincorporación al desarrollo de una actividad ocupacional satisfactoria y a una experiencia de vida con calidad”(Ministerio de la Protección Social, 2004)<sup>16</sup>. Además de la reincorporación, la rehabilitación se orienta a mantener la máxima autonomía e independencia del individuo en su capacidad física, mental y vocacional, así como la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida.<sup>17</sup>

En los procesos de rehabilitación se habla de varios enfoques según se trate de la metodología empleada, algunos de ellos se presentan brevemente a manera de ilustración:

### ***Rehabilitación integral:***

---

<sup>13</sup> Desviación o pérdida significativa en una función o estructura corporal

<sup>14</sup> Actividad es la realización de una tarea o acción por parte de un individuo y las limitaciones en la actividad son dificultades que un individuo puede tener en el desempeño/realización de actividades en ambientes normalizados.

<sup>15</sup> Participación es el acto de involucrarse en una situación vital. Restricciones en la participación son problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales, con consecuencias sociales y ambientales que afectan al individuo por el hecho de tener una deficiencia o una limitación en la ejecución de sus actividades.

<sup>16</sup> Lineamientos de Política de Habilidad/Rehabilitación Integral, citados en el Manual de procedimientos para la rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el sistema general de riesgos profesionales. Colombia.

<sup>17</sup> Ministerio de Trabajo (2016). Manual único para la calificación de la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional. Bogotá. Recuperado de: <http://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/51963/Manual+Unico+de+Calificaciones+Decreto.pdf/7d224908-ef78-1b90-0255-f62a3e409e4c>

El Manual de procedimientos para la rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el sistema general de riesgos profesionales define la rehabilitación integral como el “proceso que incluye la rehabilitación funcional, social y profesional, que resulta de la integración del individuo con discapacidad a la sociedad, a través del ejercicio de los roles que le son propios”. La rehabilitación integral desarrolla acciones simultáneas en tres áreas: la promoción de la salud y la prevención de la discapacidad, el desarrollo, recuperación y mantenimiento funcional y la integración socio-ocupacional.

La promoción de la salud se focaliza en crear o mantener condiciones protectoras y favorables a la salud, tales como los estilos de vida saludables e incluye acciones de comunicación, formación y desarrollo de habilidades para fomentar comportamientos saludables en los individuales y en las comunidades. De otra parte, la prevención de la enfermedad consiste en la intervención sobre los factores de riesgo que pueden afectar la salud, con el fin evitar la aparición de alteraciones en la salud o reducir su impacto.

En el marco de la rehabilitación, la prevención supone acceso oportuno a servicios de rehabilitación integral de buena calidad para prevenir la severidad de las secuelas funcionales, laborales y psicológicas, de allí la importancia de la participación de los profesionales de la salud y seguridad en el trabajo.

La rehabilitación profesional, componente de la rehabilitación integral comprende acciones de evaluación, orientación, adaptación, formación profesional, reintegro/reubicación y seguimiento y además orienta y apoya acciones sobre el entorno en el que se dará esta integración. Para que la rehabilitación profesional sea posible, se requiere la oportuna rehabilitación funcional si ella fuera necesaria.

La rehabilitación integral es posible por la labor de un equipo interdisciplinario y transdisciplinario que trabaja sobre aspectos sensoriales, motores, cognoscitivos, psicológicos, sociales y ocupacionales del trabajador, incluida la eliminación de las barreras y la promoción de los factores facilitadores para el desempeño integral de la persona concebida en su dimensión ecológica y biopsicosocial (Ministerio de la Protección Social, 2009).<sup>18</sup>

La actividad de un grupo interdisciplinario es sinérgica, lo cual significa que producen resultados mayores que los que se podrían lograr trabajando de manera individual. Los equipos interdisciplinarios coordinados trabajan con objetivos comunes en sesiones individuales, sin embargo, es también posible trabajar en sesiones conjuntas con varios miembros del equipo interdisciplinario. En el equipo transdisciplinario las fronteras entre profesiones individuales desaparecen y uno de los miembros actúa como terapeuta primario, recibiendo información y retroalimentación de otros profesionales alrededor del mismo caso, modelo que puede ser útil frente a eventos complejos en los que no es posible someter a un individuo a diferentes sesiones con múltiples profesionales. Norrefalk, 2003<sup>19</sup> se cuestiona sobre la posibilidad de utilizar la expresión de rehabilitación multi profesional,

---

<sup>18</sup> Ministerio de la Protección Social (2009). Manual de procedimientos para la rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el sistema general de riesgos profesionales. Colombia. Recuperado de:

[http://www.ridssso.com/documentos/muro/207\\_1456181250\\_56cb900214d16.pdf](http://www.ridssso.com/documentos/muro/207_1456181250_56cb900214d16.pdf)

<sup>19</sup> Norrefalk, J. R. (2003). How do we define multidisciplinary rehabilitation?. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 35(2), 100-101.

como una alternativa que permite incluir los diferentes enfoques en el manejo del mismo individuo sujeto de rehabilitación.

### **Rehabilitación coordinada y ajustada para el retorno al trabajo**

La rehabilitación coordinada y ajustada para facilitar el retorno al trabajo (Coordinated and Tailored Work Rehabilitation por sus siglas en inglés) es una forma de intervención que se ha utilizado en diversos problemas de salud que generan ausentismo relativamente prologado y que comparte los principios de la rehabilitación integral. Este enfoque se basa en el programa de rehabilitación multidisciplinario canadiense (Sherbrooke model de Loisel et al., 2001<sup>20</sup>, citado por Bültmann et al., 2010<sup>21</sup>) desarrollado para el manejo del dolor lumbar, que combina la intervención clínica y la ocupacional, el cual ha documentado mejores resultados comparado con otros enfoques para el seguimiento de casos de trabajadores en proceso de rehabilitación<sup>22</sup>.

Esta modalidad de rehabilitación suele tener una duración máxima de doce semanas e incluye los siguientes elementos: (i) una evaluación de la discapacidad para el trabajo desarrollada por un equipo interdisciplinario para identificar las limitaciones y las barreras en materia de recursos para el retorno al trabajo de acuerdo con la clasificación internacional del CIF; (ii) un plan de acción para el retorno al trabajo incluidas las actividades para superar las barreras y para fortalecer los recursos, por ejemplo, entrenamiento en el manejo del estrés ejercicio físico y contacto con el sitio de trabajo; (III) implementación de un plan de acción con sus respectivos ajustes de acuerdo con la situación del individuo.

La recuperación personal, objetivo de todo proceso de rehabilitación psicosocial se entiende como el ser capaz de crear y vivir una vida significativa que contribuya a una comunidad, con o sin la presencia de problemas de salud mental La recuperación por tanto significa ganar y retener la esperanza, comprender las propias capacidades y discapacidades, participar en una vida activa, favorecer la autonomía personal, la identidad con la sociedad, el significado y el propósito de la vida, y un sentido positivo de sí mismo, entendiendo que recuperarse no necesariamente es sinónimo de cura (Marco nacional de Australia para los servicios de salud mental orientados a la recuperación)<sup>23</sup>.

En el contexto anterior, el proceso de recuperación se refiere tanto a las condiciones internas que experimentan las personas que se describen a sí mismas como

<sup>20</sup> Loisel, P., Durand, M. J., Berthelette, D., Vézina, N., Baril, R., Gagnon, D., & Tremblay, C. (2001). Disability prevention. *Disease Management and Health Outcomes*, 9(7), 351-360.

<sup>21</sup> Bültmann, U., Sherson, D., Olsen, J., Hansen, C. L., Lund, T., & Kilsgaard, J. (2009). Coordinated and tailored work rehabilitation: a randomized controlled trial with economic evaluation undertaken with workers on sick leave due to musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19(1), 81-93.

<sup>22</sup> Martin, M. H., Nielsen, M. B. D., Madsen, I. E., Petersen, S. M., Lange, T., & Rugulies, R. (2013). Effectiveness of a coordinated and tailored return-to-work intervention for sickness absence beneficiaries with mental health problems. *Journal of occupational rehabilitation*, 23(4), 621-630.

<sup>23</sup> Australian Government. The Department of Health (2010). Implementation guidelines for non-government community services. Principles of recovery oriented mental health practice. Recuperado de: <http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/mental-pubs-i-nongov-toc~mental-pubs-i-nongov-pri>

“recuperadas”, quienes se caracterizan por: (i) esperanza de que el proceso de recuperación es posible, (ii) experiencia de salud que no significa propiamente curación, sino la posibilidad de participación activa individual en las actividades de autoayuda. Lo anterior se traduce en que el individuo define su yo aparte de la enfermedad, mientras que el individuo enfermo pierde el control de su propio yo; “la recuperación es en parte el proceso de “recuperar” el yo al reconceptualizar la enfermedad como solo una parte del yo, no como una definición del todo”. (iii) empoderamiento y conexión a las condiciones externas que facilitan la recuperación, que se apoya en el fomento de una cultura positiva de curación y el fortalecimiento de servicios de salud orientados a la recuperación en los que prima el respeto a los derechos humanos. Tanto las condiciones internas como externas producen el proceso de recuperación mediante un efecto recíproco, a su vez, cuando se da el proceso de recuperación, éste mismo ayuda a transformar las condiciones internas y externas (Jacobson y Greenley, 2001)<sup>24</sup>

Los principios que se deben aplicar a los servicios de recuperación de la salud mental se pueden resumir en:<sup>25</sup>

- a) Singularidad individual para elegir y vivir una vida con un propósito y con valor para la comunidad, aceptando que los resultados de la recuperación son personales y únicos, que además de logros en salud también tienen énfasis hacia la inclusión social y la calidad de vida fundado en el empoderamiento de las personas.
- b) Elecciones consientes de cada individuo sobre cómo quiere llevar su vida. Este principio reconoce que las opciones de vida deben ser significativas y que su exploración debe ser creativa y por tanto el proceso de la recuperación tiene por finalidad apoyar a las personas para que desarrollen sus fortalezas y asuman la responsabilidad de sus vidas y aprovechen nuevas oportunidades.
- c) Las acciones orientadas hacia la recuperación de la salud mental implican la escucha de necesidades del individuo a través de él mismo y sus cuidadores, fomentar las actividades sociales y ocupacionales que retornen la seguridad, e inculcar el sentido de esperanza frente a una vida significativa.
- d) Las instituciones y personas que apoyan el proceso de recuperación de la salud deberán implementar prácticas que preserven la dignidad y el respeto, los valores, diferencias y cultura de sus usuarios.
- e) Las acciones de recuperación deberán ser evaluadas para establecer el progreso y la calidad de los servicios.
- f) El lenguaje que se emplea dentro de los procesos de recuperación es fundamental para lograr empoderamiento, resignificar el pasado, transformar el presente y eliminar el estigma.

Podría decirse que una aplicación de este tipo de rehabilitación es la psicoterapia focalizada en el trabajo. Lagerveld et al. (2012)<sup>26</sup>, plantean un tratamiento para las personas que

---

<sup>24</sup> Jacobson, N., & Greenley, D. (2001). What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric services*, 52(4), 482-485.

<sup>25</sup> Australian Health Ministers' Advisory Council. 2013. A national framework for recovery-oriented mental health services: Policy and theory. Commonwealth of Australia.

<sup>26</sup> Lagerveld, S. E., Blonk, R. W., Brenninkmeijer, V., Wijngaards-de Meij, L., & Schaufeli, W. B. (2012). Work-focused treatment of common mental disorders and return to work: a comparative outcome study. *Journal of occupational health psychology*, 17(2), 220.

padecen problemas comunes de salud mental, consistente en la psicoterapia cognitivo conductual pero focalizada en el trabajo, que consiste en el tratamiento cognitivo conductual tradicional, al que se incluye tempranamente un módulo centrado en el trabajo y en el retorno a éste. La aplicación de las técnicas cognitivo- conductuales al contexto de trabajo puede ayudar a cambiar una situación laboral estresante, cambiar la evaluación de los factores estresantes del trabajo, o cambiar el comportamiento disfuncional en sí mismo, por ejemplo, estimulando el retorno gradual al trabajo como una forma de activación del comportamiento.

Para comprobar su eficacia, Lagerveld et al. (2012) desarrollaron un estudio cuasiexperimental, en el que se hizo seguimiento por espacio de 12 meses a dos grupos de trabajadores con ausencia a su trabajo por causa de trastornos mentales. El primer grupo de 79 personas fue tratado con terapia cognitivo conductual y el segundo grupo de 89 personas fue tratado con la terapia cognitivo conductual focalizada en el trabajo. Los desenlaces analizados fueron la duración de la ausencia hasta retornar al trabajo, los problemas de salud mental y los costos para el empleador. Los resultados mostraron ventajas significativas de la segunda forma de tratamiento así: La reincorporación parcial ocurrió 12 días antes y la total ocurrió 65 días antes del grupo tratado solo con terapia cognitivo conductual, lo que repercutió en una importante disminución de costos para los empleadores (alrededor de 5.275 dólares por caso), sin que se produjeran efectos adversos o quejas de salud durante un año. En ambos grupos hubo una disminución significativa de los problemas de salud mental. Resultados positivos también se han encontrado en otros estudios que han hecho uso de la intervención cognitivo conductual <sup>27,28,29</sup>, incluso en casos diferentes a trastornos mentales, tales como accidentes <sup>30</sup>.

### **Rehabilitación basada en la comunidad:**

La Declaración de Alma-Ata de 1978<sup>31</sup>, fue la primera declaración internacional que defendía la atención primaria de la salud como la principal estrategia para lograr la meta de “Salud para todos” de la Organización Mundial de la Salud<sup>32</sup>. Después de la declaración de

---

<sup>27</sup> Rebergen, D. S., Bruinvels, D. J., Bos, C. M., van der Beek, A. J., & van Mechelen, W. (2010). Return to work and occupational physicians' management of common mental health problems- process evaluation of a randomized controlled trial. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 488-498.

<sup>28</sup> Arends, I., Van der Klink, J. J., van Rhenen, W., de Boer, M. R., & Bültmann, U. (2014). Prevention of recurrent sickness absence in workers with common mental disorders: results of a cluster-randomised controlled trial. *Occup Environ Med*, 71(1), 21-29.

<sup>29</sup> Bhui, K. S., Dinos, S., Stansfeld, S. A., & White, P. D. (2012). A synthesis of the evidence for managing stress at work: a review of the reviews reporting on anxiety, depression, and absenteeism. *Journal of environmental and public health*, 2012.

<sup>30</sup> Kong, W., Tang, D., Luo, X., Yu, I. T. S., Liang, Y., & He, Y. (2012). Prediction of return to work outcomes under an injured worker case management program. *Journal of occupational rehabilitation*, 22(2), 230-240.

<sup>31</sup> Alma-Ata, U. R. S. S. (1978). Conferencia internacional sobre atención primaria de salud. *Alma-Ata. URSS*, 6-12.

<sup>32</sup> Organización Mundial de la Salud (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. *Ottawa*.

Alma-Ata (1978), la OMS introdujo la rehabilitación basada en la comunidad (RBC), inicialmente como un método para la prestación de servicios sanitarios y la optimización de los recursos de la comunidad. Con el tiempo algunos países introdujeron actividades educativas y desarrollo de capacidades para la generación de ingresos y en 1989, la OMS publicó el manual de “Capacitación en la comunidad para las personas con discapacidad” con el objetivo de ofrecer orientación y apoyo para los programas de rehabilitación basada en comunidad que incorpora a las personas con discapacidad, sus familias, maestros y otros actores sociales. Durante los años de 1990, varias agencias de Naciones Unidas reconocieron la importancia de un enfoque multisectorial, que dio lugar al primer Documento de Posición Conjunta sobre Rehabilitación Basada en Comunidad (1994).

En el 2003 la OMS, realizó una consulta internacional en Helsinki (Finlandia), para revisar esta forma de rehabilitación y el informe que se produjo enfatizó la importancia de que estos programas se enfocaran en: reducir la pobreza, promover la participación de la comunidad y su sentido de propiedad, desarrollar y fortalecer la colaboración multisectorial, incluir a las organizaciones de personas con discapacidad en sus programas y promover la práctica basada en la evidencia. Como consecuencia se redefinió la rehabilitación basada en comunidad como “una estrategia dentro del desarrollo general de la comunidad para la rehabilitación, la reducción de la pobreza, la equiparación de oportunidades y la inclusión social de todas las personas con discapacidad, promoviendo la puesta en práctica de programas de RBC”... mediante los esfuerzos combinados de las mismas personas con discapacidad, sus familias, las organizaciones y comunidades y los servicios relevantes gubernamentales y no gubernamentales de salud, educación, servicios vocacionales, sociales y otros servicios”.<sup>33</sup>

En consecuencia, el proceso de rehabilitación implica intervenciones para mejorar las competencias individuales en el entorno social en que se desenvuelve el individuo, partiendo de la familia, para generar cohesión social y lograr que las personas logren el mayor nivel de independencia posible para su participación e inclusión social.

La comunidad es entendida como el colectivo organizado que comparte aspectos en común como la cultura y la rehabilitación basada en comunidad (RBC) implica “involucrar de manera coordinada los diferentes actores sociales en la búsqueda de alternativas orientadas a la inclusión social de las personas, a través de la participación de la persona, su familia y los demás miembros de la comunidad en procesos sociales y tomando en cuenta los recursos existentes en el entorno comunitario” (Ministerio de Salud, 2014)<sup>34</sup>.

La rehabilitación basada en comunidad requiere que cada comunidad establezca sus prioridades respecto de la rehabilitación y la inclusión social de las personas que lo requieran, lo que significa identificar las necesidades de la población para generar una respuesta comunitaria que requiere el apoyo de las políticas públicas integradas a nivel nacional y territorial con el fin de generar alianzas con diversos actores sociales para garantizar los recursos técnicos, humanos y económicos necesarios (Ministerio de Salud, 2014).

---

<sup>33</sup> Organización Mundial de la Salud. (2012) Rehabilitación basada en la comunidad: guías para la RBC. Organización Mundial de la Salud, Ginebra Suiza.

<sup>34</sup> Ministerio de Salud, Grupo de Gestión en Discapacidad - Oficina de Promoción Social y Red Nacional de RBC. (2014) Lineamientos nacionales de rehabilitación basada en la comunidad – RBC. Ministerio de Salud, Colombia.

Según Ministerio de Salud, las premisas fundamentales de la RBC son:

- Autogestión comunitaria que requiere de formación para asumir la acción participativa para la toma de decisiones y la búsqueda de recursos necesarios en el proceso de desarrollo, reduciendo la dependencia de ayudas externas. La autogestión supone el esfuerzo de la comunidad para buscar soluciones a las necesidades de la población sobre la base de la colaboración y la participación en las estructuras de poder que facilitan la prevención de los problemas sociales.
- Incidencia de la ciudadanía organizada para la formulación de políticas públicas en favor de la atención de personas con discapacidad.
- Empoderamiento y fortalecimiento de capacidades para promover cambios en favor de las personas con discapacidad.
- Coordinación intersectorial para la planeación y desarrollo de acciones integrales combinando las diferencias de cada sector.
- Sistemática en las normas y protocolos de acción documentados para asegurar la coordinación y el mejoramiento de las relaciones y acciones de los diferentes actores.

### 2.3 El proceso de reincorporación al trabajo

Los problemas y los trastornos mentales son una de las principales causas de ausentismo o presentismo en el trabajo, aumentando las cifras de costos por días de ausencia, incapacidades, servicios de salud y pérdidas en productividad. Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones tampoco es una situación de ganancia para el trabajador, pues se ve expuesto a situaciones estresantes por la actitud de sus colegas, los jefes y su propio malestar, además de las implicaciones del tratamiento médico.

Es importante clarificar que la reincorporación al trabajo hace referencia a volver a ejercer la actividad laboral, integrándose de nuevo a la colectividad en la que el individuo se desempeñaba. Implica igualmente, volver al trabajo en las mejores condiciones posibles para prevenir recaídas o deterioro de la calidad de vida debido a las necesidades no contempladas. La reincorporación ocupacional se define también como el “retorno del trabajador a sus roles ocupacionales, en iguales condiciones de desempeño” (Ministerio de la Protección Social, 2010)<sup>35</sup>.

Como resultado de la rehabilitación se debe buscar la “integración socio-ocupacional” que supone que el trabajador tenga la capacidad de participar y ejercer roles sociales y familiares, lo que implica acciones de intervención hacia el individuo, su familia, la comunidad y los centros educativos y de trabajo.

Se pueden distinguir de manera general varias etapas en este proceso que comprenden:

- Recogida de información y evaluación de la situación durante la ausencia del trabajador para ofrecer apoyo por parte de la organización.
- Elaboración de un plan de rehabilitación particular.

---

<sup>35</sup> Ministerio de la Protección Social – Dirección General de Riesgos Profesionales (2009). Manual de procedimientos para la rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el sistema general de riesgos profesionales. Colombia.

- Puesta en marcha del plan de rehabilitación.
- Seguimiento y evaluación de los resultados

El modelo SURA de Reincorporación Socio Laboral Basada en la Rehabilitación Integral amplia con detalle las fases, roles, y procedimiento de rehabilitación y reincorporación al trabajo, documento que el usuario de la presente guía debe consultar para ampliar la comprensión de este modelo que se desarrolla en las siguientes etapas:

- Etapa I. Identificación y segmentación de casos para ingresar al programa por niveles:
  - Nivel I de RHB Funcional: Casos cuyo tipo de lesión no afecta estructuralmente la funcionalidad del segmento y/o sistema corporal comprometido
  - Nivel II de RHB Funcional: Casos cuyo tipo de lesión afecta estructuralmente la funcionalidad del segmento y/o sistema corporal comprometido y por ende requiere una asesoría o adaptación para retomar su rol habitual.
  - Nivel III de RHB Funcional: Casos cuyo tipo de lesión afecta estructuralmente la funcionalidad del segmento y/o sistema corporal comprometido y por ende requiere una asesoría o adaptación para retomar roles acordes a la condición funcional de manera temporal o definitiva.
- Etapa II. Evaluación clínica y funcional del caso para establecer:
  - Diagnóstico Clínico
  - Pronóstico
  - Formulación del plan terapéutico
- Etapa III. Intervención y manejo de la rehabilitación integral según la clasificación de la RHB funcional que corresponda.

El modelo contempla estrategias de abordaje para la reincorporación sociolaboral basado en la rehabilitación integral que para cada nivel de rehabilitación define los roles del equipo de salud (médico y terapéutico), del equipo gestor de reincorporación sociolaboral, del trabajador y su familia y de la empresa.

- Etapa IV: Seguimiento y retroalimentación de las actividades medidas a través del cumplimiento de metas, objetivos y el concepto de mejoría medica máxima.

Los programas de reincorporación incluyen las actividades de rehabilitación, que se dirigen a los trabajadores que presentan alteraciones en sus capacidades de ejecución de actividades y de participación sociolaboral, sea de forma temporal o permanente.

Los aspectos anteriormente mencionados se describirán en el presente documento a manera de guía para orientar a los empleadores y para educar a los trabajadores que se encuentran en el proceso de reincorporación al trabajo.

Existen algunos factores que se han considerado por los diferentes estudios como críticos en la duración del ausentismo por trastornos de salud mental, así como otros que se destacan por su rol facilitador del proceso de reincorporación, entre los que se pueden mencionar los siguientes:

a) El tratamiento recibido:

Las habilidades adquiridas durante el proceso terapéutico permiten por lo general suponer una ausencia más corta, por lo que puede ser un buen predictor el hecho de que el trabajador se adhiera al tratamiento (Van der Klink, Blonk, Schene & Van Dijk (2003<sup>36</sup>; Salomonsson et al., 2017<sup>37</sup>). De otra parte, las intervenciones para el reingreso del empleado deben sucederse lo más temprano posible (primeras 6 semanas luego de un diagnóstico), contando con la facilitación del empleador, además los tratamientos deben estar guiados por protocolos y buenas prácticas basadas en la evidencia (Cornelius, Van der Klink, Groothoff, Brouwer, 2011<sup>38</sup>).

b) Las características sociodemográficas de los trabajadores:

La revisión de literatura científica permite identificar ciertas características promotoras de un reingreso más rápido al trabajo luego de una alteración de la salud mental, entre ellas: la edad, la condición socioeconómica, el género y otros factores individuales y sociales.

En cuanto a la edad, autores como Mattila et al. (2017) confirman que la reincorporación al trabajo es más rápida para los grupos de edad de 21 a 34 años y de 35 a 50 años si se compara con mayores de 50, en quienes también hay mayor reincidencia de ausencias.

La influencia del nivel socioeconómico y educativo en la reincorporación al trabajado deriva de las oportunidades para adecuar su trabajo a las condiciones de salud mental, así quienes tienen una mejor posición socioeconómica tiene más posibilidades de flexibilizar su trabajo para continuar laborando a pesar del deterioro de la salud.<sup>39</sup>

Koopmans et al. (2010) afirman que evidentemente las ausencias por problemáticas mentales son más comunes en mujeres, sin embargo, el proceso de recuperación y especialmente la recurrencia es similar para los dos sexos y Martin et al. (2012)<sup>40</sup> consideran que para identificar las diferencias por sexo será importante considerar el tipo de trabajo, pues se éste en un determinante del proceso de reincorporación.

---

<sup>36</sup> Van der Klink, J. J., Blonk, R. W., Schene, A. H., & van Dijk, F. J. (2003). Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occupational and environmental medicine*, 60(6), 429-437.

<sup>37</sup> Salomonsson, S., Santoft, F., Lindsäter, E., Ejeby, K., Ljótsson, B., Öst, L. G., ... & Hedman-Lagerlöf, E. (2017). Cognitive-behavioural therapy and return-to-work intervention for patients on sick leave due to common mental disorders: a randomised controlled trial. *Occup Environ Med*, oemed-2017.

<sup>38</sup> Cornelius LR, Van der Klink JJ, Groothoff JW, Brouwer S. Prognostic factors of long-term disability due to mental disorders: a systematic review. *J Occup Rehabil*. 2011;21(2):259-274.

<sup>39</sup> Sumanen, H., Rahkonen, O., Pietiläinen, O., Lahelma, E., Roos, E., & Lahti, J. (2015). Educational differences in disability retirement among young employees in Helsinki, Finland. *The European Journal of Public Health*, 26(2), 318-322.

<sup>40</sup> Martin MH, Nielsen MB, Petersen SM, Jakobsen LM, Rugulies R. Implementation of a coordinated and tailored return-to-work intervention for employees with mental health problems. *Journal of occupational rehabilitation* 2012; 22 (3): 427-36.

También se ha documentado la importancia de características de personalidad del trabajador, como elementos más particulares, entre las que se destacan la autoeficacia y autocontrol<sup>41</sup>, las habilidades para el trabajo<sup>42</sup> y el apoyo social<sup>43</sup>

c) Las condiciones laborales:

Como se mencionó previamente, la adecuación del trabajo es un elemento importante en los programas de reincorporación dado el peso de las condiciones psicosociales propias del trabajo en el pronóstico de las intervenciones. Una condición intralaboral que más peso ha tenido en los últimos años es el compromiso de todos los implicados, especialmente del empleador y los supervisores o jefes.

Como primera medida, es importante que el empleador crea que el trabajador puede regresar y ser productivo dentro de la organización<sup>44</sup>; esto implica un cambio de actitud, empatía la aceptación de cierto grado de flexibilidad. De allí la importancia de definir políticas organizacionales que faciliten la incorporación de diversos tipos de adecuaciones en el trabajo.

Joosen et al (2017) identifican elementos esenciales para la reincorporación al trabajo entre los que se mencionan: el tipo de trabajo al que se regresa, la motivación hacia las actividades, un ambiente de trabajo seguro, acogedor y libre de estigmas; la visibilización de la importancia que otorgó el empleador al proceso de regreso al trabajo y el rol de los jefes inmediatos por ser quienes representan al empleador.

d) El trastorno mental diagnosticado:

El diagnóstico que haya recibido un trabajador por su alteración mental tiene una relación estrecha con el retorno al trabajo y por tanto con la duración del ausentismo, así, los trastornos de ánimo como la depresión, los trastornos de ansiedad y el síndrome de burnout, se vinculan a ausencias de larga duración y en ocasiones con recaídas.

---

<sup>41</sup> Nigatu, Y. T., Liu, Y., Uppal, M., McKinney, S., Gillis, K., Rao, S., & Wang, J. (2017). Prognostic factors for return to work of employees with common mental disorders: a meta-analysis of cohort studies. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52(10), 1205-1215.

<sup>42</sup> Gragnano, A., Negrini, A., Miglioretti, M., & Corbière, M. (2017). Common psychosocial factors predicting return to work after common mental disorders, cardiovascular diseases, and cancers: a review of reviews supporting a cross-disease approach. *Journal of occupational rehabilitation*, 1-17.

<sup>43</sup> Haverlaen, L. A., Skarpaas, L. S., Berg, J. E., & Aas, R. W. (2017). Do psychological job demands, decision control and social support predict return to work three months after the end of a return-to-work (RTW) programme? The rapid-RTW cohort study. *BMC Public Health*, 17, 154.

<sup>44</sup> Hees, H. L., Nieuwenhuijsen, K., Koeter, M. W., Bültmann, U., & Schene, A. H. (2012). Towards a new definition of return-to-work outcomes in common mental disorders from a multi-stakeholder perspective. *PLoS One*, 7(6), e39947.

Algunos estudios evidencian que los problemas en salud mental serán de menor duración y mejor pronóstico si se activa prontamente un programa de reincorporación al trabajo <sup>45, 46</sup>

Para Mingote et al (2011) aproximadamente un 80% de las personas que sufre alguna de las formas más graves de depresión mejoran de forma significativa con el tratamiento, lo que significa que la mayoría de ellas volverá a alcanzar su nivel de funcionamiento previo en un período de dos a tres meses (p.47) <sup>47</sup>

Es importante reconocer que no solo existe la posibilidad de trastornos mentales sino también de problemáticas de salud mental, que, aunque transitorias y de menor gravedad, también pueden afectar la posibilidad de regreso al trabajo; es el caso de algunas manifestaciones disfuncionales de personalidad que traen inconvenientes de comportamiento o en la esfera de las relaciones.

Autores como Romero et al. (2013) <sup>48</sup> sugieren que, pese a que el diagnóstico se asocia en gran medida con el momento en que se producirá la reincorporación laboral, los resultados de los estudios no han sido concluyentes.

#### e) Tipo de trabajo

Son escasos los estudios que relacionan el tipo de trabajo u ocupación con las facilidades para los programas de reincorporación al trabajo.

FASECOLDA <sup>49</sup> presentó para el año 2009 datos de 6.891 enfermedades laborales, incluidos los trastornos mentales. Se encontró que los tipos de ocupación con mayor prevalencia fueron la industria manufacturera, actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler y por último agricultura, ganadería, caza y silvicultura. Sin embargo, la falta discriminación de datos por diagnóstico hace que se puedan suponer afectaciones que no obedecen al tema de interés.

Al parecer son más altas las tasas por enfermedad laboral, incluyendo los trastornos de salud mental en ocupaciones manuales y con escaso control sobre el trabajo que realizan,

---

<sup>45</sup> Flach, P. A., Groothoff, J. W., Krol, B., & Bültmann, U. (2011). Factors associated with first return to work and sick leave durations in workers with common mental disorders. *The European Journal of Public Health*, 22(3), 440-445.

<sup>46</sup> Noordik, E., van der Klink, J. J., Geskus, R. B., de Boer, M. R., van Dijk, F. J., & Nieuwenhuijsen, K. (2013). Effectiveness of an exposure-based return-to-work program for workers on sick leave due to common mental disorders: a cluster-randomized controlled trial. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 144-154.

<sup>47</sup> Mingote Adán, J. C., Pino Cuadrado, P. D., Sánchez Alaejos, R., Gálvez Herrer, M., & Gutiérrez García, M. (2011). El trabajador con problemas de salud mental: Pautas generales de detección, intervención y prevención. *Medicina y seguridad del trabajo*, 57, 188-205.

<sup>48</sup> Romero, C, Martínez, P, Quevedo, L, Aguado, L., Ruiz, M., Fernández, C., & Calvo, E. (2013). Predictores de la duración de la incapacidad temporal por contingencias comunes en los trastornos de ansiedad. *Gaceta Sanitaria*, 27(1), 40-46.

<sup>49</sup> Aristizábal, J (2013). La enfermedad Laboral en Colombia. Recuperado de: <https://sistemas.fasecolda.com/rldatos/Reportes/xClaseGrupoActividad.aspx>

lo que implica que la ocupación puede afectar de alguna manera el proceso de reincorporación.

Puede concluirse que los procesos de intervención orientados a la reducción del estrés, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento y el apoyo del supervisor en el trabajo, son aspectos que favorecen la reincorporación del trabajador, así mismo, las condiciones psicosociales que rodean al trabajador y el diagnóstico clínico son factores que pueden afectar la implementación de programas de reincorporación al trabajo (Muijzer, 2012)<sup>50</sup>

## 2.4 Principios del proceso de reincorporación laboral

El proceso de reincorporación al trabajo requiere el lleno de unas condiciones previas por parte del empleador que derivarán en la eficacia del plan que se decida en conjunto, además de la adecuada integración de todas las partes involucradas para hacer posible el mejor apoyo intralaboral.

Cuando el empleado ha debido distanciarse por condiciones de su salud mental, sea que se trate de una incapacidad o del uso de una licencia o permiso para el cuidado de la salud, es necesario que la organización mantenga contacto ocasional con éste, dentro de un marco de respeto y genuina preocupación por su bienestar y no como una estrategia de seguimiento e investigación a su estado para derivar en repercusiones legales.

Algunas formas de realizar el contacto durante la fase de ausencia del trabajador son:

- Mantener informado al trabajador respecto de asuntos relevantes de la organización que le pudieran interesar, sin que ello implique la asistencia o el cumplimiento de plazos o entregas de trabajo que requieran de su presencia para evitar una exacerbación de su problemática. La comunicación deberá ser canalizada a través de una persona designada por la organización, bien a través de mensajes de correo electrónico, llamadas o cualquier otro medio que se considere apropiado.
- En la medida de lo posible, puede facilitarse una transición para reincorporarse progresivamente al trabajo, permitiendo que asista en algunas ocasiones o periodos al trabajo o bien que se programe la entrega progresiva de algunos informes o trabajos puntuales.

El regreso al trabajo no hace parte del tratamiento médico como tal, pero sí es una medida terapéutica que permite al trabajador sentirse útil, sin exclusión o discriminación y además parte importante de la organización. El trabajador y la organización acordarán el proceso de reintegro, para lo cual las indicaciones del especialista o equipo de salud tratante pueden ayudar a orientar sobre los cambios necesarios, así como entender las condiciones requeridas para su bienestar.

---

<sup>50</sup> Muijzer, A., Brouwer, S., Geertzen, J. H., & Groothoff, J. W. (2012). Exploring factors relevant in the assessment of the return-to-work process of employees on long-term sickness absence due to a depressive disorder: a focus group study. *BMC Public Health*, 12(1), 103.

Mientras el empleado se encuentra fuera del trabajo, y antes de que reincorpore, es necesario que la organización inicie con una labor de prevención (psicoeducación) a los colegas y a quienes tienen mayor contacto con el trabajador ausente, a fin de sensibilizar y educar sobre las problemáticas o trastornos de salud mental, informar sobre signos de alarma, estrategias de acción y eliminar el estigma frente que suele presentarse en estos casos. Obtener la mayor información posible sobre la situación del trabajador será uno de los aspectos más importantes para llevar a la práctica el plan de reincorporación.

De igual manera el empleador pondrá en marcha un plan guiado por las políticas de la organización y adaptado a las necesidades particulares, avanzando en los arreglos pertinentes. Una vez el trabajador haya regresado, el plan se confirmará con él y con todas las partes involucradas.

En la Tabla 1 se presenta una orientación sobre acciones que cada parte deberá asumir para una lograr una reincorporación eficaz al trabajo.

Tabla 1. Acciones para la reincorporación del trabajador luego una ausencia por motivos de salud mental

El empleador	El trabajador
Participar activamente en el diseño del proceso de reincorporación del trabajador	Participar en el diseño del proceso de reincorporación
Asegurar los derechos del trabajador en el proceso de reincorporación	Sugerir acomodaciones razonables pero adecuadas para su beneficio y el de la organización
Ajustar el plan de reincorporación con el trabajador, en el marco del beneficio mutuo	Proveer de todos los soportes médicos y legales que ayuden a su reincorporación
Aportar a los demás empleados la información y capacitación necesarias para facilitar la reincorporación sin discriminación	Informar abiertamente a un delegado de la organización acerca de recaídas o situaciones que causen efectos adversos en la salud
Establecer un tiempo para avanzar en el reintegro a la organización	Brindar retroalimentación al empleador sobre mejoras y posibilidades reales de reincorporación total
Atender a nuevas necesidades o condiciones que no pudieron ser consideradas inicialmente	Atender a propuestas de acomodación diferentes a las sugeridas inicialmente
Evitar situaciones estigmatizantes dentro de la organización	Brindar a los colegas de trabajo la posibilidad de conocer más de su situación sin traspasar límites de la confidencialidad,

El empleador	El trabajador
	para que tengan una perspectiva más clara de lo sucedido

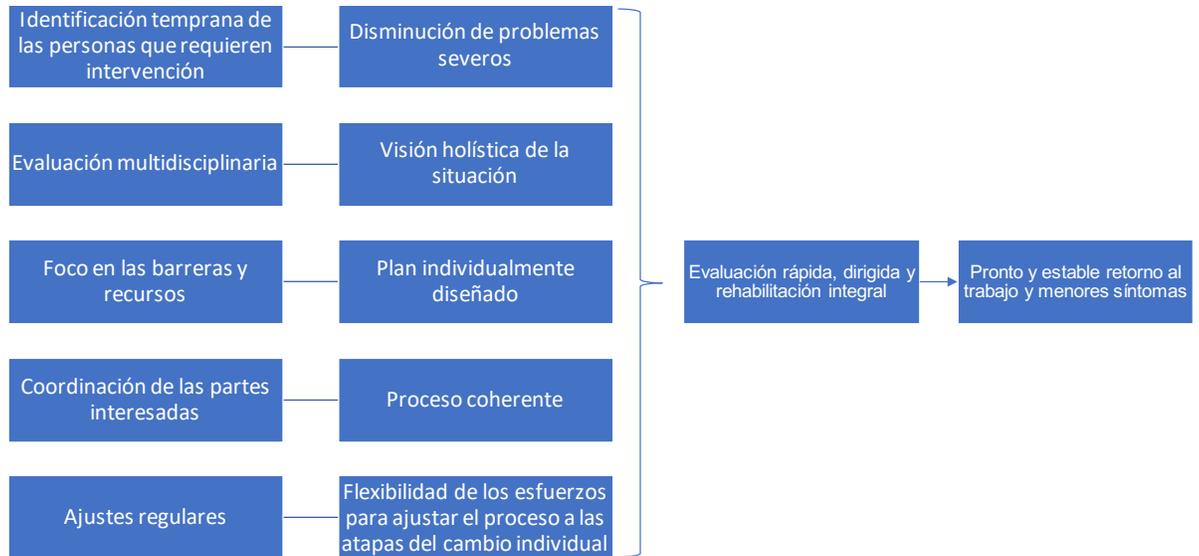
### 2.5 Intervenciones para facilitar la reincorporación al trabajo

La investigación acerca de la efectividad de las intervenciones en trabajadores con problemas comunes de salud mental ha ido en aumento. El retorno al trabajo es un proceso multifacético que involucra complejas interacciones entre factores biológicos psicológicos y sociales, así como con los servicios de salud y de seguridad social; en consecuencia, las intervenciones para retornar al trabajo involucran diversas partes interesadas con diferentes motivaciones y preocupaciones alrededor de la reincorporación de un trabajador a su labor.

Dada la necesidad de lograr procesos de intervención que faciliten el retorno al trabajo es necesario identificar en qué medida la intervención sigue los principios de la rehabilitación multidisciplinaria, coordinada y diseñada de manera particular para cada caso, y qué tanto se focaliza en el manejo de los recursos y barreras frente a la reincorporación laboral. Para resolver estos interrogantes y además para identificar los factores individuales organizacionales políticos y financieros que influyen los resultados de la intervención, Martin et al, 2012<sup>51</sup>, realizaron una investigación de campo de la cual se derivaron importantes conclusiones que se presentan a continuación. Los investigadores identificaron cinco mecanismos que promueven el retorno al trabajo y la disminución de los síntomas, los cuales ilustran en la figura 1. Adicionalmente hallaron que la falta de cooperación entre profesionales del equipo multidisciplinario y los responsables de los servicios de la seguridad social obstaculizaron la eficacia y sostenibilidad de las intervenciones para retornar al trabajo, e incluso algunos pacientes del estudio hicieron notar que no se percibía con claridad la coordinación necesaria para lograr su reincorporación laboral. Así mismo, se hallaron discrepancias entre las motivaciones del equipo terapéutico y de los responsables de la seguridad social, mientras los primeros perseguían una rehabilitación sustentable, los segundos buscaban disminuir la duración de la ausencia y los costos, situación que se vio afectada porque la información para cada una de las partes no era relevante para satisfacer sus intereses particulares. Finalmente, los médicos del trabajo y los empleadores son también actores fundamentales del proceso intervención para el retorno al trabajo.

Figura 1. Mecanismos para promover el retorno al trabajo y disminuir los síntomas por problemas de salud mental

<sup>51</sup> Martin et al. 2012.



Fuente: Martin, M. H., Nielsen, M. B. D., Petersen, S. M., Jakobsen, L. M., & Rugulies, R. (2012)<sup>52</sup>.

A las conclusiones del estudio de Martin et al., se añade el valor del apoyo y la rehabilitación en el trabajo, como lo demuestra el estudio realizado por Ahlstrom et al. (2013), en que se analizó el impacto de éstas en la capacidad de trabajo y el éxito de la reincorporación luego de una ausencia prolongada. Los hallazgos indican que el apoyo en el centro de trabajo expresado en la posibilidad de influir y desarrollarse, el significado, la calidad de liderazgo, el apoyo social, el sentido de comunidad y la satisfacción laboral, unido a la rehabilitación en el trabajo aumentaron significativamente la capacidad de respuesta individual en comparación con aquellas personas sin rehabilitación y sin condiciones de apoyo laboral<sup>53</sup>.

La reincorporación al trabajo va de la mano con la prevención de nuevas crisis en quienes se han visto afectados por una enfermedad mental, Rickwood (2008)<sup>54</sup> destaca cuatro elementos a considerar en este proceso que son:

- Conciencia, que se traduce en conocimiento del estado de salud mental y comprensión de los factores que la afectan, incluida la posible vulnerabilidad a futuros episodios de enfermedad.
- Anticipación en términos de autogestión, recuperación, continuidad de la atención y anticipación de las crisis.
- Alternativas de intervención frente a los factores de riesgo y protección de la salud mental con un enfoque holístico.
- Acceso temprano, fácil y equitativo a servicios que satisfagan las necesidades cambiantes de atención de las personas que se han visto afectadas por la enfermedad mental y sus familias y cuidadores.

<sup>52</sup> Martin et al. (2012).

<sup>53</sup> Ahlstrom, L., Hagberg, M., & Dellve, L. (2013). Workplace rehabilitation and supportive conditions at work: a prospective study. *Journal of occupational rehabilitation*, 23(2), 248-260.

<sup>54</sup> Rickwood, Debra. (2008). Pathways of recovery: 4As framework for preventing further episodes of mental illness.

Con la publicación de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2008), las instituciones de la seguridad social deben ofrecer lineamientos a partir de las buenas prácticas que ofrecen diversos programas de regreso al trabajo. Luego de una amplia consulta, la AISS identificó modelos exitosos que dieron lugar a la publicación de un conjunto de directrices para el retorno eficaz al trabajo y la reducción de condiciones invalidantes, que consideran las necesidades individuales, el entorno de trabajo y las responsabilidades legales de los centros de trabajo para reducir el número de retiros tempranos de la vida laboral activa.

Las Directrices de la AISS sobre Regreso al Trabajo y Reintegración (2013)<sup>55</sup> se estructuran en los siguientes dos componentes que posteriormente se presentan con mayor detalle por su relevancia para los usuarios de esta guía:

- Parte A, Condiciones, principios y directrices básicas de regreso al trabajo, incluida la forma en que una institución de seguridad social puede influir en el sistema.
- Parte B, Condiciones, principios y directrices específicas de regreso al trabajo.

### ***Parte A, Condiciones, principios y directrices básicas de regreso al trabajo:***

Las directrices esenciales deben seguirse usando un enfoque vertical que fomente la apropiación de sus valores y la generación de confianza.

- Un programa efectivo de regreso al trabajo exige la participación de diversos actores individuales e institucionales, entre los que se pueden citar: la persona lesionada, enferma o discapacitada y su familia, el empleador y los representantes del empleado (interlocutores sociales), colegas, profesionales de atención médica, servicios comunitarios, organismos de enlace, organismos gubernamentales y otros actores específicos.
- El marco legal y de políticas que influye en la capacidad de las instituciones para comenzar, respaldar, promover o regular los programas, las políticas y los procedimientos de regreso al trabajo.
- El trabajo dentro del marco jurídico, los acuerdos sectoriales y las recomendaciones de los organismos internacionales que fortalecen el programa de regreso al trabajo, lo que implica el conocimiento de los instrumentos pertinentes y la rendición de cuentas.
- La comprensión y aprendizaje de las buenas prácticas internacionales para el regreso al trabajo.
- La influencia en el sistema para promover iniciativas estratégicas y personalizadas de promoción y respaldo a los programas de retorno al trabajo.

### ***Parte B, Condiciones, principios y directrices específicas de regreso al trabajo***

---

<sup>55</sup> Asociación Internacional de la Seguridad Social AISS (2013). Directrices de la AISS: Regreso al Trabajo y Reintegración. Ginebra, Suiza. Recuperado de: <https://www.bps.gub.uy/bps/file/10702/22/directrices-de-la-aiss---regreso-al-trabajo-y-reintegracion.pdf>.

El retorno al trabajo debe ser concebido como un proceso integral en el que participan diversos actores, con una aproximación holística de la persona y un enfoque integrado e inclusivo, que comprende diversas actividades para alcanzar el objetivo de restablecer la capacidad de trabajo y las relaciones con la vida activa, bajo las siguientes directrices:

- Un enfoque abarcador e integrado con énfasis en la prevención a partir de las acciones en seguridad y salud en el trabajo, así como en la promoción de la salud y el bienestar, pero capaz de proveer una rehabilitación eficaz hasta lograr el regreso al trabajo. Este enfoque considera la realidad y las expectativas de las empresas de todos los tamaños y capacidades y permite aprendizajes que retroalimentan en doble sentido las acciones de prevención.
- Las medidas de regreso al trabajo parten desde el lugar de trabajo, incluidos los recursos, los actores y la estructura de que este dispone
- Combinación del tratamiento médico con la rehabilitación profesional para facilitar la rápida recuperación de la persona, optimizando su capacidad funcional, migrando de un enfoque centrado en los déficits y la incapacidad hacia uno orientado hacia las capacidades.
- Adopción de un enfoque biopsicosocial de retorno al trabajo, en que se reconoce la discapacidad como resultado de una interacción dinámica entre una función física o mental reducida y condiciones normativas, físicas y del entorno social y medioambiental, dentro y fuera del lugar de trabajo.

Un segundo grupo de directrices específicas está guiado el principio de que la intervención y rehabilitación debe ser temprana para reducir el tiempo de ausencia al trabajo y transformar los resultados de la capacidad individual, bajo el concepto de que es más fácil conservar el trabajo que conseguir uno nuevo. Entre estas directrices la AISS recomienda:

- Establecimiento de una estrategia para la detección temprana y el acceso oportuno a servicios de salud y de rehabilitación, sea que se trate de una enfermedad laboral o común que afecte la capacidad de trabajo de un individuo, estrategia que exige cooperación entre todas las partes interesadas frente a las oportunidades de regreso al trabajo.
- La gestión proactiva de la información sobre las condiciones de salud de los individuos facilita la detección e intervención temprana, la gestión de los casos, la adaptación exitosa y el mantenimiento del trabajo.
- El comienzo del retorno al trabajo inicia desde el momento de la atención en la fase aguda del accidente, la enfermedad o el problema crónico de salud, siempre que ello sea clínicamente posible.
- Los actores internos del centro de trabajo y el equipo de profesionales del sistema de salud tienen roles importantes para facilitar el proceso de regreso al trabajo.

El tercer grupo de directrices específicas enfatizan el enfoque personalizado hacia el regreso al trabajo, que implica aspectos psicosociales tales como la motivación, las condiciones de trabajo y las personales que se acompaña de un ciclo de acompañamiento que comienza y termina con la evaluación de su eficacia y comprenden:

- Gestión de casos para garantizar el apoyo y coordinación de todas las partes, lo cual implica recopilar información, analizarla, toma de decisiones, planificación, implementación y evaluación.
- Ejecución de la atención en el marco de un plan individualizado para proveer los servicios asistenciales del modo más eficiente.
- Adaptación del lugar de trabajo en alternativas que incluyen el regreso con el mismo empleador y en el mismo puesto con o sin adaptaciones o ajustes, o un nuevo puesto nuevo con el mismo empleador, hasta el regreso al trabajo con otro empleador.
- Control de calidad del proceso de reintegro a fin de que las condiciones se satisfagan de modo sistemático y efectivo, se evalúen los riesgos y se supervise el contexto para identificar los cambios en las necesidades de la persona, las condiciones de trabajo y los avances en el proceso de retorno al trabajo.

El cuarto grupo de directrices específicas reitera la importancia de la participación de la persona implicada en el proceso de retorno al trabajo, lo que implica de su parte compromiso para asumir el proceso y motivación para alcanzar los resultados y la disposición de mecanismos de apoyo a la persona. Estas directrices comprenden:

- Implicación y motivación del personal en su trabajo por cuanto esta se relaciona con el compromiso y confianza de las personas frente a los procesos de retorno al trabajo.
- Fomento de la autonomía individual como un mecanismo que ayuda a la persona a controlar su propia vida y le confiere un rol activo en el proceso de regreso al trabajo para que maneje de forma creativa sus limitaciones con el apoyo de su empleador.
- La persona afectada es el centro del proceso de retorno al trabajo, de allí que la estrategia de Confianza, motivación y autodeterminación
- La persona afectada es el centro del proceso de regreso al trabajo, por tanto, la estrategia de reincorporación debe fomentar la confianza en sí misma y en su derecho a la autodeterminación de manera que sea más fácil su retorno al trabajo.
- Conservación de la confidencialidad de la información que surge durante el proceso de regreso al trabajo, de conformidad con la normativa vigente y los estándares profesionales.

El quinto grupo de directrices específicas para el retorno al trabajo comprende la colaboración de las partes interesadas en el diseño de los planes de regreso a fin de que las personas adquieran la capacidad para alcanzar los objetivos propuestos con los programas de reincorporación y para que se resuelvan las discrepancias a través del dialogo entre el representante de la organización y la persona afectada. Las directrices de este grupo comprenden:

- Implementación de un sistema de comunicación efectivo entre todas las partes interesadas, que facilite el intercambio abierto y respetuoso de información y puntos de vista.
- Estructuración del plan de retorno al trabajo contemplando los roles que cada actor tendrá en este proceso.
- Involucramiento y gestión coordinada y multidisciplinaria entre los profesionales de la salud y los proveedores de servicios de rehabilitación para facilitar el retorno al trabajo.

- Trabajo con redes que tengan el potencial de influir en el proceso de reincorporación para aprovechar las oportunidades que sus miembros puedan ofrecer a los fines del programa de regreso al trabajo.

El sexto grupo de directrices específicas reiteran la importancia de que quienes diseñan y administran el programa de regreso al trabajo desarrollen competencias para realizar las actividades necesarias y obtener resultados exitosos de regreso y mantenimiento del empleo. De allí la importancia de que las instituciones de seguridad social promuevan la profesionalización de los responsables de las políticas y los programas para que provean condiciones y servicios de alta calidad en el proceso de retorno. En este marco la AISS sugiere las siguientes directrices.

- Garantía de la calidad de los profesionales encargados de las acciones de regreso al trabajo, incluidas las capacidades de coordinación, comunicación y orientación frente a las necesidades de la persona afectada.
- Educación y desarrollo continuo de habilidades en los profesionales que participan en el proceso de retorno al trabajo que se reflejan en la estructura de los servicios de asistencia que ofrecen a los usuarios.
- Certificación de la idoneidad de los profesionales que acompañan el proceso de regreso al trabajo.

El último grupo de directrices de la AISS focaliza la importancia del seguimiento y evaluación de los avances y resultados logrados con el proceso de retorno al trabajo, de allí que se fijan las siguientes directrices:

- Evaluación de las políticas y el proceso de retorno al trabajo con las partes interesadas, incluida la persona afectada.
- Evaluación del programa de retorno al trabajo: recursos, estructura, y resultados para tomar acciones de mejora.
- Evaluación de los resultados individuales logrados con el programa de retorno al trabajo en relación con las necesidades individuales y organizacionales.
- Auditoría formal al programa de retorno al trabajo con el fin de identificar aciertos y recomendaciones de mejora.

Las intervenciones que se realizan en personas con trastornos mentales comunes se focalizan en facilitar el retorno al trabajo, sin embargo, las investigaciones muestran que la reincorporación al trabajo habitualmente no se hace una vez los síntomas han desaparecido, sino que persisten y van desapareciendo una vez el individuo ha retornado al trabajo; incluso esperar a que haya una completa recuperación para volver al trabajo resulta ser contraproducente. Las intervenciones se suelen focalizar en aspectos psicológicos (manejo de las emociones y cogniciones) y sociales en las que se ha demostrado la importancia del fortalecimiento de relaciones con la familia los amigos los jefes y los colegas, quienes juegan un papel fundamental para facilitar la reincorporación (Arends, 2013)<sup>56</sup>. De las intervenciones mencionadas por Arends, se destacan algunos aspectos que son de utilidad para asegurar su efectividad, entre ellos: facilitar oportunidades para que las personas ganen más control sobre su trabajo y su vida en general, y el

---

56 Arends, I. (2013). *Prevention of recurrent sickness absence in workers with common mental disorders*. University of Groningen Library.

seguimiento y acompañamiento al proceso gradual de reincorporación al trabajo, así como el manejo del estrés que produce el retorno. El acompañamiento psicológico deberá centrarse en fortalecer la capacidad de control individual, la autodeterminación y adherencia a los objetivos de mejora.

En los Países Bajos, Van der Klink (2000)<sup>57</sup> desarrolló una guía práctica para agilizar el retorno al trabajo de las personas con trastornos mentales comunes, basada en el mejoramiento de la capacidad de resolución de problemas de los trabajadores, especialmente en relación con su entorno laboral. Van Beurden et al.<sup>58,59</sup> han desarrollado estudios para evaluar el efecto de la atención basada en la guía mencionada, encontrando que la atención basada en la guía conduce a un retorno al trabajo más rápido y sostenible.

De otra parte, Arends (2013), presenta un modelo para la prevención de ausencias recurrentes por trastorno mental, el cual está basado en la guía de tratamiento desarrollada por Van der Klink para los Países Bajos, a la cual la autora incluyó una propuesta de intervención para prevenir las ausencias recurrentes por motivos de salud (ver figura 2).

El tratamiento mencionado para el retorno al trabajo consiste en tres fases. La primera fase se centra en proporcionar una explicación de por qué ocurrió la ausencia relacionada con la enfermedad, educar sobre las perspectivas futuras y estructurar aspectos de la vida diaria. En la segunda fase, se abordan los problemas que causaron la ausencia, y se estimula al trabajador para que genere soluciones que faciliten su reincorporación y en la tercera fase se procede con la reincorporación gradual y se implementan las soluciones a los problemas que la persona va encontrando a medida que se adapta al cambio.

Dado que el retorno al trabajo se acompaña de la exposición a nuevos estresores tales como la comunicación con jefes y compañeros, el modelo de retorno al trabajo incluye una intervención estructurada con el fin de prevenir la recurrencia de ausencias luego de la reincorporación. Esta intervención desarrollada por Arends (2013), consistente en fortalecer la capacidad del trabajador para avanzar en la búsqueda e implementación de soluciones a los problemas que surgen luego de su retorno. De manera complementaria se orienta al trabajador para que se focalice en los aspectos positivos de su retorno, tales como la oportunidad que ofrece el trabajo para mejorar su salud y su vida activa. De igual forma es importante fomentar el diálogo con el supervisor con el fin de desarrollar soluciones prácticas y aplicables para facilitar la adaptación al trabajo y finalmente se evalúa el proceso de solución de problemas y se motiva al trabajador para que lo incorpore como una práctica común.

---

<sup>57</sup> Van der Klink, J. J. L. (2000). Guideline for the management of mental health problems by occupational physicians. *Eindhoven: NVAB (Netherlands Society for Occupational Medicine)*.

<sup>58</sup> Van Beurden, K. M., Brouwers, E. P., Joosen, M. C., Terluin, B., van der Klink, J. J., & van Weeghel, J. (2013). Effectiveness of guideline-based care by occupational physicians on the return-to-work of workers with common mental disorders: design of a cluster-randomised controlled trial. *BMC Public Health, 13*(1), 193.

<sup>59</sup> Van der Klink, J. J., Blonk, R. W., Schene, A. H., & van Dijk, F. J. (2003). Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occupational and environmental medicine, 60*(6), 429-437.

En un estudio prospectivo con 158 participantes de edades entre 18 y 63 años diagnosticados con trastornos mentales comunes<sup>60</sup> realizado por Arends (2013), se encontró que, de las anteriores acciones mencionadas, tres de ellas resultaron estar asociadas con la disminución de la recurrencia de ausencias, ellas fueron: el inventario de problemas y oportunidades, el inventario de los problemas en los que el trabajador requería ayuda para su solución y el diálogo con el médico ocupacional acerca de cómo aprovechar las oportunidades que brinda el trabajo. A su vez, los factores más fuertemente asociados a la recurrencia de las ausencias por problemas de salud mental fueron el tamaño de la empresa (mayores de 100 trabajadores) y los conflictos con los jefes. Además, la intervención basada en el estímulo a la participación y prevención de recaídas resultó efectiva en el grupo que la recibió comparada con el grupo control.

Complementario a los hallazgos anteriores, Cancelliere et al. (2016)<sup>61</sup> realizaron una revisión sistemática de los factores que inciden en el retorno al trabajo luego de una enfermedad o una ausencia por enfermedad y encontraron que los factores asociados a un retorno efectivo al trabajo fueron: mayor nivel educativo y estatus socioeconómico más alto, mayor nivel de autoeficacia, expectativas optimistas del retorno, menor severidad de la enfermedad, coordinación para el retorno al trabajo e intervenciones multidisciplinarias que incluyen el lugar de trabajo y otras partes interesadas. A su vez, los factores asociados a un retorno poco exitoso al trabajo fueron: mayor edad, ser mujer, mayores discapacidad, mayores demandas de esfuerzo físico, ausencias previas por motivos de salud o desempleo y limitaciones en la actividad.

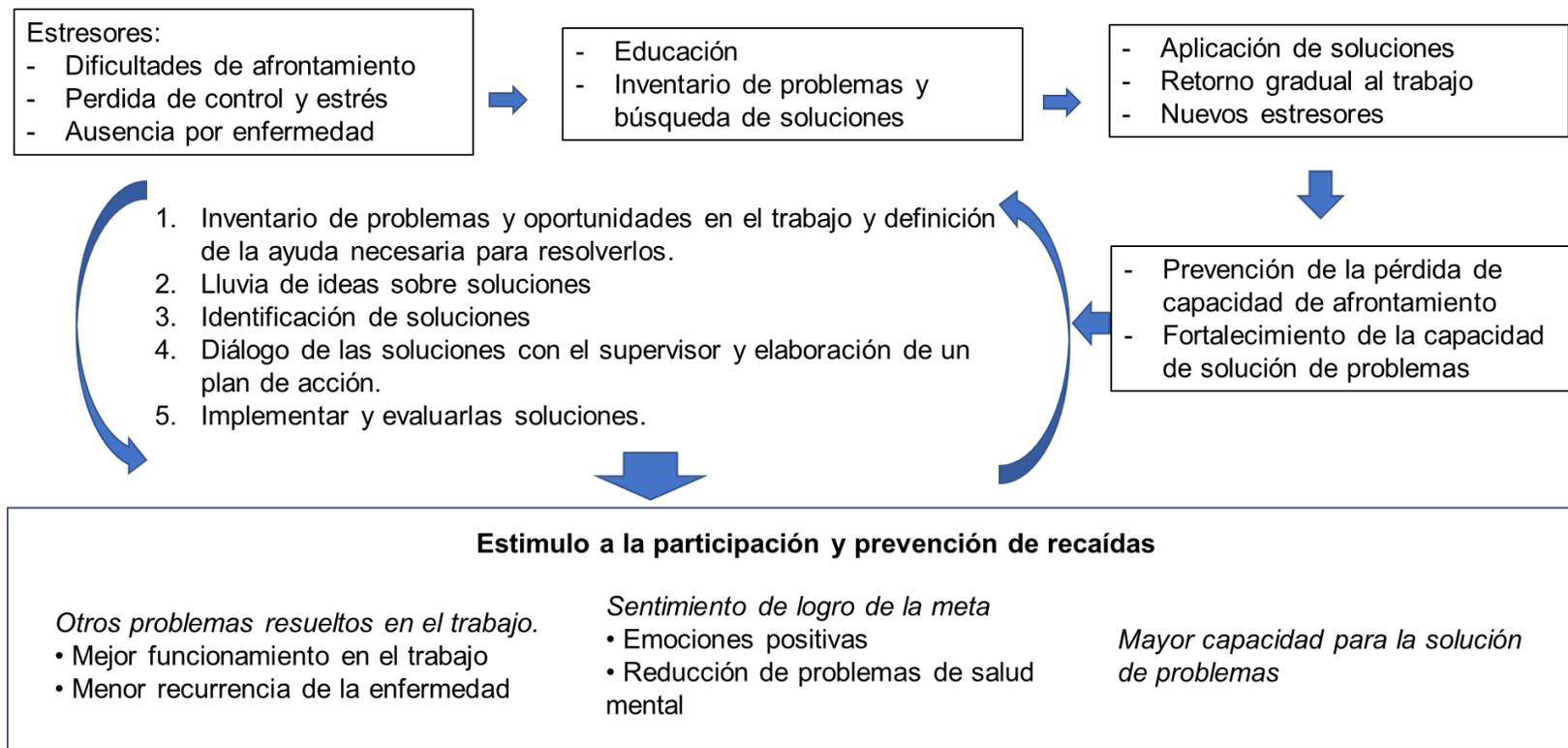
---

<sup>60</sup> Depresión, desorden de ansiedad y trastornos de ajuste

<sup>61</sup> Cancelliere, C., Donovan, J., Stochkendahl, M. J., Biscardi, M., Ammendolia, C., Myburgh, C., & Cassidy, J. D. (2016). Factors affecting return to work after injury or illness: best evidence synthesis of systematic reviews. *Chiropractic & manual therapies*, 24(1), 32.

Figura 2. Modelo de prevención de ausencias recurrentes en trabajadores con trastorno mental común

**Modelo de prevención de ausencias recurrentes en trabajadores con trastorno mental común**



Fuente: Arends, I. (2013). Prevention of recurrent sickness absence in workers with common mental disorders. Groningen: s.n

En un estudio prospectivo con 158 participantes de edades entre 18 y 63 años diagnosticados con trastornos mentales comunes<sup>62</sup> realizado por Arends (2013), se encontró que, de las anteriores acciones mencionadas, tres de ellas resultaron estar asociadas con la disminución de la recurrencia de ausencias, ellas fueron: el inventario de problemas y oportunidades, el inventario de los problemas en los que el trabajador requería ayuda para su solución y el diálogo con el médico ocupacional acerca de cómo aprovechar las oportunidades que brinda el trabajo. A su vez, los factores más fuertemente asociados a la recurrencia de las ausencias por problemas de salud mental fueron el tamaño de la empresa (mayores de 100 trabajadores) y los conflictos con los jefes. Además, la intervención basada en el estímulo a la participación y prevención de recaídas resultó efectiva en el grupo que la recibió comparada con el grupo control.

Complementario a los hallazgos anteriores, Cancelliere et al. (2016)<sup>63</sup> realizaron una revisión sistemática de los factores que inciden en el retorno al trabajo luego de una enfermedad o una ausencia por enfermedad y encontraron que los factores asociados a un retorno efectivo al trabajo fueron: mayor nivel educativo y estatus socioeconómico más alto, mayor nivel de autoeficacia, expectativas optimistas del retorno, menor severidad de la enfermedad, coordinación para el retorno al trabajo e intervenciones multidisciplinarias que incluyen el lugar de trabajo y otras partes interesadas. A su vez, los factores asociados a un retorno poco exitoso al trabajo fueron: mayor edad, ser mujer, mayor discapacidad, mayores demandas de esfuerzo físico, ausencias previas por motivos de salud o desempleo y limitaciones en la actividad.

Algunas acciones que los empleadores pueden realizar para facilitar el retorno al trabajo son<sup>64</sup>:

- Informarle al profesional de la salud responsable del tratamiento del trabajador acerca de las responsabilidades y funciones del trabajador para que pueda tomar mejores decisiones respecto de las condiciones y el tiempo en que puede suceder el retorno al trabajo.
- Considerar un retorno gradual, con flexibilidad de tiempo, de funciones o de otras condiciones que faciliten su recuperación.
- Los programas exitosos de retorno al trabajo enfatizan la importancia de identificar y resolver los problemas, revisar las habilidades vocacionales y de relación con otros y consolidar las habilidades para el trabajo.
- Fomentar el apoyo mediante acciones preventivas, incluidos los programas de asistencia al empleado que cubren aspectos tales como: consejería personal o telefónica, remisión en caso de enfermedad mental, orientación para manejo de situaciones familiares, laborales, legales, financieros o problemas de salud y apoyo para el retiro.

Para el caso de pequeñas empresas puede optarse por ajustar el modelo que aplica para las grandes mediante acciones de:

---

<sup>62</sup> Depresión, desorden de ansiedad y trastornos de ajuste

<sup>63</sup> Cancelliere, C., Donovan, J., Stochkendahl, M. J., Biscardi, M., Ammendolia, C., Myburgh, C., & Cassidy, J. D. (2016). Factors affecting return to work after injury or illness: best evidence synthesis of systematic reviews. *Chiropractic & manual therapies*, 24(1), 32.

<sup>64</sup> Harnois, G., Gabriel, P., & World Health Organization. (2000). Mental health and work: impact, issues and good practices.

- Acompañamiento o visita al trabajador incapacitado
- Intentar reintegrar al trabajador a su antiguo puesto, así sea con ajustes en el trabajo.
- Apoyarse en los recursos comunitarios y en grupos de ayuda ya existentes.
- Solicitar al equipo médico tratante, las indicaciones para facilitar el retorno al trabajo.

Para el caso de las personas con problemas severos de salud mental, es posible que se tengan mayores dificultades para emplearse, motivo por el cual la atención se centrará en desarrollar algunas habilidades para la vida cotidiana mediante programas de instituciones especializadas, talleres, entrenamiento en la comunidad o programas estatales.

Los aspectos básicos sobre los que debe orientar una guía de retorno al trabajo de un trabajador con problemas de salud mental son: (i) políticas y procedimientos organizacionales bien descritos para establecer los roles de las diferentes partes interesadas, (ii) un plan para el retorno luego de la ausencia por incapacidad, (iii) ajustes en el trabajo en caso de requerirse y (iv) capacitación de supervisores y alfabetización en salud mental para todo el personal <sup>65</sup>.

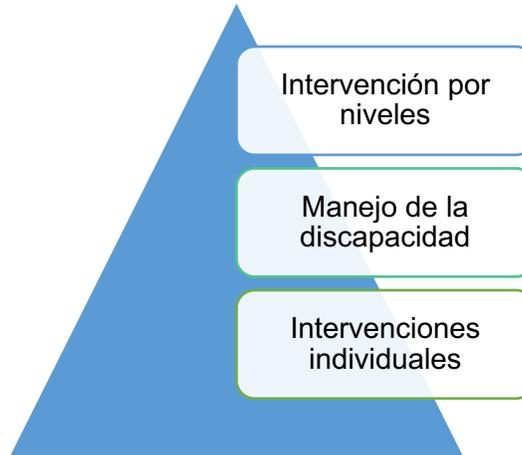
De otra parte, los Manuales de Buenas Prácticas resumen la evidencia actualizada de experiencias que han sido efectivas para ayudar a los trabajadores con alteraciones de salud mental, a retornar al trabajo.

Las mejores prácticas se organizan en torno a tres categorías de evidencia que se presentan en la figura 3:

Figura 3. Organización de categorías de intervención en buenas prácticas para reincorporación de trabajadores con alteraciones en salud mental

---

<sup>65</sup> Dewa, C. S., Trojanowski, L., Joosen, M. C., & Bonato, S. (2016). Employer best practice guidelines for the return to work of workers on mental disorder–related disability leave: A systematic review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3), 176-185.



Retomado de la propuesta de Pomaki, et al. (2010)<sup>66</sup>

Las Intervenciones por nivel hacen referencia a aquellas que se dirigen a toda la organización con el propósito de cambios en factores psicosociales y en las funciones del trabajador. Es decir, se hacen mejoras organizacionales en conjunto, por lo que abarcan actualización de políticas organizacionales y transformación de atributos de la cultura empresarial.

La evidencia señala que fueron efectivas aquellas propuestas de reincorporación que estuvieron suficientemente detalladas y adecuadamente socializadas. La cultura organizacional que apoya de forma clara el proceso de reincorporación y permanencia en el trabajo también mostro evidencias positivas.

La clave para el éxito del programa de reincorporación en las organizaciones se concentra en el fomento de una cultura centrada en el trabajador, que promueve la salud mental, es decir, aquellas que naturalmente cuentan con políticas y contextos facilitadores del bienestar del trabajador.

Los ajustes en el trabajo que facilitan la reincorporación suelen relacionarse con: ajustes en horarios, incorporación de prácticas para el fomento de la seguridad y la salud, balance entre la vida laboral y la extralaboral, apoyo a los empleados independiente de sus situaciones.

En lo que respecta al manejo de la discapacidad, las intervenciones se dirigen a mejoras en prácticas específicas que inciden en la aparición de trastornos mentales. En consecuencia, cuando las acciones de regreso son coordinadas y se apoyan en buena comunicación entre empleadores, trabajadores y profesionales de la salud, el programa cumple con sus objetivos. Las acomodaciones resultan ser una parte esencial de este proceso.

---

<sup>66</sup> Pomaki, G., Franche, R. L., Khushrushahi, N., Murray, E., Lampinen, T., & Mah, P. (2010). Best practices for return-to-work/stay-at-work interventions for workers with mental health conditions. *Vancouver, BC: Occupational Health and Safety Agency for Healthcare in BC (OHSAH)*.

El manejo coordinado del proceso de reincorporación implica que se tomen en cuenta todas las áreas de influencia de los trabajadores que pueden aportar en su regreso y estadía en el trabajo. Debe asegurarse que se contemplen el bienestar laboral en cuanto a funciones y puestos de trabajo y que la información sea la misma para todos los implicados. Los procesos exitosos de reincorporación consideran la subjetividad del trabajador en cuanto al manejo emocional, sus relaciones interpersonales y la confidencialidad del caso, sin convertirse en fuente de discriminación o de estigma.

Como buenas prácticas también se ha documentado la comunicación regular entre el trabajador ausente y la organización<sup>67</sup>.

Finalmente, las intervenciones centradas en el trabajador son individuales y buscan mejorar aspectos particulares como terapia ocupacional y psicológica, así como acompañamiento y asesoría para manejo de situaciones personales de difícil manejo. Facilitar el acceso al tratamiento basado en la evidencia reduce la ausencia laboral, el cual implica rehabilitación psicosocial y profesional.

Varios estudios recopilados plantean el efecto positivo de las intervenciones cognitivo-conductuales para reducir tiempo y costos asociados a la incapacidad por salud mental<sup>68, 69</sup>. Estas recomendaciones son recurrentes en la medida que aún existe evidencia limitada respecto de otro tipo de intervenciones como el entrenamiento en habilidades<sup>70</sup> o terapia en solución de problemas, o actividad física<sup>71, 72</sup>.

Joyce, et al. (2016), sugieren que se implementen intervenciones tripartitas enfocadas en terapia de exposición, terapia centrada en los problemas y la cognitivo conductual; siendo muy importante que las intervenciones seleccionadas se inicien en las primeras 6 semanas de la reincorporación al trabajo<sup>73</sup>.

---

<sup>67</sup> Dewa et al. (2016).

<sup>68</sup> Cullen, K. L., Irvin, E., Collie, A., Clay, F., Gensby, U., Jennings, P. A., ... & Newnam, S. (2017). Effectiveness of workplace interventions in return-to-work for musculoskeletal, pain-related and mental health conditions: an update of the evidence and messages for practitioners. *Journal of occupational rehabilitation*, 1-15.

<sup>69</sup> Lagerveld et al. (2012).

<sup>70</sup> Dewa, C. S., Loong, D., Bonato, S., & Joosen, M. C. (2015). The effectiveness of return-to-work interventions that incorporate work-focused problem-solving skills for workers with sickness absences related to mental disorders: a systematic literature review. *BMJ open*, 5(6), e007122.

<sup>71</sup> Sampson, A. (2015). Interventions to improve return to work outcomes in individuals with mental health conditions. In: Institute for safety Compensation and Recovery research. Research report. Australia.

<sup>72</sup> Nieuwenhuijsen, K., Faber, B., Verbeek, J. H., Neumeyer-Gromen, A., Hees, H. L., Verhoeven, A. C., & Bültmann, U. (2014). Interventions to improve return to work in depressed people. *The Cochrane Library*.

<sup>73</sup> Hoefsmit, N., Houkes, I., & Nijhuis, F. J. (2012). Intervention characteristics that facilitate return to work after sickness absence: a systematic literature review. *Journal of occupational rehabilitation*, 22(4), 462-477.

Finalmente, el anexo 1 contiene un breve marco de referencia legal de la “Guía para la reincorporación e inclusión laboral luego de una incapacidad o ausencia por un problema psicosocial o un trastorno mental”, el cual deberá ser tomado en cuenta teniendo claridad de las actualizaciones que se presenten posteriores a la fecha de publicación de la presente guía.

### 3. GUÍA PARA LA REINCORPORACIÓN E INCLUSIÓN LABORAL LUEGO DE UNA INCAPACIDAD O AUSENCIA POR UN PROBLEMA PSICOSOCIAL O UN TRASTORNO MENTAL

#### 4.1 Alcances de la guía

La guía orienta sobre las acciones que empleadores y trabajadores pueden realizar para facilitar el proceso de rehabilitación y reintegración laboral de trabajadores con un problema psicosocial o un trastorno mental, acciones que se completarán con los servicios de rehabilitación que provee el sistema de salud y que se apoyarán en los lineamientos del modelo SURA de Reincorporación Socio Laboral Basada en la Rehabilitación Integral, la cual amplia con detalle las fases, roles, y procedimiento de rehabilitación y reincorporación al trabajo.

Para facilitar la comprensión de los términos mencionados, a continuación, se presentan las definiciones de “problema psicosocial” y “trastorno mental”.

**Problema psicosocial:** Un problema psicosocial o ambiental puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, una situación de estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona<sup>74</sup>.

El problema psicosocial se identifica también como un problema mental que hace referencia al malestar y dificultades en la interacción con los otros derivada de la vivencia de eventos estresantes que se reflejan en cambios temporales en el estado de ánimo, la conducta y los pensamientos, que de no ser resueltos oportunamente pueden contribuir a que se produzcan trastornos mentales. Las principales causas de los problemas mentales en adultos son: las dificultades económicas, los problemas de pareja, los problemas laborales y la situación del país<sup>75</sup> (Encuesta Nacional de Salud mental 2015, Tomo 1. p.146)

**Trastorno mental:** Se entiende como trastorno mental “una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desenvolvimiento considerado como normal con respecto al grupo

---

<sup>74</sup> Ley No. 1616. Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia, Bogotá, Colombia, 21 de enero, 2013.

<sup>75</sup> Ministerio de Salud y Protección Social (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental (Tomo I). Recuperado de: [https://www.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/node/field-documents/field\\_document\\_file/saludmental\\_final\\_tomoi\\_color.pdf](https://www.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/node/field-documents/field_document_file/saludmental_final_tomoi_color.pdf)

social de referencia del cual proviene el individuo. Esta alteración se manifiesta en trastornos del razonamiento, comportamiento, la facultad de reconocer la realidad y adaptarse a las condiciones de la vida”<sup>76</sup>.

## 4.2 Población usuaria de la guía

La guía para la reincorporación e inclusión laboral luego de una incapacidad o ausencia por un problema psicosocial o un trastorno mental está diseñada para ser aplicada por las divisiones de gestión del talento humano y seguridad y salud en el trabajo, así como por los profesionales de la salud y los asesores en prevención y promoción de la salud. Son beneficiarios del contenido de la guía los empleadores y los trabajadores que presentan una ausencia por trastorno mental y que se encuentran en proceso de reincorporación al trabajo.

## 4.3 Objetivos

### Objetivo general:

Proporcionar al empleador, a los jefes y a los trabajadores, el conocimiento y las orientaciones para implementar mecanismos que faciliten la eficaz reincorporación laboral de un trabajador que se ausenta por un trastorno mental o por un problema psicosocial derivado de una enfermedad, accidente o situación específica, y prevenir la aparición de nuevas crisis o el agravamiento de su salud.

### Objetivos específicos:

- Suministrar lineamientos para facilitar la adaptación multidimensional (afectiva, productiva, de relacionamiento y cognitiva) de todas partes cuando se sucede la ausencia por un trastorno mental o un problema psicosocial en alguno de los trabajadores.
- Identificar y disponer las acciones progresivas que facilitan la reincorporación de la persona afectada una vez regresa al trabajo luego de una ausencia por una afectación en su salud mental.

## 4.4 Principios de la reincorporación

Para lograr un proceso exitoso de reincorporación de un trabajador a su labor deberán considerarse los siguientes principios:

---

<sup>76</sup> Ley No. 1616. Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia, Bogotá, Colombia, 21 de enero, 2013.

- Reincorporar al trabajador progresivamente, en especial si se trata de una ausencia prolongada o de una alteración significativa en su salud, ello con el fin de evaluar aspectos como el tiempo por fuera de la organización, la problemática de salud particular y la ayuda que ha recibido el trabajador para manejar la situación (Roelen, et al., 2012)<sup>77</sup>.
- El éxito del proceso de rehabilitación y reintegro al trabajo deberá verse reflejado en la disminución del número de días de ausencia por causa de las enfermedades y problemas psicosociales, de allí la importancia de establecer un plan coordinado y de hacerle seguimiento para verificar los avances y logros.
- El plan que se diseñe para retornar y permanecer en el trabajo debe atender las necesidades de ambas partes, pero ante todo debe guiarse por metas realistas que se concreten en acciones específicas con seguimiento y verificación de logros. Si fuera necesario, el representante de la empresa puede establecer contacto con el profesional de la salud que atiende al trabajador, previo consentimiento informado del trabajador, con el fin de conocer las recomendaciones médicas para orientar la reincorporación.
- El diseño del plan de reincorporación considera las necesidades y expectativas de las dos partes y mediante el diálogo con el trabajador se establecen acuerdos, para lo cual es necesario tener contacto con el trabajador que se encuentra incapacitado o ausente, cuidando de no interferir en su proceso de recuperación, pero asegurando de que queda clara la responsabilidad de informar al empleador sobre las ausencias, presentando para ello las respectivas incapacidades. Durante el periodo de ausencia también pueden propiciarse eventuales contactos del trabajador con sus compañeros y jefes con el fin de manifestarle apoyo. Una premisa fundamental es evitar que el empleado se sienta presionado para retornar al trabajo antes de estar completamente listo y con concepto favorable de parte del médico tratante o del equipo de salud encargado de su rehabilitación.
- Previo a la reincorporación del trabajador se deben implementar acciones de intervención para controlar las condiciones de trabajo que pudieron estar relacionadas con la presentación de la enfermedad o que contribuyan a su agravamiento. En este sentido es de gran utilidad desarrollar acciones educativas que fomenten el aprendizaje y el diálogo sobre asuntos de salud mental en todos los niveles, así como alentar al personal a buscar apoyo cuando experimenten problemáticas de esta naturaleza, fomentar una cultura de aceptación e inclusión frente a quienes experimentan dificultades mentales, educar a los jefes acerca de su papel en la promoción de la salud en los entornos de trabajo, y propiciar un enfoque justo, pero flexible para facilitar la reincorporación del trabajador.
- La planificación de la reincorporación deberá considerar el esclarecimiento de expectativas respecto del plan de regreso o permanencia en el trabajo, incluidos los

---

<sup>77</sup> Roelen, C. A. M., Norder, G., Koopmans, P. C., Van Rhenen, W., Van Der Klink, J. J. L., & Bültmann, U. (2012). Employees sick-listed with mental disorders: who returns to work and when?. *Journal of occupational rehabilitation*, 22(3), 409-417.

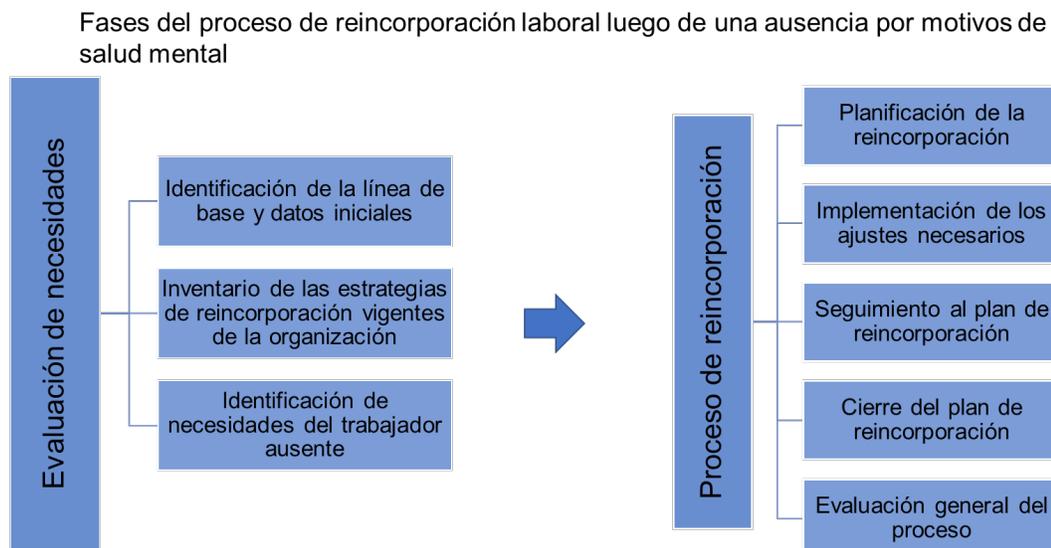
deberes y las horas de trabajo que tendrá a su cargo la persona, siempre dejando abierta la posibilidad de ajustes.

- Una vez el trabajador se reincorpora conviene involucrarlo en las actividades en las naturalmente sería partícipe, con el fin de evitar situaciones de discriminación.
- Paralelamente, la organización debe fomentar un ambiente de trabajo que propenda por el bienestar y la salud de las personas mediante acciones de promoción de los factores psicosociales protectores y la salud en el trabajo. A estos efectos pueden consultarse los documentos publicados por el Ministerio de Trabajo (disponibles en <http://www.fondoriesgoslaborales.gov.co/publicaciones/estudios/>; así como las Guías y protocolos para la promoción e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en la población trabajadora disponibles y los diseñados por ARL SURA, incluida la “Guía para la implementación del programa de vigilancia epidemiológica para el control de los factores de riesgo psicosocial y la prevención de las enfermedades relacionadas”, y otras guías y soluciones que forman parte de la “Estrategia SURA para el desarrollo y fortalecimiento de entornos laborales integralmente saludables – componente de salud mental.

#### 4.5 Fases de la reincorporación

El proceso de reincorporación de un trabajador que ha estado ausente por condiciones que han afectado su salud mental, se desarrolla en dos grandes momentos, el primero consiste en una evaluación de las necesidades y el segundo en la fase de retorno en sí misma, como se ilustra en la figura 4.

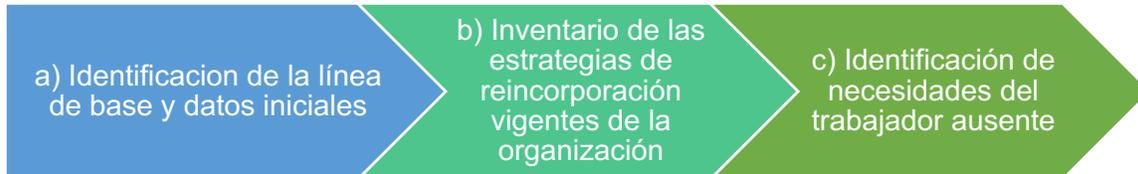
Figura 4. Fases del proceso de reincorporación laboral luego de una ausencia por motivos de salud mental o un problema psicosocial



#### 4.5.1 Evaluación de necesidades

Para llevar a la práctica un programa de reincorporación laboral de trabajadores con afectaciones de su salud mental y apoyar las acciones de rehabilitación necesarias, se realiza una evaluación de necesidades en tres pasos, conforme se ilustra en la figura 5.

Figura 5. Evaluación rápida de necesidades en la organización



##### a) Identificación de la línea base y los datos iniciales

Como primera medida, la organización debe tener un diagnóstico claro y actualizado del ausentismo de sus trabajadores, clasificado según causas y días de ausencia. Una vez establecido este primer grupo de datos, se procederá a la clasificación específica de las ausencias por causas relacionadas con la salud mental, sea que trate de trastornos o de problemáticas mentales, siendo éstas últimas las más difíciles de determinar por cuanto muchas de ellas inician con sintomatología somática recurrente. La información anterior deberá analizarse a la luz de datos ocupacionales y demográficos como: tipo de trabajo, condiciones psicosociales y otros factores de riesgo a los que se encuentran expuestas las personas que las presentan, edad, antigüedad, sexo, escolaridad, otros problemas de salud y servicios o actividades preventivas en las que participan.

##### b) Inventario de estrategias de reincorporación vigentes de la organización

Antes del desarrollar el programa de reincorporación es necesario identificar las estrategias de intervención psicosocial y de reincorporación vigentes en la organización, así como sus resultados. Las prácticas que ya se han puesto en marcha son un terreno recorrido que puede ahorrar recursos en la implementación del programa de reincorporación.

Deberán también revisarse los protocolos o procedimientos que se utilizan para los procesos de permisos, licencias e incapacidades de los trabajadores y conocer si se siguen de la manera prevista y si cumplen con la legislación implicada, por cuanto ello permitirá el conocimiento sobre buenas prácticas y rutas de acción disponibles.

Al realizar esta tarea, también pueden identificarse:

- El papel de cada una de las partes en el proceso: trabajadores, jefes, representantes del empleador y de los trabajadores, personal de salud y seguridad en el trabajo)
- Las creencias, preocupaciones y expectativas de los empleadores respecto al regreso de los trabajadores
- Las condiciones y facilidades organizacionales para realizar acomodaciones en un puesto de trabajo y en áreas específicas.
- Las creencias y expectativas de los demás trabajadores.
- Los costos que acarrea tanto el ausentismo como la reincorporación y el apoyo en la rehabilitación de los trabajadores.

### c) Identificación de necesidades del trabajador ausente

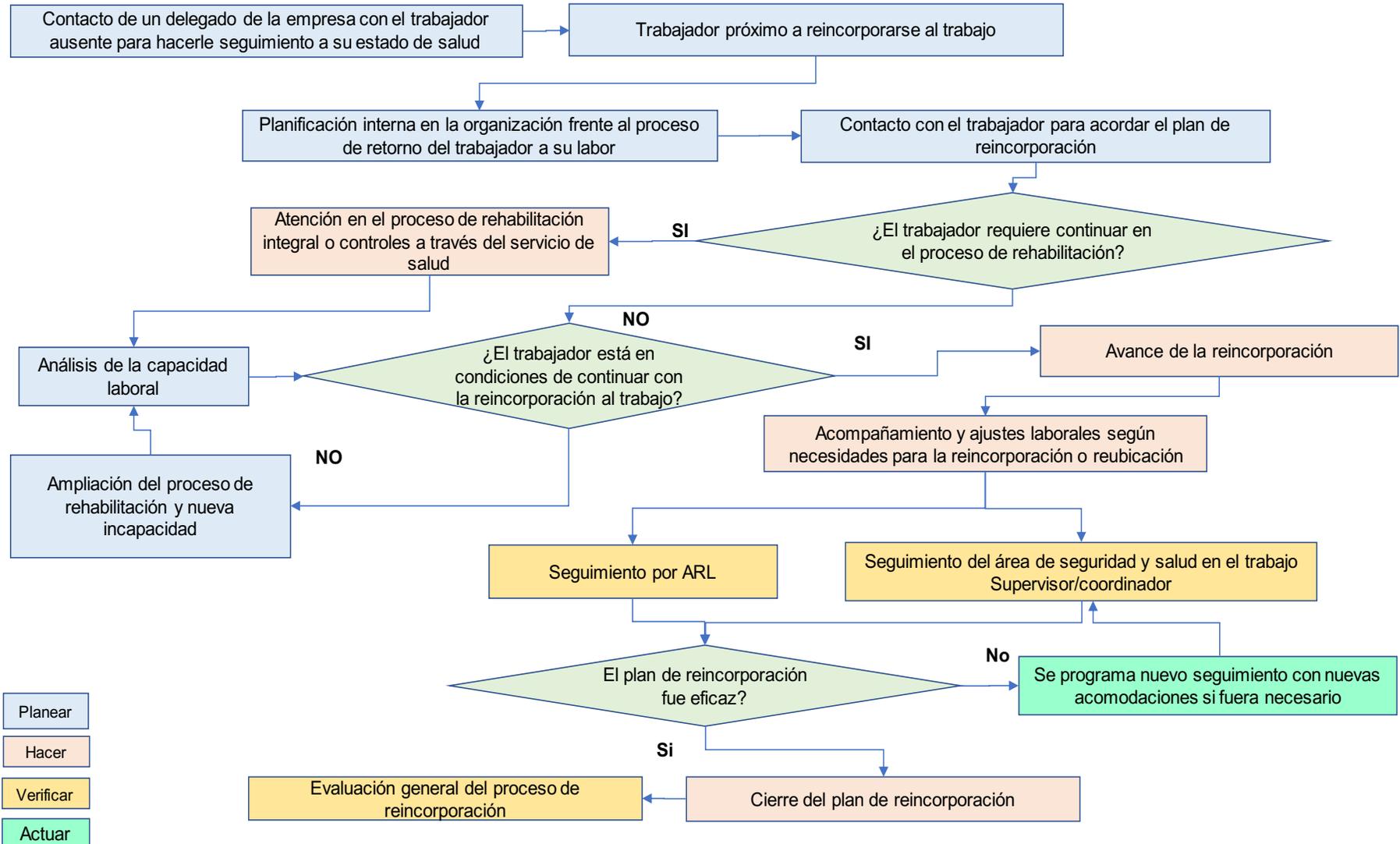
Durante la ausencia del trabajador es importante que la empresa delegue a un representante para que establezca contacto con él a fin de ofrecerle su apoyo indagando sobre sus necesidades y expectativas frente al retorno al trabajo.

Reconocer los casos que requieren de rehabilitación y saber si la organización cuenta con los recursos adecuados para apoyarla, así como las ayudas y servicios de salud a los accede el trabajador, información ésta que orienta sobre la mejor manera de desarrollar el plan de reincorporación, frente al cual se sugieren los pasos que se describen en la siguiente sección de esta guía.

## 4.5.2 Proceso de reincorporación

Cuando existen casos de trabajadores que se han ausentado por alteraciones o problemas mentales es necesario conocer la información particular para dar inicio al desarrollo del proceso de reincorporación, el cual se inicia con actividades previas de planificación momento en el cual se conocen las expectativas, necesidades, recursos y posibilidades conjuntas del trabajador y de la organización para adelantar el retorno al trabajo. La figura 6 presenta el proceso de reincorporación al trabajo, el cual se presenta con mayor detalle en el desarrollo de la guía.

Figura 6. Pasos del proceso de reincorporación del trabajador con alteraciones en salud mental



- Planear
- Hacer
- Verificar
- Actuar

### **a) Planificación de la reincorporación**

Un aspecto importante en la planificación del proceso de retorno del trabajador es la asignación de un responsable de facilitar este proceso, preferiblemente un profesional del área de Talento Humano o de Salud y Seguridad en el Trabajo, quien deberá tener buena aceptación por parte del trabajador y además deberá familiarizarse con el entorno y el contenido del trabajo de quien está ausente. Este representante deberá tener la delegación y las competencias comunicativas para llegar a acuerdos con las distintas partes involucradas en el proceso de reincorporación (trabajador, jefe y compañeros).

El primer paso para planificar el reintegro es realizar una reunión entre personas claves de la organización, que suelen ser delegados del área de Talento Humano, y/o el representante del área de Salud y Seguridad en el trabajo y el supervisor /coordinador o jefe del trabajador que se encuentra próximo a reincorporarse. La finalidad de la reunión es dialogar y plantear diversas alternativas acerca de la forma como se llevará a cabo el proceso de reincorporación a la luz de las necesidades y los requerimientos del caso.

Como resultado de la reunión se establecen los cambios que podrían hacerse, la posibilidad de flexibilidad de horarios y la forma como se manejarán los tiempos que necesite el trabajador para asistir a controles especializados o para avanzar en el proceso de rehabilitación, así como para manejar eventuales recaídas.

Si las indicaciones médicas así lo recomiendan, el trabajador continuará recibiendo el servicio de rehabilitación o acudiendo a los controles con el profesional de la salud, aun a pesar de vincularse de nuevo al trabajo, y en caso de recaídas importantes y por recomendación del profesional de la salud, podrá mantener condiciones especiales de dedicación al trabajo, salvo que deba ausentarse nuevamente, en cuyo caso será necesario reajustar el plan de reincorporación.

El anexo 2 contiene un material ilustrativo para jefes y colaboradores respecto del proceso de reincorporación al trabajo luego de una incapacidad por un trastorno mental, información que es de gran ayuda para orientar a diferentes actores de la organización.

### **b) Implementación de los ajustes necesarios**

La reunión inicial que forma parte del plan de reincorporación busca identificar las expectativas, los factores facilitadores y los que el trabajador y el empleador consideren puede que pueden interferir en el retorno al trabajo, así como las preocupaciones de las partes y las sugerencias para facilitar el retorno a la vida de trabajo. Esta información permitirá al encargado del plan, aportar sugerencias y proponer los cambios que hagan viable la reincorporación.

De forma adicional, se establecerá el soporte que la organización puede brindar al trabajador para facilitar la rehabilitación, la recuperación y el retorno al trabajo en el mejor estado posible de salud y funcionalidad.

Los encuentros de planeación del proceso de reincorporación son una forma de comunicar al trabajador el compromiso de la organización para su regreso y brindan la confianza

necesaria para que el trabajador informe de manera tranquila los avances de la reincorporación y de su estado de salud. Una vez llevada a cabo esta reunión, se establecerá una fecha de reincorporación que estará relacionada con la indicación médica.

Parte de los ajustes que se pueden requerir en el trabajo tienen que ver con algunas modificaciones respecto de la carga de trabajo, el horario o el entorno, o la reasignación de labores, entre otras, cambios que deberán documentarse y socializarse con las personas afectadas, asegurando que se mantiene la confidencialidad de las condiciones de salud del trabajador que se reincorpora.

El Ministerio de la Protección Social, en el Manual para Rehabilitación y Reintegración Ocupacional<sup>78</sup>, cita algunas de las acomodaciones administrativas y organizacionales que se pueden requerir (Tabla 2.)

Tabla 2. Modificaciones administrativas y organizacionales sugeridas por el Ministerio de Trabajo para facilitar el proceso de reincorporación laboral

Alternativas de ajustes administrativos en el trabajo
Ajustes en jornadas/ turnos
Rotaciones/ descansos
Ajustes en procedimientos de trabajo
Mejoras o cambios en el diseño del puesto de trabajo
Incrementar la accesibilidad al trabajo y adaptar los espacios
Ajustar los elementos de trabajo
Hacer cambios en el ambiente físico
Ajustar las normas políticas y generales de salud y seguridad en el trabajo

### ***c) Seguimiento al plan de reincorporación***

Se establecerán algunos seguimientos al plan de reincorporación de un trabajador luego de una ausencia por motivos de alteración en la salud mental, el cual se llevará a cabo por el área de Seguridad y Salud en el trabajo o Gestión de Talento Humano, que dependerán de las recomendaciones de los especialistas tratantes (si las hubiere) y de los procedimientos de trabajo y de administración de la organización.

La organización determinará las frecuencias y tiempos para establecer el seguimiento, así como los encargados de estos. Se sugiere que por lo menos mensualmente se haga el seguimiento contando con el apoyo del área Salud y Seguridad en el Trabajo, o del área de Gestión del Talento Humano y con el acompañamiento del supervisor o jefe del empleado, o en su defecto éste puede contactar con cierta periodicidad al trabajador para preguntar por el curso del plan de reincorporación y la evaluación de las acomodaciones del trabajo. De la misma manera, el trabajador deberá sentirse en libertad de retroalimentar al empleador, sugiriendo nuevas acomodaciones si son necesarias, o bien solicitando que

<sup>78</sup> Ministerio de la Protección Social (2009).

algunas sean erradicadas. La entidad responsable de la rehabilitación y la Administradora de Riesgos Laborales también podrá realizar seguimientos según sea conveniente en el caso.

Se requiere que la organización lleve un control exhaustivo de los seguimientos de los trabajadores en proceso de reincorporación, para lo cual podrán utilizar la lista de chequeo que anexa (anexo 3), la cual le permitirá identificar los aspectos acertados y los faltantes para lograr los objetivos. Esta lista está sugerida para el que el responsable del proceso de reincorporación del trabajador diligencie periódicamente (una vez al mes es aconsejable).

Para McEachen et al. (2009)<sup>79</sup>, existen en el proceso de retorno al trabajo, señales de alerta que pueden presentarse entre las primeras cuatro a seis semanas luego de la reincorporación y ameritan acciones para evitar efectos adversos, ellas son:

- Problemas con el uso de medicación o asistencia al tratamiento.
- Recaídas con síntomas físicos o mentales.
- Comunicación deficiente.
- Incumplimiento de los acuerdos establecidos con el empleador (por ejemplo, las acomodaciones).
- Incumplimiento de los acuerdos por parte del trabajador.
- Modificaciones que vulneran derechos del trabajador.
- Carencia de planes de contingencia en caso de que la reincorporación no avance satisfactoriamente.

#### **d) Cierre del plan de reincorporación**

La duración del proceso de reincorporación dependerá de varios factores, sin embargo, es frecuente que la rehabilitación se extienda por cerca de un mes luego de haberse efectuado el retorno del trabajador a su puesto, aunque cada caso será diferente.

El cierre del plan de reincorporación se dará cuando las condiciones de desempeño multidimensional del individuo se hayan recuperado a un nivel satisfactorio, en lo que corresponde a su condición emocional, productiva, de relacionamiento y de desempeño cognitivo hayan retornado al nivel anterior previo a su ausencia, es decir, cuando se logre reincorporación en todas las dimensiones, según la evaluación que efectúen los profesionales de la salud y sus efes en relación con la adaptación al trabajo. El cierre de casos se registra como una novedad que se consolida en las estadísticas de la organización y de la ARL si se trata de en un evento de origen laboral (Anexo 4).

#### **e) Evaluación general del proceso de reincorporación**

Granja, Ayde & Molano (2011)<sup>80</sup> consideran que el impacto en la salud de los trabajadores vinculados a un programa está determinado por la eficacia con que cada uno de los actores

<sup>79</sup> MacEachen, E., Chambers, L., Kosny, A., & Keown, K. (2009). *Red flags/green lights: a guide to identifying and solving return-to-work problems*. Institute for Work & Health.

<sup>80</sup> Granja, J., Ayde, V., & Molano González, A. *Impacto del programa de rehabilitación profesional "óptimo" en trabajadores afiliados a la Administradora de Riesgos Laborales de Seguros de Vida Alfa*

se desempeñe y el compromiso que tengan hacia el cumplimiento de las metas, de allí que la evaluación general del proceso de reincorporación debe considerar:

- Cumplimiento de los objetivos.
- Barreras y mecanismos para superarlas en función de retorna a la persona a su trabajo.
- Participación del trabajador como factor indispensable y primordial para lograr un cierre exitoso del caso (P.6).
- Aspectos que facilitaron la reincorporación al trabajo.
- Aciertos y oportunidades de mejora en los roles asignados en el proceso
- Aciertos y oportunidades de mejora en las modificaciones que se introdujeron en el trabajo.
- Lecciones aprendidas para mejorar el proceso de reincorporación.

Las evaluaciones del programa de reincorporación inician en el primer seguimiento al trabajador, pues en éstas se sugieren cambios y acomodaciones que no se habían contemplado previamente. Sin embargo, pueden obtenerse de manera más concreta y con indicadores de acuerdo con: las valoraciones médico-ocupacionales del trabajador y su progreso, la estadística de las ausencias, entrevistas a supervisores sobre evaluación del trabajo y cumplimiento de acuerdos, e incluso autoevaluación del propio trabajador respecto a su proceso.

De acuerdo con Tomicic et al. (2014)<sup>81</sup>, la evaluación del proceso de reincorporación se puede realizar con indicadores directos e indirectos (Tabla 3)

Tabla 3. Indicadores directos e indirectos para evaluar el proceso de reincorporación

Indicadores directos	Indicadores indirectos
Estadísticas de ausentismo	Existencia de políticas de reincorporación
Licencias médicas (nuevos episodios)	Impacto de las ausencias en la productividad
Uso de medicamentos o asistencia a tratamiento	Posibilidad de regreso progresivo
Autoevaluación del trabajador respecto del proceso de reincorporación al trabajo	Significados asociados al reintegro al trabajo y tiempo del reintegro al trabajo

Uno de los indicadores de mayor uso es el ausentismo. Clasificarlo permite su medición de manera más adecuada, que bien puede ser por magnitud, frecuencia por tipo de causa,

SA, *quienes presentaron accidente de trabajo o enfermedad laboral entre los años 2005-2011* (Tesis Doctoral). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

<sup>81</sup> Tomicic, A., Martínez, C., C, Lucero., Garrido, P., Ansoleaga, M., Castillo, S., & Domínguez, C. (2014). Reintegro laboral en Trabajadores con Problemas de Salud Mental: La Perspectiva de los Tratantes. Enviado a revisión (Revista Scielo).

duración y costos, información que permite estimar el impacto en la productividad de la organización<sup>82</sup>.

La duración del proceso de reincorporación y la frecuencia de recaídas son también indicadores importantes. Si bien es ideal el retorno temprano, éste no debe ser precoz y por el contrario debe darse de forma progresiva, considerando el impacto sobre el trabajador y sobre el contexto laboral que lo recibe.

---

<sup>82</sup> Asepeyo (s.f) Cómo gestionar el ausentismo en mi empresa Guía de implantación y buenas prácticas. Recuperado de: <http://www.amat.es/Ficheros/15612.pdf>

#### 4. BIBLIOGRAFÍA

Ahlstrom, L., Hagberg, M., & Dellve, L. (2013). Workplace rehabilitation and supportive conditions at work: a prospective study. *Journal of occupational rehabilitation*, 23(2), 248-260

Alma-Ata, U. R. S. S. (1978). Conferencia internacional sobre atención primaria de salud. *Alma-Ata. URSS*, 6-12.

Aristizábal, J (2013). La enfermedad Laboral en Colombia. Recuperado de: <https://sistemas.fasecolda.com/rldatos/Reportes/xClaseGrupoActividad.aspx>

Arends, I. (2013). *Prevention of recurrent sickness absence in workers with common mental disorders*. University of Groningen Library.

Arends, I., Van der Klink, J. J., van Rhenen, W., de Boer, M. R., & Bültmann, U. (2014). Prevention of recurrent sickness absence in workers with common mental disorders: results of a cluster-randomised controlled trial. *Occup Environ Med*, 71(1), 21-29.

Asepeyo (s.f) Cómo gestionar el ausentismo en mi empresa Guía de implantación y buenas prácticas. Recuperado de: <http://www.amat.es/Ficheros/15612.pdf>

Asociación Internacional de la Seguridad Social AISS (2013). Directrices de la AISS: Regreso al Trabajo y Reintegración. Ginebra, Suiza. Recuperado de: <https://www.bps.gub.uy/bps/file/10702/22/directrices-de-la-aiss---regreso-al-trabajo-y-reintegracion.pdf>.

Australian Government. The Department of Health (2010). Implementation guidelines for non-government community services. Principles of recovery oriented mental health practice. Recuperado de: <http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/mental-pubs-i-nongov-toc~mental-pubs-i-nongov-pri>

Australian Human Rights Commission. (2010) *Workers with Mental Illness: A Practical Guide for Managers*. Disponible en [www.humanrights.gov.au/disability\\_rights/publications/workers\\_mental\\_illness\\_guide.html](http://www.humanrights.gov.au/disability_rights/publications/workers_mental_illness_guide.html)

Bandura, A., Elder, G. H., Flammer, A., Schneewind, K. A., Oettingen, G., Jerusalem, M., & Zimmerman, B. J. (1999). *Autoeficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*.

Bhui, K. S., Dinos, S., Stansfeld, S. A., & White, P. D. (2012). A synthesis of the evidence for managing stress at work: a review of the reviews reporting on anxiety, depression, and absenteeism. *Journal of environmental and public health*, 2012.

Bültmann, U., Sherson, D., Olsen, J., Hansen, C. L., Lund, T., & Kilsgaard, J. (2009). Coordinated and tailored work rehabilitation: a randomized controlled trial with economic

evaluation undertaken with workers on sick leave due to musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19(1), 81-93.

Cancelliere, C., Donovan, J., Stochkendahl, M. J., Biscardi, M., Ammendolia, C., Myburgh, C., & Cassidy, J. D. (2016). Factors affecting return to work after injury or illness: best evidence synthesis of systematic reviews. *Chiropractic & manual therapies*, 24(1), 32.

Castro, R., Campero, L., & Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista de Saúde Pública*, 31, 425-435.

Centre for Youth Mental Health, University of Melbourne (2011). Helping employees successfully return to work following depression, anxiety or a related mental health problem: guidelines for organisations.

Constitución Nacional. República de Colombia, Bogotá, Colombia, julio 6 de 1991.

Convenio C111. Organización Internacional del Trabajo, Ginebra, Suiza, Ginebra, 25 de junio de 1958.

Cornelius LR, Van der Klink JJ, Groothoff JW, Brouwer S. Prognostic factors of long-term disability due to mental disorders: a systematic review. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2011;21(2):259-274.

Cullen, K. L., Irvin, E., Collie, A., Clay, F., Gensby, U., Jennings, P. A., & Newnam, S. (2017). Effectiveness of workplace interventions in return-to-work for musculoskeletal, pain-related and mental health conditions: an update of the evidence and messages for practitioners. *Journal of occupational rehabilitation*, 1-15.

Decreto No. 614. Diario Oficial de la República de Colombia, Bogotá, Colombia, 14 de marzo de 1984.

Decreto No. 2177. Diario Oficial 38991 Ministerio de Trabajo, Colombia, Bogotá, Colombia. 21 septiembre 1989.

Decreto No. 1295. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Colombia, Bogotá, Colombia, 24 de junio de 1994

Decisión 584. Comunidad Andina de Naciones, Lima, Perú, 23 de septiembre 2004.

Dewa, C. S., Loong, D., Bonato, S., & Joosen, M. C. (2015). The effectiveness of return-to-work interventions that incorporate work-focused problem-solving skills for workers with sickness absences related to mental disorders: a systematic literature review. *BMJ open*, 5(6), e007122.

Dewa, C. S., Trojanowski, L., Joosen, M. C., & Bonato, S. (2016). Employer best practice guidelines for the return to work of workers on mental disorder-related disability leave: A systematic review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3), 176-185.

Escobar Tovar Yeraldys Roxana y Zambrano Paz Diana Marcela (2015). Propiedades psicométricas de la escala de autoeficacia general (Baessler y Schwarzer, 1996) en una muestra de adolescentes de San Juan de Pasto. Universidad de Nariño. (Tesis de pregrado). Facultad de Ciencias Humanas. Programa de Psicología. San Juan de Pasto. Disponible en <http://biblioteca.udenar.edu.co:8085/atenea/biblioteca/90702.pdf>

Flach, P. A., Groothoff, J. W., Krol, B., & Bültmann, U. (2011). Factors associated with first return to work and sick leave durations in workers with common mental disorders. *The European Journal of Public Health*, 22(3), 440-445.

Gragnano, A., Negrini, A., Miglioretti, M., & Corbière, M. (2017). Common psychosocial factors predicting return to work after common mental disorders, cardiovascular diseases, and cancers: a review of reviews supporting a cross-disease approach. *Journal of occupational rehabilitation*, 1-17.

Granja, J., Ayde, V., & Molano González, A. *Impacto del programa de rehabilitación profesional "óptimo" en trabajadores afiliados a la Administradora de Riesgos Laborales de Seguros de Vida Alfa SA, quienes presentaron accidente de trabajo o enfermedad laboral entre los años 2005-2011* (Tesis Doctoral). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

Harnois, G., Gabriel, P., & World Health Organization. (2000). Mental health and work: impact, issues and good practices.

Haverlaan, L. A., Skarpaas, L. S., Berg, J. E., & Aas, R. W. (2017). Do psychological job demands, decision control and social support predict return to work three months after the end of a return-to-work (RTW) programme? The rapid-RTW cohort study. *BMC Public Health*, 17, 154.

Hees, H. L., Nieuwenhuijsen, K., Koeter, M. W., Bültmann, U., & Schene, A. H. (2012). Towards a new definition of return-to-work outcomes in common mental disorders from a multi-stakeholder perspective. *PLoS One*, 7(6), e39947.

Hoefsmit, N., Houkes, I., & Nijhuis, F. J. (2012). Intervention characteristics that facilitate return to work after sickness absence: a systematic literature review. *Journal of occupational rehabilitation*, 22(4), 462-477.

Joosen, M., Arends, I., Lugtenberg, M., van Gestel, H., Schaapveld, B. C. T. M., Terluin, B., ... & Brouwers, E. (2017). Barriers and facilitators to return to work in mental disorders: multi-stakeholder perspective study Margot Joosen. *European Journal of Public Health*, 27(suppl\_3).

Kohn, R., Ali, A. A., Puac-Polanco, V., Figueroa, C., López-Soto, V., Morgan, K., ... & Vicente, B. (2018). Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e165.

Koopmans, P. C., Roelen, C. A., Bültmann, U., Hoedeman, R., Van der Klink, J. J., & Groothoff, J. W. (2010). Gender and age differences in the recurrence of sickness absence due to common mental disorders: a longitudinal study. *BMC Public Health*, 10(1), 426.

Lagerveld, S. E., Blonk, R. W., Brenninkmeijer, V., Wijngaards-de Meij, L., & Schaufeli, W. B. (2012). Work-focused treatment of common mental disorders and return to work: a comparative outcome study. *Journal of occupational health psychology*, 17(2), 220.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Ley No. 9. Diario oficial de la República de Colombia, Bogotá, Colombia. 16 de julio de 1979.

Ley No. 82. Diario oficial de la República de Colombia, Bogotá, Colombia, 23 de diciembre de 1988.

Ley No. 361. Diario oficial de la República de Colombia, Bogotá, Colombia, 11 de febrero de 1997.

Ley No. 766. Diario oficial de la República de Colombia, Bogotá, Colombia, 17 de diciembre de 2002.

Ley No. 1562. Diario oficial de la República de Colombia, Bogotá, Colombia, 11 de julio de 2012.

Ley No. 1752. Diario Oficial de la República de Colombia, Bogotá, Colombia, 3 de junio de 2015.

Ley No. 1616. Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia, Bogotá, Colombia, 21 de enero, 2013.

Ley estatutaria 1618. Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia, Bogotá, Colombia, 13 de junio de 2017

Loisel, P., Durand, M. J., Berthelette, D., Vézina, N., Baril, R., Gagnon, D., & Tremblay, C. (2001). Disability prevention. *Disease Management and Health Outcomes*, 9(7), 351-360.

Londoño, N. H., Henao López, G. C., Puerta, I. C., Posada, S., Arango, D., & Aguirre-Acevedo, D. C. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas Psychologica*, 5(2), 327-350.

Londoño Arredondo, N. H., Rogers, H. L., Tang, J. F. C., Gómez, S. L. P., Arizal, N. L. O., Pérez, M. Á. J., . & Acevedo, D. C. A. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 142-150.

Martin, M. H., Nielsen, M. B. D., Petersen, S. M., Jakobsen, L. M., & Rugulies, R. (2012). Implementation of a coordinated and tailored return-to-work intervention for employees with mental health problems. *Journal of occupational rehabilitation*, 22(3), 427-436.

Martin, M. H., Nielsen, M. B. D., Madsen, I. E., Petersen, S. M., Lange, T., & Rugulies, R. (2013). Effectiveness of a coordinated and tailored return-to-work intervention for sickness absence beneficiaries with mental health problems. *Journal of occupational rehabilitation*, 23(4), 621-630.

Mattila Holappa, P., Ervasti, J., Joensuu, M., Ahola, K., Pentti, J., Oksanen, T., . & Virtanen, M. (2017). Do predictors of return to work and recurrence of work disability due to mental disorders vary by age? A cohort study. *Scandinavian journal of public health*, 45(2), 178-184.

MacEachen, E., Chambers, L., Kosny, A., & Keown, K. (2009). *Red flags/green lights: a guide to identifying and solving return-to-work problems*. Institute for Work & Health.

Melbourne School of Population and Global Health, University of Melbourne. (sf) Managing return to work - quick reference guide. Work - Topics for Employees Disponible en [returntowork.workplace-mentalhealth.net.au/print\\_employees](http://returntowork.workplace-mentalhealth.net.au/print_employees)

Mingote Adán, J. C., Pino Cuadrado, P. D., Sánchez Alaejos, R., Gálvez Herrero, M., & Gutiérrez García, M. (2011). El trabajador con problemas de salud mental: Pautas generales de detección, intervención y prevención. *Medicina y seguridad del trabajo*, 57, 188-205.

Ministerio de la Protección Social. Lineamientos de la política de Habilitación/Rehabilitación integral para el desarrollo familiar, ocupacional y social de las personas con discapacidad. 2004.

Ministerio de la Protección Social (2009). Manual de procedimientos para la rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el sistema general de riesgos profesionales. Colombia. Recuperado de:  
[http://www.ridssso.com/documentos/muro/207\\_1456181250\\_56cb900214d16.pdf](http://www.ridssso.com/documentos/muro/207_1456181250_56cb900214d16.pdf)

Ministerio de Protección Social (s.f.). Instrumentación del Manual Guía de Procedimientos de Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional de los Trabajadores en el Sistema General de Riesgos Profesionales. Recuperado de:  
<http://acripbolivar.org/descargas/paginas.pdf>

Ministerio de Salud, Grupo de Gestión en Discapacidad - Oficina de Promoción Social y Red Nacional de RBC. (2014) Lineamientos nacionales de rehabilitación basada en la comunidad – RBC. Ministerio de Salud, Colombia.

Ministerio de Trabajo (2016). Manual único para la calificación de la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional. Bogotá. Recuperado de:  
<http://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/51963/Manual+Unico+de+Calificaciones+Decreto.pdf/7d224908-ef78-1b90-0255-f62a3e409e4c>

Muijzer, A., Brouwer, S., Geertzen, J. H., & Groothoff, J. W. (2012). Exploring factors relevant in the assessment of the return-to-work process of employees on long-term

sickness absence due to a depressive disorder: a focus group study. *BMC Public Health*, 12(1), 103.

Nigatu, Y. T., Liu, Y., Uppal, M., McKinney, S., Gillis, K., Rao, S., & Wang, J. (2017). Prognostic factors for return to work of employees with common mental disorders: a meta-analysis of cohort studies. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52(10), 1205-1215

Nieuwenhuijsen, K., Faber, B., Verbeek, J. H., Neumeyer-Gromen, A., Hees, H. L., Verhoeven, A. C., & Bültmann, U. (2014). Interventions to improve return to work in depressed people. *The Cochrane Library*.

Norrefalk, J. R. (2003). How do we define multidisciplinary rehabilitation? *Journal of Rehabilitation Medicine*, 35(2), 100-101.

Organización Mundial de la Salud (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. *Ottawa*

Organización Mundial de la Salud, 2001. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF. Edita: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y protocolo facultativo (2006). ONU, Nueva York.

Organización Panamericana de la Salud (2018). La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Washington, D.C.

Pérez, J. P., & Daza, F. M. (2006). Guías de buena práctica. El apoyo social. NTP 439. Barcelona/Madrid.

Pomaki, G., Franche, R. L., Khushrushahi, N., Murray, E., Lampinen, T., & Mah, P. (2010). Best practices for return-to-work/stay-at-work interventions for workers with mental health conditions. *Vancouver, BC: Occupational Health and Safety Agency for Healthcare in BC (OHSAH)*.

Programa de Fomento del Empleo y la Solidaridad Social de la Unión Europea. (2012) Salud mental y empleo. Guía para empleadores. Disponible en: [http://www.insht.es/PromocionSalud/Contenidos/Promocion%20Salud%20Trabajo/Ambitos/ficheros/SaludMental\\_Empleo\\_GuiaEmpleadores.pdf](http://www.insht.es/PromocionSalud/Contenidos/Promocion%20Salud%20Trabajo/Ambitos/ficheros/SaludMental_Empleo_GuiaEmpleadores.pdf).

Programa de Fomento del Empleo y la Solidaridad Social de la Unión Europea. (2012) Salud mental y empleo. Guía para trabajadores. Disponible en: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/salud-mental-empleo-trabajadores-13400/>

Resolución 1016 de 1989. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Colombia, Bogotá, Colombia.

Rickwood, Debra. (2008). Pathways of recovery: 4As framework for preventing further episodes of mental illness.

Ritsner, M. S., & Ratner, Y. (2006). The long-term changes in coping strategies in schizophrenia: temporal coping types. *The Journal of nervous and mental disease*, 194(4), 261-267.

Roelen, C. A. M., Norder, G., Koopmans, P. C., Van Rhenen, W., Van Der Klink, J. J. L., & Bültmann, U. (2012). Employees sick-listed with mental disorders: who returns to work and when? *Journal of occupational rehabilitation*, 22(3), 409-417.

Romero, C, Martínez, P, Quevedo, L, Aguado, L., Ruiz, M., Fernández, C., & Calvo, E. (2013). Predictores de la duración de la incapacidad temporal por contingencias comunes en los trastornos de ansiedad. *Gaceta Sanitaria*, 27(1), 40-46.

Salomonsson, S., Santoft, F., Lindsäter, E., Ejeby, K., Ljótsson, B., Öst, L. G., & Hedman-Lagerlöf, E. (2017). Cognitive-behavioural therapy and return-to-work intervention for patients on sick leave due to common mental disorders: a randomised controlled trial. *Occup Environ Med*, oemed-2017.

Sampson, A. (2015). Interventions to improve return to work outcomes in individuals with mental health conditions. In: Institute for safety Compensation and Recovery research. Research report. Australia.

Sumanen, H., Rahkonen, O., Pietiläinen, O., Lahelma, E., Roos, E., & Lahti, J. (2015). Educational differences in disability retirement among young employees in Helsinki, Finland. *The European Journal of Public Health*, 26(2), 318-322.

Tomicic, A., Martínez, C., C, Lucero., Garrido, P., Ansoleaga, M., Castillo, S., & Domínguez, C. (2014). Reintegro laboral en Trabajadores con Problemas de Salud Mental: La Perspectiva de los Tratantes. Enviado a revisión (Revista Scielo).

Van der Klink, J. J. L. (2000). Guideline for the management of mental health problems by occupational physicians. *Eindhoven: NVAB (Netherlands Society for Occupational Medicine)*.

Van der Klink, J. J., Blonk, R. W., Schene, A. H., & van Dijk, F. J. (2003). Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occupational and environmental medicine*, 60(6), 429-437.

Whiteford, H., Ferrari, A., & Degenhardt, L. (2016). Global burden of disease studies: implications for mental and substance use disorders. *Health Affairs*, 35(6), 1114-1120.

ARL



## 5. ANEXOS

**Anexo 1. Marco legal referente a la rehabilitación y reincorporación al trabajo**

**Anexo 2. Guía para la reincorporación al trabajo luego de una ausencia por motivos de salud mental - Orientaciones para empleadores y trabajadores: Material educativo**

**Anexo 3. Lista de seguimiento periódico del plan de reincorporación al trabajo**

**Anexo 4. Modelo formato para cierre de caso en reincorporación**

*“Todos los derechos reservados. El presente documento, su diseño y contenido técnico, es para uso exclusivo de los usuarios/clientes de Suramericana S.A., razón por la cual se encuentra prohibido cualquier uso diferente, así como su comercialización, reproducción y transmisión sin el permiso previo y escrito de la misma. © Propiedad Intelectual de Suramericana S.A., (Julio de 2019).”*