

Estrategias de reintegro laboral luego de ausencias por problemas de salud mental en trabajadores: una revisión sistemática 2009–2019

Work Reintegration Strategies After Absences Due to Mental Health Problems in Workers: A Systematic Review 2009–2019

Estratégias de reintegração ao trabalho após afastamentos por problemas de saúde mental em trabalhadores: uma revisão sistemática 2009–2019

Sebastián C. Gallego
Mario A. Gamboa Ramírez
Universidad del Rosario

Doi: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.9910>

Resumen

Los diagnósticos relacionados con la exposición de factores de riesgo psicosocial en la población de trabajadores es un problema común que afecta la productividad de las empresas. Actualmente hay poca información sobre metodologías de reintegro laboral de un trabajador con trastorno mental adquirido, por lo que el objetivo de este trabajo es describir las metodologías existentes para el reintegro laboral luego de ausencias provocadas por problemas de salud mental, con el fin de generar orientaciones que posibiliten un reintegro efectivo. Para el desarrollo de esta revisión se utilizó la metodología PRISMA, buscando artículos científicos publicados entre 2009 y 2019 en las bases de revistas indexadas MedLine, PubMed, LILACS, ProQuest y

Cochrane Library, enfocados en estudios de ensayos clínicos y revisiones sistemáticas en español e inglés. Se seleccionaron 48 artículos para establecer resultados en términos de trastornos mentales que generan ausencia laboral, y se identificaron seis categorías, según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-V, por sus siglas en inglés), así como la descripción y eficacia de las intervenciones realizadas. Así mismo, se observaron diez intervenciones y factores facilitadores, clasificados en seis categorías que guían las orientaciones para el proceso de reintegro laboral (RL). Para concluir, las terapias cognitivo-conductuales, de forma presencial o en línea, son la mejor alternativa en el desarrollo de programas de RL de trabajadores con algún tipo de afectación de salud

Sebastián Gallego ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0198-4019>

Mario Gamboa Ramírez ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7854-496X>

Dirigir la correspondencia a Mario A. Gamboa, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario. Dirección: cra 24 # 63C-74, sede Quinta Mutis. Correo electrónico: mario.gamboa@urosario.edu.co

Este artículo cuenta con la revisión metodológica de la Doctora Gloria Elena Villalobos Fajardo, a quien mostramos nuestra admiración y agradecimientos por este trabajo. También busca rendir homenaje póstumo a Andrés David Gaitán Palencia, quien fue una persona que nos alentó y mostró fortaleza y gallardía, vitales para la ejecución de este trabajo.

Para citar este artículo: Gallego, S., & Gamboa Ramírez, M. (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), 1-17. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.9910>

mental. La psicoeducación como única intervención no resulta recomendable, sin embargo, sí se evidencia su efectividad como herramienta que integra otro tipo de intervenciones.

Palabras clave: retorno laboral; salud mental; desórdenes mentales; enfermedad mental.

Abstract

The diagnoses related to the psychosocial risk factors to which workers are exposed are a common problem that affects the productivity of companies. Currently, there is little information on methodologies for the reintegration of a worker with an acquired mental disorder. The aim was to describe the existing protocols or methodologies for work reintegration after absences caused by mental health problems of workers, in order to offer orientations that enable an effective reintegration. For the development of this review, the PRISMA methodology was used, searching for scientific articles published between 2009 and 2019 in the databases of indexed journals MedLine, PubMed, LILACS, ProQuest, and the Cochrane Library, focusing on clinical trial studies and systematic reviews in Spanish and English. We selected 48 articles to establish results in terms of mental disorders that generate work absence. We identified six categories according to the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V), as well as the description and effectiveness of the interventions performed. We observed ten interventions and facilitating factors classified into six categories that orient the guidelines for the process of return to work (RW). Cognitive-behavioral therapies in person or online are the best alternative in the development of RW programs for workers with some type of mental health issue. Psychoeducation as standalone intervention is not recommended, however, its effectiveness as a tool that integrates other types of interventions is evidenced. *Keywords:* Return to work; mental health; mental disorders; mental illness.

Resumo

Diagnósticos relacionados à exposição de fatores de risco psicossocial na população de trabalhadores é um problema comum que afeta a produtividade das

empresas. Atualmente existem poucas informações sobre metodologias para o retorno ao trabalho de um trabalhador com transtorno mental adquirido. O objetivo é descrever as metodologias existentes para a reintegração no trabalho após afastamentos causados por problemas de saúde mental dos trabalhadores, a fim de gerar diretrizes que possibilitem uma reintegração efetiva. Para o desenvolvimento desta revisão, foi utilizada a metodologia PRISMA, buscando artigos científicos publicados entre 2009 e 2019 em as bases de periódicos indexados MedLine, PubMed, LILACS, ProQuest, eCochrane Library, com foco em estudos de ensaios clínicos e revisões sistemáticas em espanhol e inglês. Selecionamos 48 artigos para estabelecer resultados em relação aos transtornos mentais que geram afastamento do trabalho. Identificamos seis categorias, de acordo com o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-V, por sua sigla em inglês), bem como a descrição e efetividade das intervenções realizadas. Observamos dez intervenções e fatores facilitadores classificados em seis categorias que norteiam as orientações para o processo de retorno ao trabalho (RL). As terapias cognitivo-comportamentais presenciais ou on-line são a melhor alternativa no desenvolvimento de programas de RL para trabalhadores com algum tipo de afetação de saúde mental. A psicoeducação como única intervenção não é recomendada, no entanto, se evidencia a sua eficácia como ferramenta que integra outros tipos de intervenções.

Palavras-chave: retorno ao trabalho; saúde mental; transtornos mentais; doença mental.

Los trastornos mentales que generan ausencias laborales afectan diferentes dimensiones de la vida de las personas convirtiéndolas en una preocupación importante para la sociedad. En el contexto laboral han sido estudiados los trastornos de ansiedad, trastornos del estado del ánimo, trastornos de adaptación, entre otros; los cuales repercuten en una carga económica para la población debido a que generan una reducción de la capacidad de trabajo, jubilación anticipada, y gastos asociados

al tratamiento y al RL, los cuales en ocasiones no resultan ser efectivos (Hellström et al., 2017).

Cuando se generan incapacidades por alteraciones mentales de largo plazo, las tasas generales de empleo de las personas que padecen trastornos mentales, son entre el 10 y el 15% más bajas, en comparación con las personas que no desarrollan estas afectaciones. También se ha tenido en cuenta que del 20 al 30% de los trabajadores con alguna condición mental que regresan al trabajo experimentan recaídas por enfermedad recurrente. (Hellström et al., 2017, p. 8)

Teniendo en cuenta el sufrimiento individual y la carga económica asociada con la baja por enfermedad a largo plazo tanto para los empleadores como para la población, se hace necesario que se implementen intervenciones eficientes de RL (Lagerveld & Houtman, 2013). En América, a pesar de que no todos los países llevan la estimación del gasto público en la salud mental, se ha logrado apreciar que los costos por incapacidad y atención en salud mental llegan a ser de 50 billones de dólares anuales. La preocupación aumenta en la región de Latinoamérica, ya que solo Colombia y Chile cuentan con programas de vigilancia epidemiológica en riesgo psicosocial dirigidos a los contextos laborales (Tomicic et al., 2014).

Desde el instante en que se diagnostica un trastorno mental, se debe iniciar un proceso sistemático para lograr el reintegro adecuado y exitoso del trabajador, con el objetivo de recuperar y desarrollar competencias en las personas para el manejo efectivo de los síntomas, y de esta manera, reducir el riesgo de una incapacidad de tiempo prolongado.

Alrededor del mundo se han documentado procesos que buscan el reintegro del trabajador. Ensayos clínicos (EC) y revisiones sistemáticas (RS) han permitido dimensionar un panorama respecto a las intervenciones, factores facilitadores y barreras que pueden influir en el proceso de RL. Sin embargo, no existe un proceso estandarizado acerca de la forma como debe hacerse un reintegro exitoso teniendo en cuenta la dimensión mental (Naidu et al., 2016).

Por lo anterior, se llevó a cabo una RS para describir los protocolos o metodologías existentes para el RL luego de ausencias provocadas por problemas de salud mental de trabajadores, con el fin de generar orientaciones que posibiliten un reintegro efectivo. Para el desarrollo del objetivo general se propusieron tres objetivos específicos:

(1) Identificar a través de la literatura revisada los trastornos mentales que provocan ausencias de los trabajadores.

(2) Describir las estrategias que se han utilizado en los últimos diez años para el reintegro laboral de trabajadores luego de ausencias provocadas por problemas de salud mental, así como los factores facilitadores y las barreras detectadas.

(3) Generar orientaciones que faciliten un reintegro laboral efectivo, luego de ausencias provocadas por alteraciones en la salud mental.

Materiales y métodos

Se realizó una RS mediante la búsqueda de artículos en las siguientes bases de datos: MedLine, PubMed, Cochrane, LILACS y ProQuest, teniendo en cuenta artículos de los últimos diez años (2009-2019), en los idiomas inglés y español. Para la búsqueda se utilizó una combinación de los siguientes términos: “return to work”, “back to work”, “mental health”, “mental disorders”, “mental illness”, y se utilizaron los mismos términos en español: “reintegro laboral”, “salud mental”, “trastornos mentales”. Aplicando los criterios de selección, se escogieron 48 artículos para su análisis.

Se incluyeron artículos de EC y RS, debido a que son estudios que generan una relevante calidad en la evidencia científica, además de ser los diseños que han generado importantes aportes en los procesos de RL. Dichos artículos brindaron intervenciones a trabajadores que se encontraban en incapacidad asociada a algún trastorno mental. También se tuvieron en cuenta aquellos artículos en los que se identificaron: factores de

riesgo, laborales y extralaborales, estrategias de RL, tiempo de la incapacidad y tiempo para el RL parcial o completo. Se excluyeron aquellos textos en los que se evaluaba el reintegro por causas distintas al trastorno mental, así como estudios que no cumplieron con los criterios de inclusión.

Durante la primera búsqueda se identificaron 1483 artículos en las diferentes bases de datos utilizando los términos establecidos, al eliminar los duplicados quedaron 1463, a los cuales se les realizó un análisis basado en los títulos y resúmenes, para seleccionar aquellos que cumplieran con los criterios de selección propuestos. De este análisis se realizó una selección de 113 artículos que fueron sometidos a una lectura y análisis completo, en los que se tuvo en cuenta el diseño, metodología y resultados. Finalmente, los artículos fueron evaluados y calificados por cada autor, se eliminaron 65 estudios cuyo grado de acuerdo surge de los criterios de evaluación, de inclusión y exclusión usando el índice de correlación intra-grupal, el cual fue de 95.4% para lograr un resultado objetivo, con lo cual llegó a un total de 48 artículos los

cuales fueron tenidos en cuenta para el análisis y generación de resultados.

Consideraciones éticas

Acogiendo la Resolución N.º 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, que establece las “Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”, y la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, este proyecto de investigación no tuvo riesgo, teniendo en cuenta que se trata de una revisión de alcance.

Resultados

Trastornos mentales que generan ausencia laboral en los trabajadores

Acorde a la clasificación brindada por el DSM-V, los trastornos encontrados en la literatura revisada (n = 48) pertenecen a seis categorías diferentes, las cuales son: (1) trastornos depresivos, (2) trastornos

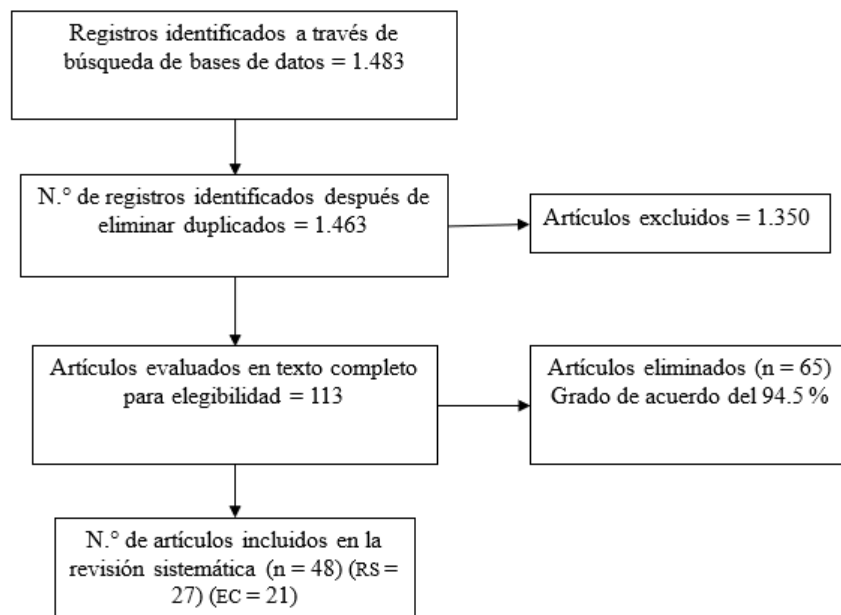


Figura 1. Metodología prisma

Fuente: elaboración propia.

de ansiedad, (3) trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados, (4) trastorno bipolar y trastornos relacionados, (5) trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, (6) artículos que tuvieron en cuenta un trastorno mental, pero no especificaron qué tipo de diagnóstico afectaba a los trabajadores, en la tabla 1 se resumen estos resultados.

Descripción de protocolos o metodologías dirigidas al RL

En total se encontraron diez intervenciones dirigidas al Reintegro Laboral Completo (RLC) o al Reintegro Laboral Parcial (RLP) de trabajadores que padecían diferentes trastornos mentales, las cuales se describen a continuación.

Intervenciones dirigidas al trabajo

De acuerdo con el estudio de Naghieh et al. (2013) hay tres categorías de intervenciones que se pueden clasificar en: (a) cambios en la organización que buscan mejorar la comunicación; (b) modificación del rol del trabajador o de sus jefes inmediatos en búsqueda de trabajos más

autónomos; (c) rediseño de la carga de trabajo y los objetivos del empleo.

La anterior RS incluyó cuatro EC en docentes, quienes evaluaron la efectividad de las intervenciones organizacionales para mejorar el bienestar y reducir el estrés laboral en 2242 maestros en escuelas de Holanda. Los hallazgos muestran intervenciones con enfoque individual (capacitación para el manejo del estrés) y organizacional (rediseño de la tarea, horarios de trabajo flexibles y rediseño del ambiente de trabajo), que presentaron una reducción de estrés ocupacional en comparación con el grupo control, además de un aumento modesto en el índice de capacidad de trabajo (DM 2.27; IC del 95 %: 1.64 a 2.90) después de un año de tratamiento (Naghieh et al., 2013).

Un efecto diferente fue descrito por Lammerts et al. (2017) en un EC con 186 participantes, en el cual 94 hicieron parte de la intervención dirigida al trabajo y 92 recibieron la atención habitual. El estudio buscó generar estrategias para apoyar el RL de personas con incapacidad por algún tipo de afección mental. Esta intervención contó con dos semanas de atención interdisciplinaria, seguida de una reunión con el trabajador y un representante

Tabla 1.
Clasificación de trastornos mentales que generan ausencia del trabajo clasificados por categorías del DSM-V

Clasificación DSM - V	Patologías o efectos identificados que generan ausencia en los trabajadores	N.º de artículos
Trastornos depresivos	Trastorno depresivo mayor, distimia, episodios depresivos, trastornos del estado del ánimo.	16
Trastornos de ansiedad	Trastorno de pánico, ansiedad social, fobias, trastornos de adaptación.	8
Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados	Trastornos somatomorfos, dolor crónico.	4
Trastorno bipolar y trastornos relacionados	Trastorno afectivo bipolar.	2
Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés	Estrés.	6
Artículos sin clasificación específica	Artículos que no especifican trastornos tratados.	17

Nota. Esta tabla muestra los trastornos encontrados en la revisión sistemática. Algunos estudios integraban más de un tipo de trastorno en su análisis, por tal razón se muestran 53 artículos en el total, ya que hubo documentos que integraron más de un trastorno.

del empleador para acordar las condiciones ideales del puesto de trabajo. Posterior a esto se hicieron ajustes al plan de trabajo, y un experto en ambiente laboral envió el plan de acción final para que el trabajador se reintegrara a su trabajo en un plazo no mayor a 4 semanas.

Los resultados mostraron que esta intervención fue más costosa que efectiva, porque la relación costo-beneficio fue de -€ 1.80 (IC 95 % = -€ 9.60 – € 6.50), lo que significó que por cada euro invertido en el programa participativo de apoyo al RL, resultará en una pérdida de € 1.80 (Lammerts et al., 2017).

Resultados diferentes se encontraron en una RS desarrollada por Nieuwenhuijsen et al. (2014) en la que se incluyeron 23 estudios, identificando cinco intervenciones dirigidas al trabajo, las cuales, apoyadas con una intervención clínica evidenciaron una reducción de ausencias por enfermedad (IC del 95 %: -0,66 a -0,14; 3 estudios).

Terapia cognitivo conductual presencial

Los estudios que usaron terapia cognitivo conductual (TCC) tuvieron en cuenta sesiones individuales y grupales impartidas por diferentes profesionales expertos, con el objetivo de desarrollar habilidades en los participantes para el manejo de situaciones estresantes propias de su trabajo y de su vida personal.

Se utilizaron herramientas como psicoeducación, identificación y modificación del pensamiento disfuncional, comunicación, estrategias para el trabajo, seguimiento de tareas individuales y técnicas de relajación para fortalecer la productividad del trabajador al momento del reintegro (Dalgaard et al., 2017; Dewa et al., 2015; Glasscock et al., 2018; Hellström et al., 2017; Martin et al., 2015; Salomonsson, 2018; Sampson, 2015; Willert et al., 2011).

Los resultados encontrados en un estudio que involucró a 102 personas que habían sufrido de incapacidad laboral reciente no mayor a tres meses

y que se encontraban en proceso de RL, mostraron una reducción del 29 % [(IC 95 %) 5-52] de los días de ausencia por enfermedad (Willert et al., 2011). No obstante, en la RS desarrollada por Sampson (2015) evaluó intervenciones para mejorar los resultados de RL en trabajadores con trastorno de adaptación y trastornos depresivos. Los resultados reportaron que no hubo diferencia en el número de días de ausencia de quienes tuvieron un RL parcial de los trabajadores tratados con TCC, en relación con los trabajadores del grupo control.

Un efecto similar al anterior lo identificaron Martin et al. (2015), en un EC con personal que presentaba incapacidad por trastornos mentales con edades comprendidas entre los 20 a 60 años ($n = 168$), en el que los resultados evidenciaron que el grupo intervenido tuvo más días de ausencia por enfermedad en el primer año, que el grupo control ($M = 250$ días y $DE = 107$ días vs. $M = 192$ días y $DE = 105$ días; $p = 50.01$) y para el segundo año ($M = 70$ días y $DE = 122$ días vs. $M = 34$ días y $DE = 88$ días; $p = 0.03$). Así mismo, 50 trabajadores del grupo intervenido y 55 del grupo control volvieron al trabajo. El autor concluyó que está intervención no condujo a un RL estable.

Del mismo modo, Hellström et al. (2017) desarrollaron una intervención para 326 participantes en la que encontraron que del grupo intervenido, el 44.4 % (72/162) regresó al trabajo 24 meses después de iniciado el estudio, en comparación con el grupo control 37.8 % (62/162) ($OR = 1.34$, IC 95 %: 0.86 a 2.10, $p = 0.20$). Los participantes considerados listos para trabajar después de un año fueron 72.8 % (118/162) del grupo intervenido vs. 72.0 % (118/164) del grupo control ($OR = 1.06$, IC 95 %: 0.65 a 1.74, $p = 0.82$). Por lo cual, el investigador concluyó que la intervención no mostró diferencias significativas frente a la atención habitual.

Dentro de los estudios que hallaron efectos positivos en la TCC se destaca uno desarrollado por Glasscock et al. (2018), en el que la medición de la *Escala de Estrés Percibido* (PSS-10) y la evaluación de salud con el *Cuestionario de Salud*

General (GHQ-30), mostraron efectos en la reducción del estrés percibido en 3.09 (-5.47, -0.72), así como reducción en la evaluación de los síntomas de salud -3.91 (-7.15, -0.68), concluyendo que la intervención usada redujo rápidamente los síntomas de estrés percibido en los participantes, debido al enfoque de la intervención sobre el lugar de trabajo.

Dalgaard et al. (2017) evidenciaron que el grupo intervenido obtuvo un RL de duración significativamente menor a las 44 semanas, en relación con el grupo de control, concluyendo que la TCC centrada en el trabajo, con intervención opcional adicional en el lugar de trabajo se asoció con un RL más eficaz.

Terapia cognitivo conductual vía *on-line*

Se encontraron dos intervenciones revisadas por Naidu et al. (2016) y Arends et al. (2012), las cuales propusieron una variación en la aplicación de la TCC de forma presencial, utilizando recursos tecnológicos. La TCC *on-line* buscó reducir costos por medio del diseño de módulos impartidos vía Internet (iTCC) para pacientes con trastornos como depresión mayor, ansiedad leve y moderada, trastorno de pánico, fobia social y trastornos de adaptación. La RS realizada por Naidu et al. (2016) involucró seis EC con trabajadores de edades comprendidas entre los 18 a 65 años, y presentó resultados diferentes en cada estudio analizado.

Las participaciones se realizaron en un grupo que recibió la intervención y un grupo control que recibió la atención habitual; en ocasiones hubo grupos que se separaron por diagnóstico y se evaluó el efecto de la intervención comparando resultados de ambos grupos. La terapia se suministró vía Internet a través de módulos progresivos y el tiempo varió en cada estudio, desde 6 a 12 semanas; en ocasiones se realizaron sesiones de terapia vía *on-line* o personalizada, sin embargo, el contacto con los pacientes fue constante en los 6 estudios usando para ello foros, mensajes de texto, tareas, correos electrónicos y sesiones grupales (Naidu et al., 2016; Vogel et al., 2017).

Los resultados encontrados fueron los siguientes: para una población de 25 personas, 41% de estas mujeres con edad promedio de 31.9 ($DE = 7.8$), se encontró que la TCC *on-line* ayudó a disminuir levemente la ansiedad social, aunque no hubo diferencias significativas en los resultados con el grupo control. Sin embargo, en dos EC recopilados en esta investigación en una misma población de 126 personas, 38% de mujeres con edad promedio de 35.6 años, se encontró que la ansiedad social se redujo de forma significativa. En el seguimiento de seis meses se evidenció que la diferencia de M fue de 0.68 - 17.66 y 2.5 a 15.69, favoreciendo la intervención y reduciendo los costos del tratamiento (Naidu et al., 2016).

Terapia de resolución de conflictos (TRC)

Esta intervención se basó en la información sobre el origen y la causa de la pérdida de control para cada caso en específico, tuvo como objetivo facilitar el desarrollo y la implementación de estrategias de resolución de problemas y la aplicación gradual del RL (Sampson 2015).

Dewa et al. (2015) realizaron una RS de intervenciones de RL ($n = 6$) que incorporaron estrategias de TRC para trabajadores con ausencias por trastornos mentales, identificando que solo un estudio obtuvo diferencias significativas favorables, ya que el grupo intervenido mostró mejora en RL (36 días, IC del 95%: 31 a 40) en comparación con el grupo control (53 días, IC del 95%: 44 a 62).

Otra RS desarrollada por Doki et al. (2015) consideró diez artículos de intervenciones por servicios de salud ocupacional en enfermedades provocadas por trastornos psiquiátricos que causaron incapacidad, identificaron que los grupos de intervención tuvieron significativamente menos días de ausencia por enfermedad que el grupo de control, con una diferencia M de -6.64 días (IC del 95%: -12.68 a -0.59), este estudio obtuvo los resultados por medio de un meta-análisis en el que se tuvo en cuenta a 756 personas en los grupos de intervención y a 798 en los grupos de control, respectivamente.

Psicoeducación

Algunos estudios utilizaron la psicoeducación como una herramienta que integraba otras intervenciones, no obstante, se encontró una investigación desarrollada por Pedersen et al. (2015), en la que utilizaron la psicoeducación como el principal elemento de intervención. Este diseño implementó sesiones de dos horas a la semana durante seis semanas, las cuales fueron impartidas por un equipo interdisciplinario con formación y experiencia en salud mental.

Las sesiones consistieron en una mezcla de conferencias y discusiones grupales basadas en técnicas de resolución de problemas y estrategias de afrontamiento, con el objetivo de impartir conocimientos sobre las condiciones psiquiátricas para proporcionar a las personas incapacitadas la comprensión y brindar estrategias para mejorar su propia situación. Posterior al reintegro —de tres a seis meses—, se evaluaron los síntomas asociados al estrés laboral por medio de un cuestionario. Esta intervención fue dirigida a 430 trabajadores de cuatro municipios de la región occidental de Dinamarca, con incapacidad por enfermedad mental y con edades entre los 18 y 54 años (Pedersen et al., 2015).

Los resultados del estudio evidenciaron que en los primeros seis meses después de la intervención, los dos grupos tuvieron casi el mismo riesgo relativo (RR) de retornar de manera completa al trabajo (RR: 0.97, IC 95 %: 0.78; 1.21), pero durante los primeros tres meses, los individuos del grupo de intervención tuvieron un riesgo significativamente mayor al no haber regresado completamente al trabajo (RLP) (RR: 0.68; IC 95 %: 0.47; 0.98). Por lo anterior, los autores no recomendaron esta intervención como única estrategia para procesos de RL (Pedersen et al., 2015).

Terapia de aceptación y compromiso

Se identificó un estudio que utilizó la terapia de aceptación y compromiso (TAC) por medio de es-

trategias de aceptación y atención plena, junto con métodos conductuales para aumentar la función y la calidad de vida, sin centrarse en la sintomatología. Se hizo uso de la psicoterapia individual y grupal con la posibilidad de realizar sesiones en el hogar o en el lugar de trabajo de los pacientes. Las sesiones tuvieron duración de una hora y el seguimiento se realizó por medio de cuestionarios enviados a través del servicio postal (Lytsy et al., 2017).

El estudio desarrollado por Lytsy et al. (2017) en Suecia, desarrolló una intervención con 308 mujeres con incapacidad de largo plazo causada por trastornos psiquiátricos y trastornos somáticos, en la cual se estudiaron los efectos en el regreso al trabajo de dos programas de rehabilitación vocacional, cada uno con un grupo control. El grupo control recibió evaluación multidisciplinaria y rehabilitación individual; mientras que el grupo de intervención tuvo un tratamiento psicológico con la TAC. En el análisis de regresión del estudio se mostró que el grupo ACT tenía un OR de 0.95 (IC 95 %: 0.46 a 1.95, $p = 0.90$) aumentando el tiempo de funcionalidad en el trabajo, en comparación con el grupo control.

Intervenciones de ejercicio físico

Una RS analizó intervenciones basadas en diferentes formas de acondicionamiento físico como: (1) *entrenamiento de fuerza*, el cual se diseñó para aumentar la fuerza muscular con un programa de entrenamiento de circuito con seis ejercicios que involucraban grandes grupos musculares y (2) *entrenamiento aeróbico*, diseñado para aumentar el estado físico medido por la absorción máxima de oxígeno, mediante un programa que incluyó diez ejercicios aeróbicos diferentes utilizando máquinas para correr, caminar, hacer abdominales, pedalear y remar. La revisión explica que en ambas intervenciones las rutinas de ejercicio se programaron dos veces por semana durante un periodo de cuatro meses, para un total de 32 sesiones (Nieuwenhuijsen et al., 2014).

A su vez, en la misma RS se plantearon intervenciones de entrenamiento y relajación con el objetivo de estimular el sistema cardiovascular desarrollando ejercicios sobre colchones, ejercicios de equilibrio y de relajación con contracción muscular, y relajación alternada en diferentes grupos musculares mientras las personas se encontraban acostadas. A pesar de los estudios encontrados por esta RS, los resultados no fueron analizados debido a que los diseños presentaban inconsistencias y fueron calificados como de baja calidad (Nieuwenhuijsen et al., 2014).

Por último, en la RS realizada por Joyce et al. (2016) enfocada en intervenciones primarias, secundarias y terciarias, se evidenció que promover la actividad física es vital como parte la intervención secundaria, y por tanto, aplicable a la RL, ya que reduce los niveles de ansiedad y estrés.

Intervenciones con medicamentos

Solo se encontró un estudio que incluyó este tipo de intervención para el trastorno depresivo mayor con medicamentos antidepresivos tricíclicos, así como con inhibidores selectivos de la receptación de serotonina, los inhibidores de la monoamino-oxidasa y los inhibidores selectivos de la receptación de noradrenalina. Tres estudios compararon la efectividad del inhibidor selectivo de la receptación de serotonina (ISRS) con la medicación selectiva del inhibidor de la receptación de noradrenalina (IRSN) para reducir la ausencia de enfermedad, los cuales son resultados inconsistentes. No obstante, los autores hacen referencia que en la actualidad las guías de práctica para el tratamiento del trastorno depresivo mayor recomiendan farmacoterapia combinada con TCC (Nieuwenhuijsen et al., 2014).

Factores facilitadores y barreras en el retorno laboral

En la RS de Lammerts et al. (2017) se reconocieron seis elementos facilitadores del retorno al

trabajo: (1) experiencia relacionada con el desempeño del trabajador en el proceso de RL; (2) estima de los compañeros; (3) supervisores; (4) apoyo de los profesionales de la salud en el trabajo; (5) papel del mediador en RL y (6) los factores sociodemográficos. Los hallazgos de los diferentes estudios referidos por los autores se presentan a continuación:

1. Los artículos mostraron que el regreso al trabajo parece estar directamente influenciado por las creencias que el trabajador tiene sobre sí mismo y las ideas que otros tienen sobre él. Estas experiencias surgen como debilidad, al no gestionar de manera adecuada su carga de trabajo, ya que cuando se exponen gradualmente a situaciones laborales pueden generar comportamientos evasivos. También se reconoció que la desconfianza del trabajador en sus capacidades dificulta la tolerancia frente a las demandas del trabajo y afecta su sensibilidad en cuanto a las reacciones de otros con respecto a su regreso al trabajo (Ansoleaga et al., 2015; De Vries et al., 2018; Mikkelsen & Rosholm, 2018; Noordik et al., 2013).
2. Lammerts et al. (2017) y Van der Feltz-Cornelis (2010) encontraron que los sentimientos de culpa, pena y desolación refuerzan una imagen negativa del trabajador con desórdenes mentales. Hallaron dos estrategias que pueden facilitar el reintegro del trabajador: (a) organizar una reunión preparatoria antes de la fecha de regreso al trabajo, permitiendo al trabajador que exprese su miedo y busque soluciones para los ajustes necesarios, sin romper la confidencialidad de su condición médica; y (b) desarrollar un plan de comunicaciones para capacitar al equipo que recibe la información necesaria para ayudar al trabajador a desarrollar acciones que faciliten su vínculo con otros compañeros.
3. La comunicación y el seguimiento del supervisor con el trabajador enfermo es fundamental según lo refiere la evidencia, por cuanto se asocia con agilizar el reintegro. Además del supervisor directo, debe existir un coordinador que facilite la

comunicación entre el trabajador, el supervisor y la organización. La capacitación sobre salud mental dirigida a gerentes, supervisores y a todo el personal de la empresa es un punto clave que facilita el retorno de las personas ausentes, ya que puede influir en un reintegro sostenible por un periodo de al menos tres meses o más, sin recaída (De Vries et al., 2018; Dewa et al., 2016; Etuknwa et al., 2019; Milligan-Saville et al., 2017; Van Beurden et al., 2015).

4. Los profesionales de la salud pueden brindar un apoyo a los trabajadores con incapacidad y ayudar a la estabilización médica de sus síntomas, disminuyendo la probabilidad de recaídas. La literatura evidenció que la motivación y la autoestima del trabajador resultan ser importantes a la hora de regresar al trabajo, pues facilitan u obstaculizan el reintegro. De igual manera se sugiere que el propio trabajador decida sobre si está listo o no para iniciar este proceso, ya que iniciarlo sin su consentimiento puede empeorar o recaer en su diagnóstico (Andersen et al., 2012; Flodgren, 2017; Lammerts et al., 2017; Van der Feltz-Cornelis, 2010).
5. La asesoría brindada por los psiquiatras en incapacidades mayores a seis semanas enfocada al diagnóstico, planes de tratamiento y sugerencias específicas sobre la RL acordes con la patología mental del trabajador, mejoraron la adherencia al proceso de reintegro. En un estudio realizado por Van der Feltz-Cornelis (2010) mostró que el grupo que recibió asesoría del psiquiatra tuvo

un 58% de RL completo, mientras que el grupo control un 44% ($p = 0.0093$), lo que permitió concluir que esta asesoría mejoró la adherencia al proceso de RL. Por otra parte, las intervenciones brindadas por grupos de profesionales multidisciplinarios pueden llegar a retrasar el RL debido a posibles fallas en su implementación, como tiempo de espera, evaluación de la discapacidad laboral y falta de planeación previa (Chandra et al., 2010; Martin et al., 2013; Van der Feltz-Cornelis, 2010).

De otra parte, en los estudios de Høgelund y Falgaard (2018) no encontraron efecto estadísticamente significativo que estableciera la efectividad de la asesoría de los psiquiatras en cuanto a duración de la ausencia por enfermedad (HR = 1.05; CI 95% 0.74 -1.43) o la duración del RL (HR = 0.94; IC 95%: 0.65 - 1.35).

6. Lammerts et al. (2017) describieron que algunas conductas mediadoras fueron un factor importante en el RL, con acciones tales como expresar dificultades propias del trabajador en proceso de RL, además de discutir el desempeño de actividades profesionales entre las partes interesadas (Lammerts et al., 2017).
7. De Vries et al. (2018) describen en su trabajo factores sociodemográficos como la edad, nivel socioeconómico y género, los cuales afectan el retorno al trabajo, por cuanto que trabajadores jóvenes con niveles económicos bajos se reintegran más rápido que trabajadores mayores (45 años) y de nivel económico alto.

Tabla 2.
Síntesis de resultados de los estudios consultados

Autores (año)	País	Tipo de estudio	Tamaño de muestra	Objetivo	Características de la población/región	Resultados
Arends et al. (2012)	Canadá, Suecia, Reino Unido, Holanda	RS	10 estudios, 1.546 participantes	Evaluar los efectos de las intervenciones que facilitan el RL para los trabajadores con trastornos de adaptación agudos o crónicos.	Estudios relacionados con población lateralmente activa que haya recibido incapacidad relacionada con un trastorno de carácter mental.	Resultados de segundo orden: No hubo datos concluyentes sobre las oportunidades de volver al trabajo. Datos de tercer orden: Se encuentra una falla sistemática en los procesos de reintegro al trabajo donde se involucran factores personales y de la organización en el RL.
Naghieh et al. (2013)	Estados Unidos, Australia, China, Reino Unido, Holanda	RS	4 estudios, 2.242 participantes	Evaluar la efectividad de las intervenciones organizacionales para mejorar el bienestar y reducir el estrés laboral en los docentes.	Profesores que trabajan en escuelas primarias y secundarias con estudios entre los 4 y 18 años.	Aumento moderado en el Índice de Capacidad de Trabajo (DM = 2.27; IC 95%: CI 1.64 a 2.90).
Mikkelsen y Rosholm (2018)	Dinamarca, Noruega, Alemania, Suecia y Holanda.	RS	42 estudios	Sintetizar evidencia sobre la efectividad de las intervenciones destinadas a mejorar el RL en trabajadores con trastornos mentales incluidos en la lista de enfermos.	Estudios relacionados con el uso de intervenciones dirigidas a trabajadores afectados por trastornos mentales.	-Tamaño efecto agrupado de 0.14 (IC 95%: 0.07 - 0.22). - Evidencia sólida sobre el contacto con el lugar de trabajo. -Evidencia moderada que incluyen RL graduada.
Naidu et al. (2015)	Reino Unido, Suecia, Australia	RS	6 EC	Establecer el método óptimo para administrar TCC a trabajadores con problemas comunes de salud mental.	EC en población trabajadora entre 18 y 65 años con algún tipo de afectación mental.	Cambiar la forma en que se organiza el trabajo de los docentes en las escuelas puede mejorar el bienestar de los docentes y puede reducir las renunciaciones de los docentes. Sin embargo no hay evidencia concluyente
Nieuwenhuijsen et al. (2014)	Holanda, Dinamarca, Escocia, Estados Unidos, Suiza, Francia, Finlandia, Reino Unido	RS	23 estudios, 5.996 participantes	Evaluar la efectividad de las intervenciones destinadas a reducir la discapacidad laboral en empleados con trastornos depresivos.	Personas incapacitadas por un trastorno depresivo mayor o un alto nivel de síntomas depresivos.	Evidencia de calidad moderada que indica que agregar una intervención dirigida al trabajo a una intervención clínica redujo el número de días en licencia por enfermedad en comparación con una intervención clínica sola. Además se encontró evidencia de calidad moderada de que mejorar la educación primaria u ocupacional la atención con terapia cognitiva conductual redujo las bajas por enfermedad en comparación con la atención habitual. Atención y alcance telefónico estructurado programa de gestión que incluía medicación redujo el ausentismo por enfermedad en comparación con la atención habitual.

Autores (año)	País	Tipo de estudio	Tamaño de muestra	Objetivo	Características de la población/región	Resultados
Victor et al. (2018)	Noruega	EC	164 pacientes	Investigar qué factores están asociados con el RL entre pacientes en tratamiento para TMC.	59% afectados por el trabajo, 81% signos y síntomas de angustia.	Predicor positivo RL: la expectativa positiva de pretratamiento OR de 4.50 y predictor negativo RL: antecedentes psiquiátricos OR de 0.36.
Van der Feltz-Cornelis et al. (2010)	Holanda	EC	60 médicos ocupacionales	Evaluar el tiempo transcurrido hasta el RL, después de asesoramiento de psiquiatría al médico ocupacional vs. atención habitual.	Pacientes que habían visitado al médico ocupacional con 24 - 59 años que padecían TMC.	Después de tres meses, grupo intervenido = 58% RLC vs el 44% del grupo control ($p = 0.0093$).
Arends et al. (2014)	Holanda	EC	158 trabajadores	Investigar factores sociodemográficos relacionados con la enfermedad, personales y laborales, que predicen ausencia recurrente de enfermedad.	Trabajadores con edad de 18 a 63 años, con ausentismo relacionado con la enfermedad durante ≥ 2 semanas consecutivas.	-Tamaño empresa > 100; OR 2.59, (IC 95% 1.40 - 4.80) -Conflictos supervisor: OR 2.21, (IC 95% 1.21-4.04).
Hogelund y Falgaard (2018)	Dinamarca	EC	244 trabajadoras (mujeres) sector público	Evaluar el efecto de RL al trabajo de una evaluación de salud multidisciplinaria para personas enfermas con trastornos mentales.	Trabajadoras (mujeres) en listas de enfermos por presentar patologías mentales desde el 2010 a abril del 2011.	-Baja por enfermedad (HR = 1.05; IC 95%: 0.74-1.43) -Duración RL (HR = 0.94; IC 95%: 0.65-1.35).
Milligan-Saville et al. (2017)	Australia	EC	128 bomberos gerentes	Investigar el efecto de la capacitación en salud mental y el comportamiento de los gerentes hacia los empleados con problemas de salud mental.	Bomberos gerentes, quienes manejan la parte de ausencias por enfermedad.	Baja por enfermedad estándar aumentó en 0.48 (pp) de 4.97% (EE = 0.22) en el grupo de intervención y en 0.31 (pp) de 5.27% (EE = 0.21) grupo control ($p = 0.169$).

Nota. A continuación, se describe el significado de las abreviaturas de los resultados de los estudios consolidados: Ensayo Clínico (EC), Revisión Sistemática (RS), Reintegro Laboral Parcial (RLP), Reintegro Laboral Completo (OR), Odds Ratio (HR), Trastorno Mental Crónico (TMC) Diferencia Media (DM), Diferencia Media estándar (DME), puntos de porcentaje (pp).

Discusión

En la literatura revisada se identificó que la TCC suministrada de forma virtual brindó herramientas eficientes para el retorno laboral, además de reducir los costos de la intervención (Sampson, 2015; Naidu et al., 2016). A diferencia de la TCC dirigida de forma presencial, la cual no mostró diferencias significativas en relación con la atención habitual (Sampson, 2015; Willert et al., 2011). Sin embargo, en los estudios de Glasscock et al. (2018) y Hellström et al. (2017) sí evidencia resultados favorables. Lo anterior puede estar relacionado con diferencias en el diseño de la intervención o en las diferencias sociodemográficas de los grupos poblacionales intervenidos.

Por otra parte, las intervenciones dirigidas al trabajo presentaron resultados en los cuales no se evidenció efectividad significativa en los grupos intervenidos vs. los grupos control, además de resultar más costosas (Lammerts et al., 2017; Naghieh et al., 2013; Noordik et al., 2013).

En el caso de la psicoeducación como única alternativa de intervención, se evidenció que no resultó ser efectiva en el RL, por el contrario, mostró resultados contradictorios a los tres meses de tratamiento; por tal motivo este tipo de intervención no resulta ser recomendable (Pedersen et al., 2014; Pedersen et al., 2015). Sin embargo, como herramienta dentro de otro tipo de intervenciones logra generar en el trabajador un conocimiento profundo del trastorno, facilitando los procesos de RL (Hellström et al., 2017; Van Beurden et al., 2015; Willert et al., 2011).

La TAC generó resultados positivos en el proceso de RL, aumentando el tiempo de funcionalidad en el trabajo en comparación con los controles, sin embargo, solo se encontró un estudio con este tipo de intervención (Lytsy et al., 2017).

En cuanto a las intervenciones mediadas con el ejercicio físico, la publicación de Nieuwenhuijsen et al. (2014) refiere que el análisis de los resultados no se presenta debido a la calidad de los artículos

encontrados, además de la poca literatura encontrada; no obstante, hubo un estudio que afirma que la actividad física como intervención secundaria muestra resultados significativos en procesos de RL, al reducir el estrés y la ansiedad de manera significativa (Joyce et al., 2016). Caso similar ocurre con las intervenciones farmacológicas que recomiendan la utilización de fármacos a la luz de las guías de práctica clínica, sumadas a terapias de TCC en el tratamiento del trastorno depresivo mayor. Pese a ello, la RS que aportó estos resultados refirió que los estudios analizados presentan resultados inconsistentes (Nieuwenhuijsen et al., 2014).

Teniendo en cuenta los resultados de este estudio, las regiones del mundo que más se han interesado en este tema son Europa y Norteamérica, por lo que han generado un crecimiento en la experiencia y el conocimiento de intervenciones realizadas que pueden mejorar la práctica clínica y la forma en que se estructura y diseña un programa de RL para los trabajadores con trastornos mentales.

Orientaciones que pueden generar un retorno laboral efectivo

Con base en la literatura revisada, la identificación temprana de los diagnósticos que aquejan a la población trabajadora ayuda a generar una estrategia de intervención adecuada para el RL, aun así, se hace necesario tener en cuenta la severidad de los signos, síntomas y el curso de la enfermedad en cada individuo. Adicionalmente, una evaluación completa del estado físico y mental del trabajador que inicia proceso de retorno laboral, es necesaria para indagar la comorbilidad con otro tipo de afección física o mental (De Vries et al., 2018).

Los planes de trabajo y las intervenciones en los procesos de RL deben estar diseñados y dirigidos por profesionales de salud mental que dispongan de objetivos medibles, metas específicas y cronogramas de trabajo claros para el trabajador, los profesionales de la salud y el empleador con una perspectiva más clara y realista.

En ocasiones se hará necesario reducir la carga de trabajo de la persona en proceso de RL; sin embargo, ese RL parcial se hace con el objetivo de que el trabajador recobre algunas de sus funciones y responsabilidades de su trabajo habitual, las cuales le ayudarán a mantener su productividad y funcionalidad. La literatura ha mostrado que entre más tiempo se encuentre el trabajador en situación de incapacidad, será más difícil que recobre sus funciones y que se reintegre de manera efectiva al trabajo (Dewa et al., 2015; De Weerd et al., 2016; Mikkelsen & Rosholm, 2018; Victor et al., 2017; Willert et al., 2011).

Conservar el vínculo y la comunicación entre el trabajador ausente y la empresa resultó ser un elemento recurrente en la literatura revisada. Al respecto se sugiere incluir a representantes del empleador como a los supervisores o jefes inmediatos de la persona que se encuentra en RL. También resultó ser importante para conocer en profundidad el puesto de trabajo, incluir al trabajador y al jefe inmediato en la construcción del plan de trabajo y la forma de intervenir y generar condiciones apropiadas para el trabajador que ha desarrollado el trastorno. Otras funciones que pueden desarrollar estas personas es generar un ambiente laboral propicio con los otros trabajadores, brindando pautas de comunicación asertiva y redistribuyendo la carga laboral del trabajador afectado (Ansoleaga et al., 2015; Etuknwa et al., 2019; Kristensen et al., 2018).

En ocasiones se hace necesaria la intervención de un mediador, cuya función es generar pactos ajustados a las necesidades y capacidades del trabajador afectado y los requerimientos del empleador; sumado a esto resulta importante identificar los factores protectores en la vida extra laboral del trabajador en proceso de RL, de los que cabe mencionar el contexto familiar, las redes de apoyo social, la participación en actividades extralaborales y el cultivo de las creencias, como elementos que pueden ayudar a recuperar la funcionalidad del trabajador afectado por un trastorno o un pro-

blema mental (Andersen et al., 2012; Lammerts et al., 2017; Neves et al., 2015).

Conclusiones

Las terapias TCC de forma presencial o en línea, son la mejor alternativa en el desarrollo de programas de RL de trabajadores con algún tipo de afectación mental. La psicoeducación como intervención complementaria a otras estrategias puede ser efectiva. Se evidencia que, a mayor cantidad de días de incapacidad, será más difícil un reintegro laboral completo, decrementando la funcionalidad de las personas y afectando la productividad de la empresa.

Es importante incluir al trabajador y al jefe inmediato en la construcción del programa de reintegro laboral, ya que esto permite una mayor probabilidad de adherencia al proceso minimizando los riesgos de recaída.

Se deben tener en cuenta factores protectores que permitan una mejor adherencia al reintegro laboral. Se hace necesario realizar más estudios relacionados con el reintegro laboral, desde diferentes diseños metodológicos que puedan generar una evidencia más sólida en esta problemática.

Referencias

- Andersen, M., Nielsen, K., & Brinkmann, S. (2012). Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 38(2), 93-104. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3257>
- Ansoleaga, E., Garrido, P., Domínguez, C., Castillo, S., Lucero, C., Tomicic, A., & Martínez, C. (2015). Return to work enablers for workers with work-related mental illness. *Revista Médica de Chile*, 143(1), 85-95. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872015000100011>

- Arends, I., Bruinvels, D., Rebergen, D., Nieuwenhuijsen, K., Madan, I., Neumeyer-Gromen, A., & Verbeek, J. H. (2012). Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd006389.pub2>
- Chandra, A., Martin, L., Hawkins, S., & Richardson, A. (2010). The impact of parental deployment on child social and emotional functioning: Perspectives of school staff. *Journal of Adolescent Health*, 46(3), 218-223. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.10.009>
- Dalgaard, V., Aschbacher, K., Andersen, J., Glasscock, D., Willert, M., Carstensen, O., & Biering, K. (2017). Return to work after work-related stress: A randomized controlled trial of a work-focused cognitive behavioral intervention. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 43(5), 436-446. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3655>
- De Vries, H., Fishta, A., Weikert, B., Rodriguez Sanchez, A., & Wegewitz, U. (2018). Determinants of sickness absence and return to work among employees with common mental disorders: A scoping review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(3), 393-417. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9730-1>
- De Weerd, B., Van Dijk, M., Van der Linden, J., Roelen, C., & Verbraak, M. (2016). The effectiveness of a convergence dialogue meeting with the employer in promoting return to work as part of the cognitive-behavioural treatment of common mental disorders: A randomized controlled trial. *Work*, 54(3), 647-655. <https://doi.org/10.3233/WOR-162307>
- Dewa, C., Loong, D., Bonato, S., & Joosen, M. (2015). The effectiveness of return-to-work interventions that incorporate work-focused problem-solving skills for workers with sickness absences related to mental disorders: A systematic literature review. *BMJ Open*, 5(6), Article e007122. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007122>
- Dewa, C., Trojanowski, L., Joosen, M., & Bonato, S. (2016). Employer best practice guidelines for the return to work of workers on mental disorder-related disability leave: A systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3), 176-185. <https://doi.org/10.1177/0706743716632515>
- Doki, S., Sasahara, S., & Matsuzaki, I. (2015). Psychological approach of occupational health service to sick leave due to mental problems: A systematic review and meta-analysis. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 88(6), 659-667. <https://doi.org/10.1007/s00420-014-0996-8>
- Etuknwa, A., Daniels, K., & Eib, C. (2019). Sustainable return to work: A systematic review focusing on personal and social factors. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29, 679-700. <https://doi.org/10.1007/s10926-019-09832-7>
- Flodgren, G. (2017). *Motivational interviewing as a method to facilitate return to work: A systematic review*. Folkehelseinstituttet.
- Glasscock, D., Carstensen, O., & Ligaya, V. (2018). Recovery from work-related stress: A randomized controlled trial of a stress management intervention in a clinical sample. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 91(6), 675-687. <https://doi.org/10.1007/s00420-018-1314-7>
- Hellström, L., Bech, P., Hjorthøj, C., Nordentoft, M., Lindschou, J., & Eplöv, L. (2017). Effect on return to work or education of individual placement and support modified for people with mood and anxiety disorders: Results of a randomised clinical trial. *Occupational and Environmental Medicine*, 74(10), 717-725. <https://doi.org/10.1136/oemed-2016-104248>
- Høgelund, J., & Falgaard, L. (2018). Employment effects of a multidisciplinary health assessment for mentally ill persons - A quasi-randomised controlled trial. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(3), 389-399. <https://doi.org/10.1177/1403494817723458>

- Joyce, S., Modini, M., Christensen, H., Mykletun, A., Bryant, R., & Mitchell, P. (2016). Workplace interventions for common mental disorders: A systematic meta-review. *Psychological Medicine*, 46(4), 683-697. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002408>
- Kristensen, J., Kristiansen, J., & Poulsen, O. (2018). Content and quality of workplace guidelines developed to prevent mental health problems: Results from a systematic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 44(5), 443-457. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3731>
- Lagerfeld, S., & Houtman, I. (2013). *Return to work after sick leave due to mental health problems*. Osh wiki. https://oshwiki.eu/wiki/Return_to_Work_after_sick_leave_due_to_mental_health_problems
- Lammerts, L., Van Dongen, J., Schaafsma, F., Van Mechelen, W., & Anema, J. (2017). A participatory supportive return to work program for workers without an employment contract, sick-listed due to a common mental disorder: An economic evaluation alongside a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 17(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4079-0>
- Lytsy, P., Carlsson, L., & Anderzén, I. (2017). Effectiveness of two vocational rehabilitation programmes in women with long-term sick leave due to pain syndrome or mental illness: 1-Year follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 49(2), 170-177. <https://doi.org/10.2340/16501977-2188>
- Martin, M., Nielsen, M., Madsen, I., Petersen, S., Lange, T., & Rugulies, R. (2013). Effectiveness of a coordinated and tailored return-to-work intervention for sickness absence beneficiaries with mental health problems. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 23(4), 621-630. <https://doi.org/10.1007/s10926-013-9421-5>
- Martin, M., Nielsen, M., Pedersen, J., & Rugulies, R. (2015). Stability of return to work after a coordinated and tailored intervention for sickness absence compensation beneficiaries with mental health problems: Results of a two-year follow-up study. *Disability and Rehabilitation*, 37(22), 2107-2113. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.1001524>
- Mikkelsen, M., & 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>
- Milligan-Saville, J., Tan, L., Gayed, A., Barnes, C., Madan, I., Dobson, M., & Harvey, S. (2017). Workplace mental health training for managers and its effect on sick leave in employees: A cluster randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 4(11), 850-858. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30372-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30372-3)
- Naghieh, A., Montgomery, P., Bonell, C. P., Thompson, M., & Aber, J. L. (2015). Organisational interventions for improving wellbeing and reducing work-related stress in teachers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010306>
- Naidu, V., Giblin, E., Burke, K., & Madan, I. (2016). Delivery of cognitive behavioural therapy to workers: A systematic review. *Occupational Medicine*, 66(2), 112-117. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010306.pub2>
- Neves, F., Nunes, O., & Magalh, L. (2015). Interactions among stakeholders involved in return to work after sick leave due to mental disorders: A meta-ethnography. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(11), 1-16. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00029215>
- Nieuwenhuijsen, K., Faber, B., Verbeek, J., Neumeyer-Gromen, A., Hees, H., Verhoeven, A., & Bültmann, U. (2014). Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12), 12-15. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006237.pub3>

- Noordik, E., Van der Klink, J., Gekus, R., de Boer, M., Van Dijk, F., & Nieuwenhuijsen, K. (2013). Effectiveness of an exposure-based return-to-work program for workers on sick leave due to common mental disorders: A cluster-randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 39(2), 144-154. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3320>
- Pedersen, P., Sogaard, H., Labriola, M., Nohr, E., & Jensen, C. (2015). Effectiveness of psychoeducation in reducing sickness absence and improving mental health in individuals at risk of having a mental disorder: A randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 15(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2087-5>
- Pedersen, P., Sogaard, H., Labriola, M., Nohr, E., & Jensen, C. (2014). Psychoeducation to facilitate return to work in individuals on sick leave and at risk of having a mental disorder: Protocol of a randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 14(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1288>
- Salomonsson, S., Hedman-Lagerlöf, E., & Öst, L. (2018). Sickness absence: A systematic review and meta-analysis of psychological treatments for individuals on sick leave due to common mental disorders. *Psychological Medicine*, 48(12), 1954-1965. <https://doi.org/10.1017/S0033291718000065>
- Sampson, A. (2015). Interventions to improve return to work outcomes in individuals with mental health conditions. *Institute for Safety, Compensation and Recovery Research*, (152). https://research.iscrr.com.au/__data/assets/pdf_file/0004/321169/Interventions-to-improve-RTW-outcomes.pdf
- Tomicic, A., Martínez, C., Ansoleaga, E., Garrido, P., Lucero, C., Castillo, S., & Domínguez, C. (2014). Reintegro laboral en trabajadores con problemas de salud mental: la perspectiva de los tratantes. *Ciencia & Trabajo*, 16(51), 137-145. http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-24492014000300003&script=sci_arttext
- Van Beurden, K., Van der Klink, J., Brouwers, E., Joosen, M., Mathijssen, J., Terluin, B., & Van Weeghel, J. (2015). Effect of an intervention to enhance guideline adherence of occupational physicians on return-to-work self-efficacy in workers sick-listed with common mental disorders. *BMC Public Health*, 15(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2125-3>
- Van der Feltz-Cornelis, C. (2010). Faster return to work after psychiatric consultation for sicklisted employees with common mental disorders compared to care as usual. A randomized clinical trial. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 6(1), 375-385. <https://doi.org/10.2147/ndt.s11832>
- Victor, M., Lau, B., & Ruud, T. (2017). Predictors of return to work among patients in treatment for common mental disorders: A pre-post study. *BMC Public Health*, 18(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4581-4>
- Vogel, N., Schandelmaier, S., Zumbunn, T., Ebrahim, S., Wel, D., Jw, B., & Kunz, R. (2017). Return-to-work coordination programmes for improving return to work in workers on sick leave. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), 10-13. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011618.pub2>. Copyright
- Willert, M., Thulstrup, A., & Bonde, J. (2011). Effects of a stress management intervention on absenteeism and return to work - results from a randomized wait-list controlled trial. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 37(3), 186-195. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3130>

Recibido: octubre 24, 2020
Aprobado: diciembre 2, 2021

