



**Título: Estrategias de reintegro laboral luego de ausencias por alteraciones mentales en
trabajadores - Revisión sistemática 2009 – 2019**

Investigadores

Sebastián Camilo Gallego Quintero
Mario Alfonso Gamboa Ramírez

**Trabajo presentado como requisito para optar por el
título de Maestría en Seguridad y Salud en el Trabajo
Universidad del Rosario**

Bogotá, 2019

Título: Estrategias de reintegro laboral luego de ausencias por alteraciones mentales en trabajadores -
Revisión sistemática 2009 – 2019

Estudiantes:

Sebastián Camilo Gallego Quintero
Mario Alfonso Gamboa Ramírez

Asesor metodológico:

Gloria Helena Villalobos Fajardo

Maestría en Seguridad y Salud en el Trabajo
Universidad del Rosario

Bogotá D.C., 2019

ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD MAESTRÍA EN SEGURIDAD Y
SALUD EN EL TRABAJO. UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

**Estrategias de reintegro laboral luego de ausencias por alteraciones mentales en
trabajadores - Revisión sistemática 2009 – 2019**

Autores: Sebastián Gallego Quintero; Mario Gamboa Ramírez

Tutor temático y metodológico: Gloria Helena Villalobos

Resumen

Introducción: El cuidado de la salud mental en los trabajadores es un tema que ha captado la atención de muchos investigadores en los últimos años, debido al aumento de diagnósticos relacionados con los factores de riesgo psicosocial a los que se ven expuestos los trabajadores. Actualmente hay pocas investigaciones que brinden información sobre metodologías de reintegro laboral de un trabajador con trastorno mental adquirida en el trabajo o fuera de él. **Objetivo:** Describir los protocolos o metodologías existentes para el reintegro laboral luego de ausencias provocadas por problemas de salud mental de trabajadores, con el fin de generar orientaciones que posibiliten un reintegro efectivo. **Materiales y métodos:** Para el desarrollo de esta revisión se utilizó la metodología PRISMA, buscando artículos científicos publicados entre 2009 - 2019 en bases de revistas indexadas como: MedLine, PubMed, LILACS, PROQUEST, Cochrane Library, enfocados a estudios de ensayos clínicos y revisiones sistemáticas en español e inglés. **Resultados:** 48 artículos fueron seleccionados, para establecer resultados en términos de trastornos mentales que generan ausencia laboral, identificándose 6 categorías acorde al 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, evidenciando 10 intervenciones y factores facilitadores clasificados en 5 categorías que guían las orientaciones para el proceso de reintegro laboral (RL). **Conclusiones:** Las terapias cognitivo-conductual de forma presencial o vía online, resultan ser la mejor alternativa en el desarrollo de programas de RL de trabajadores con algún tipo de afectación mental. La psicoeducación como única intervención no resulta recomendable, sin embargo, si se evidencia su efectividad como herramienta que integra otro tipo de intervenciones. **Palabras clave:** Retorno laboral, salud mental, desórdenes mentales, enfermedad mental. **Keywords:** Return to Work, mental health, mental disorders, mental illness.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales que generan ausencias laborales son una preocupación importante para la sociedad, ya que afecta diferentes dimensiones de las vidas de las personas. 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 en las sociedades en las que se genera una reducción de la capacidad de trabajo, jubilación anticipada, y gastos asociados al tratamiento y al reintegro laboral (RL), los cuales en ocasiones no resultan ser efectivos (1). Cuando se generan incapacidades por alteraciones mentales de largo plazo, las tasas generales de empleo de estas personas, son entre el 10 y el 15% más bajas, en comparación con las personas sin trastorno mental (1). 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.

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 sociedad, se hace necesario que se implementen intervenciones eficientes de reintegro laboral (2). 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 Colombia y Chile cuentan con programas de vigilancia epidemiológica en riesgo psicosocial dirigidos a los contextos laborales (3).

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 y revisiones sistemáticas 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 cómo debe hacerse un reintegro para que sea exitoso teniendo en cuenta la dimensión mental (4).

Por lo anterior, se llevó a cabo una revisión sistemática 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.

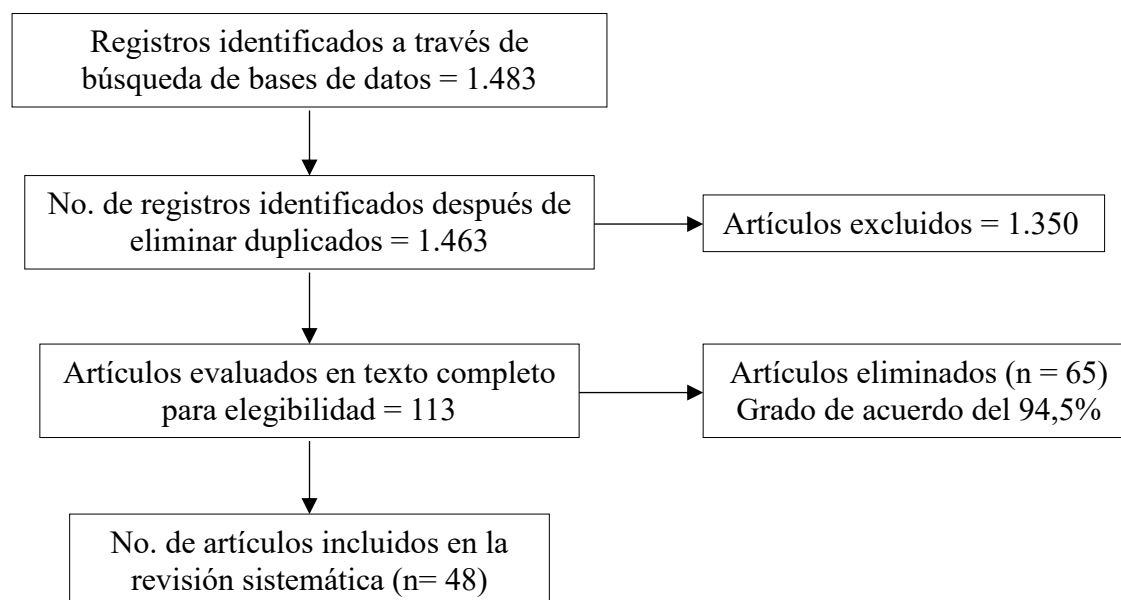
MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión sistemática (RS) mediante la búsqueda de artículos en las siguientes bases de datos: MedLine, PubMed, Cochrane, LILACS y Proquest; donde se tuvieron en cuenta artículos de los últimos 10 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”. Aplicando los criterios de selección, se escogieron 48 artículos para su análisis.

Se incluyeron artículos de ensayos clínicos (EC) y RS, que 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 reintegro laboral, tiempo de la incapacidad y tiempo para el reintegro laboral parcial o completo. Se excluyeron aquellos artículos 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 1.483 artículos en las diferentes bases de datos utilizando los términos establecidos, y se eliminan los duplicados, quedando con 1.463 artículos, a los cuales, se realizó un análisis basado en los títulos y resúmenes, para seleccionar aquellos que cumplieron 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 eliminando 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 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 (Figura 1).

Figura 1. Estrategia de selección de estudios.



Consideraciones éticas.

Acogiendo la resolución No. 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 6 categorías diferentes las cuales son: 1. trastornos depresivos, 2. trastornos de ansiedad, 3. trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados, 4. trastornos del sueño vigilia, 5. trastorno bipolar y trastornos relacionados, 6. trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. Los trastornos que se consideraron de la revisión se presentan en la siguiente tabla en la que se muestra el número de artículos en los que fueron encontrados.

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° 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

Descripción de protocolos o metodologías dirigidas al reintegro laboral.

En total se encontraron 10 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.

a) Intervenciones dirigidas al trabajo:

Acorde al estudio de Ali Naghie et al (2013) hay tres categorías de intervenciones que se pueden clasificar en: a) Cambios en la organización en busca de 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 (5).

La anterior revisión sistemática (RS) incluyó cuatro ensayos clínicos en docentes, que evaluaron la efectividad de las intervenciones organizacionales para mejorar el bienestar y reducir el estrés laboral en 2.242 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 (5).

Un efecto diferente, fue descrito por Lammerts Et al. (2017) en un ensayo clínico con 186 participantes, en el que 94 de ellos hicieron parte de la intervención y 92 recibieron la atención habitual. El estudio buscaba generar estrategias para apoyar el reintegro laboral de personas con incapacidad por algún tipo de afección mental (6). A la intervención de dos semanas de atención interdisciplinar le siguió una reunión con el trabajador y un representante 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 (6), (7).

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 significa que, por cada euro invertido en el programa participativo de apoyo al RL, resultó una pérdida de € 1.80.

Resultados diferentes se encontraron en una RS desarrollada por Nieuwenhuijsen K, Faber B (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) (7), (8).

b) Terapia Cognitivo Conductual presencial:

Los estudios que refirieron el uso de la 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. En el marco de estas intervenciones 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 en el momento del reintegro (1), (9), (10), (11), (12), (13), (14), (15).

Dentro de los resultados encontrados, 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 reintegro

laboral, mostró una reducción del 29% [(IC 95%) 5–52] de los días de ausencia por enfermedad (10); no obstante en la revisión sistemática 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 reintegro laboral parcial de los trabajadores tratados con TCC, en relación con los trabajadores del grupo control (9).

Un efecto similar al anterior se identificó por Martin et al. (2015) en un ensayo clínico con personal que presentaba incapacidad por trastornos mentales con edades comprendidas entre 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 (media = 250 días y desviación estándar = 107 días vs media = 192 días y desviación estándar = 105 días; $p = 50.01$) y para el segundo año (media = 70 días y desviación estándar = 122 días vs media = 34 días y desviación estándar = 88 días; $p = 0,03$). Así mismo, 50 trabajadores del grupo intervenido y 55 del grupo control volvieron al trabajo. El autor concluyó que esta intervención no condujo a un RL estable (13).

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 1 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, $p = 0.82$) (1). Por lo cual, el investigador concluyó que la intervención no mostró diferencias significativas frente la atención habitual.

Dentro de los estudios que encontraron efectos positivos en la TCC se destaca uno desarrollado por Glasscock et al. (2017), 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 (12).

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 (15).

Terapia Cognitivo Conductual vía on-line:

Se encontraron dos intervenciones que variaron de la aplicación de la TTC de forma presencial, utilizando recursos tecnológicos. La TCC on-line buscó reducir costos por medio de diseño de módulos impartidos vía internet para pacientes por trastornos como depresión mayor, ansiedad leve y moderada, trastorno de pánico, fobia social y trastornos de adaptación. La revisión sistemática realizada por Naidu et al. (2016) que involucró 6 ensayos clínicos con trabajadores de edades comprendas entre 18 a 65 años, presenta resultados diferentes para cada estudio realizado (4), (16).

Las intervenciones se realizaron sobre grupos de participantes que presentaban incapacidad asociada a un trastorno mental y sobre un grupo control que recibió la atención habitual y 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 de la intervención 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 (4), (7).

Los resultados encontrados fueron los siguientes: Para una población de 25 personas, 41 % de ellos mujeres, con edad promedio de 31.9 (desviación estándar 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 ensayos clínicos recopilados en esta investigación, en una misma población de 126 personas, 38% mujeres con edad promedio de 35.6, se encontró que la ansiedad social se redujo de forma significativa. En el seguimiento de seis meses se evidenció que la diferencia de medias fue de 0.68 - 17.66 y 2.5 a 15.69, favoreciendo la intervención y reduciendo los costos del tratamiento (4).

Terapia de resolución de conflictos (TRC):

Esta intervención se basa en la información sobre el origen y la causa de la pérdida de control para cada caso en específico y tiene como objetivo facilitar el desarrollo y la implementación de estrategias de resolución de problemas y la aplicación gradual del RL (9).

Dewa et al. (2015), realizó una revisión sistemática de intervenciones de RL (n=6) que incorporaron estrategias de TRC para trabajadores con ausencias por trastornos mentales, identificando que solo un estudio evidenció diferencia significativa favorable con el uso de esta técnica, 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) (11).

Otra revisión sistemática desarrollada por Shotaro et al. (2015) consideró 10 artículos y los resultados permitieron identificar los efectos de las intervenciones por servicios de salud ocupacional a causa de baja por enfermedad provocadas por trastornos psiquiátricos, mediante un meta-análisis en el que se tuvieron en cuenta a un total de 756 personas en los grupos de intervención y a 798 en los grupos de control respectivamente. Los grupos de intervención tuvieron significativamente menos días de ausencia por enfermedad que el grupo de control, con una diferencia media de -6,64 días (IC del 95%: -12,68 a -0,59) (17).

Psicoeducación:

Algunos estudios utilizaron la psicoeducación como una herramienta que integraba otras intervenciones, sin embargo, se encontró una investigación desarrollada por Pernille (2015), que utilizó la psicoeducación como el principal elemento de intervención. Este diseño implementó sesiones de dos horas a la semana, durante 6 semanas las cuales fueron impartidas por un equipo interdisciplinario con formación y experiencia en salud mental (18).

Las sesiones consistieron en una mezcla de conferencias didácticas 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 3 a 6 meses), se evaluaron los síntomas asociados al estrés laboral por medio de un cuestionario. Esta intervención fue dirigida a 430 trabajadores de 4 municipios de la región occidental de Dinamarca, con incapacidad por enfermedad mental y con edades entre 18 y 54 años.

Los resultados de este estudio evidenciaron que en los primeros 6 meses después de la intervención, los dos grupos tuvieron casi el mismo Riesgo Relativo de retornar de manera completa al trabajo (RR: 0.97, IC 95%: 0.78; 1.21), pero durante los primeros 3 meses, los individuos del grupo de intervención tuvieron un riesgo significativamente mayor de no haber regresado completamente al trabajo (RR: 0.68; IC del 95%: 0.47; 0.98). Por lo anterior, los autores no recomendaron esta intervención como única estrategia para procesos de reintegro laboral.

Terapia de aceptación y compromiso (ACT):

Se identificó un estudio que utilizó la ACT por medio de estrategias de aceptación y atención plena, junto con estrategias conductuales para aumentar la función y la calidad de vida, sin centrarse en la sintomatología. Se utilizó 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 una duración de una hora y el seguimiento se realizó por medio de cuestionarios enviados a través del servicio postal (19).

El estudio desarrollado por Lytsy et al. (2017) en Suecia, construyó 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 primero de ellos denominado (TEAM) recibió rehabilitación individual; mientras que el segundo grupo (ACT) recibió tratamiento psicológico con terapia de aceptación y compromiso. En el análisis de regresión del estudio se mostró que el grupo ACT tenía un OR de 0,95 (IC del 95%: 0,46 a 1,95, $p = 0,90$) aumentando el tiempo de funcionalidad en el trabajo, en comparación con el control (19).

Intervenciones de Ejercicio físico:

Una revisión sistemática analizó las intervenciones basadas en diferentes formas de acondicionamiento físico como: (i) *entrenamiento de fuerza* diseñado para aumentar la fuerza muscular con un programa de entrenamiento de circuito con seis ejercicios que involucraban grandes grupos musculares. (ii) *Entrenamiento aeróbico* diseñado para aumentar el estado físico medido por la absorción máxima de oxígeno, mediante un programa que incluyó 10 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 período de 4 meses, para un total de 32 sesiones (8).

En la misma revisión también se plantearon intervenciones de entrenamiento y relajación con el objetivo de estimular el sistema cardiovascular y se desarrollaron 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 revisión sistemática, los resultados no fueron analizados debido a que los diseños baja calidad (8).

Finalmente, en la revisión sistemática realizada por Modini 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 (20).

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 mono-amino-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, que arrojaron resultados muy inconsistentes. Sin embargo, los autores hacen referencia a que en la actualidad las guías de práctica para el tratamiento del trastorno depresivo mayor, recomiendan farmacoterapia combinada con TCC (8).

Factores facilitadores y barreras en el retorno laboral:

En la revisión sistemática de Lammerts et al. (2017), se reconocieron seis elementos facilitadores del retorno al trabajo: (i) experiencia relacionada con el desempeño del trabajador en el proceso de RL, (ii) estima de los compañeros, (iii) supervisores, (iv) el apoyo de los profesionales de la salud en el trabajo, (v) el papel del mediador en RL y (vi) los factores sociodemográficos. Los hallazgos de los diferentes estudios referidos por los autores se presentan a continuación:

(i) 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, por no poder gestionar su carga de trabajo, ya que cuando se exponen gradualmente a situaciones laborales pueden generar comportamientos evasivos (21), (22); también se reconoce que la desconfianza del trabajador en sus capacidades dificulta la tolerancia frente a las demandas del trabajo y afecta su sensibilidad respecto de las reacciones de otros con respecto a su regreso al trabajo (23), (24).

(ii) Lammerts et al. (2017) en su estudio encontró que los sentimientos de culpa, pena y desolación refuerzan una imagen negativa del trabajador con desórdenes mentales. Encontró además dos estrategias que pueden facilitar el reintegro al 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 (25); 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 (6).

(iii) 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 (24). Dewa et al. (2016), en su revisión sistemática, evidenció que 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 período de al menos 3 meses o más, sin recaída. (26), (27), (28), (29).

(iv) El estudio de Lammerts et al. (2017) mostró que los profesionales de la salud pueden brindar un apoyo a los trabajadores con incapacidad ayudando a la estabilización médica de sus síntomas, disminuyendo la probabilidad de recaídas (25). La literatura evidencia que la motivación y la autoestima del trabajador resultaron ser importantes a la hora de regresar al trabajo, ya que facilitan u obstaculizan el reintegro. Algunos estudios sugieren que el propio trabajador debe decidir sobre si está listo o no para iniciar este proceso, ya que iniciarlo sin su consentimiento puede empeorar o recaer en su diagnóstico. (30), (31).

La participación por parte de los psiquiatras es importante a la hora del RL, Feltz-Cornelis et al. (2010) (32), evaluaron el tiempo que transcurre para RL después de recibir asesoría de psiquiatras a médicos ocupacionales que tenían a cargo trabajadores de 6 o más semanas de ausencia por enfermedad mental. Esta asesoría de duración entre tres y seis meses hace relación al diagnóstico, planes de tratamiento y sugerencias específicas sobre la RL acordes con la patología mental que posee el trabajador. Los resultados mostraron 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 los tiempos de RL (25). Para Martin et al. (2013), las intervenciones brindadas por grupos de profesionales multidisciplinarios pueden llegar a retrasar el RL debido a posibles fallas en su implementación, tales como: tiempo de espera, evaluación de la discapacidad laboral y falta de planeación previa.

De otra parte, en los estudios de Hogelund 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 ($HR = 1.05$; 95% CI 0.74–1.43) o la duración del RL ($HR = 0,94$; IC del 95%: 0,65–1,35) (33), (34), (35).

(v) Lammerts et al. (2017) describieron que algunas conductas mediadoras fueron un factor importante en el reintegro laboral, 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 e involucradas en el regreso al trabajo de los empleados (6).

(vi) Ansoleaga et al. (2015), recopilaron prácticas e intervenciones que mejoran el retorno al trabajo y Haitze et al. (2018) reconocieron que factores sociodemográficos como la edad, el nivel socioeconómico y el género 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 (23), (24), (36).

La tabla 2 presenta una síntesis de los resultados encontrados con la revisión sistemática, la cual incluye los datos del autor, el año de publicación, el país, tipo de estudio, tamaño de la muestra, objetivo del estudio, características de la población estudiada y los resultados principales.

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, I, Et al (2012)	Holanda	RS	10 estudios 1546 Participantes	Evaluar los efectos de las intervenciones que facilitan la RTW para los trabajadores con trastornos de adaptación agudos o crónicos.	Población trabajadora de 39 y 49 años con algún tipo de alteración mental.	RLC (MD -17.73, IC del 95%: -37.35 a 1.90). RLP Sin diferencias significativas (DM -6,28; IC del 95%: -29,36 a 16,80)
Naghieh, A. Et al. (2013)	Holanda	RS	4 estudios 2242 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 entre los 4 y 18 años de servicio.	Aumento moderado en el Índice de Capacidad de Trabajo (MD 2.27; 95 % CI 1.64 a 2.90)
Mikkelsen M y Rosholm M (2018)	Dinamarca	RS	74 estudios	Sintetizar evidencia sobre la efectividad de las intervenciones destinadas a mejorar la 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 (IC 95%, 0.14 (0.07 a 0.22), - Evidencia sólida sobre el contacto con el lugar de trabajo. -Evidencia moderada que incluyen RL graduada.
V. V. Naidu, E. Giblin, K. M. Burke and I. Madan (2015)	Reino Unido	RS	6 ensayos clínicos	Establecer el método óptimo para administrar TCC a trabajadores con problemas comunes de salud mental.	Ensayos clínicos en población trabajadora de Población trabajadora entre 18 y 65 años con algún tipo de afectación mental.	La ansiedad Social se redujo marcadamente en ambos grupos. En el seguimiento de diferencia de medias en el LSAS fue de 0.68 - 17.66 y 2.5 a 15.69 favoreciendo ICBT
Nieuwenhuijsen K, (2014)	Holanda	RS	23 estudios, con 5996 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.	Intervenciones dirigidas al trabajo. Los resultados mostraron un efecto positivo (DME -0,40; IC 95% - 0,66 a - 0,14).

Autores/año	País	Tipo de estudio	Tamaño de muestra	Objetivo	Características de la población/ región	Resultados
Mattias Victor. Et al. (2018)	Noruega	EC	164 pacientes	Investigar qué factores están asociados con RL entre pacientes en tratamiento para TMC.	59% afectados por el trabajo 81% signos y síntomas de angustia.	Predictor positivo RL: la expectativa positiva de pretratamiento OR de 4.50 y Predictor negativo RL antecedentes psiquiátricos OR 0,36
Feltz-Cornelis, C. Et al.(2010)	Holanda	EC	60 médicos ocupacionales	Evaluar el tiempo transcurrido hasta la RL después de asesoramiento de psiquiátrica al médico ocupacional (OM) Vs atención habitual (AH).	Pacientes que habían visitado (MO) con 24 - 59 años que padecían TMC.	Después de 3 meses, Grupo intervenido= 58% RL completo Vs el 44% del grupo control (P = 0,0093).
Arends I. Et al. (2014)	Holanda	EC	158 trabajadores	Investigar factores sociodemográficos, relacionados con la enfermedad, personales y laborales, predicen ausencia recurrente de enfermedad.	Trabajadores con edad 18–63 años, ARE durante ≥ 2 semanas consecutivas desde el inicio de ARE.	-Tamaño empresa > 100 (odds ratio (OR) 2.59, IC 95%) 1.40–4.80) -Conflictos supervisor (OR 2.21, IC 95% 1.21–4.04).
Hogelund, J y Falgaard L (2018)	Dinamarca	EC	244 trabajadores (mujeres) sector público.	Evaluar el efecto de RL al trabajo de una evaluación de salud multidisciplinaria para personas enfermas con trastornos mentales.	Trabajadores (mujeres) en listas de enfermos por presentar patologías mentales desde 2010- abril 2011.	-Baja por enfermedad (HR = 1,05; IC del 95%: 0,74-1,43) - Duración RL (HR = 0,94; IC del 95%: 0,65-1,35).
Milligan-Saville J. 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 puntos percentiles (pp) de 4 · 97% (0 · 22) en el grupo de intervención y en 0 · 31 pp de 5 · 27% (0 · 21) grupo control (p = 0 · 169).

DISCUSIÓN

En la literatura revisada, se identificó que la terapia cognitivo conductual (TCC) suministrada de forma virtual brindó herramientas eficientes para el retorno laboral, además de reducir los costos de la intervención (4), (9); a diferencia de la TCC dirigida de forma presencial, la cual en algunos estudios no mostró diferencias significativas en relación con la atención habitual (9), (10); aunque otros estudios si arrojaron resultados favorables (1), (12), (15). 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 versus los grupo control evaluados, además de resultar en ocasiones más costosas (5), (6), (22). En el caso de la psicoeducación como única alternativa de intervención, se evidenció que la misma no resultó ser efectiva en el RL, y por el contrario mostró resultados contradictorios a los 3 meses de tratamiento; por tal motivo este tipo de intervención no resulta ser recomendable (18), (41). Sin embargo, como herramienta que integra otro tipo de intervenciones logra generar un conocimiento profundo del trastorno para el trabajador, el cual, integrado con otras herramientas puede facilitar los procesos de RL (29), (1), (10).

La terapia de aceptación y compromiso generó resultados positivos en el proceso de RL, ($OR=0,95$, IC del 95%: 0,46 a 1,95, $p = 0,90$), aumentando el tiempo de funcionalidad en el trabajo en comparación con los controles (19), sin embargo, solo se encontró un estudio con este tipo de intervención, por lo cual se hace necesario generar más investigaciones que tengan en cuenta este tipo de intervención. En cuanto a las intervenciones mediadas con el ejercicio físico, la publicación que las refiere no presentó el análisis de los resultados debido a la calidad de los artículos encontrados, además de la poca literatura encontrada publicada (8), sin embargo, hubo un estudio que afirma que actividad física como intervención secundaria muestra resultados significativos en procesos de RL, al reducir el estrés y la ansiedad de manera significativa (20). 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 TCC en el tratamiento del trastorno depresivo mayor, pese a ello, la revisión sistemática que aportó estos resultados refirió que los estudios analizados presentan resultados inconsistentes (8).

Teniendo en cuenta los resultados de este estudio, las regiones del mundo que más se han interesado en este tema son Europa y Norteamérica, generando 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; se hace necesario sin embargo, generar más estudios que aporten a la construcción del conocimiento y a brindar nuevas alternativas de intervención para reducir o mitigar de forma más efectiva las incapacidades provocadas por los trastornos mentales.

Orientaciones que pueden generar un retorno laboral efectivo:

Teniendo en cuenta 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 reintegro laboral, sin embargo, se hace necesario tener en cuenta la severidad de los signos y 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 necesario para indagar la comorbilidad con otro tipo de afección física o mental (24).

Los planes de trabajo y las intervenciones en los procesos de RL deben garantizar que están diseñados y dirigidos por profesionales de salud mental, y 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 reintegro laboral 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 (21), (11), (10), (37), (38).

Mantener el vínculo y la comunicación entre el trabajador ausente y la empresa resulta 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 resulta importante para conocer en profundidad el puesto de trabajo y para participar en la construcción de objetivos 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 (27), (23), (39).

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 de empleador, y 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, el cultivo de las creencias, como elementos que pueden ayudar a recuperar la funcionalidad del trabajador afectado por un trastorno o un problema mental (31), (6), (40).

Conclusiones

Las terapias TCC de forma presencial o vía online, resultan ser 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.

REFERENCIAS

1. Hellström L, Bech P, Hjorthøj C, Nordentoft M, Lindschou J, Eplov LF. 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. *Occup Environ Med*. 2017;74(10):717–25.
2. Lagerveld S, Houtman I. Return to work after sick leave due to mental health problems. In: Osh wiki [Internet]. 2013. Available from: https://oshwiki.eu/wiki/Return_to_Work_after_sick_leave_due_to_mental_health_problems
3. Tomicic A, Martínez C, Ansoleaga E, Garrido P, Lucero C, Castillo S, et al. Reintegro Laboral en Trabajadores con Problemas de Salud Mental: La Perspectiva de los Tratantes. *Cienc Trab* [Internet]. 2014;16(51):137–45. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-24492014000300003&script=sci_arttext
4. Naidu V V, Giblin E, Burke KM, Madan I. Delivery of cognitive behavioural therapy to workers : a systematic review. 2016;(September 2015):112–7.
5. Naghieh A, Montgomery P, Bonell CP, Thompson M, Aber JL. Organisational interventions for improving wellbeing and reducing work-related stress in teachers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;2013(1).
6. Lammerts L, Van Dongen JM, Schaafsma FG, Van Mechelen W, Anema JR. 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*. 2017;17(1):1–13.
7. Vogel N, Schandelmaier S, Zumbunn T, Ebrahim S, Wel DB, Jw B, et al. Return-to-work coordination programmes for improving return to work in workers on sick leave (Review) Return-to-work coordination programmes for improving return to work in workers on sick leave. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017;(3):10–3. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD011618.pub2>
 8. Nieuwenhuijsen K, Faber B, Jh V, Hl H, Ac V, Cm F, et al. Interventions to improve return to work in depressed people (Review). 2014;(12).
 9. Sampson A. Interventions to improve return to work outcomes in individuals with mental health conditions . *Inst Safety, Compens Recover Res*. 2015;(June).
 10. Willert MV, Thulstrup AM, Bonde JP. Effects of a stress management intervention on absenteeism and return to work - results from a randomized wait-list controlled trial. *Scand J Work Environ Heal*. 2011;37(3):186–95.
 11. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Joosen MCW. The effectiveness of return-to-work interventions that incorporate work-focused problem-solving skills for workers with sickness absences related to mental disorders : a systematic literature review. 2015;
 12. Glasscock DJ, Carstensen O, Ligaya V. Recovery from work-related stress : a randomized controlled trial of a stress management intervention in a clinical sample. *Int Arch Occup Environ Health* [Internet]. 2018;91(6):675–87. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00420-018-1314-7>
 13. Martin MHT, Nielsen MBD, Pedersen J, Rugulies R. 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. *Disabil Rehabil*. 2015;37(22):2107–13.
 14. Salomonsson S, Hedman-Lagerlöf E, Öst LG. Sickness absence: A systematic review and meta-analysis of psychological treatments for individuals on sick leave due to common mental disorders. *Psychol Med*. 2018;48(12):1954–65.
 15. Dalgaard VL, Aschbacher K, Andersen JH, Glasscock DJ, Willert MV, Carstensen O, et al. Return to work after work-related stress: A randomized controlled trial of a work-focused cognitive behavioral intervention. *Scand J Work Environ Heal*. 2017;43(5):436–46.
 16. Arends I, Bruinvels DJ, Rebergen DS, Nieuwenhuijsen K, Madan I, Neumeyer-Gromen A, et al. Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(12).
 17. Doki S, Sasahara S, Matsuzaki I. Psychological approach of occupational health service to sick leave due to mental problems: a systematic review and meta-analysis. *Int Arch Occup Environ Health*. 2015;88(6):659–67.
 18. Pedersen P, Søgaaard HJ, Labriola M, Nohr EA, Jensen C. 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* [Internet]. 2015;1–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-015-2087-5>
 19. Lytsy P, Carlsson L, Anderzén I. 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. *J Rehabil Med*. 2017;49(2):170–7.
 20. Joyce S, Modini M, Christensen H, Mykletun A, Bryant R, Mitchell PB. Workplace interventions for common mental disorders : a systematic meta-review. 2016;683–97.

21. Mikkelsen MB, Rosholm M. 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. *Occup Environ Med*. 2018;75(9):675–86.
22. Noordik E, van der Klink JJ, Geskus RB, de Boer MR, van Dijk FJH, Nieuwenhuijsen K. Effectiveness of an exposure-based return-to-work program for workers on sick leave due to common mental disorders: A cluster-randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Heal*. 2013;39(2):144–54.
23. Ansoleaga E, Garrido P, Domínguez C, Castillo S, Lucero C, Tomicic A, et al. Return to work enablers for workers with work-related mental illness. *Rev médica Chile* [Internet]. 2015;143(1):85–95. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25860273>
24. de Vries H, Fishta A, Weikert B, Rodriguez Sanchez A, Wegewitz U. Determinants of Sickness Absence and Return to Work Among Employees with Common Mental Disorders: A Scoping Review. *J Occup Rehabil* [Internet]. 2018;28(3):393–417. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-017-9730-1>
25. Van der Feltz-Cornelis C. Faster return to work after psychiatric consultation for sicklisted employees with common mental disorders compared to care as usual. A randomized clinical trial. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2010;375.
26. Dewa CS, Trojanowski L, Joosen MCW, Bonato S. Employer best practice guidelines for the return to work of workers on mental disorder-related disability leave: A systematic review. *Can J Psychiatry*. 2016;61(3):176–85.
27. Etuknwa A, Daniels K, Eib C. Sustainable Return to Work: A Systematic Review Focusing on Personal and Social Factors. *J Occup Rehabil* [Internet]. 2019;0(0):0. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-019-09832-7>
28. Milligan-Saville JS, Tan L, Gayed A, Barnes C, Madan I, Dobson M, et al. Workplace mental health training for managers and its effect on sick leave in employees: a cluster randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*. 2017;4(11):850–8.
29. Van Beurden KM, Van Der Klink JJL, Brouwers EPM, Joosen MCW, Mathijssen JJP, Terluin B, et al. 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* [Internet]. 2015;15(1):1–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-015-2125-3>
30. Flodgren G. Motivational Interviewing as a method to facilitate return to work: a systematic review [Internet]. 2017. 1–73 p. Available from: papers3://publication/uuid/BAE48344-A182-4EBD-AEC0-FFDD7F4EF5BE
31. Andersen MF, Nielsen KM, Brinkmann S. Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scand J Work Environ Heal*. 2012;38(2):93–104.
32. Chandra A, Martin LT, Hawkins SA, Richardson A. The Impact of Parental Deployment on Child Social and Emotional Functioning: Perspectives of School Staff. *J Adolesc Heal* [Internet]. 2010;46(3):218–23. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.10.009>
33. Martin MHT, Nielsen MBD, Madsen IEH, Petersen SMA, Lange T, Rugulies R. Effectiveness of a coordinated and tailored return-to-work intervention for sickness absence beneficiaries with mental health problems. *J Occup Rehabil*. 2013;23(4):621–30.
34. Høgelund J, Falgaard Eplov L. Employment effects of a multidisciplinary health assessment for mentally ill persons – A quasi-randomised controlled trial. *Scand J Public*

- Health. 2018;46(3):389–99.
35. Berglund E, Anderzén I, Andersén Å, Carlsson L, Gustavsson C, Wallman T, et al. Multidisciplinary intervention and acceptance and commitment therapy for return-to-work and increased employability among patients with mental illness and/or chronic pain: A randomized controlled trial. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(11).
 36. Cornelius LR, Van Der Klink JJJ, Groothoff JW, Brouwer S. Prognostic factors of long term disability due to mental disorders: A systematic review. *J Occup Rehabil*. 2011;21(2):259–74.
 37. De Weerd BJ, Van Dijk MK, Van Der Linden JN, Roelen CAM, Verbraak MJPM. 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*. 2016;54(3):647–55.
 38. Victor M, Lau B, Ruud T. Predictors of return to work among patients in treatment for common mental disorders: A pre-post study. *BMC Public Health*. 2017;18(1):1–12.
 39. Kristensen JV, Kristiansen J, Poulsen OM. Content and quality of workplace guidelines developed to prevent mental health problems: results from a systematic review. 2018;44(5):443–57.
 40. Neves F, Nunes O, Magalh L. Interactions among stakeholders involved in return to work after sick leave due to mental disorders : a meta-ethnography As interações entre os atores no retorno ao trabalho após afastamento por transtorno mental : uma metaetnografia Interacciones entre . 2015;31(11):1–16.
 41. Pedersen P, Sogaard HJ, Yde BF, Labriola M, Nohr EA, Jensen C. 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*. 2014;14(1):1–9.