



doi: 10.4321/s0465-546x2021000300006

Revisión sistemática

# Revisión Sistemática - Intervenciones en el proceso de Retorno al Trabajo en los Trastornos Mentales Comunes

## Systematic review - Interventions process to return to Work in Common Mental Disorders

Gaetano Pepe Betancourt<sup>1</sup>  0000-0001-6668-7309

Ana Cristina Brand P<sup>2</sup>  0000-0003-3821-9262

<sup>1</sup>Instituto de Salud Carlos III, Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, Madrid, España.

<sup>2</sup>Sante Fe College of Gainesville, Florida, United States.

---

### Correspondencia

Gaetano Pepe Betancourt  
pepegae@hotmail.com

---

**Recibido:** 14.07.2021

**Aceptado:** 08.09.2021

**Publicado:** 31.03.2021

---

### Contribuciones de autoría

Las autoras y los autores de este trabajo han contribuido por igual.

---

### Financiación

Sin financiación.

---

### Conflicto de intereses

En esta revisión no hubo conflicto de interés.

---

### Cómo citar este trabajo

Betancourt GP, Brand AC. Revisión Sistemática - Intervenciones en el proceso de Retorno al Trabajo en los Trastornos Mentales Comunes. Med Segur Trab (Internet). 2021;67(264):212-231. doi: 10.4321/s0465-546x2021000300006

## Resumen

**Introducción:** Los trastornos mentales comunes (TMC), causan sufrimiento individual y menoscabo significativo a la salud, tienen un impacto negativo en el bienestar del individuo, las circunstancias financieras y a la sociedad. La respuesta de los médicos ha sido otorgar la incapacidad con la finalidad de mitigar los síntomas. Pero el dilema que entraña esta respuesta es que el reposo es beneficioso sólo si mantiene un equilibrio funcional del paciente y el retorno al trabajo. Bajo este enfoque, se plantea que las intervenciones psicosociales permiten preparar al individuo para retornar al trabajo.

**Método:** el diseño de esta revisión es de alcance descriptivo y de enfoque mixto. La búsqueda se realizó a partir de: PubMed/MEDLINE, ELSEVIER, SciELO, Academic Google. El criterio de temporalidad fueron artículos publicados en los últimos 5 años, desde el 06 de diciembre y finalizó el 30 de diciembre del 2019.

**Resultados:** se analizaron 28 artículos a texto completo, la evidencia científica se sustentó en 13 estudios controlados. Se encontró evidencia de calidad moderada de que las intervenciones aplicadas mejoran los síntomas y reducen el número de días de incapacidad en pacientes con TMC. Nivel de evidencia B de GRADE.

**Conclusiones:** las intervenciones psicosociales facilitan un retorno al trabajo saludable y sostenible. Sin embargo, para que esto suceda, estas deben dirigirse no solo al individuo con incapacidad para trabajar, sino también a la interacción de este con su lugar de trabajo.

---

**Palabras clave:** Salud mental; absentismo; costos de atención en salud; retorno al trabajo.

## Abstract

**Introduction:** Common mental disorders (CMD), cause individual suffering and significant impairment to health, have a negative impact on the well-being of the individual, financial circumstances and society. Physicians' response has been to grant disability in order to mitigate symptoms. But the dilemma involved in this response is that rest is beneficial only if it maintains a functional balance for the patient and return to work. Under this approach, it is stated that psychosocial interventions allow preparing the individual to return to work.

**Method:** The design of this review is descriptive in scope and mixed in approach. The search was carried out from the following databases: PubMed/MEDLINE, ELSEVIER, SciELO, Academic Google. Temporality search criteria were articles published in the last 5 years, from December 06 to December 30, 2019.

**Results:** 28 full-text articles were analyzed; the scientific evidence was supported in 13 controlled studies. We found a moderate evidence that the interventions applied improve symptoms and reduce the number of days of disability in patients with CMD. Evidence level B of GRADE.

**Conclusions:** psycho-social interventions facilitate a healthy and sustainable return to work. However, for this to happen, they must address not only the individual with an inability to work, but also their interaction with their workplace.

---

Keywords: Mental Disorders; Absenteeism; Health Care Cost; Return to Work.

## Introducción

Los trastornos mentales comunes (TMC), como los trastornos del estado de ánimo, los trastornos adaptativos y ansiedad, afectan aproximadamente a un tercio de la población europea en edad de trabajar y son una de las principales causas de baja por enfermedad común, después de los trastornos musculoesqueléticos<sup>(1)</sup>. Son problemas de salud altamente prevalentes que causan angustia y menoscabo significativo a la salud, producen además sufrimiento individual y un impacto negativo en el bienestar del individuo, las circunstancias financieras, la red social y el riesgo de estigmatización<sup>(2-3)</sup>.

La prevalencia de los trastornos mentales varía según los países debido a los métodos de definición y evaluación, pero la Organización Mundial de la Salud (OMS 2017) estimó recientemente la prevalencia de la depresión al 4,4% y de los trastornos de ansiedad al 3,6% para la población mundial. Actualmente, la OMS clasifica la depresión como el mayor contribuyente individual a la discapacidad global y el número de personas que sufren de depresión y ansiedad está aumentando. Los TMC son causa de aproximadamente el 45% de todas las bajas por enfermedad entre las mujeres y el 32% de todas las bajas por enfermedad entre los hombres<sup>(4)</sup>.

La depresión afecta en España al 4-5% de la población, siendo así el cuarto país europeo con más casos<sup>(5)</sup>, y se estima que provoca una discapacidad funcional completa de 47 días al año de promedio al año. Los problemas psiquiátricos, entre los que se encuadra la depresión, son la segunda causa de absentismo laboral del país, representando el 11% de las bajas, tan sólo por detrás de las patologías de la columna lumbar (13%)<sup>(4)</sup>.

Se estima que la depresión representa el 3,8% del total de años de vida ajustados por discapacidad para la población europea, siendo en España del 4,33%<sup>(6)</sup>, contribuyendo a que una de cada 10 bajas se deba a este problema.

El costo para la sociedad en términos de atención médica, baja por enfermedad y pérdida de productividad para los empleadores es alto. Según los datos registrados por la OCDE (2017) el gasto público total por baja por enfermedad totaliza el 2% del producto interno bruto en promedio<sup>(1)</sup>.

Las crecientes tasas de prevalencia de los TMC y los costos de Incapacidad indican la necesidad de que los responsables políticos avancen la política de discapacidad. En un intento de lograr ahorros económicos considerables tanto desde una perspectiva individual como social al aumentar nuestro conocimiento sobre cómo ayudar a las personas con TMC a mejorar su salud mental y regresar al trabajo<sup>(4)</sup>.

Habitualmente la respuesta de los médicos de atención primaria (MAP) y de los especialistas ha sido otorgar la baja para el reposo, justificando dicha indicación en la llamada incapacidad temporal (IT). El dilema que entraña esta respuesta es que, si bien clínicamente el reposo es necesario para lograr la mitigación de los síntomas, en el ámbito ocupacional el reposo será beneficioso sólo si mantiene el equilibrio entre el restablecimiento funcional del paciente y las acciones tendientes al alta acompañadas de intervenciones psicosociales que permitan preparar al paciente el retorno al trabajo (RAT)<sup>(1)</sup>.

Con la extensión del reposo, se corre el riesgo de agudizar la condición clínica derivada de expectativas negativas del paciente y del empleador acerca de su competencia para el puesto de trabajo<sup>(1)</sup>. Por otro lado, el absentismo laboral no es el único problema generado por el impacto de la depresión en la población trabajadora. Hay otro problema, en apariencia paradójico, pero en realidad muy fácil de entender: se trata del «presentismo», es cuando un trabajador, generalmente por miedo al despido, sigue acudiendo a su puesto de trabajo «el trabajador presente-ausente», lo que igualmente merma la productividad laboral. Es habitual en casos de depresión (ya que habitualmente no implica un impedimento físico demasiado paralizante) y a su vez, es uno de los factores que impiden el correcto restablecimiento de la salud<sup>(4)</sup>.

Los trabajadores deprimidos pueden necesitar hacer un extra - esfuerzo para ser productivo durante su trabajo, que puede provocar efectos secundarios de fatiga después del trabajo<sup>(7-8)</sup>.

El envejecimiento a menudo se acompaña de un aumento de enfermedades agudas y crónicas que conducen a limitaciones funcionales o incapacidad para trabajar. Las patologías crónicas como enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y la depresión se están convirtiendo en un problema

creciente de los trabajadores mayores. Los problemas de salud relacionados con el trabajo, tales como trastornos musculoesqueléticos y los trastornos mentales son una fuente importante de IT y de jubilación por discapacidad, afectando a los empleadores<sup>(9)</sup>.

Un enfoque multidisciplinario de RAT, viene a jugar un rol importante, eficaz y rentable en reducción del absentismo. El enfoque multidisciplinario acorta el tiempo de regreso al trabajo, reduciendo la ocurrencia de algunas enfermedades físicas y enfermedades mentales<sup>(12-13)</sup>.

Se considera que las intervenciones dirigidas al trabajo reducen la discapacidad laboral creando un ambiente de trabajo más adecuado para un trabajador con TMC, tales como modificar tareas de trabajo u horas de trabajo. El trabajador puede ser apoyado en el tratamiento de la depresión en el trabajo, mediante un programa gradual de regreso al trabajo o mejorando las habilidades para hacer frente con situaciones de trabajo<sup>(14)</sup>. Las intervenciones clínicas pueden reducir los tiempos de IT, al reducir los síntomas depresivos y, por lo tanto, eliminando los obstáculos para trabajar.

Por otro lado, se observa un problema importante que es la falta de cooperación entre estas partes interesadas. Además, la atención primaria de salud a menudo no se enfoca en el RAT y las intervenciones relacionadas con el lugar de trabajo. Se sabe que estos tipos de intervenciones tienen efectos prometedores sobre la mejoría de los síntomas y la reducción del número de días de la IT en pacientes con TMC<sup>(18)</sup>.

Hay razones que respaldan la necesidad de intervenir temprano para prevenir la IT prolongada y promover la rápida incorporación al trabajo.

- El trabajo tiene beneficios para la salud, mientras que la ausencia prolongada del trabajo la perjudica. Actualmente existe abundante evidencia de que el empleo es un determinante importante de la salud de las personas, los cuales contribuyen a la autoestima y a su estatus social, así como también al bienestar material y a la participación social.
- El trabajo mantiene las capacidades físicas necesarias para un buen funcionamiento fisiológico. Por el contrario, no tener un trabajo tendría un impacto negativo y significativo en la salud física y psicológica, y también se asociaría con un mayor riesgo de suicidio e incluso la tasa de mortalidad<sup>(19)</sup>.

Actualmente hay pruebas sólidas de que cuanto más larga sea IT, mayor es el riesgo de que el RAT se vea comprometido y resulte en consecuencias adversas para la salud. En este sentido se observa una brecha importante entre la recuperación clínica de individuo y sus capacidades y por otra la incorporación directa al trabajo, desde esta perspectiva cabe preguntarse si el alta del paciente implica una incorporación del trabajador, sin que exista un proceso de adaptación tomando en consideración una serie de variables contextuales, expresadas en el «proceso de retorno al trabajo», un diseño adecuado de intervenciones terapéuticas y psicosociales en el ámbito ocupacional requiere tomar en cuenta las más recientes investigaciones en esta materia.

## Métodos

El diseño de este estudio es de alcance descriptivo y de enfoque mixto. Se lleva a cabo una revisión sistemática con técnicas cualitativas para el levantamiento de subcategorías. Asimismo, empleando técnicas cuantitativas se realiza una síntesis de la distribución de estas subcategorías en la muestra analizada.

Los riesgos potenciales de sesgo de esta revisión se deben en parte a:

- Falta de asignación de un correcto diagnóstico, en los artículos revisados, lo que en cierta medida produce que la intervención aplicada en cada caso no sea la correcta.
- Los sesgos de revisión consistentes en que uno de los artículos de la revisión tomó en cuenta una población de trabajadores y no trabajadores, riesgo de sesgo según el grupo etario.
- Sesgo de hallazgos no significativos debido a amplios intervalos de confianza como evidencia sin efecto.

El proceso de búsqueda de la literatura se realizó a partir de las siguientes bases de datos: PubMed/MEDLINE, ELSEVIER, SciELO, Google académico, se utilizaron términos libres y descriptores DeCS, MeSH, y Major Topic. Abordando el tema de pacientes con TMC, absentismo laboral, costos económicos del cuidado de la salud y RAT, cuestionario de salud mental del paciente (HPQ9). El criterio temporal de búsqueda fueron artículos publicados en los últimos 5 años, La misma se realizó 06 de diciembre y finalizó el 30 de diciembre del 2019. Las fórmulas de búsqueda se muestran en la Tabla 1.

**Tabla 1:** Estrategia de búsqueda

Base de Datos	Términos de búsqueda	Estrategia de búsqueda
MEDLINE-Pub-med	Mental Disorders, Absenteeism, Health Care Cost, Return to Work, HPQ9.	Search ((Mental Disorders[MeSH Terms]) AND Health Care Costs) AND Return to Work Filters: published in the last 5 years Search ((PHQ-9) AND absenteeism[MeSH Terms]) AND Return to Work Filters: published in the last 5 years Search ((somatic symptoms) AND absenteeism[MeSH Terms]) AND Return to Work[MeSH Terms]
Scielo	Desorden mental, absentismo, retorno al trabajo	Afecciones de Salud Mental y Retorno al Trabajo
ELSEVIER	Mental Disorders, Absenteeism, Health Care Cost, Return to Work	Mental Disorders and Absenteeism and Health Care Cost and Return to Work
Google Académico	«Mental Disorders» «Absenteeism» «Return to Work»	«Mental Disorders» «Absenteeism» «Return to Work» filetype:pdf

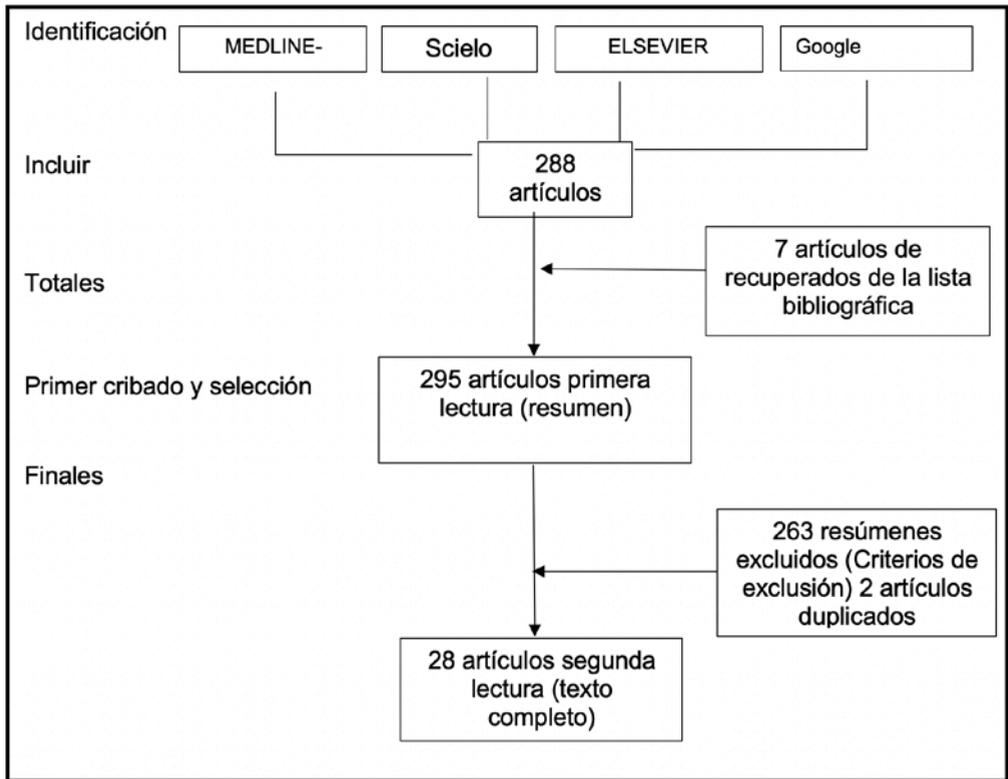
Una vez obtenida la colección bibliográfica se realizó una evaluación de pertinencia cotejando la idoneidad de los artículos para el estudio a partir de la revisión de los títulos y el resumen de estos. Posteriormente se restringe la búsqueda aplicando los siguientes criterios de inclusión y exclusión contenidos en la Tabla 2.

**Tabla 2.** Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Uso de palabras claves.	Trastornos mentales orgánicos.
Incapacidad por enfermedad mental leve.	Otras causas de incapacidad temporal.
Publicaciones científicas.	Artículos teóricos o conceptuales, Literatura negra.

## Resultados

A partir de la estrategia de búsqueda se obtuvo un total de 288 artículos, una vez eliminados los duplicados e incluidos los artículos de la lista de referencia, se procedió al análisis de pertinencia y a aplicar los criterios de inclusión y exclusión, así como la selección de publicaciones indexadas en sistemas ISI y/o Scielo para asegurar la calidad de estas. El procedimiento de selección siguió las orientaciones de la declaración PRISMA<sup>(6)</sup>, con la obtención final de 28 artículos que conforman la base del estudio.



**Diagrama 1:** El flujograma ilustra el proceso seguido y los resultados obtenidos en la selección de los artículos, una vez aplicado los criterios de inclusión y exclusión.

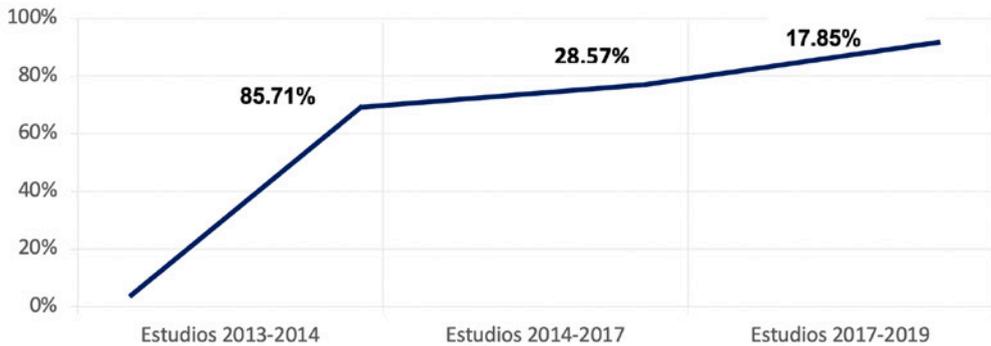
**Tabla 3.** Características de los artículos revisados

AÑO	PAIS	TITULO	PUBLICACION
2007	USA	Telephone screening, outreach, and care management for depressed workers and impact on clinical and work productivity outcomes: a randomized controlled trial.	JAMA
2010	Países Bajos.	Prevention of recurrent sickness absence among employees with common mental disorders: design of a cluster-randomised controlled trial with cost-benefit and effectiveness evaluation.	BMC Public Health
2013	Chile	Afecciones de Salud Mental y el Proceso de Retorno al Trabajo: Una Revisión Sistemática	Ciencia & Trabajo
2013	Países Bajos.	Effectiveness of guideline-based care by occupational physicians on the return-to-work of workers with common mental disorders: design of a cluster-randomised controlled trial.	JO. Environmental Medicine
2014	Reino Unido	Employment, Social Affairs & Inclusion Evaluation of policy and practice to promote mental health in the workplace in Europe Final Report	Comision europea

AÑO	PAIS	TITULO	PUBLICACION
2014	Canadá	Estimating the net benefit of a specialized return-to-work program for workers on short-term disability related to a mental disorder: an example exploring investment in collaborative care.	JO. Environmental Medicine
2014	Países Bajos.	Interventions to improve return to work in depressed people	Cochrane SystematicReview
2015	Australia.	Interventions to improve return to work outcomes in individuals with mental health conditions.	I. S.C Recovery Research
2015	Países Bajos.	Effectiveness of a blended web-based intervention on return to work for sick-listed employees with common mental disorders: results of a cluster randomized controlled trial.	J Med Internet Res.
2015	Suiza	Costs of production loss and primary health care interventions for return-to-work of sick-listed workers in Sweden.	J.Disability and Rehabilitation
2015	Suecia	What positive encounters with healthcare and social insurance staff promotes ability to return to work of long-term sickness absentees?	Scandinavian J. Public Health
2015	Canadá	The effectiveness of return-to-work interventions that incorporate work-focused problem-solving skills for workers with sickness absences related to mental disorders: a systematic literature review.	British Medical Journal
2016	Países Bajos.	Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis.	Lancet Psychiatry
2017	Países Bajos.	Return-to-work intervention versus usual care for sick-listed employees: health-economic investment appraisal alongside a cluster randomised trial.	British Medical Journal
2017	Eslovenia	Reducing Absenteeism and a Faster Return to Work	Social sciences
2017	Canadá	Return-to-Work Strategies for Employees With Mental Health Condition	I.S.C.E benefits specialist
2017	Dinamarca	Study Protocol: Integrated mental health care and vocational rehabilitation to improve return to work rates for people on sick leave because of common mental disorders (IBBIS)	ClinicalTrials
2017	Francia	Supporting the return to work following sick leave for a depressive disorder: why and how?	Sante Ment Que
2017	Países Bajos.	Predictors of return to work among patients in treatment for common mental disorders: a pre-post study	BMC Public Health
2017	Países Bajos.	Screening instruments for predicting return to work in long-term sickness absence.	Occupational Medicine
2017	Países Bajos.	Barriers to and facilitators of return to work after sick leave in workers with common mental disorders	I. Occupational Safety and Health
2018	Suecia	Increasing return-to-work among people on sick leave due to common mental disorders: design of a cluster-randomized controlled trial of a problem-solving intervention versus care-as-usual conducted in the Swedish primary health care system (PROSA).	BMC Public Health
2018	Países Bajos.	Determinants of Sickness Absence and Return to Work Among Employees with Common Mental Disorders: A Scoping Review	Journal Disability and Rehabilitation
2019	Países Bajos.	Quickscan assesses risk factors of long-term sickness absence: A cross-sectional (factorial) construct validation study.	PLOS ONE

AÑO	PAIS	TITULO	PUBLICACION
2019	Suiza	Psychological treatments for return to work in individual son sickness absence due to common mental disorders or musculoskeletal disorders: a systematic review and meta-analysis of randomized-controlled trials.	Arch Occup Environ Health
2019	Australia.	The relationship between depression symptoms, absenteeism and presenteeism.	Journal of Affective Disorders
2019	Canadá	Workplace issues and mental health.	Canadian Psychology
2019	Canadá	Workforce reentry for employees	Canadian Psychology

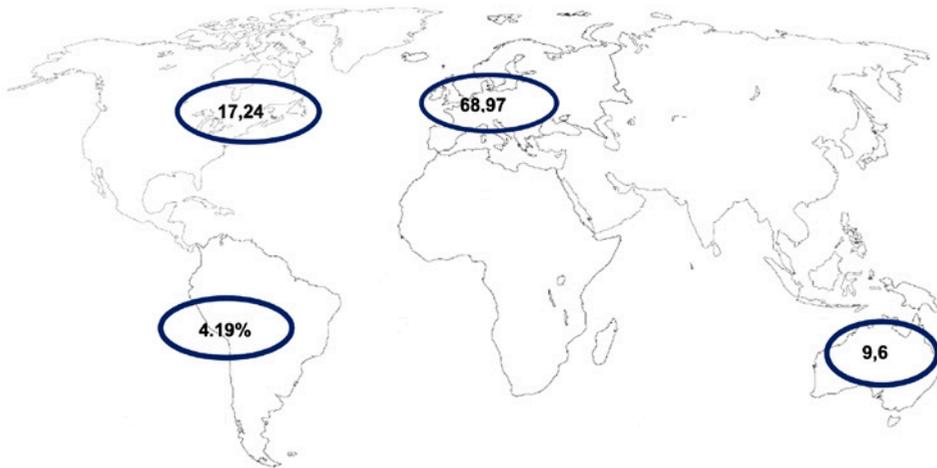
Se construyó una base de datos en formato Excel Office 2016 para el análisis temático de los artículos seleccionados, se distinguen en 7 categorías y posteriormente ordenadas para su análisis. (Grafico 3).



**Gráfico 1:** Distribución temporal de artículos por año de publicación.

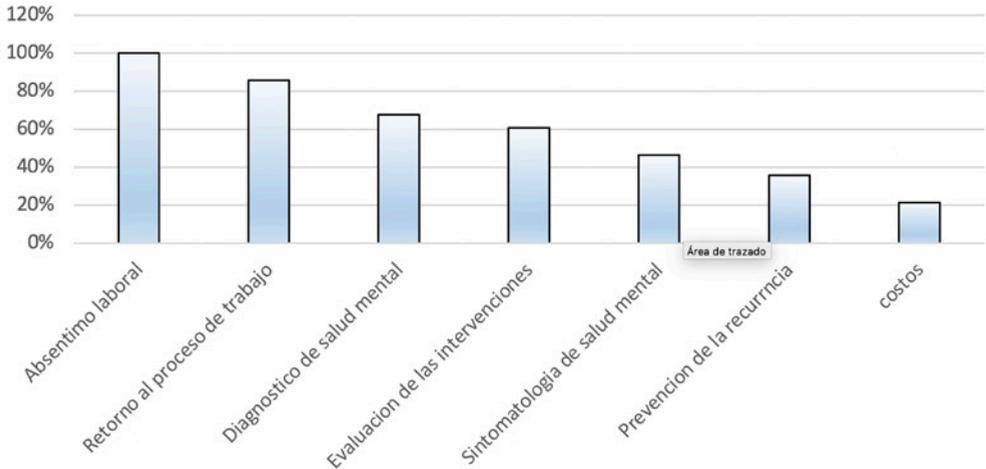
Se observa un aumento de las publicaciones en los últimos 5 años a partir de 2013. Concentrándose en 85.71% a partir de 2014. También se evidencia un aumento sostenido de 28.57% hacia el 2017 y de 17.85% en 2019.

El 46.42% se corresponden con ensayos aleatorizados de doble ciego, independientemente del número de brazos que hayan tenido según el tipo de intervención aplicada; Terapia cognitivo conductual (TCC), terapia de resolución de conflicto (TRC), terapia vocacional (TV), e intervención integrada de retorno al trabajo (RAT). El 46.42% son estudios descriptivos observacionales de serie de casos, los cuales evalúan como una intervención influye en la muestra. Solo dos estudios son de tipo prospectivo. Se observa que el mayor número de artículos fueron publicados de revistas de Medicina ocupacional y salud mental.



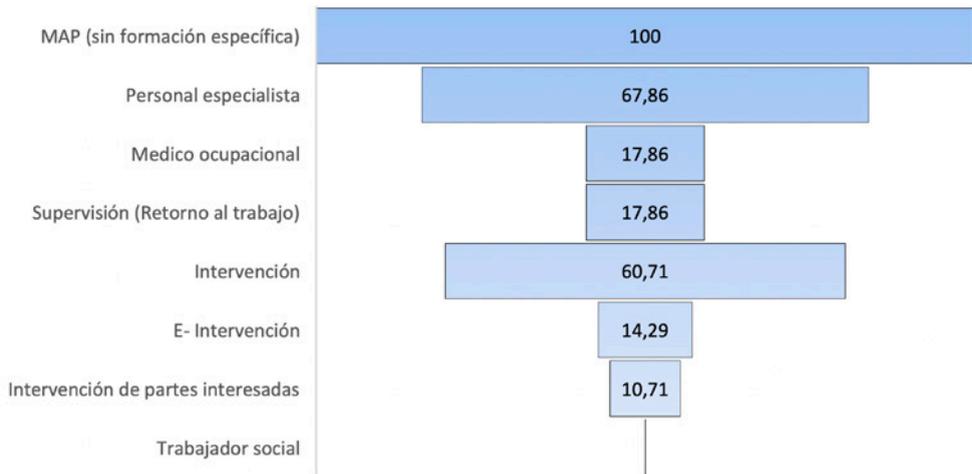
**Diagrama 2:** Distribución mundial de artículos publicados.

La mayor cantidad de artículos se publicaron en Europa 20 artículos (68,97%), y 6 artículos en América (17,24%), destaca que el 50% de los artículos (14) fueron publicados en los países Bajos. El 96.42 % de la evidencia se publicó en idioma inglés y solo una (1) en castellano, esta última corresponde a 2010, siendo además una literatura recuperada de la lista de artículos seleccionados a partir de los motores de búsqueda.



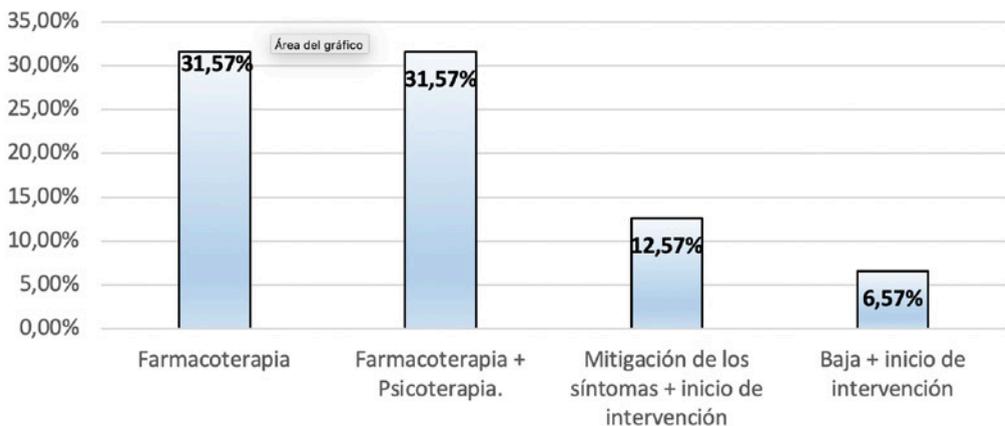
**Gráfico 2:** Distribución de artículos según Variable Resultado Principal.

Respecto a las temáticas abordadas, 100% valora el Absentismo laboral, uno de los puntos más abordados fue el proceso de RTA (85.71%), ninguno de los artículos hace mención del sector laboral de los participantes, es decir, estos estudios utilizaron muestras de personas de múltiples sectores. El 67.86% se centra en el diagnóstico de la salud mental, el 60.71% de la evidencia menciona la evaluación de las Intervenciones y el 46.43% hace referencia a la sintomatología de la salud mental, el 35.71% menciona la prevención de la recurrencia. Solo 6 estudios mencionan los costes de las intervenciones.



**Gráfico 3:** Porcentaje de profesionales tratantes involucrados en el proceso de RAT y medidas de intervención.

La revisión de la literatura muestra que los profesionales que realizan las intervenciones son de amplio espectro, se destacan en el Gráfico 3, el 100% de los MAP «sin formación específica» son los responsables de otorgar la IT, son su vez los proveedores de psicofármacos. El 67,86% de los pacientes tienen un diagnóstico de TMC (sin especificar, dato relevante de esta revisión) valorados por el personal especialista. En solo cinco (17,86%) de los estudios, el medico ocupacional (psicosociología aplicada), estuvo presente y superviso el proceso de RAT, representando un eslabón entre el centro de trabajo y la atención primaria. En el 60.71% de los casos se aplicó una intervención no sanitaria vinculada al proceso de RAT, solo en 4 de ellas se realizó de manera telemática «telefónica o electrónicamente», destaca el hecho de que solo en 10.71% de toda la cadena de las partes interesadas en proceso de RAT estuvo presente. No hubo presencia del trabajador social como parte integradora de la cadena.



**Gráfico 4:** Características de las terapias aplicadas Vs instauración de una intervención.

Las técnicas que se aplicaron en las intervenciones que se observan en el Gráfico 4, son una medida importante para comprender el contexto y los resultados que se esperan de la terapia. Las técnicas aplicadas en los estudios revisados se podrían resumir como farmacoterapia 31,57%, la farmacoterapia asociada a la Psicoterapia cognitivo-conductual 31,57%; se puede apreciar que en el 12,57% de

las intervenciones se inician tras la mitigación de los síntomas. Solo en el 6.57% de las intervenciones destinadas al RAT se realizaron al inicio de la IT.

**Tabla 4:** Presentación estadística de las intervenciones a corto y largo plazo en función de los síntomas, funcionamiento laboral.

INTERVENCIÓN	OR	IC 95	valor p
TPU unimodal	0.57	0.88-0.26	> 0,05
TPU + Tx psicológico Finnes 2019	1.54	1.02-2.31	< 0,05
TPU + Tx psicológico Nieuwenhuijsen 2014 <sup>(91-93)</sup>	0.40	-0,66-0,14	< 0,05
Tx psicológico vs. Terapia cognitivo conductual	2,46	0,99-6,10	< 0,05
TPU + terapia psicodinámica (cp)	0.66	1.03-0.30	< 0,05
TPU + terapia de resolución de conflicto (lp)	1	0.63-1.36	< 0,05

TPU: terapia psicológica usual. Tx: terapia. CP: corto plazo. LP: largo plazo

Se presentan los resultados en función de los síntomas depresivos y el funcionamiento laboral, se compara una intervención dirigida al trabajo con una clínica intervención sola.

En relación con la capacidad funcional laboral y los días de IT, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas cuando se compararon los tratamientos con psicofármacos.

Se observa diferencia estadísticamente significativa cuando se combina alguna TPU con algún tratamiento psicológico OR 1.54 IC 95% (1.02-2.31), no obstante, la efectividad de las intervenciones psicológicas sigue siendo inconsistente según la investigación de resultados sobre el RAT.

Tres estudios analizaron la efectividad de una intervención dirigida al trabajo con una intervención clínica sola, los resultados resumidos de ausencia de enfermedad mostraron un grado moderado de evidencia de un efecto positivo OR 0,40; IC 95% (-0,66-0,14). En cuanto a la mejoría de los síntomas, se encontró diferencia estadísticamente significativa cuando una intervención dirigida al RAT se combina con una intervención clínica a largo plazo 0.63 IC del 95%: (-0.24-1,02). La TCC muestra mejores resultados OR 2.46 IC 95% (0,99-6,10), cuando se compara con la terapia psicodinámica sola.

En cuanto a los síntomas depresivos y el funcionamiento laboral, la terapia psicodinámica a corto plazo es mejor que LA TRC OR 0.66, IC 95% (-0.30-1.03), pero a largo plazo la TRC tiene mejores resultados OR 1.0 IC 95% (0.63-1.36).

**Tabla 5:** Comparación de las intervenciones a corto y largo plazo en función de los días de IT.

COMPARACIÓN	OR	IC 95	valor p
TPU + terapia psicodinámica (cp)	0.25	0.39-0.89	< 0,05
TPU + terapia de resolución de conflicto (lp)	1.16	0.49-1.83	< 0,05
TPU + e@ TCC / TRC <sup>(2)</sup>	0.23	0.45-0.01	< 0,05
TPU + e@ TCC / TRC	0.56	0.76-0.36	< 0,05
TPU + ICO e@-Modulo de tratamiento de RAT *3m	1,18	0,54-2.56	> 0.05
PPU + ICO e@-Modulo de tratamiento de RAT *6m	1.73	0.88-3.38	> 0.05
TPU + ICO e@-Modulo de tratamiento de RAT *9m <sup>β</sup>	2.2	1.11-4.45	< 0,05
TPU + ICO e@-Modulo de tratamiento de RAT *12m	1.15	0.49-2.71	> 0.05

ICO: intervención Colaborativa Ocupacional

Se encontró evidencia de baja calidad de que la terapia psicodinámica a corto plazo no es más efectiva que la TRC OR 0.25 IC 95% (0.39-0.89) y que la TRC a largo plazo es más efectiva en la reducción del número de días de baja en TMC OR 1.16 IC95% (0.49-1.83).

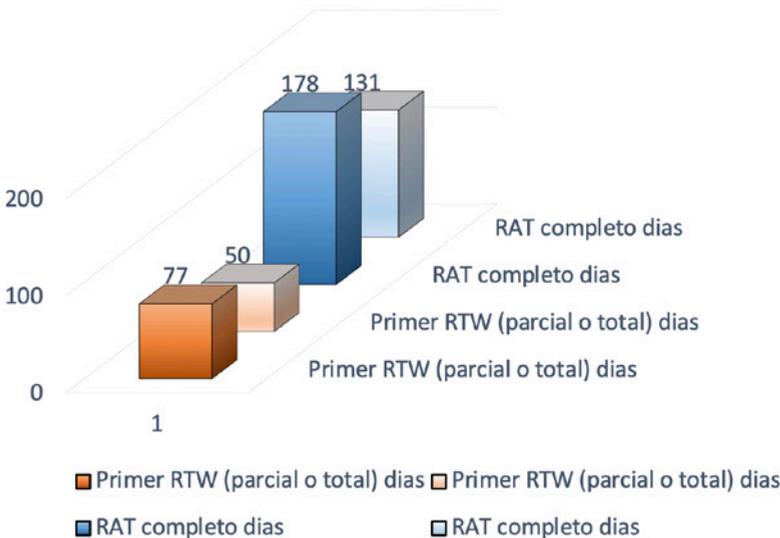
En relación con la TCC y la TRC en línea o telefónica ((e@-Modulo) versus la atención habitual, los resultados agrupados de tres estudios muestran que existe evidencia de calidad moderada OR 0.23 IC 95% (-0.45-0.01) que la TCC en línea redujo los días de IT más de lo habitual que en atención primaria. Así mismo hubo evidencia estadísticamente significativa de que la TRC en línea también reduce los síntomas depresivos OR 0.56 IC 95% (0.36-0.76). Además, la intervención e@-Modulo es más efectiva a los 9 meses desde el inicio de la intervención OR 2.2 IC 95% (1.11-4.45). Finalmente se encuentran pruebas de calidad moderada basadas en que una intervención dirigida al RAT más una intervención clínica reduce el número de días de IT en el término medio cuando se compara con una intervención clínica sola

**Tabla 6:** Características basales y síntomas de los participantes en el control de atención habitual y los grupos de ICO (n = 220).

SÍNTOMAS Y CONDICIONES	Atención habitual	Intervención ICO	p
Solo síntomas depresivos (PHQ-9 ≥10)	6%	8%	0,44
Solo síntomas somáticos (PHQ-15 ≥10)	8%	6%	0,61
Solo síntomas de ansiedad (GAD-7 ≥10)	3%	5%	0,74
síntomas depresivos y somatización	13%	12%	0,78
síntomas depresivos y de ansiedad	9%	12%	0,45
síntomas de ansiedad y somatización	7%	7%	0,97
todos los síntomas	54%	50%	0,53

ICO: intervención Colaborativa Ocupacional.

Con relación a la mejoría de los síntomas depresivos, somáticos y de ansiedad, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas  $p > 0.005$  entre los dos brazos que recibieron una ICO inicial y los que no.



**Gráfico 5.** Tiempo de RAT tras remisión de los síntomas tras 1 año de seguimiento. con ICO.

**Tabla 7:** Tiempo de RAT tras remisión de los síntomas en ambos brazos del estudio tras 1 año de seguimiento. (no intervención Vs ICO).

Tiempo de RAT (parcial o total)	No intervención IC 95%	OR	intervención CIU IC 95%	OR
primer RTW (parcial o total)	(29.0-152.3)	77días	(20.8-99.0)	50días
RAT completo	(72.0-243.3)	178 días	(68.5-198.0)	131 días

ICO: intervención Colaborativa Ocupacional.

Se observa el tiempo transcurrido en número de días hasta el primer RTW (parcial o total) para ambos grupos. El 84% (n 89) de los participantes sin intervención, la primera toma de contacto con el trabajo (Parcia o total) se produjo a los 77 días, en comparación con los participantes del grupo de ICO 87.7% (n 131) que se produjo a los 50 días. Tras un (1) año de seguimiento y posterior el tiempo de RAT completo (sin recaídas), en el 67.7% en los participantes de ICO la medida de resultado fue de 131 días en comparación con el 61% del grupo de no intervención, siendo la medida de 178 días para el grupo sin intervención.

La ICO condujo a un primer contacto laboral más rápido y a una mayor remisión de los síntomas en pacientes con TMC tras un año de seguimiento. Esto sugiere que el potencial de la intervención ICO podría explotarse mejor con una mejor continuidad y adhesión de los médicos ocupacionales en la cadena integradora del proceso de RAT.

**Tabla 8:** Costos mensuales por paciente en la intervención ICO desde la perspectiva del empleador (en euros 2011).

Mes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Acumula-tivo
Costos totales	3098	2671	2244	1958	1958	1672	1359	1359	1047	971	971	987	20205
Beneficios	-214	-86	42	151	151	260	379	379	498	606	606	714	3486
Beneficio neto	-514	-600	-558	-407	-256	4	383	762	1260	1866	2472	3187	-
Retorno ROI	0	-2	-1,86	-1,36	0,83	0,013	1,27	2,54	4,2	6,22	8,24	10,62	-

\*Costo de la intervención ICO € 300. \*Ratio de inversión (Return on Investment; ROI)

Se evaluó ICO diseñada para promover el RAT mejorando el funcionamiento de los empleados, que incluye la oportunidad de consulta psiquiátrica al médico ocupacional. Esta intervención se realizó a través de módulos y las tareas de *Return @ Work*.

Solo se incluyeron los costos de la intervención y los costos derivados del absentismo y del presentismo, asumiendo así que el empleador estaría interesado en conocer el coste y retorno de la inversión.

En la tabla 8 se observan los costos mensuales por paciente acumulados durante 12 meses, los beneficios incrementales ascendieron a € 3.187 a favor de ICO OR 1992 IC 95% -418-7390 p < 0.08 que se debió principalmente en una reducción de absentismo durante 12 meses en comparación con ninguna intervención.

Luego se calcularon los beneficios netos durante los 12 meses por empleado restando el coste de la ICO de € 300, siendo el punto de equilibrio para el empleador, el momento en que comienza la recuperación de la inversión el ROI a los 12 meses es de  $3.187/300= 10.62$ , lo que significa que por cada euro invertido se recuperan € 10.6. No obstante existe una incertidumbre estadísticamente significativa en la estimación del intervalo de confianza OR 1961(-656-7029) P=0.104.

## Discusión

La CIE-10<sup>(22)</sup> proporciona una descripción detallada y pautas de diagnóstico, no obstante, con el diagnóstico de TMC existen «problemas de larga data y notoriamente difíciles asociados con la descripción y clasificación», aun así, la CIE-10 describe la necesidad de categorías en varias subdivisiones con el propósito de «facilitar la descripción de los trastornos manifestados por una mezcla de síntomas para los cuales una etiqueta psiquiátrica más simple y tradicional no es apropiada pero que, sin embargo, representan estados severos de angustia e interferencias importantes en el funcionamiento. Como consecuencia de esto, los trastornos de humor, ansiedad y la mayoría de los trastornos de adaptación no complicados, son diagnósticos diferenciales entre sí. Aunque existen muchas características comunes entre los TMC, existen diferentes recomendaciones de tratamiento, especialmente con respecto a los tratamientos que tienen efecto en el tiempo de RAT.

Para el trastorno de adaptación, la TRC ha mostrado un efecto moderado, mientras que la TCC no, por el contrario, los pacientes con afecciones del estado del ánimo la TCC ha mostrado tener efectos moderados<sup>(21)</sup>. Por lo tanto, la evaluación antes del tratamiento es crucial. El propósito de la evaluación de la salud mental es, por lo tanto, proporcionar un tratamiento correcto para cada subcategoría específica. En este escenario, el contenido de las intervenciones de RAT difiere mucho entre los ensayos.

El mayor número de estudios se concentra en 2014, con un aumento del 28.57% hacia el 2017 los que revela un incremento del interés en las estrategias destinadas al RAT, así como de los tratamientos y diversas terapias en los pacientes que sufren un TMC, no obstante, la evaluación de los TMC presenta desafíos considerables ya que es multifactorial y con raíces complejas, además, los tratamientos para los TMC son a menudo unimodales con un solo profesional responsable del tratamiento. Los tratamientos protocolizados específicos y de buena calidad se asocian con un menor tiempo de IT y un mejor RAT. Destaca el hecho de que solo en el 6.57% de las intervenciones destinadas al RAT se realizaron al inicio de la IT, lo que denota una falta de protocolización de al menos una intervención desde el inicio del tratamiento de cara al RAT en los pacientes con TMC. Las intervenciones tienen como objetivo mejorar el proceso de RAT, mediante la identificación de problemas percibidos como un obstáculo y la búsqueda de soluciones. Las intervenciones tempranas y multidisciplinarias iniciadas desde el inicio de la IT, y el establecimiento de contacto con el empleador para planificar el reintegro, mejoran la efectividad del RAT<sup>(22)</sup>.

Con respecto al tratamiento con psicofarmacológico, en los artículos revisados no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación con una disminución del número de días de IT cuando se compararon los efectos de los inhibidores de la recaptación de serotonina frente a otros fármacos como los inhibidores de la monoamino oxidasa, antidepresivos Bicíclicos o tricíclicos y Escitalopran<sup>(23)</sup>. La revisión Cochrane de Nieuwenhuijsen et al.<sup>(15)</sup>, mostró que ninguno de los antidepresivos probados fue más efectivo que otro para reducir el número de días de IT antes de RAT.

En cuanto a la mejoría de los síntomas, se encontró diferencia estadísticamente significativa cuando una intervención a largo plazo dirigida al RAT se combina con una intervención clínica sola. En relación con los síntomas depresivos y el funcionamiento laboral, la terapia psicodinámica a corto plazo es mejor que para la TRC.

La gravedad de los síntomas es un predictor establecido de RAT en las personas con TMC, siendo posible acortar la duración de IT al proporcionar una mejor sistemática de detección y las opciones de tratamiento<sup>(15)</sup> sin embargo, la reducción de los síntomas de ninguna manera es el único factor importante en el proceso de regreso al trabajo<sup>(16)</sup>.

Varios estudios han investigado el efecto de las intervenciones psicológicas dirigidas al RAT, siendo las evidencias algo mixtas, las intervenciones dirigidas al trabajo deben agregarse a las intervenciones de tratamiento para mejorar la recuperación vocacional de las personas deprimidas<sup>(15)</sup>.

Cabe destacar que existe una brecha importante de información entre el diagnóstico de enfermedad mental, la relevancia de los síntomas que conduce a IT y el proceso de reincorporación, hay que tomar en cuenta el punto de corte en cuanto a la sintomatología sea más leve para poner en marcha la intervención destinada a la reincorporación, o visto de otra manera, el proceso de reincorporación debería

estar orientado desde el mismo momento en que se da la IT hasta el momento de la reincorporación, previniendo al mismo tiempo las recaídas. Según van der Feltz-Cornelis et al<sup>(24)</sup>, las personas con depresión se ausentan de su trabajo entre 8 a 9 veces más que aquellas que no padecen la afección y el ausentismo podría superar los 100 días, antes de que la persona retome su trabajo de manera total. Este hecho coincide con nuestro hallazgo (grafico 7) en cuanto a que los días de IT puede variar desde 50 días (RAT parcial) a 131 días (RAT total, sin recaídas) en aquellos pacientes que recibieron ICO.

Se encontró evidencia de calidad moderada en que la terapia centrada en la resolución de conflicto es más efectiva en la reducción del número de días de IT que con la terapia psicodinámica a largo plazo. En relación con la TCC y la TRC en línea o telefónica (e@-Modulo) versus la atención habitual, los resultados agrupados de tres estudios muestran que existe evidencia de calidad moderada que la TCC en línea redujo los días de IT más de lo habitual que en atención primaria. Así mismo hubo evidencia estadísticamente significativa de que la TRC en línea también reduce los síntomas depresivos. Con base en un único estudio que arroja evidencia de alta calidad, encontramos que un programa estructurado de alcance telefónico y gestión de la atención también puede conducir a reducciones de la IT en los trabajadores con TMC.

Los resultados del estudio de Volker 2015<sup>(31)</sup>, no pudieron ser estadísticamente agrupados; en este, se estimaron las medidas de resultado secundarias a la gravedad de los síntomas de depresión, ansiedad y somatización medidos con los cuestionarios PHQ-9, GAD-7 y PHQ-15 en términos de respuesta y remisión. La respuesta se definió como una reducción del 50% en los síntomas. La puntuación inicial de los cuestionarios fue de valor 10. La remisión se definió como una puntuación inferior a 5 para todos los cuestionarios. Estos resultados pueden verse en la tabla 6.

La evidencia indica que se debe apoyar un RAT saludable y sostenible después de un episodio depresivo, sin embargo, para que esto suceda, las intervenciones deben dirigirse no solo al individuo con una incapacidad para trabajar, sino también a la interacción de este con su lugar de trabajo<sup>(15,25-26)</sup>. En este contexto, la evidencia en grado moderado sugiere que la asignación temporal tareas más ligeras, adaptando el lugar de trabajo<sup>(37,40)</sup>, la adaptación de los procesos de trabajo, incluida la organización del trabajo, reduce el número de bajas por enfermedad y acelera el RAT. Tales medidas son generalmente más económicas y puede ser muy rentables.

La falta de motivación puede implicar que un trabajador no está disfrutando el tipo de trabajo que están haciendo, retardando el tiempo de incorporación y aumentando la barrera para el RAT. En este contexto el trabajador no entiende que el RAT es útil.

Estudios recientes han demostrado la importancia de factores como la autoeficacia y la intención del RTA a pesar de tener síntomas, la autoeficacia es la creencia que los empleados tienen respecto a su propia capacidad para satisfacer las demandas del trabajo. La auto eficacia es un predictor de RAT real<sup>(27-28)</sup>. El programa grupal danés IBBIS<sup>(29)</sup> demostró ser efectivo para reducir el nivel de síntomas y aumentar la autoeficacia para las personas con depresión y ansiedad.

En el estudio de Dewa 2014<sup>(30)</sup>, evaluó los costos promedios de la discapacidad a través de un programa de atención colaborativa de RAT. En este modelo, se asume que los programas de RAT cuestan dinero, al igual los periodos de IT. Por lo tanto, la pregunta clave de este estudio comienza a responder, si los costos de un programa son menores que sus beneficios y en qué circunstancias se encuentra este hallazgo. En este, el punto de equilibrio ocurre cuando el episodio de discapacidad a corto plazo es reducido en al menos en 7 días. Además, los resultados de la sensibilidad probabilística también pueden sugerir que el 85% de las veces, los beneficios de un programa pueden superar sus costos.

Un estudio<sup>(41)</sup> informó evidencia de alta calidad de que un programa estructurado de alcance telefónico y manejo de la atención, además de la atención habitual, redujo la ausencia por enfermedad en comparación con la atención habitual. El uso de telesalud se identificó como un importante foco de investigación futura debido al alto nivel de conectividad del paciente, el bajo costo de la administración del tratamiento y los resultados positivos observados en los trabajadores diagnosticados con depresión.

Respecto a los costos y el beneficio neto se observa a partir de los 12 meses tras la implementación de la ICO, el análisis de los costes revela un Ratio de Inversión ROI > 1 lo que significa que por cada euro

invertido se recuperan € 10.6. Vale la pena destacar que el retorno de la inversión comienza a observarse a partir de los 9 meses desde el inicio de la misma, momento en el cual comienza a disminuir en número de días de IT, como puede observarse en la (tabla 5). La reducción de los costes se observa con una reducción del número de días de IT y no en la mejoría de los síntomas, ya que una mejoría de estos no implica una mejora en la capacidad de producción. En este contexto los beneficios netos del programa parecen compensar los costos netos.

Finalmente, el propósito de esta revisión fue identificar intervenciones efectivas para mejorar los resultados del RTA en trabajadores con TMC. Para ello, es necesario llegar a un consenso sobre el diagnóstico en este grupo de pacientes, con la finalidad de estandarizar y validar las medidas de ausencia por TMC, lo que permitirá realizar más y mejores intervenciones enfocadas a la mejoría de los síntomas, el funcionamiento, el rendimiento y la productividad en el trabajo, a la vez de acortar el tiempo de IT.

Se necesita investigación futura para confirmar estos hallazgos. Se propone que los resultados de esta revisión se utilicen como fuente de información para futuros estudios de investigación.

## Agradecimientos

*Mutua Universal Colaboradora con la Seguridad Social N.º 10.* por sus contribuciones sustanciales al aprendizaje y a la realización de este trabajo.

## Bibliografía

1. Garrido-Larrea P, Ansoleaga-Moreno E, Tomicic-Suñer A, Domínguez-Valverde C, Castillo-Vergara S, Lucero-Chenevard C, et al. Afecciones de Salud Mental y el Proceso de Retorno al Trabajo: Una Revisión Sistemática. *Cienc Trab.* 2013;15(48):105-13. DOI: 10.4067/S0718-24492013000300002. Disponible en: <https://bit.ly/3ley1XD>
2. Stuart, H. Stigmatisation et discrimination liées à la santé mentale en milieu de travail. En: Corbière M, Durand MJ. *Du trouble mental à l'incapacité au travail.* Québec: Presses de l'Université du Québec; 2011. p. 367-91. ISBN: 978-2-7605-2547-4.
3. Roeloffs C, Sherbourne C, Unützer J, Fink A, Tang L, Wells KB. Stigma and depression among primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry.* 2003;25(5):311-5. DOI: 10.1016/S0163-8343(03)00066-5. Disponible en: <https://bit.ly/32XJGtR>
4. Finnes A, Enebrink P, Ghaderi A, Dahl J, Nager A, Öst LG. Psychological treatments for return to work in individuals on sickness absence due to common mental disorders or musculoskeletal disorders: a systematic review and meta-analysis of randomized-controlled trials. *Int Arch Occup Environ Health.* 2019;92(3):273-93. DOI: 10.1007/s00420-018-1380-x. Disponible en: <https://bit.ly/3lRLmvJ>
5. World Health Organization. *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates.* Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. WHO/MSD/MER/2017.2. Disponible en: <https://bit.ly/3rxR6y4>
6. Urrutia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Med Clin (Barc).* 2010;135(11):507-11. DOI: 10.1016/j.medcli.2010.01.015. Disponible en: <https://bit.ly/3ddPOQw>
7. Haslam C, Atkinson S, Brown S, Haslam R. Perceptions of the impact of depression and anxiety and the medication for these conditions on safety in the workplace. *Occup Environ Med.* 2005;62(8):538-45. DOI: 10.1136/oem.2004.016196. Disponible en: <https://oem.bmj.com/content/62/8/538>
8. Dewa CS, Lin E. Chronic physical illness, psychiatric disorder and disability in the workplace. *Soc Sci Med.* 2000;51(1):41-50. DOI: 10.1016/S0277-9536(99)00431-1. Disponible en: <https://bit.ly/3ppOLTm>

- 9.** Bellmann L, Hilpert M, Kistler E, Wahse J. Herausforderungen des demografischen Wandels für den Arbeitsmarkt und die Betriebe. In: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Erscheinungsjahr; 2003;36(2). p. 133-49. Disponible en: <https://bit.ly/3ryjwlu>
- 10.** Gabbay M, Taylor L, Sheppard L, Hillage J, Bambra C, Ford F, et al. NICE guidance on long-term sickness and incapacity. *Br J Gen Pract.* 2011;61(584):e118-24. DOI: 10.3399/bjgp11X561221. Disponible en: <https://bjgp.org/content/61/584/e118>
- 11.** Hoefsmit N, Houkes I, Nijhuis F. Intervention characteristics that facilitate return to work after sickness absence: a systematic literature review. *J Occup Rehabil.* 2012;22(4):462-77. DOI: 10.1007/s10926-012-9359-z. Disponible en: <https://bit.ly/3rwf50F>
- 12.** Persson J, Bernfort L, Wåhlin C, Öberg B, Ekberg K. Costs of production loss and primary health care interventions for return-to-work of sick-listed workers in Sweden. *Disabil Rehabil.* 2015;37(9):771-6. DOI: 10.3109/09638288.2014.941021. Disponible en: <https://bit.ly/3pGxTrJ>
- 13.** Mattias V, Bjørn L, Torleif R. Predictors of return to work among patients in treatment for common mental disorders: a pre-post study. *BMC Public Health.* 2017;18(1):27. DOI: 10.1186/s12889-017-4581-4. Disponible en: <https://bit.ly/3dg7drP>
- 14.** Lagerveld SE, Blonk RWB, Brenninkmeijer V, Wijngaards-de Meij L, Schaufeli WB. Work-focused treatment of common mental disorders and return to work: a comparative outcome study. *J Occup Health Psychol.* 2012;17(2):220-34. DOI: 10.1037/a0027049. Disponible en: <https://bit.ly/3E15P3b>
- 15.** Arends I, Bruinvels DJ, Rebergen DS, Nieuwenhuijsen K, Madan I, Neumeyer-Gromen A, et al. Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;12:CD006389. DOI: 10.1002/14651858.CD006389.pub2. Disponible en: <https://bit.ly/3D1GAMO>
- 16.** Hees HL, Koeter MWJ, Schene AH. Predictors of long-term return to work and symptom remission in sick-listed patients with major depression. *J Clin Psychiatry.* 2012;73(8):e1048-55. DOI: 10.4088/JCP.12m07699. Disponible en: <https://bit.ly/31LEEAZ>
- 17.** Nigatu YT, Liu Y, Uppal M, McKinney S, Rao S, Gillis K, et al. Interventions for enhancing return to work in individuals with a common mental illness: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychol Med.* 2016;46(16):3263-74. DOI: 10.1017/S0033291716002269. Disponible en: <https://bit.ly/3yrpovq>
- 18.** Brämberg EB, Holmgren K, Bültmann U, Gyllensten H, Hagberg J, Sandman L, et al. Increasing return-to-work among people on sick leave due to common mental disorders: design of a cluster-randomized controlled trial of a problem-solving intervention versus care-as-usual conducted in the Swedish primary health care system (PROSA). *BMC Public Health.* 2018;18(1):889. DOI: 10.1186/s12889-018-5816-8. Disponible en: <https://bit.ly/3oTNLHY>
- 19.** Sylvain C, Durand MJ. Supporting the return to work following sick leave for a depressive disorder: why and how. *Sante Ment Que.* 2017;42(1):305-18. PMID: 28792574
- 20.** van der Feltz-Cornelis CM, Hoedeman R, de Jong FJ, Meeuwissen JAC, Drews HW, van der Laan NC, et al. Faster return to work after psychiatric consultation for sicklisted employees with common mental disorders compared to care as usual, A randomized clinical trial. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2010;7(6):375-85. DOI: 10.2147/ndt.s11832. Disponible en: <https://bit.ly/3DY4XAd>
- 21.** Rebergen DS, Bruinvels DJ, van Tulder MW, van der Beek AJ, van Mechelen W. Cost effectiveness of guideline-based care for workers with mental health problems. *J Occup Environ Med.* 2009;51(3):313-22. DOI: 10.1097/JOM.0b013e3181990d8e. Disponible en: <https://bit.ly/3GY1Avp>
- 22.** World Health Organisation. International classification of diseases and related health problems: ICD-10. Genève, Suisse; 2019. Disponible en: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/I>
- 23.** Wade AG, Fernandez JL, Francois C, Hansen K, Danchenko N, Despiegel N. Escitalopram and duloxetine in major depressive disorder: a pharmacoeconomic comparison using UK cost data. *Pharmacoeconomics.* 2008;26(11):969-81. DOI: 10.2165/00019053-200826110-00008. Disponible en: <https://bit.ly/3IMIXw2>

- 24.** van der Feltz-Cornelis CM, Hoedeman R, de Jong FJ, Meeuwissen JAC, Drewes HW, van der Laan NC, et al. Faster return to work after psychiatric consultation for sicklisted employees with common mental disorders compared to care as usual, a randomized clinical trial. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2010;6(6):375-85. DOI: 10.2147/ndt.s11832. Disponible en: <https://bit.ly/3DY4XAd>
- 25.** Nieuwenhuijsen K, Noordik E, van Dijk FJH, van der Klink JJ. Return to work perceptions and actual return to work in workers with common mental disorders. *J Occup Rehabil.* 2013;23(2):290-9. DOI: 10.1007/s10926-012-9389-6. Disponible en: <https://bit.ly/3GKV4HV>
- 26.** Volker D, Zijlstra-Vlasveld MC, Brouwers EPM, van Lomwel AGC, van der Feltz-Cornelis CM. Return-to-work self-efficacy and actual return to work among long-term sick-listed employees. *J Occup Rehabil.* 2015;25(2):423-31. DOI: 10.1007/s10926-014-9552-3. Disponible en: <https://bit.ly/30oerHo>
- 27.** Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001;16(9):606-13. DOI: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x. Disponible en: <https://bit.ly/3E0fT0A>
- 28.** Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med.* 2006;166(10):1092-7. DOI: 10.1001/archinte.166.10.1092. Disponible en: <https://bit.ly/3m6iqjt>
- 29.** Poulsen R, Hoff A, Fisker JP, Hjorthoj C, Eplov LF. Study Protocol: Integrated mental health care and vocational rehabilitation to improve return to work rates for people on sick leave because of common mental disorders (IBBIS). Regional Ethics committee: H-16015724. Version 3.1: July 5th 2019
- 30.** Dewa CS, Hoch JS. Estimating the net benefit of a specialized return-to-work program for workers on short-term disability related to a mental disorder: an example exploring investment in collaborative care. *J Occup Environ Med.* 2014 jun;56(6):628-31. DOI: 10.1097/JOM.000000000000157. Disponible en: <https://bit.ly/3IKma3U>
- 31.** Volker D, Zijlstra-Vlasveld MC, Anema JR, Beekman ATF, Brouwers EPM, Emons WHM, et al. Effectiveness of a blended web-based intervention on return to work for sick-listed employees with common mental disorders: results of a cluster randomized controlled trial. *J Med Internet Res.* 2015;17(5):e116. DOI: 10.2196/jmir.4097. Disponible en: <https://www.jmir.org/2015/5/e116/>
- 32.** Arends I, van der Klink JJL, van Rhenen W, de Boer MR, Bültmann. Prevention of recurrent sickness absence in workers with common mental disorders: results of a cluster-randomised controlled trial. *Occup Environ Med.* 2014;71(1):21-9. DOI: 10.1136/oemed-2013-101412. Disponible en: <https://oem.bmj.com/content/71/1/21>
- 33.** Volker D, Vlasveld MC, Anema JR, Beekman AF, van Roijen LH, Brouwers EPM, et al. Blended E-health module on return to work embedded in collaborative occupational health care for common mental disorders: design of a cluster randomized controlled trial. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2013;9:529-37. DOI: 10.2147/NDT.S43969. Disponible en: <https://bit.ly/31NZf7j>
- 34.** Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001;16(9):606-13. DOI: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x. Disponible en: <https://bit.ly/3E0fT0A>
- 35.** Lokman S, Volker D, Zijlstra-Vlasveld MD, Brouwers EPM, Boon B, Beekman ATF, et al. Return-to-work intervention versus usual care for sick-listed employees: health-economic investment appraisal alongside a cluster randomised trial. *BMJ Open.* 2017;7(10). DOI: 10.1136/bmjopen-2017-016348. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/10/e016348>
- 36.** Waddell G, Burton AK. Occupational health guidelines for the management of low back pain at work: evidence review. *Occup Med (Lond).* 2001;51(2):124-35. DOI: 10.1093/occmed/51.2.124. Disponible en: <https://bit.ly/31ZS00H>
- 37.** Tompa E, de Oliveira C, Dolinschi R, Irvin E. A systematic review of disability management interventions with economic evaluations. *J Occup Rehabil.* 2008;18(1):16-26. DOI: 10.1007/s10926-007-9116-x. Disponible en: <https://bit.ly/3yrxa1y>

- 38.** Carroll C, Rick J, Pilgrim H, Cameron J, Hillage J. Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: a systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions. *Disabil Rehabil.* 2010;32(8):607-21. DOI: 10.3109/09638280903186301. Disponible en: <https://bit.ly/3s5MOhW>
- 39.** Office for Official Publications of the European Communities. Work-related musculoskeletal disorders: Back to work report. EU-OSHA. 2007. Disponible en: <https://bit.ly/3dQPFms>
- 40.** Sampson A. Interventions to improve return to work outcomes in individuals with mental health conditions. Institute for Safety, Compensation and Recovery Research. Research report. 2015:152-0615-R01. Disponible en: <https://bit.ly/3yry1iM>
- 41.** Wang PS, Simon SE, Avorn J, Axocar F, Ludman EJ, McCulloch J, et al. Telephone screening, outreach, and care management for depressed workers and impact on clinical and work productivity outcomes: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2007;298(12):1401-11. DOI: 10.1001/jama.298.12.1401. Disponible en: <https://bit.ly/3dVRmih>
- 42.** van Beurden KM, Brouwers EPM, Joosen MCT, Terluin B, van der Klink JJK, van Weeghel J. Effectiveness of guideline-based care by occupational physicians on the return-to-work of workers with common mental disorders: design of a cluster-randomised controlled trial. *BMC Public Health.* 2013;13:193. DOI: 10.1186/1471-2458-13-193. Disponible en: <https://bit.ly/3m4rJR0>
- 43.** Leka S, Jain A, Houtman I, McDaid D, Park A, de Boreck V, et al. Evaluation of policy and practice to promote mental health in the workplace in Europe, Final Report. Employment, Social Affairs & Inclusion European Commission. 2014.
- 44.** Nieuwenhuijsen K, Faber B, Verbeek JH, Neumeyer-Gromen A, Hees HL, Verhoeven AC, et al. Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(12):CD006237. DOI: 10.1002/14651858.CD006237.pub3. Disponible en: <https://bit.ly/3dRAvx7>
- 45.** Olsson D, Alexanderson K, Bottai M. What positive encounters with healthcare and social insurance staff promotes ability to return to work of long-term sickness absentees?. *Scand J Public Health.* 2016;44(1):91-7. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/48512627>
- 46.** Dewa C, Loong D, Bonato S, Joosen MCW. The effectiveness of return-to-work interventions that incorporate work-focused problem-solving skills for workers with sickness absences: a systematic literature review. *BMJ Open.* 2015;5(6):e007122. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-007122. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/5/6/e007122>
- 47.** Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P, Rasmussen B, Smit F, Cuijper P, et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry.* 2016;3(5):415-24. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)30024-4. Disponible en: <https://bit.ly/31O4wf7>
- 48.** Šrekl J. Reducing Absenteeism and a Faster Return to Work. *Social sciences.* 2017;6(6):141-7. Disponible en: <https://bit.ly/3GJ3ccg>
- 49.** Pomaki G. Return-to-Work Strategies for Employees with Mental Health Condition. *Benefits Q.* 2017;33(1):50-5. PMID: 29465187
- 50.** Momsen AH, Stapelfeldt CM, Nielsen CV, Nielsen MBD, Rugulies R, Jensen C. Screening instruments for predicting return to work in long-term sickness absence. *Occup Med (Lond).* 2017;67(2):101-8. DOI: 10.1093/occmed/kqw093. Disponible en: <https://bit.ly/3DV90gW>
- 51.** Joosen M, Arends I, Lugtenberg M, van Gestel HJ, Schaapveld B, Terluin B, et al. Barriers to and facilitators of return to work after sick leave in workers with common mental disorders. Tilburg University, Tilburg School of Social and Behavioral Sciences, Department Tranzo, Warandelaan 2, 5037 AB Tilburg, The Netherlands. 2017. Disponible en: <https://bit.ly/3s8X88G>
- 52.** Brämberg EB, Holmgren K, Bültmann U, Gyllensten H, Hagberg J, Sandman L, et al. Increasing return-to-work among people on sick leave due to common mental disorders: design of a cluster-randomized controlled trial of a problem-solving intervention versus care-as-usual conducted in the

Swedish primary health care system (PROSA). *BMC Public Health*. 2018;18(1):889. DOI: 10.1186/s12889-018-5816-8. Disponible en: <https://bit.ly/3oTNLHY>

**53.** Vries H, Fishta A, Weikert B, Rodríguez-Sánchez A, Wegewitz U. Determinants of Sickness Absence and Return to Work Among Employees with Common Mental Disorders: A Scoping Review. *J Occup Rehabil*. 2018;28(3):393-417. DOI: 10.1007/s10926-017-9730-1. Disponible en: <https://bit.ly/3DT9Tq8>

**54.** Goorts K, Vandenbroeck S, Vander Elst T, Rusu D, Du Bois M, Decuman S, et al. Quickscan assesses risk factors of long-term sickness absence: A cross-sectional (factorial) construct validation study. *PLoS One*. 2019;14(1):e0210359. DOI: 10.1371/journal.pone.0210359. Disponible en: <https://bit.ly/3dLU36h>

**55.** Finnes A, Enebrink P, Ghaderi A, Dahl J, Nager A, Öst LG. Psychological treatments for return to work in individuals on sickness absence due to common mental disorders or musculoskeletal disorders: a systematic review and meta-analysis of randomized-controlled trials. *Int Arch Occup Environ Health*. 2019;92(3):273-93. DOI: 10.1007/s00420-018-1380-x. Disponible en: <https://bit.ly/3IRLmvJ>

**56.** Johnston DA, Harvey SB, Glozier N, Calvo RA, Christensen H, Deady M. The relationship between depression symptoms, absenteeism and presenteeism. *J Affect Disord*. 2019;256:536-40. DOI: 10.1016/j.jad.2019.06.041. Disponible en: <https://bit.ly/3ETEISr>