

Efecto de intervenciones en la reinserción laboral de trabajadores por enfermedades musculoesqueléticas y de salud mental: revisión sistemática cuantitativa.

Autores:

María Cecilia Toffoletto

(Enfermera, Doctora en la Salud del Adulto, Magister en la Salud del Adulto)

Jorge Ahumada Tello

(Kinesiólogo, Magíster en Ciencias Médicas, mención Biología Celular y Molecular)

INFORME FINAL

NOVIEMBRE 2020

El presente estudio fue desarrollado en el marco de la convocatoria de estudios en investigación e innovación de la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), en su versión 2019, que es regulado según lo indicado en el Título III, del Libro IV del Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. Fue financiado por el Instituto de Seguridad Laboral y se ejecutó entre los meses de octubre del año 2019 y noviembre del año 2020.

Tabla de contenidos

Capitulo	pág.
1. Introducción	9
1.1.Descripción de la intervención	11
1.2.Objetivo	12
2. Método	13
2.1.Tipo de estudio	13
2.2.Método de búsqueda para la identificación de los estudios	14
2.3.Selección de los estudios	14
2.4.Evaluación del riesgo de sesgos de los estudios incluidos	16
2.5.Medidas del efecto de las intervenciones	17
2.6.Valoración de la heterogeneidad	18
2.7.Graduación de la certeza de la evidencia	18
3. Resultados	20
3.1.Descripción de los estudios	20
3.2.Descripción de las intervenciones	34
3.3.Descripción de las intervenciones según acciones con los trabajadores, acciones en el local de trabajo y acciones con el empleador.	65
3.4.Evaluación del riesgo de sesgo	72
3.5.Evaluación del efecto de las intervenciones	76
3.6.Evaluación de la calidad: Sistema GRADE	80
3.7.Evaluación de los estudios no incluidos en el metaanálisis	85
3.8.Evaluación de la variable secundaria dolor	86

4. Conclusiones	88
Referencias	93
Referencias de los estudios incluidos	95

Tabla de Cuadros y Figuras

Nombre	Pág.
Figura 1. Diagrama de flujo de los artículos seleccionados	15
Cuadro 1. Características de los estudios según método, participantes, intervenciones y variables de resultado.	22
Cuadro 2. Descripción de las intervenciones según enfermedad, equipo, acciones con los trabajadores, acciones en el local de trabajo y acciones con el empleador.	66
Figura 2: Riesgo de sesgo: los juicios de los revisores acerca de cada elemento de riesgo de sesgo se presentan como porcentajes en todos los estudios incluidos.	73
Figura 3: Riesgo de sesgo: los juicios de los revisores acerca de cada elemento de riesgo de sesgo de cada estudio incluido.	75
Figura 4. Forest plot of comparison: Intervención versus Control, Variable de resultado: Regreso al trabajo.	77
Figura 5. Forest plot of comparison: Intervención versus Control, Variable de resultado: Regreso al trabajo.	78
Cuadro 3. Sistema GRADE por desenlace.	81

Tabla de Anexos

Nombre	pág.
Anexo A: Lista de verificación de los ítems a considerar para la obtención o la extracción de los datos	98
Anexo B: Evaluación de los riesgos de sesgos.	100
Anexo 3: Perfil de evidencia GRADE por artículos agrupados	117

Efecto de intervenciones en la reinserción laboral de trabajadores por enfermedades musculoesqueléticas y de salud mental: revisión sistemática cuantitativa.

Resumen

Entre todas las problemáticas relacionadas a las enfermedades profesionales, el absentismo presenta un creciente interés de estudio por su impacto en la economía y ha sido el origen del desafío de la adecuada reinserción del trabajador a su contexto laboral, principalmente los de larga duración. A nivel mundial, las enfermedades musculoesqueléticas y de salud mental son las responsables por el absentismo más prevalente, siendo, el estrés, la ansiedad, la depresión e incluso el suicidio, casos que van en aumento. Se ha hecho necesario entonces enfatizar la importancia de programas que intervengan en la reinserción del trabajador en su lugar de trabajo. En Chile, el incipiente desarrollo en el tema de reinserción laboral posterior a un período de absentismo por enfermedades profesionales, principalmente de salud mental, es un tema prioritario.

El presente estudio proporciona evidencia sobre la eficacia de las intervenciones en la reinserción laboral de trabajadores en licencia por enfermedades musculoesqueléticas y de salud mental. Esto se ha logrado gracias a la revisión sistemática cuantitativa o metaanálisis, que es actualmente la mejor herramienta para sintetizar las pruebas científicas respecto a qué tratamientos, intervenciones o programas de prevención deberían aplicarse para un determinado problema de salud, con vistas a la emisión de informes en los que se sugiera lo más acertado según la información existente hasta el momento.

El objetivo del estudio fue evaluar el efecto de intervenciones en la reinserción laboral de trabajadores en licencia médica por enfermedades musculoesqueléticas y de salud mental en comparación con la atención habitual. El método aplicado consistió en la revisión sistemática de informes o artículos que dan cuenta de estudios Clínicos Controlados Aleatorizados (ECCA) que evaluaron el efecto de intervenciones para la reinserción laboral de trabajadores con enfermedades profesionales con licencia médica por enfermedades musculoesqueléticas y de salud mental a tiempo completo o parcial, durante al menos 02 semanas o con beneficios por discapacidad a largo plazo, con edad a partir de los 16 años, de todos los rubros; en los cuales el resultado primario observado fue el regreso completo al trabajo y el secundario, el dolor medido por la intensidad del dolor.

La búsqueda sistemática fue realizada por dos investigadores en las bases de datos: Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (CENTRAL) y MEDLINE/PubMed. Además, se utilizó la base de datos Epistemonikos, que consiste en una base de revisiones sistemáticas relevantes para la toma de decisiones

en salud. Fueron seleccionados 19 estudios, de los cuales 14 fueron incluidos en el metaanálisis en base a la homogeneidad de las medidas utilizadas para medir el efecto de las intervenciones.

En cuanto a los resultados, las intervenciones que presentaron un efecto beneficioso en el regreso al trabajo (Arnetz 2003, Bultmann 2009 y Shu-Key Cheng 2007), fueron las intervenciones destinadas a la rehabilitación de trabajadores en licencia médica por enfermedades musculoesqueléticas, que propusieron programas de rehabilitación para el trabajador, acciones en el local de trabajo y con los empleadores para facilitar el regreso al trabajo.

Respecto a la evaluación de la calidad de la evidencia, o sea, la confianza en que la estimación del efecto es correcta, el estudio de Bultmann 2009 en el análisis del regreso completo al trabajo a los 6 meses de seguimiento, presentó una confianza moderada. La intervención para el regreso al trabajo propuesta por Bultmann 2009, consideró acciones dirigidas al trabajador ausente del trabajo, al lugar de trabajo y a las barreras en el medio ambiente. La implementación del plan para el regreso al trabajo fue un proceso dinámico con retroalimentación continua entre el trabajador, el equipo interdisciplinario, el lugar de trabajo y las partes interesadas.

A la luz de los resultados de esta investigación, se sugiere que las intervenciones que articulan acciones con los trabajadores, en el lugar de trabajo y con los empleadores, podrían aumentar el regreso al trabajo a los 6 y 12 meses y probablemente reducir el ausentismo laboral.

1. Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), a nivel mundial, las enfermedades profesionales causan el 86% de las muertes relacionadas con el trabajo. En las Américas, se registran a diario 770 nuevos casos de estas enfermedades, mientras unos 7,6 millones de accidentes ocupacionales por año. En los últimos 15 años, la OMS declara el predominio de las enfermedades musculoesqueléticas y de salud mental, datos estos congruentes con la realidad de Chile. (Organización Panamericana de la Salud, 2013)

En Chile, se precisó en el año 2018, un total de 6.911 enfermedades profesionales con un aumento de 8% con relación al año 2017. En cuanto a los diagnósticos relacionados a estas enfermedades, en el año 2018, un 43% estaba relacionado a las enfermedades musculoesqueléticas y 36% a las enfermedades mentales. En relación con el sexo, las mujeres predominaron con un 54% y, los hombres, con un 46%. (Superintendencia de Seguridad Social, 2018)

La ley N° 16.744 establece que una enfermedad profesional es la causada de una manera directa por el ejercicio de la profesión o del trabajo que realiza una persona y que le produzca incapacidad o muerte. (Ministerio del Trabajo y Previsión Social, 2019)

Las enfermedades musculoesqueléticas representan a nivel mundial una carga para la sociedad, trabajadores y organizaciones. (McDermott, H. et al., 2012)

Un estudio portugués que tuvo por objetivo realizar un diagnóstico de la prevalencia de trastornos musculoesqueléticos auto referidos por profesionales de la salud, encontró presencia de dolor en más del 40% de un total de 105 profesionales, siendo las regiones lumbar, cervical y dorsal con frecuencias de 76,2%, 59% y 47,6% respectivamente. (Fernandes, S.C. et al., 2018) Otro estudio que describió la magnitud y costos de la incapacidad laboral debido a desórdenes musculoesqueléticos en trabajadores de una empresa floricultora de Colombia, evidenció que se presentaron 102 incapacidades por desórdenes musculoesqueléticos, siendo el área de trabajo con mayores incapacidades el post cosecha con un 45,16%. El costo total de la incapacidad laboral fue estimado en \$ 111.957.923 pesos colombianos (38600 dólares estadounidenses) para el periodo de estudio. (Arias Almonacid, D. et al., 2018)

Respecto a las enfermedades de salud mental, son muchos los factores del ambiente laboral que pueden afectar la salud mental de los trabajadores. Entre ellos, las políticas inadecuadas de seguridad y protección de la salud, prácticas ineficientes de gestión y comunicación, escaso poder de decisión del trabajador o ausencia de control de su área de trabajo, bajo nivel de apoyo a los empleados, horarios de trabajo rígidos y falta de claridad en las áreas u objetivos organizativos. (Organización Mundial de la Salud, 2017)

En Chile, según el Ministerio de Salud (MINSAL), entre los riesgos psicosociales que inciden en la calidad de vida de los trabajadores, se encuentran los tiempos de traslado al trabajo, los bajos salarios, la falta de descanso laboral, además, la doble carga de tareas, principalmente relacionadas a las mujeres. (Ministerio de Salud de Chile, 2017)

Las consecuencias personales del trabajador y del sistema económico frente a una enfermedad profesional son graves; el deterioro de la calidad de vida, de la vida familiar y sus relaciones, la disminución de la esperanza de vida, las comorbilidades, además, de los gastos sanitarios y de apoyo privados, son desenlaces personales costosos para el trabajador. El mismo escenario se proyecta al sistema económico con costos relacionados al consumo de recursos sanitarios, prestaciones económicas, reemplazo de los trabajadores, tiempo perdido por el absentismo, pérdida de producción entre otros. (Pardo, J.M.V., 2016)

Entre todas las problemáticas relacionadas a las enfermedades profesionales, el absentismo presenta un creciente interés de estudio por su impacto en la economía y ha sido el responsable por el desafío de la adecuada reinserción del trabajador a su contexto laboral, principalmente los de largo duración (Peiró, J.M. et al., 2008). La OMS lo define como la inasistencia “por causa directa o indirectamente evitable, tal como la enfermedad, cualquiera que sea su duración y carácter, así como las ausencias injustificadas durante toda o parte de la jornada laboral y los permisos circunstanciales dentro del horario laboral”. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

A nivel mundial, las enfermedades musculoesqueléticas y de salud mental son las responsables por el absentismo más prevalente, siendo, el estrés, la ansiedad, la depresión e incluso el suicidio, casos que van en aumento. (Santi, D.B. et al., 2018; Lacaz, F.A. de C., 2007)

En Chile, un estudio que asoció factores de riesgo y enfermedades, accidentes y ausentismo laboral en trabajadores formales, encontró que ser mujer, con edad por sobre los 60 años, trabajar en actividades inmobiliarias y en explotación de minas, tienen una probabilidad mayor de más días de ausentismo. (Hoffmeister, L. et al., 2014)

A nivel internacional, un estudio realizado en el sector minero de Colombia describió la magnitud del absentismo laboral y, encontró un promedio de ausencia de 4,28 +/-5,64 días por trabajador donde las enfermedades musculoesqueléticas, los traumatismos y envenenamientos tuvieron los mayores días de ausencia (Trespacios, E.M.V., 2013). Otro estudio, realizado en Reino Unido, que determinó el tiempo de absentismo según las enfermedades profesionales musculoesqueléticas y de salud mental, presentaron una prevalencia de 27% y 6% del total de las enfermedades en un período de seis años. La duración promedio del absentismo fue de 43,5 días para las enfermedades musculoesqueléticas y de 53,9 días para las de salud mental. Los trabajadores con dolor lumbar o de cuello tuvieron un promedio de 7 días

perdidos, mientras, los días perdidos de los trabajadores por depresión fueron lo más prolongados (54 días). (Demou, E. et al., 2018)

De lo anterior, desde el impacto en días perdidos, se hace necesario enfatizar la importancia de la reinserción del trabajador a su lugar de trabajo con enfoque en la prevención de recaídas y permanencia en el trabajo. (Ahlstrom, L. et al., 2012; Tjulin, A. et al., 2008)

Un estudio holandés que investigó las recurrencias de licencias posterior al retorno al trabajo recomendó que las intervenciones para la reinserción de los trabajadores posterior a enfermedades profesionales deben enfocarse a reducir las recurrencias con el fin de mantener a los trabajadores en su contexto laboral. (Roelen, C.A.M. et al., 2010)

La reinserción del trabajador posterior a una licencia médica por una enfermedad laboral es un proceso complejo y no siempre posible. De acuerdo con el Instituto de Seguridad Laboral del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, en su cuenta pública 2018, pagó un total de M\$4.897.939 correspondiente a 15.658 Subsidios de Incapacidad Laboral, un 26% de aumento con relación al año 2017. (Gobierno de Chile. Cuenta Pública, 2018)

De lo anterior, programas de reinserción laboral para las enfermedades profesionales más prevalentes a nivel mundial, que son las musculoesqueléticas y de salud mental, revisten un creciente interés y escaso desarrollo en la región siendo en Chile, un tema prioritario.

La relevancia de esta propuesta consiste en proporcionar un alto nivel de evidencia sobre la eficacia de las intervenciones en la reinserción laboral de trabajadores post alta por enfermedades musculoesqueléticas y de salud mental. La revisión sistemática y del metaanálisis es actualmente la mejor herramienta para sintetizar las pruebas científicas respecto a qué tratamientos, intervenciones o programas de prevención deberían aplicarse para un determinado problema de salud, con vistas a la emisión de informes en los que se recomiende lo más acertado según la información existente hasta el momento.

1.1. Descripción de las intervenciones

Las intervenciones que tienen por objetivo disminuir el tiempo de las licencias por enfermedades y facilitar el regreso laboral de los trabajadores son programadas por proveedores de atención en salud y aseguradoras, en las cuales, participan profesionales de la salud como médicos, terapeutas ocupacionales, psicólogos entre otros. Están conformadas por diversas actividades como terapia ocupacional, sesiones de kinesiología, actividad física, terapia psicológica, intervenciones médicas, ergonomía en el local de trabajo y educación, además de resolución de problemas en el local de trabajo en conjunto con los

empleadores. El tiempo de duración varía de semanas a meses o hasta el retorno a tiempo completo del trabajador a sus actividades laborales (Vogel N et al., 2017).

1.2. Objetivos

Objetivo general

Evaluar el efecto de intervenciones en la reinserción laboral de trabajadores en licencia médica por enfermedades musculoesqueléticas y de salud mental en comparación con la atención habitual.

Objetivos específicos

1. Describir los efectos de intervenciones en la reinserción laboral de trabajadores en licencia médica por enfermedades musculoesqueléticas y de salud mental.
2. Identificar la certeza de la evidencia de las intervenciones en la reinserción laboral de trabajadores en licencia médica por enfermedades musculoesqueléticas y de salud mental.
3. Plantear sugerencias respecto a la reinserción laboral de trabajadores post alta por enfermedades musculoesqueléticas y de salud mental, según la calidad de la evidencia.

2. Método

2.1. Tipo de estudios

La unidad de análisis de esta investigación fueron Estudios Clínicos Controlados Aleatorizados (ECCA) que evaluaron el efecto de intervenciones para la reinserción laboral de trabajadores con enfermedades profesionales (musculoesqueléticas y de salud mental).

Los criterios de inclusión fueron: estudios completos, de cualquier idioma, sin restricción de fecha de publicación. Además, se incluyeron los estudios de acuerdo con:

- **Tipo de participantes en ECCA:** Trabajadores y trabajadoras con edad a partir de los 16 años, de todos los rubros, con licencia médica por enfermedades musculoesqueléticas y de salud mental a tiempo completo o parcial, durante al menos 02 semanas o con beneficios por discapacidad a largo plazo.
- **Tipos de intervenciones:** Fueron incluidos artículos que compararon intervenciones novedosas o innovadoras para el regreso al trabajo con el tratamiento habitual. Estas se definen como:
- **Intervención experimental (Intervenciones para el regreso al trabajo):** Programas cuyo objetivo era promover el regreso al trabajo con actividades direccionadas a la resolución de problemas del trabajador, al empleador, al local de trabajo y otros factores relacionados al proceso de regreso al trabajo. Las actividades relacionadas al empleador, local de trabajo y otros factores, no fueron considerados factores excluyentes.

Las intervenciones consideradas, estuvieron focalizadas separadamente al absentismo por enfermedades musculoesqueléticas y al absentismo por enfermedades de salud mental. No se consideró estudios con la propuesta de una única intervención para distintas enfermedades laborales.

- **Intervención de control (Tratamiento habitual):** Fueron consideradas las intervenciones protocolizadas por los proveedores de salud y/o aseguradoras de los empleadores.
- **Medidas de resultado de las intervenciones**

Resultado primario

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

Resultado secundario

El resultado secundario fue el dolor medido por la intensidad del dolor. Esta variable no fue analizada por presentar mediciones heterogéneas entre los distintos ECCA.

2.2. Método de búsqueda para la identificación de los estudios.

La búsqueda sistemática fue realizada por dos investigadores en las bases de datos: Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (CENTRAL) y MEDLINE/PubMed. Además, se buscó en la base de datos Epistemonikos, que consiste en una base de datos donde se encuentran revisiones sistemáticas y sus estudios primarios incluidos.

Respecto a la literatura gris, se realizó búsqueda de tesis y disertaciones en las bases:

- OATD.org (Open Access Teses and Dissertations)
- NDLTD (Networked Digital Library of Theses and Dissertations)
- Open gray

Los descriptores utilizados para la búsqueda sistemática fueron: (((("Controlled Clinical Trial" [Publication Type]) AND "Return to Work"[Mesh]) AND "Occupational Diseases"[Mesh]) AND "Musculoskeletal Diseases"[Mesh]) AND "Mental Disorders"[Mesh]. Además, se tomó la decisión de utilizar el descriptor "Intervención" en las búsquedas bibliográficas.

2.3. Selección de estudios

Se observa en la Figura 1 que, de acuerdo con los descriptores, fueron identificados 4046 artículos científicos. De estos, posterior a la lectura del resumen, 2878 fueron excluidos por no tratarse de Estudios Clínicos Controlados Aleatorizados y 1129 por no cumplir con los criterios de inclusión. Con los 38 estudios restantes, se realizó la lectura del texto completo de manera independiente por cada uno de los investigadores. Se registraron los datos de los estudios (información general, objetivo, población, métodos, medidas de efecto, riesgos de sesgos) por los dos investigadores de manera independiente. Para esto se utilizó la lista de verificación de la Colaboración Cochrane (Anexo A).

Posterior a la lectura y registro de los datos de los artículos completos, los autores discutieron cada estudio en base a los datos registrados. Fueron excluidos 19 artículos, por no cumplir con la definición del resultado primario (12 artículos) y por tener más de dos grupos comparación (07).

Por lo tanto, fueron incluidos en la presente investigación, 19 artículos.

En cuanto a la selección de las tesis, se detalla a seguir de acuerdo con cada base de datos:

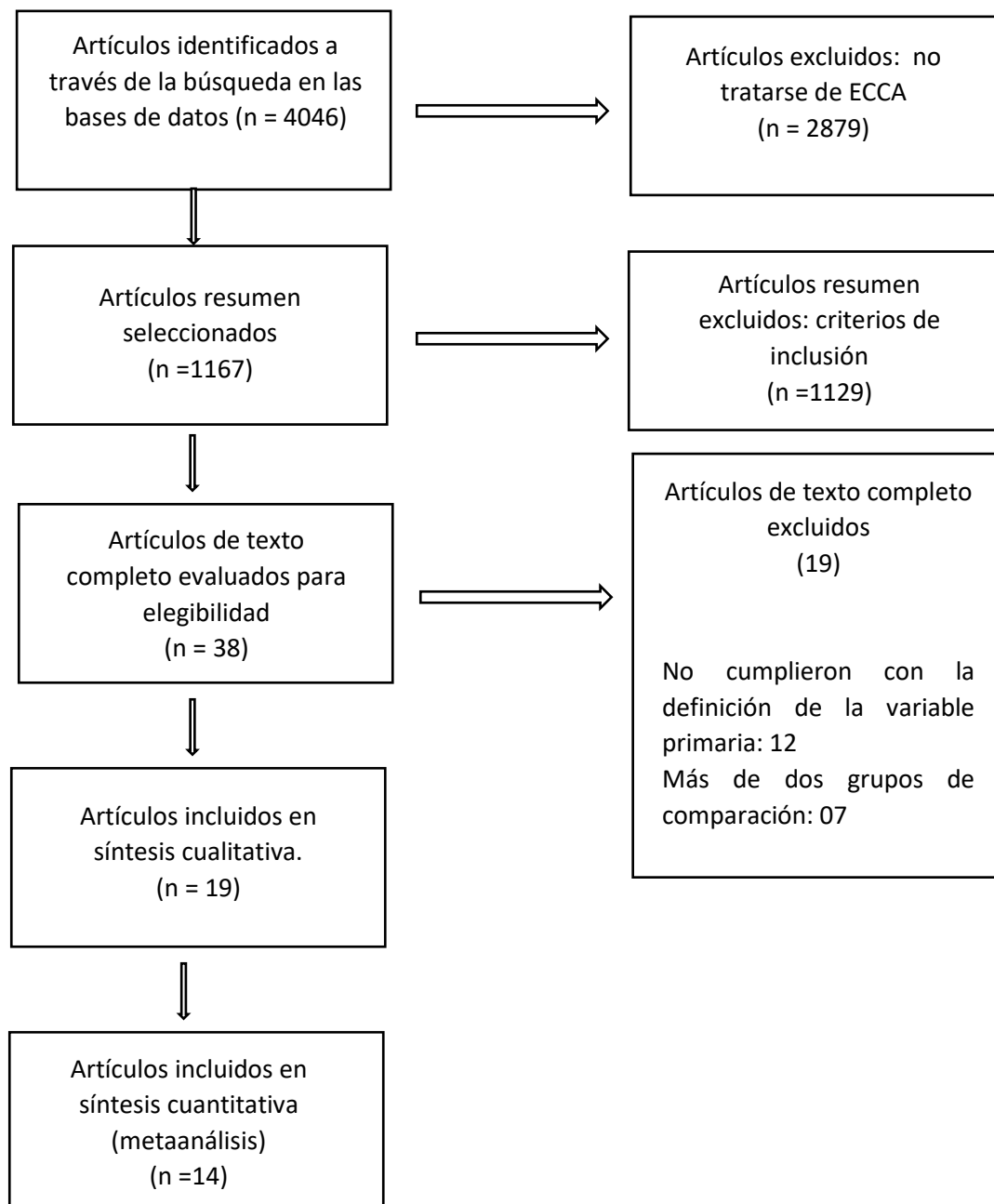
- OATD.org (Open Access Teses and Dissertations): se encontraron 02 tesis que no respondieron a los criterios de inclusión.
- NDLTD (Networked Digital Library of Theses and Dissertations): de un total de 07 tesis encontradas, se seleccionó una para la lectura completa. Posterior a una lectura detallada, se

verificó que no respondió a los criterios de selección y, por lo tanto, no fue seleccionada para la extracción de los datos.

- Open gray: no se encontraron tesis según los criterios de inclusión.

Del total de 19 artículos elegidos, cinco artículos no fueron analizados cuantitativamente por presentaren medidas utilizadas para medir el efecto que no eran homogéneas

Figura 1. Diagrama de flujo: Selección de artículos para su inclusión.



2.4. Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios incluidos.

Un sesgo es un error sistemático, o una desviación de la verdad, en los resultados o inferencias de un estudio. Los sesgos pueden intervenir en cualquier dirección: sesgos diferentes pueden dar lugar a la subestimación o la sobrestimación del verdadero efecto de una intervención. Habitualmente no es posible conocer hasta qué grado los sesgos han afectado los resultados de un estudio concreto, aunque existe evidencia empírica de buena calidad de que defectos específicos en el diseño, la realización y el análisis de los ensayos clínicos aleatorizados dan lugar a sesgo. Es más apropiado considerar el riesgo de sesgo debido a que los resultados de un estudio pueden, de hecho, no estar sesgados a pesar de los defectos metodológicos.

La colaboración Cochrane ofrece una herramienta específica para evaluar el riesgo de sesgo de los Estudios Clínicos Controlados Aleatorizados. Para esto incluye una descripción y valoración para cada ítem en una tabla de “Riesgo de Sesgo” el cual nos ofrece una evaluación final que determina la calidad del artículo.

Cada investigador evaluó los riesgos de sesgos de forma independiente mediante la herramienta de la Colaboración Cochrane para evaluar el riesgo de sesgo (Anexo B). Los siguientes ítems fueron discutidos y revisados:

- Generación de la secuencia: Describir el método utilizado para generar la secuencia de asignación con detalle suficiente para permitir una evaluación de si la misma produjo grupos comparables.
- Ocultamiento de la asignación: Describir el método utilizado para ocultar la secuencia de asignación con detalle suficiente para determinar si las asignaciones a la intervención se podían prever antes o durante el reclutamiento.
- Cegamiento de los participantes y del personal: Describir todas las medidas utilizadas, si se utilizó alguna, para cegar a los participantes y al personal del estudio al conocimiento de qué intervención recibió un participante. Proporcionar cualquier información con respecto a si el cegamiento propuesto fue efectivo.
- Cegamiento de los evaluadores del resultado: Describir todas las medidas utilizadas, si se utilizó alguna, para cegar a los evaluadores del resultado del estudio al conocimiento de qué intervención recibió un participante. Proporcionar cualquier información con respecto a si el cegamiento propuesto fue efectivo.
- Datos de resultado incompletos: Describir la compleción de los datos de resultado para cada resultado principal, incluidos los abandonos y las exclusiones del análisis. Señalar si se describieron los abandonos y las exclusiones, los números en cada grupo de intervención (comparados con el

total de participantes asignados al azar), los motivos de las deserciones/exclusiones cuando se detallaron, y cualquier reinclusión en los análisis realizada por los revisores.

- Notificación selectiva de los resultados: Señalar cómo los revisores examinaron la posibilidad de la notificación selectiva de los resultados, y qué encontraron.
- Otras fuentes de sesgo: Señalar alguna inquietud importante acerca del sesgo no abordada en los otros dominios del instrumento. Si en el protocolo de la revisión se especificaron preguntas/ítems particulares, se deberían proporcionar las respuestas para cada pregunta/ítem.

Para ingresar el riesgo de sesgo de los artículos en el sistema *Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation* (GRADE)¹, los riesgos fueron clasificados de acuerdo con dominios claves que fueron: generación de la secuencia de aleatorización, cegamiento de los participantes y personal, cegamiento del evaluador de resultados y datos de resultados. De lo anterior, los artículos fueron clasificados de acuerdo con los riesgos de sesgo en:

- Artículo “muy serio”: tres o cuatro de los dominios clave como “alto riesgo” o “poco claro”.
- Artículo “serio”: uno o dos dominios clave como “alto riesgo” o “poco claro”.
- Artículo “no serio”: todos los dominios claros tenían “bajo riesgo”.

2.5. Medidas del efecto de las intervenciones

El tamaño del efecto es una manera de cuantificar la efectividad de una particular intervención, relativa a alguna comparación.

Los datos de resultados de cada estudio fueron ingresados en las tablas del Programa RevMan 5² para el cálculo de los efectos de las intervenciones. Los datos en que los resultados eran expuestos en términos dicótomos, fueron presentados como razones de riesgo con sus intervalos de confianza (IC) del 95%. En los casos en que las variables de resultados eran de tipo continuas como el número de días hasta el regreso al trabajo, se utilizó la diferencia de medias (DM) cuando las medidas de resultado en todos los ensayos se realizaron en la misma escala. Los resultados informados fueron presentados por meses hasta el regreso completo al trabajo.

¹ El sistema GRADE es una herramienta que permite evaluar la calidad de la evidencia y graduar la fuerza de las recomendaciones en el contexto de desarrollo de guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas o evaluación de tecnologías sanitarias.

² RevMan (Review Manager 5.3) es un programa de software elaborado por la Colaboración Cochrane que tiene como propósito guiar la elaboración de Protocolos de Revisión dentro de la Colaboración, así como Revisiones Sistemáticas completas, desde la redacción del texto de estas hasta la realización de los análisis estadísticos, composición de figuras, tablas, apéndices y las referencias bibliográficas. Aunque está pensado para realizar Protocolos y Revisiones Sistemáticas dentro la Colaboración, también puede utilizarse para realizar revisiones sistemáticas y metaanálisis fuera del contexto de esta.

2.6. Valoración de la heterogeneidad

En el metaanálisis la heterogeneidad se refiere a la variabilidad o a las diferencias en las estimaciones de los efectos entre los estudios. En ocasiones se distingue entre la "heterogeneidad estadística" (diferencias en los efectos declarados), la "heterogeneidad metodológica" (diferencias en el diseño de estudios) y la "heterogeneidad clínica" (diferencias entre estudios en las características fundamentales de participantes, intervenciones o mediciones de resultados).

Los estudios se definieron como suficientemente homogéneos cuando tenían diseños similares, intervenciones y resultados similares medidos en el mismo punto de seguimiento.

Todos los estudios según los criterios de inclusión fueron ensayos controlados aleatorios con dos grupos. Las categorías de intervenciones fueron lo suficientemente similares como para combinarlas: intervenciones psicoeducativas, vocacionales, físicas, médicas y multidisciplinarias. En cuanto a la variable de resultado primaria, regreso completo al trabajo, se consideró que tanto los resultados de regreso al trabajo como los de duración de la licencia por enfermedad fueron lo suficientemente similares como para combinarlos. Con relación a la heterogeneidad, se consideró que los estudios eran estadísticamente heterogéneos si el estadístico I^2 era:

- <40% puede ser bajo
- 30-60% puede ser moderado
- 50-90% puede ser sustancial
- 75-100% puede ser considerable.

2.7. Graduación de la certeza de la evidencia:

La llamada calidad de la evidencia o certeza es precisamente el grado de confianza que se puede depositar en los resultados de una investigación.

La calidad de la evidencia para cada desenlace fue evaluada con la metodología del Sistema GRADE.

En el sistema GRADE, los ensayos clínicos aleatorizados fueron evaluados en base a los factores:

1. Limitaciones en el diseño de los estudios (riesgo de sesgo): aleatorización insuficiente o incorrecta, falta de enmascaramiento, pérdidas importantes de seguimiento, análisis sin intención de tratar y ensayos acabados antes de tiempo.
2. Inconsistencia: cuando los resultados muestran amplia variabilidad o heterogeneidad no explicada. Particularmente si unos estudios muestran beneficios sustanciales y otros ningún efecto o incluso perjuicio.

3. Limitaciones en la pertinencia de la evidencia (evidencia indirecta): ocurre en situaciones de ausencia de comparaciones directas entre las intervenciones consideradas, o de diferencias importantes entre los estudios disponibles y la población, las intervenciones o los desenlaces planteados en la pregunta de interés.

4. Imprecisión: tiene lugar si los intervalos de confianza (IC) son amplios, las muestras pequeñas, o los eventos son pocos.

5. Sesgo de publicación: cuando existe alta probabilidad de estudios no reportados, principalmente por ausencia de efectos, o no se han incluido todas las variables relevantes de resultado.

Los grados de la evidencia son clasificados en:

- Alta certeza: Seguridad de que el verdadero efecto se acerca al de la estimación del efecto.
- Certeza moderada: Confianza moderada en la estimación del efecto: es probable que el efecto real se acerque a la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente.
- Certeza baja: Confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto verdadero puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.
- Certeza muy baja: Poca confianza en la estimación del efecto: es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

3. Resultados

3.1. Descripción de los estudios

En el Cuadro 1, se presenta las características de los artículos según la metodología, tipos de participantes, intervenciones y las variables de resultado. En la metodología se despliega el diseño, país en que fue realizada la investigación, el número de participantes de los grupos intervención y control, cómo los participantes fueron reclutados y el tiempo de seguimiento de los participantes posterior a la intervención. En cuanto a la columna de los participantes, se explicita la enfermedad, edad, sexo y criterios de inclusión utilizados para la selección de estos. En cuanto a la columna de las intervenciones, se explicita el nombre de estas ya que, su descripción en detalle se presenta en la próxima sección. Por último, la variable de resultado explica de qué forma la variable regreso al trabajo y dolor fueron medidas en cada estudio.

El número de artículos que cumplieron con los criterios de inclusión que fueron seleccionados para desarrollar la revisión sistemática cualitativa fue de 19 artículos.

Desde el punto de vista del diseño metodológico, los 19 artículos (100%) corresponde a Ensayos Clínicos Controlados Aleatorizados, 16 (84.2%) de ellos realizados en Europa (10 en Holanda, 2 en Dinamarca, 2 en Noruega, 1 en España y 1 Suecia), 1 (5.2%) en América (Canadá), 1 (5.2%) en Asia (Hong-Kong), y 1(5.2%) en Oceanía (Nueva Zelanda).

Respecto al periodo de seguimiento, éste se encuentra en un intervalo de tiempo que varía entre las 4 semanas y los 42 meses en 18 de los artículos totales (94.7%) y 1 artículo no presentó periodo de seguimiento (5.2%).

Los problemas de salud que se describen en los artículos de pueden dividir en: Trastornos Musculoesqueléticos (10 artículos tratan sobre los mismos representando un 52.6% del total) y Trastornos de Salud Mental (9 artículos referidos a los mismos representando un 47.4%). Dentro de los artículos que abordan sobre los Trastornos Musculoesqueléticos, 5 de ellos tratan sobre Lesiones Musculoesqueléticas Inespecíficas (26.3% del total), 4 de ellos sobre Dolor Lumbar (21% del total) y 1 de ellos sobre Trastornos del Manguito Rotador (5.2% del total). Respecto a los artículos que abordan los Trastornos de Salud Mental, 3 de ellos tratan sobre Trastornos Mentales Comunes (15.7% del total), 3 de ellos sobre depresión (15.7%) del total, 2 de ellos sobre Estrés (10.5% del total) y 1 de ellos sobre Angustia (5.2% del total).

La variable de resultado primario que se describió en el 100% (19) de los artículos fue el Regreso al Trabajo, por su parte la variable de resultado secundaria que se evaluó en los Trastornos Musculoesqueléticos fue el dolor en 6 (31.5%) del total de artículos y en los Trastornos de Salud Mental fue la depresión en 5 (26.3%) del total de artículos y el estrés en 2 (10.5%) del total de artículos.

En relación al año en el cual se desarrollaron y aplicaron los estudios, el detalle es el siguiente: 3 (15.7%) durante el año 2007, 2 (10.5%) durante el año 2003, 2 (10.5%) durante el año 2015, 2 (10.5%) durante el año 2011, 2 (10.5%) durante el año 2010, 2 (10.5%) durante el año 2013, 2 (10.5%) durante el año 2009, 1 (5.2%) durante el año 2005, 1 (5.2%) durante el año 2016, 1 (5.2%) durante el año 2017 y 1 (5.2%) durante el año 1998. (Cuadro 1

Cuadro 1. Características de los estudios según método, participantes, intervenciones y variables de resultado.

Estudios	Método	Participantes	Intervenciones	Variable de resultado
<p>Arnetz 2003 ¹</p> <p>Early Workplace Intervention for Employees With Musculoskeletal-Related Absenteeism: A Prospective Controlled Intervention Study.</p>	<p>Diseño: Ensayo prospectivo controlado</p> <p>País: Suecia</p> <p>Grupos: intervención: 65 control: 72</p> <p>Reclutamiento: Los participantes fueron reclutados desde un listado de trabajadores en licencia por enfermedad.</p> <p>Seguimiento: 6 meses, de 6 a 12 meses y de 0 a 12 meses.</p>	<p>Problema de salud: Trastornos musculoesqueléticos.</p> <p>Edad: Grupo intervención (42,7 años), grupo control (42,1 años)</p> <p>Sexo: Grupo Intervención (40% masculino, 60% femenino), Grupo control (43,1 masculino, 56,9 femenino)</p> <p>Criterios de inclusión: Participantes con un primer trastorno musculoesquelético. Los participantes con más de un episodio de trastorno musculoesquelético deberían haberse recuperado lo suficiente para regresar al trabajo.</p> <p>Criterios de exclusión: sin criterios de exclusión.</p>	<p>Intervención Ergonómica en el lugar de trabajo (caso) versus Gestión Tradicional de casos (control).</p>	<p>Regreso al trabajo: Media de los días de licencia por enfermedad medidas a los seis meses, de 6 a 12 meses y de 0 a 12 meses.</p>
<p>Bakker 2007 ²</p> <p>A Cluster-Randomised Trial Evaluating an Intervention for Patients with Stress-Related Mental Disorders and Sick Leave in Primary Care.</p>	<p>Diseño: Ensayo educativo controlado aleatorio por grupos.</p> <p>País: Amsterdam, Países Bajos.</p> <p>Grupos: intervención: 227 control: 206</p> <p>Reclutamiento: Cuarenta y seis médicos de atención primaria fueron asignados al azar para recibir capacitación de la</p>	<p>Problema de salud: Estrés autoinformado.</p> <p>Edad: Grupo Intervención (41,9 años), Grupo control (39,5 años)</p> <p>Sexo: Grupo Intervención (67,0% femenino), Grupo control (65,0% femenino)</p> <p>Criterios de inclusión: Síntomas de estrés y licencia por enfermedad por no más de tres</p>	<p>Intervención mínima para los trastornos mentales relacionados con el estrés con baja por enfermedad (MISS) versus Tratamiento habitual.</p>	<p>Regreso al trabajo: La medida de resultado primaria fue la duración de la licencia en días calendario hasta el regreso completo al trabajo.</p> <p>Resultados secundarios: Niveles de angustia, depresión, ansiedad y somatización autoinformadas.</p>

	<p>intervención o para proporcionar tratamiento habitual. Los pacientes elegibles fueron examinados por correo.</p> <p>Seguimiento: 2, 6 y 12 meses.</p>	<p>meses de un trabajo remunerado. Los síntomas se midieron mediante niveles de angustia autoinformados.</p> <p>Criterios de exclusión: Trastornos psiquiátricos muy graves (manía o psicosis), pacientes con enfermedad terminal o pacientes con un dominio inadecuado del idioma holandés.</p>		
<p>Beck 2015³</p> <p>Coping with Work-Related Stress through Guided Imagery and Music (GIM): Randomized Controlled Trial.</p>	<p>Diseño: Ensayo controlado aleatorio de dos grupos.</p> <p>País: Nueva Zelanda</p> <p>Grupos: intervención: 13 control: 07</p> <p>Reclutamiento: Los participantes fueron auto referidos o referidos por los médicos de salud ocupacional.</p> <p>Seguimiento: 9, 18, 27 semanas y 6 meses de seguimiento.</p>	<p>Problema de salud: Estrés</p> <p>Edad: Grupo Intervención (43,0 años), Grupo control (48,0 años)</p> <p>Sexo: Grupo Intervención (85,0% femenino), Grupo control (71,0% femenino)</p> <p>Criterios de inclusión: Trabajadores con diagnóstico de estrés, de licencia por enfermedad a tiempo parcial o completo.</p> <p>Criterios de exclusión: Más de nueve meses de duración del estrés, trastornos mentales o somáticos graves, síndrome de fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, abuso de sustancias o alcohol y riesgo de suicidio.</p>	<p>Método psicoterápico basado en la música con enfoque en las problemáticas y necesidades de los trabajadores versus Tratamiento habitual</p>	<p>Regreso al trabajo: Variable dicotomizada en licencia (días) a tiempo completo, cualquier licencia a tiempo parcial o completo, trabajando más de 30 horas a la semana y económicamente autosuficiente.</p> <p>Otros resultados: síntomas de estrés biológico, síntomas de estrés psicológico, perturbación del estado de ánimo, calidad del sueño, angustia física, preparación para el trabajo.</p>

<p>Brendbekken 2017⁴</p> <p>Return to Work in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain: Multidisciplinary Intervention Versus Brief Intervention: A Randomized Clinical Trial.</p>	<p>Diseño: Ensayo Clínico Aleatorio.</p> <p>País: Noruega</p> <p>Grupos: intervención: 141 control: 143</p> <p>Reclutamiento: Los participantes fueron reclutados desde un listado de trabajadores enfermos por dolor musculoesquelético remitida al Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Innlandet de Noruega.</p> <p>Seguimiento: 12 y 24 meses.</p>	<p>Problema de salud: Dolor musculoesquelético</p> <p>Edad: Grupo Intervención (40,9 años), Grupo control (41,6 años)</p> <p>Sexo: Grupo Intervención (54,6% femenino), Grupo control (53,1% femenino)</p> <p>Criterios de inclusión: edad entre 20 y 60 años, licencia por enfermedad menor a 12 meses, al menos 50% de contrato de trabajo.</p> <p>Criterios de exclusión: embarazo, cáncer actual, osteoporosis, trauma, lesión física reciente, enfermedad mental grave, enfermedades reumáticas, estar involucrado en un reclamo de seguro de salud.</p>	<p>Intervención Multidisciplinar versus Intervención Breve</p>	<p>Regreso al trabajo: Tiempo en días de licencia médica.</p>
<p>Bultmann 2009⁵</p> <p>Coordinated and Tailored Work Rehabilitation: A Randomized Controlled Trial with Economic Evaluation Undertaken with Workers on Sick Leave Due to Musculoskeletal Disorders.</p>	<p>Diseño: Ensayo Controlado Aleatorio.</p> <p>País: Dinamarca</p> <p>Grupos: intervención: 66 control: 47</p> <p>Reclutamiento: Los trabajadores en licencia por enfermedad en al menos 4 semanas del Departamento de Desarrollo y Mercado Laboral de Vejle Condado fueron invitados a una reunión informativa.</p> <p>Seguimiento: 6 y 12 meses</p>	<p>Problema de salud: Dolor Lumbar</p> <p>Edad: Grupo Intervención (44,2 años), Grupo control (42,9 años)</p> <p>Sexo: Grupo Intervención (51,5% masculino), Grupo control (36,2% masculino)</p> <p>Criterios de inclusión: Ausencia del trabajo durante 4 a 12 semanas y tener entre 18 y 65 años.</p> <p>Criterios de exclusión: Trastornos mentales, adicción al alcohol o drogas, embarazadas.</p>	<p>Rehabilitación Laboral Coordinada y Personalizada versus Gestión Convencional de Casos.</p>	<p>Regreso al trabajo: Horas acumuladas de ausencia por enfermedad Los intervalos de tiempo para las horas acumuladas de ausencia por enfermedad fueron de 0 a 3 meses, 3–6 meses, 6–12 meses, así como 0–6 meses y 0-12 meses.</p> <p>Variable Secundaria: dolor evaluado por la Escala de Dolor MPSQ a los 3 y 12 meses.</p>

<p>Haldorsen 1998⁶</p> <p>Multimodal Cognitive Behavioral Treatment of Patients Sicklisted for Musculoskeletal Pain. A randomized controlled study.</p>	<p>Diseño: Ensayo clínico aleatorio.</p> <p>País: Noruega</p> <p>Grupos: intervención: 312 control: 157</p> <p>Reclutamiento: Desde un listado de trabajadores de licencia por 8 semanas por dolor musculoesquelético.</p> <p>Seguimiento: 12 meses</p>	<p>Problema de salud: Dolor Musculoesquelético</p> <p>Edad: Grupo intervención (43 años), grupo control (43 años)</p> <p>Sexo: Grupo Intervención (64,0% femenino), Grupo control (62,0% femenino)</p> <p>Criterios de inclusión: Pacientes en lista de enfermos durante ocho semanas por dolor de espalda, dolor de cuello y hombros, dolor muscular generalizado y otras afecciones de trastornos musculoesqueléticos más localizados.</p> <p>Criterios de exclusión: Enfermedades reumatológicas, neurológicas, cardíacas, enfermedades malignas básicas, traumatismos agudos, infecciones o enfermedades vasculares agudas.</p>	<p>Tratamiento Cognitivo Conductual Multimodal (MMCBT) versus Tratamiento Habitual.</p>	<p>Regreso al trabajo: Proporción de trabajadores con regreso completo al trabajo a los 12 meses de seguimiento.</p> <p>Dolor: Medida por una Escala Analógica Visual en cuanto a la intensidad.</p>
<p>Hees 2013⁷</p> <p>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.</p>	<p>Diseño: Ensayo controlado aleatorio de dos grupos.</p> <p>País: Países Bajos</p> <p>Grupos: intervención: 78 control: 39</p> <p>Reclutamiento: Los participantes fueron indicados por médicos terapeutas y pasaron por una</p>	<p>Problema de salud: Trastorno depresivo mayor.</p> <p>Edad: Grupo intervención (43,8 años), grupo control (41,5 años)</p> <p>Sexo: Grupo Intervención (53,0% femenino), Grupo control (41,0% femenino)</p> <p>Criterios de inclusión: Edad entre 18 y 65 años, diagnosticados con</p>	<p>Terapia ocupacional versus Tratamiento habitual</p>	<p>Regreso al trabajo: Ausentismo (promedio de horas a cada período de 6 meses) y tiempo hasta parcial / total regreso al trabajo (tiempo en días de licencia por enfermedad).</p> <p>Resultados secundarios: Severidad de la depresión (Escala para depresión – HRSD)</p>

	<p>consulta estructurado por un psiquiatra.</p> <p>Seguimiento: 6, 12 y 18 meses.</p>	<p>un trastorno depresivo mayor, y ausente del trabajo por al menos el 25% de su contrato horas debido a su depresión. Además, la duración de su</p> <p>trastorno depresivo tuvo que ser de al menos 3 meses, o la duración</p> <p>de su ausencia por enfermedad tuvo que ser de al menos 8 semanas. Finalmente,</p> <p>tenía que haber una relación entre el trastorno depresivo</p> <p>y la situación laboral, es decir, el trabajo fue uno de los determinantes</p> <p>de trastorno depresivo.</p> <p>Criterios de exclusión: Dependencia severa a drogas y alcohol, trastorno bipolar, trastorno psicótico.</p>		
<p>Hlobil 2005⁸</p> <p>The Effects of a Graded Activity Intervention for Low Back Pain in Occupational Health on Sick Leave, Functional Status and Pain: 12-Month Results of a Randomized Controlled Trial.</p>	<p>Diseño: Ensayo Controlado Aleatorio</p> <p>País: Holanda</p> <p>Grupos: intervención: 67 control: 67</p> <p>Reclutamiento: Los participantes reclutados fueron remitidos por su médico ocupacional a los investigadores.</p>	<p>Problema de salud: Dolor Lumbar Inespecífico</p> <p>Edad: Grupo Intervención (39,0 años), Grupo control (37,0 años)</p> <p>Sexo: Grupo Intervención (64 hombres), Grupo control (62 hombres)</p> <p>Criterios de inclusión: Dolor lumbar inespecífico al menos 4 semanas antes de la inclusión al estudio, estar en licencia por</p>	<p>Intervención de Actividad Gradual versus Tratamiento Habitual</p>	<p>Regreso al trabajo: Número total de días de licencia por enfermedad debido a dolor lumbar, severidad del dolor.</p> <p>Variable secundaria: estado funcional y severidad del dolor</p>

	Seguimiento: 3, 6 y 12 meses.	enfermedad total o parcial por dolor lumbar inespecífico. Criterios de exclusión: Criterios inespecíficos de dolor lumbar: fracturas, tumores o infecciones. Contraindicaciones cardiovasculares para la actividad física, embarazo, conflicto legal con el empleador.		
Jensen 2011 ⁹ One-Year Follow-Up in Employees Sick-Listed Because of Low Back Pain Randomized Clinical Trial Comparing Multidisciplinary and Brief Intervention.	Diseño: Ensayo Clínico Aleatorio País: Dinamarca Grupos: intervención: 176 control: 175 Reclutamiento: Se solicitó a médicos generales de 4 municipios de Dinamarca a remitir a los pacientes que tenían entre 16 y 60 años y estaban parcial o totalmente ausentes del trabajo durante 4 a 12 semanas por dolor lumbar. Seguimiento: 12 meses	Problema de salud: Dolor Lumbar Edad: Grupo Intervención (42,1 años), Grupo control (41,9 años) Sexo: Grupo Intervención (54,0% femenino), Grupo control (50,3% femenino) Criterios de inclusión: Trabajadores de licencia por al menos 4 meses hasta 12 meses; tener entre 16–60 años y capacidad de leer y hablar danés. Criterios de exclusión: desempleados, signos o síntomas continuos o progresivos de afección de la raíz nerviosa que implicaban planes de cirugía, cirugía de espalda baja en el último año o enfermedades específicas de la espalda, embarazadas, dependencia de drogas o alcohol, enfermedad psiquiátrica primaria.	Intervención Multidisciplinaria versus Intervención Breve	Regreso al trabajo: El primer período de 4 semanas dentro del primer año después de la inclusión, durante el cual el participante no recibió pagos de transferencias sociales. Dolor: Variable secundaria medida por la Escala Low Back Pain Rating Scale a los 12 meses.

<p>Lambeek 2010¹⁰</p> <p>Randomised controlled trial of integrated care to reduce disability from chronic low back pain in working and private life.</p>	<p>Diseño: Ensayo Controlado Aleatorio.</p> <p>País: Canadá</p> <p>Grupos: intervención: 66 control: 68</p> <p>Reclutamiento: Los trabajadores fueron reclutados desde un listado de una clínica ambulatoria de uno de los hospitales participantes.</p> <p>Seguimiento: 3, 6, 9 y 12 meses.</p>	<p>Problema de salud: Dolor lumbar crónico.</p> <p>Edad: Grupo Intervención (45,5 años), Grupo control (46,8 años)</p> <p>Sexo: Grupo Intervención (56% masculino), Grupo control (60% masculino)</p> <p>Criterios de inclusión: Edad entre 18 y 65 años, con dolor lumbar a más de 12 semanas ausentes o parcialmente ausentes del trabajo.</p> <p>Criterios de exclusión: ausentes del trabajo más de dos años, dolor lumbar específico por infección, tumor, osteoporosis, artritis reumatoide, fractura o proceso inflamatorio, sometidos a cirugía de columna lumbar dentro de los tres meses, enfermedad psiquiátrica, enfermedad cardiovascular, embarazadas, en una demanda contra su empleador.</p>	<p>Cuidado Integral versus cuidado usual</p>	<p>Regreso al trabajo: Medido por el tiempo de ausencia del trabajo en días calendario hasta un retorno al trabajo completo y sostenible.</p> <p>Intensidad del dolor: Medida por una escala analógica visual.</p>
<p>Leon 2009¹¹</p> <p>Effectiveness of an Early Cognitive–Behavioral Treatment in Patients with Work Disability Due to Musculoskeletal Disorders.</p>	<p>Diseño: Ensayo Clínico Aleatorio</p> <p>País: España</p> <p>Grupos: intervención: 115 control: 66</p> <p>Reclutamiento: Reclutamiento consecutivo</p> <p>Seguimiento: 6 meses</p>	<p>Problema de salud: Trastornos musculoesqueléticos</p> <p>Edad: Grupo Intervención (44,0 años), Grupo control (46,0 años)</p> <p>Sexo: Grupo Intervención (80,0% femenino), Grupo control (71,2% femenino)</p> <p>Criterios de inclusión: Episodios de incapacidad laboral temporaria relacionados con</p>	<p>Programa de atención reumatológica más tratamiento cognitivo-conductual versus Programa de atención reumatológica</p>	<p>Regreso al trabajo: Número de días de licencia médica.</p>

		<p>trastornos musculoesqueléticos con duración de 4 semanas.</p> <p>Criterios de exclusión: Episodios de incapacidad laboral temporaria relacionados con trastornos musculoesqueléticos con duración de 8 semanas.</p>		
<p>Schene 2007¹²</p> <p>Adjuvant occupational therapy for work-related major depression works randomized trial including economic evaluation.</p>	<p>Diseño: Ensayo controlado aleatorio de dos grupos.</p> <p>País: Ámsterdam</p> <p>Grupos: intervención: 30 control: 32</p> <p>Reclutamiento: Evaluación telefónica</p> <p>Seguimiento: 6, 12 y 42 meses</p>	<p>Problema de salud: Depresión Mayor</p> <p>Edad: Grupo intervención (46,6 años), grupo control (45,2 años)</p> <p>Sexo: Grupo Intervención (50,0% femenino), Grupo control (47,0% femenino)</p> <p>Criterios de inclusión: Edad superior a 18 años, trastorno depresivo mayor, episodio único o recurrente, sin antecedentes de psicosis, sin antecedentes de psicosis, características maníacas, hipomaníacas o ciclotímicas, sin antecedentes de abuso o dependencia activa de drogas o alcohol, con una reducción del trabajo de al menos 50% de horas semanales con un mínimo de 10 semanas y un máximo de 2 años.</p>	<p>Tratamiento habitual más terapia ocupacional versus tratamiento habitual.</p>	<p>Regreso al trabajo:</p> <p>(1) Tiempo en días hasta la reanudación de cualquier trabajo, (2) total horas trabajadas durante cada período de 6 meses, y</p> <p>(3) la proporción de pacientes que trabajan al menos 2 días o 16 horas a la semana.</p> <p>Otros resultados: Depresión, estrés laboral, evaluación económica y medicamentos para enfermedades no psiquiátricas.</p>
<p>Shu-Kei Cheng 2007¹³</p>	<p>Diseño: Ensayo Controlado Aleatorio.</p>	<p>Problema de salud: Trastorno del manguito rotador.</p>	<p>Entrenamiento de fortalecimiento laboral basado</p>	<p>Regreso al trabajo:</p>

<p>Randomized Controlled Trial of Workplace-based Rehabilitation for Work-related Rotator Cuff Disorder.</p>	<p>País: Hong Kong</p> <p>Grupos: intervención: 46 control: 48</p> <p>Reclutamiento: Los trabajadores fueron reclutados de compañías de seguros de compensación para trabajadores en Hong Kong.</p> <p>Seguimiento: Se realizaron dos tomas (al inicio de la intervención y al final de la intervención - 4 semanas).</p>	<p>Edad: Grupo intervención (32,6 años), grupo control (32,1 años)</p> <p>Sexo: Grupo Intervención (80,4% femenino), Grupo control (72,9% femenino)</p> <p>Criterios de inclusión: Tendinitis del manguito rotador relacionada con el trabajo con al menos 3 meses de ausencia del trabajo.</p> <p>Criterios de exclusión: Rotura severa del musculo del manguito rotador.</p>	<p>en el lugar de trabajo versus Entrenamiento de fortalecimiento basado en la clínica.</p>	<p>Proporción de trabajadores con regreso completo al trabajo después de una semana finalizada la intervención.</p>
<p>Van der Feltz-Cornelis 2010¹⁴</p> <p>Faster return to work after psychiatric consultation for sicklisted employees with common mental disorders compared to care as usual. A randomized clinical trial.</p>	<p>Diseño: Ensayo clínico aleatorio de grupo de dos brazos.</p> <p>País: Países Bajos</p> <p>Grupos: intervención: 29 control: 31</p> <p>Reclutamiento: Los Médicos terapeutas fueron reclutados y aleatorizados.</p> <p>Seguimiento: 3 y 6 meses</p>	<p>Problema de salud: Trastornos mentales comunes</p> <p>Edad: media de 42 años.</p> <p>Sexo: femenino (18%), masculino (42%)</p> <p>Criterios de inclusión: trabajadores con al menos seis semanas de absentismo, ningún plan para regreso al trabajo dentro de otras seis semanas, y un resultado positivo del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ) o el Índice Whitely (WI) de trastornos mentales</p> <p>Criterios de exclusión: trabajadores suicidas, adictos a las drogas o alcohol, portadores de demencia, psicóticos y dificultad con el idioma holandés.</p>	<p>Consulta psiquiátrica para trabajadores con licencia por trastornos mentales comunes en el entorno de salud ocupacional versus Atención habitual.</p>	<p>Regreso al trabajo: Número de días desde el inicio de la licencia hasta el regreso total al trabajo por al menos 4 semanas sin parcial o total recaída.</p> <p>Variables secundarias:</p> <p>Gravedad de los síntomas depresivos, de ansiedad y/o somatomorfos (Escala SCL-90 - Inventario de Síntomas).</p>

<p>Van der Klink 2003¹⁵</p> <p>Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders.: a cluster randomised controlled design.</p>	<p>Diseño: Ensayo aleatorio grupal</p> <p>País: Países Bajos</p> <p>Grupos: intervención: 109 control: 83</p> <p>Reclutamiento: la empresa no autorizó la aleatorización de los trabajadores en licencia médica. Los Médicos terapeutas fueron reclutados y aleatorizados.</p> <p>Seguimiento: 3 y 12 meses</p>	<p>Problema de salud: trastorno de adaptación</p> <p>Edad: Grupo Intervención (39,0 años), Grupo control (42,0 años)</p> <p>Sexo: Grupo Intervención (66,0% masculino), Grupo control (59,0% masculino)</p> <p>Criterios de inclusión: Al menos 17 síntomas de angustia de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, APA)</p> <p>Criterios de exclusión: comorbilidad física asociada a la licencia, idioma holandés y embarazo.</p>	<p>Intervención Activadora Innovadora versus Tratamiento Habitual</p>	<p>Regreso al trabajo (Absentismo): Número de días desde el inicio de la licencia hasta el regreso total al trabajo y la tasa de prevalencia de retorno al trabajo a los 3 y 12 meses.</p>
<p>Vermeulen 2011¹⁶</p> <p>A Participatory Return-to-Work Intervention for Temporary Agency Workers and Unemployed Workers Sick-Listed Due to Musculoskeletal Disorders: Results of a Randomized Controlled Trial.</p>	<p>Diseño: Ensayo Controlado Aleatorio</p> <p>País: Holanda</p> <p>Grupos: intervención: 79 control: 84</p> <p>Reclutamiento: Desde un listado de trabajadores desempleados y temporales enfermos de trastornos musculoesqueléticos entre 2 y 8 semanas que solicitaban los beneficios por enfermedad.</p> <p>Seguimiento: 3, 6, 9 y 12 meses.</p>	<p>Problema de salud: Trastornos musculoesqueléticos</p> <p>Edad: Grupo Intervención (44,0 años), Grupo control (45,6 años)</p> <p>Sexo: Grupo Intervención (57,0% masculino), Grupo control (63,1% masculino)</p> <p>Criterios de inclusión: Trabajadores enfermos por trastornos musculoesqueléticos entre 2 y 8 semanas</p> <p>Criterios de exclusión: Estar en la lista de enfermos más de 8 semanas, no saber el idioma</p>	<p>Programa Participativo de Regreso al Trabajo versus Cuidado Usual</p>	<p>Regreso al trabajo: Duración en días calendario desde la aleatorización hasta el regreso completo al trabajo.</p> <p>Intensidad del dolor: Medida por la Escala Von Korff que ofrece información sobre la intensidad del dolor crónico y la incapacidad percibida.</p>

		holandés, tener un conflicto con la Agencia de Seguro Social, haber tenido un episodio de ausencia laboral por un trastorno musculoesquelético dentro de 1 mes antes del reclamo actual de beneficios.		
Vlasveld 2013 ¹⁷ 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.	Diseño: Ensayo controlado aleatorio de dos grupos. País: Holanda Grupos: intervención: 70 control: 69 Reclutamiento: Fueron reclutados 14.595 trabajadores de licencia por trastorno depresivo. Seguimiento: 3, 6, 9 y 12 meses.	Problema de salud: Trastornos depresivos mayores. Edad: Grupo Intervención (41,9 años), Grupo control (43,4 años) Sexo: Grupo Intervención (46,2% masculino), Grupo control (45,9% masculino) Criterios de inclusión: Trabajadores en licencia entre 4 y 12 semanas por trastornos depresivos mayores (Escala PHQ-9). Criterios de exclusión: suicidas, psicóticos o con abuso de sustancias.	Intervención de atención colaborativa con enfoque al regreso al trabajo versus Atención habitual.	Regreso al trabajo: Tiempo de licencia en días calendario hasta el regreso completo al trabajo al menos por 4 semanas sin recaída parcial o total. Síntomas depresivos: tiempo hasta la primera respuesta a los síntomas depresivos (reducción de los síntomas depresivos al menos en 50%)
Volker 2015 ¹⁸ Effectiveness of a blended web-based intervention on return to work for sick-listed employees with common mental disorders: results of a cluster randomized controlled trial.	Diseño: Ensayo controlado aleatorio grupal de dos brazos. País: Holanda Grupos: intervención: 131 control: 89 Reclutamiento: Trabajadores inscriptos en la lista de enfermos entre 4 y 26 semanas con síntomas comunes de trastorno mental. Fueron reclutados por su	Problema de salud: Trastornos mentales comunes. Edad: Grupo intervención (43,4 años), grupo control (45,5 años) Sexo: Grupo Intervención (58,8% femenino), Grupo control (60,0% femenino) Criterios de inclusión: Trabajadores (edad mayor/igual 18 años) que estuvieron ausentes por enfermedad entre 4 y 26	Intervención combinada basada en la web versus Tratamiento habitual	Regreso al trabajo: Tiempo en días calendario hasta el primer regreso al trabajo (parcial o total) y el tiempo hasta el regreso completo desde la aleatorización. Resultados secundarios: Gravedad de la depresión, ansiedad y síntomas de somatización.

	<p>servicio de salud ocupacional o por el empleador.</p> <p>Seguimiento: 3, 6, 9 y 12 meses</p>	<p>semanas y obtuvieron un resultado positivo (puntaje > 10) en la escala de depresión del PHQ-9 (cuestionario de salud del paciente de 9 ítems) y / o la escala de somatización del PHQ-15 y/o la escala de ansiedad GAD-7 (cuestionario de trastorno de ansiedad generalizada de 7 ítems).</p> <p>Criterios de exclusión: Conocimiento insuficiente del idioma holandés, embarazadas y/o problemas legales con el empleador.</p>		
<p>Weerd 2016¹⁹</p> <p>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.</p>	<p>Diseño: Ensayo controlado aleatorio de dos grupos en bloque.</p> <p>País: Holanda</p> <p>Grupos: intervención: 31 control: 29</p> <p>Reclutamiento: Trabajadores en tratamiento ambulatorio especializado en salud mental.</p> <p>Seguimiento: Sin seguimiento</p>	<p>Problema de salud: Trastornos mentales</p> <p>Edad: Grupo intervención (39,5 años), grupo control (40,3 años)</p> <p>Sexo: Grupo Intervención (58,1% femenino), Grupo control (34,5% femenino)</p> <p>Criterios de inclusión: Trabajadores en tratamiento ambulatorio especializado en salud mental.</p> <p>Criterios de exclusión: Esquizofrenia, trastornos adictivos, trastornos graves de personalidad, suicidio agudo, criminalidad y trastornos mentales sin evidencia basada en el protocolo de la intervención.</p>	<p>Terapia cognitivo-conductual más reunión con directivos (caso) versus Terapia cognitivo-conductual enfocada al trabajo (control).</p>	<p>Regreso al trabajo: La diferencia en el tiempo en días hasta el primero regreso completo entre los grupos de intervención y control.</p>

3.2. Descripción de las intervenciones

Respecto a las características que presenta cada una de las intervenciones incluidas en el estudio y con el fin de facilitar la comprensión de la descripción de las mismas, éstas serán descritas en términos de las siguientes dimensiones: reclutamiento-selección de participantes, criterios de inclusión y exclusión, número de participantes en grupo intervención y atención habitual, procedimiento-metodología de la Intervención y tratamiento habitual.

Intervención Ergonómica en el lugar de trabajo (Arnetz 2003)

- **Reclutamiento-Selección de Participantes:**

Los posibles participantes del estudio se seleccionaron del total de los casos de baja por enfermedad en dos sucursales locales de la agencia nacional de seguros de la ciudad de Estocolmo. Un total de 137 posibles participantes fueron seleccionados al azar del grupo total de sujetos elegibles, posteriormente se asignaron al grupo de intervención o de referencia, respectivamente, según la hora programada de su visita a la sucursal local de seguros de la ciudad.

- **Criterios de inclusión:**

Casos de ambos sexos diagnosticados con un trastorno musculoesquelético primario o recurrente. Un historial previo de trastorno musculoesquelético no descalificaba a una persona de la inclusión siempre que se hubiera recuperado lo suficiente como para regresar al trabajo.

- **Criterios de exclusión:**

no descrito

- **Número de participantes grupo intervención: 65**

- **Número de participantes grupo atención habitual: 72**

- **Intervención:**

- **Procedimiento- Metodología:**

- Aplicación inicial de una entrevista a los participantes en licencia por enfermedad en la sucursal local de la Agencia Nacional de Seguros de Suecia por parte del administrador de casos de la agencia de para rehabilitación y por parte de un terapeuta / ergonomista ocupacional. Lo anterior con el fin de obtener una mejor visión de las preferencias de los empleados y el grado de control interno sobre el proceso de rehabilitación, su visión del estado de salud actual, el trabajo y la situación social.

- El empleado, el administrador de casos de la Agencia Seguradora, el terapeuta ocupacional / ergonomista y el empleador, aproximadamente una semana después, se reunieron en el lugar de trabajo del empleado. El ergonomista evaluó los factores estresantes físicos y psicosociales mientras el empleado realizaba sus tareas laborales habituales, planteando mejoras ergonómicas cuando fueran necesarias.
- Posteriormente, se aplicó un programa de capacitación que incluía información sobre las tareas de trabajo adaptadas a la capacidad del empleado, el tiempo asignado para cada sesión de capacitación, semanas de capacitación y un programa para el aumento sucesivo de la carga de trabajo. Se les dijo a todos que no actuaran a su máxima capacidad y que se detuvieran cada vez que experimentaran dolor.
- A los participantes se les indicó que también debían completar un diario personal semiestructurado sobre su experiencia en la capacitación el cual debería cubrir los siguientes temas: fecha, hora, tareas laborales, por ejemplo, tareas de oficina, posturas de trabajo, descansos, tareas relacionadas con sentimientos de incomodidad y dolor, y tareas laborales que resultaron divertidas y estimulantes, así como agotador y aburrido.
- Concretamente, cuando fue necesario se mejoraron las herramientas ergonómicas, se cambiaron las tareas de trabajo, se inició la formación profesional y los empleados fueron derivados a una clínica de salud ocupacional.
- **Intervención grupo de referencia:**
Procedimiento- Metodología:
- El grupo de referencia recibió la misma información sobre el estudio y entrevista al igual que el grupo de intervención. Sin embargo, no formaron parte de la aplicación del diario personal semiestructurado ni hubo visitas en el lugar de trabajo y mejoras ofrecidas a este grupo.

Intervención mínima para los trastornos mentales relacionados con el estrés con baja por enfermedad (Bakker 2007)

- **Reclutamiento-Selección de Participantes:**
Un total de 46 médicos de atención primaria participaron en el ensayo, y fueron asignados al azar al grupo de intervención o al grupo de atención habitual. Para reclutar suficientes pacientes elegibles, se utilizó el sistema de registros de pacientes computarizado y se contactó a través de correo electrónico, donde se solicitó que respondieran si cumplían con ciertas condiciones (no presentar trastornos psiquiátricos muy graves, no presentar enfermedades terminales o no

presentar un dominio inadecuado del idioma holandés). Posteriormente se realizó un reclutamiento final mediante encuesta telefónica, donde se les solicitó el consentimiento informado en caso de ser seleccionados.

- **Criterios de inclusión:**

Pacientes con síntomas de enfermedad mental relacionada con el estrés y baja por enfermedad por no más de tres meses de un trabajo remunerado.

- **Criterios de exclusión:**

Pacientes con trastornos del tipo manía o psicosis, pacientes con enfermedad terminal o pacientes con un dominio inadecuado del idioma holandés.

- **Número de participantes grupo intervención: 277**

- **Número de participantes grupo atención habitual: 206**

- **Procedimiento- Metodología:**

- Los tutores que desarrollaron la capacitación los médicos de la atención primaria asignados al azar al grupo de intervención durante un período de 6 a 10 semanas fueron un médico de atención primaria y un médico ocupacional.
- El entrenamiento comprendió dos sesiones de 3,5 horas y dos sesiones de seguimiento regulares de 2 horas (total 11 horas).
- La intervención incluyó sesiones cortas de capacitación durante las cuales se les enseñó cómo diagnosticar problemas relacionados con el estrés; cómo proporcionar información a los pacientes y fomentar su recuperación y su retorno activo al trabajo; y cómo dar consejos y controlar la recuperación de los pacientes.
- Se les enseñó a diagnosticar un trastorno mental relacionado con el estrés y a detectar síntomas de depresión y ansiedad. Luego se les enseñó cómo dar información y promover la comprensión del paciente y cómo enfatizar la importancia del papel activo del paciente con respecto al regreso exitoso al trabajo. Posteriormente, practicaron dando consejos sobre el contenido de la rehabilitación funcional. Además, a los médicos se les enseñó el monitoreo activo para evaluar si el paciente había hecho esfuerzos para traducir la situación (laboral) en un problema que pudiera resolverse.
- Finalmente, se les instruyó para que consideraran la derivación a una atención más especializada en caso de que no se hubiera progresado, ya que el paciente probablemente no se beneficiaría de más tiempo libre en el trabajo.

- **Atención habitual:**

- **Procedimiento- Metodología:**

- Los médicos en el grupo de cuidado habitual no recibieron información o asesoramiento sobre el contenido de la intervención de antemano, pero se les ofreció la capacitación al final del ensayo.

Método psicoterápico basado en la música con enfoque en las problemáticas y necesidades de los trabajadores (Beck 2015)

- **Reclutamiento-Selección de Participantes:**

Los participantes elegibles eran adultos con estrés relacionado con el trabajo como su diagnóstico principal (todas las profesiones incluidas) y estaban de baja por enfermedad a tiempo parcial o completo. Los participantes fueron auto remitidos o remitidos por los médicos de la sala de salud ocupacional de un hospital danés donde se llevó a cabo el estudio. Se distribuyó una carpeta de información a los médicos generales locales y oficinas sindicales, y se envió a otras clínicas de salud ocupacional de la zona. Se estableció una página de inicio de información con enlaces relevantes y se publicaron varios artículos en periódicos para informar al público sobre el estudio. Los participantes interesados podían llamar al investigador para recibir información básica del estudio y programar una entrevista inicial. Antes de la entrevista inicial, los posibles participantes recibieron información escrita sobre el estudio y completaron una hoja de datos y un cuestionario de selección. La entrevista incluyó información verbal sobre el estudio y la intervención, una revisión de los criterios de inclusión y exclusión para confirmar la elegibilidad, y la oportunidad de hacer preguntas y escuchar un ejemplo de imágenes guiadas y música de tres minutos. A los participantes se les dio tres días para pensar en la participación y firmar el consentimiento informado antes de ingresar al estudio.

- **Criterios de inclusión:**

Se aceptaron en el estudio personas con depresión y / o ansiedad (no clínica), hipertensión, agotamiento y problemas cardíacos más leves.

- **Criterios de exclusión:**

Más de nueve meses de duración de la licencia por estrés actual, trastornos somáticos o mentales graves, incluido el trastorno de estrés postraumático, diagnóstico de fibromialgia, síndrome de fatiga crónica o latigazo cervical, abuso actual de sustancias o alcohol y riesgo de suicidio.

- **Número de participantes grupo intervención: 13**

- **Número de participantes grupo atención habitual: 7**

- **Intervención:**

- **Procedimiento- Metodología:**

- La intervención clásica del método GIM (método de psicoterapia basado en la psicología humanista, que utiliza música clásica para la estimulación de imágenes internas espontáneas con el objetivo de una visión y transformación personal) se inicia con sesiones que duran normalmente dos horas e incluyen discusión verbal, un ejercicio de relajación guiado y 30-45 minutos de escuchar música en un estado alterado de conciencia, seguido de una integración verbal de la experiencia.
- Durante la sesión el terapeuta apoya el desarrollo de las imágenes al mantener un diálogo verbal no directivo durante la escucha de música con el objetivo de profundizar y compartir la experiencia.
- Después de escuchar la música, el participante hace un dibujo circular para ilustrar la experiencia, y se discuten imágenes importantes en relación con la situación actual de la vida
- Considerando los problemas específicos del estrés crónico y la necesidad de centrarse en el tratamiento del estrés laboral, se aplicaron una serie de modificaciones a la intervención GIM, incluidos períodos de escucha de música más cortos (hasta 10 minutos si es necesario), inclusión de música con un perfil de intensidad menos estimulante (como meditación y música de cine), tiempo extra para la relajación guiada y una mayor conciencia de las sensaciones corporales, el procesamiento de los síntomas y el dolor, el reequilibrio del sistema nervioso y la incorporación de imágenes experimentadas durante la escucha de música.
- Adicionalmente, los participantes recibieron dos CD con 23 piezas de música para escuchar en casa con o sin imaginación. Las mismas piezas musicales se usaban con frecuencia en las sesiones.
- También se aplicaron "renegociaciones guiadas" inspiradas en el método de terapia de trauma Somatic Experiencing, en el cual un episodio de renegociación podría, por ejemplo, significar que una experiencia laboral problemática fuera reinventada durante la escucha de música con el participante asumiendo un papel más activo e ingenioso y con un final exitoso.
- Finalmente, para facilitar el proceso de retorno del trabajo, se les pidió a los participantes que imaginaran un símbolo de satisfacción laboral o una situación de trabajo alegre al final del tratamiento.

• **Intervención grupo de referencia:**

-**Procedimiento- Metodología:**

- La atención estándar en este estudio incluyó todo tipo de tratamiento establecido por lugares de trabajo, municipios o iniciativas propias, por ejemplo, visitas al médico general, medicamentos,

tratamiento psicológico, fisioterapia o ejercicio. El número de sesiones y los tipos de tratamiento accedidos por los participantes fueron monitoreados en todos los participantes a lo largo del estudio.

Intervención Multidisciplinar (Brendbekken 2017)

- **Reclutamiento-Selección de Participantes:**

Se evaluó la elegibilidad de un total de 534 pacientes de dos condados diferentes de Noruega en la lista de enfermos por dolor musculoesquelético y remitidos al Departamento de Medicina Física y Rehabilitación, y se determinó que 250 no eran elegibles por diferentes razones (no cumplieron los criterios de inclusión, declinaron de participar). Finalmente, este estudio incluyó a 284 pacientes derivados de 136 médicos de cabecera diferentes. Estos pacientes fueron asignados al azar a la intervención multidisciplinaria (n = 141) o a la intervención breve (n = 143).

- **Criterios de inclusión:**

Edad entre 20 y 60 años, grado de baja laboral entre 50 y 100% por dolor musculoesquelético y <12 meses, y al menos 50% del contrato laboral.

- **Criterios de exclusión:**

Embarazo, cáncer actual, osteoporosis, trauma / lesión física reciente, enfermedad mental grave, enfermedades inflamatorias reumáticas, incapacidad para entender y hablar noruego, o estar involucrado en un reclamo de seguro médico en curso.

- **Número de participantes grupo intervención: 141**

- **Número de participantes grupo atención habitual: 143**

- **Intervención:**

- **Procedimiento- Metodología:**

- Inicialmente, el paciente conoció a cada uno de los tres miembros del equipo multidisciplinario sucesivamente (trabajador social, médico y fisioterapeuta).
- El trabajador social primero entrevistó al paciente sobre su vida familiar, vida social, educación y economía y luego colaboró con el paciente en la calificación de la figura de ISIVET (Entrevista Estructurada Interdisciplinaria y una Herramienta Educativa Visual) "Condiciones de trabajo" que evaluó siete cuestiones diferentes: estrés relacionado con el trabajo, satisfacción con las tareas laborales, carga de trabajo, relaciones colegiales, liderazgo, grado de desafíos en el trabajo y participación ocupacional.

- En una segunda fase, el médico entrevistó al paciente sobre la salud de la familia, así como su salud anterior y actual. Luego, realizó un examen físico, concluyendo con un diagnóstico de dolor crónico musculoesquelético. Finalmente, el médico y el paciente colaboraron en la calificación de la figura de ISIVET "Calidad de vida" que evalúa los siguientes problemas: quejas físicas, bienestar psicológico, sueño, energía, actividad física, participación social y participación ocupacional.
- Para finalizar, el fisioterapeuta evaluó los problemas musculoesqueléticos del paciente y realizó un examen físico.
- Cuando se completaron las sesiones con los tres médicos, todo el equipo se reunió brevemente para compartir sus hallazgos y la impresión general del paciente y su situación. Se destacaron las posibles barreras para la participación laboral, el mantenimiento de factores para el problema del dolor y, finalmente, otros problemas importantes.
- Después de esto, el paciente se unió al equipo para una evaluación de la situación total, incluidos los problemas de salud y el trabajo.
- **intervención breve:**
 - Procedimiento- Metodología:**
 - Comprendió dos sesiones: una sesión de referencia que duró aproximadamente dos horas y media, que incluyó consultas separadas con un médico y un fisioterapeuta, y un seguimiento de dos semanas con el fisioterapeuta durante aproximadamente una hora. El programa se basa en un modelo sin lesiones para el dolor lumbar. Su objetivo es reducir el miedo y la preocupación y ayudar al paciente a mantenerse activo a pesar del dolor, a menos que se identifiquen "banderas rojas".

Rehabilitación Laboral Coordinada y Personalizada (Bultmann 2009)

- **Reclutamiento-Selección de Participantes:**

Los participantes fueron reclutados entre abril de 2004 y abril de 2005. Los trabajadores con licencia por enfermedad durante al menos 4 semanas fueron invitados a una reunión informativa en uno de los cuatro municipios participantes en Dinamarca. Durante una reunión de información en el municipio, los posibles participantes recibieron información detallada escrita y oral sobre el proyecto. Si un trabajador elegible deseaba participar, se le pedía que completara un formulario de consentimiento informado y el cuestionario de referencia. Finalmente, un total de 119 trabajadores fueron incluidos y asignados al azar a CTWR (Rehabilitación Laboral Coordinada y Personalizada) o CCM (Gestión de Casos Convencional).

- **Criterios de inclusión:**

Que los participantes estuvieran ausentes del trabajo durante 4 a 12 semanas, que tuvieran una solicitud de reembolso que indicara el dolor lumbar o trastorno musculoesquelético como la principal causa de licencia por enfermedad, y que tuvieran entre 18 y 65 años y entender y hablar danés

- **Criterios de exclusión:**

Los trabajadores con trastornos de salud mental, adicción al alcohol o las drogas, así como a los que estaban embarazadas, habían renunciado a su trabajo o habían sido despedidos antes de la aleatorización.

- **Número de participantes grupo intervención: 68**

- **Número de participantes grupo atención habitual: 51**

- **Intervención:**

- **Procedimiento- Metodología:**

- Aplicación de un programa de rehabilitación que consiste en un examen de discapacidad laboral (evaluación sistemática y multidisciplinaria de la discapacidad y el funcionamiento, así como la identificación de barreras para el regreso al trabajo) y la implementación de un plan de rehabilitación laboral coordinado, adaptado y orientado a la acción desarrollado en colaboración por un equipo interdisciplinario (médico ocupacional, un fisioterapeuta ocupacional, un quiropráctico, un psicólogo y un trabajador social) utilizando un enfoque guiado por retroalimentación.
- El participante es invitado a la evaluación sistemática y multidisciplinaria de discapacidad laboral aproximadamente una semana después de la inclusión, donde él / ella ve consecutivamente al médico ocupacional (evaluación médica), el quiropráctico (evaluación biomecánica), el fisioterapeuta ocupacional (evaluación relacionada con el trabajo), y el psicólogo (evaluación psicológica).
- La evaluación dura aproximadamente dos horas y media por disciplina, y es seguida por una conferencia del equipo interdisciplinario de otros treinta minutos, con la participación del trabajador social.
- Basado en el examen de discapacidad laboral y las barreras identificadas para el regreso al trabajo, se desarrolla un plan de rehabilitación laboral coordinado, adaptado y orientado a la acción en colaboración.

- El plan se ingresa en un diario electrónico si todas las partes lo aceptan, y se envía al municipio, así como al médico general del trabajador que figura en la lista de enfermos.
- En este plan para el regreso al trabajo se pueden distinguir áreas de acción dirigida al trabajador ausente, otra área de acción dirigida al lugar de trabajo (por ejemplo, alojamiento en el lugar de trabajo) y finalmente un área de acción dirigida a las barreras en el medio ambiente.
- **Tratamiento habitual: Gestión de Casos Convencionales (CCM)**
 - Procedimiento- Metodología:**
 - Se aplica una evaluación de seguimiento basada en información médica, social y vocacional actualizada, en caso de ser necesario, se puede llamar a la persona en la lista de enfermos para una entrevista personal por el administrador de casos de la municipalidad.
 - La evaluación debe llevarse a cabo en cooperación con agentes relevantes como el empleador, expertos médicos, instituciones de rehabilitación vocacional y sindicatos.
 - En la entrevista, el administrador de casos puede asesorar a la persona que figura en la lista de enfermos acerca de comunicarse con el empleador, las posibilidades de reanudación parcial del trabajo, la modificación de las demandas laborales, el asesoramiento laboral y las posibilidades de rehabilitación vocacional.

Tratamiento Cognitivo Conductual Multimodal (Haldorsen 1998)

- **Reclutamiento-Selección de Participantes:**

Pacientes en lista de enfermos durante ocho semanas por dolor muscular sistematizados a través del sistema de clasificación internacional de diagnóstico de atención primaria fueron abordados por el Servicio Nacional de Seguridad en Salud e invitados a participar en el estudio. Un total de 1776 individuos de la ciudad de Bergen (Noruega) y cinco municipios cercanos fueron invitados a participar en el programa, de los cuales finalmente 469 decidieron participar y fueron seleccionados para ingresar al estudio, 312 en el grupo intervención y 157 en el grupo control.
- **Criterios de inclusión:**

Empleados con dolor de espalda, dolor cervical, dolor de hombros, dolor muscular generalizado y otras condiciones de trastornos musculoesqueléticos más localizadas.
- **Criterios de exclusión:**

Pacientes embarazadas, empleados que no tenían conocimiento del idioma noruego, pérdida de audición y visión, si estaban registrados como abusadores de sustancias, enfermedad

reumatológica, enfermedad neurológica progresiva, afección cardíaca, disminución de la capacidad pulmonar, neoplasias, traumas agudos, infecciones, lesiones vasculares agudas.

- **Número de participantes grupo intervención:** 312
- **Número de participantes grupo atención habitual:** 157
- **Intervención:**
 - **Procedimiento- Metodología:**
 - Aplicación de un programa de rehabilitación multidisciplinar que tuvo una duración de cuatro semanas, con sesiones de seis horas y cinco días a la semana. El programa incluyó tratamiento físico, modificación cognitivo-conductual, educación e intervenciones en el lugar de trabajo.
 - Cada paciente fue sometido a un examen estructurado por parte de un equipo (un neurólogo, un médico de cabecera, un psicólogo, 2 enfermeras tituladas y 4 fisioterapeutas), que fue la base para clasificar y diagnosticar a los pacientes y decidir sobre los aspectos individuales del programa de tratamiento.
 - El equipo animó a los pacientes a asumir la responsabilidad de su propia salud y estilo de vida. Se les dio un diagnóstico claro, retroalimentación de los exámenes, información, lecciones relevantes y esquemas de entrenamiento físico. Se discutieron estrategias de afrontamiento cognitivo y se dieron consejos.
 - En cuanto a la terapia, ésta se administró en parte como actividades grupales, en parte como entrenamiento y terapia individual. Las actividades grupales fueron: ejercicio matutino, entrenamiento de conciencia corporal, entrenamiento de relajación, estiramiento, entrenamiento cardio activo, ejercicios en piscina climatizada, entrenamiento laboral, terapia de entrenamiento médico individual y ejercicios.
 - El programa también consideró sesiones de educación que involucraron diferentes temas como anatomía, dolor, estrategias de afrontamiento físicas y mentales, trabajo y estilo de vida. Las sesiones de educación involucraron a todas las categorías de profesionales del equipo interdisciplinario: médico, fisioterapeutas, psicólogos y enfermeras.
 - Las tensiones físicas y psicológicas en el lugar de trabajo se examinaron mediante una entrevista estructurada. En ciertos casos se realizaron conferencias telefónicas con el servicio de salud de la empresa y / o el supervisor de obra y una visita al lugar de trabajo para negociar las modificaciones laborales necesarias.
 - Al finalizar el período de tratamiento de 4 semanas, los pacientes fueron reexaminados. También fueron seguidos en la clínica con asesoramiento individual a los 2 meses, 6 meses y 10 meses. A

los 6 meses de seguimiento, los pacientes también fueron evaluados nuevamente por un fisioterapeuta. Además de este seguimiento, también hubo contactos telefónicos. Los pacientes que fueron considerados clínicamente como "pacientes de riesgo" recibieron seguimientos individuales en la clínica.

- **Tratamiento Habitual:**

- Procedimiento- Metodología:**

- Los pacientes fueron seguidos por sus médicos generales, sin comentarios ni consejos sobre la terapia. Estos pacientes, por tanto, fueron sometidos a tratamientos ordinarios dados por los médicos generales, en particular fisioterapia.

Terapia ocupacional (Hees 2013)

- **Reclutamiento-Selección de Participantes:**

Los participantes fueron referidos por médicos ocupacionales de varios servicios de salud ocupacional en el área de Ámsterdam. Después de una revisión telefónica por un psiquiatra senior, los participantes recibieron una admisión a consulta con psiquiatra de 3 horas, incluida la entrevista clínica estructurada psiquiátrica del eje I de la DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, eje I: consiste en trastornos de salud mental y uso de sustancias). Los participantes que cumplieron con los criterios de inclusión y estaban dispuestos a participar en el estudio, se les solicitó un consentimiento informado por escrito. En total, 117 empleados incluidos en la lista de enfermos por una duración media de 4,8 meses debido a depresión mayor fueron asignados al azar al grupo control (n = 39) o al grupo intervención (n = 78).

- **Criterios de inclusión:**

Empleados que tenían entre 18 y 65 años, diagnosticados con un trastorno depresivo mayor según los criterios del DSM-IV, ausencia de trabajo por al menos el 25% de horas de su contrato debido a su depresión. Además, la duración de su trastorno depresivo tuvo que ser de al menos 3 meses, o la duración de su ausencia por enfermedad tuvo que ser de al menos 8 semanas. Finalmente, tenía que haber una relación entre el trastorno depresivo y la situación laboral, es decir, el trabajo fue uno de los determinantes del trastorno depresivo y haber contribuido sustancialmente (> 25%), o los síntomas depresivos redujeron la productividad o bien obstaculizaron el retorno al trabajo.

- **Criterios de exclusión:**

Participantes con dependencia severa de alcohol o drogas, trastorno bipolar, trastorno psicótico, depresión con características psicóticas o una indicación de tratamiento hospitalario.

- **Número de participantes grupo intervención: 78**
- **Número de participantes grupo atención habitual: 39**
- **Intervención:**
 - **Procedimiento- Metodología:**
 - Aplicación de una intervención basada en el modelo de 'Calidad del trabajo'. El modelo consta de cinco factores que afectan el rendimiento laboral: 'Carga de trabajo', 'Autonomía', 'Relaciones en el trabajo', 'Perspectiva laboral' e 'Interferencia trabajo-hogar',
 - La intervención consistió en ocho sesiones grupales y cuatro sesiones individuales. En cada sesión grupal se discutía el modelo y se enseñaba a los pacientes cómo evaluar los factores positivos y negativos en su propia situación laboral de acuerdo con este modelo.
 - De acuerdo con estas evaluaciones, cada miembro del grupo decidía qué dimensión dentro del modelo era más importante para cambiar en su propia situación laboral.
 - Adicionalmente, durante las sesiones grupales, se evaluaba el progreso con respecto al plan de reinserción laboral de cada paciente. La ventaja de discutir el modelo "Calidad del trabajo" en un entorno grupal es que los pacientes reconocen que no están solos en sus problemas y que pueden beneficiarse de los comentarios de otros participantes.
 - Simultáneamente con sesiones grupales, se llevaron a cabo tres sesiones individuales y una reunión con el empleador. Durante las sesiones individuales, el terapeuta trataba de relacionar los factores estresantes laborales actuales con el patrón de afrontamiento ineficaz recurrente del paciente.
 - Durante la reunión con el empleador del paciente (es decir, el supervisor), el terapeuta ocupacional educaba al empleador sobre el contenido de la intervención ocupacional y las consecuencias de la depresión para el desempeño laboral. Durante esta reunión, el paciente tenía la oportunidad de discutir abiertamente las dificultades relacionadas con el trabajo con el empleador, como una carga de trabajo excesiva o interacciones interpersonales problemáticas.
- **Tratamiento habitual:**
 - Procedimiento- Metodología:**
 - Aplicación de un programa que consistía en manejo clínico, incluyendo psicoeducación, terapia de apoyo e intervenciones cognitivas conductuales realizado por residentes psiquiátricos en una clínica universitaria ambulatoria.

- Las terapias fueron supervisadas semanalmente por un psiquiatra con experiencia y especializado en depresión. Si era necesario, los participantes recibían farmacoterapia de acuerdo con un algoritmo listado por protocolo. Si la condición del participante se deterioraba y el tratamiento ambulatorio ya no se consideraba adecuado, se lo derivaba a un tratamiento diurno o hospitalario.

Intervención de Actividad Gradual (Hlobil 2005)

- **Reclutamiento-Selección de Participantes:**

La población fuente consistió en aproximadamente 25.000 trabajadores, empleados de la Aerolínea Real Holandesa. Los trabajadores que estaban en una lista de enfermos entre el 1 de abril de 1999 y el 1 de enero de 2001 debido a dolor lumbar fueron remitidos al médico ocupacional para una evaluación médica. El médico ocupacional remitió a los trabajadores elegibles para la inclusión y dispuestos a participar en el estudio al asistente de investigación, que los comparó con los criterios de inclusión y exclusión. Finalmente, 134 trabajadores fueron asignados aleatoriamente a una intervención de actividad gradual (n = 67) o atención habitual (n = 67) y posterior seguimiento durante 12 meses.

- **Criterios de inclusión:**

Dolor lumbar inespecífico durante al menos 4 semanas antes de la inclusión en el estudio, con baja por enfermedad total o parcial debido a dolor lumbar.

- **Criterios de exclusión:**

Los criterios inespecíficos de dolor lumbar excluyeron fracturas, tumores o infecciones; otras exclusiones fueron dolor que se irradia debajo de la rodilla, contraindicaciones cardiovasculares o médicas para la actividad física de acuerdo con el Cuestionario de Preparación para Actividades Físicas (PAR-Q), embarazo o conflicto legal entre trabajadores y empleador.

- **Número de participantes grupo intervención: 67**

- **Número de participantes grupo atención habitual: 67**

- **Intervención:**

- **Procedimiento- Metodología:**

- Aplicación de un programa de intervención de actividad gradual, que consistía en sesiones de ejercicio de 60 minutos administradas dos veces por semana hasta que los trabajadores logaran el regreso completo al trabajo regular, o cuando la duración máxima de la terapia de 3 meses se hubiese completado,

- El programa fue realizado por tres fisioterapeutas que fueron entrenados para administrar la intervención de actividad gradual.
- El fisioterapeuta preguntó sobre el historial médico del trabajador y realizó un breve examen físico al comienzo de la intervención. Lo anterior, se completó con una explicación sobre la naturaleza benigna y el buen pronóstico de la lumbalgia inespecífica.
- El fisioterapeuta junto con el trabajador determinó un conjunto de ejercicios físicos adecuados. Durante las primeras tres sesiones, se evaluó el rendimiento máximo para cada ejercicio por separado, y al final de la tercera sesión, se le pidió al trabajador que propusiera una fecha para el regreso completo al trabajo regular (esta fecha también serviría como punto final del programa de ejercicio físico).
- El trabajador y el fisioterapeuta acordaron una cuota gradualmente creciente para cada ejercicio, de acuerdo con un principio de tiempo continuo que comenzó en la cuarta sesión, aproximadamente al 70% del nivel de rendimiento promedio, tal como se evaluó durante las primeras tres sesiones.
- **Atención habitual:**
 - Procedimiento- Metodología:**
 - Aplicación de un conjunto de tratamientos sin restricciones específicas, excepto que a los trabajadores del grupo de atención habitual no se les permitió recibir ningún tratamiento en la práctica de fisioterapia en el aeropuerto de Schiphol donde se realizaron las sesiones para el grupo de actividad gradual. Los médicos de cabecera fueron informados sobre el estudio y la asignación de sus pacientes al grupo de atención habitual, y se les pidió que se adhirieran a sus pautas profesionales para el dolor lumbar.

Intervención Multidisciplinaria (Jensen 2011)

- **Reclutamiento-Selección de Participantes:**

Médicos generales de 4 municipios con un total de 240.000 ciudadanos recibieron información escrita sobre el proyecto. Se animó a los médicos generales a remitir a los pacientes al estudio en la Unidad de Investigación del Centro de Columna Vertebral, del Hospital Regional de Silkeborg, Dinamarca. En la primera visita, un cuestionario completo de referencia se completó antes del examen clínico inicial, que fue similar para todos los participantes y realizado por un especialista en rehabilitación (reumatólogo) y un fisioterapeuta. Finalmente, 351 pacientes fueron incluidos y

randomizados en el estudio, 176 en el grupo de Intervención Multidisciplinaria y 175 en el grupo de Intervención Breve.

- **Criterios de inclusión:**

Pacientes entre 16 y 60 años que estaban parcial o totalmente enfermos en el trabajo durante 4 a 12 semanas debido a dolor lumbar.

- **Criterios de exclusión:**

Estar desempleado, tener signos o síntomas continuos o progresivos de afección de la raíz nerviosa que implicaban planes de cirugía, haber tenido cirugía de espalda en el último año o enfermedades específicas de la espalda (p. Ej., Tumor), estar embarazadas, tener dependencia conocida de drogas o alcohol o tener alguna enfermedad psiquiátrica primaria.

- **Número de participantes grupo intervención:** 176

- **Número de participantes grupo atención habitual:** 175

- **Intervención:**

- **Procedimiento- Metodología:**

- Aplicación de un programa que incluya además de la Intervención Breve, una entrevista estandarizada que incluyó preguntas sobre el historial laboral, la vida privada y preguntas sobre cómo se percibía el dolor y la discapacidad (normalmente duraba de 1 a 2 horas.)
- El equipo multidisciplinario que desarrolló la intervención estaba conformado por el médico de rehabilitación, un especialista en medicina social clínica, un fisioterapeuta, un trabajador social, un terapeuta ocupacional y un administrador o gestor de casos que participó en la confección de un plan de rehabilitación.
- El administrador de casos dependiendo de la necesidad y el progreso individual, evaluó una o más veces a los participantes.
- El administrador de casos y el participante juntos hicieron un plan de rehabilitación personalizado con el objetivo de regreso al trabajo total o parcial. Si esto se consideró poco realista, se hizo un plan para permanecer en el mercado laboral de otras maneras, por ejemplo, mediante trabajos respaldados por el sistema social.
- El administrador de casos se mantuvo en contacto con el participante y los problemas se discutieron en conferencias regulares del equipo donde el participante no estaba presente.
- Cada 2 semanas, un ex médico general especializado en terapia cognitiva organizó la supervisión de todo el equipo durante 1 a 2 horas para garantizar una intervención estandarizada.

- El caso se cerró cuando el participante regreso al trabajo o si esto se consideró imposible (en este último caso se contactó al trabajador social en el centro de servicio social).
- **Intervención breve:**
 - Procedimiento- Metodología:**

Aplicación de una intervención clínica por parte de un médico que llevó a cabo un examen clínico estándar de dolor lumbar, en el cual se ordenaron imágenes y exámenes relevantes y se discutieron las opciones de tratamiento.

En los pacientes con dolor lumbar inespecífico, el tratamiento mejor documentado fue el ejercicio y el entrenamiento. Los pacientes con dolor en la raíz nerviosa fueron informados sobre el buen pronóstico espontáneo y sobre la posibilidad de cirugía si no se producía una mejoría.
- El examen de fisioterapia incluyó una evaluación mecánica estandarizada, y el asesoramiento sobre el ejercicio se eligió en consecuencia. Se dieron consejos generales para aumentar la actividad física y el ejercicio.
- Para todos los participantes, se programó una visita de seguimiento al fisioterapeuta 2 semanas después, y se organizó una visita de seguimiento al médico para los participantes que necesitan respuestas en relación con los resultados de la prueba.

Cuidado Integral (Lambeek 2010)

- **Reclutamiento-Selección de Participantes:**

La población de este ensayo controlado aleatorizado comprendía adultos con dolor lumbar que habían visitado una clínica ambulatoria (principalmente ortopedia y neurología, pero también reumatología y neurocirugía) en uno de los hospitales participantes de Holanda. Los pacientes con dolor lumbar que habían visitado uno de los hospitales participantes recibieron una carta de su médico especialista dentro de una semana de su visita informándoles sobre el ensayo. Se incluyó un sobre para que indicaran su interés y verificaran su elegibilidad para el estudio. Un asistente de investigación se puso en contacto con los posibles participantes por teléfono. A los que cumplieron con los criterios de inclusión y estaban dispuestos a participar se les pidió que dieran su consentimiento informado por escrito. Finalmente, entre noviembre de 2005 y abril de 2007, fueron elegibles para participar 219 pacientes que habían visitado a un especialista médico debido a dolor lumbar, los cuales fueron asignados aleatoriamente a la atención habitual (n= 68) o atención integrada (n=66).
- **Criterios de inclusión:**

Adultos de entre 18 y 65 años con dolor lumbar que habían visitado una clínica ambulatoria (principalmente ortopedia y neurología, pero también reumatología y neurocirugía) en uno de los hospitales participantes, y habían tenido dolor lumbar durante más de 12 semanas, tenían un trabajo remunerado (empleo remunerado o autónomo) durante al menos ocho horas a la semana y estaban ausentes o parcialmente ausentes del trabajo.

- **Criterios de exclusión:**

Pacientes que habían estado ausentes del trabajo durante más de dos años; tenía dolor lumbar específico debido a infección, tumor, osteoporosis, artritis reumatoide, fractura o proceso inflamatorio; se había sometido a una cirugía de la columna lumbar en las últimas seis semanas o tuvo que someterse a una cirugía o exámenes invasivos dentro de los tres meses; tenía una enfermedad psiquiátrica o cardiovascular grave; embarazadas; o estuvieron involucrados en una demanda contra su empleador.

- **Número de participantes grupo intervención: 66**

- **Número de participantes grupo atención habitual: 68**

- **Intervención:**

- **Procedimiento- Metodología:**

- Aplicación de una intervención, en el lugar de trabajo basada en la ergonomía participativa y un programa de actividades graduadas, que es un programa de tiempo continuado basado en principios cognitivos conductuales que fue coordinada por un médico clínico ocupacional y ejecutada por un equipo formado por un médico ocupacional clínico, un especialista médico, un terapeuta ocupacional y un fisioterapeuta.
- En cuanto a la intervención en el lugar de trabajo, se llevó a cabo una observación del lugar de trabajo del paciente (obstáculos para el regreso al trabajo clasificados de forma independiente por supervisor y el paciente). Adicionalmente, el terapeuta ocupacional, el supervisor y el paciente intercambian ideas y discuten las posibles soluciones a los obstáculos hasta llegar a un consenso.
- Con relación a la actividad calificada, desde la semana 2 hasta el regreso completo y sostenible al trabajo, o después de recibir 26 sesiones de actividad graduada (dentro de un máximo de 12 semanas), se aplicó un protocolo que evalúa la capacidad funcional del paciente, además de ejercicios graduados individualmente, que enseña a los pacientes que, a pesar del dolor, moverse es seguro mientras aumenta el nivel de actividad.

- **Atención habitual:**

-Procedimiento- Metodología:

- Los pacientes asignados al grupo de atención habitual recibieron el tratamiento habitual de su médico especialista, médico ocupacional, médico general y / o profesionales de la salud afines.

Programa de atención reumatológica más tratamiento cognitivo-conductual (Leon 2009)

• **Reclutamiento-Selección de Participantes:**

Todos los pacientes elegibles del distrito de salud 7 en Madrid España que cuenta con una población activa de 179.155 personas (pacientes con un episodio de discapacidad laboral temporal relacionada con trastorno musculoesquelético de 3 a 8 semanas de duración que estaban en un programa de atención reumatológica) fueron invitados a participar en el estudio, y aquellos que dieron su consentimiento verbal fueron asignados aleatoriamente de un total de 181 participantes al grupo de intervención (n=115), que recibió un tratamiento cognitivo-conductual complementario al programa de atención reumatológica, o al grupo control (n=66), que continuó con el programa de atención reumatológica.

• **Criterios de inclusión:**

Tener episodios de discapacidad laboral temporal relacionados con trastorno musculoesquelético que duraron ≥ 4 semanas y que se siguieron en nuestro programa de atención reumatológica de atención temprana.

• **Criterios de exclusión:**

Sujetos con episodios de discapacidad laboral temporal relacionada con trastorno musculoesquelético que duraron más de ocho semanas.

• **Número de participantes grupo intervención: 115**

• **Número de participantes grupo atención habitual: 66**

• **Intervención:**

- **Procedimiento- Metodología:**

- Aplicación de un programa de tratamiento cognitivo-conductual que fue administrado por un psicólogo capacitado con experiencia en enfermedades musculoesqueléticas y cuyo teléfono se utilizó para consultas o solicitudes de citas.
- La intervención cognitivo-conductual se proporcionó semanalmente en 3 niveles, de acuerdo con la evolución de los pacientes. Todos los pacientes recibieron el primer nivel, que consta de 2 sesiones de 60 minutos. La primera sesión incluyó educación sobre dolor y ergonomía y entrenamiento en respiración abdominal.

- Los pacientes recibieron, además, un folleto con los objetivos y la metodología del tratamiento cognitivo-conductual con ejemplos para practicar. El folleto incluía una serie de capítulos sobre problemas frecuentes en condiciones de dolor y discapacidad y algunas estrategias cognitivo-conductuales diseñadas para ayudar a los pacientes a sobrellevarlas.
- En la segunda sesión, se resolvieron las dudas y dificultades con el folleto en la primera sesión. Después de 2 semanas, los pacientes que continuaron con licencia por enfermedad pasaron al segundo nivel, que estaba compuesto por 3 sesiones.
- Los pacientes que no volvieron a trabajar después de eso comenzaron en el tercer nivel del tratamiento cognitivo-conductual, que tuvo un número indeterminado de sesiones dependiendo de la evolución del paciente. En este nivel, se realizó una revisión de las técnicas anteriores y se capacitó a los pacientes en habilidades de afrontamiento para problemas interpersonales y laborales.
- **intervención control**
 - Procedimiento- Metodología:**
 - Aplicación de un programa de atención reumatológica.

Tratamiento habitual más terapia ocupacional (Schene 2007)

- **Reclutamiento-Selección de Participantes:**

Después de la selección telefónica de los criterios de inclusión, los pacientes recibieron una evaluación psiquiátrica periódica (dos visitas), incluida una entrevista clínica estructurada a cargo de dos psiquiatras experimentados. Ellos de nuevo revisaron los criterios de inclusión. Los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión se les pidió que dieran su consentimiento informado por escrito y luego fueron asignados aleatoriamente al grupo control que recibió la atención Habitual (n=32) o al grupo intervención que recibió la atención Habitual más terapia Ocupacional.
- **Criterios de inclusión:**

Mayor de 18 años, trastorno depresivo mayor, episodio único o recurrente, sin características psicóticas sin antecedentes de psicosis, características maníacas, hipomaníacas o ciclotímicas, sin antecedentes de abuso o dependencia activa de drogas o alcohol, una puntuación del Inventario de Depresión de Beck (BDI) > 15, reducción del trabajo de al menos el 50% de las horas regulares trabajadas por semana por depresión, con un mínimo de 10 semanas y un máximo de 2 años.
- **Criterios de exclusión:**

No descrito

- **Número de participantes grupo intervención:** 30
- **Número de participantes grupo atención habitual:** 32
- **Intervención:**
 - **Procedimiento- Metodología:**
 - Aplicación de una intervención que consistió en un Tratamiento Psiquiátrico Ambulatorio desarrollado por los mismos residentes psiquiátricos senior más una Terapia Ocupacional desarrollada por dos terapeutas ocupacionales (TAU + OT).
 - La terapia ocupacional incorporó tres fases manuales:
 - **Fase de diagnóstico (4 semanas):** cinco contactos con un historial ocupacional detallado, observación de video en una situación laboral representada por roles, contacto con un médico ocupacional del empleador del paciente y un plan para la reinserción laboral.
 - **Fase terapéutica (24 semanas):** 24 sesiones grupales semanales (8-10 pacientes) y 12 sesiones individuales. Esta fase tenía tres sub-fases: preparación de la reintegración del trabajo, contacto con el lugar de trabajo y, si es posible, comenzar a trabajar. En sesiones individuales se siguieron estas tres fases: análisis adicionales de la relación entre el trabajo y la depresión, exploración de problemas laborales y apoyo y evaluación de la reanudación del trabajo.
 - Temas individuales específicos de las sesiones grupales fueron discutidos más a fondo. La primera mitad de estas sesiones grupales de 2 horas se dedicaron a discutir e intercambiar el progreso individual. En la segunda mitad, se discutieron sucesivamente siete temas: ser pasivo, estrés en el lugar de trabajo, límites y límites personales, ser poderoso e impotente, perfeccionismo, conflictos y prevención.
 - **Fase de seguimiento (20 semanas):** tres visitas individuales.
 - **intervención Habitual:**
 - Procedimiento- Metodología:**
 - Aplicación de una intervención que consistió en evaluación de los síntomas, psicoeducación, apoyo general y técnicas cognitivas de comportamiento y, si fuera necesario, prescripción de medicamentos. Las visitas duraron 30 minutos a cada 2 a 3 semanas. Los pacientes fueron tratados por tres residentes psiquiátricos senior supervisados.

Entrenamiento de fortalecimiento laboral basado en el lugar de trabajo (Shu-Kei Cheng 2007)

- **Reclutamiento-Selección de Participantes:**

Todos los trabajadores fueron reclutados de compañías de seguros de compensación para trabajadores en Hong Kong. Después de verificar los criterios de inclusión y exclusión, los trabajadores elegibles fueron asignados aleatoriamente al grupo de Fortalecimiento laboral basado en la clínica (CWH; n= 48) o al Fortalecimiento laboral basado en el lugar de trabajo (WWT; n= 46).

- **Criterios de inclusión:**

Tendinitis del manguito rotador relacionada con el trabajo, mayor a 90 días desde la fecha de presentación del reclamo / o fecha de la lesión y certificado por el practicante médico registrado para estar físicamente en forma para comenzar el entrenamiento funcional y la prueba de trabajo, Demandas de trabajo que pertenecen a un nivel de trabajo de demanda física media (basado en la clasificación del Diccionario de Títulos Ocupacionales, tanto el trabajador como su empleador estar dispuestos a participar plenamente en el programa y poder obtener un consentimiento por escrito.

- **Criterios de exclusión:**

Rotura severa del músculo del manguito rotador en la medida en que se requiera intervención quirúrgica, aumento de los síntomas observado durante la evaluación de la capacidad funcional, el trabajador se niega a unirse al programa y si la condición física de los trabajadores se deteriora después de recibir capacitación en el lugar de trabajo.

- **Número de participantes grupo intervención: 46**

- **Número de participantes grupo atención habitual: 48**

- **Intervención:**

- **Procedimiento- Metodología:**

- Aplicación de un programa de entrenamiento basado en rehabilitación Fase 2 (fase de recuperación) y fase 3 (fase funcional) de la lesión del manguito rotador.
- Antes del comienzo de los programas de fortalecimiento laboral basados en el lugar de trabajo, se asignó un entrenador laboral a cada trabajador de este grupo.
- El entrenador de trabajo se comunicaría con el supervisor del trabajador lesionado en el lugar de trabajo para organizar tareas de trabajo adecuadas como medios de tratamiento que sean apropiados para el estado funcional actual del trabajador lesionado.
- El programa contempla las siguientes fases: mejorar la movilidad de las articulaciones y los tejidos blandos; mejorar el control escapular; mejorar la artrocinética del hombro en múltiples planos de

movimientos; mejorar la fuerza muscular y la resistencia relacionadas con el trabajo; aumentar la habilidad funcional y la coordinación en el trabajo; y mejorar la restauración funcional y la adaptación específica del trabajo.

- **Intervención habitual:**

- Procedimiento- Metodología:**

- Todos los trabajadores del grupo de CWH recibieron capacitación convencional de rutina para el fortalecimiento del trabajo basado en la clínica.
 - El contenido del entrenamiento en el grupo CWH estaba compuesto por actividades de movilización para extremidades superiores, entrenamiento de fuerza y resistencia, así como simulación de trabajo.
 - La simulación de trabajo fue realizada por diferentes estaciones de trabajo simuladas y simuladores de trabajo computarizados. La frecuencia de entrenamiento fue uniforme en tres sesiones por semana.
 - Los trabajadores del grupo CWH no recibieron ninguna intervención en el lugar de trabajo, como análisis del lugar de trabajo, colocación laboral o enlace con el superior o el empleador.

Consulta psiquiátrica para trabajadores con licencia por trastornos mentales comunes en el entorno de salud ocupacional (Van der Feltz-Cornelis 2010)

- **Reclutamiento-Selección de Participantes:**

El estudio se realizó dentro de un gran servicio de salud laboral en los Países Bajos. Trabajadores con licencia por enfermedad entre 4 y 12 semanas que fue diagnosticada por el médico ocupacional debido a trastornos mentales, fueron evaluados para detectar síntomas depresivos. La subescala de depresión de los 9 ítems del Cuestionario de Salud del Paciente, el PHQ-9, fue utilizado como cribador. El PHQ-9 varía de 0 a 27 y es un instrumento confiable para detectar trastornos depresivos y para monitorear la respuesta al tratamiento. Los trabajadores que alcanzaron el puntaje de corte de 10 para al menos un trastorno depresivo mayor moderado y que dieron su consentimiento informado inicial fueron contactados por un asistente de investigación para la administración de la mini-Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) por teléfono. Finalmente, trabajadores con trastorno depresivo mayor incluidos en la lista de enfermos fueron asignados al azar a la atención habitual (N = 61) o la atención colaborativa (N = 65).

- **Criterios de inclusión:**

Trabajadores en lista de enfermos entre 4 y 12 semanas que cumplieron con los criterios de la Cuarta Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV)

- **Criterios de exclusión:**

Trabajadores que tenían tendencias suicidas, psicóticos o tenían un diagnóstico primario de abuso o dependencia de sustancias, según la evaluación del MINI. Además, trabajadores con un dominio insuficiente del idioma holandés para completar los cuestionarios, las que estaban embarazadas y aquellos con una implicación legal contra su empleador.

- **Número de participantes grupo intervención:** 65

- **Número de participantes grupo atención habitual:** 61

- **Intervención:**

- **Procedimiento- Metodología:**

- Aplicación de una intervención basada en consultas psiquiátricas de apoyo destinadas a entregar un plan de diagnóstico y tratamiento, incluidas sugerencias para el regreso al trabajo adaptadas a las necesidades específicas de los pacientes debido a su trastorno específico.
- Seis psiquiatras fueron entrenados para realizar las consultas. Su capacitación incluyó proporcionar diagnósticos, planes de tratamiento y sugerencias dirigidas al regreso al trabajo específicamente adaptados al trastorno mental en cuestión, mediante un método de consulta en el que el psiquiatra habla con el paciente una vez e informa al médico ocupacional por carta de consulta.
- La consulta psiquiátrica se realizó en la condición de intervención, con mayor frecuencia entre la evaluación inicial y el seguimiento de tres meses. Dos de los seis psiquiatras entrenados estaban disponibles para las consultas.
- Los psiquiatras verían al paciente para la entrevista de diagnóstico o realizarían la entrevista por teléfono, dependiendo de cuál fuera más conveniente para el paciente.
- Durante la consulta, el psiquiatra hizo un inventario de los tratamientos ofrecidos al paciente anteriormente y decidió, junto con el paciente, si era necesario un tratamiento más intensivo. Esto dependía de la gravedad de los síntomas, del bienestar percibido del paciente y del nivel de funcionamiento general.

- **intervención breve:**

- Procedimiento- Metodología:**

- Consistió en la derivación a profesionales especializados en atención de salud mental.

Intervención Activadora Innovadora (Van der Klink 2003)

- **Reclutamiento-Selección de Participantes:**

Se instruyó a todos los médicos ocupacionales sobre cómo informar a los pacientes sobre el estudio. El consentimiento informado se obtuvo después de que los pacientes hubieran recibido información sobre el objetivo principal del ensayo. Ambas estrategias de salud ocupacional se presentaron de manera global y con la misma eficacia para los participantes. Todos los empleados que estuvieron dos semanas de baja por enfermedad fueron remitidos a su médico ocupacional. Para ser incluidos, los pacientes tenían que estar en su primera baja por enfermedad debido a un trastorno de adaptación. Se utilizó una lista de verificación con criterios de inclusión y exclusión. La lista de verificación se elaboró de tal manera que todos los pacientes incluidos cumplieran los criterios del DSM IV (cuarta edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) para el trastorno de adaptación.

- **Criterios de inclusión:**

Factor de estrés psicosocial identificable reciente (<3 meses) similar al definido en el DSM IV y el paciente tenía que tener al menos ocho de los 17 síntomas de angustia que representan las principales categorías de síntomas del trastorno de adaptación del DSM IV.

- **Criterios de exclusión:**

Si se cumplía uno de los criterios de exclusión del DSM IV para un trastorno de adaptación (por ejemplo, el paciente tenía una depresión), si hubo un período de orientación para un trastorno de adaptación en el año anterior, si hubo comorbilidad física que podría tener un efecto sobre el ausentismo, si la comunicación en holandés no fue posible, si la paciente estaba embarazada o tuvo un parto reciente (< 6 meses).

- **Número de participantes grupo intervención: 109**

- **Número de participantes grupo atención habitual: 83**

- **Intervención:**

- **Procedimiento- Metodología:**

- La intervención comprendió un enfoque de actividad gradual y se basó en un modelo de tres etapas, parecido al entrenamiento de inoculación de estrés (una forma altamente efectiva de tratamiento cognitivo conductual).
- En la primera etapa se hizo énfasis en la información: comprender el origen y la causa de la pérdida de control. También se estimuló a los pacientes a realizar actividades diarias menos exigentes.

- En la segunda etapa, se pidió a los pacientes que hicieran un inventario de factores estresantes y que desarrollaran estrategias de resolución de problemas para estas causas de estrés.
- En la tercera etapa, los pacientes ponen en práctica estas estrategias de resolución de problemas y amplían sus actividades para incluir las más exigentes. Se enfatizó la responsabilidad y el papel activo de los pacientes en el proceso de recuperación.
- Los médicos ocupacionales del grupo de intervención se sometieron a un curso de capacitación de tres días impartido por un médico / psicólogo ocupacional experimentado, un psicólogo / terapeuta, un médico general experimentado / investigador en angustia emocional y un psiquiatra.
- Fueron entrenados en múltiples intervenciones prescriptivas cognitivo-conductuales para estimular la adquisición de habilidades de resolución de problemas por parte de los pacientes y para estructurar las actividades diarias de los pacientes.
- Se prescribieron al menos tres contactos con la dirección de la empresa en los primeros tres meses. Para el grupo de intervención se prescribió al menos una sesión después de la reanudación del trabajo, centrada en la prevención de recaídas.
- **intervención habitual:**
 - Procedimiento- Metodología:**
 - La intervención habitual se basó en asesoramiento empático, instrucción sobre el estrés, consejos sobre el estilo de vida y discusión de problemas laborales con el paciente y la dirección de la empresa.

Programa Participativo de Regreso al Trabajo (Vermeulen 2011)

- **Reclutamiento-Selección de Participantes:**

Entre marzo de 2007 y septiembre de 2008, todos los trabajadores cedidos por empresas de trabajo temporal y desempleados que estuvieron enfermos entre una y dos semanas debido a trastornos musculoesqueléticos y vivían en la parte oriental de los Países Bajos recibieron una carta con un cuestionario de detección del médico de seguros de la Agencia Nacional de Seguridad Social (SSA) holandesa en nombre de los investigadores. Los investigadores se pusieron en contacto telefónicamente con los trabajadores que devolvieron el cuestionario de selección indicando que todavía estaban en la lista de enfermos y que estaban interesados en participar para darles información adicional sobre el contenido del estudio y verificar su elegibilidad.
- **Criterios de inclusión:**

Trabajadores de agencias temporales y los desempleados que tenían entre 2 y 8 semanas de enfermedad con trastornos musculoesqueléticos como principal queja de salud para su solicitud de prestaciones por enfermedad.

- **Criterios de exclusión:**

Estar en la lista de enfermos durante más de 8 semanas, no poder completar cuestionarios escritos en holandés, tener un conflicto con la Agencia de Seguridad Social con respecto a un reclamo de beneficios por enfermedad o un reclamo por discapacidad a largo plazo, tener un conflicto legal, por ejemplo, un reclamo de compensación por lesiones en curso, y haber tenido un episodio de ausencia por enfermedad debido a trastornos musculoesqueléticos dentro del mes anterior a la solicitud actual de la prestación por enfermedad.

- **Número de participantes grupo intervención: 79**

- **Número de participantes grupo atención habitual: 84**

- **Intervención:**

- **Procedimiento- Metodología:**

- Aplicación de un programa participativo de retorno al trabajo que consistió en pasos consecutivos que comenzaron con una consulta combinada con el médico de seguros y el experto laboral de la agencia de seguridad social.
- Posteriormente, se llevaron a cabo dos reuniones estructuradas entre el trabajador en la lista de enfermos y el coordinador de retorno laboral, y entre el experto laboral de la agencia de seguridad social y el coordinador del retorno laboral, respectivamente.
- En la reunión con el trabajador en la lista de enfermos, el coordinador del retorno laboral utilizó una entrevista estructurada para identificar y priorizar los obstáculos para retornar al trabajo.
- La clasificación de los obstáculos identificados para retornar al trabajo se realizó según la frecuencia (¿con qué frecuencia ocurren?) Y la gravedad (¿qué tan grande es el impacto percibido en el funcionamiento en la vida diaria y / o el trabajo?).
- La reunión entre el coordinador del retorno laboral y el experto laboral se llevó a cabo de manera comparable y resultó en una selección de obstáculos prioritarios para retornar al trabajo desde la perspectiva del experto laboral.
- Adicionalmente, el coordinador del retorno laboral, el trabajador que figura en la lista de enfermos y el experto laboral hicieron una lluvia de ideas sobre soluciones para abordar los obstáculos priorizados. Las soluciones propuestas se evaluaron en función de la disponibilidad, la viabilidad y la capacidad de resolver los obstáculos.

- Finalmente, se desarrolló la elaboración de un plan de retorno al trabajo basado en el consenso que describe los obstáculos prioritarios para el retorno laboral, las soluciones basadas en el consenso, la persona responsable de la implementación de cada solución seleccionada, y una ruta de tiempo cuando se debería llevarse a cabo.

- **intervención habitual:**

- Procedimiento- Metodología:**

- El médico de seguros de la Agencia de Seguridad Social, guía al trabajador de acuerdo con las directrices para la atención de la salud ocupacional de la Sociedad Holandesa de Medicina Ocupacional. Asesora sobre la recuperación, por ejemplo, promoción de la salud y opciones de retorno al trabajo y, si es necesario, puede asesorar y derivar a tratamiento / orientación laboral orientado a la discapacidad, como fisioterapia graduada o ayuda psicológica relacionada con el trabajo.

Intervención de atención colaborativa con enfoque al regreso al trabajo (Vlasveld 2013)

- **Reclutamiento-Selección de Participantes:**

- El estudio se llevó a cabo dentro de un gran servicio de salud ocupacional en los Países Bajos. Los trabajadores con licencia por enfermedad entre 4 y 12 semanas y que fue diagnosticada por el médico ocupacional como debida a trastornos mentales, fueron examinados para detectar síntomas depresivos. La subescala de depresión de 9 ítems del Cuestionario de salud del paciente, el PHQ-9, se utilizó como filtro. El PHQ-9 varía de 0 a 27 y es un instrumento confiable para detectar trastornos depresivos y para monitorear la respuesta al tratamiento. Los trabajadores que alcanzaron el puntaje de corte de 10 para al menos un trastorno depresivo mayor moderado y que dieron su consentimiento informado inicial fueron contactados por teléfono por un asistente de investigación para la administración de la mini-Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI).

- **Criterios de inclusión:**

- Trabajadores en lista de enfermos entre 4 y 12 semanas que cumplieron con los criterios de la Cuarta Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV) para trastorno depresivo mayor según el MINI y dieron su consentimiento informado por escrito.

- **Criterios de exclusión:**

- Los trabajadores que tenían tendencias suicidas, psicóticos o tenían un diagnóstico primario de abuso o dependencia de sustancias, según la evaluación del MINI. Además, trabajadores con un

dominio insuficiente del idioma holandés, las embarazadas y las que tuvieran una implicación legal contra su empleador.

- **Número de participantes grupo intervención:** 65
- **Número de participantes grupo atención habitual:** 61
- **Intervención:**
 - **Procedimiento- Metodología:**
 - Aplicación de una intervención de atención colaborativa, proporcionada por el médico ocupacional, que contenía los siguientes elementos: 6–12 sesiones de intervención psicológica breve y estructurada, autoayuda guiada manualmente, una intervención en el lugar de trabajo y, según la preferencia del paciente, la prescripción de medicamentos antidepresivos según a un algoritmo de tratamiento.
 - La intervención en el lugar de trabajo, en la que participaron el trabajador, el médico ocupacional y el empleador, consistió en una evaluación del lugar de trabajo y ajustes de trabajo. En la intervención en el lugar de trabajo, el empleador y el trabajador señalaron las barreras para el regreso al trabajo, hicieron una lluvia de ideas para posibles soluciones e hicieron un plan para la implementación de las soluciones.
 - La intervención en el lugar de trabajo tenía como objetivo llegar a un consenso sobre el plan para el regreso al trabajo. Por lo tanto, la participación y el compromiso del trabajador y el empleador eran esenciales.
 - En la intervención en el lugar de trabajo, el papel del médico ocupacional fue el de mediador de procesos. Se pueden elegir todo tipo de soluciones para el regreso al trabajo, siempre que tanto el trabajador como el empleador hayan participado en el proceso de decisión y ambos estén de acuerdo en las soluciones elegidas.
- **intervención habitual:**
 - Procedimiento- Metodología:**
 - Aplicación de un programa de visitas al médico ocupacional de la empresa antes de la sexta semana de ausencia por enfermedad. La orientación del médico ocupacional de la compañía se enumera según el protocolo de acuerdo con las pautas de salud ocupacional de la Junta Holandesa de Medicina Ocupacional.

Intervención combinada basada en la web (Volker 2015)

- **Reclutamiento-Selección de Participantes:**

Todos los empleados en ausencia por enfermedad por cualquier causa entre 4 y 26 semanas que dieron su consentimiento informado fueron evaluados para detectar depresión (Cuestionario de salud del paciente de 9 ítems; PHQ-9), somatización (PHQ-15) y ansiedad (Trastorno de ansiedad generalizada de 7 ítems; GAD-7). Los empleados que se consideraron positivos en la detección en cualquiera de los 3 instrumentos de detección fueron contactados por teléfono por un asistente de investigación, que estaba cegado a la asignación del grupo. Los asistentes de investigación comprobaron los criterios de inclusión y exclusión y proporcionaron información sobre el estudio. Los empleados de la lista de enfermos que no cumplían con ninguno de los criterios de exclusión recibieron el cuestionario de referencia y un segundo formulario de consentimiento informado. Los empleados que completaron el cuestionario de referencia y dieron su consentimiento informado fueron incluidos en el estudio.

- **Criterios de inclusión:**

Empleados (≥ 18 años) que estuvieron de baja por enfermedad entre 4 y 26 semanas y dieron positivo (puntuación ≥ 10) en la escala de depresión del PHQ-9 y / o la escala de somatización del PHQ-15 y / o el GAD-7.

- **Criterios de exclusión:**

Los empleados fueron excluidas de participar en este estudio si no tenían un conocimiento suficiente del idioma holandés, estaban embarazadas o estaban involucradas en acciones legales contra su empleador. Además, se excluyó a los empleados sin acceso a Internet.

- **Número de participantes grupo intervención:** 131

- **Número de participantes grupo atención habitual:** 89

- **Intervención:**

- **Procedimiento- Metodología:**

- Aplicación de una intervención ECO (módulo de salud electrónica integrado en la atención colaborativa de salud ocupacional) que incluye 2 elementos, el módulo Return@Work eHealth y una Ayuda de decisión por correo electrónico para el médico ocupacional.
- En relación a la aplicación del Módulo Return@Work eHealth, el empleado recibió un código de inicio de sesión individual para 5 módulos: (1) psicoeducación, (2) un módulo dirigido a las cogniciones con respecto a retorno al trabajo mientras tenía síntomas (basado en los principios de la terapia cognitiva conductual), (3) un módulo dirigido a aumentar las habilidades de resolución de problema con ejercicios de tratamiento de resolución de problemas, (4) un módulo

para el manejo del dolor y la fatiga y para la reactivación, y (5) un módulo para la prevención de recaídas.

- En total, los módulos incluyeron 16 sesiones. El contenido de Return @ Work fue hecho a medida del empleado individual, dependiendo de los síntomas y cogniciones sobre retorno al trabajo del empleado.
- Respecto a la aplicación de la Ayuda para la decisión por correo electrónico para el médico ocupacional, éstos recibieron mensajes de correo electrónico automatizados que se basaron en una ayuda para la toma de decisiones con principios de atención colaborativa escalonada. La ayuda para la decisión apoyó a los médicos ocupacionales en la guía de enfermedad de los empleados, en el monitoreo de síntomas, funcionamiento y retorno al trabajo.
- Los resultados del monitor en Return @ Work se utilizaron en los mensajes de correo electrónico completamente automatizados para que el médico ocupacional le diera consejos sobre el tratamiento escalonado. Además, la ayuda para la decisión le dio al médico ocupacional acceso a un psiquiatra consultor que, cuando fue necesario, dio consejos en caso de estancamiento.

- **intervención habitual:**

- Procedimiento- Metodología:**

- Los médicos ocupacionales del grupo de control proporcionaron orientación habitual sobre enfermedades a sus empleados. El tratamiento habitual fue protocolizado de acuerdo con las directrices de la Junta Holandesa de Medicina Ocupacional.

Terapia cognitivo-conductual más reunión con directivos (Weerd 2016)

- **Reclutamiento-Selección de Participantes:**

- El estudio se realizó en siete departamentos de una institución multicéntrica holandesa especializada en la Terapia Cognitivo Conductual ambulatoria por problemas psicológicos relacionados con el trabajo. Para este estudio, reclutamos empleados que estaban indicados para el tratamiento dentro de la atención médica mental especializada para pacientes ambulatorios, que estaban (parcialmente) en la lista de enfermos con trastornos mentales comunes en el momento de la admisión. El reclutamiento de empleados se llevó a cabo entre septiembre de 2011 y marzo de 2013. Cuando alguien cumplió con los criterios de inclusión, el terapeuta informó al empleado sobre el estudio, luego de lo cual el empleado firmó para obtener el consentimiento informado. Luego, se contactó por teléfono con el supervisor del empleado para explicar el fundamento del estudio. Se envió información adicional sobre el estudio por correo electrónico.

- **Criterios de inclusión:**

Empleados enfermos con trastornos mentales comunes y derivados para atención de salud mental especializada.

- **Criterios de exclusión:**

Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, los trastornos adictivos y relacionados con sustancias, los trastornos graves de la personalidad, el suicidio agudo, la criminalidad y los trastornos mentales para los que no existe un tratamiento de Terapia Cognitivo Conductual basado en pruebas.

- **Número de participantes grupo intervención: 31**

- **Número de participantes grupo atención habitual: 29**

- **Intervención:**

- **Procedimiento- Metodología:**

- La terapia cognitivo-conductual (TCC) se realizó de acuerdo con los protocolos basados en la evidencia para los trastornos del Eje I del DSM-IV.
- En cuanto a la frecuencia de las sesiones de TCC, ésta es alta (seis sesiones en cuatro semanas) al inicio de la terapia y se alienta a los terapeutas a abordar el regreso al trabajo al principio del tratamiento para alcanzar los objetivos del tratamiento como la activación, la estructura del día, el contacto social y la autoestima dentro del contexto del trabajo.
- Además de la TCC centrada en el trabajo, los empleados asignados al grupo de intervención recibieron una reunión de diálogo de convergencia, que es una reunión de aproximadamente 90 minutos entre el empleado, el supervisor y el terapeuta. La intervención se realizó de acuerdo con una agenda prescrita, primero informando al supervisor sobre el tratamiento y permitiendo que el empleado revelara sus experiencias con el tratamiento. Luego, se inició un diálogo entre empleado y supervisor para identificar y resolver obstáculos para el regreso al trabajo.
- Al final de la reunión de diálogo de convergencia, el empleado y el supervisor acordaron un plan de regreso al trabajo conjunto.

- **intervención habitual:**

- Procedimiento- Metodología:**

- No descrita

3.3. Descripción de las intervenciones según enfermedad, equipo, acciones con los trabajadores, acciones en el local de trabajo y acciones con el empleador.

En el Cuadro 2, se describe las intervenciones según el tipo de enfermedad, equipo que aplicó la intervención y las acciones realizadas con los trabajadores, en el lugar de trabajo y con los empleadores.

Se observa que, el total (19) de las intervenciones propusieron acciones con los trabajadores como programas de rehabilitación, terapias y planes de regreso al trabajo. En cuanto a las acciones en el local de trabajo, solo tres intervenciones articularon acciones con el trabajador y evaluación del local de trabajo. Por último, las acciones con los empleadores fueron consideradas en 10 intervenciones con el objetivo de involucrar el empleador en las mejorías del lugar de trabajo y planificación para el regreso al trabajo del trabajador.

Cuadro 2. Descripción de las intervenciones según enfermedad, equipo, acciones con los trabajadores, acciones en el local de trabajo y acciones con el empleador.

Estudios	Enfermedad	Equipo	Acciones con los trabajadores	Acciones en el lugar de trabajo	Acciones con el empleador
Arnetz 2003	Musculoesquelético	Terapeuta Ocupacional, Ergonomista.	Programa de capacitación incluía información sobre el tipo de capacitación y tareas de trabajo adaptadas a la capacidad del trabajador, el tiempo asignado para cada sesión de capacitación, semanas de capacitación y un programa para el aumento sucesivo de la carga de trabajo.	El lugar de trabajo se evaluó desde un punto de vista ergonómico. El ergonomista evaluó los factores estresantes físicos y psicosociales mientras el trabajador realizaba sus tareas laborales habituales. Cuando fue apropiado, se introdujeron mejoras ergonómicas.	El trabajador, el administrador de casos de la Agencia Seguradora, el terapeuta ocupacional / ergonomista y el empleador se reunieron en el lugar de trabajo para la introducción de las mejoras ergonómicas.
Bakker 2007	Trastornos mentales relacionados con el estrés.	Médicos de atención primaria, médico ocupacional.	Médicos generalistas de atención primaria fueron capacitados para diagnosticar trastornos mentales relacionados con el estrés y detectar síntomas de depresión y ansiedad. Luego, cómo dar información y promover la comprensión del paciente y cómo enfatizar la importancia del papel activo del mismo con respecto al regreso exitoso al trabajo. Posteriormente, practicaron dando consejos sobre el contenido de la rehabilitación funcional.		

Beck 2015	Estrés relacionado al trabajo.	Terapeuta ocupacional.	Intervención con música en base al Método Bonny de Imágenes Guiadas y Música.		
Brendbekken 2017	Dolor musculoesquelético crónico.	Trabajador social, médico, kinesiólogo.	La intervención multidisciplinaria incluyó una evaluación de trabajo, situación familiar, estilo de vida, estrategias de afrontamiento y problemas de salud. Adicionalmente, aplicó una herramienta educativa novedosa, la Entrevista Estructurada Interdisciplinaria y, una Herramienta Educativa Visual (ISIVET), para establecer una imagen general de la situación del paciente a través de la visualización. La hipótesis subyacente era que este diseño podría introducir un nuevo enfoque cognitivo para hacer frente a los problemas de salud.		
Bultmann 2009	Desorden musculoesquelético.	Médico ocupacional, kinesiólogo ocupacional, quiropráctico, psicólogo y trabajador social.	Identificación de la discapacidad laboral y barreras para el regreso al trabajo. Plan de rehabilitación laboral coordinado, adaptado y orientado al trabajador.		Se envió el plan al médico general del trabajador.

Haldorsen 1998	Dolor musculoesquelético	Un neurólogo, un médico de cabecera, un psicólogo, 2 enfermeras tituladas y 4 fisioterapeutas.	Diagnóstico claro, retroalimentación de los exámenes, información, lecciones relevantes y esquemas de entrenamiento físico. Se discutieron estrategias de afrontamiento cognitivo y se dieron consejos. El tratamiento se administró en parte como actividades grupales, en parte como entrenamiento y terapia individual.	Una visita al lugar de trabajo para negociar las modificaciones laborales necesarias.	Conferencias telefónicas con el servicio de salud de la empresa y / o el supervisor de obra sobre las tensiones físicas y psicológicas en el lugar de trabajo.
Hees 2013	Depresión Mayor.	Terapeuta ocupacional.	Sesiones grupales e individuales de terapia.		Se realizó una reunión entre terapeuta ocupacional, empleador y trabajador para discutir las dificultades con el trabajo.
Hlobil 2005	Lumbalgia.	Kinesiólogo.	Intervención de actividad gradual, que consistía en sesiones de ejercicio de 60 minutos administradas dos veces por semana hasta que los trabajadores lograron el regreso completo al trabajo regular.		
Jensen 2011	Lumbalgia.	Médico de rehabilitación, kinesiólogo, terapeuta ocupacional y trabajador social.	Planificación de ejercicio físico y tratamiento médico para el dolor.		El administrador de casos y el trabajador hicieron un plan de rehabilitación personalizado con el objetivo de regreso al trabajo.

Lambeek 2010	Dolor lumbar crónico.	Médico ocupacional clínico, un especialista médico, un terapeuta ocupacional y un fisioterapeuta.	Intervención en el lugar de trabajo basada en la ergonomía participativa y un programa de actividades graduadas, que se trató de un programa de tiempo continuado basado en principios cognitivos conductuales.		El médico ocupacional clínico, responsable de la planificación y la coordinación de la atención y de la comunicación con los otros profesionales de la salud del equipo, fijó una fecha propuesta para el regreso completo al trabajo de común acuerdo con el paciente y el médico ocupacional del paciente. La comunicación entre los miembros del equipo consistió en llamadas telefónicas, cartas, correos electrónicos codificados y una llamada en conferencia cada tres semanas para discutir el progreso del paciente con respecto al regreso al trabajo.
Leon 2009	Desorden musculoesquelético.	Psicólogo.	Tratamiento cognitivo-conductual		
Schene 2007	Depresión Mayor.	Psiquiatras, terapeutas ocupacionales.	Sesiones grupales e individuales de terapia.		Contacto con el médico ocupacional del trabajador sobre un plan para la reinserción laboral.

Shu-Key Cheng 2007	Desorden del Manguito Rotador.	Entrenador laboral.	Programa de rehabilitación.		El entrenador de trabajo se comunicó con el supervisor del trabajador lesionado en el lugar de trabajo para organizar tareas adecuadas como medios de tratamiento que fuesen apropiados para el estado funcional actual del trabajador lesionado.
Van der Feltz-Cornelis	Desorden mental.	Médico ocupacional, psiquiatra.	Consultas psiquiátricas.		
Van der Kling 2003	Trastornos de adaptación.	Médico ocupacional, psicólogo ocupacional, médico general.	Sesiones con intervenciones cognitivas conductuales, una sesión posterior al regreso al trabajo.		Contactos con el empleador respecto a la intervención.
Vermeulen 2011	Desorden musculoesquelético.	Coordinador de retorno al trabajo, experto laboral.	Identificación con el trabajador de los problemas en el local de trabajo y propuestas de soluciones.	Detección de los problemas en el local de trabajo y propuestas de soluciones.	Detección de los problemas en el local de trabajo y propuestas de soluciones en conjunto con el experto laboral.
Vlasveld 2013	Depresión Mayor.	Médico ocupacional.	Sesiones individuales de terapia, intervención en el lugar de trabajo y medicamentos si necesario.	Evaluación del lugar de trabajo y ajustes.	Reunión entre empleador y trabajador para identificar barreras para el regreso al trabajo y un plan de implementación de soluciones.

Volker 2015	Trastorno Mental Común.	Médico ocupacional.	Psicoeducación, un módulo dirigido a las cogniciones con respecto al retorno al trabajo mientras tenía síntomas (basado en los principios de la terapia cognitiva conductual), un módulo dirigido a aumentar el problema -resolución de habilidades con ejercicios de tratamiento de resolución de problemas, un módulo para el manejo del dolor y la fatiga y para la reactivación, y un módulo para la prevención de recaídas.		
Weerd 2016	Trastorno Mental Común.	Terapeutas.	Sesiones con intervenciones centradas en el trabajo		Una sesión con intervención de diálogo de convergencia con el empleador, trabajador, supervisor y terapeuta, una sesión de diálogo entre trabajador y supervisor para identificar y solucionar los obstáculos para el regreso al trabajo.

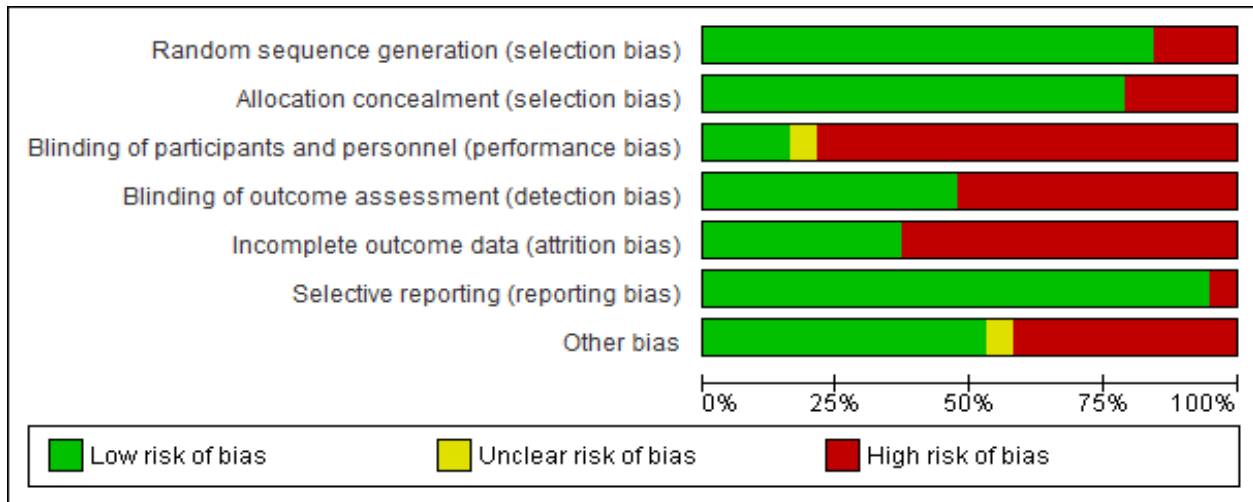
3.4. Evaluación del riesgo de sesgos

El propósito de la evaluación de los riesgos de sesgos está en verificar si los sesgos (errores sistemáticos) afectan la validez interna de un estudio, invalidando de alguna forma los resultados de la investigación.

La Figura 2 presenta la frecuencia de cada criterio de la evaluación de los riesgos de sesgo (Generación de la secuencia, Ocultamiento de la asignación, Cegamiento de los participantes y del personal, Cegamiento de los evaluadores del resultado, Datos de resultado incompletos, Notificación selectiva de los resultados, Otras fuentes de sesgo) de los estudios incluidos en la presente investigación. El color verde indica bajo riesgo de sesgo, el amarillo indica poca claridad y el color rojo indica alto riesgo de sesgo.

Se observa que, en cuanto al criterio Generación de la secuencia, más de 75% de los artículos presentaron bajo riesgo de sesgo, igual con los criterios Ocultamiento de la asignación y Notificación selectiva de los resultados. Respecto al criterio Cegamiento de los participantes y del personal, Respecto al, un 75% de los artículos presentó alto riesgo de sesgo. Por último, con relación a los criterios Cegamiento de los evaluadores del resultado, Datos de resultado incompletos y Otras fuentes de sesgo, aproximadamente un 50% de los artículos presentaron alto riesgo de sesgo.

Figura 2: Riesgo de sesgo: los juicios de los revisores acerca de cada elemento de riesgo de sesgo se presentan como porcentajes en todos los estudios incluidos. Elaborado en el Programa Rev Man5.



La Figura 3, presenta los mismos criterios de riesgos de sesgo, pero analizados por artículos.

Se observa que, con relación a la generación de secuencia de aleatorización, de total de 19 artículos, tres (Arnetz 2003; Shu-Kei Cheng 2007 y Van der Klink 2003) citaron aleatorización, pero sin una generación de secuencia. Los 17 estudios restantes, informaron un método adecuado para la asignación al azar.

Con relación al cegamiento de la aleatorización, 15 estudios informaron el cegamiento de la asignación aleatoria. Leon 2009, Shu-Key Cheng 2007, Vermeulen 2011 y Weerd 2016 no consideraron el cegamiento.

Se consideró que la mayoría de los estudios fueron pocos claros y de alto riesgo en cuanto al cegamiento de los participantes, personal y evaluadores de resultados. Se consideró que nueve artículos cegaron el evaluador de resultados siendo considerado de bajo riesgo (Arnetz 2003, Bakker 2007, Bultmann 2009, Hlobil 2005, Lambeek 2010, Van der Feltz-Cornelis 2010, Vermeulen 2011, Vlasveld 2013, Volker 2015).

En relación con los datos incompletos, se consideró bajo riesgo los artículos con pérdidas menores a 10% del total de la muestra. Los artículos de alto riesgo presentaron pérdidas mayores a 10%.

Se consideró de alto riesgo el artículo de Van der Feltz-Cornelis 2010 por inclinar sus resultados positivos para el grupo experimental.

Por último, otros sesgos fueron en su mayoría por problemas en el tamaño de la muestra, además, del reclutamiento. En el artículo de Brendbekken 2017, en el grupo control, había menos terapeutas con más experiencia en comparación con el grupo de intervención. Si los terapeutas del grupo control efectivamente tenían menos confianza en su papel debido a una menor experiencia, podría haber influido en la interacción con el paciente y, a través de esto, los resultados.

Figura 3: Riesgo de sesgo: los juicios de los revisores acerca de cada elemento de riesgo de sesgo de cada estudio incluido. Elaborado en el Programa Rev Man5.

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
Arnetz 2003	-	+	-	+	-	+	+
Bakker 2007	+	+	+	+	-	+	+
Beck 2015	+	+	-	-	+	+	-
Brendbekken 2017	+	+	-	-	+	+	-
Bultmann 2009	+	+	-	+	-	+	-
Haldorsen 1998	+	+	-	-	-	+	+
Hees 2013	+	+	?	-	+	+	+
Hlobil 2005	+	+	-	+	-	+	+
Jensen 2011	+	+	-	-	+	+	-
Lambeek 2010	+	+	-	+	+	+	-
Leon 2009	+	-	-	-	+	+	-
Schene 2007	+	+	-	-	-	+	+
Shu-Kei Cheng 2007	-	-	-	-	-	+	+
Van der Feltz-Cornelis 2010	+	+	-	+	-	-	+
Van der Klink 2003	-	+	+	-	-	+	+
Vermeulen 2011	+	-	-	+	+	+	+
Vlasveld 2013	+	+	-	+	-	+	?
Volker 2015	+	+	+	+	-	+	-
Weerd 2016	+	-	-	-	-	+	-

3.5. Evaluación del efecto de las intervenciones

Para presentar la evaluación del efecto de las intervenciones, se describe brevemente algunas consideraciones de contenido e interpretación respecto a los gráficos Forest Plot con el objetivo de facilitar su comprensión.

Generalmente, un forest plot se divide en seis columnas y los resultados individuales de cada estudio se disponen en filas sucesivas. En la primera columna se presenta el listado con la identificación de los estudios individuales incluidos en el metaanálisis.

La segunda columna representa a los grupos intervención y la tercera a los grupos control. Estas dos columnas pueden presentar sub-columnas, que hacen referencia al tamaño de la muestra (n , en el caso "Total") y a la media de los resultados individuales y sus desviaciones estándar ($Mean (SD)$) en el caso de variables continuas y al número de eventos ("Events") en el caso de variables dicotómicas.

La cuarta columna representa el peso de cada estudio sobre el resultado global (cuanto mayor sea el tamaño de la muestra y más estrecho sea el intervalo de confianza, mayor será el peso del estudio).

La quinta columna expresa los resultados numéricos de cada estudio. Concretamente, en metaanálisis con variables dicotómicas se presenta el Odds Ratio (razón de probabilidades; es decir, la posibilidad que una condición de salud o enfermedad se presente en un grupo de población frente al riesgo que ocurra en otro), con su intervalo de confianza correspondiente y en metaanálisis con variables continuas se presenta la Std. Mean Difference (diferencia de medias estandarizada, es decir, la diferencia entre la media del grupo intervención y el control de cada estudio), con su intervalo de confianza correspondiente. Para que los resultados individuales sean estadísticamente significativos, en el caso de variables dicotómicas, el intervalo de confianza no debe incluir el valor 1, mientras que, en variables continuas, no debe incluir el 0.

La sexta columna es una representación visual de los resultados de los estudios. La línea vertical central de esta representación es la línea de 'no efecto', la cual simboliza que no hay diferencia entre el grupo de intervención y el grupo control. En metaanálisis con variables dicotómicas o binarias (por ejemplo, sí/no, enfermedad/no enfermedad, etc.), la línea tiene el valor de "uno" porque representa un ratio (el *odds ratio*); a diferencia de estudios con variables continuas (por ejemplo, peso, colesterol, niveles de glucosa en sangre, etc.), donde la línea de no efecto tiene el valor de "cero". Ambos lados de la línea simbolizan si los resultados favorecen o no la intervención. Dentro de la gráfica, los cuadrados representan el efecto evaluado en cada estudio y su tamaño está directamente relacionado con el peso de los estudios

en el metaanálisis. La línea horizontal que los atraviesa representa el intervalo de confianza. Cuanto más larga sea la línea, mayor será el intervalo y, por tanto, los resultados del estudio serán menos precisos (una flecha en los extremos, indica que el intervalo es mayor que el espacio disponible). Los efectos individuales (los cuadrados), se posicionarán a izquierda, derecha o sobre la línea de no efecto, dependiendo del resultado individual obtenido en cada estudio. Los diamantes representan los resultados globales del metaanálisis, ya sea del análisis de subgrupos realizados (subtotales) o bien del conjunto de todos los grupos (total). El centro del diamante es el valor del efecto en conjunto y el ancho representa el intervalo de confianza general.

Finalmente, en la parte inferior de la presentación de datos, el *forest plot* incluye la prueba de heterogeneidad (I^2), que mide la variabilidad entre estudios, indicando cómo de comparables son los estudios analizados.

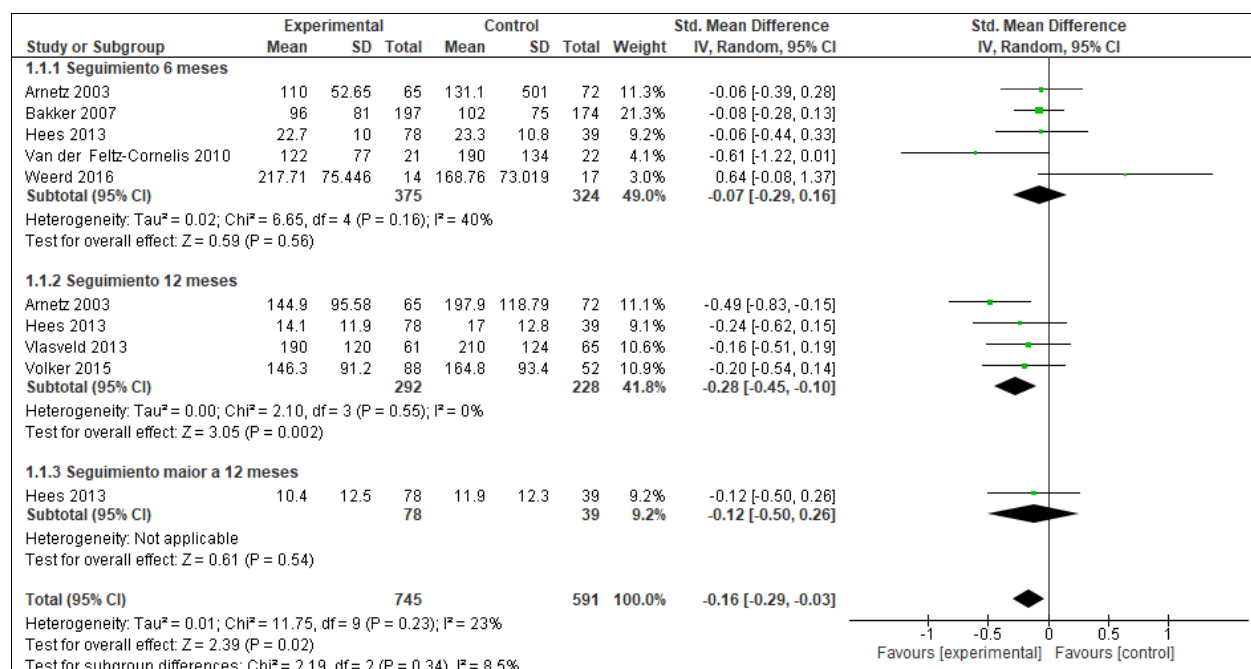


Figura 4. Forest plot of comparison: Intervención versus Control, Variable de resultado: Regreso al trabajo. Elaborado en el Programa Rev Man5.

La diferencia de media estandarizada en el seguimiento a corto plazo (6 meses) fue de 0.07 días hábiles por año más baja (IC del 95%: -0.29 a 0.16, cinco estudios, evidencia de calidad baja, heterogeneidad moderada). La diferencia de media estandarizada en el seguimiento a largo plazo (12 meses) fue de 0.28 días hábiles por año más bajo (IC del 95%: -0.45 a -0.10, cuatro estudios, evidencia de

calidad moderada, homogeneidad baja). La diferencia de media estandarizada a muy largo plazo (mayor a 12 meses) de seguimiento fue de 0.12 días hábiles por año más bajo (IC del 95%: -0.50 a 0.26, un estudio, evidencia de calidad baja). (Figura 4)

Al analizar el efecto evaluado en cada estudio a corto plazo (6 meses), a largo plazo (12 meses), y a muy largo plazo (mayor a 12 meses), se advierte que no existen diferencias estadísticamente significativas en el número de días antes del retorno al trabajo, a excepción de un estudio a largo plazo (Arnetz 2003) que si presenta diferencia estadísticamente significativa (Diferencia de media estandarizada: -0,49 (-0.83,-0.15)). La diferencia entre los grupos intervención (experimental) y control en el análisis de subgrupos (subtotales) puede considerarse estadísticamente significativa en cuanto al número de días antes del retorno al trabajo a los 12 meses (a largo plazo).

Por otra parte, la diferencia entre los grupos intervención (experimental) y control en el análisis del conjunto de todos los grupos (total) puede considerarse estadísticamente significativa en cuanto al número de días antes del retorno al trabajo. (Figura 4)

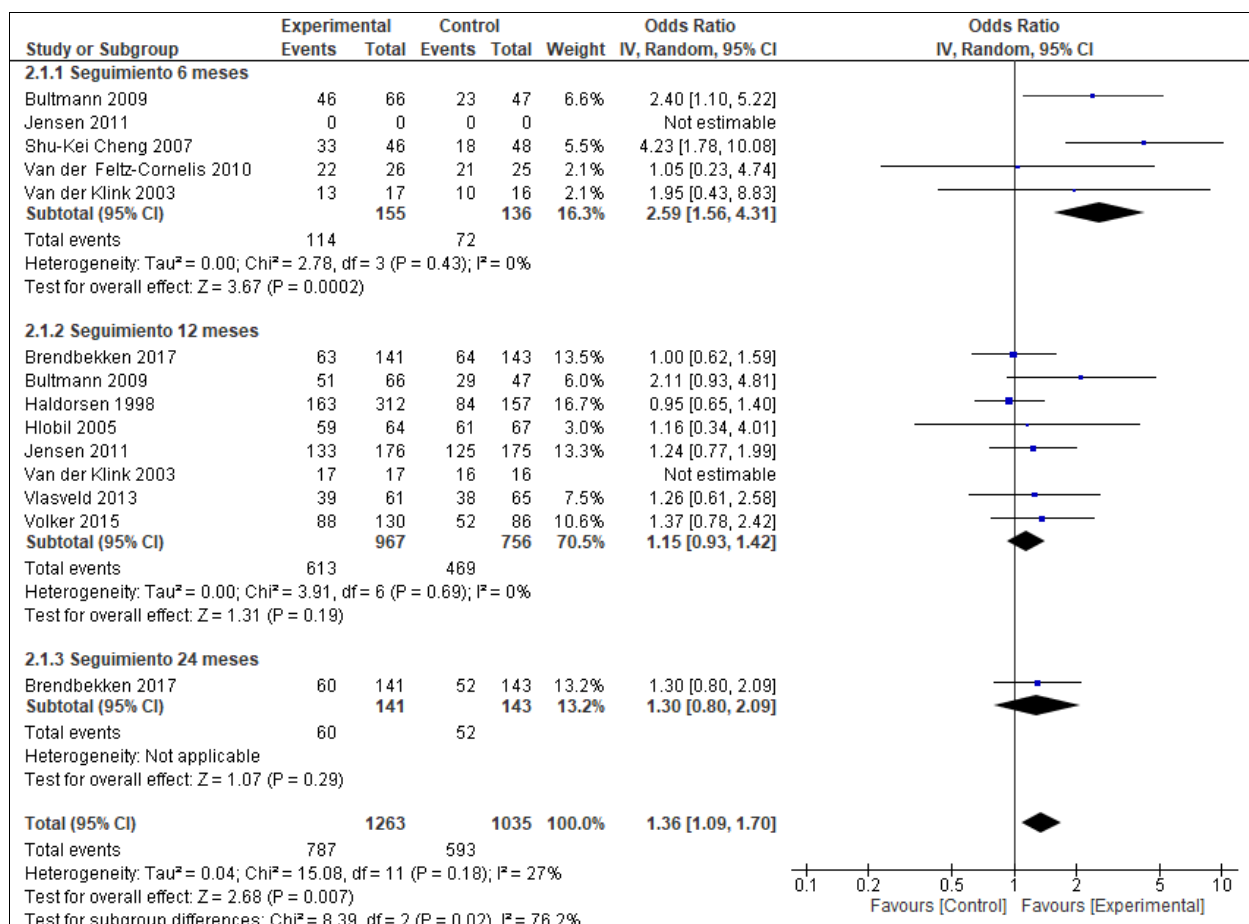


Figura 5. Forest plot of comparison: Intervención versus Control, Variable de resultado: Regreso al trabajo. Elaborado en el Programa Rev Man5.

El Odds Ratio a corto plazo (6 meses) fue de 2.59 (IC del 95%: 1.56 a 4.31, cinco estudios, evidencia de calidad moderada, homogeneidad baja). El Odds Ratio en el seguimiento a largo plazo (12 meses) fue de 1.15 (IC del 95%: 0.93 a 1.42, ocho estudios, evidencia de calidad baja, homogeneidad baja). El Odds Ratio en el seguimiento a muy largo plazo (24 meses) fue de 1.30 (IC del 95%: 0.80 a 2.09, un estudio, evidencia de calidad baja).

El efecto absoluto para la intervención versus el control fue de 215 más por 1000 individuos que alguna vez regresaron al trabajo durante cualquier período de tiempo en el seguimiento a corto plazo (6 meses) (IC del 95%: de 108 más a 300 más), 32 más por 1000 individuos en el seguimiento a largo plazo (12 meses) (IC del 95%: de 17 menos a 78 más) y 63 más por 1000 individuos en el seguimiento a muy largo plazo (24 meses) (IC del 95%: de 50 menos a 181 más). (Figura 5)

Al analizar el efecto evaluado en cada estudio a corto plazo (6 meses), a largo plazo (12 meses), y a muy largo plazo (24 meses), se advierte que no existen diferencias estadísticamente significativas en el número de sujetos que retornaron al trabajo, a excepción de dos estudio a corto plazo (Bultmann 2009; Shu-Kei Cheng 2007) que si presentan diferencias estadísticamente significativas (Odds Ratio: 2.40 (1.10, 5.22) y 4.23 (1.78, 10.08)). La diferencia entre los grupos intervención (experimental) y control en el análisis de subgrupos (subtotales) puede considerarse estadísticamente significativa en cuanto al número de sujetos que retornaron al trabajo a los 6 meses (a corto plazo).

Por otra parte, la diferencia entre los grupos intervención (experimental) y control en el análisis del conjunto de todos los grupos (total) puede considerarse estadísticamente significativa en cuanto al número de sujetos que retornaron al trabajo. (Figura 5)

3.6. Evaluación de la calidad: Sistema GRADE

La tabla de resumen GRADE de los resultados, brindan un resumen para cada uno de los desenlaces incluidos y la calificación de la calidad de la evidencia para cada desenlace en un formato rápido y accesible.

El formato estándar de las tablas incluye:

- En la primera columna, el listado de los desenlaces
- El riesgo asumido; medición de la carga típica de los desenlaces
- El riesgo correspondiente; medición de la carga de los desenlaces después de aplicada la intervención
- El efecto relativo; para desenlaces dicótomos
- El efecto absoluto; para desenlaces continuos
- El número de participantes y el número y diseño(s) de los estudios
- Calificación de la calidad global de la evidencia para cada desenlace (puede variar entre desenlaces)
- Notas de pie de página o explicación, en caso de ser necesario, acerca de la información en la tabla
- Comentarios (de ser necesarios)

En relación con la evaluación de la calidad por grupos de artículos presentada en el Cuadro 3, el análisis (número de eventos) del regreso completo al trabajo a los seis meses de seguimiento de los estudios de Bultmann 2009, Jensen 2011, Shu-Kei Cheng 2007, Van der Feltz-Cornelis 2010 y Van der Kling 2003, demostró una confianza moderada en la estimación del efecto. También se encontró una confianza moderada en cuanto al análisis (diferencia de media estandarizada) del regreso completo al trabajo a los 12 meses de seguimiento de los estudios de Arnetz 2003, Hess 2013, Vlasveld 2013 y Volker 2015. Se destaca que las intervenciones propuestas tenían procedimientos relacionados al trabajador, pero, articulados con acciones relacionadas a las dificultades en el lugar de trabajo. Las planificaciones para el regreso al trabajo eran realizadas en conjunto con el trabajador, los empleadores y con la mirada al lugar de trabajo.

Cuadro 3. Sistema Grade por desenlace.

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados * (95% IC)		Efecto relativo (95% IC)	Nº de participantes (Estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Comentarios
	Riesgo con Tratamiento habitual	Riesgo con Intervención para el regreso al trabajo				
Regreso completo al trabajo a los 6 meses de seguimiento	529 por 1000	744 por 1000 (637 a 829)	OR 2.59 (1.56 a 4.31)	291 (5 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕⊕⊕○ MODERADO ^a	Riesgos de sesgo: Más de 50% del total de los estudios fueron clasificados como serios, o sea, uno o dos dominios clave como “alto riesgo” o “poco claro” (generación de la secuencia de aleatorización, cegamiento de los participantes y personal, cegamiento del evaluador de resultados y datos de resultados). Certeza moderada: Confianza moderada en la estimación del efecto: es probable que el efecto real se acerque a la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente.
Regreso completo al trabajo a los 12 meses de seguimiento	620 por 1000	653 por 1000 (603 a 699)	OR 1.15 (0.93 a 1.42)	1723 (8 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕⊕○○ BAJA ^{a,b}	Riesgos de sesgo: Más de 50% del total de los estudios fueron clasificados como serios, o sea, uno o dos dominios clave como “alto riesgo” o “poco claro” (generación de la secuencia de aleatorización, cegamiento de los participantes y personal, cegamiento del evaluador de resultados y datos de resultados). El intervalo de confianza no excluye el no efecto. Certeza baja: Confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto verdadero puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

<p>Regreso completo al trabajo a los 24 meses de seguimiento</p>	<p>364 por 1000</p>	<p>426 por 1000 (314 a 544)</p>	<p>OR 1.30 (0.80 a 2.09)</p>	<p>284 (1 ECA (experimento controlado aleatorizado))</p>	<p>⊕⊕○○ BAJA ^{a,b}</p>	<p>Riesgos de sesgo: Más de 50% del total de los estudios fueron clasificados como serios, o sea, uno o dos dominios clave como “alto riesgo” o “poco claro” (generación de la secuencia de aleatorización, cegamiento de los participantes y personal, cegamiento del evaluador de resultados y datos de resultados).</p> <p>El intervalo de confianza no excluye el no efecto.</p> <p>Certeza baja: Confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto verdadero puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.</p>
<p>Regreso completo al trabajo a los 6 meses de seguimiento</p>	<p>-</p>	<p>SMD 0.07 SD menos (0.29 menos a 0.16 más)</p>	<p>-</p>	<p>699 (5 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])</p>	<p>⊕⊕○○ BAJA ^{a,b}</p>	<p>Riesgos de sesgo: Más de 50% del total de los estudios fueron clasificados como serios, o sea, uno o dos dominios clave como “alto riesgo” o “poco claro” (generación de la secuencia de aleatorización, cegamiento de los participantes y personal, cegamiento del evaluador de resultados y datos de resultados).</p> <p>El intervalo de confianza no excluye el no efecto.</p> <p>Certeza baja: Confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto verdadero puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.</p>
<p>Regreso completo al trabajo a los 12 meses</p>	<p>-</p>		<p>-</p>	<p>520 (4 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])</p>	<p>⊕⊕⊕○ MODERADO ^a</p>	<p>Riesgos de sesgo: Más de 50% del total de los estudios fueron clasificados como serios, o sea, uno o dos dominios clave como “alto riesgo” o “poco claro” (generación de la secuencia de aleatorización, cegamiento de los participantes y personal, cegamiento del evaluador de resultados y datos de resultados).</p>

		SMD 0.28 SD menos (0.45 menos a 0.1 menos)				Certeza moderada: Confianza moderada en la estimación del efecto: es probable que el efecto real se acerque a la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente.
Regreso completo al trabajo con seguimiento mayor a 12 meses	-	SMD 0.12 SD menos (0.5 menos a 0.26 más)	-	117 (1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕⊕○○ BAJA ^{b,c}	Riesgos de sesgo: Más de 50% del total de los estudios fueron clasificados como serios, o sea, uno o dos dominios clave como “alto riesgo” o “poco claro” (generación de la secuencia de aleatorización, cegamiento de los participantes y personal, cegamiento del evaluador de resultados y datos de resultados). El intervalo de confianza no excluye el no efecto. Certeza baja: Confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto verdadero puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

***El riesgo en el grupo de intervención** (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).

CI: Intervalo de confianza; **OR:** Razón de momios; **SMD:** Diferencia media estandarizada

GRADO de evidencia del Grupo de Trabajo

Alta certeza: Seguridad de que el verdadero efecto se acerca al de la estimación del efecto.

Certeza moderada: Confianza moderada en la estimación del efecto: es probable que el efecto real se acerque a la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente.

Certeza baja: Confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto verdadero puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Certeza muy baja: Poca confianza en la estimación del efecto: es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Explicaciones

a. El intervalo de confianza no excluye el no efecto.

- b. Riesgo de sesgo: El estudio presentó uno o dos dominios clave como “alto riesgo” o “poco claro” (generación de la secuencia de aleatorización, cegamiento de los participantes y personal, cegamiento del evaluador de resultados y datos de resultados).
- c. Riesgo de sesgo: El estudio presentó tres o cuatro de los dominios clave como “alto riesgo” o “poco claro” (generación de la secuencia de aleatorización, cegamiento de los participantes y personal, cegamiento del evaluador de resultados y datos de resultados).

3.7. Evaluación de los estudios no incluidos en el metaanálisis (medidas utilizadas para medir el efecto no eran homogéneas, las medidas utilizadas para medir el efecto fueron la media estandarizada y odds ratio)

Schene 2007, evaluó una intervención para enfermedades de salud mental (Depresión Mayor) que integraba sesiones grupales e individuales que discutían temas como ser pasivo, estrés en el lugar de trabajo, límites y límites personales, ser poderoso e impotente, perfeccionismo, conflictos y prevención. Además, en las sesiones individuales se discutía temas sobre la relación entre el trabajo y la depresión, exploración de problemas laborales y apoyo y evaluación de la reanudación del trabajo de cada trabajador. En cuanto a la evaluación de los riesgos de sesgos, su clasificación, de acuerdo con lo establecido por los autores fue muy serio. El estudio no cegó al personal, participantes y evaluadores de resultados, además presentó una pérdida de más de 10% de la muestra. La intervención no presentó efectos significativos con el regreso al trabajo.

Beck 2015, en su estudio, evaluó el efecto de una intervención basada en Imágenes Guiadas y Música (GIM) para el estrés laboral que utilizó la música clásica para la estimulación de imágenes internas espontáneas con el objetivo de lograr una visión y transformación personal. Las sesiones incluían discusión verbal, ejercicio de relajación guiado y la escucha de música en un estado alterado de conciencia y luego un relato verbal de la experiencia. Se trabajó con las experiencias laborales negativas que eran reinventadas durante la escucha de música para el logro de un final exitoso. La intervención de esta forma trabajo con sentimientos de dominio y fortaleza, la autoestima y la competencia para prevenir situaciones de estrés, así como el desarrollo de nuevas estrategias de afrontamiento y facilitar el regreso al trabajo. La clasificación en cuanto a los riesgos de sesgo fue seria pues no cegó a los participantes, personal y evaluadores de resultados. La intervención no presentó diferencia significativa con el regreso al trabajo. Además, el estudio tuvo problemas de reclutamiento, lo que resultó en un tamaño de muestra mucho menor que el estipulado originalmente. La generalización del estudio está limitada por la alta prevalencia de mujeres en la muestra y la ausencia de trabajadores no calificados. Los participantes en el grupo GIM tenían experiencia previa con la escucha de música y la reducción del estrés en comparación con los controles donde nadie había usado música antes.

Lambeek 2010, propuso una intervención para el dolor lumbar crónico basada en la ergonomía participativa y un programa de actividades graduadas. De acuerdo con los riesgos de sesgos, el estudio fue clasificado como serio pues no cegó al personal y participantes. Además, la licencia por enfermedad fue

auto informada por los participantes que podría llevar a un sesgo de información y, el diseño del estudio no fue adecuado para evaluar la efectividad de los componentes individuales de la intervención de atención integrada. La mediana hasta el regreso completo al trabajo fue de 88 días en el grupo intervenido en comparación con 208 días en el grupo control ($P=0,003$). La intervención fue efectiva en el regreso al trabajo (Razón de Riesgo 1,9, Intervalo de Confianza 1,2 a 2,8, $P=0,004$).

Léon 2009, evaluó el efecto de una intervención cognitiva-conductual para los trastornos musculoesqueléticos (dolor musculoesquelético) que se basó en las características de la discapacidad, condiciones psicológicas y sociodemográficas de los trabajadores. En cuanto a los riesgos de sesgos, fue clasificado como serio pues, no cegó a los participantes, personal y evaluadores de resultados. La tasa relativa de regreso al trabajo no presentó significancia estadística entre los grupos (HR 1,28, 95% IC 0,96-1,71).

Vermeulen 2011, evaluó el efecto de una intervención para trastornos musculoesqueléticos caracterizada como un programa Participativo de regreso al Trabajo. Se realizaron reuniones entre el trabajador y un coordinador del regreso laboral para identificar y priorizar los obstáculos para el regreso al trabajo. Posterior a esta etapa, el trabajador, el coordinador del regreso al trabajo y un experto laboral de la Agencia de Seguridad Social, buscaron las soluciones para abordar los obstáculos priorizados. El estudio fue clasificado como serio en cuanto a los riesgos de sesgos pues no estaban cegados los participantes, personal y el evaluador de resultados. La mediana de la duración hasta el primer regreso completo al trabajo sostenible fue de 161 días para el grupo intervención en comparación con 299 días en el grupo control. La intervención presentó una significancia estadística en la tasa de regreso al trabajo después de 90 días (Razón de Riesgo de 2,24, 95% Intervalo de Confianza de 1,28-3,94, $P=0,005$).

3.8. Evaluación de la variable secundaria dolor

La variable dolor fue medida en ocho estudios del total de 19 (Vermeulen 2011, Lambeek 2010, Shu-Key Chang 2007, Haldorsen 1998, Jensen 2011, Bultmann 2009, Brendbekken 2017, Hlobil 2005).

Vermeulen 2011, midió la intensidad del dolor musculoesquelético con la escala Von Korff (Korff, M., et al., 1992) a los 3, 6 y 12 meses post intervención y no encontró diferencia significativa entre los grupos intervención y control con P valores de 0,92 para dolor de espalda, 0,52 para el dolor de cuello y 0,89 para otros dolores.

Lambeek 2010, utilizó una escala analógica visual (Carlsson, A.M., 1993) para la medida de la variable dolor a los a los 3, 6 y 12 meses post intervención y no encontró diferencia significativa entre los grupos intervención y control con P valor de 0,08, 0,37 y 0,67 respectivamente.

Shu-Kei Cheng 2007, midió el dolor de hombro y discapacidad con el Índice de Dolor y discapacidad del Hombro (SPADI) (Roach, K.E., 1991) autoadministrado que consta de 13 ítems (cinco para el dolor y ocho para la discapacidad). Hubo diferencia significativa ($P=0,034$) entre los grupos. El grupo intervenido presentó medias de puntuaciones relativamente más bajas (31,54 SD 13,37) en comparación con el grupo control (40,50 SD 16,30).

Haldorsen 1998, utilizó la Escala Analógica Visual (VAS) (Carlsson, A.M., 1993) para medir la variable dolor y no hubo relación estadísticamente significativa entre los grupos.

Jensen 2011, midió la variable dolor a los 12 meses post intervención con la escala *Low Back Pain Rating Scale* (Manniche, C. et al.,1994) y, no encontró diferencia estadística ($P=0,97$) entre los grupos intervención y control.

Bultmann 2009, utilizó la escala *Orebro Musculoskeletal Pain Questionnaire* (Linton, S.J. et al.,2003) para medir la intensidad del dolor a los 3 y 12 meses de seguimiento. Durante el seguimiento a los 3 y 12 meses, los puntajes de intensidad del dolor disminuyeron significativamente en ambos grupos.

Brenbekken 2017, utilizó la Escala Analógica Visual (VAS) (Carlsson, A.M., 1993) para medir la variable intensidad del dolor y no hubo relación estadísticamente significativa ($P= 0,67$) entre los grupos.

4. Conclusiones

El capítulo de las conclusiones del presente estudio se presenta a la luz de los objetivos propuestos.

1. **Describir los efectos de intervenciones en la reinserción laboral de trabajadores en licencia médica por enfermedades musculoesqueléticas y de salud mental.**

Intervenciones para las enfermedades musculoesqueléticas

Intervención Ergonómica en el lugar de trabajo (Arnezt 2003)

A los seis meses de seguimiento, la intervención no presentó efecto en el regreso al trabajo (DEM -0.06 [-0.39,0.28]), pero sí, a los 12 meses de seguimiento (DEM -0.49[-0.83,-0.15]). La intervención consideró acciones con el trabajador relacionadas con la capacitación y tareas adaptadas a la capacidad del trabajador, además, evaluó el lugar de trabajo en cuanto a los factores ergonómicos y estresantes con propuestas de mejora en conjunto con el empleador.

Intervención multidisciplinaria (Brendbekken 2017)

La intervención no presentó efecto a los 12 (Odds Ratio 1.00[0.62,1.59]) y 24 meses (Odds Ratio 1.30[0.80,2.90]) de seguimiento. Solo contemplo acciones con los trabajadores en su intervención multidisciplinaria que incluyó evaluación del trabajo, situación familiar, estilo de vida y estrategias de afrontamiento.

Rehabilitación Laboral Coordinada y Personalizada (Bultmann 2009)

La intervención presento efecto a los seis meses de seguimiento (Odds Ratio 2.40[1.10,5.22]), sin embargo, no presento efecto a los 12 meses de seguimiento (Odds Ratio 2.11[0.93,4.81]). La intervención articuló la identificación de la discapacidad laboral y las barreras para el regreso al trabajo con planes de rehabilitación laboral coordinado, adaptado y orientado al trabajador. Además, la planificación para el regreso al trabajo fue realizada en conjunto con el empleador.

Tratamiento Cognitivo Conductual Multimodal (Haldorsen 1998)

La intervención no presentó efecto a los 12 meses de seguimiento (Odds Ratio 0.95[0.65,1.40]). El Tratamiento Cognitivo Conductual Multimodal tuvo una duración de 4 semanas, con sesiones de 6 horas, 5 días a la semana. El programa incluyó tratamiento físico, modificación cognitivo-conductual, educación e intervenciones en el lugar de trabajo.

Intervención de Actividad Gradual (Hlobil 2005)

A los 12 meses de seguimiento, la intervención no presentó efecto (Odds Ratio 1.16[0.34,4.01]). En su propuesta de intervención contempló acciones con los trabajadores con sesiones de ejercicios.

Intervención Multidisciplinaria (Jensen 2011)

La intervención no presentó efecto (Odds Ratio 1.24, [0.77,1.99]). La intervención contempló acciones con los trabajadores y los empleadores.

Entrenamiento de fortalecimiento laboral basado en el lugar de trabajo (Shu-Kei Cheng 2007)

La intervención presentó efecto a los seis meses de seguimiento (Odds Ratio 4.23[1.78,10.08]) El Entrenamiento de fortalecimiento laboral basado en el lugar de trabajo fue aplicado por un entrenador laboral que, a su vez, en conjunto con el supervisor del trabajador, organizó tareas de trabajo adecuadas para el trabajador lesionado.

Intervenciones para las enfermedades de salud mental

Intervención mínima para los trastornos mentales relacionados con el estrés con baja por enfermedad (Bakker 2007)

La intervención no presentó efecto (DEM -0.08[-0.28,0.13]). La intervención contempló solo acciones con los trabajadores que recibieron consejerías de médicos de la Atención Primaria capacitados por el equipo de investigadores.

Terapia ocupacional (Hees 2013)

La intervención no presentó efecto a los seis (DEM -0.06[-0.44, 0.33]) y 12 (-0.24[-0.62,0.15]) meses de seguimiento. La intervención contempló sesiones de terapia grupales e individuales con los trabajadores y discutió con el empleador las dificultades identificadas con el trabajo.

Consulta psiquiátrica para trabajadores con licencia por trastornos mentales comunes en el entorno de salud ocupacional (Van der Feltz-Cornelis 2010)

La intervención no presentó efecto a los seis meses de seguimiento (Odds Ratio 1.05 [0.23,4.74]). La intervención contempló consultas psiquiátricas con los trabajadores.

Intervención Activadora Innovadora (Van der Klink 2003)

La intervención no presentó efecto (Odds Ratio 1.95 [0.43,8.83]) a los seis meses de seguimiento. La intervención aplicó sesiones cognitivas conductuales con los trabajadores y explicó la intervención al empleador.

Intervención de atención colaborativa con enfoque al regreso al trabajo (Vlasveld 2013)

La intervención no presentó efecto (Odds Ratio 1.26 [0.61,2.58]) a los 12 meses de seguimiento. La intervención contempló sesiones individuales con los trabajadores, evaluación del lugar de trabajo con ajustes y una reunión entre empleador y trabajador para identificar barreras para el regreso al trabajo y un plan de soluciones.

Intervención combinada basada en la web (Volker 2015)

La intervención no presentó efecto (Odds Ratio 1.37 [0.78, 2.42]) a los 12 meses de seguimiento. La intervención utilizó un modelo psicoeducativo para la resolución de problemas con los trabajadores.

Terapia cognitivo-conductual más reunión con directivos (Weerd 2016)

La intervención no presentó efecto (DEM 0.64 [-0.08, 1.37]) a los seis meses de seguimiento. La intervención realizó sesiones centradas en el trabajo con los trabajadores, además, de una intervención de diálogo con el trabajador, empleador, supervisor y terapeuta para identificar y solucionar obstáculos para el regreso al trabajo.

2. Identificar la certeza de la evidencia de las intervenciones en la reinserción laboral de trabajadores en licencia médica por enfermedades musculoesqueléticas y de salud mental.

El análisis (número de eventos) del regreso completo al trabajo a los seis meses de seguimiento demostró una confianza moderada en la estimación del efecto en las siguientes intervenciones:

- Rehabilitación Laboral Coordinada y Personalizada (Bultmann 2009)
- Intervención Multidisciplinaria (Jensen 2011)
- Entrenamiento de fortalecimiento laboral basado en el lugar de trabajo (Shu-Kei Cheng 2007)
- Consulta psiquiátrica para trabajadores con licencia por trastornos mentales comunes en el entorno de salud ocupacional (Van der Feltz-Cornelis 2010)
- Intervención Activadora Innovadora (Van der Klink 2003)

También se encontró una confianza moderada en cuanto al análisis (diferencia de media estandarizada) del regreso completo al trabajo a los 12 meses de seguimiento de las siguientes intervenciones:

- Intervención Ergonómica en el lugar de trabajo (Arnezt 2003)
- Terapia ocupacional (Hees 2013)
- Intervención de atención colaborativa con enfoque al regreso al trabajo (Vlasveld 2013)
- Intervención combinada basada en la web (Volker 2015)

De las intervenciones, con excepción de la Consulta psiquiátrica para trabajadores con licencia por trastornos mentales comunes en el entorno de salud ocupacional e Intervención combinada basada en la web, ambas para la enfermedad de salud mental, todas realizaron actividades de rehabilitación con los trabajadores articulando un plan de regreso al trabajo con los empleadores. Cabe destacar que las intervenciones Intervención Ergonómica en el lugar de trabajo y la Intervención de atención colaborativa con enfoque al regreso al trabajo, consideraron acciones con los trabajadores, en el lugar de trabajo y con los empleadores.

3. Plantear sugerencias respecto a la reinserción laboral de trabajadores post alta por enfermedades musculoesqueléticas y de salud mental, según la calidad de la evidencia.

Las intervenciones para los trabajadores en licencia médica por enfermedades musculoesqueléticas y de salud mental deben centrarse en:

- Tratamiento realizado por un equipo multidisciplinario. Para las enfermedades musculoesqueléticas el equipo debe estar conformado al menos por médico ocupacional, kinesiólogo y trabajador social. Para las enfermedades de salud mental al menos el médico ocupacional, psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional y trabajador social.
- Tratamiento enfocado en la enfermedad del trabajador. Para las enfermedades musculoesqueléticas se sugiere la identificación de la discapacidad, sesiones de kinesioterapia, actividad física y tratamiento para el dolor. Para las enfermedades de salud mental se sugiere sesiones con intervenciones cognitivas, sesiones grupales e individuales de terapia dirigidas a la resolución de problemas y afrontamiento.

- Planificación con el trabajador para el regreso al trabajo. Identificación de las barreras para el regreso al trabajo y la construcción de un plan de rehabilitación laboral coordinado, adaptado y orientado al trabajador.
- Intervenciones en el lugar de trabajo. Evaluación ergonómica y de los factores estresantes físicos y psicológicos del lugar de trabajo.
- Planificación con el empleador para las mejoras en el lugar de trabajo. Reuniones cara a cara entre el empleador y trabajador guiadas por el equipo, con la finalidad de identificar las dificultades en el lugar de trabajo y para el regreso al trabajo. Construir un plan de mejoras en el lugar de trabajo.

Referencias

- Ahlstrom, L., Hagberg, M., Dellve, L. (2012). Workplace Rehabilitation and Supportive Conditions at Work: A Prospective Study. *Journal of occupational rehabilitation*. 23(2): 248–260.
- Arias Almonacid, D., Rodríguez Gómez, A., Zapata Diaz, J., Vásquez Trespalacios, E.M. (2018). Incapacidad laboral por desórdenes musculo esqueléticos en población trabajadora del área de cultivo en una empresa floricultora en Colombia. *Rev Asoc Esp Med Trab*. 27(3): 125-188.
- Carlsson, A.M. (1993). Assessment of chronic pain. I: aspects of the reliability and validity of the visual analogue scale. *Pain*. 16:87-101.
- Demou, E., Smith, S., Bhaskar, A., Mackay, D.F., Brown, J., Hunt, K., et al. (2018). Evaluating sickness absence duration by musculoskeletal and mental health issues: a retrospective cohort study of Scottish healthcare workers. *BMJ Open*. 8: e018085. doi:10.1136/bmjopen-2017-018085
- Fernandes, C.S., Couto, G., Carvalho, R., Fernandes, D., Ferreira, P. (2018). Self-reported work-related musculoskeletal disorders among health professionals at a hospital in Portugal. *Rev bras med trab*. 16(3): 353-359.
- Gobierno de Chile. Cuenta Pública. (2018). Instituto de Seguridad Laboral Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Acceso: 08 de junio de 2019. Disponible en: <https://www.isl.gob.cl/wp-content/uploads/2019/04/Cuenta-Pu%CC%81blica-Gestio%CC%81n-2018.pdf>
- Hoffmeister, L., Vidal, C., Vallebuona, C., Ferrer, N., Vásquez, P., Núñez, G. (2014). Factors associated with accidents, illness and absenteeism: analysis of a cohort of formal workers in Chile. *Ciencia & Trabajo*. 16(49): 21-27.
- Korff, M., Ormel, J., Keefe, F.J., Dworkin, S.F. (1992). Grading the severity of chronic pain. *Pain*. 50(2):133–149. doi: 10.1016/0304-3959(92)90154-4.
- Lacaz, F.A. de C. (2007). O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cad Saúde Pública*. 23(4):757-66. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400003>
- Linton, S.J., Boersma, K. (2003). Early identification of patients at risk of developing a persistent back problem: the predictive validity of the Orebro musculoskeletal pain questionnaire. *Clin J Pain*. 19(2):80–6. doi:10.1097/00002508-200303000-00002.
- Manniche, C., Asmussen, K., Lauritsen, B., et al. (1994). Low back pain rating scale: validation of a tool for assessment of low back pain. *Pain*. 57: 317 – 26.

- McDermott, H., Haslam, C., Clemes, S., Williams, C., Haslam, R. (2012). Investigation of manual handling training practices in organisations and beliefs regarding effectiveness. *Int J Ind Ergon.* 42(2):206-11. <https://doi.org/10.1016/j.ergon.2012.01.003>
- Ministerio de Salud. (2017). Enfermedades mentales de origen laboral representan cerca de 50.000 días perdidos al año en Chile. Noviembre 2017. Acceso: 05 de junio de 2019. Disponible en: [minalhttps://www.minsal.cl/enfermedades-mentales-de-origen-laboral-representan-cerca-de-50-000-dias-perdidos-al-ano-en-chile/](https://www.minsal.cl/enfermedades-mentales-de-origen-laboral-representan-cerca-de-50-000-dias-perdidos-al-ano-en-chile/)
- Ministerio del Trabajo y Previsión Social; Subsecretaria de Previsión Social. (2019). Establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Acceso: 01 de junio de 2019. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=28650>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Programas y proyectos [Internet]. Ginebra: OMS. Acceso: 9 de junio de 2019. Disponible en: <http://www.who.int/es/>
- Organización Mundial de la Salud. Salud mental en el lugar de trabajo. (2017). Hoja informativa. Octubre de 2017. Acceso: 05 de junio de 2019. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/es/
- Organización Panamericana de Salud. (2013). OPS/OMS estima que hay 770 nuevos casos diarios de personas con enfermedades profesionales en las Américas. Acceso: 01 de junio de 2019. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8606:2013-paho-who-estimates-770-new-cases-daily-people-occupational-diseases-americas&Itemid=135&lang=es
- Pardo, J.M.V. (2016). Reflection on problems return to work after long medical disabilities. *Med Segur Trab* [Internet] 62 (242) 49-65. Acceso: 05 de junio de 2019. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v62n242/inspeccion.pdf>
- Peiró, J.M., Rodríguez-Molina, I., González-Morales, M.G. (2008). El absentismo laboral: antecedentes, consecuencias y estrategias de mejora. Valencia: Universitat de Valencia.
- Roach, K.E., Mak, E.B., Songsiridej, N., Lertratanakul, Y. (1991). Development of a shoulder pain and disability index. *Arthritis Care and Research*, 4(4), 143–149.
- Roelen, C.A.M., Koopmans, P.C., Anema, J.R., Van der Beek, A.J. (2010). Recurrence of Medically Certified Sickness Absence According to Diagnosis: A Sickness Absence Register Study. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 20(1): 113-121. <https://doi.org/10.1007/s10926-009-9226->

- Santi, D.B., Barbieri, A.R., Cheade, M. de F.M. (2018). Absenteísmo-doença no serviço público brasileiro: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Med Trab.* 16(1):71-81. <http://doi.org/10.5327/Z1679443520180084>
- Superintendencia de Seguridad Social. (2018). Informe anual 2018 Estadísticas de Seguridad y Salud en el Trabajo. Acceso: 01 de junio de 2019. Disponible en: <http://www.suseso.cl/607/w3-article-578301.html>
- Tjulin, A., Maceachen, E., Ekberg, K. (2008). Exploring the meaning of early contact in return-to-work from workplace actors' perspective. *Disability & Rehabilitation.* 33(2): 137-145.
- Trespalacios, E.M.V. (2013). Sicknes absence in workers from an operating area of a mining company in Colombia. *Med Secur Trab* (Internet) 59 (230) 93-101. Acceso: 06 de junio de 2019. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v59n230/original5.pdf>
- Vogel, N., Schandelmaier, S., Zumbrunn, T., Ebrahim, S., de Boer, W.E.L., Busse, J.W., Kunz, R. (2017). Return-to-work coordination programmes for improving return to work in workers on sick leave. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* Issue 3. Art. No.: CD011618. DOI: 10.1002/14651858.CD011618.pub2.

Referencias de los estudios incluidos

1. Arnetz, Bengt B.; Sjögren, Berit; Rydén, Berit; Meisel, Roland B.A. (2003). Early Workplace Intervention for Employees With Musculoskeletal-Related Absenteeism: A Prospective Controlled Intervention Study. *JOEM.* 45(5): 499-506. DOI: 10.1097/01.jom.0000063628.37065.45
2. Bakker, I.M., Terluin, B., van Marwijk, H.W.J., van der Windt, D.A.W.M., Rijmen, F., van Mechelen, W., et al. (2007). A Cluster-Randomised Trial Evaluating an Intervention for Patients with Stress-Related Mental Disorders and Sick Leave in Primary Care. *PLOS Clin Trial* 2(6): e26. <https://doi.org/10.1371/journal.pctr.0020026>
3. Beck, B.D., Hansen, A.M., Gold, H. (2015). Coping with Work-Related Stress through Guided Imagery and Music (GIM): Randomized Controlled Trial. *Journal of Music Therapy.* 52(3), 2015, 323–352 doi:10.1093/jmt/thv011
4. Brendbekken, R., Hege, R.E., Grasdal, A., Harris, A., Hagen, E.M., Tangen, T. (2017). Return to Work in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain: Multidisciplinary Intervention Versus Brief Intervention: A Randomized Clinical Trial. *J Occup Rehabil.* 27:82–91. DOI 10.1007/s10926-016-9634-5

5. Bultmann, U., Sherson, D., Olsen, J., Hansen, C.L., Lund, T., Kilsgaard, J. (2009). Coordinated and Tailored Work Rehabilitation: A Randomized Controlled Trial with Economic Evaluation Undertaken with Workers on Sick Leave Due to Musculoskeletal Disorders. *J Occup Rehabil.* 19:81–93 DOI 10.1007/s10926-009-9162-7
6. Haldorsen, E.M.H., Kronholm, K., Skouen, J.S., Ursin, H. (1998). Multimodal Cognitive Behavioral Treatment of Patients Sicklisted for Musculoskeletal Pain. A randomized controlled study. *Scand J Rheumatol.* 27:16–25.
7. Hees, H.L., Vries, G., Koeter, M.W.J., Schene, A.H. (2013). 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.* 70:252–260. doi:10.1136/oemed-2012-100789
8. Hlobil, H., Staal, J.B., Twisk, J. et al. (2005). The Effects of a Graded Activity Intervention for Low Back Pain in Occupational Health on Sick Leave, Functional Status and Pain: 12-Month Results of a Randomized Controlled Trial. *J Occup Rehabil.* 15, 569–580. <https://doi.org/10.1007/s10926-005-8035-y>
9. Jensen, C., Jensen, O.K., Christiansen, D.H., Nielsen, C.V. (2011). One-Year Follow-Up in Employees Sick-Listed Because of Low Back Pain Randomized Clinical Trial Comparing Multidisciplinary and Brief Intervention. *SPINE.* 36 (15): 1180–1189. DOI: 10.1097/BRS.0b013e3181eba711
10. Lambeek, L.C., van Mechelen, W., Knol, D.L., Loisel, P., Anema, J.R. (2010). Randomised controlled trial of integrated care to reduce disability from chronic low back pain in working and private life. *BMJ.* 340:c1035. DOI:10.1136/bmj.c1035
11. Leon, L., Jover, J., Candelas, G., Lajas, C., Vadillo, C., Blanco, M., et al. (2009). Effectiveness of an Early Cognitive–Behavioral Treatment in Patients with Work Disability Due to Musculoskeletal Disorders. *Arthritis Care Res.* 61(7): 996–1003 DOI 10.1002/art.24609
12. Schene, A.H., Koete,r M.W., Kikkert, M.J., Swinkels, J.A., McCrone, P. (2007). Adjuvant occupational therapy for work-related major depression works randomized trial including economic evaluation. *Psychological Medicine.* 37, 351–362. doi:10.1017/S0033291706009366.
13. Cheng, A.S., Hung, L. (2007). Randomized Controlled Trial of Workplace-based Rehabilitation for Work-related Rotator Cuff Disorder. *J Occup Rehabil.* 17:487–503. DOI 10.1007/s10926-007-9085-0
14. van der Feltz-Cornelis, C.M., Hoedeman, R., J de Jong, F., Meeuwissen, J.A.C., Drewes, H.W., van der Laan, N.C., Adèr, H.J. (2010). Faster return to work after psychiatric consultation for sicklisted

- employees with common mental disorders compared to care as usual. A randomized clinical trial. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 6 375–385.
15. van der Klink, J.J.L., Blonk, R.W.B., Schene, A.H., van Dijk, F.J.H. (2003). Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders.: a cluster randomised controlled design. *Occup Environ Med*. 60:429–437.
 16. Vermeulen, S.J., Anema, J.R., Schellart, A.J.M., Knol, D.L., van Mechelen, W., van der Beek, A.J. (2011). A Participatory Return-to-Work Intervention for Temporary Agency Workers and Unemployed Workers Sick-Listed Due to Musculoskeletal Disorders: Results of a Randomized Controlled Trial. *J Occup Rehabil*. 21:313–324. DOI 10.1007/s10926-011-9291-7
 17. Vlasveld, M.C., van der Feltz-Cornelis, C.M., Adèr, H.J., Anema, J.R., Hoedeman, R., van Mechelen, W., Beekman, A.T.F. (2013). 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*. 70:223–230. doi:10.1136/oemed-2012-100793
 18. Volker, D., Zijlstra-Vlasveld, M. C., Anema, J. R., Beekman, A. T., Brouwers, E. P., Emons, W. H., van Lomwel, A. G., & van der Feltz-Cornelis, C. M. (2015). Effectiveness of a blended web-based intervention on return to work for sick-listed employees with common mental disorders: results of a cluster randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, 17(5), e116. <https://doi.org/10.2196/jmir.4097>
 19. de Weerd, B. J., van Dijk, M. K., van der Linden, J. N., Roelen, C. A., & Verbraak, M. J. (2016). The effectiveness of a convergence dialogue meeting with the employer in promoting return to work as part of the cognitive-behavioural treatment of common mental disorders: A randomized controlled trial. *Work (Reading, Mass.)*, 54(3), 647–655. <https://doi.org/10.3233/WOR-162307>

Anexo A

Lista de verificación de los ítems a considerar para la obtención o la extracción de los datos

Fuente
ID del estudio (creado por el revisor):
Cita y detalles de contacto:

Métodos
Diseño del estudio;
Duración total del estudio:
Generación de la secuencia:
Ocultación de la secuencia de asignación:
Cegamiento:
Otras inquietudes acerca del sesgo:

Participantes
Número total:
Ámbito:
Criterios:
Diagnósticos:
Edad:
Sexo:
País:
Comorbilidad:
Características sociodemográficas:

Grupo étnico:
Fecha del estudio:

Desenlaces
Desenlace y tiempo (i) obtenido: (ii) informado:
<i>Para cada resultado de interés:</i>
Unidad de medición (si es relevante):
Para las escalas: límite superior e inferior, y si es buena la puntuación alta o la baja:

Resultados Licencia por enfermedad
Número de participantes asignados a cada grupo:
<i>Para cada desenlace de interés:</i>
Tamaño de la muestra:
Participantes perdidos al estudio:
Estimación del efecto con el intervalo de confianza; valor de p:
Análisis de subgrupos:

Misceláneas
Fuente de financiación:
Conclusiones clave de los autores del estudio; Comentarios varios de los autores del estudio; Referencias a otros estudios relevantes; Correspondencia requerida:
Comentarios varios de los autores de la revisión:

Anexo B

Evaluación de los riesgos de sesgos.

Arnetz 2003

Risk of bias table		Authors' judgement	Support for judgement
Bias			
Random sequence generation (selection bias)		High risk	Participantes seleccionados al azar. Se omite la generación de secuencia.
Allocation concealment (selection bias)		Low risk	Asignación oculta al investigador principal. No fue posible ocultar asignaciones grupales a los participantes y los gerentes de la sucursal de seguros o la ergonomista que formaba parte del equipo.
Blinding of participants and personnel (performance bias)		High risk	Sin cegamiento
Blinding of outcome assessment (detection bias)		Low risk	Cegamiento para el científico responsable del análisis de los datos.
Incomplete outcome data (attrition bias)		High risk	15% no finalizaron la intervención.
Selective reporting (reporting bias)		Low risk	Todos los resultados informados.
Other bias		Low risk	No hay indicios de otras fuentes de sesgo.

Bakker 2007

Risk of bias table		Authors' judgement	Support for judgement
Bias			
Random sequence generation (selection bias)		Low risk	Los médicos de atención primaria se asignaron al azar en cuatro momentos de reclutamiento diferentes, con tamaños de bloque de n = 10, n = 7, n = 14 y n = 15. Se siguió un procedimiento

Allocation concealment (selection bias)	Low risk	estándar para ocultar la asignación: los nombres de los médicos fueron colocados en una lista en orden aleatorio. Independientemente, se generó una lista de códigos ordenados al azar (1 = Grupo intervención, 2 = Cuidado habitual). Estas listas se reunieron y el primer médico de la lista se asignó al grupo indicado por el primer código, y así sucesivamente.
Blinding of participants and personnel (performance bias)	Low risk	Cegado para los terapeutas.
Blinding of outcome assessment (detection bias)	Low risk	Cegado para los pacientes y los entrevistadores externos.
Incomplete outcome data (attrition bias)	High risk	Cegado el equipo de investigación interno.
Selective reporting (reporting bias)	Low risk	Pérdida de 13% a los 12 meses de seguimiento del regreso al trabajo.
Other bias	Low risk	Todos los resultados publicados.
		No se observa otros sesgos.

Beck 2015

Risk of bias table

Bias	Authors' judgement	Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Low risk	Aleatorización generada por computadora. Se creó la lista utilizando una aleatorización simple con una relación 1:1.
Allocation concealment (selection bias)	Low risk	La lista de aleatorización se mantuvo oculta en la oficina de un asistente en una ubicación separada, y cada vez que un nuevo participante firmó consentimiento informado, la asignación grupal se solicitó por teléfono o correo electrónico. Este procedimiento aseguró que ni el

		investigador ni los participantes fueron influenciados por cualquier conocimiento de afiliación grupal en el momento en que las decisiones sobre inclusión y consentimiento informado fueron tomadas.
Blinding of participants and personnel (performance bias)	High risk	No cegados.
Blinding of outcome assessment (detection bias)	High risk	No cegado.
Incomplete outcome data (attrition bias)	Low risk	Datos incompletos con análisis de intención.
Selective reporting (reporting bias)	Low risk	Todos los resultados publicados.
Other bias	High risk	Problemas de reclutamiento, lo que resultó en un tamaño de muestra mucho menor que el estipulado originalmente. La generalización del estudio está limitada por la alta prevalencia de mujeres en la muestra y la ausencia de trabajadores no calificados. Los participantes en el grupo GIM tenían experiencia previa con la escucha de música y la reducción del estrés en comparación con los controles donde nadie había usado música antes. Esto podría haber favorecido los cambios positivos en el grupo GIM. Además, no se calculó la corrección de la variación diurna en los resultados de cortisol. Como la mayoría de las muestras de cortisol posteriores a la terapia se recolectaron 2 a 4 horas más tarde en el día que las muestras de pretratamiento, podría haber influido en los resultados.

Brendbekken 2017

Risk of bias table

Bias

Random sequence generation (selection bias)

Allocation concealment (selection bias)

Blinding of participants and personnel (performance bias)

Blinding of outcome assessment (detection bias)

Incomplete outcome data (attrition bias)

Selective reporting (reporting bias)

Other bias

Authors' judgement

Low risk

Low risk

High risk

High risk

Low risk

Low risk

Unclear risk

Support for judgement

Lista de asignación al azar generada por computadora, que fue establecida por un estadístico de Uni Research Health.

Un asistente de investigación, que no participó en el tratamiento, contactó a Uni Research Health y se le informó sobre que tratamiento debía recibir el paciente.

No cegados.

No cegado.

Pérdida de 7,8%, análisis por intención a los 24 meses para el regreso al trabajo.

Todos los resultados publicados.

En el grupo control, había menos terapeutas con más experiencia en comparación con el grupo de intervención.

Si los terapeutas del grupo intervención efectivamente tenían menos confianza en su papel debido a una menor experiencia, podría haber influido en la interacción con el paciente y, a través de esto, los resultados, ya que hay evidencia de que lo que el médico y otros profesionales de la salud dicen y hacen influencia poderosa en los resultados.

Bultmann 2009

Risk of bias table

Bias

Authors' judgement

Support for judgement

Random sequence generation (selection bias)	Low risk	Un protocolo de aleatorización sin la estratificación fue generado por computadora antes del inicio del estudio y fue realizado por una TI independiente asistente. Después del consentimiento informado, los participantes fueron aleatoriamente asignado a CTWR o CCM. La asignación fue oculto a los investigadores responsables de los datos análisis.
Allocation concealment (selection bias)	Low risk	La asignación fue realizada por un investigador asistente independiente y, oculta a los investigadores responsables de los datos análisis.
Blinding of participants and personnel (performance bias)	High risk	No cegado
Blinding of outcome assessment (detection bias)	Low risk	Cegado
Incomplete outcome data (attrition bias)	High risk	12,18% de perdida a los 3 meses y 12,18% a los 12 meses de seguimiento.
Selective reporting (reporting bias)	Low risk	Todos los resultados publicados.
Other bias	High risk	Tamaño de la muestra, "no fue posible reclutar el tamaño requerido de 100 participantes por grupo durante el período de inclusión de 1 año."

Haldorsen 1998

Risk of bias table

Bias	Authors' judgement	Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Low risk	Los pacientes individuales fueron asignados al azar a uno de los dos grupos, el grupo de tratamiento o el grupo de control mediante una secuencia de tarjetas pre etiquetadas contenidas en sobres selladas. La secuencia de asignación fue preparada previamente por un médico adscrito al Departamento de Salud y Bienestar

Allocation concealment (selection bias)	Low risk	Social, La secuencia de asignación siguió una aleatorización desigual, Se actualizó continuamente, dando un sesgo a favor o en contra de la selección al grupo de Tratamiento para asegurar que los grupos de tratamiento siempre se llenaron y los pacientes nunca tuvieron que esperar más de un tratamiento. Este sesgo nunca excedió 2: 1 a favor de ningún grupo. La situación era un sesgo sistemático de disco en este procedimiento de selección
Blinding of participants and personnel (performance bias)	High risk	La secuencia de asignación fue preparada previamente por un médico adscrito al Departamento de Salud y Bienestar Social.
Blinding of outcome assessment (detection bias)	High risk	No cegados
Incomplete outcome data (attrition bias)	High risk	No cegados
Selective reporting (reporting bias)	High risk	Pérdida de 59% a los 12 de seguimiento para el regreso al trabajo.
Other bias	Low risk	Todos los resultados publicados e informados.
		No se observó otros sesgos.

Hees 2013

Risk of bias table

Bias	Authors' judgement	Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Low risk	Software basado en un procedimiento de aleatorización de minimización.
Allocation concealment (selection bias)	Low risk	La asignación al azar fue realizada por un asistente de investigación independiente.
Blinding of participants and personnel (performance bias)	Unclear risk	Debido a la naturaleza de la intervención, los pacientes y terapeutas

Blinding of outcome assessment (detection bias)	High risk	no fueron cegados a la asignación de los pacientes. No cegado
Incomplete outcome data (attrition bias)	Low risk	Se realiza análisis por intención.
Selective reporting (reporting bias)	Low risk	Todos los resultados informados.
Other bias	Low risk	No hay indicaciones de otras fuentes de sesgo.

Hlobil 2005

Risk of bias table

Bias	Authors' judgement	Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Low risk	Tabla de secuencia aleatoria generada por computadora.
Allocation concealment (selection bias)	Low risk	Los sobres cerrados opacos, numerados secuencialmente fueron preparado para cada estrato por un investigador que no estaba involucrado en inscribir a los participantes o asignarlos a sus grupos Los sobres contenían una hoja de papel que indicó 1 de las 2 intervenciones. Los participantes aprendieron sus tareas grupales después de que un asistente de investigación completó las medidas de referencia y entregaron los sobres sellados.
Blinding of participants and personnel (performance bias)	High risk	Los participantes y los proveedores de tratamiento no estaban cegados a la asignación del tratamiento.
Blinding of outcome assessment (detection bias)	Low risk	Los asistentes de investigación que recopilaron los datos fueron cegado a la asignación del tratamiento.

Incomplete outcome data (attrition bias)	Unclear risk	Pérdida de 10% a los 12 meses de seguimiento para el regreso al trabajo y 11,9% para la intensidad del dolor.
Selective reporting (reporting bias)	Low risk	Todos los resultados fueron publicados.
Other bias	Low risk	No se observó otros sesgos.

Jensen 2011

Risk of bias table

Bias	Authors' judgement	Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Low risk	Secuencia de generación realizada por un computador que generaba una respuesta de voz automática sobre la base de la aleatorización por bloques diseñada por un administrador de datos en otro hospital.
Allocation concealment (selection bias)	Low risk	La asignación al azar fue realizada por una secretaria.
Blinding of participants and personnel (performance bias)	High risk	No cegados.
Blinding of outcome assessment (detection bias)	High risk	No cegado.
Incomplete outcome data (attrition bias)	Low risk	Sin pérdidas en el análisis del regreso al trabajo, 29% de pérdida para el análisis de la variable dolor.
Selective reporting (reporting bias)	Low risk	Todos los resultados publicados.
Other bias	Unclear risk	"La tasa de respuesta inferior al 70% para los cuestionarios de seguimiento fue moderadamente buena. Relativamente más hombres que mujeres no respondieron y los que no respondieron tuvieron raramente radiculopatía, pero la salud auto informada al inicio del estudio fue similar para los respondedores y los no respondedores. Por lo tanto, los resultados principales del presente

estudio no se vieron afectados por la falta de respuesta, pero los resultados secundarios podrían estar sesgados por más mujeres y más participantes con signos específicos de dolor lumbar que respondieron el cuestionario de seguimiento. Probablemente, esto subestimaría los efectos de las intervenciones, pero no la diferencia entre ellas."

Lambeek 2010

Risk of bias table

Bias

Random sequence generation (selection bias)

Authors' judgement

Low risk

Low risk

Unclear risk

Low risk

Unclear risk

Support for judgement

Un estadístico independiente llevó a cabo la asignación al azar en bloque de cuatro asignaciones, utilizando una tabla de secuencia aleatoria generada por computadora. Un asistente de investigación preparó sobres codificados opacos, numerados secuencialmente y sellados para cada estrato, que contenían una referencia para el grupo de atención integrada o el grupo de atención habitual.

Allocation concealment (selection bias)

Para cada estrato, un estadístico independiente llevó a cabo la asignación al azar en bloque de cuatro asignaciones, utilizando una tabla de secuencia aleatoria generada por computadora.

Blinding of participants and personnel (performance bias)

No cegados

Blinding of outcome assessment (detection bias)

Cegados

Incomplete outcome data (attrition bias)

7,6% de perdidas en el seguimiento para el regreso al trabajo.

Selective reporting (reporting bias)

Low risk

Todos los resultados publicados e informados.

Other bias

Low risk

La licencia por enfermedad fue auto informada por los participantes que podría llevar a un sesgo de información. El diseño del estudio no fue adecuado para evaluar la efectividad de los componentes individuales de la intervención de atención integrada.

Leon 2009

Risk of bias table

Bias

Authors' judgement

Support for judgement

Random sequence generation (selection bias)

Low risk

Se produjeron listas de números de aleatorización generadas por computadora.

Allocation concealment (selection bias)

High risk

Sin cegamiento.

Blinding of participants and personnel (performance bias)

High risk

Sin cegamiento.

Blinding of outcome assessment (detection bias)

High risk

Sin cegamiento.

Incomplete outcome data (attrition bias)

High risk

Sin pérdidas.

Selective reporting (reporting bias)

Low risk

Todos los resultados publicados e informados.

Other bias

Low risk

La incapacidad de revelar diferencias estadísticas en los análisis bivariados podría estar relacionada con el tamaño de la muestra y con un tamaño considerable dispersión en las SD.

Schene 2007

Risk of bias table

Bias

Authors' judgement

Support for judgement

Random sequence generation (selection bias)	Low risk	Tarjetas generadas por computadora.
Allocation concealment (selection bias)	Low risk	Códigos de asignación ocultos en forma consecutiva con sobres sellados numerados bajo la responsabilidad de un investigador independiente.
Blinding of participants and personnel (performance bias)	High risk	No cegados.
Blinding of outcome assessment (detection bias)	High risk	No cegados.
Incomplete outcome data (attrition bias)	High risk	25% de pérdida en el seguimiento para el regreso al trabajo.
Selective reporting (reporting bias)	Low risk	Todos los resultados informados.
Other bias	Low risk	No hay indicaciones de otras fuentes de sesgo.

Shu-Kei Cheng 2007

Risk of bias table

Bias	Authors' judgement	Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Unclear risk	Los participantes fueron asignados aleatoriamente a los grupos. Omite la generación de la secuencia.
Allocation concealment (selection bias)	High risk	Omite la generación de la secuencia.
Blinding of participants and personnel (performance bias)	High risk	No cegados.
Blinding of outcome assessment (detection bias)	High risk	No cegados.
Incomplete outcome data (attrition bias)	High risk	Pérdida de 10,8% en el seguimiento para el regreso al trabajo.
Selective reporting (reporting bias)	Low risk	Todos los resultados publicados e informados.
Other bias	Low risk	No se observa otros sesgos.

Van der Feltz-Cornelis 2010

Risk of bias table

Bias

Random sequence generation (selection bias)

Low risk

Support for judgement

Generada por computador.

Allocation concealment (selection bias)

Low risk

Sobres consecutivos, la secuencia se ocultó hasta que las intervenciones fueron asignadas por un asistente de investigación ciego independiente.

Blinding of participants and personnel (performance bias)

High risk

Sin cegamiento.

Blinding of outcome assessment (detection bias)

Low risk

Se recogieron los parámetros de resultado utilizando un cuestionario de autoinforme de una investigadora asistente cegada.

Incomplete outcome data (attrition bias)

High risk

18% de pérdidas en el seguimiento para en regreso al trabajo.

Selective reporting (reporting bias)

High risk

El resultado primario no se especificó previamente: cambió de "nivel de funcionamiento" en el protocolo a "tiempo hasta RTW durante al menos 4 semanas"; los motivos del cambio de los resultados primarios no se discutieron en el informe final; "Nivel de funcionamiento" no informado.

Other bias

Low risk

No hay indicios de otras fuentes de sesgo.

Van der Klink 2003

Risk of bias table

Bias

Random sequence generation (selection bias)

High risk

Support for judgement

Omitió la generación de secuencia para la aleatorización.

Allocation concealment (selection bias)	Low risk	La asignación al azar se realizó a ciegas por un asistente de investigación independiente.
Blinding of participants and personnel (performance bias)	Low risk	Participantes cegados, personal no cegado.
Blinding of outcome assessment (detection bias)	High risk	No cegado.
Incomplete outcome data (attrition bias)	High risk	39% de pérdidas a los 12 meses de seguimiento del regreso al trabajo.
Selective reporting (reporting bias)	Low risk	Todos los resultados informados.
Other bias	Low risk	No hay indicios de otras fuentes de sesgo.

Vermeulen 2011

Risk of bias table

Bias	Authors' judgement	Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Low risk	Antes de la aleatorización, para evitar la distribución desigual de las características de referencia pronósticas relevantes, los trabajadores incluidos en la lista de enfermos fueron estratificados previamente en función de dos factores pronósticos importantes, a saber, el tipo de trabajador, es decir, trabajador temporal de agencia o trabajador desempleado, y el grado de demanda de trabajo mental o físico (ligero o pesado) en el último trabajo realizado antes del reclamo actual de beneficios por enfermedad. Luego, se aplicó la aleatorización de bloques (usando bloques de cuatro asignaciones) para asegurar tamaños de grupo iguales dentro de cada estrato. Se generó una tabla de aleatorización por bloques separada para cada una de las cinco

Allocation concealment (selection bias)	High risk	oficinas principales de las agencias de seguridad social. Se omite esta información.
Blinding of participants and personnel (performance bias)	High risk	No cegados.
Blinding of outcome assessment (detection bias)	Low risk	Cegado. La entrada de datos de los datos auto informados fue realizada por un asistente de investigación utilizando un código de investigación único para cada participante, para asegurar que los análisis de los datos por parte del investigador estuvieran cegados.
Incomplete outcome data (attrition bias)	Unclear risk	Pérdida de 8,9% para el regreso al trabajo.
Selective reporting (reporting bias)	Low risk	Todos los resultados publicados e informados.
Other bias	Low risk	No se observa otros sesgos.

Vlasveld 2013

Risk of bias table

Bias	Authors' judgement	Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Low risk	El esquema de aleatorización fue preparado por computadora.
Allocation concealment (selection bias)	Low risk	La asignación fue realizada por un estadístico independiente. El asistente de investigación como el participante fueron cegados para la asignación.
Blinding of participants and personnel (performance bias)	High risk	No cegados
Blinding of outcome assessment (detection bias)	Low risk	Los datos se recopilaron mediante cuestionarios de autoinforme, con el fin de excluir la posibilidad de sesgo del entrevistador. La entrada de datos se realizó por asistentes cegados.

Incomplete outcome data (attrition bias)	High risk	Pérdidas de 22,2% a 41,3% en el seguimiento.
Selective reporting (reporting bias)	Low risk	Todos los resultados informados.
Other bias	Unclear risk	La implementación deficiente y el tamaño de la muestra de baja potencia para regreso al trabajo limitó la efectividad de la atención colaborativa en el entorno de salud ocupacional.

Volker 2015

Risk of bias table

Bias	Authors' judgement	Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Low risk	La aleatorización por conglomerados tuvo lugar a nivel de los médicos ocupacionales para evitar la contaminación y, por lo tanto, para evitar la dilución del efecto. Los grupos de médicos ocupacionales fueron asignados al azar por un estadístico independiente utilizando un algoritmo informático para la aleatorización.
Allocation concealment (selection bias)	Low risk	Los grupos de médicos ocupacionales fueron asignados al azar por un estadístico independiente.
Blinding of participants and personnel (performance bias)	Low risk	Cegados.
Blinding of outcome assessment (detection bias)	Low risk	Cegado
Incomplete outcome data (attrition bias)	High risk	Pérdidas de seguimiento de 29,7%, 32,8%, 44,3% y 43,5% a los 3,6,9 y 12 meses respectivamente.
Selective reporting (reporting bias)	Low risk	Todos los resultados publicados.
Other bias	High risk	Baja adherencia a la intervención: "en el grupo de intervención, 31 participantes (23.7%) nunca iniciaron sesión en Return @ Work. De los 100

participantes que iniciaron sesión en Return @ Work, el 10.0% (10/100) no terminó la introducción (que incluía información sobre Return @ Work y un cuestionario). El número medio de inicios de sesión totales de los 90 participantes que finalizaron la introducción y que en realidad comenzaron Return @ Work fue de 7.8 (DE 6.1). Además, el 40% (36/90) de los participantes completaron mínimamente la mitad de los módulos de Return @ Work ". (p. 11) ninguna indicación de un efecto de agrupación: "Sin embargo, los resultados mostraron que no había evidencia de una afectación de clúster en el nivel de las regiones de médicos ocupacionales (P = 0,92). "

Weerd 2016

Risk of bias table

Bias

Random sequence generation (selection bias)

Authors' judgement

Low risk

Support for judgement

Asignación al azar por un asistente de investigación ya sea para la intervención o el control grupo abriendo un sobre sellado que contenía una indicación.

Allocation concealment (selection bias)

High risk

Los terapeutas no estaban cegados para asignación de grupo porque tenían que llevar a cabo la intervención.

No cegado.

Blinding of participants and personnel (performance bias)

High risk

No cegado.

Blinding of outcome assessment (detection bias)

High risk

No cegado.

Incomplete outcome data (attrition bias)

High risk

16% de pérdidas en el seguimiento para el regreso al trabajo.

Selective reporting (reporting bias)

Other bias



Low risk

High risk

Todos los resultados informados.

El grupo intervención tenía más mujeres que hombres. Para todas las variables dependientes se encontró género como un factor de confusión. En el análisis de regresión lineal género fue presentado como una co variable.

Anexo 3

Perfil de evidencia GRADE por desenlaces

Autor(es): María Cecilia Toffoletto

Pregunta: Intervención para el regreso al trabajo comparado con Tratamiento habitual para trabajadores en licencia médica por enfermedades musculoesquelética y de salud mental

Configuración:

Bibliografía:

Certainty assessment							Nº de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Intervención para el regreso al trabajo	Tratamiento habitual	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		

Regreso completo al trabajo a los 6 meses de seguimiento (evaluado con : número de eventos)

5	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	114/155 (73.5%)	72/136 (52.9%)	OR 2.59 (1.56 a 4.31)	215 más por 1000 (de 108 más a 300 más)	⊕⊕⊕○ MODERADO	CRÍTICO
---	--------------------	--------------------	-------------	-------------	-------------	---------	-----------------	----------------	---------------------------------	--	------------------	---------

Regreso completo al trabajo a los 12 meses de seguimiento (evaluado con : numero de eventos)

Certainty assessment							Nº de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Intervención para el regreso al trabajo	Tratamiento habitual	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
8	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	no es serio	serio ^b	ninguno	613/967 (63.4%)	469/756 (62.0%)	OR 1.15 (0.93 a 1.42)	32 más por 1000 (de 17 menos a 78 más)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO

Regreso completo al trabajo a los 24 meses de seguimiento (evaluado con : numero de eventos)

1	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	no es serio	serio ^b	ninguno	60/141 (42.6%)	52/143 (36.4%)	OR 1.30 (0.80 a 2.09)	63 más por 1000 (de 50 menos a 181 más)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO
---	--------------------	--------------------	-------------	-------------	--------------------	---------	----------------	----------------	---------------------------------	---	--------------	---------

Regreso completo al trabajo a los 6 meses de seguimiento (evaluado con : SMD)

Certainty assessment							Nº de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Intervención para el regreso al trabajo	Tratamiento habitual	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
5	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	no es serio	serio ^b	ninguno	375	324	-	SMD 0.07 SD menos (0.29 menos a 0.16 más)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO

Regreso completo al trabajo a los 12 meses (evaluado con : SMD)

4	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	292	228	-	SMD 0.28 SD menos (0.45 menos a 0.1 menos)	⊕⊕⊕○ MODERADO	CRÍTICO
---	--------------------	--------------------	-------------	-------------	-------------	---------	-----	-----	---	---	------------------	---------

Regreso completo al trabajo con seguimiento mayor a 12 meses (evaluado con : SMD)

Certainty assessment							Nº de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Intervención para el regreso al trabajo	Tratamiento habitual	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
1	ensayos aleatorios	serio ^c	no es serio	no es serio	serio ^b	ninguno	78	39	-	SMD 0.12 SD menos (0.5 menos a 0.26 más)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza ; OR: Razón de momios; SMD: Diferencia media estandarizada

Explicaciones

a. Más de 50% del total de los estudios fueron clasificados como serios, o sea, uno o dos dominio clave como “alto riesgo” o “poco claro” (generación de la secuencia de aleatorización, cegamiento de los participantes y personal, cegamiento del evaluador de resultados y datos de resultados).

b. El intervalo de confianza no excluye el no efecto.

c. El estudio presentó uno o dos dominio clave como “alto riesgo” o “poco claro” (generación de la secuencia de aleatorización, cegamiento de los participantes y personal, cegamiento del evaluador de resultados y datos de resultados).