

Intervenciones para mejorar el retorno al trabajo en personas con depresión (revisión)

Nieuwenhuijsen K., Faber B., Verbeek J.H., Neumeyer-Gromen A, Hees H.L., Verhoeven A.C., Van der Feltz-Cornelis C.M., Bültmann U.

Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 12. Art. No. CD006237

DOI: 10.12961/apr.2018.21.01.6



RESUMEN

Antecedentes: La incapacidad laboral es común en las personas con depresión.

Objetivos: Evaluar la efectividad de las intervenciones dirigidas a reducir la incapacidad laboral en trabajadores con trastornos depresivos.

Estrategia de búsqueda: Se buscó la evidencia en CENTRAL (The Cochrane Library), MEDLINE, EMBASE, CINAHL, y PsycINFO hasta enero de 2014.

Criterios de selección: Se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados (ECA) y ECA agrupados en clústeres sobre intervenciones clínicas e intervenciones dirigidas al trabajo, para personas con depresión que incluyeran la incapacidad temporal (IT) como medida de resultado.

Recopilación y análisis de datos: Dos autores extrajeron los datos de forma independiente y evaluaron la calidad de los ensayos. Se utilizaron diferencias de medias estandarizadas (DMEs) con intervalos de confianza del 95% (IC95%) para agrupar los estudios. Se utilizó GRADE para evaluar la calidad de la evidencia.

Resultados: Fueron incluidos 23 estudios con 26 tipos de intervenciones, involucrando a 5.996 participantes con un trastorno depresivo mayor o un nivel alto de síntomas depresivos. Catorce estudios tenían un alto riesgo de sesgo y en los nueve restantes este riesgo fue bajo.

Intervenciones dirigidas al trabajo: Se identificaron cinco intervenciones dirigidas al trabajo. La evidencia fue de calidad moderada sobre la efectividad de una intervención dirigida al trabajo combinada con una intervención de atención clínica en la reducción del tiempo de IT en comparación con una intervención de atención clínica sola (DME -0,40; IC95%: -0,66 a -0,14; 3 estudios). Un único estudio mostró evidencia de calidad moderada de que mejorar la atención clínica además de la atención habitual dirigida al trabajo no era más efectiva que la atención dirigida al trabajo sola (DME -0,14; IC95%: -0,49 a 0,21). Hubo evidencia de

muy baja calidad y basada en un único estudio, de que la atención habitual de los médicos de salud laboral mejorada con un programa de retorno al trabajo no se asoció a una reducción de la IT, en comparación con la atención habitual de los médicos de salud laboral (resultado no significativo: DME 0,45; IC95%: -0,00 a 0,91).

Intervenciones clínicas, medicamentos antidepressivos: Tres estudios compararon la efectividad de la medicación del inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) con el inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina (SNRI) para reducir la IT, y los resultados fueron altamente inconsistentes.

Intervenciones clínicas, psicológicas: Se encontró evidencia de calidad moderada basada en tres estudios, de que la terapia cognitivo-conductual (TCC) vía telefónica o en línea (online) era más eficaz en la reducción de la IT que la atención primaria o la atención habitual de salud laboral (DME -0,23; IC95%: -0,45 a -0,01).

Intervenciones clínicas, psicológicas combinadas con medicamentos antidepressivos: Se encontró evidencia de baja calidad basada en dos estudios de que mejorar la atención primaria no disminuyó sustancialmente la IT a medio plazo (4 a 12 meses) (DME -0,02; IC95%: -0,15 a 0,12). Un tercer estudio no encontró efectos significativos sobre la IT a favor de esta intervención a largo plazo (24 meses). Se encontró evidencia de alta calidad, basada en un estudio, de que un programa estructurado de atención telefónica y de gestión de casos fue más efectivo para reducir la IT que la atención habitual (DME -0,21; IC95%: -0,37 a -0,05).

Intervenciones clínicas, ejercicio: Se encontró evidencia de baja calidad basada en un estudio de que el ejercicio de fortalecimiento supervisado redujo la IT en comparación con la relajación (DME -1,11; IC95%: -1,68 a -0,54). Se encontró evidencia de calidad moderada basada en dos estudios de que el ejercicio aeróbico no fue más eficaz en la reducción de la IT que la relajación o los estiramientos (DME -0,06; IC95%: -0,36 a 0,24).

Conclusiones de los autores: Los autores encontraron pruebas de calidad moderada de que una intervención dirigida al trabajo añadida a una intervención clínica reducía el número de días de IT en comparación con solo una intervención clínica. También encontraron evidencia de calidad moderada de que la mejora de la atención primaria y laboral con TCC redujo la IT en comparación con la atención habitual. Un programa estructurado de comunicación telefónica y gestión de casos que incluía medicamentos redujo la IT en comparación con la atención habitual. Sin embargo, una intervención de atención primaria basada en un programa de mejora de la calidad no tuvo un efecto considerable en la IT. No hubo evidencia de que un medicamento anti-

Sección coordinada por:

Consol Serra (consol.serra@upf.edu)

M^a del Mar Seguí (mm.segui@ua.es)

depresivo redujera la IT en comparación con otro medicamento. Los autores concluyeron que son necesarios más estudios sobre las intervenciones dirigidas al trabajo, y que los estudios de intervención clínica también deben incluir medidas de resultados relacionadas con el trabajo para mejorar nuestro conocimiento sobre la reducción de la IT en trabajadores con depresión.

COMENTARIO

El trabajo se considera un determinante de la salud y fuente de bienestar personal y social. Por una parte, proporciona los recursos necesarios para vivir y confiere identidad a la persona en sus relaciones sociales, pero por otra parte, es una fuente de riesgos que afectan negativamente a la salud. En sentido opuesto, el estado de salud puede influir tanto positiva, como negativamente en el trabajo, existiendo así una compleja relación bidireccional entre trabajo y salud.

En la actualidad la depresión es un importante problema de salud pública que además de las graves consecuencias en términos de sufrimiento individual, tiene un gran impacto en el funcionamiento social y la capacidad de las personas para trabajar. Así pues, de la misma manera que las intervenciones dirigidas al trabajo pueden ayudar al trabajador a manejar las consecuencias de su depresión en el lugar de trabajo, las intervenciones clínicas destinadas a reducir los síntomas de depresión pueden mejorar la capacidad de trabajo¹.

En este aspecto Bender y Kennedy² en el año 2003 crearon un marco conceptual sobre el sistema de salud mental en el entorno laboral, donde además de incluir factores como atención psiquiátrica, el sistema de seguridad social y entorno social (familia y comunidad), añadía también los programas de asistencia al trabajador y el rol de la administración y del personal de los recursos humanos, creando un modelo desmedicalizado y que implicaba diferentes áreas y profesionales para el completo abordaje de estas patologías.

En 2008, Nieuwenhuijsen y cols.³ publicaron una revisión sistemática sobre intervenciones para mejorar la salud laboral en personas con depresión. La revisión que hoy nos ocupa es una actualización que añade 12 estudios, con un total de 23 estudios publicados hasta enero de 2014.

En esta actualización los autores encontraron dos hallazgos principales respecto a intervenciones que podrían ser efectivas para reducir el tiempo de IT en personas con síntomas depresivos: intervenciones dirigidas al trabajo e intervenciones basadas en la terapia cognitivo-conductual (TCC). Las intervenciones dirigidas al trabajo, definidas como aquellas que pueden incluir adaptación del puesto de trabajo o reducción de jornada, apoyo al trabajador y/o ser la combinación de ambas, parecen ser beneficiosas para el retorno al trabajo, aunque la evidencia es limitada. Debido al poco número de estudios y la heterogeneidad de éstos, la eficacia de este tipo de intervenciones para trastornos depresivos no es tan clara como en otros cuadros diagnósticos, como por ejemplo los trastornos musculoesqueléticos. En cuanto a los programas de co-

municación telefónica y gestión de casos, y en la TCC (online) para reducir la IT, ha aumentado la evidencia, y concuerda con estudios más recientes, en 2016 Joyce y cols.⁴ concluyeron que la TCC basada la gestión del estrés (laboral) además de mejorar los síntomas, reducía el tiempo de IT, implementando este servicio como parte de un programa de retorno al trabajo y centrado en mejorar el desarrollo de habilidades para el trabajo. También, Brown y cols.⁵ han mostrado evidencia de la eficacia de una gestión de casos y atención telefónica para el retorno al trabajo. En lo que refiere a la farmacología, la evidencia más reciente concluye que pese a que la medicación mejora los síntomas, no se asocia con el tiempo de IT.

Aunque actualmente ha habido un giro en el enfoque del abordaje del tratamiento y gestión de los trastornos depresivos, pasando de un tratamiento prácticamente farmacológico, a intervenciones que valoran el entorno comunitario y laboral, aun se puede incidir en los actores más distales que juegan un papel coordinador en los diferentes sistemas de gestión de la IT, el lugar de trabajo, y el empleado⁶.

En conclusión, entre la primera y la segunda revisión se ha duplicado el número de estudios, lo cual nos indica un mayor peso e interés en la salud laboral. Pese a los avances en la investigación y la mejora en la calidad de los estudios, sigue habiendo mucho camino por recorrer, ya que no solo se necesitan más estudios que incluyan indicadores como las IT y la capacidad funcional, sino que también se necesitan medidas validadas. Y además de la incorporación de los modelos biopsicosociales, se necesita la implicación y colaboración de todos los agentes implicados para garantizar el mayor bienestar personal y laboral de los trabajadores.

Mercè Soler Font^{a,b,c}

merce.soler01@estudiant.upf.edu

REFERENCIAS

1. Hees HL, Koeter MW, Schene AH. Longitudinal relationship between depressive symptoms and work outcomes in clinically treated patients with long-term sickness absence related to major depressive disorder. *J Affect Disord.* 2013;148(2-3):272-7.
2. Bender A, Kennedy S. Mental health and mental illness in the workplace: diagnostic and treatment issues. *Healthc Pap.* 2004;5(2):54-67.
3. Nieuwenhuijsen K, Bültmann U, Neumeier-Gromen A, Verhoeven AC, Verbeek JH, Feltz-Cornelis CM. Interventions to improve occupational health in depressed people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;16;(2):CD006237.
4. Joyce S, Modini M, Christensen H, Mykletun A, Bryant R, Mitchell P.B., Harvey S.B. Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. *Psychol Med.* 2016;46, 683-697.
5. Brown J, Mackay D, Demou E, Craig J, Frank J, Macdonald EB. The EASY (Early Access to Support for You) sickness absence service: a four-year evaluation of the impact on absenteeism. *Scand J Work Environ Health.* 2015;41(2):204-215.
6. Andersen MF, Nielsen KM, Brinkmann S. Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scand J Work Environ Health.* 2012;38(2):93-104.

a. Centro de Investigación en Salud Laboral (CISAL), Barcelona, España.

b. Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas (IMIM). Barcelona, España.

c. CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid, España.