

Resultados y características de intervenciones en la reinserción laboral de trabajadores en baja médica por enfermedades musculoesqueléticas y de salud mental: revisión sistemática

Jorge David Ahumada Tello⁽¹⁾; María Cecilia Toffoletto⁽²⁾

¹Kinesiólogo. Magister en Ciencias Médicas. Académico. Universidad Tecnológica de Chile INACAP. Rancagua, Chile.

²Enfermera. Doctor en Enfermería. Académica investigadora. Universidad de Las Américas. Santiago, Chile.

Correspondencia:

María Cecilia Toffoletto

Correo electrónico: mtoffoletto@udla.cl

La cita de este artículo es: Jorge David Ahumada Tello. Resultados y características de intervenciones en la reinserción laboral de trabajadores en baja médica por enfermedades musculoesqueléticas y de salud mental: revisión sistemática. Rev Asoc Esp Espec Med Trab 2021; 30(4): 505-519

RESUMEN.

Introducción: El absentismo por enfermedades profesionales presenta un impacto en la economía y ha sido el responsable por el desafío de la reinserción del trabajador a su contexto laboral. De lo anterior, programas de reinserción laboral para las enfermedades profesionales revisten de un creciente interés.

Objetivo: Identificar los principales resultados y sus características de intervenciones para la reinserción laboral de trabajadores en baja médica por enfermedades musculoesqueléticas y de salud mental.

Material y Métodos: Revisión sistemática cualitativa. Las bases utilizadas fueron: Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados, MEDLINE/PubMed y la base Epistemonikos.

Resultados: El 36,8% de las intervenciones presentaron relaciones estadísticamente significantes. Las características de las intervenciones

RESULTS AND CHARACTERISTICS OF INTERVENTIONS IN THE LABOR REINTEGRATION OF WORKERS ON MEDICAL LEAVE DUE TO MUSCULOSKELETAL AND MENTAL HEALTH DISEASES: SYSTEMATIC REVIEW

ABSTRACT

Introduction: Absenteeism due to occupational diseases has an impact on the economy and has been responsible for the challenge of the worker's reintegration into their work context. From the foregoing, work reintegration programs for occupational diseases are of growing interest.

Objective: To identify the main results and characteristics of interventions for the labor reintegration of workers on medical leave due to musculoskeletal and mental health diseases.

fueron tratamientos enfocados en la enfermedad, intervenciones en el lugar de trabajo y planificación con el empleador para el regreso al trabajo.

Conclusiones: Las intervenciones que articulan acciones con los trabajadores, en el lugar de trabajo y con los empleadores, podrían aumentar el regreso al trabajo.

Palabras clave: Enfermedades Profesionales; Reinserción al Trabajo; Trastornos Mentales; Enfermedades Musculoesqueléticas; Ensayo Clínico.

Material and Methods: Qualitative systematic review. The databases used were Cochrane Central Register of Controlled Trials, MEDLINE / PubMed and the Epistemonikos database.

Results: 36.8% of the interventions presented statistically significant relationships. Characteristics of the interventions were disease-focused treatments, workplace interventions, and planning with the employer for return to work. **Conclusions:** Interventions that articulate actions with workers, in the workplace and with employers, could increase return to work.

Keywords: Occupational Diseases; Return to Work; Mental Disorders; Musculoskeletal Diseases; Clinical Trial.

Fecha de recepción: 17 de diciembre de 2020

Fecha de aceptación: 10 de noviembre de 2021

Introducción

A nivel mundial, las enfermedades profesionales causan un 86% de las muertes relacionadas con el trabajo. En las Américas, se registran a diario 770 nuevos casos de estas enfermedades, con el predominio de las enfermedades musculoesqueléticas y de salud mental⁽¹⁾.

Las enfermedades musculoesqueléticas representan una carga para la sociedad, trabajadores y organizaciones⁽²⁾. Un estudio portugués que tuvo por objetivo realizar un diagnóstico de la prevalencia de disturbios musculoesqueléticos autorreferidos por profesionales de la salud, encontró presencia de dolor superiores a 40% del total de 105 profesionales siendo, las regiones lumbar, cervical y dorsal con frecuencias de 76,2%, 59% y 47,6% respectivamente⁽³⁾. Otro estudio que describió la magnitud y costos de la incapacidad laboral, debido a desórdenes musculoesqueléticos en trabajadores de una empresa floricultora de

Colombia, evidenció que se presentaron 102 incapacidades siendo el área de trabajo con mayores incapacidades el post cosecha con un 45,16%. El costo total fue estimado en \$ 111.957.923 pesos colombianos (38600 dólares estadounidenses), para el periodo de estudio⁽⁴⁾.

Respecto a las enfermedades de salud mental, son muchos los factores del ambiente laboral que pueden afectar la salud mental de los trabajadores. Entre ellos, las políticas inadecuadas de seguridad y protección de la salud, prácticas ineficientes de gestión y comunicación, escaso poder de decisión del trabajador o ausencia de control de su área de trabajo, bajo nivel de apoyo a los empleados, horarios de trabajo rígidos y falta de claridad en las áreas u objetivos organizativos⁽⁵⁾.

Las consecuencias personales del trabajador y del sistema económico frente a una enfermedad profesional son graves e impactan. El deterioro de la calidad de vida, de la vida familiar y sus relaciones, la disminución de la esperanza de vida, las

comorbilidades, además, de los gastos sanitarios y de apoyo privados, son desenlaces personales costosos para el trabajador. El mismo escenario se proyecta al sistema económico con costos relacionados al consumo de recursos sanitarios, prestaciones económicas, reemplazo de los trabajadores, tiempo perdido por el absentismo, pérdida de producción entre otros⁽⁶⁾.

Entre todas las problemáticas relacionadas a las enfermedades profesionales, el absentismo presenta un creciente interés de estudio por su impacto en la economía y ha sido el responsable por el desafío de una adecuada reinserción del trabajador a su contexto laboral, principalmente los de largo duración⁽⁷⁾. Un estudio que determinó las causas de absentismo laboral por incapacidad médica de un centro de teleoperadores de la ciudad de Medellín en el periodo 2016 - 2017, describió la magnitud del absentismo laboral y, encontró un promedio de ausencia de 4,28 +/-5,64 días por trabajador, donde, los absentistas crónicos generaron una pérdida de 223 días por cada 100 trabajadores⁽⁸⁾.

De lo anterior, desde el impacto en días perdidos, se hace necesario enfatizar la importancia de la reinserción del trabajador al su lugar de trabajo con enfoque en la prevención de recaídas y permanencia en el trabajo^(9,10).

La reinserción del trabajador posterior a una baja médica por una enfermedad laboral es un proceso complejo y no siempre posible. Según la literatura, las intervenciones que tienen por objetivo bajar el tiempo de las bajas por enfermedades y facilitar el regreso laboral de los trabajadores son programas que se ejecutan con una diversidad de nombres y sus componentes incluyen diversas actividades y duración, además, de estar direccionadas a determinadas enfermedades laborales⁽¹¹⁾.

De lo anterior, programas de reinserción laboral para las enfermedades profesionales más prevalentes a nivel mundial, que son las musculoesqueléticas y de salud mental, revisten un creciente interés y un tema de prioridad. El objetivo de esta revisión sistemática cualitativa es identificar los principales resultados y sus características de intervenciones para la reinserción laboral de trabajadores en baja médica

por enfermedades musculoesqueléticas y de salud mental.

Material y Métodos

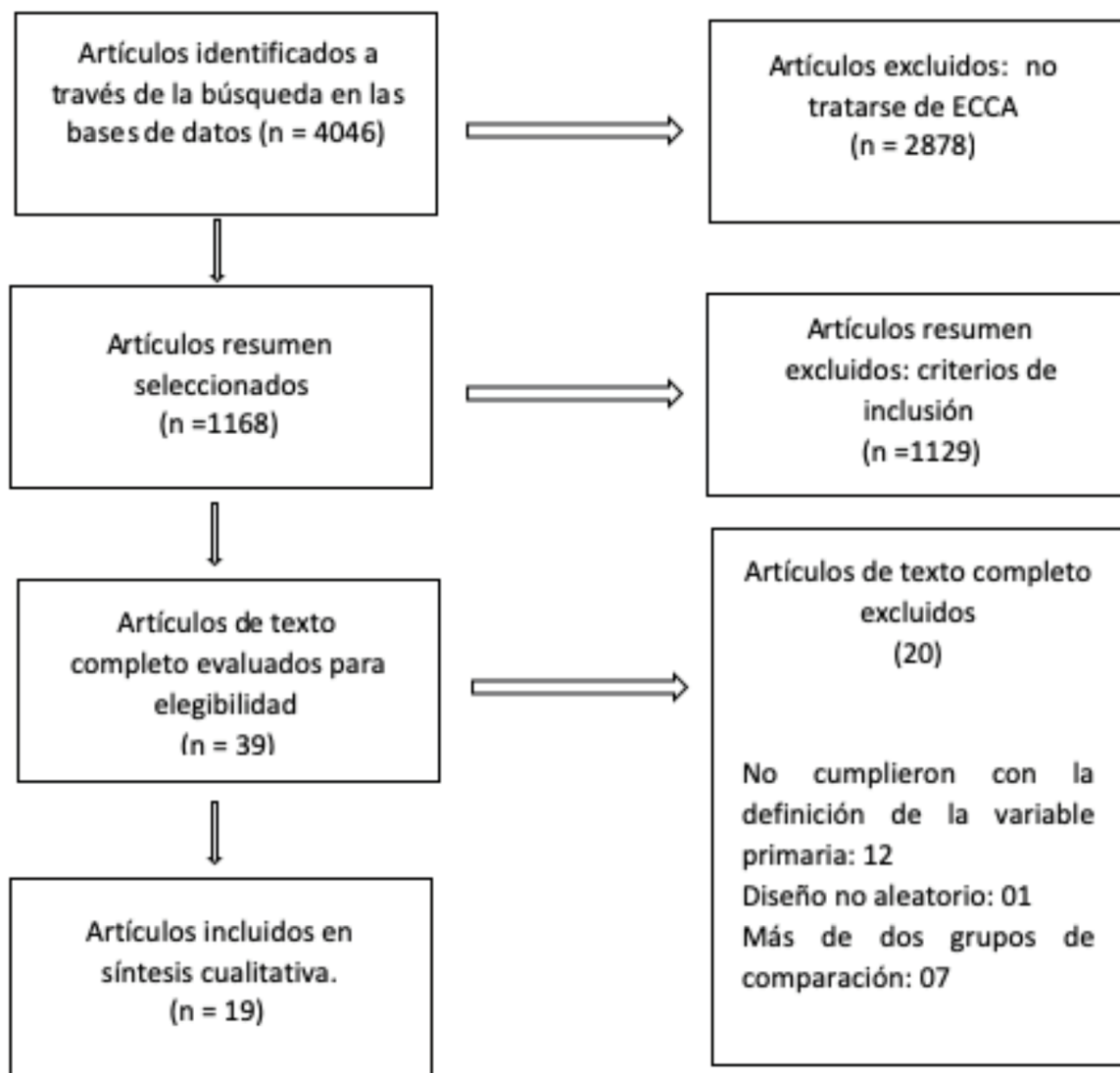
El estudio consistió en una revisión sistemática cualitativa. Los criterios de inclusión para la búsqueda fueron Estudios Clínicos Controlados Aleatorizados (ECCA) que evaluaron el efecto de intervenciones para la reinserción laboral de trabajadores con enfermedades profesionales (musculoesqueléticas y de salud mental). Se incluyeron los estudios completos, de cualquier idioma, sin restricción de fecha de publicación.

Los participantes del estudio deberían ser trabajadores con edad a partir de los 16 años, de todos los rubros, con baja médica por enfermedades musculoesqueléticas y de salud mental a tiempo completo o parcial, durante al menos 02 semanas o con beneficios por discapacidad a largo plazo. Fueron incluidos artículos que compararon intervenciones para el regreso al trabajo con el tratamiento habitual. Las intervenciones fueron definidas como programas cuyo objetivo era promover el regreso al trabajo con actividades direccionadas a los factores relacionados al proceso de regreso al trabajo.

El resultado analizado fue el regreso completo al trabajo y, fue definido como tiempo de baja por enfermedad hasta el regreso completo al trabajo, medido en días calendario, semanas y/o meses y la proporción de trabajadores con regreso completo al trabajo.

La búsqueda sistemática fue realizada en las bases de datos: Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (CENTRAL) y MEDLINE/PubMed. Además, se utilizó la base de datos Epistemonikos, la cual es mantenida mediante búsquedas en 30 bases de datos, para identificar revisiones sistemáticas y sus estudios primarios incluidos. Los descriptores utilizados fueron, "Clinical Trial" [Mesh] AND "Return to Work" [Mesh]) AND "Occupational Diseases" [Mesh]) AND "Musculoskeletal Diseases" [Mesh]) AND "Mental Disorders" [Mesh]. Además, se tomó la decisión de utilizar el descriptor "Intervención" en las búsquedas bibliográficas.

FIGURA 1. DIAGRAMA DE FLUJO: SELECCIÓN DE ARTÍCULOS PARA SU INCLUSIÓN.



En la Figura 1, se observa que, fueron identificados 4046 artículos científicos. De estos, posterior a la lectura del resumen, 2878 fueron excluidos por no tratarse de Estudios Clínicos Controlados Aleatorizados y 1129 por no cumplir con los criterios de inclusión. Con los 38 estudios restantes, se realizó la lectura del texto completo. Fueron excluidos 19 artículos por no cumplieren con la definición del resultado primario (12 artículos) y por tener más de dos grupos comparación (07). Por lo tanto, fueron incluidos en la presente investigación, 19 artículos.

Resultados

En la Tabla 1, se presenta las intervenciones según el problema de salud, participantes y la variable de resultado.

Los problemas de salud abordados por las intervenciones fueron un 52,6% (10) por trastornos musculoesqueléticos y un 47,4% (9) por trastornos de salud mental. De los trastornos musculoesqueléticos, 26,3% (5) de ellos trataban sobre lesiones musculoesqueléticas inespecíficas, 21,0% (4) sobre

TABLA 1. INTERVENCIONES, SEGÚN PROBLEMAS DE SALUD, PARTICIPANTES Y VARIABLE DE RESULTADO.

Estudios/Año	Intervenciones	Problemas de salud/ Participantes	Variable de resultado
Arnetz 2003 ⁽¹²⁾	Intervención Ergonómica en el lugar de trabajo.	Trastornos musculoesqueléticos. intervención: 65 control: 72	Regreso al trabajo: Media de los días de baja por enfermedad. Seguimiento a los seis meses, de 6 a 12 meses y de 0 a 12 meses.
Bakker 2007 ⁽¹³⁾	Intervención mínima para los trastornos mentales relacionados con el estrés con baja por enfermedad (MISS).	Estrés autoinformado. intervención: 227 control: 206	Regreso al trabajo: Duración de la baja en días calendario hasta el regreso completo al trabajo. Seguimiento a los 2, 6 y 12 meses.
Beck 2015 ⁽¹⁴⁾	Método psicoterápico basado en la música con enfoque en las problemáticas y necesidades de los trabajadores.	Estrés intervención: 13 control: 07	Regreso al trabajo: Variable dicotomizada en baja (días) a tiempo completo, cualquier baja a tiempo parcial o completo, trabajando más de 30 horas a la semana y económicamente autosuficiente. Seguimiento a los 6 meses.
Brendbekken 2017 ⁽¹⁵⁾	Intervención Multidisciplinar.	Dolor musculoesquelético. intervención: 141 control: 143	Regreso al trabajo: Tiempo en días de baja médica. Seguimiento a los 12 y 24 meses.
Bultmann 2009 ⁽¹⁶⁾	Rehabilitación Laboral Coordinada y Personalizada.	Dolor Lumbar. intervención: 66 control: 47	Regreso al trabajo: Horas acumuladas de ausencia por enfermedad. Los intervalos de tiempo para las horas acumuladas de ausencia por enfermedad fueron de 0 a 3 meses, 3-6 meses, 6-12 meses, así como 0-6 meses y 0-12 meses.
Haldorsen 1998 ⁽¹⁷⁾	Tratamiento Cognitivo Conductual Multimodal (MMCBT).	Dolor Musculoesquelético. intervención: 312 control: 157	Regreso al trabajo: Proporción de trabajadores con regreso completo al trabajo a los 12 meses de seguimiento.
Hees 2013 ⁽¹⁸⁾	Terapia ocupacional.	Trastorno depresivo mayor. intervención: 78 control: 39	Regreso al trabajo: Ausentismo (promedio de horas a cada período de 6 meses) y tiempo hasta parcial / total regreso al trabajo (tiempo en días de baja por enfermedad). Seguimiento a los 6, 12 y 18 meses.
Hlobil 2005 ⁽¹⁹⁾	Intervención de Actividad Gradual.	Dolor Lumbar Inespecífico. intervención: 67 control: 67	Regreso al trabajo: Número total de días de baja. Seguimiento a los 3, 6 y 12 meses.
Jensen 2011 ⁽²⁰⁾	Intervención Multidisciplinaria.	Dolor Lumbar intervención: 176 control: 175	Regreso al trabajo: El primer período de 4 semanas dentro del primer año después de la inclusión, durante el cual el participante no recibió pagos de transferencias sociales.
Lambeck 2010 ⁽²¹⁾	Cuidado Integral.	Dolor lumbar crónico. intervención: 66 control: 68	Regreso al trabajo: Medido por el tiempo de ausencia del trabajo en días calendario hasta un retorno al trabajo completo y sostenible. Seguimiento a los 3, 6, 9 y 12 meses.

TABLA 1. INTERVENCIONES, SEGÚN PROBLEMAS DE SALUD, PARTICIPANTES Y VARIABLE DE RESULTADO. (CONTINUACIÓN)

Leon 2009 ⁽²²⁾	Programa de atención reumatológica más tratamiento cognitivo-conductual.	Trastornos musculoesqueléticos. intervención: 115 control: 66	Regreso al trabajo: Número de días de baja médica. Seguimiento a los 6 meses.
Schene 2007 ⁽²³⁾	Tratamiento habitual más terapia ocupacional.	Depresión Mayor. intervención: 30 control: 32	Regreso al trabajo: Tiempo en días hasta la reanudación de cualquier trabajo, total de horas trabajadas durante cada período de 6 meses, y la proporción de pacientes que trabajan al menos 2 días o 16 horas a la semana. Seguimiento a los 6, 12 y 42 meses.
Shu-Kei Cheng 2007 ⁽²⁴⁾	Entrenamiento de fortalecimiento laboral basado en el lugar de trabajo.	Trastorno del manguito rotador. intervención: 46 control: 48	Regreso al trabajo: Proporción de trabajadores con regreso completo al trabajo después de una semana finalizada la intervención. Seguimiento a las 4 semanas.
Van der Feltz-Cornelis 2010 ⁽²⁵⁾	Consulta psiquiátrica para trabajadores con baja por trastornos mentales comunes en el entorno de salud ocupacional.	Trastornos mentales comunes. intervención: 29 control: 31	Regreso al trabajo: Número de días desde el inicio de la baja hasta el regreso total al trabajo por al menos 4 semanas sin recaída parcial o total. Seguimiento a los 3 y 6 meses.
Van der Klink 2003 ⁽²⁶⁾	Intervención Activadora Innovadora.	Trastorno de adaptación. intervención: 109 control: 83	Regreso al trabajo (Absentismo): Número de días desde el inicio de la baja hasta el regreso total al trabajo y la tasa de prevalencia de retorno al trabajo a los 3 y 12 meses.
Vermeulen 2011 ⁽²⁷⁾	Programa Participativo de Regreso al Trabajo.	Trastornos musculoesqueléticos. intervención: 79 control: 84	Regreso al trabajo: Duración en días calendario desde la aleatorización hasta el regreso completo al trabajo. Seguimiento a los 3,6,9 y 12 meses.
Vlasveld 2013 ⁽²⁸⁾	Intervención de atención colaborativa con enfoque al regreso al trabajo.	Trastornos depresivos mayores. intervención: 70 control: 69	Regreso al trabajo: Tiempo de baja en días calendario hasta el regreso completo al trabajo al menos por 4 semanas sin recaída parcial o total. Seguimiento a los 3,6,9 y 12 meses.
Volker 2015 ⁽²⁹⁾	Intervención combinada basada en la web.	Trastornos mentales comunes. intervención: 131 control: 89	Regreso al trabajo: Tiempo en días calendario hasta el primer regreso al trabajo (parcial o total) y el tiempo hasta el regreso completo desde la aleatorización. Seguimiento a los 3,6,9 y 12 meses.
Weerd 2016 ⁽³⁰⁾	Terapia cognitivo-conductual más reunión con directivos.	Trastornos mentales. Grupos: intervención: 31 control: 29	Regreso al trabajo: La diferencia en el tiempo en días hasta el primero regreso completo entre los grupos de intervención y control.

TABLA 2. DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES Y RESULTADOS.

Intervenciones	Variable de resultado/Resultados
Intervención Ergonómica en el lugar de trabajo: la intervención consideró acciones con el trabajador relacionadas con la capacitación y tareas adaptadas a la capacidad del trabajador, además, evaluó el lugar de trabajo en cuanto a los factores ergonómicos y estresantes con propuestas de mejora en conjunto con el empleador.	Resultados: Para los tres períodos de evaluación, el número de días de enfermedad fue significativamente menor en el grupo intervención en comparación con control. Media del número de días hasta el regreso al trabajo: 6 meses: 110 (6,5) para el grupo intervención y 131,1 (5,9) para el grupo control ($P=0,05$). 6 a 12 meses: 95,8 (13,1) para el grupo intervención y 150,3 (8,8) para el grupo control ($P=0,01$). 0 a 12 meses: 144,9 (11,8) para el grupo intervención y 197,9 (14,0) para el grupo control ($P=0,01$).
Intervención mínima para los trastornos mentales relacionados con el estrés con baja por enfermedad (MISS): la intervención contempló solo acciones con los trabajadores que recibieron consejerías de médicos de la Atención Primaria capacitados por el equipo de investigadores.	Resultados: No se encontró un efecto superior de la intervención sobre la duración de la baja por enfermedad (índice de riesgo 1.06, intervalo de confianza del 95%: 0.87-1.29).
Método psicoterápico basado en la música con enfoque en las problemáticas y necesidades de los trabajadores: Propuso una intervención guiada con música e imágenes y solo contempló acciones con los trabajadores.	Resultados: No hubo diferencias significativas como resultado de la intervención en cualquiera de los cuatro análisis de regreso al trabajo.
Intervención Multidisciplinar: Solo contempló acciones con los trabajadores en su intervención multidisciplinaria que incluyó evaluación del trabajo, situación familiar, estilo de vida y estrategias de afrontamiento.	Resultados: No hubo diferencias entre los grupos durante el período de seguimiento de 24 meses. El RR más alto fue 1,42 (IC 95% 0,87-2,33, $p = 0,17$), que fue en el mes 23. A los 12 meses de seguimiento, 63 pacientes (44,7%) en el grupo intervención y 64 pacientes (44,8%) en el grupo control regresaron al trabajo. A los 24 meses fueron: 60 (42,6%) en el grupo intervención y 52 (36,6%) en el grupo control.
Rehabilitación Laboral Coordinada y Personalizada: En su intervención, identificó junto al trabajador la discapacidad laboral y las barreras para el regreso al trabajo para la elaboración de un plan adaptado y orientado al trabajador en consonancia con el empleador.	Resultados: En promedio, el 42% de todos los participantes habían regresado al trabajo a los 3 meses de seguimiento: 45% en el grupo intervención y 37% en el grupo control. A los 6 meses de seguimiento, el 69% había regresado al trabajo en el grupo intervención en comparación con el 48% en el grupo control. Después de 1 año, el 71% de todos los participantes habían regresado al trabajo: 78% en el grupo intervención y 62% en el grupo control. Para los intervalos de tiempo 0-6 meses, 6-12 meses y todo el período de seguimiento, el número de horas de ausencia por enfermedad fue significativamente menor en el grupo intervención en comparación con el grupo de control.
Tratamiento Cognitivo Conductual Multimodal (MMCBT): El programa de rehabilitación multidisciplinaria tuvo una duración de 4 semanas, con sesiones de 6 horas, 5 días a la semana. El programa incluyó tratamiento físico, modificación cognitivo-conductual, educación e intervenciones en el lugar de trabajo.	Resultados: No hubo diferencias significativas en la tasa de reincorporación al trabajo entre los pacientes del grupo intervención y el grupo control.

TABLA 2. DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES Y RESULTADOS. (CONTINUACIÓN)

Intervenciones	Variable de resultado/Resultados
Terapia ocupacional: Realizó sesiones de terapia grupales e individuales con los trabajadores y discutió con el empleador las dificultades identificadas con el trabajo.	Resultados: Ambos grupos disminuyeron significativamente en sus horas de absentismo ($p < 0,001$), con la mayor disminución entre seis y 12 meses ($p < 0,001$). Sin embargo, no hubo diferencias significativas entre los grupos.
Intervención de Actividad Gradual: En su propuesta de intervención contempló acciones con los trabajadores con sesiones de ejercicios. No presentó efecto beneficioso para el regreso al trabajo.	Resultados: La diferencia entre el regreso al trabajo de los grupos sobre todo el año de seguimiento estuvo justo por encima del nivel de significancia (prueba de rango logarítmico, $p = 0,06$).
Intervención Multidisciplinaria: la intervención contempló ejercicios físicos y tratamiento médico para el dolor con los trabajadores y un plan de rehabilitación personalizado con el objetivo de regreso al trabajo con los empleadores. Jensen 20119	Resultados: Durante las primeras 52 semanas después de la inclusión, 133 (76,0%) participantes en el grupo control y 125 (71,0%) participantes en el grupo intervención regresaron al trabajo. El riesgo relativo entre los grupos fue de 0,83 (intervalo de confianza del 95% [IC]: 0,65-1,06, $P = 0,14$), y de 0,84 después del ajuste por sexo, edad, tabaquismo, reclamaciones de indemnización, puntuación de discapacidad, y diagnóstico (IC del 95%: 0,65-1,08, $p = 0,18$).
Cuidado Integral: Propuso una intervención basada en principios cognitivos conductuales, además de un trabajo basado en la ergonomía participativa con los trabajadores y, planificó con el empleador el regreso al trabajo de acuerdo con el progreso de los trabajadores.	Resultados: La mediana de duración del primer período continuo de baja por enfermedad después de la aleatorización fue de 88 días (rango intercuartílico 52-164 días) en el grupo intervención y 208 (99-366) días en el grupo control (prueba de rango logarítmico; $p = 0,003$). La diferencia entre las curvas de Kaplan-Meier fue significativa (prueba de rango logarítmico; $P = 0,004$). El cociente de riesgos instantáneos fue de 1,90 (intervalo de confianza del 95% de 1,18 a 2,76, $p = 0,004$). Durante los 12 meses de seguimiento, la mediana del número de días de baja por enfermedad en el grupo intervención fue de 82 (rango intercuartílico de 51 a 164 días) en comparación con 175 (91 a 365) en el grupo control. Esta diferencia fue significativa (prueba U de Mann-Whitney; $P = 0,003$).
Programa de atención reumatológica más tratamiento cognitivo-conductual: La intervención utilizó un modelo cognitivo conductual con los trabajadores que se basó en las características de la discapacidad, condiciones psicológicas y sociodemográficas de los trabajadores.	Resultados: La tasa relativa de regreso al trabajo no alcanzó significación estadística entre grupos (HR 1,28, IC del 95%: 0,96 a 1,71).
Tratamiento habitual más terapia ocupacional: En su intervención realizó sesiones de terapia grupales e individuales con los trabajadores y planificó con el empleador el regreso al trabajo del trabajador.	Resultados: La media de días para el regreso al trabajo desde la primera toma de datos fue de 207 días para el grupo intervención y 299 días para el control con una diferencia significativa [regresión de Cox, riesgo relativo (RR) = 2.71, IC del 95%: 1.16–6.29, $p = 0.01$].
Entrenamiento de fortalecimiento laboral basado en el lugar de trabajo: Propuso un programa de rehabilitación aplicado por un entrenador laboral que, a su vez, en conjunto con el supervisor del trabajador, organizó tareas de trabajo adecuadas para el trabajador lesionado.	Resultados: El valor de Chi-cuadrado de Pearson alcanzó una significancia estadística ($\chi^2 = 11.095$, $p = 0,001$), lo que demuestra que el 71,7% de los trabajadores del grupo intervención podría volver a trabajar en contraste con 37,5% de los trabajadores del grupo control.

TABLA 2. DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES Y RESULTADOS.

Intervenciones	Variable de resultado/Resultados
Consulta psiquiátrica para trabajadores con baja por trastornos mentales comunes en el entorno de salud ocupacional: la intervención realizó consultas psiquiátricas con los trabajadores.	Resultados: A los tres meses de seguimiento, el 58% del grupo intervención regreso al trabajo frente al 44% del grupo de control, un hallazgo significativo ($P = 0,0093$). Al final del período de seguimiento de seis meses, el regreso al trabajo fue del 84% en el grupo control 85% en el grupo intervención, pero, no hubo diferencia significativa diferencia significativa ($P = 0,0574$).
Intervención Activadora Innovadora: en su estudio, la intervención aplicó sesiones cognitivas conductuales con los trabajadores y explicó la intervención al empleador.	Resultados: A los tres meses de seguimiento, el 78% del grupo intervención regreso al trabajo en comparación con el 63% del grupo control ($P=0,02$). A los 12 meses el 100% de los dos grupos regresaron al trabajo.
Programa Participativo de Regreso al Trabajo: Propuso un Programa Participativo de Regreso al Trabajo. Se realizaron reuniones entre el trabajador y un coordinador del regreso laboral para identificar y priorizar los obstáculos para el regreso al trabajo.	Resultados: La mediana de tiempo hasta el primer regreso al trabajo sostenible fue de 161 días (IQR 88–365 días) en el grupo intervención y 299 días (IQR 71–365 días) en el grupo control (prueba de rango logarítmico; $P = 0,12$). El nuevo programa de regreso al trabajo resultó en un retraso no significativo en regreso al trabajo durante los primeros 90 días, seguido de una ventaja significativa en la tasa de regreso después de 90 días (cociente de riesgo de 2,24 [intervalo de confianza del 95% 1,28-3,94] $P = 0,005$).
Intervención de atención colaborativa con enfoque al regreso al trabajo: En su estudio, la intervención contempló sesiones individuales con los trabajadores, evaluación del lugar de trabajo con ajustes y una reunión entre empleador y trabajador para identificar barreras para el regreso al trabajo y un plan de soluciones.	Resultados: En el seguimiento de 1 año, el 64,6% de los participantes del grupo intervención y el 59,0% de los participantes del grupo control habían logrado regreso al trabajo completo y duradero. Los dos grupos no difirieron significativamente ($B = -0,198$, $SE = 0,234$, $p > 0,05$; IC del 95%: -0,657 a 0,261). El número medio de días de ausencia por enfermedad en todo el período de seguimiento fue de 198 en el grupo intervención (DE 120 días) y 215 en el grupo control (DE 118 días) y no difieren significativamente entre ambos grupos ($p > 0,05$).
Intervención combinada basada en la web: La intervención utilizó un modelo psicoeducativo para la resolución de problemas con los trabajadores.	Resultados: La mediana del número total de días de ausencia por enfermedad en el período de seguimiento de 1 año fue de 228 días (IQR 111,0-365,0) en el grupo control y 174 días (IQR 100,0-321,0) en el grupo intervención (prueba de Mann-Whitney; $P = .10$), y no hubo diferencia estadísticamente significativa.
Terapia cognitivo-conductual más reunión con directivos: La intervención realizó sesiones centradas en el trabajo con los trabajadores, además, de una intervención de diálogo con el trabajador, empleador, supervisor y terapeuta para identificar y solucionar obstáculos para el regreso al trabajo.	Resultados: La proporción de participantes que regresaron al trabajo al final del tratamiento no difirió entre los grupos ($\chi^2 = 0.026$, $gl = 1$, $p = 0.872$)

dolor lumbar y 5,2% (1) por trastornos del manguito rotador. Respecto a las intervenciones que abordaron los trastornos de salud mental, 15,7% (3) fueron por trastornos mentales comunes, 15,7% (3) sobre

depresión, 10.5% (2) abordaron estrés y 5,2% (1) sobre angustia.

La variable de resultado primario que se describió en el 100% (19) de los artículos fue el regreso al trabajo,

con un periodo de seguimiento que vario entre las 4 semanas y los 42 meses en 18 intervenciones (94.7%) y, una intervención no presentó periodo de seguimiento.

Se puede observar en la Tabla 2 que, las intervenciones “Intervención Ergonómica en el lugar de trabajo” (Arnetz, 2003⁽¹²⁾), “Rehabilitación Laboral Coordinada y Personalizada” (Bultmann, 2009⁽¹⁶⁾), “Cuidado Integral” (Lambeek, 2010⁽²¹⁾), “Tratamiento habitual más terapia ocupacional” (Schene, 2007⁽²³⁾), “Entrenamiento de fortalecimiento laboral basado en el lugar de trabajo” (Shu-Kei Cheng, 2007⁽²⁴⁾), “Intervención Activadora Innovadora” (Van der Klink, 2003⁽²⁶⁾) y “Programa Participativo de Regreso al Trabajo” (Vermeulen, 2011⁽²⁷⁾) encontraron diferencias significativas a favor de los grupos sometidos a las intervenciones.

La “Intervención Ergonómica en el lugar de trabajo” propuesta por Arnetz, 2003⁽¹²⁾, en los tres periodos de evaluación (6, 6-12 y 0-12 meses), el número de días de enfermedad fue significativamente menor en el grupo intervención en comparación con control. En el grupo intervención, participaron 65 trabajadores de baja por trastornos musculoesqueléticos en comparación con 72 trabajadores en el grupo control. En la intervención, se aplicó una entrevista a los participantes con el fin de obtener una mejor visión de las preferencias de los empleados y el grado de control interno sobre el proceso de rehabilitación, su visión del estado de salud actual, el trabajo y la situación social. El empleado, el administrador de casos de la Agencia Seguradora, el terapeuta ocupacional / ergonomista y el empleador, aproximadamente una semana después, se reunieron en el lugar de trabajo del empleado. El ergonomista evaluó los factores estresantes físicos y psicosociales mientras el empleado realizaba sus tareas laborales habituales, planteando mejoras ergonómicas cuando fueran necesarias. Posteriormente, se aplicó un programa de capacitación que incluía información sobre las tareas de trabajo adaptadas a la capacidad del empleado, el tiempo asignado para cada sesión de capacitación, semanas de capacitación y un programa para el aumento sucesivo de la carga de trabajo. Concretamente, cuando era necesario, se mejoraron

las herramientas ergonómicas, se cambiaron las tareas de trabajo, se inició la formación profesional y los empleados fueron derivados a una clínica de salud ocupacional.

La intervención “Rehabilitación Laboral Coordinada y Personalizada” propuesta por Bultmann, 2009⁽¹⁶⁾, direccionada a los trabajadores de baja médica por dolor lumbar, contó con 66 participantes en el grupo intervención y 47 en el grupo control. En todo el periodo de seguimiento, el número de horas de ausencia por enfermedad fue significativamente menor en el grupo intervención en comparación con el grupo control. La intervención aplicó un programa de rehabilitación que consistió en un examen de discapacidad laboral (evaluación sistemática y multidisciplinaria de la discapacidad y el funcionamiento, así como la identificación de barreras para el regreso al trabajo) y la implementación de un plan de rehabilitación laboral coordinado, adaptado y orientado a la acción, desarrollado en colaboración por un equipo interdisciplinario (médico ocupacional, un fisioterapeuta ocupacional, un quiropráctico, un psicólogo y un trabajador social), utilizando un enfoque guiado por retroalimentación. En este plan para el regreso al trabajo se distinguieron áreas de acción dirigida al trabajador ausente, de acción dirigida al lugar de trabajo (por ejemplo, alojamiento en el lugar de trabajo) y de acción dirigida a las barreras en el medio ambiente.

En cuanto a la intervención “Cuidado Integral” de Lambeek, 2010⁽²¹⁾, durante los 12 meses de seguimiento, la mediana del número de días de baja por enfermedad en el grupo intervención fue de 82 (rango intercuartílico de 51 a 164 días) en comparación con 175 (91 a 365) en el grupo control. Esta diferencia fue significativa (prueba U de Mann-Whitney; $P = 0,003$). Fueron contemplados los trabajadores de baja médica por dolor lumbar crónico con 66 participantes en el grupo intervención y 68 en el grupo control. La intervención fue aplicada en el lugar de trabajo con enfoque en la ergonomía participativa y un programa de actividades graduadas, basado en principios cognitivos conductuales que fue coordinada por un médico clínico ocupacional y ejecutada por un equipo formado por un médico

ocupacional clínico, un especialista médico, un terapeuta ocupacional y un fisioterapeuta. En el lugar de trabajo, se observó los obstáculos para el regreso al trabajo clasificados de forma independiente por el supervisor y el trabajador, acompañado por una discusión de las posibles soluciones a los obstáculos entre el terapeuta ocupacional, el supervisor y el trabajador.

La intervención "Tratamiento habitual más terapia ocupacional" de Schene, 2007⁽²³⁾ fue destinada a los trabajadores con depresión mayor (30 trabajadores en el grupo intervención y 32 en el control). Presentó una diferencia significativa desde la primera toma de datos, cuya, media de días para el regreso al trabajo fue de 207 días para el grupo intervención y 299 días para el control. La intervención consistió en sesiones de terapia grupales e individuales que contemplaron preparación de la reintegración del trabajo, contacto con el lugar de trabajo y, si era posible, comenzar a trabajar. En las sesiones individuales se realizaron análisis adicionales de la relación entre el trabajo y la depresión, exploración de problemas laborales y apoyo y evaluación de la reanudación del trabajo.

En la propuesta de Shu-Kei Cheng, 2007⁽²⁴⁾, la intervención "Entrenamiento de fortalecimiento laboral basado en el lugar de trabajo", el valor de Chi-cuadrado de Pearson alcanzó una significancia estadística. Fue una intervención destinada a trabajadores (grupo intervención: 46 y control: 48) en baja médica por trastorno del manguito rotador, que aplicó un programa de entrenamiento basado en rehabilitación de la lesión del manguito rotador. Además, contemplo comunicaciones entre el entrenador de trabajo con el supervisor del trabajador lesionado en el lugar de trabajo para organizar tareas de trabajo adecuadas como medios de tratamiento que fuesen apropiados para el estado funcional actual del trabajador lesionado.

La "Intervención Activadora Innovadora" de Van der Klink, 2003⁽²⁶⁾, presento significancia a los tres meses de seguimiento, cuando el 78% del grupo intervención regresó al trabajo en comparación con el 63% del grupo control ($P=0,02$). Fue destinada a

los trabajadores con trastorno de adaptación (grupo intervención: 109 y control: 83). La intervención comprendió un enfoque de actividad gradual y se basó en un modelo de tres etapas, parecido al entrenamiento de inoculación de estrés (una forma altamente efectiva de tratamiento cognitivo conductual). En la primera etapa se hizo énfasis en la información: comprender el origen y la causa de la pérdida de control. También se estimuló a los pacientes a realizar actividades diarias menos exigentes. Los trabajadores fueron entrenados en múltiples intervenciones prescriptivas cognitivo-conductuales para estimular la adquisición de habilidades de resolución de problemas por parte de los pacientes y para estructurar las actividades diarias de los pacientes. Se realizó al menos tres contactos con la dirección de la empresa en los primeros tres meses. Para el grupo de intervención se prescribió al menos una sesión después de la reanudación del trabajo, centrada en la prevención de recaídas.

Por último, el "Programa Participativo de Regreso al Trabajo" propuesto por Vermeulen, 2011⁽²⁷⁾, para trastornos musculoesqueléticos, presentó una ventaja significativa en la tasa de regreso al trabajo después de 90 días de la intervención. Participaron 79 trabajadores en el grupo intervención y 83 en el grupo control. Se aplicó un programa participativo de retorno al trabajo que consistió en reuniones entre el trabajador y el coordinador de retorno laboral, y entre el experto laboral de la agencia de seguridad social y el coordinador del retorno laboral para la clasificación de los obstáculos identificados para el regreso al trabajo. Se elaboró un plan de retorno al trabajo basado en el consenso que describió los obstáculos prioritarios para el regreso al trabajo, las soluciones basadas en el consenso, la persona responsable de la implementación de cada solución seleccionada, y una ruta de tiempo cuando se debería llevarse a cabo.

Se observa que estas intervenciones que articulan acciones con los trabajadores, en el lugar de trabajo y con los empleadores, podrían aumentar el regreso al trabajo a los 6 y 12 meses y probablemente reducir el ausentismo laboral.

Discusión

Respecto de las enfermedades musculoesqueléticas consideradas en las intervenciones, los trastornos musculoesqueléticos, entre ellos, las lesiones musculoesqueléticas inespecíficas y el dolor lumbar fueron los más frecuentes y, llama la atención por su inespecificidad y por lo tanto su causa. Autores concuerdan que la mayoría de los episodios de dolor lumbar no tiene una causa específica, pero, en general son consideradas enfermedades laborales⁽³¹⁾.

En cuanto a los trastornos de salud mental, las intervenciones fueron diseñadas para los trastornos mentales comunes, depresión, estrés y angustia, siendo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión y la ansiedad los trastornos que más generan discapacidad⁽³²⁾.

Los resultados de significancia estadística encontrados posterior a la aplicación de las intervenciones, dejó claro que los procedimientos relacionados con los trabajadores articulados con el local del trabajo y los empleadores resultan más beneficiosos.

Un estudio de revisión sistemática que evaluó la efectividad de intervenciones de rehabilitación en el lugar de trabajo para trabajadores lesionados con dolor lumbar encontró que, intervenciones ergonómicas como ergonomía participativa, adaptación del lugar de trabajo, adecuación de las tareas laborales y adaptación de las horas de trabajo, fueron efectivas para el regreso más rápido de los trabajadores⁽³³⁾.

En cuanto a intervenciones destinadas a los empleadores, un estudio presentó una revisión sistemática y una síntesis de la evidencia sobre la efectividad de las intervenciones gubernamentales para influir en las prácticas laborales de los empleadores en relación con las personas discapacitadas y con enfermedades crónicas en cinco países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Las intervenciones destinadas a cambiar la conducta de los empleadores más promisoras se enfocaron en los incentivos económicos para contratar trabajadores discapacitados, apoyo

para hacer el ambiente de trabajo más accesible y planes para involucrar a los empleadores en la planificación del regreso al trabajo de sus empleados. Según los autores, estas intervenciones tienen poca aceptación y, por lo tanto, no causan impacto⁽³⁴⁾.

En relación con los trastornos de salud mental, un estudio de revisión sistemática analizó intervenciones para mejorar el regreso al trabajo en personas con depresión. La evidencia de calidad moderada sugirió que agregar una intervención dirigida al trabajo a una intervención clínica redujo el número de días de baja por enfermedad en comparación con una intervención clínica sola, lo cual es coherente con la intervención propuesta por Schene, 2017⁽³⁵⁾.

Por otra parte, otro estudio de revisión sistemática sobre intervenciones para el regreso al trabajo de trabajadores con enfermedad laboral encontró que los programas de reincorporación al trabajo reducían las bajas prolongadas por enfermedad, pero no la proporción que regresaba al trabajo, enfatizando en el beneficio de involucrar al lugar de trabajo en los esfuerzos de rehabilitación. Los autores concluyen que, en cuanto, principalmente, a la discapacidad crónica, la rehabilitación médica debe combinarse con la rehabilitación profesional, siendo fundamental que el lugar de trabajo se integre en la rehabilitación⁽³⁶⁾.

Respecto a las limitaciones, a pesar de los estudios incluidos presentaren homogeneidad en cuanto al diseño y, principalmente en cuanto a las medidas de la variable de resultado, se ha de tener en consideración que, una asignación aleatoria incorrecta o sin ocultación de la secuencia, un enmascaramiento incorrecto o la pérdida de participantes pueden sesgar notablemente los resultados. Sin embargo, los resultados pueden generar hipótesis para futuros estudios. Se destaca que estas intervenciones articularon la identificación de la discapacidad laboral y las barreras para el regreso al trabajo con planes de rehabilitación laboral coordinado, adaptado y orientado al trabajador. Además, las planificaciones para el regreso al trabajo eran realizadas en conjunto con el trabajador, los empleadores y con la mirada al lugar de trabajo.

Conclusiones

A la luz del objetivo propuesto, se concluye que de las 19 (100%) intervenciones diseñadas para el regreso al trabajo de trabajadores en baja médica por trastornos musculoesqueléticos y de salud mental, 7 (36,8%) presentaron relaciones estadísticamente significantes a favor de los grupos intervenidos.

Las características de las intervenciones fueron tratamientos enfocados en la enfermedad del trabajador, la identificación de las barreras para el regreso al trabajo, la construcción de un plan de rehabilitación laboral coordinado, adaptado y orientado al trabajador, intervenciones en el lugar de trabajo y planificación con el empleador para las mejoras en el lugar de trabajo.

Bibliografía

1. Organización Panamericana de Salud. OPS/OMS estima que hay 770 nuevos casos diarios de personas con enfermedades profesionales en las Américas. (internet). [Citado 01 de junio de 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8606:2013-paho-who-estimates-770-new-cases-daily-people-occupational-diseases-americas&Itemid=135&lang=es
2. McDermott H, Haslam C, Clemes S, Williams C, Haslam R. Investigation of manual handling training practices in organisations and beliefs regarding effectiveness. *Int J Ind Ergon*. 2012;42(2):206-11.
3. Fernandes CS, Couto G, Carvalho R, Fernandes D, Ferreira P. Self-reported work-related musculoskeletal disorders among health professionals at a hospital in Portugal. *Rev bras med trab*. 2018; 16(3): 353-359.
4. Arias Almonacid D, Rodríguez Gómez A, Zapata Díaz J, Vásquez Trespalacios E M. Incapacidad laboral por desórdenes musculo esqueléticos en población trabajadora del área de cultivo en una empresa floricultora en Colombia. *Rev Asoc Esp Med Trab*. 2018; 27(3): 125-188.
5. Organización Mundial de la Salud. Salud mental en el lugar de trabajo. Hoja informativa. (internet). Octubre de 2017 [Citado 05 de junio de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/es/
6. Pardo JMV. Reflection on problems return to work after long medical disabilities. *Med Segur Trab* (Internet) 2016; [Citado 05 de junio de 2020];62 (242):49-65. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v62n242/inspeccion.pdf>
7. Peiró JM, Rodríguez-Molina I, González-Morales MG. El absentismo laboral: antecedentes, consecuencias y estrategias de mejora. Valencia: Universitat de Valencia; 2008.
8. Carrillo DK, Montes LC, Giraldo J, Méndez JM, Cruz MA, Vásquez EM et al. Absentismo laboral por incapacidad médica en un centro de contacto de la ciudad de Medellín en el periodo 2016-2017. *Rev Asoc Esp Espec Med Trab* 2019; 28: 49-56
9. Santi DB, Barbieri AR, Cheade M de FM. Absenteísmo-doença no serviço público brasileiro: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Med Trab*. 2018;16(1):71-81.
10. Lacaz FA de C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(4):757-66.
11. Vogel N, Schandelmaier S, Zumbunn T, Ebrahim S, de Boer WEL, Busse JW, Kunz R. Return-to-work coordination programmes for improving return to work in workers on sick leave. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 3. Art. No.: CD011618. DOI: 10.1002/14651858.CD011618.pub2.
12. Arnetz BB, Sjögren B, Rydén B, Meisel RBA. Early Workplace Intervention for Employees With Musculoskeletal-Related Absenteeism: A Prospective Controlled Intervention Study. *JOEM*. 2003;45(5): 499-506. DOI: 10.1097/01.jom.0000063628.37065.45
13. Bakker IM, Terluin B, van Marwijk HWJ, van der Windt DAWM, Rijmen F, van Mechelen W, et al. A Cluster-Randomised Trial Evaluating an Intervention for Patients with Stress-Related Mental Disorders and Sick Leave in Primary Care. *PLOS Clin Trial*. 2007; 2(6): e26. <https://doi.org/10.1371/journal.pctr.0020026>
14. Beck BD, Hansen AM, Gold H. Coping with Work-Related Stress through Guided Imagery and Music (GIM): Randomized Controlled Trial. *Journal of Music*

Therapy. 2015;52(3), 2015, 323–352 doi:10.1093/jmt/thv011

15. Brendbekken R, Hege RE, Grasda A, Harris A, Hagen EM, Tangen T. Return to Work in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain: Multidisciplinary Intervention Versus Brief Intervention: A Randomized Clinical Trial. *J Occup Rehabil*. 2017; 27:82–91. DOI 10.1007/s10926-016-9634-5

16. Bultmann U, Sherson D, Olsen J, Hansen CL, Lund T, Kilsgaard J. Coordinated and Tailored Work Rehabilitation: A Randomized Controlled Trial with Economic Evaluation Undertaken with Workers on Sick Leave Due to Musculoskeletal Disorders. *J Occup Rehabil*. 2009; 19:81–93 DOI 10.1007/s10926-009-9162-7

17. Haldorsen EMH, Kronholm K, Skouen JS, Ursin H. Multimodal Cognitive Behavioral Treatment of Patients Sicklisted for Musculoskeletal Pain. A randomized controlled study. *Scand J Rheumatol*. 1998; 27:16–25.

18. Hees HL, Vries G, Koeter MWJ, Schene AH. Adjuvant occupational therapy improves long-term depression recovery and return-to-work in good health in sick-listed employees with major depression: results of a randomised controlled trial. *Occup Environ Med*. 2013; 70:252–260. doi:10.1136/oemed-2012-100789

19. Hlobil H, Staal JB, Twisk J et al. The Effects of a Graded Activity Intervention for Low Back Pain in Occupational Health on Sick Leave, Functional Status and Pain: 12-Month Results of a Randomized Controlled Trial. *J Occup Rehabil*. 2015; 15, 569–580. <https://doi.org/10.1007/s10926-005-8035-y>

20. Jensen C, Jense OK, Christiansen DH, Nielsen CV. One-Year Follow-Up in Employees Sick-Listed Because of Low Back Pain Randomized Clinical Trial Comparing Multidisciplinary and Brief Intervention. *SPINE*. 2011; 36 (15): 1180–1189. DOI: 10.1097/BRS.0b013e3181eba711

21. Lambeek LC, van Mechelen W, Knol DL, Loisel P, Anema JR. Randomised controlled trial of integrated care to reduce disability from chronic low back pain in working and private life. *BMJ*. 2010; 340:c1035. DOI:10.1136/bmj.c1035

22. Leon L, Jover J, Candelas G, Lajas C, Vadillo C, Blanco M et al. Effectiveness of an Early Cognitive-

Behavioral Treatment in Patients with Work Disability Due to Musculoskeletal Disorders. *Arthritis Care Res*. 2009; 61(7): 996–1003 DOI 10.1002/art.24609

23. Schene AH, Koeter MW, Kikkert MJ, Swinkels JA, McCrone P. Adjuvant occupational therapy for work-related major depression works randomized trial including economic evaluation. *Psychological Medicine*. 2007; 37, 351–362. doi:10.1017/S0033291706009366.

24. Cheng AS, Hung L. Randomized Controlled Trial of Workplace-based Rehabilitation for Work-related Rotator Cuff Disorder. *J Occup Rehabil*. 2007; 17:487–503. DOI 10.1007/s10926-007-9085-0

25. van der Feltz-Cornelis CM, Hoedeman R, J de Jong E, Meeuwissen JAC, Drewes HW, van der Laan NC, Adèr HJ. 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*. 2010; 6 375–385.

26. van der Klink JJL, Blonk RWB, Schene AH, van Dijk FJH. Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders.: a cluster randomised controlled design. *Occup Environ Med*. 2003; 60:429–437.

27. Vermeulen SJ, Anema JR, Schellart AJM, Knol DL, van Mechelen W, van der Beek AJ. A Participatory Return-to-Work Intervention for Temporary Agency Workers and Unemployed Workers Sick-Listed Due to Musculoskeletal Disorders: Results of a Randomized Controlled Trial. *J Occup Rehabil*. 2011; 21:313–324. DOI 10.1007/s10926-011-9291-7

28. Vlasveld MC, van der Feltz-Cornelis CM, Adèr HJ, Anema JR, Hoedeman R, van Mechelen W, Beekman ATF. Collaborative care for sick-listed workers with major depressive disorder: a randomised controlled trial from the Netherlands Depression Initiative aimed at return to work and depressive symptoms. *Occup Environ Med*. 2013; 70:223–230. doi:10.1136/oemed-2012-100793

29. Volker D, Zijlstra-Vlasveld MC, Anema JR, Beekman AT, Brouwers EP, Emons WH, van Lomwe, AG, van der Feltz-Cornelis CM. 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. *Journal of medical Internet research*. 2015; 17(5), e116. <https://doi.org/10.2196/jmir.4097>

30. de Weerd B.J, van Dijk,MK, van der Linden JN, Roelen CA, Verbraak MJ. 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 (Reading, Mass.)*. 2016;54(3), 647-655. <https://doi.org/10.3233/WOR-162307>

31. Murray CJL. Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study *Lancet*. 2018; 392:1789-1858.

32. Organización Mundial de la Salud. Salud mental en el lugar de trabajo. Hoja informativa. Datos y cifras. Mayo de 2019. [Citado 05 de diciembre de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/es/

33. Williams RM, Westmorland MG, Lin CA, Schmuck G, Creen M. Effectiveness of workplace rehabilitation interventions in the treatment of work-related low back pain: A systematic review. *Disability and Rehabilitation*. 2007; 29(8): 607 - 624.

34. Clayton S, Barr B, Nylen L, Burström B, Thielen K, Diderichsen F, Dahl E, Whitehead M. Effectiveness of return-to-work interventions for disabled people: a systematic review of government initiatives focused on changing the behaviour of employers. *European Journal of Public Health*. 2012;22(3):434-439. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr101>

35. 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;3(12):CD006237. doi: 10.1002/14651858.CD006237

36. Kuoppala J, Lamminpää A. Rehabilitation and work ability: a systematic literature review. *J Rehabil Med*. 2008;40(10):796-804. doi: 10.2340/16501977-0270. PMID: 19242615.