

Psiquiatría y Ley de Enfermedades Profesionales en Chile: revisión histórica y crítica de una relación compleja

JUAN C. ALMONTE^{1,a}, CRISTIÁN MENA^{2,3,b},
SOFÍA ORTIZ^{3,c}, JUAN P. OSORIO^{1,4,a}

Psychiatry and occupational diseases act in Chile: historical and critical review of a complex relationship

The Work Accidents and Occupational Diseases Act exists in Chile since 1968. It uses a single model for the understanding and management of both somatic diseases like silicosis and psychiatric disorders. During the last decade in Chile, the consultation rates due to psychiatric conditions of probable labor origin has rose over 1,000%, a factor that underscored the deficiencies of this model. The aim of this paper is to analyze the consequences of the application of this act in the psychiatric field for almost 50 years after its promulgation. This article contains an historical overview and an epistemological debate based on the authors' experience dealing with clinical and administrative work both in occupational psychiatry departments and in regulatory entities. The development of occupational mental health in Chile is examined as part of an historical process that initially did not consider the relationship between work and mental suffering as relevant. The application of a single causality model in psychiatry, as well as the effects of building a psychiatric nosology upon legal rather than medical criteria is contested.

(Rev Med Chile 2016; 144: 1591-1597)

Key words: Law; Legal Aspects; Occupational Diseases; Occupational Safety; Psychiatry.

La ley 16.744 de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, establece un seguro social obligatorio cuyo propósito es la prevención y tratamiento de patologías vinculadas al trabajo.

Dicha ley fue promulgada en 1968, y está enfocada principalmente al manejo de los problemas de salud derivados de accidentes del trabajo y a aquellas enfermedades provocadas por la exposición laboral a riesgos únicos, específicos y claramente identificados.

Con el desarrollo de la psiquiatría y la progresiva atención que se ha ido dando a la Salud

Mental a nivel de políticas públicas, ha quedado en evidencia que la ley presenta importantes insuficiencias que con frecuencia obstaculizan la adecuada atención de trabajadores con patología psiquiátrica vinculada al trabajo.

El presente artículo pretende hacer una revisión de la aplicación de la ley 16.744 dentro del ámbito de la psiquiatría y salud mental. El objetivo será identificar diversas dificultades que los profesionales de salud mental encuentran actualmente en el ejercicio clínico en el contexto de la ley y realizar propuestas tendientes a corregirlas.

¹Universidad de Chile. Santiago, Chile.

²Hospital Clínico Mutual de Seguridad. Santiago, Chile.

³Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz B. Santiago, Chile.

⁴Superintendencia de Seguridad Social. Santiago Chile.

^aMSc.

^bMA (c).

^cMagíster en Bioética.

No hubo apoyo financiero de ningún tipo para la preparación de este trabajo de investigación.

Recibido el 13 de abril de 2016, aceptado el 29 de septiembre de 2016.

Correspondencia a:

Juan C. Almonte

Obispo Donoso 24, dpto. 4,
Providencia. Santiago de Chile.
jcalmonte@gmail.com

Breve historia de las enfermedades profesionales y de la Salud Laboral en Chile

La historia de las enfermedades profesionales ha estado marcada por el interés de trabajadores, médicos y legisladores en visibilizar tanto condiciones clínicas como factores de riesgo asociados al trabajo que pudiesen determinar el origen de dichos cuadros¹.

En Chile, la labor minera dio origen a la preocupación por la relación entre salud y trabajo. Recién entrado el siglo XX, la industria del cobre experimentó un gran crecimiento que dejó en evidencia un posible vínculo entre condiciones laborales y enfermedad, especialmente entre el trabajo minero y la silicosis². Esta última enfermedad tuvo en nuestro país un rol fundamental en el desarrollo de políticas de salud laboral. Esto sucedió gracias a intereses sindicales y económicos más que de salud pública propiamente tal. Gracias al éxito comercial del cobre, los sindicatos mineros adquirieron mayor notoriedad y reconocimiento público que agrupaciones de trabajadores de otras áreas productivas. Esto generó que médicos y políticos estudiaran el tema, proponiendo mayor fiscalización de las condiciones laborales

e implementación de medidas protectoras para los trabajadores.

Así, varios médicos estudiaron exhaustivamente casos de enfermedades pulmonares observados en trabajadores de la minería, concluyendo que el diagnóstico era silicosis y no tuberculosis. Luego, relacionaron el cuadro clínico con la exposición a factores de riesgo en el lugar de trabajo. A partir de 1950, como las condiciones en las grandes minas ya habían mejorado, la atención se enfocó hacia otras industrias.

Desde el área legislativa, se promulgaron sucesivamente una serie de leyes para reconocer y hacerse cargo de las prestaciones económicas y de salud destinadas a los trabajadores afectados por enfermedades profesionales (Tabla 1)². Estas leyes promovieron diversos cambios en las políticas públicas de salud laboral. Este proceso decantó finalmente en la creación de las mutualidades (1957) y la promulgación de la Ley 16.744 de Accidentes Laborales y Enfermedades Profesionales (1968), vigente hasta el día de hoy. Esta normativa establece definiciones explícitas de lo que se considera enfermedad profesional y accidente del trabajo (Tabla 2)^{3,4}.

En la actualidad, al comparar las economías

Tabla 1. Leyes, reglamentos e hitos en la salud laboral en Chile

Ley/Reglamento/Hito (año)	Características
Ley 3.170 (1916)	Reconoció que los <i>patrones</i> eran responsables de los accidentes sufridos por sus trabajadores
Ley 4.055 (1924)	Introdujo la compensación monetaria, pensada especialmente para los accidentados en el trabajo
Creación División de Higiene Ambiental del Departamento del Trabajo (1932)	Organismo encargado de fiscalizar las condiciones ambientales laborales a través de inspecciones a las industrias
Ley 6.174 (1938)	Estableció la necesidad de realizar exámenes médicos preventivos a los trabajadores. Impulsada por el Ministro de Salud Dr. Eduardo Cruz Coke
Creación del Servicio Nacional de Salud (1952)	Unificó todas las instituciones de atención médica, pasando a depender la salud laboral del Ministerio de Salud
Creación de Mutualidades (1957)	Iniciativa del empresariado. Objetivos: prevención de accidentes laborales, bajar la tasa de ocurrencia de éstos
Ley 14.996 (1964)	Reguló atención de enfermedades profesionales. Aumentó período de notificación de silicosis hasta 15 años desde el inicio de síntomas; garantizó pago de indemnizaciones independiente de dónde/cuándo se hubiera contraído la enfermedad
Ley 16.744 de Accidentes Laborales y Enfermedades Profesionales (1968)	Vigente hasta hoy. Considera un seguro de carácter obligatorio pagado por el empleador; contempla tanto prestaciones médicas como compensaciones económicas

de la OCDE en cuanto a los parámetros de salud ocupacional, vemos que la tasa de accidentabilidad de Chile es similar a la de otros países y la de letalidad es menor que el promedio, por lo que el desempeño global es mejor. Nuestro gasto total en prestaciones médicas es equivalente al del conglomerado, sin embargo, el gasto en compensaciones económicas es inferior en Chile. La inversión en prevención ajustada por PIB es similar al promedio de los países OCDE, sin embargo, en fiscalización gastamos menos que el resto. En resumen, el desempeño del país en seguridad y salud laboral a partir de estos indicadores macro nos sitúa en un nivel cercano al promedio de la OCDE⁵.

Psiquiatría y Salud Laboral en Chile

Con la promulgación de la ley 16.744 se estableció en Chile un sistema de Salud Laboral con roles en la prevención primaria, secundaria y terciaria de patología somática originada en el trabajo.

Los Servicios de Salud Mental de los hospitales de las diferentes mutualidades se iniciaron como equipos de apoyo a los servicios clínicos relacio-

nados con la atención del trauma físico. El foco de acción estuvo puesto en aquellos trastornos desencadenados por el trauma (i.e. trastornos adaptativos y postraumáticos fundamentalmente), y en la evaluación y tratamiento de las secuelas neuropsiquiátricas de los traumatismos encefalocraneanos (TEC).

Paralelamente, se comenzó a estudiar y tratar a trabajadores afectados de enfermedades psiquiátricas de origen laboral. Esto debido a que la ley reconoció la posibilidad de que diversos trastornos psiquiátricos fuesen ocasionados por factores de riesgo presentes en el trabajo (Tabla 2).

Como veremos, la psiquiatría laboral, inicialmente casi inexistente, ha cobrado progresivamente mayor importancia. Sin embargo, la ley 16.744, concebida sobre el modelo de la silicosis y los accidentes laborales, plantea diversos problemas al momento de aplicarse a la patología de salud mental. Las siguientes secciones buscarán dar cuenta de estos problemas así como del contexto en el que éstos surgen.

Contexto general de la Salud Mental

A nivel mundial, los trastornos mentales representan un 13% de la carga global de enfermedades

Tabla 2. Aspectos claves de la Ley de Enfermedades Profesionales y Accidentes del Trabajo. Definición de Enfermedad Profesional Psiquiátrica^{3,4}

Definición de Enfermedad Profesional (EP)	
Artículo 7° Ley 16.744	“Es enfermedad profesional la causada de una <i>manera directa</i> por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad o muerte”
Artículo 16 del DS 109	“Para que una enfermedad se considere profesional es <i>indispensable</i> que haya tenido su origen en los trabajos que entrañan el <i>riesgo respectivo</i> , aun cuando éstos no se estén desempeñando a la época del diagnóstico”
Definición Accidente del Trabajo (AT)	
Artículo 5° Ley 16.744	Toda lesión que una persona sufra a causa o con ocasión del trabajo, y que le produzca incapacidad o muerte. Son también accidentes del trabajo los ocurridos en el trayecto directo, de ida o regreso, entre la habitación y el lugar del trabajo, y aquéllos que ocurran en el trayecto directo entre dos lugares de trabajo, aunque correspondan a distintos empleadores
Definición de EP Psiquiátrica	
Revisión de 2006 del DS 109, Artículo 19	Establece los diagnósticos incluidos bajo el rótulo de enfermedades profesionales psiquiátricas o “ <i>Neurosis profesionales</i> ”. Estos son: “trastornos de adaptación, trastorno de ansiedad, depresión reactiva, trastorno de somatización y por dolor crónico”
Trabajos que entrañarían riesgo de EP psiquiátrica	“Todos los trabajos que expongan al riesgo de <i>tensión psíquica</i> y se compruebe <i>relación de causa a efecto</i> ”

y se estima que estos números van en aumento. Es así como los AVAD (años de vida perdidos debido a mortalidad prematura sumados a años perdidos por enfermedad y discapacidad) por patología psiquiátrica aumentaron desde un 8,8% en 1990 hasta un 22,2% en 2002^{6,7}.

En Chile, un 22% de la población cumple criterios para algún trastorno mental en los últimos 12 meses⁸ y éstos son responsables de un 23% de la carga de enfermedad del país⁹. Por otra parte, el suicidio en personas en edad laboralmente activa representa una importante causa de muerte¹⁰.

A pesar del bajo presupuesto asignado (2,16% del presupuesto total de salud en 2012 versus el promedio mundial de 2,8% y muy inferior al 10% invertido en el Reino Unido y Australia)¹¹, a partir de 1990 se ha incrementado el acceso a los servicios de salud mental en nuestro país¹². Esto se explicaría por el desarrollo progresivo de un proceso de reforma de salud mental, sumado a la creación del plan de Garantías Explícitas en Salud (GES) para cuatro patologías de salud mental (esquizofrenia, depresión, trastorno bipolar y dependencia de sustancias en menores de 18 años).

Características actuales del trabajo en Chile

La globalización ha abierto nuevos espacios para el desarrollo de oportunidades y crecimiento de la economía mundial. Los trabajadores, como nunca antes, se enfrentan a cambios socioculturales y en la estructura del trabajo que pueden afectar su salud mental¹³.

Algunos de los cambios más relevantes que se han observado en nuestro país en las últimas décadas son el crecimiento del área financiera y de servicios¹⁴, ámbitos en los que las relaciones interpersonales y la carga mental adquieren preponderancia por sobre los factores físicos. La estabilidad laboral también se ha modificado. Las grandes empresas que ofrecían empleos perdurables y posibilidades de desarrollo profesional claras, están desapareciendo. En contraste, han surgido entidades que funcionan en torno a proyectos que ofrecen empleos de corta duración donde la productividad y la competencia son relevantes para la sobrevivencia ocupacional^{13,14}. Además, la forma de las contrataciones (externalización de servicios, contratos a plazo limitado, jornadas parciales y sueldos variables) y el dinamismo del mercado laboral, han determinado una mayor incertidumbre sobre el futuro laboral. Por último, el desarrollo

de tecnologías de información y su introducción a los puestos de trabajo ha contribuido a aumentar la complejidad de éstos y a disminuir la necesidad de mano de obra tradicional¹⁴.

La cantidad de horas trabajadas anualmente también ha cambiado en Chile en los últimos años. En 2003 estas superaban en 25% a los países europeos, en 15% a Japón y en 14% a EE. UU.¹⁴. En este contexto, el trabajo comienza a ocupar el tiempo libre de los trabajadores con las correspondientes consecuencias negativas en su salud mental.

Estos cambios hacen que la realidad actual de las enfermedades psiquiátricas laborales sea muy distinta a la que existía al momento de la promulgación de la ley 16.744.

Las neurosis profesionales

Ante la sospecha de una enfermedad profesional (EP) o accidente del trabajo (AT), son las mismas mutualidades las encargadas del correspondiente estudio diagnóstico. Si el resultado es positivo, se procede a su admisión para tratamiento y eventual intervención en factores de riesgo que puedan producir la enfermedad en cuestión.

En el año 2014 se diagnosticaron 4.411 enfermedades profesionales en las mutualidades privadas, con una tasa de 0,09 enfermedades profesionales diagnosticadas por cada 100 trabajadores protegidos¹⁵.

En los últimos años el número de denuncias por EP recibidas por las mutualidades se ha mantenido en torno a los 36.000 casos anuales. En 2013, las enfermedades profesionales predominantes fueron las osteomusculares de extremidades superiores y las mentales (en conjunto, 65% de las enfermedades diagnosticadas)¹⁵.

Mientras tanto, las consultas por sospecha de neurosis profesional han aumentado. En los últimos 10 años éstas han crecido en más de un 1.000% en una de las principales mutualidades (Asociación Chilena de Seguridad): desde 272 casos estudiados a nivel nacional en el 2004 hasta 2.500 casos en el 2014 sólo en el Hospital del Trabajador de Santiago (en este lapso los afiliados a dicha mutualidad se incrementaron sólo en un 29%)¹⁶.

En términos generales, el estudio de calificación de los posibles casos de Neurosis Laboral incluye una entrevista clínica pericial al paciente y un estudio del puesto de trabajo. Esta información es analizada por un equipo de profesionales que

califica el caso a partir de la información de las diversas evaluaciones. Los criterios para dicha calificación se han homogeneizado desde la entrada en vigencia de la circular 3.167 de SUSESO el 1° de marzo de 2016 que instruye normas mínimas de evaluación que deben cumplir las Mutualidades¹⁷.

La ley 16.744 establece que el tipo de relación causal entre estresor y enfermedad debe ser directa. En el campo de las enfermedades mentales, establecer dicha relación es complejo, porque los trastornos están determinados por factores biológicos, biográficos, psicológicos y sociales. Trucco y Rebolledo concluyeron en el 2011¹⁸, que los casos calificados como *enfermedad común* consultan predominantemente por problemas en las relaciones interpersonales, en cambio los casos acogidos como Neurosis Profesional se asocian a presión de trabajo y “sobrecarga”. Ambos grupos presentan síntomas significativos, siendo más sintomáticos los casos de *enfermedad común* en quienes predominan síntomas de tipo depresivo. Otros motivos habituales de consulta son: la ausencia de medios para ejercer el cargo, menoscabo en las tareas o el rol del trabajador, subcarga laboral, hostilización por pares y conflictos éticos.

Críticas al estado actual de las enfermedades mentales laborales en Chile

Como hemos visto, el concepto de enfermedad mental laboral está determinado en Chile por una ley que cumple casi 50 años. Durante este tiempo, muchos avances han ocurrido en la forma de entender las enfermedades mentales.

Surge entonces una pregunta necesaria, pero incómoda: ¿es la legislación actual *suficientemente buena* para comprender y tratar las enfermedades mentales de origen laboral? Responder esta pregunta conduce necesariamente a criticar algunos aspectos de la normativa actual.

Crítica 1. La comprensión etiológica centrada en la monocausalidad

La ley 16.744, al utilizar en su definición de EP expresiones como “indispensable” o “causa efecto”, deja entrever su relación con el concepto de causalidad de las enfermedades médicas que se origina en los postulados de Koch. Estos plantean que cada enfermedad debe ser explicada por sus propios microorganismos o causas únicas¹⁹. En salud ocupacional es un modelo aplicable a la silicosis,

sin embargo, usar esta concepción en psiquiatría y salud mental genera dificultades metodológicas y conceptuales. La evidencia acumulada señala que los trastornos mentales son etiológicamente complejos y que la existencia de una causa única es excepcional²⁰, de una forma similar a lo que ocurre en las enfermedades crónicas no transmisibles. Las causas últimas del enfermar mental no están determinadas al nivel que si lo están en otras especialidades. Es más, posiciones tan disímiles como la de Karl Jaspers en su “Psicopatología” y la de la última versión del DSM (DSM 5, 2013)^{21,22} coinciden en reconocer la multicausalidad como la explicación más apropiada para los trastornos mentales. Esto nos permite plantear que el enfoque actual de la ley de EP para las patologías de salud mental está obsoleto.

Crítica 2. La falta de claridad del significado de “tensión psíquica”

Este concepto, que para la ley es absolutamente necesario para que exista una EP psiquiátrica, no está definido claramente en el texto legal actual (Tabla 2), lo que permitiría interpretar la expresión “tensión psíquica” indistintamente como referida a un fenómeno psicopatológico o a la presencia de un factor de riesgo. Las mutualidades, en conjunto con la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), han optado por precisar los distintos factores de riesgo que pudiesen estar contenidos en dicha expresión. Además han implementado instrumentos que permiten cuantificar la magnitud de esta “tensión” (p.ej. Evaluación de Puesto de Trabajo, ISTAS). La falta de un criterio unificado de “tensión laboral”, permite interpretaciones diferentes de la ley entre las distintas mutualidades. Esto genera, muchas veces que, ante los mismos factores de riesgo, existan diferentes coberturas según la mutualidad que esté involucrada.

Crítica 3. El concepto de “neurosis profesional/laboral”

En este concepto, la ley reúne un conjunto de trastornos con síntomas ansiosos y depresivos (Tabla 2). Esta nosología, determinada en base a un criterio legal y no médico, agrupa a una serie de posibles diagnósticos bajo una supuesta causalidad lineal determinada por la “exposición al riesgo de tensión psíquica”. Por otra parte, la denominación de “neurosis profesional” no está

incluida en los sistemas de clasificación utilizados a nivel global como CIE 10 o DSM 5^{22,23}. De esta forma, se evidencia la debilidad nosográfica de las enfermedades profesionales para nuestro país. Cabe preguntarse si es necesario un sistema clasificatorio “novedoso” o más bien sólo una normalización de los términos a utilizar para los ejecutores de la ley.

Las críticas planteadas no buscan que el campo de la salud mental laboral llegue a un ideal inalcanzable. El análisis presentado, busca evidenciar que, desde una perspectiva psiquiátrica actualizada, la normativa vigente requiere de cambios para alcanzar un estándar más aceptable de calidad y aplicabilidad.

Conclusiones y Propuestas

El escenario actual de la salud mental y del trabajo ha generado un progresivo aumento de los consultantes en los servicios de psiquiatría de las mutualidades. La cobertura que ofrece la ley para accidentes laborales y enfermedades profesionales con más tradición -como la silicosis- es clara y probablemente no requiera grandes ajustes. Sin embargo, para los trastornos mentales relacionados al trabajo, ésta resulta ser una ley insuficiente.

Las críticas presentadas apuntan a debilidades nosológicas y etiológicas que la ley presenta y que dificultan la aplicabilidad de ésta. La frágil definición del concepto de “neurosis laboral” fomenta la laxitud y arbitrariedad en su uso, cerrando la posibilidad de pensar una psicopatología más específica para estos cuadros. El uso del concepto difuso de “tensión psíquica excesiva” como factor de riesgo común a los trastornos mentales laborales, favorece la interpretación de la ley según la conveniencia de las partes involucradas en su aplicación.

La exigencia de la ley de establecer una causalidad directa entre agente estresor y enfermedad mental es a nuestro juicio su mayor problema. Hoy no es plausible entender el enfermar mental como determinado directamente por un solo elemento. Este requerimiento de monocausalidad obliga a las mutualidades a realizar un ejercicio de discriminación que privilegia arbitrariamente a ciertos factores por sobre otros, lo que resulta en la frecuente dificultad de ofrecer a los consultantes un manejo que integre exitosamente

factores laborales, biológicos, de personalidad y psicosociales.

Por último, la ley no explicita cuáles son las atribuciones de las mutualidades en cuanto a la gestión de factores de riesgo laborales para trastornos mentales. Esto lleva a que las mutualidades no se hagan cargo de manera efectiva de las intervenciones que pudiesen representar una mejora de los ambientes laborales. Si consideramos que dichos factores generalmente afectan a varios trabajadores de la misma empresa, el manejo caso a caso parece una forma inadecuada de enfrentar el problema. En la actualidad, lamentablemente, las mutualidades no tienen herramientas efectivas para exigir a las empresas el hacerse cargo o al menos contribuir en la resolución de los problemas detectados, lo que facilita la cronificación de condiciones laborales adversas.

A juicio de los autores, es un desafío pendiente para el país contar con un sistema de salud laboral que garantice a los trabajadores el poder desenvolverse en condiciones que no deterioren su salud mental. Las cifras expuestas en este trabajo avalan la necesidad de un nuevo paradigma en el proceso de calificación de patología laboral en Salud Mental junto con pensar nuevas estrategias que permitan abordar el fenómeno de manera más integral y con miras a objetivos globales y de largo plazo y no sólo a la resolución de cada caso puntual.

Esta redefinición obligaría, a nuestro juicio, a aceptar la multicausalidad en la génesis de las enfermedades mentales, a utilizar un lenguaje clínico común para la especialidad y, por sobre todo, a incorporar mecanismos preventivos que potencien el desarrollo de un clima laboral saludable.

Si bien el rol legislador recae en el parlamento y de él depende darle un nuevo impulso a las funciones de las distintas mutualidades, en nuestra opinión existen dos formas de acercarse a la solución de estas dificultades. La primera es eliminar la diferencia de origen en las enfermedades y que un sistema único, público, privado o mixto, se haga cargo de la salud de los trabajadores. La segunda forma implica la creación de criterios claros y específicos de inclusión y cobertura que impidan el uso arbitrario de la ley por parte de sus administradores. Esperamos que la revisión y críticas aquí realizadas puedan ser un aporte a la revisión y mejora efectiva de la situación actual de los trastornos mentales relacionados al trabajo.

Referencias

1. Vallebuena C. Las enfermedades profesionales: un olvido de la salud pública. *El Vigía (Boletín Vigil en Salud Pública en Chile)* 2003; (6): 26-30.
2. Vergara A. The recognition of silicosis: labor union and physicians in the Chilean copper industry, 1930s-1960s. *Bull Hist Med* 2005; 79 (4): 723-48.
3. Ley 16.744. Establece Normas sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. [Internet]. Chile: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile; 1968. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=28650> [Consultado en marzo de 2016].
4. Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Decreto Supremo 109 (junio de 1968) Aprueba el reglamento para la calificación y evaluación de los Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. [Internet]. Chile: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile; 2006. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=9391&idVersion=2006-03-07> [Consultado en marzo de 2016].
5. Comparación internacional de sistemas de salud y seguridad laboral. Santiago, Oficina Internacional del Trabajo, 2011.
6. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo, 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra; 2001.
7. Murray C, López A. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Boston MA: Boston, MA: Harvard University Press; 1996.
8. Vicente B, Kohn R, Rioseco P. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R disorders in the Chile psychiatric prevalence study. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1362-70.
9. Departamento de Salud Pública. Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Informe final estudio de carga de enfermedad y carga atribuible. Ministerio de Salud de Chile. Santiago; 2008. <http://www.cienciasdelasalud-udla.cl/portales/tp76246caadc23/uploadImg/File/Informe-final-carga-Enf-2007.pdf>
10. Valdés C, Errázuriz P. Salud Mental en Chile, El Pariente Pobre del Sistema de Salud. Claves de Políticas Públicas. Instituto de Políticas Públicas, Universidad Diego Portales. 2012; (11). http://www.politicaspUBLICAS.udp.cl/media/publicaciones/archivos/350/Salud_Mental_en_Chile_El_Pariente_Pobre_del_Sistema_de_Salud.pdf
11. Errázuriz P, Valdés C, Vöhringer P, Calvo E. Financiamiento de la Salud Mental en Chile: Una deuda pendiente. *Rev Med Chile* 2015; 143: 1179-86.
12. Minoletti A, Sepúlveda R, Horvitz-Lennon M. Twenty Years of Mental Health Policies in Chile. *Int J Ment Health* 2012; 41 (1): 21-37.
13. Gabriel P, Liimatainen MR. Mental Health in the workplace Introduction executive summaries. Cornell University ILR School DigitalCommons@ILR. Geneva; 2000. Disponible en: <http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/gladnetcollect> [Consultado en marzo de 2016].
14. Echeverría M. El reconocimiento de los trastornos de la salud mental en el trabajo en Chile. Informe para el Proyecto "Research, policy and practice with regard to work related mental health problems in Chile: a gender perspective". 2007. Disponible en: <http://www.proyectoaraucaria.cl> [Consultado en marzo de 2016].
15. Superintendencia de Seguridad Social. Informe anual. Estadísticas sobre seguridad y salud en el trabajo. 2014. <http://info.suseso.cl/awp/publicaciones/Informe%20Anual%20Estadisticas%20201.pdf>
16. Sánchez P. Salud Mental y trabajo: ¿un problema en alza? *Cienc y Trab ACHS* 2006; 8 (21): 64-9. <http://www.saudeetrabalho.com.br/download/salud-sanchez.pdf>
17. Circular 3167, Superintendencia de Seguridad Social. 2016. http://www.achs.cl/portal/trabajadores/Documents/Circular_N_3167_27oct2015_calificacion_EP.PDF
18. Trucco M, Rebolledo P. Neurosis profesional o enfermedad común. Síntomas y estresores. *Rev Med Chile* 2011; 139: 1370-7.
19. Kendler K, Zachar P, Craver C. What kinds of things are psychiatric disorders? *Psychol Med* 2011; 41: 1143-50.
20. Kendler K. Toward a Philosophical Structure for Psychiatry. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 433-40.
21. Vidal M. Para leer a Jaspers. Invitación a la Psicopatología General. Santiago de Chile: Editorial Universitaria, 2003.
22. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Washington, DC. 2013.
23. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Mediator. 2003.