

Afecciones de Salud Mental y el Proceso de Retorno al Trabajo: Una Revisión Sistemática

MENTAL HEALTH ILLNESSES AND THE RETURN TO WORK PROCESS: A SYSTEMATIC REVIEW

Pablo Garrido Larrea¹, Elisa Ansoleaga Moreno², Alemka Tomacic Suñer³, Constanza Domínguez Valverde³, Soledad Castillo Vergara³, Claudia Lucero Chenevard⁴, Claudio Martínez Guzmán⁵

1. Coordinador Nacional de Salud Mental Ocupacional. Asociación Chilena de Seguridad. Santiago, Chile.
2. Coordinadora de Salud Mental y Trabajo Clínica Psicológica e Investigadora Programa de Estudios Psicosociales del Trabajo, Facultad de Psicología, Universidad Diego Portales. Santiago, Chile.
3. Facultad de Psicología, Universidad Diego Portales. Santiago, Chile.
4. Docente Escuela de Psicología. Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Valparaíso, Chile.
5. Profesor Asociado de la Facultad de Psicología, Universidad Diego Portales. Santiago, Chile.

RESUMEN

Antecedentes: Para el tratamiento de las afecciones de salud mental relacionadas con el trabajo se requiere considerar como parte del tratamiento a los agentes laborales causales de la patología y el proceso de retorno al trabajo. Un diseño adecuado de intervenciones psicoterapéuticas en el ámbito ocupacional requiere la consideración de las últimas investigaciones en estas materias. **Objetivo:** Describir las investigaciones recientes cuyo objetivo sea el estudio del retorno al trabajo en afecciones de salud mental relacionadas con el trabajo. **Método:** Mediante una revisión de la literatura publicada entre los años 2008 a 2012, se caracterizaron las principales líneas de investigación del tratamiento y reintegro laboral de pacientes con afecciones de salud mental relacionadas al trabajo. **Resultados:** Sobre 63 artículos seleccionados, se identificó que los países europeos lideraron la investigación, destacando entre ellos Holanda. El 80% de los estudios abordan el proceso de retorno laboral. La mayoría de los diseños de investigación no son de tipo cuantitativo, descriptivo y longitudinal, y están enfocados en: a) producir indicadores para pronosticar factores protectores del tratamiento y, b) generar indicadores de alerta para la relación terapia y reintegro al trabajo. La terapia cognitivo-conductual y los tratamientos entregados en el lugar de trabajo, comandadas por terapeutas (sin profesión específica), psicólogos y psiquiatras son las formas de intervención preferidas. El rol del supervisor de retorno al trabajo es una figura nueva, usualmente poco considerada en el tratamiento estándar. **Conclusiones:** El estudio del vínculo entre el tratamiento clínico y el proceso del reintegro al trabajo en afecciones de salud mental abre una nueva ventana local para la investigación en salud ocupacional.

(Garrido P, Ansoleaga E, Tomacic A, Domínguez C, Castillo S, Lucero C, Martínez C, 2013. Afecciones de Salud Mental y el Proceso de Retorno al Trabajo: Una Revisión Sistemática. *Cienc Trab. Sep-Dic*; 15 [48]: 105-113).

Palabras clave: ESTRÉS LABORAL, RETORNO AL TRABAJO, SALUD MENTAL, SALUD OCUPACIONAL, PATOLOGÍA MENTAL, TRATAMIENTO SALUD MENTAL.

ABSTRACT

Background: It is generally accepted that mental health illnesses require treatment for the patient's recovery. But if such illness is work-related, standard clinical treatment alone could be insufficient. Thus, should work-related issues and the return to work process considered as part of a standard treatment. **Objective:** To describe scientific research whose aim is the return to work process in work-related mental illness. **Methods:** A literature review from 2008 to 2012 was conducted to describe research trends in mental health work-related treatment, and the return-to-work process. **Results:** 63 papers met requirements. Research is mainly done in Europe, led by Holland. 80% of articles are focused on the return to work process. Most of the research done is quantitative, descriptive and longitudinal, focused on a) generating parameters to forecast treatment's positive outcomes and, b) to determine warning indicators for the therapy - return to work relationship. Cognitive - behavioural therapy and workplace interventions are the preferred methods, led by therapists (without specific occupation), psychologists and psychiatrists. The return-to-work supervisor role is a new element, slightly considered in standard clinical treatment. **Conclusions:** This work places the clinical treatment - return-to-work relationship as its subject, opening a new local research trend in occupational health.

Keywords: MENTAL HEALTH, MENTAL HEALTH TREATMENT, OCCUPATIONAL HEALTH, MENTAL DISORDERS, RETURN TO WORK, WORK-RELATED STRESS.

Correspondencia / Correspondence:

Pablo Garrido Larrea
Ramón Carnicer 163, Piso 1, Edificio A. Comuna de Providencia,
Santiago de Chile
Tel.: +56 2 26852717
e-mail: pgarrido@achs.cl
Recibido: 15 de Septiembre 2013 / Aceptado: 21 de Octubre: 2013

INTRODUCCIÓN

En Chile, la prevalencia de síntomas depresivos es de un 17,2%, y un 21% de la población ha sido diagnosticada médicamente alguna vez en la vida con depresión.¹ Por su parte, el 21% de los trabajadores reportó haberse sentido triste o melancólico en los últimos 12 meses.² Asimismo, un 31% de pérdida de productividad

por años de vida saludable perdidos (AVISA), se deben a los trastornos mentales.³ Según van der Feltz-Cornelis et al⁴, las personas con depresión se ausentan de su trabajo entre 8 a 9 veces más que aquellas que no padecen la afección⁴ y el ausentismo podría superar los 100 días, antes de que la persona retome su trabajo de manera total.⁵ En países desarrollados, el ausentismo laboral por enfermedades mentales representa más de un tercio del total de días laborales perdidos, y hasta un 75% del total de los costos por ausentismo.⁶ Para la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS), la cual asegura a más de 2 millones de trabajadores (poco más del 50% de la masa laboral empleada en Chile), las enfermedades de salud mental tuvieron como consecuencia más de 28.000 días perdidos durante 2012 y un promedio de más de 200 mil días perdidos por paciente, llegando a ocupar los primeros lugares de siniestralidad laboral en relación a otras patologías.⁷

Los altos costos que implica la incapacidad generada por las enfermedades mentales en el ámbito laboral han sido escasamente cuantificados. Para la ACHS, sólo el gasto en subsidios por este motivo fue más de 4 millones de dólares durante el año 2011, representando cerca del 2,5% del total de subsidios pagados en el período. Para algunos expertos, el gasto por tratamiento y subsidios representarían sólo el 25% del total del costo de un trabajador enfermo. Los llamados “costos ocultos”, tales como la rotación, la pérdida de capital de conocimiento y la baja productividad representarían el 75% de las pérdidas derivadas de un trabajador enfermo e incapacitado.

Este impacto económico y social se suma a las dificultades que derivan del tratamiento usual. Cuando un trabajador consulta en el sistema mutual por una afección de este tipo, el reposo laboral y la administración de psicotrópicos son las indicaciones habituales. Sin embargo, el supuesto agente de riesgo que causa los síntomas persiste, ya que no se realizan acciones de mitigación en el ambiente laboral mientras no se compruebe la relación de causa/efecto establecida en la Ley 16.744⁸ para calificar una neurosis laboral, proceso que puede demorar más de 20 días. En algunos casos, la respuesta de los especialistas ha sido otorgar reposo durante el período que demora el estudio de causalidad, justificando dicha indicación en la llamada incapacidad temporal del cuadro clínico.⁹ El dilema que entraña esta respuesta es que, si bien clínicamente el reposo es necesario para lograr la mitigación de los síntomas, en el ámbito ocupacional el reposo será beneficioso sólo si mantiene el equilibrio entre el restablecimiento funcional del paciente y como instancia para preparar el retorno al trabajo.

Por lo tanto, a mayor extensión del reposo, se corre el riesgo de agudizar la condición clínica derivada de expectativas negativas del paciente y del empleador acerca de su competencia para el puesto de trabajo. Es en estos aspectos –el reposo y la preparación para el retorno al trabajo– donde existen brechas importantes en el conocimiento acerca de qué tipo de tratamientos deben ser administrados –independientemente del origen de la patología– para no entorpecer el reintegro del trabajador a su puesto de trabajo.

El reintegro laboral desafía en un grado importante al especialista debido a tres cuestiones que generalmente se visualizan en la práctica: a) el estado de agotamiento emocional del paciente consultante; b) la persistencia en el trabajo del supuesto agente de riesgo causante del problema; y, c) la presentación de problemas emocionales en las esferas privada y laboral del paciente donde es complejo disociar ambas para poder enfocarse en el reintegro al trabajo.⁷

A nivel internacional, los estudios de Hoefsmit et al.¹⁰, Kuoppala & Lamminpää¹¹ y Cornelius et al¹² analizaron y describieron la

eficacia de diversas intervenciones en salud mental vinculadas con los procesos de retorno al trabajo, los cuales indican que: a) las personas mayores de 50 años, con enfermedades mentales previas y con una expectativa negativa de su recuperación, tendrán más reposo y requerirán más tiempo para retornar al trabajo producto de una enfermedad mental; b) las intervenciones tempranas y multidisciplinarias iniciadas en las primeras 6 semanas desde el ingreso, y el establecimiento de contacto con el empleador para planificar el reintegro, mejoran la efectividad del retorno al trabajo al compararse esta intervención con el tratamiento común; y, c) tratamientos protocolizados específicos y de buena calidad se asocian con un menor tiempo de incapacidad laboral y un menor tiempo para el retorno al trabajo.

La mayoría de los estudios publicados en Chile se han enfocado en caracterizar la población consultante y explicar el problema de la neurosis laboral desde los puntos de vista diagnóstico y de la legislación que la sustenta.¹³⁻¹⁶ Nuestro estudio se propuso, como punto de partida, visibilizar y dar acceso en castellano a las investigaciones de los últimos 5 años que se han realizado en otros contextos, fuera del latinoamericano, sobre las variables que influyen en el tratamiento y el proceso de reintegro laboral en las afecciones de salud mental relacionadas con el trabajo. Este trabajo se enfocará en describir las investigaciones recientes cuyo objetivo sea el estudio del retorno al trabajo en afecciones de salud mental relacionadas con el trabajo.

MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño de este estudio fue de alcance descriptivo y de enfoque mixto. Se llevó a cabo una revisión sistemática con técnicas cualitativas para el levantamiento de subcategorías –a partir de variables de análisis preestablecidas–. Asimismo, empleando técnicas cuantitativas se realizó una síntesis de la distribución de estas subcategorías en la muestra analizada.

El proceso de búsqueda a través de la literatura se realizó a partir de las siguientes bases de datos: Pubmed, Psychology and Behavioral Sciences Collection (EBSCOhost), MEDLINE with Full Text (EBSCOhost), Academic Search Complete (EBSCOhost), MEDLINE (EBSCOhost), ProQuest Psychology Journals, PsycINFO (EBSCOhost) y PsycArticles (EBSCOhost).

Los principales términos de búsqueda fueron: “return to work” y “mental disorder”, los cuales fueron utilizados en la búsqueda de manera individual o de forma combinada con los siguientes términos: “cognitive-behavioral therapy”, “burnout”, “occupational health”, “mental depression”, “psychotherapy”, “sickness absence”, “work stress”, “workplace”, “work environment” y “treatment outcome”. Se utilizó similar procedimiento para las búsquedas en español, no encontrándose publicaciones. El criterio temporal de búsqueda fue que los artículos hayan sido publicados en los últimos 5 años (2008 a 2012). Este criterio es el usualmente aceptado por la comunidad científica respecto a la pertinencia y validez de las investigaciones.¹⁷ Al finalizar el período de búsqueda (diciembre de 2012 a marzo de 2013), se encontraron 142.759 artículos que fueron concordantes con las palabras o combinación de palabras descritos anteriormente.

Selección de publicaciones para revisión

El tamizado de la base de datos se realizó considerando como criterios de inclusión que: a) abordaran problemas de salud mental; b) que consideraran el retorno al trabajo; c) que fueran

artículos de publicaciones indexadas en sistemas ISI y/o Scielo para asegurar la calidad de los mismos.

Como criterios de exclusión se descartaron: a) artículos que presentaron revisiones sistemáticas o meta-análisis; b) artículos teóricos o conceptuales; c) artículos en que se presentaron diseños de intervención, pero no su aplicación y/o resultados; d) aquellos artículos que analizaron el retorno al trabajo de personas con enfermedades físicas y consideraron sólo de forma secundaria los problemas de salud mental.

El procedimiento de selección siguió las orientaciones de la declaración PRISMA.¹⁷ En la Figura 1 se presenta un resumen del proceso de inclusión y exclusión. Del total de la búsqueda, se seleccionaron 63 artículos una vez aplicados los criterios descritos anteriormente (Tabla 1).

Figura 1. Diagrama de flujo que ilustra el proceso de inclusión y exclusión de los registros.

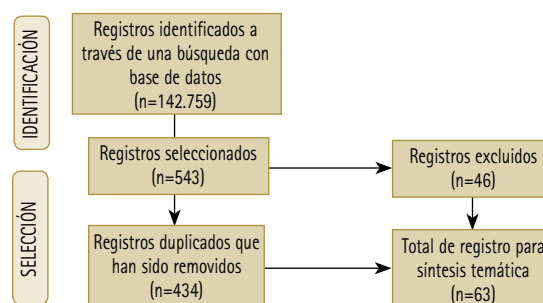


Tabla 1. Artículos seleccionados para la revisión sistemática.

Año	Título	Revista
Ahlstrom, L. et al.	2012 Workplace Rehabilitation and Supportive Conditions at Work: A Prospective Study	Journal of Occupational Rehabilitation
van Oostrom SH. et al.	2009 A participatory workplace intervention for employees with distress and lost time: A feasibility evaluation within a randomized controlled trial	Journal of Occupational Rehabilitation
de Vente, W. et al.	2008 Individual and group cognitive-behavioral treatment for work-related stress complaints and sickness absence: A randomized controlled trial	Journal of Occupational Health Psychology
Brouwers, E. M. et al.	2009 Predicting return to work in employees sick-listed due to minor mental disorders	Journal of Occupational Rehabilitation
Vlasveld, M. C. et al.	2012 Predicting return to work in workers with all-cause sickness absence greater than 4 weeks: A prospective cohort study	Journal of Occupational Rehabilitation
Roelen, C. A. et al.	2012 Employees sick-listed with mental disorders: who returns to work and when?	Journal of Occupational Rehabilitation
Sampere, M. et al.	2012 Return to Work Expectations of Workers on Long-Term Non-Work-Related Sick Leave	Journal of Occupational Rehabilitation
van der Feltz-Cornelis, C. M. et al.	2010 Faster return to work after psychiatric consultation for sicklisted employees with common mental disorders compared to care as usual. A randomized clinical trial	Neuropsychiatric Disease and Treatment
Gjesdal, S. et al.	2008 Long-term sickness absence and disability pension with psychiatric diagnoses: A population-based cohort study	Nordic Journal of Psychiatry
De Rijk, A. et al.	2009 Gender differences in work modifications and changed job characteristics during the return-to-work process: A prospective cohort study	Journal of Occupational Rehabilitation
Muijzer, A. et al.	2011 Influence of efforts of employer and employee on return-to-work process and outcomes	Journal of Occupational Rehabilitation
Martin, M. H. et al.	2012 Implementation of a coordinated and tailored return-to-work intervention for employees with mental health problems	Journal of Occupational Rehabilitation
Roelen, C. A. et al.	2010 Recurrence of medically certified sickness absence according to diagnosis: A sickness absence register study	Journal of Occupational Rehabilitation
Wahlin, C. et al.	2012 Association between clinical and work-related interventions and return-to-work for patients with musculoskeletal or mental disorders	Journal of Rehabilitation Medicine: Official journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine
Brouwer, S. et al.	2010 A prospective study of return to work across health conditions: perceived work attitude, self-efficacy and perceived social support	Journal of Occupational Rehabilitation
Grossi, G. et al.	2009 Quasi-experimental evaluation of a stress management programme for female county and municipal employees on long-term sick leave due to work-related psychological complaints	Journal of Rehabilitation Medicine: Official journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine
Lemieux, P. et al.	2011 Supervisors' perception of the factors influencing the return to work of workers with common mental disorders	Journal of Occupational Rehabilitation
Brouwer, S. et al.	2009 Behavioral determinants as predictors of return to work after long-term sickness absence: An application of the theory of planned behavior	Journal of Occupational Rehabilitation
Oster, C. et al.	2011 Return to work after burn—a prospective study	Burn
Dewa, C. et al.	2011 The Association of Treatment of Depressive Episodes and Work Productivity	Canadian Journal of Psychiatry
Linden, M. et al.	2011 Occupational functioning, sickness absence and medication utilization before and after cognitive-behaviour therapy for generalized anxiety disorders	Clinical Psychology & Psychotherapy
Franche, R. et al.	2009 Course, Diagnosis, and Treatment of Depressive Symptomatology in Workers Following a Workplace Injury: A Prospective Cohort Study	Canadian Journal of Psychiatry
Sanderson, K. et al.	2008 Mental health in the workplace: Using the ICF to model the prospective associations between symptoms, activities, participation and environmental factors	Disability & Rehabilitation
Tjulín, A. et al.	2011 Exploring the meaning of early contact in return-to-work from workplace actors' perspective	Disability & Rehabilitation
Flach, P. A. et al.	2012 Factors associated with first return to work and sick leave durations in workers with common mental disorders	European journal of public health
Macdonald, S. et al.	2012 A powerful intervention: general practitioners' use of sickness certification in depression	BMC family practice
Arends, I. et al.	2010 Prevention of recurrent sickness absence among employees with common mental disorders: design of a cluster-randomised controlled trial with cost-benefit and effectiveness evaluation	BMC Public Health
Netterstrøm, B. et al.	2010 Effect of a multidisciplinary stress treatment programme on the return to work rate for persons with work-related stress. A non-randomized controlled study from a stress clinic	BMC Public Health
Karlon, B. et al.	2010 Return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sick-leave for burnout—a prospective controlled study	BMC Public Health
Lander, F. et al.	2009 Can we enhance the ability to return to work among workers with stress-related disorders?	BMC public health

	Año	Título	Revista
Lagerveld, S. E. et al.	2012	Work-focused treatment of common mental disorders and return to work: A comparative outcome study	Journal of Occupational Health Psychology
Tjulin, A. et al.	2009	Experience of the implementation of a multi-stakeholder return-to-work programme	Journal Of Occupational Rehabilitation
Verdonk, P. et al.	2008	Sickness absence as an interactive process: Gendered experiences of young, highly educated women with mental health problems	Patient Education And Counseling
Mallen, C. D. et al.	2011	Sickness certification for mental health problems: an analysis of a general practice consultation database	Primary health care research & development
Hees, H. L. et al.	2012	Towards a new definition of return-to-work outcomes in common mental disorders from a multi-stakeholder perspective	PLoS One
Ruwaard, J. et al.	2012	The Effectiveness of Online Cognitive Behavioral Treatment in Routine Clinical Practice	PLoS One
Lemma, A. et al.	2011	The Development of a Brief Psychodynamic Intervention (Dynamic Interpersonal Therapy) and Its Application to Depression: A Pilot Study	Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes
Nielsen, M. B. et al.	2010	Return to work among employees with common mental disorders: Study design and baseline findings from a mixed-method follow-up study	Scandinavian Journal of Public Health
Willert, M. V.	2011	Effects of a stress management intervention on absenteeism and return to work-results from a randomized wait-list controlled trial	Scandinavian Journal of Work, Environment & Health
Aust, B. et al.	2012	The Danish national return-to-work program-aims, content, and design of the process and effect evaluation	Scandinavian Journal of Work, Environment & Health
Noordik, E.	2009	Effectiveness and cost-effectiveness of an exposure-based return-to-work programme for patients on sick leave due to common mental disorders: design of a cluster-randomized controlled trial	BMC Public Health
Vlasveld, M. C. et al.	2008	Multidisciplinary collaborative care for depressive disorder in the occupational health setting: design of a randomised controlled trial and cost-effectiveness study	BMC health services research
Smith, P. et al.	2012	The Impact of Changes in Job Strain and Its Components on the Risk of Depression	American Journal of Public Health
Wang, J. et al.	2009	Changes in perceived job strain and the risk of major depression: results from a population-based longitudinal study	American Journal Of Epidemiology
Muijzer, A. et al.	2012	Exploring factors relevant in the assessment of the return-to-work process of employees on long-term sickness absence due to a depressive disorder: A focus group study	BMC Public Health
Koopmans, P. C. et al.	2010	Gender and age differences in the recurrence of sickness absence due to common mental disorders: A longitudinal study	BMC Public Health
Nielsen, M. B. et al.	2011	Predictors of return to work in employees sick-listed with mental health problems: Findings from a longitudinal study	European journal of public health
Bee, P. E. et al.	2010	Improving health and productivity of depressed workers: A pilot randomized controlled trial of telephone cognitive behavioral therapy delivery in workplace settings	General hospital psychiatry
Soegaard, H. J.	2012	Undetected common mental disorders in long-term sickness absence	International journal of family medicine
Koopmans, P. C. et al.	2011	Recurrence of sickness absence due to common mental disorders	International archives of occupational and environmental health
De Rijk, A. et al.	2008	Gender differences in return to work patterns among sickness absentees and their associations with health: A prospective cohort study in The Netherlands	International journal of rehabilitation research. Internationale Zeitschrift fur Rehabilitationsforschung. Revue internationale de recherches de readaptation
Clausen, T. et al.	2011	Return to work among employees with long-term sickness absence in eldercare: a prospective analysis of register-based outcomes	International Journal Of Rehabilitation Research
St-Arnaud, L. et al.	2011	The Paradoxes of Managing Employees' Absences for Mental Health Reasons and Practices to Support Their Return to Work	Journal for Social Action in Counseling & Psychology
de Vries, G. et al.	2012	Return to work after sick leave due to depression; A conceptual analysis based on perspectives of patients, supervisors and occupational physicians	Journal Of Affective Disorders
Gray-Stanley, J. et al.	2010	Work stress and depression among direct support professionals: the role of work support and locus of control	Journal of Intellectual Disability Research
D'Amato, A. et al.	2010	Toward a climate for work resumption: the nonmedical determinants of return to work	Journal of occupational and environmental medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine
Rebergen, D. S. et al.	2009	Guideline-based care of common mental disorders by occupational physicians (CO-OP study): a randomized controlled trial	Journal of occupational and environmental medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine
Wang, J. et al.	2012	Business mergers and acquisitions and the risk of mental disorders: a population-based study	Occupational and environmental medicine
van Oostrom, S. H. et al.	2010	Economic evaluation of a workplace intervention for sick-listed employees with distress	Occupational and environmental medicine
van Oostrom, S. H. et al.	2010	A workplace intervention for sick-listed employees with distress: results of a randomised controlled trial	Occupational and environmental medicine
Vlasveld, M. C. et al.	2012	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	Occupational and environmental medicine
Hees, H. L. et al.	2012	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	Occupational and environmental medicine
Eklund, M. et al.	2011	Return to work outcomes of the Redesigning Daily Occupations (ReDO) program for women with stress-related disorders--a comparative study	Women & health
De Rijk, A. et al.	2009	A behavioral approach to RTW after sickness absence: the development of instruments for the assessment of motivational determinants, motivation and key actors' attitudes	Work
Wang, J. et al.	2012	Three job-related stress models and depression: a population-based study.	Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology
Godin, I. et al.	2009	Gender specificity in the prediction of clinically diagnosed depression	Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology
Cheng, C., et al.	2012	The effectiveness of a new, coping flexibility intervention as compared with a cognitive-behavioural intervention in managing work stress	Work & Stress
Müssener, U. et al.	2008	Encouraging Encounters: Sick-Listed Persons' Experiences of Interactions with Rehabilitation Professionals	Social Work In Health Care

Procedimiento de revisión

Se construyó una base de datos en formato Excel versión Office 2010 para el análisis temático de cada uno de los artículos seleccionados, definiéndose 15 categorías, las cuales fueron posteriormente recapituladas en 8 categorías de análisis (Tabla 2).

Tabla 2.
Definición de categorías para análisis.

Nombre de la categoría	Definición
Año	Año de publicación del artículo.
Revista	Revista en que fue publicado el artículo.
País	País de procedencia del estudio.
Variable Resultado	Corresponde a la variable dependiente en un estudio experimental o cuasi-experimental. Pero en términos más generales, aquí hace referencia a aquella variable que es objeto de estudio o análisis.
Participantes	Característica de la muestra y tamaño muestral: n total, sexo, edad, área laboral, tipo de licencia.
Diseño	Diseño y tipo de estudio. Si la intervención es con caso clínico controlado o no; retrospectivo o prospectivo; transversal o longitudinal; cualitativo, cuantitativo o mixto.
Instrumentos o dispositivos de observación	Técnicas e instrumentos de recolección de datos: técnicas cualitativas; autorreporte u observación; instrumentos estandarizados.

RESULTADOS

Se aprecia un aumento sostenido de las publicaciones en la materia en los últimos cinco años. En el año 2012 se concentró la mayor cantidad de publicaciones (31,7%), manteniéndose constante durante el período 2009–2011 con un 19%. Asimismo, el 81% de los artículos se publicó en Europa y el 15,9% en América del Norte, no encontrándose publicaciones provenientes de América Latina en la presente revisión (Diagrama 1).

Diagrama 1.
Distribución mundial de artículos publicados.



Al desagregar por país de procedencia, la mayor cantidad de artículos proviene de Holanda^{4-6,18-41} con un 42,9% del total de publicaciones, luego Dinamarca⁴²⁻⁵⁰ con un 14,3%, Canadá⁵¹⁻⁵⁸ y Suecia⁵⁹⁻⁶⁶ con un 12,7% cada uno, Estados Unidos^{67,68} con un 3,2%, y el resto de los países con un 1,6% cada uno.⁶⁹⁻⁷⁷

En relación a la distribución por revista de publicación, el mayor porcentaje corresponde al Journal of Occupational Rehabilitation con un 22,2%. (Tabla 3).

Tabla 3.
Distribución de artículos en las 5 primeras revistas científicas.

Revista	Frecuencia	%
Journal of occupational rehabilitation	14	22,2
BMC Public Health	5	7,9
Occupational and environmental medicine	5	7,9
Journal Of Occupational And Environmental Medicine / American College Of Occupational And Environmental Medicine	3	4,8
Total	27	42,8

Nota. BMC significa Bio Medical Central

Respecto a las temáticas abordadas, el 47,6% de los artículos aborda directamente el proceso de retorno al trabajo, el 11,1% se refiere a intervenciones específicas y el 6,3% aborda los factores individuales que podrían influir en el retorno al trabajo. La Tabla 4 muestra la distribución según variable principal.

Tabla 4.
Distribución de artículos según Variable Resultado Principal.

Variable Resultado Principal	Frecuencia	%
Retorno y proceso de retorno al trabajo	30	47,6
Sintomatología de salud mental: depresivos, ansiosos y/o estrés	10	15,9
Evaluación de Intervenciones	7	11,1
Diagnósticos de salud mental	7	11,1
Ausentismo	5	7,9
Factores individuales de retorno al trabajo	4	6,3
Total	63	100,0

Respecto a los participantes, un 65,1% de los artículos utilizó población mixta hombre-mujer, un 1,6% utilizó sólo a mujeres en la muestra y un 33,3% no presentó información respecto al sexo de los participantes.

Por otra parte, la distribución según sector laboral de los participantes indica que un 42,9% corresponde a población general, es decir, estos estudios utilizaron muestras de personas de múltiples sectores laborales. Sólo cuatro estudios (6,3%) utilizaron una muestra de trabajadores del sector de telecomunicaciones. Un 31,7% de los estudios no informó acerca del sector laboral de sus participantes.

Respecto al tipo de licencia de los participantes del estudio, el 38,1% fue de origen o motivo laboral y un 36,5% por enfermedad mental no relacionada al trabajo –o común–. Del total, un 20,6% de los estudios no entrega información referente al tipo de licencia, dato relevante que retomaremos en la discusión.

En relación a la metodología utilizada, el 73,02% utilizó metodología cuantitativa, el 15,87% utilizó metodología cualitativa y un 11,11% utilizó una metodología mixta cuantitativa-cualitativa.

De los estudios cuantitativos revisados, todos fueron de tipo descriptivo, de los cuales una proporción importante utilizó diseños longitudinales (69,8%) y sólo un 30,2% utilizó diseños transversales. Asimismo, en los estudios longitudinales, un 88,9% fue de tipo prospectivo y un 11,1% de tipo retrospectivo. Finalmente y respecto al procedimiento de análisis, un 46% de las investigaciones fueron de tipo epidemiológico, seguido en un 34,9% por investigaciones de caso clínico controlado, y un 6,3% de los estudios de casos clínicos no controlados.

Un 12,7% de las publicaciones accedieron a la información mediante estrategias metodológicas cualitativas. De estos, un 22,2% hizo uso de entrevistas, siendo la técnica más utilizada. Un 74,6% no informó un dispositivo de observación o una técnica específica de recolección de datos. Los participantes de estos

Tabla 5.
Participantes estudiados.

Estudios que utilizaron entrevistas según tipo de participante	Frecuencia	%
Pacientes	7	50
Tratantes (médicos y supervisores de Retorno al Trabajo)	3	21,4
Expertos en Retorno al Trabajo	2	14,3
Sin Información (no específica)	2	14,3
Total	14	100

Tabla 6.
Primeros 5 instrumentos estandarizados de medición.

Instrumentos	Frecuencia	%
Depression, Anxiety, & Stress Scale (DASS)	5	5,32
Job Content Questionnaire (JCQ) de Karasek	5	5,32
Four Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ)	4	4,26
CIE-10 MIDI	4	4,26
CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population	4	4,26
Total	22	23,42

Tabla 7.
Psicoterapias aplicadas.

Protocolo aplicado en Estudios con Caso Clínico *	Frecuencia	%
Terapia Cognitivo-conductual	7	43,75
Tratamiento de rehabilitación para el estrés	2	12,50
Terapia Cognitivo-conductual centrada en el Trabajo	1	6,25
Directrices basadas en la evidencia de la Asociación Holandesa de Médicos Ocupacionales (NVAB)	1	6,25
Modelo de cuidado colaborativo	1	6,25
Perspectiva centrada en el ajuste entre el trabajo y la persona	1	6,25
Terapia adyuvante ocupacional	1	6,25
Intervención Psicodinámica Breve	1	6,25
Intervención de Flexibilidad de Afrontamiento (coping flexibility intervention)	1	6,25
Total	16	100,00

*Sobre un total de 16 estudios de caso y control que reportaron la terapia utilizada.

Tabla 8.
Características de las técnicas aplicadas.

Características de las técnicas aplicadas en estudios con caso clínico*	Frecuencia	%
Intervención en el lugar de trabajo	6	18,75
Psicofármacos	3	9,38
Psicoeducación	2	6,25
Total	11	34,38

*Sobre un total de 26 estudios de caso y control.

estudios fueron principalmente los pacientes y, en segundo lugar, los tratantes (médicos y supervisores de retorno al trabajo). Los detalles se presentan en la Tabla 5.

En resumen, la mayoría de los diseños de investigación son de tipo cuantitativo, descriptivo y longitudinal, enfocados en: a) producir indicadores que permitan pronosticar factores protectores; y, b) entregar señales de alerta en la relación intervención terapéutica y el reintegro al trabajo (Tabla 4).

En relación a las intervenciones aplicadas, la búsqueda arrojó 26 estudios de caso y control, de los cuales 16 indicaron una o más terapias aplicadas. En estas se aprecia la relativa predominancia de la terapia cognitivo-conductual (56.25%) y sus variantes tales como las técnicas de afrontamiento (Tabla 7).

Las técnicas que se aplicaron en las intervenciones (Tabla 8) son una medida importante para comprender el contexto y los resultados que se esperan de la terapia. Las técnicas aplicadas en los estudios revisados se podrían resumir como: a) entregada en el lugar de trabajo; b) con uso de psicofármacos y c) intervenciones conductuales.

Finalmente, la caracterización de los estudios muestra que los profesionales que realizan las intervenciones son de un amplio espectro profesional (Tabla 9), destacando los “terapeutas” –sin una profesión específica declarada– con un 31% del total, posteriormente los psicólogos (19%), y los psiquiatras en tercer lugar (13%). Llama la atención la participación del “supervisor de retorno al trabajo” (7,69%) como un rol que forma parte del proceso de tratamiento.

Tabla 9.
Profesionales que entregan el tratamiento.

Profesionales que aplican terapias en Estudio con Caso Clínico*	Frecuencia	%
Terapeutas (no se especifica profesión de los mismos)	8	38,10
Psicólogo(a)	5	23,81
Psiquiatra	3	14,29
Médicos del trabajo	2	9,52
Coordinador de retorno al trabajo (trabajador del lugar de trabajo)	1	4,76
Trabajador(a) social	1	4,76
Supervisor de retorno al trabajo (trabajador de fuera del lugar de trabajo)	1	4,76
Total	21	100,00

*Sobre un total de 21 estudios de caso y control que reportaron los profesionales que aplicaron terapia.

DISCUSIÓN

La revisión y análisis realizados nos muestran que el estudio del tratamiento de las afecciones de salud mental, y su relación con el reintegro laboral es un tema de reciente investigación, iniciándose un creciente interés a partir de 2009 y agrupándose en 2012 la mayor cantidad de publicaciones. Europa concentra el mayor interés en estas materias. Específicamente, Holanda se posiciona como un país de referencia en la investigación, seguido por Dinamarca y Canadá. Muy de lejos, le siguen los Estados Unidos. Respecto a las intervenciones aplicadas se aprecia un relativo predominio de esquemas de tratamiento cognitivo-conductual, los cuales son realizados indistintamente por terapeutas sin especificación, psicólogos y psiquiatras. La participación del “coordinador de retorno al trabajo” en el tratamiento es interesante, en cuanto se agrega un nuevo rol no considerado para el tratamiento común de las afecciones de salud mental. El rol de este coordinador será generar el vínculo entre el paciente, los tratantes y la empresa para asegurar la efectividad del retorno al trabajo.³¹

Al analizar las variables resultado de los estudios, podríamos caracterizar dos líneas de investigación principales. Por una parte, la investigación se sitúa en el individuo y sus capacidades y, por otra, la investigación considera una serie de variables contextuales, expresadas en el “proceso de retorno al trabajo”. Es importante destacar estas líneas de trabajo, en tanto integran una histórica distinción entre los modelos de aproximación al fenómeno del estrés laboral, entre aquellos que ponen foco en las determinantes individuales biológicas y del comportamiento, y en el estilo de afrontamiento, y aquellos modelos que analizan y

ponen énfasis en las dimensiones de la organización del trabajo como factores precursores del estrés.

Es razonable concluir que gran parte de la investigación se encuentre en Europa, en especial en algunos países nórdicos, a la luz de leyes y normativas más específicas y estrictas, y de la existencia de un sistema de seguridad social único, como factores que determinan condiciones más estables y favorables en el acceso a la salud ocupacional. Por tanto, el abordaje de los problemas de salud mental laboral plantea un reto adicional a los gestores de políticas de salud pública y ocupacional locales que deberán conjugar los intereses de empleadores y empleados. Además de la conveniencia económica o política de dichas reglamentaciones, las cuales están más allá de los alcances de este trabajo, es interesante interpretar los datos expuestos en este trabajo como una puesta en común hacia cuestiones de la práctica clínica cotidiana con este tipo de pacientes y lo que –intuitivamente por la experiencia acumulada, pero escasamente sistematizada– los equipos de salud locales y terapeutas ocupacionales intentan realizar en sus intervenciones.

Temáticas tales como las relaciones disfuncionales en el ambiente laboral, la sobrecarga de trabajo y el menoscabo de funciones, que traen como consecuencia el estrés laboral u otras afecciones relacionadas, no obedecen solamente a la vulnerabilidad del paciente o a una deficiente organización del trabajo donde ambas deban ser intervenidas de manera independiente sino que, muy por el contrario, se integran en este nuevo campo llamado “proceso de retorno al trabajo”, del cual se podrían interpretar dos aspectos esenciales: a) el “proceso” que alude a un sistema de relaciones y de comunicación donde participan al menos tres actores: paciente, empleador y tratante; y, b) el retorno al trabajo que sería el punto de intersección entre estos tres actores. El estudio de Lemieux et al.⁵⁶ da fuerza a este argumento, al evidenciar que el trabajador con un reposo prolongado por problemas de salud mental estará más temeroso y ansioso de retornar a su trabajo, por las dudas acerca de su propia competencia y por el miedo a si sus compañeros de trabajo responderán con resentimiento o se compadecerán de él; por tanto, el trabajador estará más aislado y podrá encontrar menor sentido a sus actividades laborales.

Esta revisión de corte principalmente descriptivo-cuantitativo es un primer paso en el análisis de la evidencia y su fortaleza es que permite caracterizar el estado del arte de la investigación entre los vínculos “patología de salud mental ocupacional y reintegro laboral”. Además, se constató que no fue posible encontrar publicaciones en castellano en esta materia; por tanto, habría un escenario fértil para seguir profundizando en la investigación.

Las debilidades, por otra parte, se encuentran en el nivel de análisis de los datos, los cuales se presentaron como información descriptiva, permitiendo un limitado nivel de comparación con las revisiones sistemáticas publicadas. Además, existen limitaciones idiomáticas y de financiamiento de investigaciones longitudinales que hacen difícil replicar estudios en nuestro contexto.

Esta investigación permite abrir una ventana para el desarrollo del conocimiento local, al posicionar como objeto de estudio el vínculo entre el tratamiento clínico y el proceso del reintegro laboral en trabajadores con enfermedades mentales de origen ocupacional. Un argumento que claramente sostiene la importancia de este tema es el de Roelen et al.⁶, donde explica que: “Un ausentismo laboral prolongado se asocia a una escasa probabilidad de un eventual retorno al trabajo, con la subsecuente privación

económica y social para el trabajador. Por lo tanto, el retorno al trabajo es un parámetro fundamental para la investigación en salud ocupacional”.

CONCLUSIONES

El valioso conocimiento aportado por los pioneros de la salud mental en el sistema mutual chileno se ha abocado a la caracterización de la población consultante, los agentes de riesgo ambiental, y a resolver la cuestión de la evaluación y la calificación del origen del cuadro clínico conforme a lo establecido en la legislación.^{13,15,16,79} Si bien el binomio tratamiento-reintegro laboral forma parte de la cotidianidad del clínico o del terapeuta ocupacional, existe una deuda en la generación de conocimiento basado en la evidencia. El impacto que ha generado esta brecha de conocimiento ha tenido consecuencias importantes en los costos asumidos por el sistema mutual en su conjunto, por la merma en la productividad, por las dificultades del trabajador para reinserarse exitosamente al trabajo, y por la escasa comprensión del empleador frente al prolongado reposo del trabajador con afecciones de este tipo.

Futuros estudios requerirán profundizar en estas temáticas para fundar las bases de próximas líneas de intervención terapéutica tales como el tratamiento curativo, las particularidades de la intervención según grupos específicos de trabajadores o sectores económicos, la salud mental preventiva y el reintegro laboral en sí mismo. Son estos ámbitos los que representan uno de los desafíos más importantes para el desarrollo de la salud mental ocupacional de nuestro país y la región, los cuales poseen realidades sociales, culturales y normativas específicas, a veces poco comparables con las de países más avanzados en estos ámbitos.

AGRADECIMIENTOS

A la biblioteca de la Asociación Chilena de Seguridad por su ayuda en la búsqueda de los artículos que constituyeron esta revisión. A los revisores anónimos de este artículo que nos aportaron con sus valiosos comentarios.

Trabajo presentado en el XII Congreso Nacional de Salud en el Trabajo, Ciudad de México, Septiembre de 2013.

Trabajo presentado en la 44ª Reunión Internacional de la Sociedad para la Investigación en Psicoterapia, Brisbane, Australia, 2013.

Financiamiento: Este trabajo forma parte de un proyecto de investigación de 17 meses financiado por la Fundación Científica y Tecnológica de la Asociación Chilena de Seguridad (Proyecto P0126/2012) y realizado en forma conjunta por la Coordinación Nacional de Salud Mental de la Asociación Chilena de Seguridad, el Programa de Estudios Psicosociales del Trabajo de la Universidad Diego Portales, y el Núcleo Milenio de Investigación en Depresión (Iniciativa Científica Milenio del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, Proyecto NS100018), cuyo propósito será analizar la evidencia y proponer un protocolo para el tratamiento y reintegro laboral, en personas con afecciones de salud mental de origen laboral. Los autores declaran no tener conflictos de interés en la realización de este trabajo.

REFERENCIAS

- Chile. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010. Santiago: Ministerio de Salud; 2010.
- Chile. MINSAL. Primera encuesta nacional de empleo, trabajo, salud y calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras en Chile, ENETS 2009-2010. Santiago de Chile: Ministerio de Salud-Ministerio de Trabajo; 2011.
- Jiménez A. Salud mental en Chile: la otra cara del malestar social [en línea]. Santiago de Chile: Centro de Investigación Periodística (CIPER); 2012. [Consultado 30 ago2013]. Disponible en: <http://ciperchile.cl/2012/09/26/salud-mental-en-chile-la-otra-cara-del-malestar-social/>
- van der Feltz-Cornelis CM, Hoedeman R, de Jong FJ, Meeuwissen JA, Drewes HW, van der Laan NC, et al. Faster return to work after psychiatric consultation for sicklisted employees with common mental disorders compared to care as usual. A randomized clinical trial. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2010;6:375-385.
- Brouwers EM, Terluin B, Tiemens BG & Verhaak PM. Predicting return to work in employees sick-listed due to minor mental disorders. *J Occup Rehabil*. 2009;19(4):323-332.
- Roelen CA, Norder G, Koopmans PC, van Rhenen W, van der Klink JJ & Bultmann U. Employees sick-listed with mental disorders: who returns to work and when? *J Occup Rehabil* 2012;22(3):409-417.
- Garrido P. Diagnóstico situacional de los servicios de salud mental de la Asociación Chilena de Seguridad. ACHS Documento interno. No publicado, 2012.
- Chile. Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Ley 16.744; Establece Normas sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. Diario Oficial N° 26957 (1° feb 1968).
- Chile. Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Modernización del seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. D.S. N° 73. Santiago: Ministerio Del Trabajo y Previsión Social; 2005.
- Hoefsmit N, Houkes I, Nijhuis FJ. Intervention Characteristics that Facilitate Return to Work After Sickness Absence: A Systematic Literature Review. *J Occup Rehabil*. 2012;22:462-477.
- Kuoppala J, Lamminpää A. Rehabilitation and work ability: a systematic literature review. *J Rehabil Med*. 2008; 40(10):796-804.
- Cornelius LR, van der Klink JJ, Groothoff JW, Brouwer S. Prognostic factors of long term disability due to mental disorders: a systematic review. *J occup. Rehabil*. 2011;21(2):259-274.
- Trucco M, Rebolledo P, Oyarzún F, Soto M. Neurosis profesional. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr*. 1998;36:149-151.
- Trucco M. El estrés y la salud mental en el trabajo: Documento de trabajo de la Asociación Chilena de Seguridad. *Cienc Trab*. 2004;6(14):185-188.
- Miranda G, Rojas G. Trastornos mentales de origen laboral. Calificación y ponderación de riesgos. *Rev Psiquiatr Clín*. 2009;46:38-47.
- Trucco M, Rebolledo P. Neurosis profesional o enfermedad común. Síntomas y estresores. *Rev Med Chile*. 2011;139:1370-1377.
- Urrutia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Med Clin*. 2010; 135(11):507-511.
- Vlasveld MC, Anema JR, Beekman AT, van Mechelen W, Hoedeman R, van Marwijk HW, et al. Multidisciplinary collaborative care for depressive disorder in the occupational health setting: design of a randomised controlled trial and cost-effectiveness study. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:99.
- Muijzer A, Brouwer S, Geertzen JH, Groothoff JW. Exploring factors relevant in the assessment of the return-to-work process of employees on long-term sickness absence due to a depressive disorder: a focus group study. *BMC Public Health*. 2012;12:O3.
- Koopmans PC, Roelen CA, Bultmann U, Hoedeman R, van der Klink JJ, Groothoff JW. Gender and age differences in the recurrence of sickness absence due to common mental disorders: a longitudinal study. *BMC Public Health*. 2010;10:426.
- Flach PA, Groothoff JW, Krol B, Bultmann U. Factors associated with first return to work and sick leave durations in workers with common mental disorders. *Eur J Public Health*. 2012;22(3):440-445.
- De Rijk A, Janssen N, Alexanderson K, Nijhuis F. Gender differences in return to work patterns among sickness absentees and their associations with health: a prospective cohort study in The Netherlands. *Int J Rehabil Res*. 2008; 31(4):327-336.
- de Vries GG, Koeter MJ, Nabitz UU, Hees HL, Schene AH. Return to work after sick leave due to depression; a conceptual analysis based on perspectives of patients, supervisors and occupational physicians. *J Affect Disord*. 2012;136(3):1017-1026.
- Lagerveld SE, Blonk RW, Brenninkmeijer V, Wijngaards-de Meij L, Schaufeli WB. Work-focused treatment of common mental disorders and return to work: a comparative outcome study. *J Occup Health Psychol*. 2012;52(1): 67-80.
- Rebergen DS, Bruinvels DJ, Bezemer PD, van der Beek AJ, van Mechelen W. Guideline-based care of common mental disorders by occupational physicians (CO-OP study): a randomized controlled trial. *J. occup. environ. med* 2009; 51(3): 305-312.
- De Rijk A, Nijhuis F, Alexanderson K. Gender differences in work modifications and changed job characteristics during the return-to-work process: a prospective cohort study. *J Occup Rehabil* 2009;19(2):185-193.
- Muijzer A, Groothoff JW, Geertzen JH, Brouwer S. Influence of efforts of employer and employee on return-to-work process and outcomes. *J Occup Rehabil*. 2011;21(4):513-519.
- Roelen CA, Koopmans PC, Anema JR, van der Beek AJ. Recurrence of medically certified sickness absence according to diagnosis: a sickness absence register study. *J Occup Rehabil* 2010;20(1):113-121.
- Brouwer S, Reneman MF, Bultmann U, van der Klink JJ, Groothoff JW. A prospective study of return to work across health conditions: perceived work attitude, self-efficacy and perceived social support. *J Occup Rehabil*. 2010; 20(1):104-112.
- Brouwer S, Krol B, Reneman M, Bultmann U, Franche R, van der Klink J, Groothoff J. Behavioral determinants as predictors of return to work after long-term sickness absence: an application of the theory of planned behavior. *J Occup Rehabil*. 2009;19(2):166-174.
- van Oostrom SH, van Mechelen W, Terluin B, de Vet HC, Anema JR. A participatory workplace intervention for employees with distress and lost time: a feasibility evaluation within a randomized controlled trial. *J Occup. Rehabil*. 2009;19(2):212-222.
- de Vente W, Kamphuis JH, Emmelkamp PM, Blonk RW. Individual and group cognitive-behavioral treatment for work-related stress complaints and sickness absence: a randomized controlled trial. *J Occup Health Psychol*. 2008;13(3):214-231.
- Vlasveld MC, van der Feltz-Cornelis CM, Bultmann U, Beekman AT, van Mechelen W, Hoedeman R, Anema JR. Predicting return to work in workers with all-cause sickness absence greater than 4 weeks: a prospective cohort study. *J Occup Rehabil*. 2012;22(1):118-126.
- van Oostrom SH, Heymans MW, de Vet HC, van Tulder MW, van Mechelen W, Anema JR. Economic evaluation of a workplace intervention for sick-listed employees with distress. *Occup Environ Med*. 2010;67(9):603-610.
- van Oostrom SH, van Mechelen W, Terluin B, de Vet HC, Knol DL, Anema JR. A workplace intervention for sick-listed employees with distress: results of a randomised controlled trial. *Occup Environ Med*. 2010;67(9):596-602.
- Vlasveld MC, van der Feltz-Cornelis CM, Ader HJ, Anema JR, Hoedeman R, van Mechelen W, Beekman AT. 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*. 2012;70(4):223-30.
- Hees HL, de Vries G, Koeter MW, 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*. 2012;70(4):252-60.
- Verdonk P, de Rijk A, Klinge I, de Vries A. Sickness absence as an interactive process: Gendered experiences of young, highly educated women with mental health problems. *Patient Educ Couns*. 2008;73(2):300-306.
- Hees HL, Nieuwenhuijsen K, Koeter MW, Bultmann U, Schene AH. Towards a new definition of return-to-work outcomes in common mental disorders from a multi-stakeholder perspective. *PLoS One*. 2012;7(6):39947.

REFERENCIAS

40. Ruwaard J, Lange A, Schrieken B, Dolan CV, Emmelkamp P. The Effectiveness of Online Cognitive Behavioral Treatment in Routine Clinical Practice. *PLoS One*. 2012;7(7):1-9.
41. De Rijk A, Janssen N, Van Lierop B, Alexanderson K, Nijhuis F. A behavioral approach to RTW after sickness absence: the development of instruments for the assessment of motivational determinants, motivation and key actors' attitudes. *Work*. 2009;33(3):273-285.
42. Lander F, Friche C, Tornemand H, Andersen JH, Kirkeskov L. Can we enhance the ability to return to work among workers with stress-related disorders? *BMC Public Health*. 2009;9:372.
43. Netterstrom B, Bech P. Effect of a multidisciplinary stress treatment programme on the return to work rate for persons with work-related stress. A non-randomized controlled study from a stress clinic. *BMC Public Health*. 2010;10:658.
44. Martin MH, Nielsen MB, Petersen SM, Jakobsen LM, Rugulies R. Implementation of a coordinated and tailored return-to-work intervention for employees with mental health problems. *J Occup Rehabil*. 2012;22(3):427-436.
45. Nielsen MB, Bultmann U, Amby M, Christensen U, Diderichsen F, Rugulies R. Return to work among employees with common mental disorders: study design and baseline findings from a mixed-method follow-up study. *Scand J Public Health*. 2010;38(8):864-872.
46. Nielsen MB, Madsen IE, Bultmann U, Christensen U, Diderichsen F, Rugulies R. Predictors of return to work in employees sick-listed with mental health problems: findings from a longitudinal study. *Eur J Public Health*. 2011;21(6):806-811.
47. Soegaard HJ. Undetected common mental disorders in long-term sickness absence. *Int J Fam Med*. 2012; Art. ID: 474989. 9 p.
48. Koopmans PC, Bultmann U, Roelen CA, Hoedeman R, van der Klink JJ, Groothoff JW. Recurrence of sickness absence due to common mental disorders. *Int Arch Occup Environ Health*. 2011;84(2):193-201.
49. Clausen T, Friis Andersen M, Christensen K, Lund T. Return to work among employees with long-term sickness absence in eldercare: a prospective analysis of register-based outcomes. *Int J Rehabil Res*. 2011;34(3):249-254.
50. 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 Health*. 2012;37(3):186-195.
51. Smith M, Bielecky A. The Impact of Changes in Job Strain and Its Components on the Risk of Depression. *Am J Public Health*. 2012;102(2): 352-358.
52. Wang J, Schmitz N, Dewa C, Stansfeld S. Changes in perceived job strain and the risk of major depression: results from a population-based longitudinal study. *Am J Epidemiol*. 2009;169(9):1085-1091.
53. Dewa C, Thompson A, Jacobs P. The Association of Treatment of Depressive Episodes and Work Productivity. *Can J Psychiatr*. 2011;56(12):743-750.
54. Franche R, Carnide N, Hogg-Johnson S, Côté P, Breslin F, Bültmann U, et al. Course, Diagnosis, and Treatment of Depressive Symptomatology in Workers Following a Workplace Injury: A Prospective Cohort Study. *Can J Psychiatr*. 2009;54(8):534-546.
55. St-Arnaud L, Pelletier M, Briand C. The Paradoxes of Managing Employees' absences for mental health Reasons and Practices to support their return to work. *J Soc Action Counsel Psychol*. 2011;3(2):36-52.
56. Lemieux P, Durand M, Hong Q. Supervisors' perception of the factors influencing the return to work of workers with common mental disorders. *J Occup Rehabil*. 2011;21(3):293-303.
57. Wang J, Patten S, Currie S, Sareen J, Schmitz N. Business mergers and acquisitions and the risk of mental disorders: a population-based study. *Occup Environ Med* 2012;69(8):569-573.
58. Wang JL, Smailes E, Sareen J, Schmitz N, Fick G, Patten S. Three job-related stress models and depression: a population-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012;47(2):185-193.
59. Karlson B, Jönsson P, Pålsson B, Åbjörnsson G, Malmberg B, Larsson B, Österberg K. Return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sick-leave for burnout - a prospective controlled study. *BMC Public Health*. 2010;10:301-310.
60. Tjulín A, Maceachen E, Ekberg K. Exploring the meaning of early contact in return-to-work from workplace actors' perspective. *Disabil Rehabil*. 2011; 33(2):137-145.
61. Wahlin C, Ekberg K, Persson J, Bernfort L, Öberg B. Association between clinical and work-related interventions and return-to-work for patients with musculoskeletal or mental disorders. *J Occup Rehabil*. 2012;44(4):355-362.
62. Grossi G, Santell B. Quasi-experimental evaluation of a stress management programme for female county and municipal employees on long-term sick leave due to work-related psychological complaints. *J Rehabil Med*. 2009; 41(8):632-638.
63. Ahlstrom L, Hagberg M, Dellve L. Workplace Rehabilitation and Supportive Conditions at Work: A Prospective Study. *J Occup Rehabil*. 2012;23(2):248-260.
64. Tjulín A, Edvardsson Stiwné E, Ekberg K. Experience of the implementation of a multi-stakeholder return-to-work programme. *J Occup Rehabil*. 2009; 19(4):409-418.
65. Eklund M, Erlandsson LK. Return to work outcomes of the Redesigning Daily Occupations (ReDO) program for women with stress-related disorders a comparative study. *Women Health*. 2011;51(7):676-692.
66. Müssener U, Svensson T, Söderberg E, Alexanderson K. Encouraging Encounters: Sick-Listed Persons' Experiences of Interactions with Rehabilitation Professionals. *Soc Work Health Care*. 2008;46(2):71-87.
67. Bee PE, Bower P, Gilbody S, Lovell K. Improving health and productivity of depressed workers: a pilot randomized controlled trial of telephone cognitive behavioral therapy delivery in workplace settings. *Gen Hosp Psychiatr*. 2010; 32(3):337-340.
68. Gray-Stanley J, Muramatsu N, Heller T, Hughes S, Johnson T, Ramirez-Valles J. Work stress and depression among direct support professionals: the role of work support and locus of control. *J Intellect Dis Res*. 2010; 54(8):749-761.
69. Linden M, Zubragel D, Bar T. Occupational functioning, sickness absence and medication utilization before and after cognitive-behaviour therapy for generalized anxiety disorders. *Clin Psychol Psychother*. 2011;18(3):218-224.
70. Sanderson K, Nicholson J, Graves N, Tilse E, Oldenburg B. Mental health in the workplace: Using the ICF to model the prospective associations between symptoms, activities, participation and environmental factors. *Disabil Rehabil*. 2008;30(17):1289-1297.
71. Macdonald S, Maxwell M, Wilson P, Smith M, Whittaker W, Sutton M, Morrison J. A powerful intervention: general practitioners' use of sickness certification in depression. *BMC Fam Pract*. 2012;13:82.
72. Sampere M, Gimeno D, Serra C, Plana M, López J, Martínez J, Delclos G, Benavides F. Return to Work Expectations of Workers on Long-Term Non-Work-Related Sick Leave. *J Occup Rehabil* 2012;22(1):15-26.
73. Gjesdal S, Ringdal PR, Haug K, Maeland JG. Long-term sickness absence and disability pension with psychiatric diagnoses: a population-based cohort study. *Nord J Psychiatry*. 2008;62(4):294-301.
74. D'Amato A, Zijlstra F. Toward a climate for work resumption: the nonmedical determinants of return to work. *J Occup Environ Med*. 2010; 52(1):67-80.
75. Lemma A, Target M, Fonagy P. The Development of a Brief Psychodynamic Intervention (Dynamic Interpersonal Therapy) and Its Application to Depression: A Pilot Study. *Psychiatry*. 2011;74(1):41-48.
76. Godin I, Kornitzer M, Clumeck N, Linkowski P, Valente F, Kittel F. Gender specificity in the prediction of clinically diagnosed depression. *Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol*. 2009;44(7):592-600.
77. Cheng C, Kogan A, Chio J. The effectiveness of a new, coping flexibility intervention as compared with a cognitive-behavioural intervention in managing work stress. *Work Stress* 2012;26(3):272-288.
78. Ansoleaga E. Sintomatología depresiva y consumo riesgoso de alcohol en trabajadores expuestos a factores psicosociales laborales adversos: Un asunto pendiente en Salud Pública. [Tesis Dr. Salud Pública]. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 2013.
79. Echeverría M. El reconocimiento de los trastornos de salud mental en el trabajo en Chile. Informe para el proyecto: Research, policy and practice with regard to work-related mental health problems in Chile: a gender perspective. Santiago: Proyecto Araucaria; 2007.