

Papel de la psicoterapia en la reducción del absentismo sobre trabajadores con depresión y/o ansiedad: Revisión Sistemática

Inmaculada Cano Trigueros⁽¹⁾, *Andrea Pereira Torrado*⁽²⁾, *Pamela Aida Núñez Casco*⁽³⁾,
Gabriela Eliana Ayala Gonzáles⁽⁴⁾

¹Residente de Medicina del Trabajo del Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. Castilla y León. España.

²Residente de Medicina del Trabajo del Hospital Universitario de Vigo. Vigo. Galicia. España.

³Residente de Medicina del Trabajo del Hospital Universitario de León. León. Castilla y León. España.

⁴Residente de Medicina del Trabajo del Hospital Universitario Rio Ortega de Valladolid. Valladolid. Castilla y León. España

Correspondencia:

Inmaculada Cano Trigueros

Dirección: C/Carniceros, 8,370002 Salamanca.

Correo electrónico: icanotr@saludcastillayleon.es

La cita de este artículo es: Inmaculada Cano Trigueros et al. Papel de la psicoterapia en la reducción del absentismo sobre trabajadores con depresión y/o ansiedad: Revisión Sistemática. Rev Asoc Esp Espec Med Trab 2022; 31(4): 428-440

RESUMEN.

Objetivo: Sintetizar la evidencia encontrada sobre la efectividad de diferentes tipos de psicoterapia destinadas a reducir la ausencia por enfermedad en trabajadores con trastorno depresivo y/o de ansiedad.

Método: Se realizó una revisión sistemática en las bases de datos electrónicas de MEDLINE (PubMed), EMBASE, The Cochrane Library, Scopus, Web of Science.

Resultados: En total se incluyeron 3121 pacientes. El diagnóstico de la enfermedad se realiza basándose en el DSM-IV o CIE 10. Para la reducción de síntomas ansioso/depresivos, los resultados han variado entre un máximo del 78% de recuperación a un mínimo del 22% dependiendo del tipo de psicoterapia empleada. En cuanto al ámbito laboral, se ha observado una disminución del absentismo con máxima del 53%.

ROLE OF PSYCHOTHERAPY IN REDUCING ABSENTEEISM IN WORKERS WITH DEPRESSION AND/OR ANXIETY: A SYSTEMATIC REVIEW

ABSTRACT

Objective: To synthesize the evidence found on the effectiveness of different types of psychotherapy aimed to reduce sickness absence in workers with depressive and/or anxiety disorder.

Method: A systematic review was performed using the electronic data base from MEDLINE (PubMed), EMBASE, The Cochrane Library, Scopus and Web of Science

Results: 3121 patients were included. The diagnosis is made mostly based on the DSM-IV or ICD 10. In terms for the reduction of anxious/depressive symptoms after therapy, the results have varied between

Conclusiones: El uso de diferentes tipos de psicoterapia en los pacientes con trastorno depresivo y/o ansiedad, reducen las ausencias por enfermedad en los trabajadores.

Palabras clave: Depresión; Psicoterapia; Ausentismo; Salud laboral; Terapia; Trabajadores.

a maximum of 78% recovery to a minimum of 22% depending on the type of psychotherapy used. In relation to the workplace, it has been measured by the decrease in absenteeism, with a maximum reduction of 53%.

Conclusions: The use of different types of psychotherapy in patients with depressive and/or anxiety disorders reduces absences due to illness in workers.

Keywords: Depression, Psychotherapy, Absenteeism, Occupational Health, Therapy, Workers.

Fecha de recepción: 25 de mayo de 2022

Fecha de aceptación: 19 de diciembre de 2022

Introducción

La depresión es el mayor contribuyente individual a la pérdida de salud no mortal en todo el mundo, y, sin lugar a dudas, causa una enorme carga negativa en la calidad de vida, la sociedad, los sistemas de salud y la economía⁽¹⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que la depresión es la cuarta enfermedad que más incapacidad provoca en el mundo⁽²⁾. Si se tiene en cuenta además otros trastornos mentales con alta prevalencia como la ansiedad o el trastorno por adaptación, veremos su alto alcance en la población activa a nivel mundial⁽³⁾.

Esta enfermedad representa un factor capital en el absentismo laboral^(1,4,5), en el aumento de accidentes laborales⁽⁶⁾ y la jubilación anticipada^(1,6) ya que, por lo regular, suele presentarse en la edad media de la vida donde se desarrolla la gran parte de vida

laboral activa⁽²⁾. Además, también se ha demostrado que episodios repetidos de bajas prolongadas y situaciones de absentismo pueden predecir mayor posibilidad de invalidez en el futuro⁽⁵⁾.

Económicamente, los costes para las empresas son muy altos, se estima que la pérdida de productividad ronda los millones de euros; valorándose pérdidas más altas por esta enfermedad que inclusive por la enfermedad cardiovascular^(1,3,4,5). En los 28 países de la Unión Europea, el coste total de los problemas de salud mental supera los 600.000 millones de euros⁽¹⁾.

La psicoterapia suele ser la primera forma de tratamiento recomendada para la depresión. Esta terapia involucra una variedad de técnicas de tratamiento. Y aunque esta se puede realizar en diferentes formatos, también existen varios enfoques diferentes que los profesionales de la salud mental pueden adoptar para brindar terapia.

TABLA 1: FORMATO PICO: PALABRAS CLAVES

Población	Trabajadores con depresión y/o ansiedad
Intervención	Psicoterapia
Resultados (Outcomes)	Disminución del ausentismo
Pregunta de investigación	Papel de la psicoterapia en la reducción del ausentismo en trabajadores con depresión y/o ansiedad.
Fuente: elaboración propia	

Cada vez se realizan más estudios sobre el tratamiento de la depresión y ansiedad, y sobre aquellas intervenciones que se pueden llevar a cabo para mejorar la situación de absentismo y las bajas de larga duración⁽³⁾. Recientemente se ha investigado la aplicación de distintas técnicas, como terapia cognitivo conductual (TCC) con enfoque personal ya valorada como una técnica efectiva⁽⁵⁾, terapia cognitivo conductual con enfoque laboral (3), terapia de aceptación y compromiso (ACT)⁽⁵⁾, terapia cognitivo conductual proporcionada por Internet (iCBT)^(1,7), ejercicio físico⁽⁸⁾, terapia cognitivo conductual administrada por teléfono⁽²⁾ o terapias de corta duración entre otras.

La autoeficacia laboral es un concepto que también se tiene en cuenta en muchos de los estudios y consiste en una circunstancia multifactorial de la persona relacionada con su nivel de motivación y compromiso y que puede ser un factor que puede predecir si las terapias y que tipo serán más o menos eficaces en según qué tipo de trabajadores y en la predisposición y mantenimiento de los cambios^(3,9). Aunque existen estudios que identifican resultados positivos con las distintas terapias que se van estudiando y aplicando los resultados son dispares⁽⁵⁾. Los diferentes criterios de inclusión, la superposición de síntomas de depresión con otras patologías como el agotamiento laboral o Burnout, factores temporales, ambientales, perspectiva de género, pueden ser algunos de los factores limitantes⁽⁵⁾.

En estudios realizados se han valorado efectos positivos de la terapia cognitivo conductual (TCC) en la prevención del absentismo y en la reducción en la duración total de los días de baja^(5,8). Los tratamientos donde se unen técnicas cognitivo-conductuales con

técnicas además orientadas a resolución de conflictos en el ámbito laboral parecen estar dando los mejores resultados⁽³⁾. De forma general los trabajadores⁽³⁾ con nivel más alto de autoeficacia⁽⁹⁾ suelen tener mejores resultados cuando realizan terapias de tipo cognitivo conductual. En resumen, podría decirse que el uso de estas técnicas está aportando resultados positivos de forma general pero aún no existen resultados concluyentes sobre esto.

Objetivos

El objetivo primario de esta revisión fue:

- Sintetizar la evidencia sobre la efectividad de diferentes tipos de psicoterapia destinadas a reducir las ausencias por enfermedad en trabajadores con trastorno depresivo y/o de ansiedad.

Como objetivo secundario tratamos de:

- Evaluar cuales podrían ser las intervenciones que mejores efectos tienen en la disminución del absentismo laboral.
- Identificar si el tratamiento psicoterapéutico disminuye la sintomatología depresiva o ansiosa en la población estudiada.
- Identificar la efectividad de aquellas intervenciones dirigidas al trabajo, es decir, aquellas que abordan el trabajo como parte del tratamiento terapéutico.

Metodología

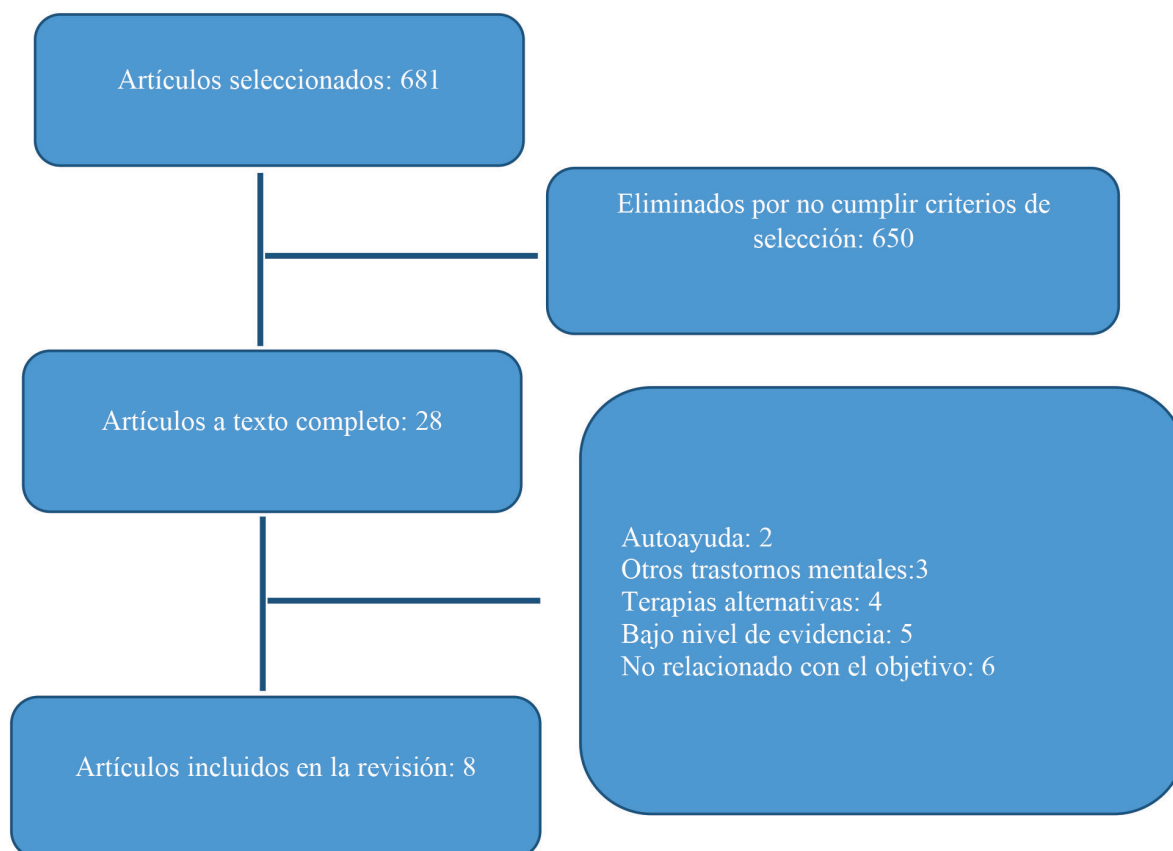
Diseño del estudio

Se realizó una búsqueda sistemática de estudios, siguiendo los criterios de la Declaración PRISMA⁽¹⁰⁾,

TABLA 2. CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSION	CRITERIOS DE EXCLUSION
Artículos con alto grado de evidencia científica. Ensayos clínicos aleatorizados o no, revisiones sistemáticas, metaanálisis o estudios observacionales	Estudios de baja calidad de evidencia científica como cartas al editor, serie de casos.
La población incluida debían ser adultos mayores de 18 años, trabajadores activos, de baja o con algún tipo de beneficio y experiencia laboral.	Estudios donde el resultado era de impacto económico.
Diagnóstico de depresión, trastorno de ansiedad o sintomatología compatible	Estudios que incluían otros tipos de trastornos mentales como Estrés, Trastorno bipolar o TOC.
La intervención debía ser exclusivamente alguna forma de psicoterapia dirigida por psicólogo clínico o terapeuta especializado.	Aquellos donde la terapia indicada era la autoayuda.
El estudio se publica en inglés-castellano.	Estudios en otro idioma diferentes al inglés o castellano.
Estudios publicados entre 2011-2021	Si había algún tipo de tratamiento farmacológico como medida de comparación.

Fuente: elaboración propia.

FIGURA 1. RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA.

Fuente: elaboración propia

TABLA 3. CARACTERÍSTICAS

	Brenninkmeijer V et al. ⁽³⁾	Finnes A et al. ⁽⁵⁾	WormgoorM et al. ⁽¹⁸⁾	Gjengedal RHG et al. ⁽¹⁴⁾
Tipo estudio	EC no aleatorizado	ECA	ECA	EC no aleatorizado
País, año	Países Bajos, 2018	Suecia, 2017	Noruega, 2020	Noruega, 2020
Duración	1 año	9 meses	2 años	3 años
N	168	352	287	231
Sexo (mujer: varón)	101:67	276:76	187:100	182:49
Edad (media)	40,7	46,3	41,6	38,7
Intervención	- R-CBT (N 79) - W-CBT (N 89)	- ACT (N89) - WDI (N87) - ACT+WDI (N 88) - TAU (N88)	- Brief PST (N 141) - Short PST (N 143)	- Control (N 95) - W-MTC/CBT (N 87)
Sesiones	11,4 R-CBT 11,1 W-CBT (media)	6	4 Brief PST 8 Short PST (mediana)	10,4 (media)
Formato	Presencial	Presencial	Presencial	Presencial
Síntomas valorados	- Depresión - Ansiedad	- Depresión - Ansiedad	- Depresión - Ansiedad	- Depresión - Ansiedad
Diagnóstico	DSM-IV	CIE10	- BDI/BAI	- BDI/BAI - CIE 10

Fuente: elaboración propia.

Notas: R-CBT=Terapia cognitivo conductual regular; W-CBT=Terapia cognitivo conductual centrada en el trabajo; ACT= terapia de aceptación y compromiso; WDI= intervención en el lugar de trabajo; TAU= tratamiento habitual; Brief PST=terapia breve centrada en el afrontamiento; W-MTC: meta terapia cognitiva centrada en trabajo; WFI=intervención enfocada en el trabajo; TSP=terapia resolución problemas; ECA=ensayo clínico aleatorizado; BDI=inventario depresión de Beck; BAI=inventario ansiedad de Beck; PHQ-9=cuestionario de salud del paciente; GAD-7=escala de ansiedad generalizada; ICD=clasificación internacional de enfermedades; HDRS= escala clasificación depresión Hamilton.

que proporcionó resultados para determinar si las intervenciones de psicoterapia disminuyen el ausentismo en trabajadores con depresión o ansiedad. Haciendo uso del formato “PICO” se formuló la pregunta de investigación de la cual se obtuvieron las palabras claves utilizadas para la búsqueda, tal como se muestra en la Tabla 1.

Estrategia de búsqueda

La búsqueda se realizó en las bases de datos electrónicos de MEDLINE (PubMed), EMBASE, The Cochrane Library, Web of Science y Scopus.

Se utilizó la web de la National Library of Medicine para identificar los descriptores de búsqueda del Medical Subject Headings (MeSH), considerándose “Psychotherapy”, “Depression” y “Absenteeism” como descriptores y texto libre en título y resumen.

La ecuación de búsqueda principal se desarrolló con la utilización de conectores booleanos AND y OR para la unión de términos. Esta misma estrategia se adaptó a las características de las demás bases de datos utilizadas (Tabla 2). El período de búsqueda fue desde 1 enero 2011 hasta el 31 de diciembre

DE LOS ESTUDIOS.

Kröger C et al. ⁽¹⁷⁾	Knapstad M et al. ⁽¹⁶⁾	Lerner, D et al. ⁽¹³⁾	Beiwinkel T et al. ⁽¹⁵⁾
ECA	Estudio Cohortes	ECA	ECA
Alemania, 2014	Noruega, 2020	EEUU, 2015	Alemania, 2017
1 año	1 año	4 meses	6 meses
26	1446	431	180
8:18	1085:361	309:122	123:57
41,85	51.7% entre 30-49 años	54,7	47,7
- W-CBT (N 13) - CBT-AU (N 13)	CBT (N1446)	- WFI (N 217) - TAU (N 214)	- Control /No psicoterapia (N 80) - CBT por internet (N 100)
20-25	15	8	12
Presencial	Presencial	- Digital - Telefónica	- Digital - Telefónica
Depresión	- Depresión - Ansiedad	- Depresión - Distimia	- Depresión
DSM IV	- PHQ-9 - GAD-7	DSMIV	- ICD - PHQ-9

2021. No se aplicaron otros filtros. La última fecha de búsqueda y consulta de bases de datos fue el 19 de enero de 2022.

Criterios de selección

Se eligieron para la revisión aquellos artículos que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión que se señalan en la Tabla 2. Una vez revisadas las bases de búsquedas y teniendo definidos los criterios de inclusión y exclusión seleccionamos los artículos y se revisaron de forma independiente por las integrantes del grupo y posteriormente

de forma conjunta aquellos que generaban incertidumbre.

Tras valorar los de interés por el grupo se solicitaron aquellos que no estaban disponibles de forma abierta en internet a la red Biblio Saúde (biblioteca virtual que comprende la red de bibliotecas del sistema público de salud de Galicia). Posteriormente se procedió a leer los artículos completos y a determinar aquellos más adecuados y de mayor evidencia científica para incluir en nuestra revisión. No se han revisado estudios no publicados.

TABLA 4. RESULTADOS

	Brenninkmeijer V et al. ⁽³⁾	Finnes A et al. ⁽⁵⁾	WormgoorM et al. ⁽¹⁸⁾	Gjengedal RHG et al. ⁽¹⁴⁾
Resultados		HADS	BDI/BAI	BDI/BAI
Clínica		Post-tto: ACT: 51,4% WDI: 38,5% ACT+WDI:48,5% TAU: 35,4%	Brief PST 76 % BDI 78 % BAI	Control 12,8% BDI 10,6% BAI
		9 meses: ACT: 59,8% WDI: 47,8% ACT+WDI:66,2% TAU: 51,3%	Short PST 57 % BDI 67 % BAI	W-MCT/CBT 54,1% BDI 50% BAI
Resultados	Presentismo	d Cohen	Presentismo	Presentismo
Laboral	W-CBT HR: 1,74 respecto al R-CBT	ACT: 0,55 WDI: 0,54 ACT+WDI: 0,26 TAU: 0,58	Brief PST Pre-tto: 25,5% 3 m: 60,3 % 1 año: 85,1 % 2 años: 84,4%	Control Pre-tto: 0% Post-tto: 26,3%
			Short PST Pre-tto: 19,6% 3 m: 51,1% 1 año: 74,8% 2 años: 79,7%	W-MCT/CBT Pre-tto: 0% Post-tto: 41,4%

Fuente: elaboración propia.

Notas: HADS= escala de depresión y ansiedad hospitalaria; BDI= inventario de depresión de Beck (<13 para recuperación clínica); BAI= inventario de ansiedad de Beck (<9 para recuperación clínica); DIW= días de baja laboral/100 días naturales; D de cohen= magnitud de impacto de una variable.

Evaluación de la calidad metodológica

La evaluación de la calidad y evidencia científica de los artículos, se realizó usando STROBE (STrengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology)⁽¹¹⁾ para estudios observacionales y CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials)⁽¹²⁾ para los ensayos clínicos aleatorizados.

Resultados

Las estrategias de búsqueda identificaron un total de 681 referencias, 77 en MEDLINE, 31 en Cochrane, 114 en Embase, 108 en Scopus y 351 en Web of Science. Las cuales fueron sometidas a sucesivos cribados, tal como se presenta en la Figura 1. Finalmente se seleccionaron 8 artículos

para la revisión^(3,5,13,14,15,16,17,18), de los cuales 5 fueron ensayos clínicos aleatorizados^(5,13,15,17,18), 1 estudio de cohortes prospectivo⁽¹⁶⁾ y 2 estudios cuasi experimentales^(3,14). Los registros obtenidos fueron exportados al gestor de referencias bibliográficas de Zotero. Los artículos se agruparon en tablas con el fin de sistematizar y facilitar la comprensión de los resultados, considerando los siguientes datos: primer autor, tipo del estudio, año y país donde se realizó el estudio, tiempo de seguimiento, muestra del estudio, sexo y media de edad de los pacientes que participan, intervenciones realizadas, con número de sesiones y formato de cada una de ellas, síntomas valorados en cada estudio y los métodos diagnósticos utilizados, resultados principales y limitaciones.

DE LOS ESTUDIOS

Kröger C et al. ⁽¹⁷⁾	Knapstad M et al. ⁽¹⁶⁾	Lerner, D et al. ⁽¹³⁾	Beiwinkel T et al. ⁽¹⁵⁾
BDI/BAI			BDI/PHQ-9
CBT-AU 54% BDI		WFI Remite:37% Responde: 22%	CBT por internet Responde: 63%
W-CBT 62% BDI		TAU Remite:10% Responde: 23%	Control Responde: 33%
DIW	Presentismo	Absentismo	Absentismo
CBT-AU Pre-tto:0,14 Post-tto:0,07	Pre-tto: 41% Post-tto: 51.2% 1 año:63.6%	WFI Disminución 53%	CBT Pre-tto: 1,2 Post-tto:0,4 (media de veces)
W-CBT Pre-tto:0,13 Postto:0,01		TAU Disminución 13%	Control Pre-tto: 1,2 Post-tto: 0,2

La mayor parte de los estudios eran ensayos clínicos aleatorizados, a excepción de un estudio de cohortes y dos ensayos no aleatorizados. El seguimiento mínimo de los pacientes fue de 4 meses⁽¹³⁾, llegando incluso a los 3 años en alguno de los estudios incluidos en la revisión sistemática⁽¹⁴⁾.

En total se incluyeron 3121 pacientes, siendo la mayor parte de ellos mujeres, 2271 (72,8%) con respecto 850 hombres (27,2%). La edad media de los pacientes oscilaba entre los 40-50 años.

En la mayoría de los estudios compara la eficacia de una psicoterapia con otra, salvo en dos de los estudios donde el grupo control no recibe ningún tipo de psicoterapia^(14,15) y en el estudio de cohortes donde todo el grupo de pacientes reciben el mismo tipo de psicoterapia⁽¹⁶⁾. La gran parte de ellas se realizan

de manera presencial, salvo en dos de los estudios donde existe la modalidad de terapia online o por teléfono^(13,15). Las sesiones recibidas oscilan entre un máximo de 25⁽¹⁷⁾ y un mínimo de 6⁽⁵⁾.

En la mayoría de los estudios la depresión es la enfermedad psiquiátrica que padecen los pacientes incluidos y sobre los que se aplica la psicoterapia, aun que también aparece la ansiedad en algunos de los estudios^(3,5,14,16,18). EL diagnóstico de estas enfermedades se hace sobre todo a partir de guías diagnósticas como la DSM-IV^(3,13,17) o la CIE 10^(5,14), aunque en algunos estudios se realiza también a partir de escalas mediante cuestionarios como el BDI, BAI^(14,18) o el PHQ-9^(15,16).

En la Tabla 3 valoramos las principales características de los estudios incluidos.

TABLA 5. LIMITACIONES DE

	Brenninkmeijer V et al. ⁽³⁾	Finnes A et al. ⁽⁵⁾	WormgoorM et al. ⁽¹⁸⁾	Gjengedal RHG et al. ⁽¹⁴⁾
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Falta aleatorización - Muestra limitada. - Alta tasa de abandono. - Poco tiempo seguimiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Muestra auto reclutada. - Alta tasa de abandono en WDI. - No clara especificación de tipo de TAU. 	<ul style="list-style-type: none"> - No ve retorno al trabajo duradero. - No terapias centradas en el trabajo. - Intensidad heterogénea de síntomas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta aleatorización. - Se valora vuelta al trabajo con 1 cuestionario. - No control de adherencia al tratamiento.

Fuente: elaboración propia

Para comprobar la reducción de síntomas ansioso/depresivos tras el tratamiento se han utilizado mayormente cuestionarios de autoevaluación y los resultados han variado entre un máximo del 78% de recuperación⁽¹⁸⁾ a un mínimo del 22 %⁽¹³⁾ dependiendo del tipo de psicoterapia empleada. En cuanto a los resultados en el ámbito laboral, se ha medido mediante el aumento de presentismo^(3,14,16,18), con un resultado máximo del 84,4%⁽¹⁸⁾; o mediante la disminución del absentismo^(13,15,17), con una reducción máxima del 53%⁽¹³⁾.

En la Tabla 4 presentamos los principales resultados de los estudios. Las limitaciones de cada estudio aparecen en la Tabla 5.

Discusión

Según los datos de los estudios considerados en esta revisión las intervenciones psicoterapéuticas han demostrado ser eficaces en la recuperación de los trabajadores para su incorporación al puesto de trabajo y en la disminución del absentismo en los trabajadores con depresión o ansiedad, con un valor máximo de presentismo del 84,4% en el post tratamiento, aunque con matices.

Según Kröger C. et al.⁽¹⁷⁾ tanto la terapia cognitivo conductual habitual como la terapia centrada en el trabajo, redujeron el absentismo laboral, pero se valoró que los trabajadores del grupo de terapia centrada en el trabajo mostraron todavía un menor número de días de baja laboral en el post tratamiento. En el ECA de Brenninkmeijer, V. et al.⁽³⁾ se valoró que la terapia cognitivo conductual enfocada en el

trabajo (W-CBT) presentaba un efecto significativo con respecto a la reincorporación de los trabajadores al mismo (HR: 1,74 respecto al R-CBT).

Según Lerner D et al.⁽¹³⁾ la intervención centrada en el trabajo (WFI-Work focus interventions) daba lugar a una disminución del absentismo en un 53% respecto al 13% en el grupo control. Además, para Gjengedal RHG et al.⁽¹⁴⁾ la combinación de terapias centradas en el trabajo como la meta cognitiva (W-MCT) más la terapia cognitivo conductual (CBT) se valoraron eficaces en el aumento de la reincorporación al trabajo, con un resultado de un 41,4% de presentismo, en comparación con un 26,3% en el grupo control.

Otras terapias con un enfoque menos específico a nivel laboral como la psicoterapia breve centrada en el afrontamiento (Brief PST) también tuvo buenos resultados en comparación con la psicoterapia a corto plazo (Short PST) en la vuelta al trabajo, ya que, aunque ambas incrementando el porcentaje de mejoría de retorno al trabajo la primera mostró ser más eficaz⁽¹⁸⁾. En el artículo Finnes A, et al.⁽⁵⁾ se valoró que los días netos de ausencia por enfermedad disminuyeron aproximadamente 16 días entre las medidas previas y las posteriores del estudio si se valoraban los datos de todas las terapias estudiadas en conjunto incluido el tratamiento habitual. Ese descenso se mantuvo forma significativa durante el seguimiento de tal manera que se puede entender que todos los tipos de psicoterapia usados fueron útiles a la hora de disminuir los días de absentismo, aunque no se encontrasen diferentes entre las terapias estudiadas y el tratamiento habitual.

LOS ESTUDIOS INCLUIDOS.

Kröger C et al. ⁽¹⁷⁾	Knapstad M et al. ⁽¹⁶⁾	Lerner, D et al. ⁽¹³⁾	Beiwinkel T et al. ⁽¹⁵⁾
<ul style="list-style-type: none"> - Muestra pequeña. - Auto informes para resultados clínicos. - Poco tiempo seguimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de un grupo de control. - Elevadas tasas de falta de datos en el post tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Poco tiempo seguimiento. - Altas tasas de abandono. - Auto informes para resultados clínicos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Muestra pequeña. - Alta tasa de abandono

En el estudio de Beiwinkel, T. et al.⁽¹⁵⁾ no se valoró una mejora del absentismo en los trabajadores con la intervención estudiada. Estas diferencias en los resultados podrían explicarse atendiendo a diferentes factores que podrían afectar a las diferentes intervenciones puestas en marcha en los estudios.

Se ha valorado en diferentes estudios que cuanto más tiempo esta una persona en situación de ausencia laboral por enfermedad más difícil resulta que vuelva a incorporarse al trabajo. El hecho de que en algunos de los estudios los trabajadores valorados se encontrasen de baja sin especificar en algunos casos la duración de las mismas, pudo influir en que se hubiesen necesitado intervenciones más complejas o más duraderas en el tiempo, para que los efectos hubiesen variado. También habría que pensar si el tipo de patología podría interferir en el tipo de respuesta y explicarse las diferentes respuestas en los distintos grupos, aunque en general según los estudios valorados se muestra con el uso de intervenciones psicoterapéuticas una mejora en la reincorporación y mantenimiento en el puesto de trabajo siendo este hallazgo importante tanto desde el punto de vista económico como desde el punto de vista social^(5,19).

En algunos artículos se aborda el término Autoeficacia⁽³⁾ como un factor que puede intervenir en los resultados con respecto a los días de ausencia por enfermedad. Cuando se usa ese término hace referencia al convencimiento del individuo de que puede realizar con éxito una tarea que se proponga independientemente del ámbito de aplicación, por

lo tanto, son personas más motivadas, que invierten más tiempo y esfuerzo en lograr sus objetivos y resisten mejor los fracasos y/o las adversidades⁽³⁾.

En uno de los ensayos clínicos valorados en la revisión se evaluó que la vuelta al trabajo en personas con alta autoeficacia donde se usó W-CBT era 56 días antes (mediana) en comparación con el grupo de R-TCC y 79 días en comparación con las personas que presentaban baja autoeficacia, aunque se trabajase con W-CBT⁽³⁾. Eso significa que es importante en futuros estudios valorar este factor, para que no resulte un factor de confusión a la hora de generalizar los resultados o incluso valorarse como un instrumento para los terapeutas orientando así las terapias a las necesidades más individuales de los participantes.

Con respecto a la mejoría de los síntomas tanto las terapias más enfocadas en el trabajo como las terapias habituales presentaron mejoría en la sintomatología de los pacientes. En algunos estudios se valoraron mejores resultados en las intervenciones relacionadas con el trabajo para el control de los síntomas con respecto a la terapia habitual^(14,17).

En otro estudio como en el ECA de Finnes A, et al.⁽⁵⁾ se valoró una mejoría de los síntomas, aunque no se encontraron diferencias entre las terapias estudiadas y el tratamiento habitual usado por los pacientes. Otras terapias valoradas como la PMHC (Pronta Atención a la Salud Mental) y la psicoterapia breve centrada en el afrontamiento (Brief PST) también demostraron mejoría en los síntomas de depresión y ansiedad y en el aumento de la funcionalidad para la vuelta al trabajo^(16,18).

Teniendo en cuenta los resultados valorados en las intervenciones que están más enfocadas con el trabajo, como en otras intervenciones que se enfocan desde otra perspectiva pero que también influyen en la disminución del absentismo laboral o una pronta recuperación en la inserción laboral, sería importante que se sigan estudiando diferentes enfoques de estas terapias porque pueden ser una herramienta en los trabajadores con alteraciones como la depresión y la ansiedad, ya no solo para tener mejor control de su sintomatología y su funcionalidad personal sino también en su trabajo y seguir siendo trabajadores para las empresas trabajadores productivos y empleables^(14,16).

Conclusión

El uso de diferentes tipos de psicoterapia en los pacientes con trastorno depresivo y/o ansiedad, en general, reducen las ausencias por enfermedad en los trabajadores.

Existen resultados dispares en los estudios con respecto a si las intervenciones dirigidas al trabajo u otros tipos de intervenciones psicoterapéuticas sin enfoque laboral ((Pronta Atención a la Salud Mental (PMHC), la psicoterapia breve centrada en el afrontamiento (Brief PST)) tienen mayor o menor efecto en la reducción del absentismo laboral en comparación con la terapia cognitivo conductual regular o habitual (R-TCC).

Las diferentes intervenciones psicoterápicas valoradas presentaron mejoría de los síntomas y funcionalidad de los pacientes. Esta mejoría se produjo tanto en terapias con enfoques más dirigidas al trabajo y como en otros tipos de terapias no centradas en el trabajo.

Existen intervenciones psicoterapéuticas dirigidas al trabajo o en parte con un enfoque laboral (Terapia cognitivo conductual enfocada en el trabajo (W-CBT), Intervención centrada en el trabajo (WFD) o terapia metacognitiva centra en el trabajo (W-MCT)) que presentan buenos resultados tanto en la disminución del absentismo como en la recuperación de los trabajadores con clínica de depresión y/o ansiedad.

Conflictos de interés

Los autores de esta revisión declaran que no existen conflicto de interés.

Financiación

Este trabajo no ha contado con ningún tipo de financiación.

Bibliografía

1. Kouvonen A, Mänty M, Harkko J, Sumanen H, Konttinen H, Lahti J, et al. Effectiveness of internet-delivered cognitive behavioural therapy in reducing sickness absence among young employees with depressive symptoms: study protocol for a large-scale pragmatic randomised controlled trial. *BMJ Open*. 1 de octubre de 2019;9(10):e032119.
2. Lam RW, Lutz K, Preece M, Cayley PM, Bowen Walker A. Telephone-administered cognitive-behavioral therapy for clients with depressive symptoms in an employee assistance program: a pilot study. *Ann Clin Psychiatry*. Febrero de 2011; 23(1):11-6
3. Brenninkmeijer V, Lagerveld S, Blonk R, Schaufeli W, Meij LW. Predicting the Effectiveness of Work-Focused CBT for Common Mental Disorders: The Influence of Baseline Self-Efficacy, Depression and Anxiety. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2018
4. Evans-Lacko S, Koeser L, Knapp M, Longhitano C, Zohar J, Kuhn K. Evaluating the economic impact of screening and treatment for depression in the workplace. *Eur Neuropsychopharmacol*. Junio de 2016; 26(6):1004-13.
5. Finnes A, Ghaderi A, Dahl J, Nager A, Enebrink P. Randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy and a workplace intervention for sickness absence due to mental disorders. *J Occup Health Psychol*. Febrero de 2019; 24(1):198-212.
6. Castellón Leal E, Ibern Regàs P, Gili Planas M, Lahera Forteza G, Sanz González J, Saiz Ruiz J. El abordaje de la depresión en el ámbito del trabajo: recomendaciones clave. *Psiquiatr Biol*. 1 de septiembre de 2016; 23(3):112-7.

7. Mackenzie A, Harvey S, Mewton L, Andrews G. Occupational impact of internet-delivered cognitive behaviour therapy for depression and anxiety: Reanalysis of data from five Australian randomised controlled trials. *The Medical journal of Australia*. 6 de octubre de 2014; 201:417-9
8. Kaldo V, Lundin A, Kræpelien M, Strid C, Ekblom O, Lavebratt C, et al. Effects of internet-based cognitive behavioural therapy and physical exercise on sick leave and employment in primary care patients with depression: two subgroup analyses. *Occupational and Environmental Medicine*. 26 de septiembre de 2017; 75: oemed-2017.
9. Ferrari Cardoso H, Nunes Baptista M, Marín Rueda FJ, Ferrari Cardoso H, Nunes Baptista M, Marín Rueda FJ. Autoeficacia en el trabajo: revisión bibliométrica entre 2004 y 2014 en la base de datos ebsco - Academic Search. *Psicología desde el Caribe*. diciembre de 2017; 34(3):204-18.
10. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*. 1 de septiembre de 2021; 74(9):790-9.
11. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. Declaración de la Iniciativa STROBE (Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology): directrices para la comunicación de estudios observacionales. *Gaceta Sanitaria*. 1 de marzo de 2008; 22(2):144-50.
12. Cuschieri S. The CONSORT statement. *Saudi J Anaesth*. abril de 2019; 13(Suppl 1): S27-30.
13. Lerner D, Adler DA, Rogers WH, Chang H, Greenhill A, Cymerman E, et al. A randomized clinical trial of a telephone depression intervention to reduce employee presenteeism and absenteeism. *Psychiatr Serv*. junio de 2015; 66(6):570-7.
14. Gjengedal RGH, Reme SE, Osnes K, Lagerfeld SE, Blonk RWB, Sandin K, et al. Work-focused therapy for common mental disorders: A naturalistic study comparing an intervention group with a waitlist control group. *Work*. 66(3):657-67.
15. Beiwinkel T, Eißing T, Telle N-T, Siegmund-Schultze E, Rössler W. Effectiveness of a Web-Based Intervention in Reducing Depression and Sickness Absence: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*. 15 de junio de 2017; 19(6):e213.
16. Knapstad M, Myrtveit S, Hensing G, Smith R. Prompt Mental Health Care (PMHC): work participation and functional status at 12 months post-treatment. *BMC Health Services Research*. 4 de febrero de 2020; 20.
17. Kröger C, Bode K, Wunsch E-M, Kliem S, Grocholewski A, Finger F. Work-Related Treatment for Major Depressive Disorder and Incapacity to Work: Preliminary Findings of a Controlled, Matched Study. *Journal of occupational health psychology*. 17 de noviembre de 2014; 20.
18. Wormgoor M, Indahl A, Andersen E, Egeland J. Effectiveness of Brief Coping-Focused Psychotherapy for Common Mental Complaints on Work-Participation and Mental Health: A Pragmatic Randomized Trial with 2-Year Follow-Up. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 1 de marzo de 2020; 30.
19. Córdoba Coronel JJ, Fuentes Fuentes A, Ruiz Rincón C. Revisión bibliográfica sobre características sociodemográficas y repercusiones de la depresión en el trabajador. *Medicina y Seguridad del Trabajo*. Junio de 2011; 57(223):174-87.
20. Attridge M. Internet-Based Cognitive-Behavioral Therapy for Employees With Anxiety, Depression, Social Phobia, or Insomnia: Clinical and Work Outcomes. *SAGE Open*. 1 de enero de 2020; 10(1):2158244020914398.
21. Ebert DD, Lehr D, Boß L, Riper H, Cuijpers P, Andersson G, et al. Efficacy of an internet-based problem-solving training for teachers: results of a randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Health*. Noviembre de 2014; 40(6):582-96.
22. Lagerveld SE, Blonk RWB, Brenninkmeijer V, Wijngaards-de Meij L, Schaufeli WB. Work-focused treatment of common mental disorders and return to work: a comparative outcome study. *J Occup Health Psychol*. Abril de 2012; 17(2):220-34.
23. Währborg P, Petersson I, Grahn P. Nature-assisted rehabilitation for reactions to severe stress and/or depression in a rehabilitation garden: Long-Term follow-up including comparisons with a matched population-based reference cohort. *Journal of rehabilitation medicine : official journal of the UEMS*

European Board of Physical and Rehabilitation Medicine. 28 de enero de 2014; 46.

24. Poulsen R, Hoff A, Fisker J, Hjorthøj C, Eplov LF. Integrated mental health care and vocational rehabilitation to improve return to work rates for people on sick leave because of depression and anxiety (the Danish IBBIS trial): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2 de diciembre de 2017;18(1):578.

25. Ito D, Watanabe A, Takeichi S, Ishihara A, Yamamoto K. A Preliminary Study of Work-Focused Cognitive Behavioural Group Therapy for Japanese Workers. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. marzo de 2019;47(2):251-6.

26. Adler DA, Lerner D, Visco ZL, Greenhill A, Chang H, Cymerman E, et al. Improving work outcomes of dysthymia (persistent depressive disorder) in an employed population. *Gen Hosp Psychiatry*. agosto de 2015;37(4):352-9.

27. Aelfers E, Bosma H, Houkes I, van Eijk JT. Effectiveness of a minimal psychological intervention to reduce mild to moderate depression and chronic fatigue in a working population: the design of a randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 12 de febrero de 2013; 13:129.

28. Dalgaard VL, Andersen LPS, Andersen JH, Willert MV, Carstensen O, Glasscock DJ. Work-focused cognitive behavioral intervention for psychological complaints in patients on sick leave due to work-related stress: Results from a randomized controlled trial. *J Negat Results Biomed*. 22 de agosto de 2017; 16:13.

29. Dalgaard V, Aschbacher K, Andersen J, Glasscock D, Willert M, Carstensen O, et al. Return to work after work-related stress: A randomized controlled trial of a work-focused cognitive behavioral intervention. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 26 de junio de 2017;43.

30. Carolan S, Harris PR, Cavanagh K. Improving Employee Well-Being and Effectiveness: Systematic Review and Meta-Analysis of Web-Based Psychological Interventions Delivered in the Workplace. *J Med Internet Res*. 26 de julio de 2017;19(7):e271.

31. Wan Mohd Yunus WMA, Musiat P, Brown JSL. Systematic review of universal and targeted workplace interventions for depression. *Occup Environ Med*. enero de 2018;75(1):66-75.

32. Salomonsson S, Hedman-Lagerlöf E, Öst L-G. Sickness absence: a systematic review and meta-analysis of psychological treatments for individuals on sick leave due to common mental disorders. *Psychol Med*. septiembre de 2018;48(12):1954-65.

33. Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH, Neumeyer-Gromen A, Verhoeven AC, Bültmann U, Faber B. Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database Syst Rev*. 13 de octubre de 2020;10:CD006237.