

Factores psicosociales en el reintegro laboral posincapacidad mental: análisis de tres casos

Hernán Gilberto Rincón-Hoyos* 

Profesor/Servicio de Psiquiatría, Facultad de Ciencias de la Salud/Departamento de Medicina Interna, Universidad Icesi/ Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia.
hernan.rincon@fvl.org.co

Roger Adrián Figueroa-Paz 

Profesor/Epidemiólogo, Facultad de Ciencias de la Salud/Centro de Investigaciones Clínicas, Universidad Icesi/Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia.
roger.figueroa@fvl.org.co

María Mercedes Cardozo-Rengifo 

Asistente de Investigación, Centro de Investigaciones Clínicas, Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia.
maria.cardozo.re@fvl.org.co

Sebastián Amaya 

Estudiante de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Icesi, Cali, Colombia.
juan.amaya2@u.icesi.edu.co

Juan Manuel Jaramillo 

Residente de Psiquiatría, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Icesi, Cali, Colombia.
Jmjm.12@hotmail.com

Juan Pablo Borda Bohigas 

Profesor/Servicio de Psiquiatría, Facultad de Ciencias de la Salud/Departamento de Medicina Interna, Universidad Icesi/Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia.
juanpablobordab@gmail.com

Resumen

La frecuencia del ausentismo por trastorno mental ha aumentado, al igual que su impacto en la productividad y en la salud. El reintegro laboral involucra diferentes subsistemas sociales con frecuentes reintegros fallidos. Hay factores biopsicosociales y laborales que influyen en el éxito del proceso de reintegro. Para ilustrar factores determinantes de éxito o falla, este reporte presenta tres casos de personas con enfermedad mental analizados con un enfoque basado en la literatura. Se utilizó información retrospectiva de pacientes con enfermedad mental durante reintegro laboral. Se destacan diferenciadores en gradiente, con un mayor número de factores facilitadores en el caso exitoso y de barreras en el caso fallido. Las empresas empleadoras tomaron decisiones divergentes en cada caso. Se evidenció interacción de factores sistémicos que podrían explicar los desenlaces observados.

Palabras clave: ausentismo laboral; determinantes sociales de la salud; reinserción al trabajo; enfermedad mental; incapacidad laboral transitoria.

Psychosocial factors in return to work after mental incapacity: analysis of three cases

Abstract

Absenteeism due to mental disorders has increased, as has its impact on productivity and health. Work reinstatement involves different social subsystems, with frequent failed reinstatements. There are biopsychosocial and work-related factors that influence the success of the reinstatement process. To illustrate determining factors of success or failure, this report presents three cases of people with mental illness analyzed with a literature-based approach. Retrospective information from patients with mental illness during return to work is used. Gradient differentiators stand out, with a greater number of facilitating factors in the successful case and barriers in the unsuccessful case. The employing companies took divergent decisions in each case. An interaction of systemic factors was evident that could explain the observed outcomes.

Keywords: absenteeism; social determinants of health; work reinstatement; mental illness; sick leave.

Fatores psicossociais na reintegração laboral pós-incapacidade mental: análise de três casos

Resumo

O absenteísmo por transtornos mentais tem aumentado, impactando a produtividade e a saúde. A reintegração laboral envolve subsistemas sociais com reintegrações frequentemente malsucedidas. Fatores biopsicossociais e laborais influenciam o sucesso desse processo. Para ilustrar fatores de sucesso ou fracasso, este estudo apresenta três casos de pessoas com doenças mentais, analisados com base na literatura. Foram usados dados retrospectivos. Notou-se um maior número de facilitadores no caso bem-sucedido e de barreiras no caso malsucedido, com decisões divergentes das empresas.

Palavras-chave: absenteísmo laboral; determinantes sociais da saúde; reintegração ao trabalho; doença mental; incapacidade laboral temporária.

*Autor para dirigir correspondencia.

Clasificación JEL: E71; E24; I15.

Cómo citar: Rincón-Hoyos, H. G., Figueroa-Paz, R. A., Cardozo-Rengifo, M. M., Amaya, S., Jaramillo, J. M. y Borda, J. P. (2024). Factores psicosociales en el reintegro laboral pos incapacidad mental: análisis de tres casos. *Estudios Gerenciales*, 40(172), 380-390. <https://doi.org/10.18046/j.estger.2024.172.6680>

DOI: <https://doi.org/10.18046/j.estger.2024.172.6680>

Recibido: 19-01-2024

Aceptado: 23-09-2024

Publicado: 30-10-2024

1. Introducción

Desde el punto de vista clínico, la enfermedad mental se caracteriza por inestabilidad emocional y cambios en el funcionamiento cognitivo o de la conducta ([Organización Mundial de la Salud \[OMS\], 2022](#)). A nivel mundial, en el contexto laboral, 1 de cada 5-6 personas (17,6 %) ha experimentado un trastorno mental común (TMC), depresión o ansiedad, en los últimos 12 meses anteriores a ser encuestados, y hasta un 29,2 % lo reporta en algún momento de la vida ([Nicholson, 2018](#); [Steel et al., 2014](#)). En Latinoamérica, específicamente en Brasil y Colombia, se describen prevalencias de TMC en el contexto laboral de cerca del 30 % ([Coledam et al., 2022](#); [Ministerio de la Protección Social, 2005](#); [Ministerio de Trabajo, 2013](#)).

El TMC en el ambiente laboral constituye una causa importante de discapacidad en el mundo, con incremento de la carga de enfermedad y disminución de la productividad individual y social ([Gragnano et al., 2018](#); [Henderson et al., 2011](#); [Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial, 2011](#)). En Colombia, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Mental del 2015 ([Ministerio de Salud y Protección Social, 2015](#)), el promedio mensual de ausentismo varía de acuerdo con la ocupación desde 1,9 hasta 4,9 días, y se relaciona principalmente con tres enfermedades: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, migraña y depresión. Además, en la misma encuesta, se identificó que las personas con depresión mayor en diferentes regiones del país tienen tasas de ausentismo de hasta 60 % en el último mes, con variaciones de acuerdo con el grupo etario. Sin embargo, se plantea que dada la escasez de información es necesario que se realicen más estudios.

El reintegro o reincorporación al trabajo posincapacidad mental es un proceso complejo en el que participan factores de diferentes subsistemas sociales. De acuerdo con algunos investigadores, del 20 al 30 % de los reintegros no son exitosos ([Gallego et al., 2021](#); [Koopmans et al., 2011](#)), lo que genera nueva incapacidad temporal, incremento de gastos para el sistema de salud y mayores pérdidas en productividad. Además, la presencia de comorbilidad del TMC con enfermedades en otros sistemas, como el cardiovascular o el metabólico, afecta negativamente el proceso con incremento del ausentismo ([Gragnano et al., 2018](#); [Prada et al., 2022](#); [Sánchez, 2015](#)).

La complejidad del proceso y la alta tasa de fallas en el reintegro obliga a la búsqueda de una mayor comprensión de los factores biopsicosociales y laborales y su efecto en la salud mental del trabajador ([Moreno-Sueskun y García López, 2015](#); [Pujol-Cols y Dabos, 2021](#)). Además, desde el punto de vista organizacional y administrativo, se requiere plantear intervenciones en un marco sistémico mediante acciones participativas de todos los subsistemas: empleador, empleado, equipo médico tratante, médico laboral, asegurador y el área de gestión de seguridad y salud en el trabajo, entre otros ([Harvey et al., 2017](#); [Ministerio de la Protección Social, 2007](#); [Rodríguez y Bustos, 2019](#); [Sánchez, 2015](#)).

Si bien hay un incremento en las publicaciones que analizan la relación entre características individuales de empleados y situaciones laborales exigentes durante el proceso de reintegro laboral posincapacidad por TMC, el conocimiento se presenta de forma fragmentada y la literatura aún es escasa frente a enfoques o “modelos” para el análisis de factores psicosociales determinantes, relacionados con procesos exitosos y fallidos ([Pujol-Cols y Dabos, 2021](#)).

A continuación, se describe el enfoque RECOVER, construido para analizar los casos de estudio desde una perspectiva sistémica, que integra factores facilitadores y barreras en el proceso de reincorporación al trabajo. Se describen tres casos de reintegro laboral: uno exitoso, otro parcialmente exitoso y, uno fallido. La discusión permite analizar la relación entre el resultado final de los diferentes casos a la luz de los factores facilitadores y barrera, así como el papel de la empresa empleadora, la parte médica y el contexto legal colombiano. Finalmente, se resalta la utilidad de este tipo de enfoques para profundizar y comprender mejor la interrelación entre los factores demográficos, patológicos y psicosociales, las intervenciones clínicas y laborales en el proceso de retorno al trabajo.

2. Marco teórico

2.1 Factores psicosociales en la reinserción al trabajo posincapacidad mental (enfoque RECOVER)

Para el marco teórico se tuvo en cuenta la revisión sistemática realizada por [Gragnano et al. \(2018\)](#). Con base en esa revisión de los factores psicosociales participantes en el proceso de reintegro laboral posincapacidad mental, se construyó un enfoque de descripción que, además de incluirlos, considera otros factores relevantes según la experiencia clínica de los autores de este reporte.

De acuerdo con la teoría administrativa, este enfoque tiene una orientación sistémica ([Pantoja-Aguilar et al., 2019](#)). La teoría de sistemas plantea que un sistema es un conjunto de elementos relacionados entre sí, con un propósito o comportamiento específico. En este sentido, las empresas son sistemas que tienen una estructura interna con un propósito definido y los empleados son componentes del sistema que se agrupan en subsistemas para el cumplimiento de los objetivos ([Pantoja-Aguilar et al., 2019](#)).

El enfoque propuesto se denomina RECOVER (por sus siglas en inglés de *Reintegration of employees with common mental disorders - Overcoming psychosocial obstacles and returning to work*) y describe los factores promotores (facilitadores) y los que dificultan el retorno al trabajo (barreras). Para efecto del enfoque construido, se mantuvo la división de los factores facilitadores y las barreras en cuatro categorías, propuesta por [Gragnano et al. \(2018\)](#): 1) organizacionales; 2) psicosociales no organizacionales; 3) del contexto individual en el trabajo, y 4) del contexto

personal (Tablas 1 y 2). Como es de esperarse, en un proceso sistémico complejo, los factores y sus características se encuentran relacionados e interactúan entre sí.

Los *factores organizacionales* son propios de la empresa, de la estructura político-administrativa y del ambiente o contexto social laboral. En el caso de *los facilitadores*, se describen factores que brindan sensación de confianza, seguridad, motivación, esperanza, comodidad y bienestar al empleado. *Las barreras* incluyen factores que demandan alto esfuerzo por parte del empleado, por ejemplo, la carga laboral alta en actividades o en tiempo o efecto emocional y que generan inseguridad física, inestabilidad emocional, malestar, desconfianza o miedo (Gragnano et al., 2018; Sánchez, 2015).

Además de lo identificado por Gragnano et al. (2018), en los factores organizacionales se incluyó como facilitador la ergonomía en el espacio laboral, teniendo en cuenta que esta contribuye al bienestar del trabajador (Chanchai et al., 2016; Sánchez, 2015). Adicionalmente, en barreras se incluyó la discriminación sobre las necesidades de soporte propias de una persona con enfermedad mental, dado que esto influye en la sensación de aceptación, en la seguridad emocional y en el retorno exitoso al trabajo (Clark et al., 2021; Thornicroft et al., 2016).

Los *factores psicosociales no organizacionales* son aquellos de tipo social o ambiental externos al entorno laboral. Los *facilitadores* incluyen la pertenencia a grupos que permitan la interacción social en actividades de tipo deportivo, social o religioso que contribuyen a dar confianza, seguridad o bienestar a la persona. *Las barreras* incluyen las deficiencias de la red de apoyo social. Se consideró incluir dentro de las barreras la presencia de situaciones sociales o familiares de alto riesgo (violencia, disfunción grave) que generan zozobra, inseguridad o malestar emocional (Gragnano et al., 2018; Harvey et al., 2017).

Los *factores individuales en el trabajo* se refieren a aquellos propios de la experiencia o expectativa del trabajador en su interacción con el ambiente laboral. En el caso de *los facilitadores*, se incluyen las percepciones de competencia para la actividad que se realiza y las expectativas positivas hacia un retorno exitoso. *Las barreras* incluyen la percepción de ineficacia o ineficiencia (Gragnano et al., 2018; Harvey et al., 2017).

En el enfoque RECOVER se consideró incluir como factores *facilitadores* un rol de nivel directivo (Sánchez, 2015) o ser autoempleado (trabajar independiente) (Blonk et al., 2006; Spierdijk et al., 2009). Llama la atención que en la experiencia clínica se han evidenciado casos en los que el trabajar con el Gobierno puede presentarse tanto como facilitador o como barrera, por ejemplo, cuando hay situaciones de acoso. Dentro de *las barreras* se incluyeron las experiencias relacionales negativas con compañeros de trabajo, con consecuente reacción evitativa o fóbica hacia el ambiente laboral (Clark et al., 2021; Henderson et al., 2011).

Los *factores individuales intrapersonales* son los demográficos, emocionales, actitudinales, comportamentales, sociales o de la capacidad o de la salud del trabajador. Los *facilitadores* incluyen las situaciones de

disposición o expectativa que dan esperanza o sensación de bienestar. *Las barreras* incluyen los aspectos que incrementan el riesgo o están asociados a desenlaces negativos (Gragnano et al., 2018).

De acuerdo con algunos autores y siguiendo la teoría sistémica aplicada en las ciencias administrativas (Pantoja-Aguilar et al., 2019), los factores planteados, independiente del contexto al que pertenezcan, están relacionados y afectan la reintegración laboral (Gallego et al., 2021; Strömbäck et al., 2020; Venning et al., 2021). Aunque no se ha logrado establecer claramente si el abordaje individual de cada uno de los componentes o la combinación de todos es lo que favorece el retorno laboral (Mikkelsen y Rosholm, 2018), de acuerdo con la experiencia de los autores de este reporte, cuando quedan factores psicosociales sin intervenir, hay menor flexibilidad en las interacciones entre los sistemas, subsistemas o elementos participantes con mayor riesgo de falla en el reintegro posincapacidad mental, sobre todo cuando no se intervienen con una visión de conjunto. En este sentido, existe la necesidad de desarrollar enfoques descriptivos sistémicos amplios que sirvan de marco de referencia para articular intervenciones efectivas de los factores psicosociales determinantes que conduzcan a cambios positivos y sostenibles (Gallego et al., 2021; Harvey et al., 2017).

3. Casos de estudio

3.1 Descripción de tres casos

A continuación se presentan tres casos de enfermedad mental que tienen en común la incapacidad laboral temporal prolongada; fueron seleccionados como ejemplo para ilustrar el enfoque RECOVER. En los tres casos, los síntomas se desencadenaron en el contexto de la actividad laboral, en uno de los casos se logró la reincorporación laboral exitosa sin modificaciones (mismo puesto, mismas funciones); en el segundo se logró una reincorporación laboral exitosa con restricciones y reubicación laboral, pero tras algunas semanas se recayó en los síntomas, y en el último caso nunca fue posible el reintegro laboral.

Después de la descripción de los casos, con base en el enfoque RECOVER, se explican comparativamente los factores presentes en cada caso, según si parecen facilitar o interferir con la reintegración según lo explicado en las Tablas 1 y 2. Dado que hay un nivel alto de subjetividad, es necesario que este enfoque sea utilizado por personas con experiencia en el campo, que asuman una postura flexible y sistemática para la descripción y análisis de factores.

3.1.1 Aspectos éticos

La información de estos casos y las impresiones diagnósticas fueron extraídas a partir de la historia clínica. Para preservar la privacidad de los pacientes, se describen los casos solo con la información clínicamente relevante y necesaria para discutir los mecanismos que interactúan en la reincorporación laboral.

Se solicitó al Comité de Ética en Investigación de la institución un concepto sobre este proyecto y se obtuvo la recomendación de describir los casos sin incluir el género de las personas, ya que esto podría afectar el anonimato. Al cumplir con las normas éticas para la recolección, análisis y publicación de datos con la garantía de confidencialidad, la aprobación del Comité de Ética en Investigación Biomédica fue registrada en el acta número 03 del 2022 del 04 de febrero de 2022.

3.2 Caso 1: reincorporación exitosa

Persona de 45 años, profesional, jefe de producción en una compañía de tecnología y servicios, casado/a, católico/a, vive con su pareja e hijos. Tiene antecedente de síndrome de apnea obstructiva del sueño e insomnio de mantenimiento, manejado episódicamente con hipnóticos no benzodiacepínicos. Refiere buenas relaciones sociales y niega consumo de sustancias psicoactivas. Consulta por dos meses de mayor insomnio y síntomas de ansiedad asociados al incremento de la carga de trabajo y a la incertidumbre sobre la estabilidad laboral. Se diagnosticó con un cuadro moderado a severo de ansiedad, para el cual inicia manejo farmacológico con adecuada tolerancia, psicoterapia de apoyo, control semanal por psiquiatría e incapacidad por 10 días.

Un mes después de iniciar el tratamiento, se redirecciona a urgencias desde consulta ante intensificación de síntomas fóbicos relacionados con el trabajo y bajo rendimiento laboral. Se diagnostica con episodio depresivo mayor severo sin psicosis y se ingresa para hospitalización en unidad de salud mental durante 19 días. A su egreso se ajusta el manejo farmacológico ambulatorio, se remite a terapia ocupacional, seguimiento por psiquiatría cada 15 días e incapacidad inicialmente por 20 días. En las citas de control subsecuentes se emiten nuevas incapacidades médicas hasta completar 109 días de incapacidad continua desde su egreso hospitalario. En este periodo recibió manejo integral farmacológico, psicoterapéutico y de terapia ocupacional con buena adherencia. Como parte del tratamiento psicoterapéutico recibió desensibilización sistemática por los síntomas fóbicos.

Se realizó un primer intento de reintegro laboral sin éxito por exacerbación de síntomas ansiosos con posterior consulta a urgencias en la institución, en la que se expidió una nueva incapacidad por 11 días. Después de 120 días de incapacidad continua, con apoyo del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo de la empresa, en especial con apoyo de un componente subcontratado de psicología ocupacional, la persona logró retornar al trabajo a un cargo ejecutivo similar al anterior, pero con disminución de carga y responsabilidades laborales, y sin personal a cargo. En ocasiones presentó síntomas ansiosos leves que lograba autocontener. Después de varios meses, la persona logró retomar un rol con carga y responsabilidades similares al de antes de enfermar: asumió empleados a cargo, y aunque en ocasiones tiene síntomas, son manejables y no interfieren con su funcionalidad.

3.3 Caso 2. Reincorporación parcialmente exitosa

Persona de 46 años, profesional con estudios de maestría, en cargo de gerente regional de una compañía de telecomunicaciones, casado/a, vive con su pareja, niega consumo de sustancias psicoactivas. Tiene historia de "buen rendimiento laboral con ascensos frecuentes". Consulta al servicio de urgencias por episodio de amnesia mientras conducía. Un año antes había consultado a psiquiatría en otra institución con diagnóstico de trastorno de ansiedad, con inicio de tratamiento. Seis meses después de ir a urgencias, consulta de manera ambulatoria al servicio de psiquiatría y comenta que, debido a la contingencia generada por la pandemia de COVID-19 y el despido de su jefe, su carga laboral incrementó. Empezó a presentar un ánimo triste, insomnio, abulia y anhedonia en el contexto laboral, acompañado de alucinaciones auditivas que son descritas de la siguiente manera: "escuchaba el timbre del celular, que me llamaban del trabajo" (interpretación no delirante). Además, presenta sensación de debilidad, pesadez en el cuerpo y sensación de que "todo a mi alrededor era lento".

Como antecedentes, desde hace 14 años tiene diagnóstico de trastorno mixto ansioso depresivo, calificado como enfermedad laboral con pérdida de capacidad laboral del 38,75 %. Debido a los síntomas depresivos, en ese entonces presentó incapacidad prolongada por tres años, posterior a lo cual se reintegró con éxito, con apoyo de tratamiento de psicoterapia y continuó con su carrera profesional sin restricciones en la misma empresa. Cinco años antes de la consulta, por su buen desempeño le dieron un ascenso a un cargo regional, lo que aumentó su carga laboral y la presión por cumplir metas, situación relacionada con aparición de ansiedad y llanto fácil todos los días. La valoración psiquiátrica determinó diagnóstico de trastorno mixto ansioso depresivo, con inicio de tratamiento farmacológico. Como parte del manejo se expidieron recomendaciones y restricciones para la empresa, validadas por médico laboral, para reubicación con disminución de carga y responsabilidad; sin embargo, al parecer estas no fueron acatadas.

En el episodio actual tiene evaluación neuropsicológica con diagnóstico de déficit ejecutivo leve-moderado, déficit de memoria reciente y déficit atencional. La tomografía axial computarizada cerebral fue normal, al igual que la valoración por neurología. Este episodio se diagnosticó como trastorno de ansiedad y amnesia disociativa. Al parecer, la empresa tampoco acató las restricciones laborales iniciales. Los síntomas disociativos, afectivos y de fallas de memoria se agravaron, por lo que requirió controles psiquiátricos 1-2 veces por mes, sin posibilidad de reintegro laboral. Recibió manejo farmacológico, psicoterapéutico y terapia ocupacional con buena adherencia. Requirió incapacidad por 97 días y luego se reintegró a laborar con adecuación parcial por parte de la empresa con base en las restricciones emitidas. Laboró por 4 meses y luego presentó recaída con exacerbación de síntomas depresivos y ansiosos; se otorgó incapacidad por

Tabla 1. Factores psicosociales que facilitan la reincorporación laboral posincapacidad mental.

Organizacionales	Psicosociales extra organizacionales	Individuales en el trabajo	Individuales intrapersonales
<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoyo por parte del superior o de la empresa (política, asistencia social). 2. Acceso y relación de soporte con el supervisor. 3. Trabajo en equipo. 4. Percepción de control sobre la tarea. 5. Acceso a oportunidades laborales en la empresa. 6. Espacio para trabajar en condiciones ergonómicas y adecuadas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pertenencia a grupos de apoyo (Alcohólicos Anónimos, grupos de deporte, grupos de acción comunal, etc.) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Habilidad para el trabajo (alta competencia, autoeficacia). 2. Expectativas de tener un retorno laboral exitoso (motivación, satisfacción). 3. Puesto de trabajo en actividades de dirección. 4. Trabajo independiente. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disposición optimista (general). 2. Expectativas positivas de desenlace de tratamiento (particular). 3. Percepción de mejoría en la salud mental. 4. Buen plan de salud y de acceso a servicios. 5. Estado socioeconómico alto.

Fuente: elaboración propia adaptada de Gragnano et al., 2018.

Tabla 2. Factores psicosociales que dificultan la reincorporación laboral posincapacidad mental.

Organizacionales	Psicosociales extraorganizacionales	Individuales en el trabajo	Individuales intrapersonales
<ol style="list-style-type: none"> 1. Altas demandas por parte del empleador (alta carga laboral, horarios extendidos). 2. Trabajo estresante (complejidad, carga emocional, responsabilidad). 3. Exposición a violencia en el trabajo (acoso, intimidación, cliente violento, etc.). 4. Discriminación sobre las necesidades de soporte generadas por el estado mental. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bajo funcionamiento social (red de apoyo deficiente). 2. Situaciones sociales complejas (violencia, endeudamiento, disfunción familiar grave). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bajo nivel de funcionalidad en el trabajo (competencia, eficiencia, eficacia). 2. Malas experiencias por historia de conflicto con el empleador o con compañeros de trabajo (reacciones de estrés fóbico). 3. Contrato temporal o a término fijo. 4. Trabajo en el sector público (empleado del estado). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Edad (mayor edad, peor pronóstico). 2. Disposición pesimista o ansiedad como rasgo. 3. Desesperanza sobre el futuro. 4. Baja autoestima. 5. Abuso de sustancias psicoactivas (ej. licor) o estilo de vida no saludable. 6. Presencia de otras enfermedades físicas. 7. Bajo nivel educativo. 8. No tener pareja estable. 9. Antecedente de incapacidad recurrente o prolongada.

Fuente: elaboración propia adaptada de Gragnano et al., 2018.

18 días. Después, se trasladó a trabajo en casa, dos días por semana, sin personal a cargo y asignación a proyectos especiales. Diagnósticos finales: episodio depresivo grave no psicótico, otras reacciones a estrés grave, trastorno de ansiedad fóbico al ambiente laboral. El último control lo tuvo 12 meses después: no había recuperado toda la funcionalidad previa.

3.4 Caso 3. Reincorporación fallida

Persona de 46 años, profesional, gerente regional de compañía de telecomunicaciones, divorciado/a, vive con madre y hermanos. Tiene antecedente de más de diez años de evolución de diagnósticos de fibromialgia, trastorno de ansiedad, trastorno depresivo, rasgos obsesivos de la personalidad, con respuesta al manejo psicofarmacológico y con seguimiento extrainstitucional. Era descrita como persona “trabajadora y responsable”. Consultó a psiquiatría de forma extrainstitucional luego de una discusión con uno de sus superiores, quien elevó el volumen de voz y golpeó fuertemente el escritorio frente a su cara. En los dos años previos había tenido incremento progresivo de la carga laboral, con exposición a situaciones percibidas de acoso y maltrato por parte de sus superiores.

En la primera consulta reporta síntomas depresivos graves con alucinaciones: “escuchar el celular del jefe y ver a personas de su trabajo entrar a su habitación”. Durante la

entrevista se identificaron síntomas de estrés postraumático (recuerdos intrusivos, *flashbacks* y pesadillas con relación al trabajo) e ideas de muerte. Realizó el primer contacto con la institución al consultar en el servicio de urgencias por exacerbación de síntomas depresivos y ansiosos luego de 8 meses de incapacidad sin posibilidad de reintegro. Esta persona fue hospitalizada por 21 días en una unidad de salud mental, bajo el diagnóstico de episodio depresivo severo con síntomas psicóticos. Egresó con manejo farmacológico, psicoterapia y terapia ocupacional con buena adherencia. Sin embargo, tenía síntomas severos de reexperimentación con impedimento para retornar de manera segura al sitio de trabajo, asociado a múltiples consultas al servicio de urgencias. Se intentó un manejo con medicina laboral de su empresa, pero, por la intensidad de los síntomas y las dificultades en la articulación con el médico laboral, no se pudo conseguir la reincorporación laboral.

Cinco meses después de su primer ingreso por urgencias tuvo una segunda hospitalización por 27 días con diagnóstico de depresión mayor severa psicótica y trastorno de estrés postraumático. Al egreso tenía mejoría parcial de síntomas y continuó manejo ambulatorio farmacológico, terapia ocupacional y psicoterapia con buena adherencia. En los controles ambulatorios se evidencia persistencia de síntomas de tristeza, ideas de minusvalía, labilidad emocional con llanto frecuente, temor, ansiedad severa, recuerdos intrusivos, insomnio, pesadillas e hiporexia. Se

considera que cumple criterios para trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno cognoscitivo moderado. Durante el seguimiento se hicieron ajustes para el manejo de los síntomas depresivos, obsesivos y de estrés postraumático. En los periodos de manejo ambulatorio, la empresa intenta comunicarse con la paciente para plantear el reintegro; sin embargo, la persona presenta síntomas fóbicos severos a todos los temas laborales, lo cuales no respondieron a intervenciones farmacológicas ni psicoterapéuticas. Finalmente, no se logró el reintegro laboral y recibe calificación de incapacidad permanente posterior a completar 960 días de incapacidad continua desde la primera consulta de psiquiatría extrainstitucional.

3.5 Comparación de los casos con base en factores facilitadores o barreras para el reintegro

El enfoque RECOVER propone dividir los factores psicosociales en facilitadores y barreras. A su vez, cada grupo se divide en cuatro categorías (ver marco teórico). Un autor que actuó como psiquiatra tratante con experiencia en salud ocupacional aportó los tres casos analizados.

Para comparar los tres casos, se planteó una aproximación cualitativa en la que, según el conocimiento clínico administrativo del caso, se ponderó cada factor

facilitador o barrera para el reintegro. Se asignó un signo más cuando el factor se percibía clara o *fuertemente* presente (+ = F), un signo más o menos cuando el factor se percibía *mediana* o parcialmente presente (+/- = M) y un signo menos cuando el factor se percibía *ausente* (- = A) (ver Tablas 3 y 4).

El número de días de incapacidad antes del reintegro o discapacidad permanente en el segundo caso fue menor, con dos incapacidades que suman en total 115 días y un intento de reintegro fallido. El primer caso presenta un mayor número de incapacidades y un solo intento de reintegro laboral. En el tercer caso no se logró concretar ningún intento de reintegro, con 960 días totales de incapacidad.

4. Discusión

Los empleados en incapacidad temporal por enfermedad mental están en un subsistema con flexibilización transitoria de la normatividad laboral y a mitad de camino entre el subsistema de la empresa empleadora y el de personas con discapacidad permanente parcial o total. El subsistema de personas con incapacidad temporal tiene un propósito diferente al de la empresa, y está directamente influenciado e interactúa con los sistemas de atención en

Tabla 3. Tabla comparativa de factores facilitadores.

Factores facilitadores	Casos		
	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Organizacionales (6 factores)			
Apoyo supervisor / empresa	+	+/-	-
Acceso supervisor	+	+/-	-
Trabajo en equipo	+	+/-	-
Percepción de control	+	+	-
Oportunidades laborales	+	+	+
Espacio ergonómico y adecuado	+	+	+
Subtotal F/ M /A	6/0/0	3/3/0	2/0/4
Extra organizacionales (1 factor)			
Pertenencia a grupos de apoyo	-	-	+
Subtotal F/ M /A	0/0/1	0/0/1	1/0/0
Individuales laborales (4 factores)			
Habilidad para el trabajo	+	+/-	+
Expectativa retorno laboral exitoso	+	+/-	-
Cargo directivo	+	+	+
Trabajo independiente	-	-	-
Subtotal F/ M /A	3/0/1	1/2/1	2/0/2
Individuales intrapersonales (5 factores)			
Optimismo	+/-	+/-	-
Expectativas positivas frente a tratamiento	+	+/-	+/-
Percepción de mejoría	+	+/-	+/-
Acceso a salud	+	+	+
Estado socio económico alto	+	+	+
Subtotal F/ M /A	4 /1/0	2 / 3 /0	2 / 2/1
Total, fuertes	13	6	7
Total, medios	1	8	2
Total, ausentes	2	2	7

Nota: "F" hace referencia a los factores percibidos como fuertemente presentes. "M" hace referencia a los factores percibidos como medianamente presentes y "A", a los factores percibidos como ausentes.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 4. Tabla comparativa de factores barrera.

Factores barrera	Casos		
	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Organizacionales (4 factores)			
Altas demandas	+	+	+
Trabajo estresante	+	+	+
Violencia en el trabajo	-	-	+
Discriminación	-	-	+
Subtotal F/ M /A	2/0/2	2/0/2	4/0/0
Extra organizacionales (2 factores)			
Bajo funcionamiento social / Red apoyo deficiente	-	-	-
Situaciones sociales complejas	-	-	-
Subtotal F/ M /A	0/0/2	0/0/2	0/0/2
Individuales laborales (4 factores)			
Bajo funcionamiento laboral	-	-	-
Malas experiencias trabajo (reacciones tipo fóbico)	+	+/-	+
Contrato temporal o término fijo	-	-	-
Trabajo en el sector público (empleado del estado)	-	-	-
Subtotal F/ M /A	1/0/3	0/1/3	1/0/3
Individuales intrapersonales (9 factores)			
Edad mayor	-	-	-
Pesimismo o ansiedad como rasgo	-	+/-	+
Desesperanza ante el futuro	-	+/-	+
Baja autoestima	-	+	+
Abuso sustancias psicoactivas, estilo vida no saludable	-	-	-
Comorbilidades físicas o mentales	++	+++	+ +++
Bajo nivel educativo	-	-	-
No vivir en pareja	-	-	+
Historia de incapacidad recurrente o prolongada (mayor a 6 meses) antes de reintegro.	-	+	+++
Subtotal F/ M /A	1/0/8	3/2/4	6/0/3
Total, Fuertes	4	5	11
Total, Medianos	0	3	0
Total, Ausentes	15	11	8
Días totales de incapacidad	130	115	>365
Intentos de reintegro	1	1	0

Nota: "F" hace referencia a los factores percibidos como fuertemente presentes. "M" hace referencia a los factores percibidos como medianamente presentes y "A", a los factores percibidos como ausentes.

Fuente: elaboración propia.

salud mental; de aseguramiento en salud, que regula la atención médica y las incapacidades, y de rehabilitación en pro del reintegro laboral.

Como el subsistema de personas en incapacidad temporal es influenciado por factores psicosociales que incluyen normatividad, la comprensión de la dinámica de sus relaciones y desenlaces requiere de un enfoque, en este caso RECOVER, que permita proponer y facilitar intervenciones articuladas hacia un retorno exitoso.

En este reporte se presenta una descripción de la experiencia clínico-administrativa de retorno al trabajo de tres casos reales de empleados con enfermedad mental e incapacidad temporal en Colombia, con un abordaje sistémico, adaptado a un enfoque con base en la evidencia científica (Gragnano et al., 2018) y en la experiencia clínica. Los casos ejemplo fueron escogidos por sus desenlaces. Los factores facilitadores y barreras del enfoque RECOVER

permitieron identificar diferencias entre los casos: en el primero se describe una experiencia exitosa; en el segundo, una experiencia parcialmente exitosa y en el tercero, un reintegro fallido.

En los tres casos presentan trastornos mentales comunes que se desencadenaron o se agravaron en el contexto del trabajo. El enfoque RECOVER permitió describir en forma detallada y sistémica los factores participantes (facilitadores o barreras) asignados a cuatro categorías que en algunos casos incluyen subsistemas que ejercen influencia sobre el proceso de transición o reintegro laboral.

En relación con la descripción de factores psicosociales identificados, es importante considerar la presencia de aquellos estructurales, difíciles de modificar o intervenir, como la edad, la estructura familiar, la pertenencia a grupos religiosos, el nivel educativo, la exposición

a situaciones traumáticas en el lugar de trabajo y la presencia de comorbilidades. En este sentido, dentro de las características demográficas no se identificaron diferencias relevantes respecto a la edad o nivel educativo entre los tres casos. En ningún caso hubo abuso de sustancias psicoactivas.

Se identificaron características diferenciales: en el primer y segundo caso las personas estaban en una relación de pareja estable, con la que cohabitaban, y en el tercer caso la persona era divorciada; esto, según la literatura, puede aumentar el riesgo de síndrome de agotamiento profesional o burnout (Castañeda-Aguilera y García de-Alba-García, 2020; Gragnano et al., 2018). Así mismo, los primeros dos casos no estuvieron expuestos a violencia en el sitio de trabajo, a diferencia del tercer caso, con consecuente posible mayor riesgo (Gragnano et al., 2018; Rudkjoebing et al., 2020). El primer caso pertenecía a un grupo religioso, descrito como factor protector (Koburtay et al., 2023), a diferencia del segundo y tercer caso. Además, no se identificaron diferencias en el nivel del cargo desempeñado (gerencial).

En relación con la patología, aunque todos los casos tenían antecedentes de enfermedad mental, se evidencian diferencias: en el episodio actual, al primer caso le fue diagnosticada depresión mayor grave sin psicosis y síntomas fóbicos al lugar de trabajo (dos patologías); en el segundo caso se presentó depresión mayor sin psicosis, trastorno por estrés no especificado con síntomas disociativos (dos patologías, pero mayor severidad); y en el tercer caso se diagnosticó depresión mayor con síntomas psicóticos y trastorno de estrés postraumático (dos patologías de severidad extrema). De manera que la gravedad de las comorbilidades mentales también podría ser un factor en gradiente para los desenlaces observados (Bejerholm y Areberg, 2014; Mingote Adán et al., 2009).

Desde la perspectiva de facilitadores y barreras, se destaca que el primer caso tenía mayor número de factores facilitadores presentes, entre condiciones laborales, extraorganizacionales, individuales e intrapersonales. Las barreras en este caso fueron dadas principalmente por las demandas del trabajo. Al respecto, la empresa acató las recomendaciones médicas, se contó con apoyo del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, que dispuso un dispositivo profesional tercerizado de psicología ocupacional para apoyar el reintegro y se logró vencer la barrera del trastorno fóbico que se había desarrollado. Este último diagnóstico es usual cuando hay exposición a estrés ocupacional percibido como traumático. Se considera que el soporte psicológico ofreció seguridad emocional y facilitó el proceso de reintegro.

En el segundo caso, aunque la presencia de factores facilitadores era menor, había una historia de retorno laboral exitoso previo con adecuada readaptación y soporte de la empresa, lo cual contribuyó a que después de un primer intento se lograra un reintegro parcialmente exitoso, pero sostenido. Cabe resaltar que la empresa no realizó los ajustes sugeridos desde psiquiatría, lo que podría estar asociado a la recaída y nueva incapacidad

médica por reaparición de síntomas afectivos y psicóticos posteriores al tratamiento. Finalmente, la empresa cambió las barreras de altas demandas, estrés por la actividad laboral, reubicando a una labor de menor complejidad. La oportunidad con la que se acaten las recomendaciones por parte de la empresa es crucial, ya que está demostrado que la realización temprana de adecuaciones y el cumplimiento de restricciones en el rol laboral se asocia a un reintegro más rápido y exitoso, además de mejor pronóstico en el paciente. De la misma manera, el retraso en acatar las recomendaciones puede conllevar peores desenlaces, lo que dificulta a su vez la evolución clínica y administrativa del caso (Karlson et al., 2010).

El tercer caso se destacó por menor número de factores facilitadores, con alto número de barreras en un contexto de enfermedad mental comórbida más grave, las cuales posiblemente determinaron que no se pudiera reintegrar. Además, por el estado clínico de temor fóbico severo y la negativa del paciente, no se pudo establecer un manejo conjunto con medicina laboral, lo cual se considera un obstáculo en el proceso de reintegro laboral. Aunque la persona tenía el apoyo de su familia, era divorciada y sin pareja estable, lo que es considerado por algunos autores un factor desfavorable en la rehabilitación de una enfermedad mental (Castañeda-Aguilera y García de-Alba-García, 2020; Gragnano et al., 2018). A esto se suma que la persona había sido víctima de violencia en el trabajo, sin percibir apoyo de su empresa, lo cual desencadenó un trauma por estrés con percepción de baja seguridad emocional y desconfianza, en niveles psicóticos, hacia la organización, sus jefes y compañeros de trabajo.

En resumen, se destaca un mayor número de factores facilitadores en el primer caso, así como un mayor número de barreras en el caso tres. De acuerdo con el enfoque RECOVER, estos factores pueden haber contribuido a mejores desenlaces, como a su vez lo describe la literatura (Gragnano et al., 2018; Harvey et al., 2017; Henderson et al., 2011).

Cabe resaltar que, aunque las tres personas estuvieron hospitalizadas y requirieron de manejo farmacológico por la gravedad de los síntomas presentados, las empresas empleadoras tomaron decisiones diferentes frente a cada situación. Se ha demostrado que las adecuaciones e intervenciones realizadas por la empresa llevan a mayores índices de reintegro laboral exitoso y disminuyen los tiempos del proceso (Karlson et al., 2010; Strömbäck et al., 2020). Si bien es fundamental la decisión que adopte la empresa, el proceso de retorno también se ve afectado por el ambiente laboral, el cual depende además de compañeros y jefes, porque si no cambian su perspectiva sobre la enfermedad del paciente —de verlo como una carga o se le estigmatiza—, empeoran las condiciones y se dificulta el proceso de retorno (Thornicroft et al., 2016).

La experiencia con los tres casos ejemplo reportados se desarrolló en Colombia; sin embargo, es importante destacar que el proceso de rehabilitación y retorno al trabajo posincapacidad mental tiene variaciones entre países. En este sentido, los gobiernos ejercen acciones

normativas o reguladoras que estandarizan los procesos de reintegro buscando intervenir los factores psicosociales que ejercen efectos moduladores en las diferentes etapas. Algunos países del norte de Europa y Asia han propuesto un subsistema de profesionales y estrategias que acompañen y modulen el retorno al trabajo, lo cual ha tenido resultados contradictorios, pero interesantes, que aportan a la búsqueda de soluciones. Estos hallazgos evidencian que las diferencias culturales, legislativas, organizacionales y del contexto laboral afectan la aplicabilidad o generalización de las intervenciones en otros países (Doki et al., 2016; Nielsen et al., 2015; Poulsen et al., 2014).

En Colombia existe normatividad respecto a la necesidad de identificar los factores de riesgo psicosocial en todos los empleados, para calificar el nivel de estrés del empleado y de los distintos sectores o áreas de la empresa. En el proceso de reintegro, hay que considerar las recomendaciones y restricciones del médico tratante y del médico ocupacional, con una reubicación ajustada a la condición del paciente, al riesgo psicosocial del rol asignado y del área; y con un seguimiento/acompañamiento del área de seguridad y salud en el trabajo a través de un programa de vigilancia epidemiológica.

En relación con el ajuste a las recomendaciones legales, el primer caso se adhirió a la normatividad colombiana, similar a la del grupo de estándares más altos de Europa, según un estudio reciente que clasifica los países europeos en cuatro grupos. En el grupo superior, en el que están siete países, los trabajadores tienen derecho a la rehabilitación médica y vocacional con el objetivo de mantener la capacidad laboral y evitar la exclusión del mercado laboral. A grandes rasgos, se identifican sistemas holísticos, multidisciplinarios y abordajes individualizados, los cuales están coordinados por la empresa y empiezan de forma temprana (International Social Security Association, 2019). Los programas se basan en las estrategias emitidas por las guías de organizaciones internacionales como la International Social Security Association (ISSA), la Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), la European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP), la Fit for Work Europe Coalition y la European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound) (Etuknwa et al., 2019; European Network For Workplace Health Promotion, 2018; International Social Security Association, 2019; Organisation for Economic Co-operation and Development, 2021).

En el caso colombiano, el trabajo está entendido como un derecho y obligación social, que tiene especial protección por parte del Estado. Los empleadores están obligados a ofrecer programas con objeto de promover, proteger, recuperar y rehabilitar la salud de los trabajadores, además de garantizar el derecho a un trabajo adaptado y acorde a las condiciones de salud de cada persona (European Agency for Safety and Health at Work., 2016; Karlson et al., 2010; Molina, 2007). Con el objetivo de abordar las enfermedades de origen laboral que limiten el desarrollo ocupacional de los trabajadores, se estableció el

Manual de Procedimientos del Programa de Rehabilitación Integral para la reincorporación laboral y ocupacional para la Población Afiliada al Sistema General de Riesgos Laborales (Karlson et al., 2010). En él, se describe el rol de las diferentes entidades involucradas en la rehabilitación integral y la reincorporación laboral. Además, describe las acciones para lograr los objetivos en salud de un trabajador y consta de cuatro etapas.

En el caso 2 se cumplió tardía y parcialmente con la normatividad colombiana, y en el caso 3 no se cumplió. Si bien la norma es clara, no siempre los actores privados y los entes gubernamentales garantizan la puesta en marcha de estas medidas. Se podría decir que, aunque el marco teórico y reglamentario respecto a la rehabilitación laboral posincapacidad mental en Colombia presenta lineamientos similares al estándar superior de países europeos, en la práctica los actores (empresas, aseguradores, etc.) con frecuencia no se adhieren a las recomendaciones médicas y a la ley, además los entes regulatorios no realizan un seguimiento a los casos. Por esta razón, las empresas suelen no ser sancionadas por la no adherencia a las recomendaciones ocupacionales. De tal manera que las empresas y las entidades gubernamentales trasladan la responsabilidad del éxito o fracaso del retorno laboral al empleado, quien no tiene ningún control sobre la mayor parte de factores facilitadores o barreras de acuerdo con el enfoque RECOVER.

En este sentido, el manejo del segundo caso se asemejó al manejo que se da en el grupo 3 de los países europeos, donde las actividades de rehabilitación están orientadas a personas con discapacidad médica o que han sufrido un accidente o enfermedad laboral, pero no hay una coordinación adecuada entre el sistema de salud y la empresa (European Agency for Safety and Health at Work, 2016).

La fortaleza del enfoque RECOVER es que hace énfasis en el proceso de reintegración laboral como un tema complejo, que debe ser abordado de forma sistémica, en la que diferentes dimensiones (organizacional, psicosocial, salud, legislativa) y actores (clínicos, tomadores de decisiones, gerentes de empresas, personal de recursos humanos, legisladores) realicen un trabajo en equipo que permita proponer estrategias integrales para el manejo de estas situaciones hacia un retorno exitoso (Rodríguez y Bustos, 2019; Strömbäck et al., 2020).

Respecto a las limitaciones del enfoque RECOVER, la muestra se basa en tres casos ejemplo, lo que limita la generalización de los resultados. Además, la selección de estos casos específicos, junto con la asignación de ponderaciones con moderado grado de subjetividad para los factores facilitadores y barreras, puede introducir sesgos en las conclusiones y la influencia que cada factor tuvo en el éxito o fracaso del reintegro. Por otro lado, la información obtenida está basada en la experiencia subjetiva del paciente durante la entrevista en la atención clínica, pero se carece de la visión administrativa de la empresa. Por tanto, se debe considerar que la información obtenida puede estar sesgada por el relato y perspectiva del

paciente. Aunque se proponen recomendaciones generales y prácticas ante procesos de reintegro laboral, estas pueden no aplicarse a todos los contextos laborales o tipos de trastornos mentales, lo que complica la implementación de políticas generales.

A pesar de las limitaciones en la muestra y la subjetividad en la evaluación de los factores, las recomendaciones prácticas y la identificación de factores clave fueron útiles, pero deben adaptarse cuidadosamente a diferentes contextos laborales para ser efectivas. Es evidente la necesidad de más investigaciones para validar y ampliar estos hallazgos, con el fin de desarrollar políticas y estrategias generalizables y efectivas en el ámbito laboral. Por lo cual, se considera pertinente la realización de estudios prospectivos o controlados que amplíen los análisis efectuados, que incluyan además variables de tipo contextual, legal y de salud, con el fin de establecer las medidas preventivas y correctivas con mayor impacto y favorecimiento del reintegro laboral en casos de enfermedad mental relacionada con exigencias laborales. Las soluciones propuestas deberán enmarcarse en las necesidades de países, regiones, sistemas y legislaciones laborales.

5. Reflexión final

En los casos presentados fue evidente la interacción de factores de tipo sistémico y en gradiente para explicar comparativamente los desenlaces en relación con el proceso de reintegro laboral. En el primer caso se tuvo mayor número de factores facilitadores frente a las barreras; en el segundo caso, menos facilitadores que barreras y en el tercer caso, considerable menor número de facilitadores frente al número de barreras. El enfoque RECOVER contribuyó a profundizar y comprender mejor la interrelación entre los factores demográficos, patológicos y psicosociales, las intervenciones clínicas y laborales en el proceso de retorno al trabajo. Se vislumbra la necesidad de mecanismos legales que promuevan la articulación de todos los actores (clínicos, tomadores de decisiones, gerentes de empresas, personal de recursos humanos, legisladores) hacia el reintegro laboral temprano.

De la anterior reflexión quedan entonces preguntas como qué papel juegan los factores estructurales y demográficos en el proceso de reintegro laboral de empleados con enfermedades mentales; cómo impacta el cumplimiento o incumplimiento, por parte de las empresas, de las recomendaciones médicas el proceso de reintegro laboral; cuál es la importancia del enfoque RECOVER en la identificación de factores facilitadores y barreras en el reintegro laboral de personas con enfermedad mental; qué diferencias se observan en el proceso de reintegro laboral entre los tres casos estudiados en términos de factores facilitadores y barreras; cuáles son las limitaciones del enfoque RECOVER en el análisis de casos de reintegro laboral, y cómo pueden ser abordadas en futuras investigaciones.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

- Bejerholm, U. y Areberg, C. (2014). Factors related to the return to work potential in persons with severe mental illness. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(4), 277-286. <https://doi.org/10.3109/11038128.2014.889745>
- Blonk, R. W. B., Breninkmeijer, V., Lagerveld, S. E. y Houtman, I. L. D. (2006). Return to work: A comparison of two cognitive behavioural interventions in cases of work-related psychological complaints among the self-employed. *Work & Stress*, 20(2), 129-144. <https://doi.org/10.1080/02678370600856615>
- Castañeda-Aguilera, E. y García de-Alba-García, J. E. (2020). Síndrome de desgaste profesional (burnout) en médicos cirujanos especialistas: Prevalencia y factores de riesgo. *Cirugía y Cirujanos*, 88(3), 354-360. <https://doi.org/10.24875/ciru.19001502>
- Chanchai, W., Songkham, W., Ketsomporn, P., Sappakitchanchai, P., Siriwong, W. y Robson, M. G. (2016). The impact of an ergonomics intervention on psychosocial factors and musculoskeletal symptoms among Thai hospital orderlies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(5), 464. <https://doi.org/10.3390/ijerph13050464>
- Clark, A., Stenholm, S., Pentti, J., Salo, P., Lange, T., Török, E., Xu, T., Fabricius, J., Oksanen, T., Kivimäki, M., Vahtera, J. y Hulvej Rod, N. (2021). Workplace discrimination as risk factor for long-term sickness absence: Longitudinal analyses of onset and changes in workplace adversity. *PLoS ONE*, 16(8), e0255697. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255697>
- Coledam, D. H. C., Alves, T. A., Arruda, G. A. de y Ferraiol, P. F. (2022). Prevalence of common mental disorders among Brazilian workers: Systematic review and meta-analysis. *Ciencia & Saude Coletiva*, 27(2), 579-591. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.46012020>
- Doki, S., Sasahara, S., Hirai, Y., Oi, Y. y Matsuzaki, I. (2016). Absenteeism due to mental health problems and systems for return to work: An internet-based unmatched case-control study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 89(8), 1279-1287. <https://doi.org/10.1007/s00420-016-1162-2>
- Etuknwa, A., Daniels, K. y Eib, C. (2019). Sustainable return to work: A systematic review focusing on personal and social factors. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29(4), 679-700. <https://doi.org/10.1007/s10926-019-09832-7>
- European Agency for Safety and Health at Work (2016). *Rehabilitation and return to work: Analysis report on EU and Member States policies, strategies and programmes*. Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2802/48176>
- European Network For Workplace Health Promotion (2018). *The European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP)*. <https://www.enwhp.org/?i=portal.en.about>
- Gallego, S. C., Gamboa Ramirez, M. A., Gallego, S. C. y Gamboa Ramirez, M. A. (2021). Estrategias de reintegro laboral luego de ausencias por problemas de salud mental en trabajadores: Una revisión sistemática 2009-2019. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 39(2). <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.9910>
- Gragnano, A., Negrini, A., Miglioretti, M. y Corbière, M. (2018). 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*, 28(2), 215-231. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9714-1>
- Harvey, S. B., Modini, M., Joyce, S., Milligan-Saville, J. S., Tan, L., Mykletun, A., Bryant, R. A., Christensen, H. y Mitchell, P. B. (2017). Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems.

- Occupational and Environmental Medicine*, 74(4), 301-310. <https://doi.org/10.1136/oemed-2016-104015>
- Henderson, M., Harvey, S. B., Overland, S., Mykletun, A. y Hotopf, M. (2011). Work and common psychiatric disorders. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 104(5), 198-207. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2011.100231>
- International Social Security Association (2019). *ISSA guidelines on return to work and reintegration*. International Social Security Association (ISSA). <https://www.issa.int/guidelines/rtw/pdf>
- Karlson, B., Jönsson, P., Pålsson, B., Abjörnsson, G., Malmberg, B., Larsson, B. y Osterberg, K. (2010). Return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sick-leave for burnout. A prospective controlled study. *BMC Public Health*, 10, 301. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-301>
- Koburtay, T., Jamali, D. y Aljafari, A. (2023). Religion, spirituality, and well-being: A systematic literature review and futuristic agenda. *Business Ethics, the Environment & Responsibility*, 32(1), 341-357. <https://doi.org/10.1111/beer.12478>
- Koopmans, P. C., Bültmann, U., Roelen, C. A. M., Hoedeman, R., van der Klink, J. J. L. y Groothoff, J. W. (2011). Recurrence of sickness absence due to common mental disorders. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 84(2), 193-201. <https://doi.org/10.1007/s00420-010-0540-4>
- Mikkelsen, M. B. y Rosholm, M. (2018). Systematic review and meta-analysis of interventions aimed at enhancing return to work for sick-listed workers with common mental disorders, stress-related disorders, somatoform disorders and personality disorders. *Occupational and Environmental Medicine*, 75(9), 675-686. <https://doi.org/10.1136/oemed-2018-105073>
- Mingote Adán, J. C., Gálvez Herrer, M., Pino Cuadrado, P. del y Gutiérrez García, M. D. (2009). El paciente que padece un trastorno depresivo en el trabajo. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 55(214), 41-63.
- Ministerio de la Protección Social (2005). *Estudio Nacional de Salud Mental Colombia, 2003*. C&C Gráficas Ltda.
- Ministerio de la Protección Social (2007, julio 11). *Resolución 2346 por la cual se regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales*. <https://www.minsalud.gov.co/ihc/Lists/Resoluciones/DispForm.aspx?ID=4&ContentTypeld=0x0100F>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015*. https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO031102015-salud_mental_tomol.pdf
- Ministerio de Trabajo y Organización Iberoamericana de Seguridad Social OISS (2013). *Segunda Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Sistema General de Riesgos Laborales en Colombia*. Organización Iberoamericana de Seguridad Social - Centro Regional para Colombia y el Área Andina <https://isbn.cloud/9789585936614/segunda-encuesta-nacional-de-condiciones-de-seguridad-y-salud-en-el-trabajo-en-el-sistema-general/>
- Molina Higuera, Angélica. (2007). Aproximaciones sobre el derecho al trabajo desde la perspectiva de los derechos humanos. *Estudios Socio-Jurídicos*, 9(spe), 166-189. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-05792007000300008&lng=en&tlng=es
- Moreno-Sueskun, I. y García López, V. (2015). Trastornos mentales comunes derivados del trabajo en Navarra (2009-2012). *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 18(4), 192-199. <https://doi.org/10.12961/apr.2015.18.4.04>
- Nicholson, P. J. (2018). Common mental disorders and work. *British Medical Bulletin*, 126(1), 113-121. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldy014>
- Nielsen, M. B. D., Vinsløw Hansen, J., Aust, B., Tverborgvik, T., Thomsen, B. L., Bue Bjorner, J., Steen Mortensen, O., Rugulies, R., Winzor, G., Ørbæk, P., Helverskov, T., Kristensen, N. y Melchior Poulsen, O. (2015). A multisite randomized controlled trial on time to self-support among sickness absence beneficiaries. The Danish national return-to-work programme. *European Journal of Public Health*, 25(1), 96-102. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku016>
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2021). *Legal Instruments. Recommendation of the council on integrated mental health, skills and work policy*. <https://legalinstruments.oecd.org/en/instruments/OECD-LEGAL-0420>
- Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad 2011*. <https://iris.who.int/handle/10665/75356>
- Organización Mundial de la Salud. (2022, junio 8). *Trastornos mentales*. Trastornos Mentales. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Pantoja-Aguilar, M. P., Garza-Treviño, J. R. S., Pantoja-Aguilar, M. P. y Garza-Treviño, J. R. S. (2019). Etapas de la administración: Hacia un enfoque sistémico. *Revista EAN*, 87, 139-154. <https://doi.org/10.21158/01208160.n87.2019.2412>
- Poulsen, O. M., Aust, B., Bjorner, J. B., Rugulies, R., Hansen, J. V., Tverborgvik, T., Winzor, G., Mortensen, O. S., Helverskov, T., Ørbæk, P. y Nielsen, M. B. D. (2014). Effect of the Danish return-to-work program on long-term sickness absence: Results from a randomized controlled trial in three municipalities. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 40(1), 47-56. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3383>
- Prada, S., Rincón-Hoyos, H. G., Pérez, A. M., Sierra-Ruiz, M. y Serna, V. (2022). The effect of depression on paid sick leave due to metabolic and cardiovascular disease in low-wage workers. (Depression and Sick Leave)*. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 21, 1-23. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps21.edps>
- Pujol-Cols, L. y Dabos, G. E. (2021). Respuestas diferenciales ante las demandas emocionales del trabajo: Una revisión de la literatura sobre características individuales y trabajo emocional. *Estudios Gerenciales*, 472-491. <https://doi.org/10.18046/j.estger.2021.160.4088>
- Rodríguez, E. A. J. y Bustos, J. A. C. (2019). Guía "De regreso al trabajo", necesidad empresarial para la adecuada implementación de los procesos de rehabilitación, reincorporación y reubicación laboral dentro del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo. *SIGNOS - Investigación en sistemas de gestión*, 11(1), Article 1. <https://doi.org/10.15332/s2145-1389.2019.0001.05>
- Rudkjoebing, L. A., Bungum, A. B., Flachs, E. M., Eller, N. H., Borritz, M., Aust, B., Rugulies, R., Rod, N. H., Biering, K. y Bonde, J. P. (2020). Work-related exposure to violence or threats and risk of mental disorders and symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 46(4), 339-349. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3877>
- Sánchez, D. C. (2015). Ausentismo laboral: Una visión desde la gestión de la seguridad y la salud en el trabajo. *Revista Salud Bosque*, 5(1), Article 1. <https://doi.org/10.18270/rsb.v5i1.182>
- Spierdijk, L., van Lomwel, G. y Peppelman, W. (2009). The determinants of sick leave durations of Dutch self-employed. *Journal of Health Economics*, 28(6), 1185-1196. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2009.07.003>
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V. y Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980-2013. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 476-493. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu038>
- Strömbäck, M., Fjellman-Wiklund, A., Keisu, S., Sturesson, M. y Eskilsson, T. (2020). Restoring confidence in return to work: A qualitative study of the experiences of persons with exhaustion disorder after a dialogue-based workplace intervention. *PloS One*, 15(7), e0234897. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234897>
- Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., Koschorke, M., Shidhaye, R., O'Reilly, C. y Henderson, C. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet*, 387(10023), 1123-1132. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00298-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00298-6)
- Venning, A., Oswald, T. K., Stevenson, J., Tepper, N., Azadi, L., Lawn, S. y Redpath, P. (2021). Determining what constitutes an effective psychosocial 'return to work' intervention: A systematic review and narrative synthesis. *BMC Public Health*, 21, 2164. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11898-z>