



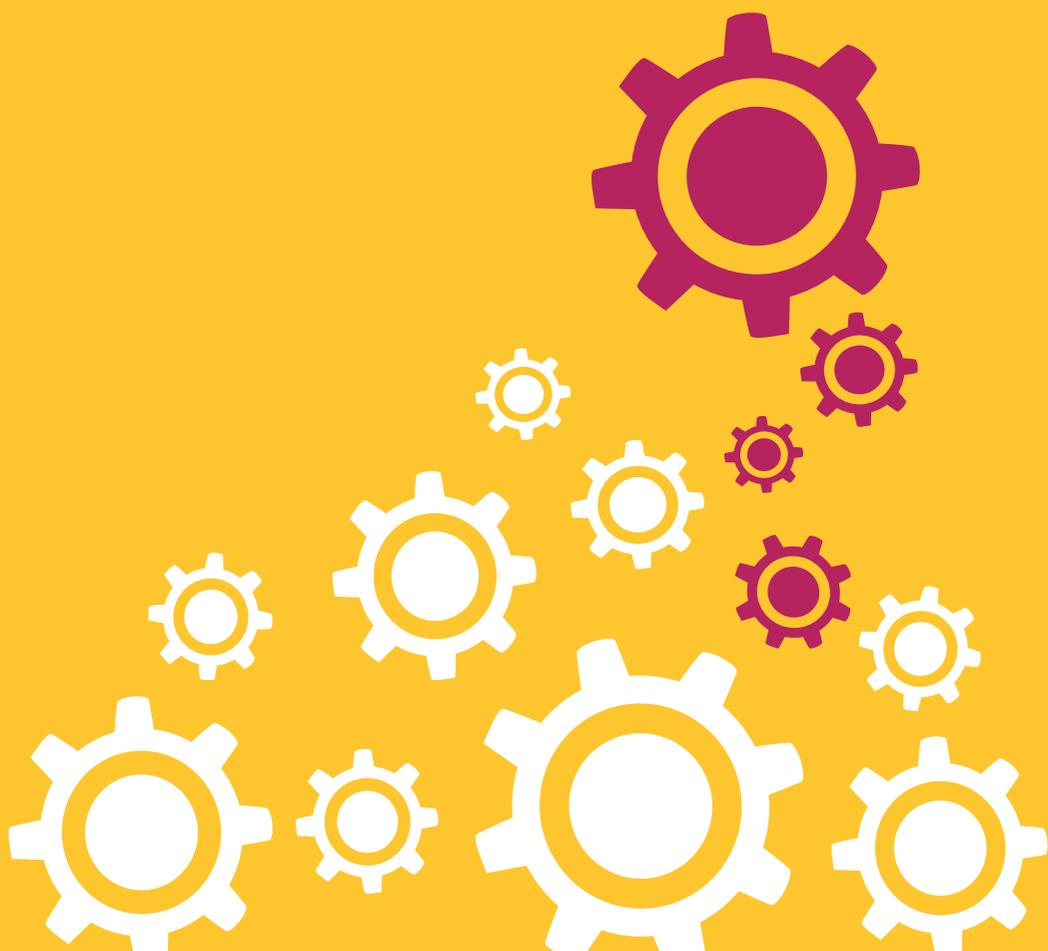
Fundación
Empleo
y Salud Mental

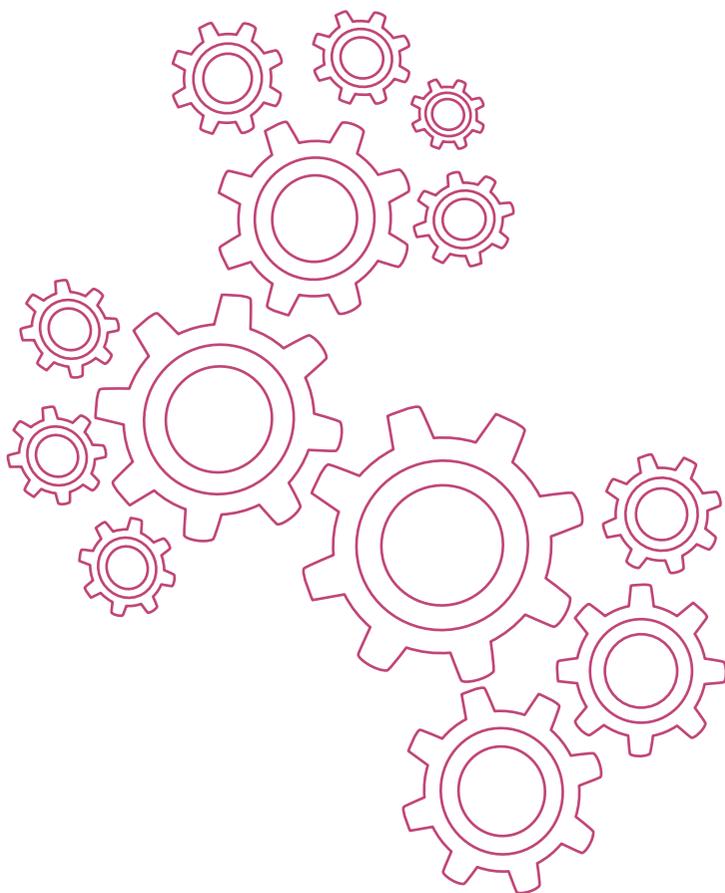
Colección Empleo y Salud Mental
Cuadernos de empleo responsable en
Salud Mental

Guía 3

La Depresión en el Trabajo

2020





Guía 3

La Depresión en el Trabajo

Colección Empleo y Salud Mental

Cuadernos de empleo responsable en Salud Mental

Editado por: Fundación Empleo y Salud Mental (2020)

Autoras:

M^º Isabel Rodríguez Montes

Ruth Benítez Álvarez

Con la Colaboración:

Ana y Miguel Ángel

Ilustraciones y maquetación:

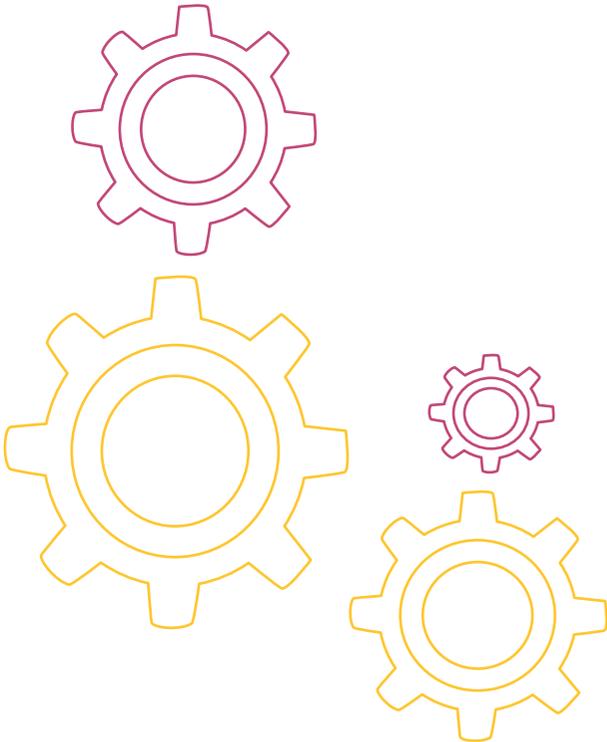
Elena Muñoz

Reservados todos los derechos:

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la Ley.

“Sólo existen dos días en el año en que no se puede hacer nada: Uno se llama «ayer» y el otro «mañana». Por lo tanto, hoy es el día ideal para amar, crecer, desarrollarte y, principalmente, vivir.”

Dalai Lama



Vivir en una pesadilla

Como cada día me dispuse a cruzar por el mismo paso de peatones para ir a trabajar, solo que esta vez no llegué a mi destino. Recuerdo aquel ruido ensordecedor de los frenos y el olor a goma quemada de los neumáticos del vehículo que cambiaría mi vida para siempre.

Resultado: Disección de la medula espinal, o lo que es lo mismo, lesión medular a la altura de las vértebras lumbares, irreversible. No podré volver a utilizar las piernas, ni sentir la humedad del césped bajo mis pies descalzos, ni la arena caliente de la playa, ni las olas del mar.

He intentado adaptarme al cambio, comprando la mejor silla motorizada del mercado, aprovechando la indemnización por accidente in itinere y daños y perjuicios. ¿Pero qué esto en comparación con mis dos valiosas piernas?

Las cosas que antes me agradaban ahora ya no lo hacen (escuchar música, leer, ver películas, entablar una conversación...) Estoy condenada a vivir una y otra vez el mismo insípido día, me considero prescindible, no tengo nada que aportar a este mundo, me quiero morir, el mundo cambiante que me rodea no me satisface en absoluto. Este cúmulo de emociones negativas, este malestar, es debido a que tengo una depresión y es el motivo por el que vengo a



terapia dos veces por semana. Mi problema no son las piernas, sino el mundo cambiante que me rodea que no me satisface en absoluto. Si has llegado hasta este punto de mi relato, seguro que entiendes el motivo de la depresión, pero ¿Y si te dijera que no ha habido ningún accidente? ¿Que el motivo de la depresión es desconocido y que he puesto el ejemplo anterior para poder empatizar cómo se siente una persona con una depresión?

De esta manera se siente el 5,2% de la población en España, 2,4 millones de personas, dándose más en mujeres que en hombres. Recordar que 1 de cada 4 personas según la Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrollará una enfermedad mental a lo largo de su vida.

El objetivo de esta guía y de mis palabras es visibilizar el sufrimiento de auténticos atletas, sí, atletas, porque superar esta enfermedad es una carrera de fondo.

Anita Tamura





Propósito

La **Fundación Empleo y Salud Mental** tiene como misión ofrecer soluciones para mejorar la situación laboral de las personas con problemas de salud mental, en especial de las personas con trastorno mental grave, a través del refuerzo de la empleabilidad, la formación, recualificación y adecuación al mercado laboral. Atendiendo los procesos de ocupación, vocación profesional y capacitación en jóvenes con trastornos mentales. Desarrollando sistemas de apoyo para la reincorporación académica y laboral en trastornos mentales sobrevenidos. Promoviendo la innovación y sostenibilidad en el empleo protegido.

La colección de **Cuadernos de empleo responsable en salud mental** es un compendio de guías de procesos empresariales relacionados con el empleo, dirigida a empresas, centros especiales de empleo, entidades y emprendedores sociales, que pretende fomentar la gestión responsable de personas y de los lugares de trabajo que favorezca la inclusión de las personas con problemas de salud mental en los entornos laborales.

Además, la colección cuenta con entregas específicas para centros especiales de empleo con el objeto de proporcionar conocimiento y herramientas prácticas para llevar a cabo los procesos que requieren las entidades de empleo protegido.



El tercer título de la Colección Empleo y Salud Mental, titulado “**La depresión en el trabajo**”, pretende acercar a las empresas y a los centros especiales de empleo y potenciales entidades beneficiarias, conocimiento de qué es la depresión, cómo se puede prevenir en los lugares de trabajo, pero también pretende ser una guía que oriente tanto al empleador como a los trabajadores sobre cómo apoyar a las personas trabajadoras que puedan estar pasando un proceso depresivo.

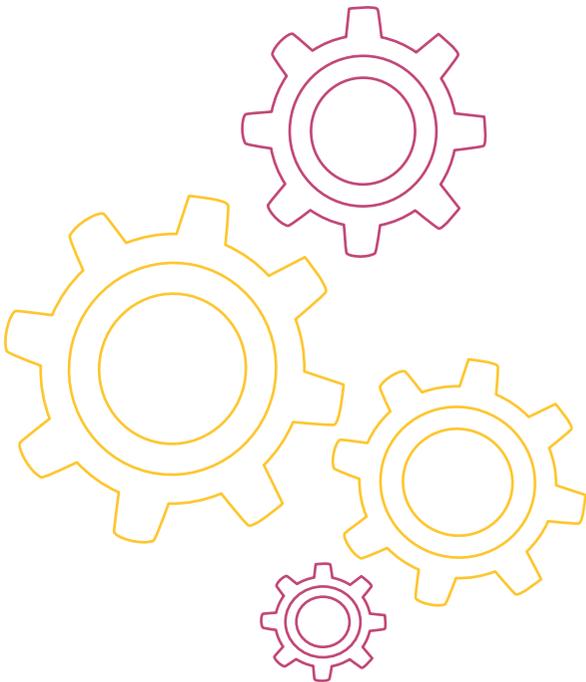
Objetivos de esta guía:

1. **Facilitar** información a empleadores sobre la depresión.
 2. **Fomentar** la contratación o el mantenimiento del puesto de aquellas personas que han pasado por un proceso de depresión.
 3. **Facilitar** al empleador y cuidadores principales herramientas para cuidar y apoyar a las personas que pasan o han pasado por un proceso de depresión.
 4. **Facilitar** al empleador herramientas para trabajar organizativamente la prevención de situaciones de vulnerabilidad de sus trabajadores y trabajadoras.
- 



Índice

1. Introducción	11
2. ¿Qué es la depresión?	15
3. La depresión en el trabajo	23
4. ¿Cómo afecta la depresión al desempeño y equilibrio ocupacional?	35
5. ¿Cómo afecta la depresión a nivel laboral?	39
6. El proceso de recuperación en la depresión	47
7. ¿Cómo ayudar a una persona con depresión en el trabajo?	51
8. Hablamos de depresión con Ana y Miguel Ángel	55
9. Glosario	89
10. Bibliografía	101
11. Direcciones de interés	105





1. Introducción

La depresión es la principal causa mundial

de discapacidad, contribuye de forma muy importante a la carga general de morbilidad y deterioro funcional y social (OMS, 2020), y representa más del 7% de la mortalidad prematura en Europa (Efe Salud, 2015).

Según los datos de la OMS, cerca de 800.000 personas fallecen cada año en el mundo a causa del suicidio, siendo la 1^º causa de muerte no natural en España (INE, 2017). Entre el 60% y el 80% de suicidios se producen en personas con depresión (Rodríguez, 2011).

En España la depresión afecta a 2,4 millones de personas, el 5,2% de la población, y tiene una prevalencia del doble en mujeres (16,5%) que en hombres (8,9%) (Depresión y otros trastornos mentales comunes: Estimaciones sanitarias mundiales, 2017).

Se estima que más de la mitad de las personas que tienen un trastorno depresivo no reciben tratamiento adecuado y el 60% presentarán recurrencia (Monroe, 2012).

1 de cada 10 trabajadores/as de la Unión Europea ha sufrido una depresión en algún momento de su vida.

(European Depression Association – EDA, 2014)





La Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) advierte de que en nuestro país hay un infradiagnóstico de los trastornos depresivos, debido, entre otras causas, a la manifestación inespecífica de los síntomas, al desconocimiento de la enfermedad por parte de los ciudadanos y también de los profesionales de la salud y por cierta predisposición por ambas partes a no considerarla como una enfermedad real y subestimar su gravedad y consecuencias (Cabrera, 2018).



“La depresión es una enfermedad infradiagnosticada e infratratada”

La depresión puede afectar a cualquier persona en cualquier momento de su vida, independientemente de su condición social, económica, laboral, familiar... cada día conocemos más testimonios de personas famosas que reconocen estar pasando o haber pasado por una depresión. Este es un fenómeno nuevo que tal vez contribuya a poder hablar de la depresión y pedir ayuda sin miedo a ser señalado.

“De repente, uno empieza a encontrarse mal. No sabe por qué motivo, pero un día está mal. Y al siguiente, también. Y así, día tras día. No mejoras. Y el problema es que no sabes lo que realmente te está pasando. Me hacen un montón de pruebas. Todas salen perfectas. Pero mi cuerpo y mi mente se desencuentran, se alejan.



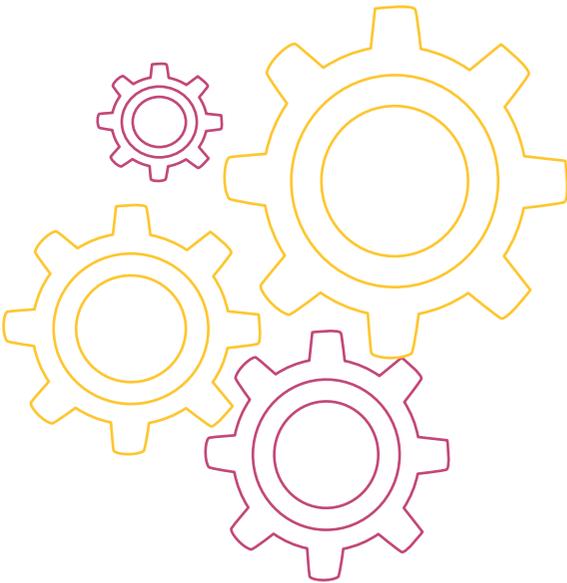
Nada produce mayor congoja que no saber qué es lo que te está pasando. La bola se va haciendo más grande. Te encuentras mal y la gente que te rodea no lo entiende. Y el Andrés que todo el mundo conoce se va quedando vacío por dentro. Eso es duro, muy duro”.

“...
...

la muerte de Dani Jarque, íntimo amigo, hace que todo salte por los aires. Entonces, me puse en manos de profesionales. A partir de ahí empezó mi caída libre hacia un lugar desconocido. Vi el abismo. Y fue entonces cuando le dije al doctor: ‘No puedo más’.

No sé cómo explicarlo, pero he comprobado que, cuando la mente y el cuerpo están en una situación tan vulnerable, eres capaz de hacer cualquier cosa. No sé si suena demasiado fuerte, pero ‘entiendo’, entre comillas, a las personas que en un momento dado hacen una locura”.

Andrés Iniesta, la jugada de mi vida - Malpaso, 2016



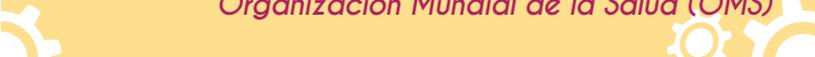


2. ¿Qué es la Depresión?

“La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o en la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria.”

Organización Mundial de la Salud (OMS)



La Asociación Americana de Psiquiatría

(APA) define los trastornos depresivos como trastornos de desregulación disruptiva del estado de ánimo con presencia de ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos, que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo.

Los episodios depresivos implican cambios claros en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas. Es necesario diferenciarlo de un estado de tristeza normal. Un estado de duelo, por intenso que sea, no necesariamente lleva aparejado ni deriva en un episodio depresivo.



Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5), elaborado y publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), para diagnosticar un trastorno depresivo mayor tienen que estar presentes la mayor parte del día, casi todos los días, durante al menos dos semanas uno de estos síntomas:

- Estado de ánimo deprimido, o
- Disminución importante del interés o placer por todas o casi todas las actividades.

Y, además, deben estar presentes al menos cuatro de los siguientes síntomas, casi todos los días:

- Pérdida importante o aumento de peso, o disminución o aumento del apetito.
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o retraso psicomotor.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o para tomar decisiones.
- Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas, intentos de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.



Otro criterio diagnóstico es que estos síntomas causen malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, y que no sea atribuible a sustancias u otras afecciones médicas.

En algunas situaciones de duelo intenso se pueden experimentar esos síntomas y ser congruentes con la situación de pérdida. En estos casos hay que prestar atención y descartar que se trate de una depresión clínica.

Si tenemos serias dudas sobre si nos encontramos con un estado de ánimo bajo o un estado de tristeza natural, o se trata de un trastorno depresivo, siempre es necesario acudir a los profesionales de la salud y cuanto antes, mejor.

El DSM-5 da una pequeña orientación para poder distinguir la tristeza de un episodio de depresión mayor. Dice:

“En el duelo el afecto predominante es el sentimiento de vacío y pérdida, mientras que en el episodio depresivo mayor es el estado de ánimo deprimido persistente y la incapacidad de esperar felicidad o placer.

En el duelo, la autoestima normalmente se conserva, pero en la depresión se ve seriamente dañada con un sentimiento de desprecio por uno mismo.”

Tabla 1. Diferencia entre la tristeza normal y la patológica según Ramos y Cordero (2005)

Tristeza Normal	Tristeza Patológica
El motivo es siempre de carácter negativo.	El motivo no es siempre de carácter negativo, puede tener carácter positivo, cualquier cambio.
El tiempo de aparición es casi inmediato.	El tiempo de aparición es hasta 6 meses después.
La duración es adecuada al motivo	La duración es desproporcionada.
El rendimiento no queda afectado significativamente.	El rendimiento queda afectado significativamente.
La reactividad a estímulos externos permanece prácticamente intacta.	La reactividad a estímulos externos queda disminuida o ausente.
La vivencia de sentimientos se mantiene prácticamente intacta.	La vivencia de sentimientos queda disminuida o ausente.
El tipo de experiencia es conocida, psicológicamente "localizable".	El tipo de experiencia es cualitativamente diferente, corporalizada, vaga, imprecisa.

Por su parte, la Clasificación Internacional de las Enfermedades y de los Problemas relacionados con la Salud (CIE), elaborado y publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), describe los episodios depresivos de la siguiente manera:

"...me encontraba muy débil y me costaba mucho hasta buscar el aula donde tenía que ir, me costaba orientarme, me costaba concentrarme, entender lo que decían en clase, y algunos profesores lo interpretaban como falta de interés..."

Ana



“En los típicos episodios depresivos leves, moderados o severos, el paciente sufre disminución del estado de ánimo, reducción de la energía y disminución de la actividad. La capacidad de disfrute, interés y concentración se reduce, y el cansancio marcado incluso después de un mínimo esfuerzo es común. Suele perturbarse y disminuir el apetito. La autoestima y la autoconfianza casi siempre se reducen e, incluso en forma moderada, a menudo se presentan algunas ideas de culpa o inutilidad. El estado de ánimo bajo varía poco de un día a otro, no responde a las circunstancias y puede estar acompañado de los llamados síntomas “somáticos”, como pérdida de interés y sentimientos placenteros, despertarse por la mañana varias horas antes de la hora habitual, la depresión es peor en la mañana, marcado retraso psicomotor, agitación, pérdida de apetito, pérdida de peso y pérdida de libido. Dependiendo del número y la gravedad de los síntomas, un episodio depresivo puede especificarse como leve, moderado o grave.”

Los criterios diagnósticos de la CIE-10 son similares a los del DSM-5.

2.2 Clasificación

Dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como: leves, moderados o graves y con características psicóticas (DSM-5).

- **Depresión leve o moderada.** Las personas con episodios depresivos leves tendrán alguna dificultad para seguir con sus actividades laborales y sociales habituales, aunque probablemente no las suspendan completamente.
- **Depresión grave.** Durante un episodio depresivo grave es muy improbable que la persona pueda mantener sus actividades si no es con grandes limitaciones. Es causa de un gran sufrimiento personal y consigue alterar las actividades sociales, laborales, escolares y familiares, es causa de discapacidad.

Otro tipo de depresión englobado en los trastornos depresivos es el **trastorno depresivo persistente** que incluye la depresión crónica y la distimia. Los síntomas pueden ser tan intensos como en una depresión mayor o más leves, pero perduran durante más de dos años.

El hecho de tener una buena situación económica y un buen trabajo no excluye la posibilidad de tener una depresión



2.3. Tratamiento de la depresión

La guía NICE (National Institute for Health and Care Excellence) incluye una serie de recomendaciones sobre la atención integral de todas las personas con depresión según el modelo de atención escalonada.

Las intervenciones para la depresión deben ser abordadas por profesionales competentes y habilitados. Concretamente, las intervenciones psicológicas y psicosociales deben basarse en la evidencia y garantizar la efectividad y seguridad de la terapia. Estos establecerán la estructura y la duración de la intervención.

“Cuando uno se siente mal, buscas información por todas partes, y te agarras a un clavo ardiendo, pues tu deseo es salir de esa situación. Mucho cuidado con los libros de autoayuda”



Miguel Ángel

El tratamiento de la depresión en el adulto debería ser integral y abarcar todas las intervenciones psicoterapéuticas, psicosociales y farmacológicas que puedan mejorar el bienestar y la capacidad funcional. El manejo de la depresión debería incluir psicoeducación, apoyo individual y familiar, rehabilitación psicosocial y laboral, etc.

Objetivo de la intervención	Naturaleza de la intervención
Depresión grave y/o resistente	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategias farmacológicas • Intervenciones psicológicas • Tratamiento combinado • TEC
Depresión moderada	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones psicológicas • Antidepresivos • Tratamiento combinado
Depresión leve	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación, apoyo, psicoeducación • Intervenciones psicológicas • Antidepresivos

Fuente:
 Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, 2014



3. *La Depresión en el Trabajo*

Según Enrique Castellón et al. (2016)

“La depresión en el ámbito del trabajo representa una de las primeras causas de pérdida de productividad, absentismo laboral, incremento de accidentes laborales, utilización de los servicios de salud y jubilación anticipada. Los costes totales atribuibles a la depresión constituyen más del 1% del PIB, por lo que su correcto abordaje repercutirá directamente en el bienestar y calidad de vida de las personas, en la productividad y competitividad de las empresas y en la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud”, además de los sistemas de protección social.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la depresión será la primera causa de baja laboral en España para el 2020.

La depresión, si no se trata, puede tener un impacto muy importante en el rendimiento laboral. Tiene relación con el presentismo, es decir, las personas están físicamente en el puesto de trabajo, pero no están contribuyendo a los objetivos empresariales, y con el absentismo, es decir, ausencia o falta al puesto de trabajo. Los costes asociados al absentismo y presentismo representan el 50% de todos los costes relacionados con la depresión (Olesen, 2012).



Además de la incidencia en el absentismo y presentismo, la depresión puede afectar negativamente a múltiples áreas del desempeño de las personas trabajadoras debido al impacto negativo de la enfermedad en los procesos cognitivos. Esto incluye dificultades en la concentración, indecisión, olvido, enlentecimiento mental, toma de decisiones, gestión del tiempo, completar tareas, interacciones sociales y comunicación (Castellón, 2016).

La depresión impacta, además, de manera importante en el deterioro de las relaciones interpersonales y la conducta social y laboral, produciendo situaciones de aislamiento, evitación e incluso de conflicto (Mingote, 2009).

Todo esto tiene consecuencias sobre la productividad, el rendimiento y la eficacia de la persona trabajadora que está pasando por un proceso depresivo y que puede tener consecuencias negativas sobre su continuidad en el trabajo y su futuro profesional.

Teniendo en cuenta la elevada prevalencia de los trastornos mentales en la población laboral, y en particular de la depresión, el impacto sobre las empresas y la economía es alarmante (Ivbijaro, 2017).



Para la doctora Margaret Chan, directora general de la OMS de 2007 a 2017:

“Estas nuevas cifras son una llamada de atención a todos los países para que reconsideren sus enfoques sobre la salud mental y la traten con la urgencia que merece”



En 2017, la Federación Mundial para la Salud Mental (WFMH) plantea, por primera vez como temática para el día Mundial de la Salud Mental, “La Salud Mental en el lugar de trabajo” y elabora un dossier en el que aborda este asunto desde diferentes ángulos en el que una parte muy destacada está dedicada a la depresión.

Gabriel Ivbijaro, presidente de WFMH entre 2015 y 2017, realiza algunas reflexiones y manifiesta su preocupación por el impacto de la depresión en el trabajo si no se toman medidas coordinadas.

“Uno de cada cuatro adultos sufre problemas relacionados con la salud mental. Una de cada cinco personas en el lugar de trabajo presenta una enfermedad mental y, aunque haya directivos desarrollando estrategias para fomentar el bienestar entre sus empleados, no hay una perspectiva universal sobre la salud mental en el lugar de trabajo.”

Ivbijaro recuerda que el Banco Mundial también señala la salud mental como una “prioridad para el desarrollo global” y reconoce el gran impacto que tiene en el desarrollo económico y en el bienestar. El coste anual de los problemas de salud mental asciende a aproximadamente 2,5 billones de dólares, y se prevé que aumente hasta los 6 billones en 2030 (WFMH 2017).

En el mismo informe se afirma que:

- El **10%** de la población empleada ha faltado al trabajo por depresión alguna vez.
- El **50%** de las personas que sufren depresión no son tratadas.
- El **43%** de los gerentes desearían tener mejores políticas.
- Aquellos que sufren dificultades mentales en el lugar de trabajo no se suelen sentir lo suficientemente seguros como para hablar de ello, a pesar de que es algo que le puede pasar a cualquier persona.
- Los síntomas cognitivos propios de la depresión, como las dificultades en la concentración, toma de decisiones y los problemas en la memoria están presentes en el **94%** del tiempo durante un episodio depresivo, lo cual deteriora la funcionalidad y la productividad en el trabajo.
- Se pierde una media de **36** días de trabajo cada año a causa de la depresión.

En España el trastorno depresivo es la primera causa de incapacidad temporal y también ocupan el primer puesto en cuanto al tiempo medio de duración de las bajas que se sitúa por encima de los **100** días.



Como la mayoría de las afecciones que tienen que ver con la salud, la detección temprana y el tratamiento efectivo disminuyen la gravedad y el impacto de la enfermedad.

Por ello, las organizaciones que desarrollan programas de detección, promoción y apoyo del bienestar emocional de las personas trabajadoras, contribuirán a mejorar la salud y el desempeño laboral de sus empleados y empleadas y, por tanto, a la productividad y beneficio económico.

Será más fácil y efectivo a la hora diseñar programas de salud mental en las organizaciones si entendemos que el trabajo y la depresión tienen una **influencia recíproca**, de doble dirección. Si observamos las estadísticas de suicidio en personas trabajadoras, vemos que en primer lugar se encuentran los profesionales sanitarios y en segundo lugar, inmediatamente después, las personas en situación de desempleo.

El trabajo como causa de problemas de salud mental

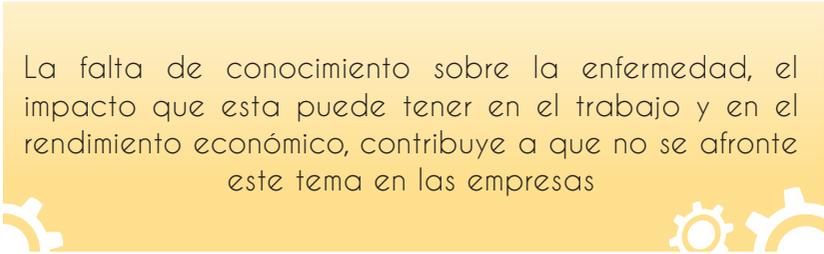
El entorno laboral puede ser un elemento desencadenante de un proceso depresivo, cuando las condiciones laborales representan un riesgo para la salud mental en personas con cierta predisposición, vulnerabilidad o circunstancias personales. Por ejemplo, el acoso o la inseguridad laboral y el riesgo de perder el trabajo pueden dar lugar a una depresión.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) fue el primer organismo en manifestar que hay **factores psicosociales** que, de alguna manera, favorecen la situación de depresión en el trabajo. Determinó que estos factores son de distinta naturaleza



y comprenden las condiciones organizativas y de contenido, medioambientales y relacionales del trabajo, y su interacción con las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su vida personal (OIT/OMS, 1984).

La falta de conocimiento sobre la enfermedad, el impacto que esta puede tener en el trabajo y en el rendimiento económico, contribuye a que no se afronte este tema en las empresas



La depresión se podría confundir con otras situaciones disfuncionales que se pueden presentar en el trabajo, por eso siempre es mejor acudir al médico de atención primaria o al de salud laboral, de cara a obtener un diagnóstico claro y unas indicaciones o tratamiento adecuado.

Algunas consecuencias de los riesgos psicosociales en el trabajo que pueden derivar en depresión, o agravar un trastorno afectivo previo, como el estrés laboral y el burnout (WFMH, 2017).

El estrés laboral se produce cuando las demandas del trabajo no se adaptan a las necesidades y expectativas o sobrepasan las capacidades y el control de la persona trabajadora. Los aspectos personales relacionados con la personalidad, vulnerabilidad, creencias, estilos de afrontamiento, etc. van a determinar el grado de afectación que estos estresores, que tienen origen en la organización del trabajo, afecten en mayor o menor grado a los y las trabajadoras (OIT, 2016).



El síndrome de burnout o “síndrome de estar quemado por el trabajo”, es una patología derivada también de la interacción de la persona trabajadora con unas determinadas condiciones psicosociales nocivas que se están produciendo en el trabajo.

En el desarrollo de burnout están muy presentes las exigencias de tipo emocional a la que están sometidos los trabajadores y trabajadoras. Se da con mayor frecuencia en actividades profesionales en las que hay un contacto estrecho con otras personas y los trabajadores/as afectados sienten que ya no pueden dar más de sí a nivel afectivo.

Ambas patologías tienen consecuencias negativas tanto en las personas como en las empresas ya que derivan en absentismo, altos niveles de rotación, disminución de la productividad y calidad, pérdida de empleo, pérdida de calidad de vida, gasto sanitario, etc.

Esta situación puede afectar drásticamente la salud física y mental, pudiendo conducir a la depresión y a otros problemas de salud como las enfermedades del corazón, los derrames cerebrales, la obesidad, los trastornos alimenticios, la diabetes y distintos tipos de cáncer.

Una vez que ha quedado demostrada la relación entre la exposición a los riesgos psicosociales derivados del trabajo y el desarrollo de trastornos mentales en las personas trabajadoras (Duchaine, 2020), hay que recordar la obligatoriedad de las empresas de proteger a las personas trabajadoras de los riesgos laborales que puedan tener consecuencias negativas sobre su salud, tanto física como mental, establecida en la **Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL)**.



En este sentido, la evaluación de riesgos debe incluir un análisis profundo de las condiciones de trabajo de carácter psicosocial, identificando los factores de riesgo y estableciendo medidas preventivas que eviten el daño.

El trabajo como herramienta de recuperación

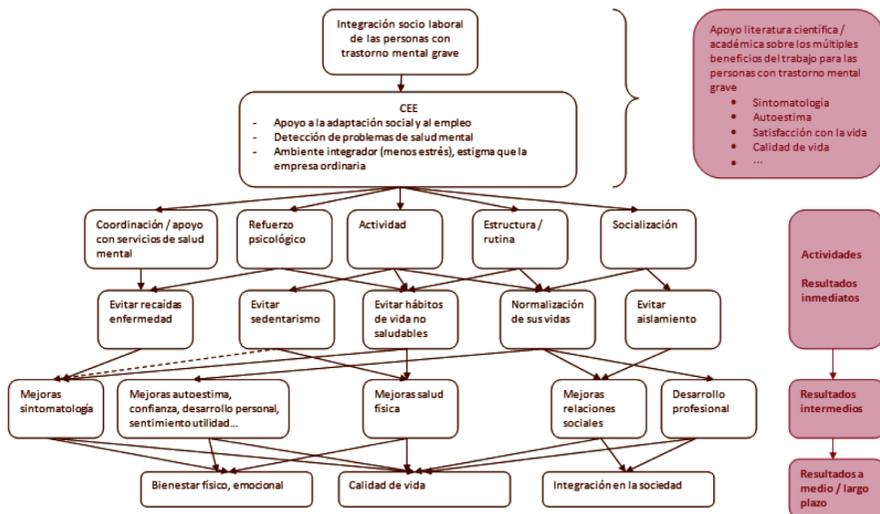
Por otra parte, tener un empleo tiene efectos protectores frente a la depresión, al ser un elemento de integración social y proporcionar la seguridad económica necesaria para llevar adelante un proyecto de vida.

La actividad laboral puede ser clave en la recuperación de las personas que sufren un trastorno depresivo, ya que podría contrarrestar los sentimientos negativos y de incapacidad de la persona con sintomatología depresiva, al devolverle una concepción más positiva de sí misma, en relación a su propia autonomía y capacidad.

El empleo es crucial a la hora de promover tratamientos, sin embargo las estadísticas muestran que el 82,4% de las personas con problemas mentales severos, están desempleadas o inactivas (INE, 2019).

Para abordar estos problemas es necesario hacer partícipes a las empresas, defensores de los derechos legales, profesionales de la salud mental, familias, usuarios de servicios y demás entidades y personas con el fin de ofrecer un empleo significativo a aquellas personas que sufren enfermedades mentales.

En el año 2015, **Feafes Empleo** y **Fundación Empleo y Salud Mental**, promocionaron un estudio elaborado por Ecodes y Alter Civites, con la colaboración **Janssen**, para medir el retorno económico y social de los Centros Especiales de Empleo del ámbito de la salud mental. El resultado obtenido arrojó un valor monetario de retorno directo e indirecto de **5,15 € por cada 1 € invertido** en el empleo de las personas con problemas de salud mental a través del empleo protegido, de cuales 0,88 € repercuten directamente en el poder adquisitivo de las personas trabajadoras con problemas de salud mental y 0,46 € corresponden al valor monetario de mejora de su calidad de vida.



Fuente: Medición del Retorno Económico y Social de las Entidades Adheridas a Feafes Empleo Mediante la Aplicación de la Metodología SROI -Social Return On Investment. 2015

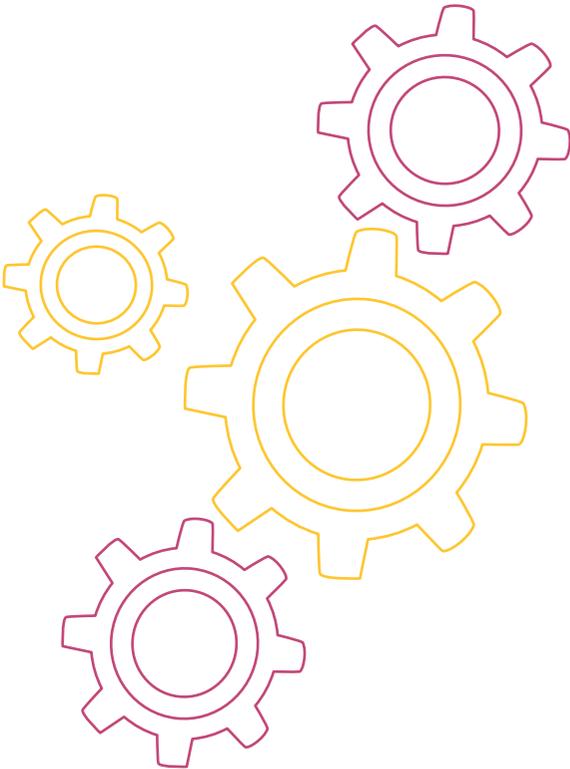


El entorno laboral, además, es un espacio favorable para establecer relaciones y redes de apoyo social y para la detección temprana de síntomas. Las personas cercanas pueden detectar con mayor probabilidad las señales que indican que puede existir un problema asociado a un trastorno afectivo. Estas señales de alarma podrían ser, simplemente, cambios en ejecución y calidad del trabajo, cambios en el aspecto físico y autocuidados, o la aparición y persistencia de una conducta poco habitual en la persona, que guarden relación con los síntomas que se han descrito de irritabilidad, apatía, enlentecimiento, etc.

La identificación precoz del problema, añadido al seguimiento coordinado entre el servicio de salud laboral, atención primaria y salud mental, puede suponer una red de apoyo fundamental para mejorar el pronóstico en la recuperación.

Se estima que al menos el 80% de las personas que sufren alguna de las formas más graves de depresión, mejoran de forma significativa con un buen abordaje terapéutico, podrá reincorporarse al trabajo y volverán a alcanzar su nivel normal de funcionamiento previo, en un período de dos a tres meses (Mingote, 2009).

En esta reincorporación podría ser beneficioso el seguimiento por el área de vigilancia de la salud y la adopción de medidas encaminadas a facilitar la adaptación a las tareas y crear un ambiente social abierto e inclusivo.





4. ¿Cómo afecta la depresión en el desempeño y equilibrio ocupacional?

Cuando el ser humano hace cosas, muestra una extraordinaria gama de capacidades para su desempeño. El desempeño ocupacional requiere de movimientos corporales finamente coordinados, esto exige que la persona anticipe, planifique y observe lo que sucede, haga ajustes y decida que hacer luego. Además, requiere que participe y se comunique, coordinando las acciones y compartiendo información con otros. Esto supone acciones físicas, cognitivas y sociales.

Ann A. Wilcock defiende que el bienestar psicológico y social, aspectos esenciales en el concepto actual de salud, está vinculado a la capacidad del ser humano de desarrollar ocupaciones socialmente valoradas.

La depresión es una enfermedad muy compleja, que depende mucho de cada persona, pero en general podríamos decir que una de las áreas que se ve más afectada es el desempeño ocupacional, la persona tiene dificultad para realizar tareas que antes le podían resultar fáciles.

“Sientes cansancio mental, te resulta difícil concentrarte, tienes sueño pero al mismo tiempo sensación de no haber descansado, y creencia de autosuficiencia, yo solo podré salir de esto...”

Miguel Ángel



El no reconocimiento de los síntomas hace que se tarde en pedir ayuda y que cada vez el desempeño de la persona en las tareas que realiza cotidianamente (auto cuidado personal, tareas domesticas, compras, participación social, ocio...), o las actividades laborales se empiecen a ver comprometidas, actividades que de alguna manera suponen un vínculo con el entorno. Estas actividades están relacionadas con los diferentes roles que desempeñamos: ¿qué se espera de mí en cada momento? Cuando estos roles se van perdiendo, la persona no cumple con las expectativas que los demás esperan de ella y tiene sensación de pérdida de capacidad: “no doy lo que esperan de mí”. Esa pérdida en el desempeño de las ocupaciones que normalmente la persona venía desarrollando, o la pérdida de satisfacción al realizarlas, genera una baja autoestima y percepción de incapacidad.

Estos roles que la persona deja de desempeñar en ocasiones son asumidos por otros miembros de la familia, produciendo una situación de mayor adversidad y desequilibrio, en la que resulta afectada la persona con depresión, que ve como su rol en la familia, en el trabajo, en la sociedad es asumido por otros; y en quien lo asume como una carga que no le corresponde.

A diferencia de otras enfermedades, puede que externamente no se note nada, por lo que se produce una exigencia del entorno para que la persona se comporte como lo ha hecho siempre.

“Te sientes más lenta, con debilidad, pero haces lo posible para que no se te note, hay una exigencia externa para que todo siga igual, “se te ve muy bien”, ignorando el problema, como si por decirte que te ven bien ya fueses a estar bien”

Ana



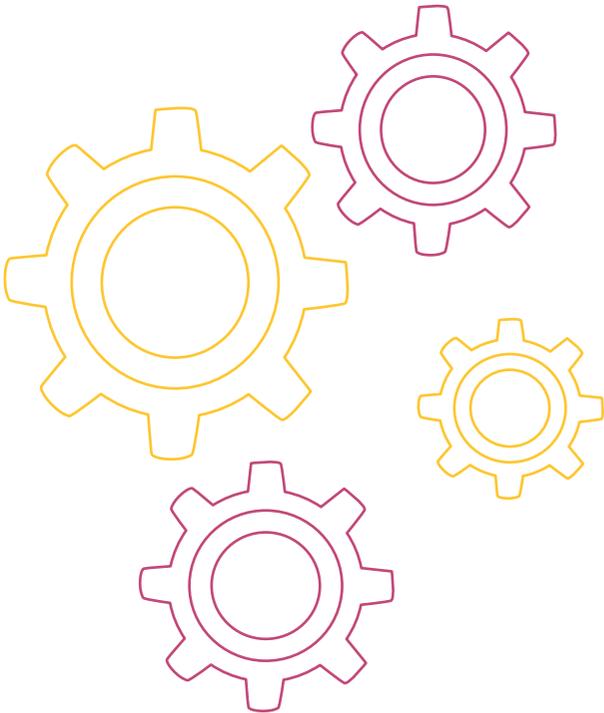
El Equilibrio Ocupacional, según lo define **Petra Wagman** (Occupational balance as used in occupational therapy: a concept analysis, 2012), “es la percepción o experiencia subjetiva que las personas tenemos de cuál es la cantidad adecuada de ocupaciones, la correcta variación entre las mismas y la satisfacción que sentimos con el tiempo dedicado. Cuando hay una buena función ocupacional la persona mantienen un equilibrio entre las actividades de autocuidado de su vida diaria (higiene, alimentación, cuidado de la familia, compras, finanzas...) su ocio y su trabajo. Cuando esto no es así, estaríamos hablando de una “disfunción ocupacional.

El Equilibrio Ocupacional supone el desarrollo de rutinas diarias equilibradas, realizando ocupaciones que sean significativas, ajustadas a las capacidades y necesidades, teniendo en cuenta los intereses personales y las demandas del entorno en que vivimos (trabajo, familia, sociedad). Esto no implica que cada actividad precise el mismo tiempo de dedicación”

Uno de los primeros síntomas de la depresión es la aparición de un desequilibrio o disfunción ocupacional, las expectativas sociales, lo que los demás esperan de la persona y las necesidades propias no están cubiertas.

“Te obsesionas con que tienes que hacer cosas, todo el mundo te dice que tienes que hacer cosas, pero tú no puedes hacer nada, esa es la palabra, NADA”

Ana





5. *¿Como afecta la depresión a nivel laboral?*

Nuestro estilo de vida hace que estemos sometidos a altos niveles de estrés. Estas condiciones de vida, interactuando con otros factores sociales, psicológicos y biológicos y situaciones vitales adversas, pueden ser la causa del aumento de la incidencia de los trastornos depresivos en los últimos años. A nivel laboral, la depresión supone la primera causa global de incapacidad temporal en el trabajo en España (Calvo, 2009).

Como vimos en capítulos anteriores, la depresión se caracteriza por un estado de tristeza profunda, irritabilidad, pérdida generalizada de interés, anhedonia, exceso de somnolencia o insomnio, apatía, desesperanza, falta de concentración, indecisión, problemas de memoria, etc. Además, se puede dar en ocasiones una cierta alteración del sentido de realidad y de la percepción del tiempo.

La depresión afecta al manejo y gestión del tiempo y a las demandas interpersonales más que a las demandas físicas aunque también se producen disminución del rendimiento en la velocidad psicomotora (Roca, 2015). El rendimiento mejora a medida que remite la enfermedad aunque algunos síntomas pueden persistir tiempo después.



La falta de conocimiento sobre los trastornos de salud mental contribuye a percibirlos a partir de ideas preconcebidas y mitos. Las personas trabajadoras tienen que decidir si exponer su situación abiertamente y enfrentarse a esos prejuicios o, por el contrario, ocultarlo y evitar las consecuencias que pueden suponer la discriminación en la carrera profesional o incluso la pérdida del puesto de trabajo.

Las barreras para buscar ayuda y tratamiento ante los síntomas de una depresión, a causa del miedo, probablemente fundamentado, a sufrir algún tipo de discriminación laboral fue la razón por la que la OMS puso en marcha para el Día Mundial de la Salud de 2017 (7 de abril) una campaña enfocada en la salud mental en el lugar de trabajo con el eslogan: «**Depresión, hablemos**». La campaña apela a la creación de entornos de trabajo adecuados y de confianza para que las personas puedan buscar en sus empresas el apoyo social como herramienta fundamental para iniciar la recuperación y evitar las repercusiones económicas que hemos mencionado.

Vamos a tratar de identificar los distintos puntos de vista de la depresión en el lugar de trabajo:

1. Cómo se siente la persona trabajadora con depresión
2. Cómo perciben los equipos a los compañeros y compañeras con depresión
3. Cómo afecta a la empresa tener empleados y empleadas con depresión
4. Cómo afecta a los cuidadores y cuidadoras en su trabajo

5.1. La persona con depresión

La persona siente que su productividad está bajando, acude al trabajo, pero este no le satisface, le cuesta involucrarse o incluso concentrarse en la tarea. Se va convirtiendo en una persona insegura, pudiendo aparecer pensamientos negativos con relación a su efectividad. Su forma de relacionarse también se puede ver afectada, así como sus hábitos de alimentación, descanso e higiene, con el consiguiente deterioro del rol social.

Al principio puede aumentar la implicación en el trabajo para contrarrestar el sentimiento de culpa por la autopercepción de incapacidad, pero si la depresión se agrava aumentará la conducta de evitación y abandono.

La diferencia de lo que sucede con otros problemas de salud, que la tendencia es a contarlo en el trabajo, las personas con un problema de salud por depresión es el último lugar donde los contarían. El miedo a la pérdida del puesto de trabajo, a ser prejuizados por los compañeros o incluso por los superiores.

Según la Auditoria del Impacto de la Depresión en el Trabajo (IDeA, por sus siglas en ingles) cuyo objetivo era concienciar sobre el impacto de la depresión en la capacidad para trabajar, en la encuesta que realizó en 2014 reveló que el 58% de los trabajadores con depresión no lo mencionaron a sus jefes (WFMH, 2017).

Por lo tanto, el desconocimiento para identificar que se puede estar pasando por un proceso depresivo y el temor a las consecuencias en el trabajo podrían ser las principales razones por la que se tarda en pedir ayuda.



El tiempo no es un buen aliado cuando se está pasando por un proceso depresivo, cuanto más se tarde en solicitar atención sanitaria, más afectará al desempeño sociolaboral al agravarse las conductas de aislamiento, irritabilidad, evitación del contacto social, abandono, alteración del juicio, enlentecimiento, desmotivación, absentismo, etc.

Cuando la persona recibe el tratamiento adecuado, los síntomas de la depresión comienzan a disminuir al tiempo que mejora su desempeño sociolaboral y se incrementa su rendimiento.

5.2. El equipo

Los compañeros y compañeras de trabajo pueden percibir un mayor aislamiento, menor interés por el trabajo y una bajada del rendimiento, pero no siempre lo asocian a un proceso depresivo mayor, culpando a la persona por esta actitud, que de alguna manera les acaba repercutiendo en su propio trabajo.

Los síntomas de una persona con depresión mayor pueden ser percibidos por sus compañeros o superiores como indiferencia, falta de compromiso y desapego, despiste o distracción, falta de puntualidad, lentitud y dilatación de los tiempos, inseguridad, dejadez, insociabilidad, etc.

Este desconocimiento contribuye a que la persona que está pasando por una depresión, lejos de recibir ayuda, sienta el trabajo como un lugar más hostil, acrecentando los síntomas.



Si notamos estos cambios en nuestro o nuestra compañera de trabajo, es importante no pasarlos por alto, es necesario acercarse y ofrecerle ayuda para que, cuanto antes, acuda a su médico. En muchas ocasiones es más fácil que estos cambios los perciban los compañeros de trabajo antes que la propia persona o la familia.

La atención temprana evita sufrimiento y mejora el pronóstico.

5.3. Los empleadores

Para el empleador, el trabajador o trabajadora con depresión está asociado al absentismo, a las bajas por incapacidad temporal y a la pérdida del rendimiento laboral, por lo que lo perciben como un coste económico imprevisible e incuantificable.

Es necesario que el empleador conozca la depresión como un problema de salud mental con categoría de pandemia que afecta o puede afectar a un porcentaje de la población tan elevado que no se puede eludir ni pasar por alto. Que afecta a todo tipo de personas de cualquier edad y estatus socioeconómico y que nadie está a salvo de verse afectado en algún momento de su vida por un proceso depresivo.

La prevalencia de depresión es el doble entre quienes se encuentran en situación de desempleo (7,9%) y los que están trabajando (3,1%) (Encuesta Nacional de Salud 2017)



Por tanto, es necesario que los empresarios entiendan que apoyar la identificación temprana de la depresión en sus organizaciones, como la de otros problemas de salud mental, facilita el acceso a la atención y tratamiento, por lo que dedicar recursos para la **promoción y prevención** de la salud mental pasaría de ser un gasto a ser una inversión.

Es necesario que las personas responsables promuevan la comunicación e información entre los empleados y empleadas para que no sientan temor a las consecuencias por hablar de sus problemas de salud mental.

Realizar una correcta evaluación de los riesgos psicosociales en las organizaciones es una estrategia fácil y accesible para reducir los problemas de salud mental derivados de la organización del trabajo, pero también para detectar y apoyar a aquellos trabajadores y trabajadoras que está pasando un proceso depresivo que no está siendo adecuadamente tratado.

La estrategia de prevención de riesgos laborales podría incluir en los protocolos de vigilancia de salud revisiones rutinarias para la detección temprana de la depresión. Se estima que cuando la depresión se detecta pronto y es tratada, se reduce el absentismo laboral de un 40% a un 60% (American Psychiatric Association, 2020, workplacemantalhealth.org/Mental-Health-Topics/Depression).

“Hay mucha gente que estaría dispuesta a renunciar a un aumento de sueldo a cambio de trabajar en una empresa donde se garantice que se aceptará su enfermedad mental”

Adam Shaw



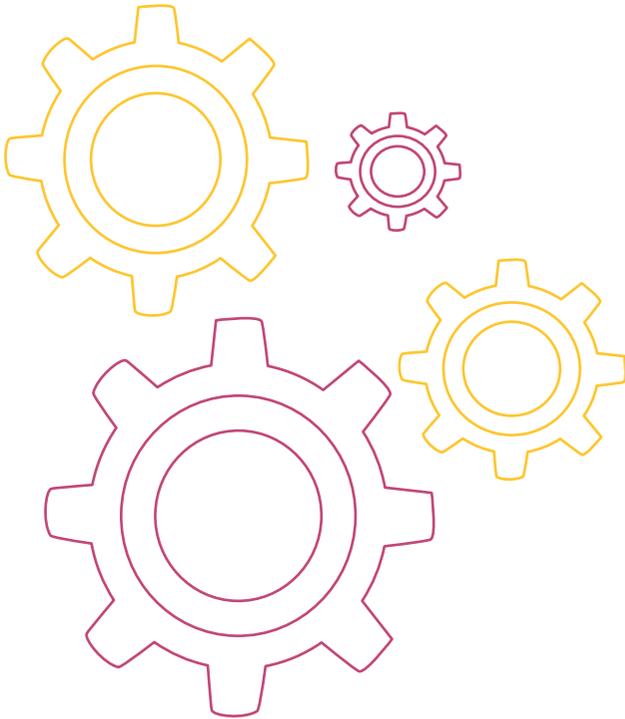


5.4. Las personas trabajadoras que son cuidadoras principales

A menudo nos olvidamos de las necesidades de los cuidadores y las cuidadoras principales de las personas que están afectadas por una depresión, cómo lo viven las familias y cómo afecta a su vida profesional.

Las personas cuidadoras tienen que conocer sus derechos, saber en qué medida se les apoya legalmente para poder ser cuidador o cuidadora sin perder el trabajo. Los cuidadores que son capaces de compaginar el cuidado con el trabajo tienen una mejor calidad de vida y una mejor autoestima.

La misma situación que definíamos para las personas trabajadoras con depresión puede hacerse extensible para sus cuidadores y cuidadoras. Hablar sin miedo acerca de la depresión, de su función como cuidador/a, permitir que los compañeros formen parte de su red de apoyos y que sus superiores entiendan la situación que está viviendo para que, desde las organizaciones, se puedan aplicar medidas de conciliación para atender las responsabilidades de cuidados familiares antes de que estas lleguen a afectar a su desarrollo laboral.





6. ¿Cómo es el proceso de recuperación en la depresión?

Fegún la OMS, aun existiendo cada vez tratamientos más eficaces para la depresión, más de la mitad de las personas con depresión en todo el mundo no recibe ningún tratamiento (en algunos países llegan al más del 90% sin tratamiento) ¿A qué se puede deber esto? Algunos expertos señalan algunos aspectos como:

- Falta de profesionales especializados.
- La estigmatización que aún tienen los trastornos mentales.
- Evaluaciones clínicas inexactas.
- La tardanza en reconocer los síntomas y pedir ayuda.

Geoff Shepherd (2008), habla de que “la recuperación consiste en construir un proyecto de vida que se aleja de la patología y la enfermedad y se acerca a la salud, la fortaleza y el bienestar. Las personas no se recuperan solas, por ello, el proceso de recuperación está estrechamente relacionado con los procesos de inclusión social y con la capacidad de disfrutar de un rol social con sentido en el medio comunitario y no en servicios segregados”.

El proceso de recuperación conlleva ser capaz de reconocer que está pasando algo y que ese algo es una enfermedad, ser capaz de superar el estigma y sobretodo el autoestigma que suele ir asociado y tratar de que la depresión interfiera lo menos posible en tu proyecto de vida, aunque, en ocasiones, puede pasar por plantear



de nuevo ese proyecto. Esto supone afrontar la situación, plantear cambios, aceptar ayuda, etc. un gran esfuerzo de la propia persona para lograr la recuperación.

¿Cuándo y cómo pedir ayuda?

La ayuda la puede pedir la propia persona pero no siempre es la primera en percibir cambios. Las personas que están en su entorno pueden detectarlo y en ese momento es muy importante ser capaz de reconocer que algo le está pasando, “no es la de siempre”, y hablar con ella, facilitarle que pueda expresar lo que le sucede.

Es necesario recordar que la depresión es una enfermedad grave, por lo que hay que darle la importancia que tiene, minimizarla o justificarlo solo logrará tardar más en empezar el proceso de recuperación.

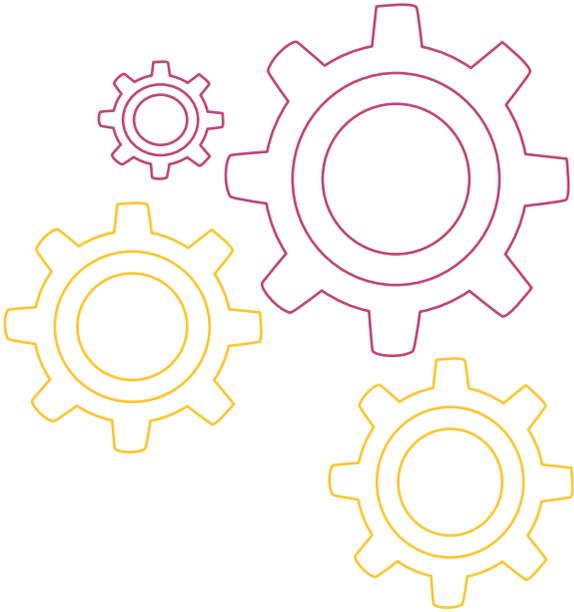
- Buscar una situación cómoda, no forzada e intentar que la persona cuente cómo se siente, no abusar de las preguntas y menos de las preguntas cerradas (ej. pregunta cerrada ¿estás bien?), es decir preguntas que faciliten el que la persona pueda expresar. Recordar que estamos para escuchar.
- Empatizar con lo que nos cuente, sin entrar en enjuiciamientos, justificaciones o remedios. Lo importante es que la persona entienda que se le puede ayudar y que en ese proceso va a estar acompañada.

- Apoyarla en la decisión de acudir al especialista, indicándole los pasos a seguir empezando por Atención Primaria, para que su médico valore la necesidad de atención especializada y la situación laboral.

El proceso de recuperación no es un periodo corto, suele ser un periodo largo en el que es muy importante que la persona no se sienta sola, pero es importante conocer cómo damos el apoyo y que este no se convierta en una exigencia que traslade más impotencia a la persona. Al igual que a una persona con una amputación de miembro inferior no le pediríamos que corra, a una persona con una depresión no le podemos estar continuamente diciendo que haga cosas.

La recuperación es una carrera de fondo en la que, poco a poco, la persona va recuperando tareas, roles, actividades, pero también tendrá que valorar cuáles ya no quiere hacer y si hay otras nuevas que quiere explorar. Para ello, ayuda hacer una lista en la que cada día la persona se proponga una pequeña tarea a realizar, no importa lo sencilla que ésta sea, y si la puede hacer sola o mejor acompañada.

Es importante que la persona acuda a su médico de Atención Primaria o a su médico de Salud Laboral y le exprese cómo se siente. El profesional podrá hacer un diagnóstico y establecer el tratamiento y apoyos que la persona precisa. Cuanto antes empiece la intervención mejor será el proceso de recuperación.





7. *¿Cómo ayudar a una persona con depresión en el trabajo?*

Sos programas sobre depresión deben ayudar a concienciar a empleadores y empleados en la importancia de su gestión. Son necesarias políticas internas de actuación, así como la identificación del objetivo estratégico prioritario para prevenir la depresión, para detectar cuando un trabajador puede estar iniciando un problema de depresión y para ayudarle cuando ya está en esta situación.

En general, un buen clima laboral y la concepción de espacios saludables para los trabajadores y trabajadoras a la larga será una inversión para el empleador, pues contribuirá a la salud mental y física de sus plantillas.

Para ayudar a arrojar luz sobre esta oscura realidad cabe afirmar que los empresarios y directivos que ponen en práctica iniciativas para promover la salud mental en el entorno laboral y prestan apoyo a los empleados que padecen trastornos mentales comprueban que, no solo se obtiene una mejora de la salud del personal, sino que también se produce un aumento de la productividad.

Cuando no se tratan los síntomas estos se cronifican y hacen que el pronóstico sea peor, por eso es muy importante, a parte de generar espacios saludables, ayudar a la persona trabajadora a reconocer estos síntomas y recibir ayuda cuanto antes. Tener un buen servicio de salud laboral es de gran ayuda para los empleados y para la empresa.



Como se ha explicado en anteriores capítulos, en el entorno laboral puede haber numerosos factores que afecten a la salud mental del trabajador. Diferentes estudios han puesto de manifiesto que estos factores de riesgo psicosocial presentes en las organizaciones representan una mayor parte de riesgo, por encima de los factores de vulnerabilidad individual. Por lo tanto, la labor preventiva habría que hacerla principalmente sobre los riesgos laborales y la

“Necesitas recuperar el control sobre ti mismo, para ellos es muy importante: hablar de lo que te pasa, establecer rutinas, una buena alimentación, no abandonar el tratamiento y cuidarte”

Miguel Ángel

mejora de la calidad de las condiciones de trabajo, sin perjuicio de complementar los programas de cuidados de la salud mental en el trabajo con acciones que refuercen las herramientas de afrontamiento de las personas trabajadoras.

¿Cómo reducir los factores de riesgo?

Existen varias metodologías para evaluar los factores de riesgo psicosocial en las organizaciones. El método F-Psico del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), determina 9 dimensiones evaluables:

- Tiempo de trabajo.
- Autonomía.
- Carga de trabajo.
- Demandas psicológicas.
- Variedad/Contenido.
- Participación/Supervisión.
- Interés por el trabajador/Compensación.
- Desempeño de rol.
- Relaciones y apoyo social.

El COPSOQ (ISTAS21, PSQCAT21) es otro instrumento público y gratuito validado para la evaluación de riesgos psicosociales en las empresas, que contempla igualmente las dimensiones de exigencias del trabajo, control y apoyo social.

El "**Modelo vitamínico de Warr**" (1990) propone que las condiciones de trabajo en las organizaciones pueden tener efectos positivos en la salud mental y emocional de los trabajadores, pero en grandes dosis, como las vitaminas, se pueden volver perjudiciales. Esto sería así, por ejemplo, si se dejase un control total sin supervisión sobre los empleados o prestando un apoyo social excesivo, donde ambos factores se convierten en algo estresante y abrumador.



Aquí es donde cobra especial importancia el **ajuste puesto-persona** como punto de partida para desarrollar programas colectivos pero de aplicación individual, porque lo que puede ser muy motivador para una persona, puede ser estresante para otra.

Existen numerosos ejemplos de programas de promoción, prevención e intervención en salud mental en las organizaciones, así como Programas de Apoyo al Empleado (PAE) diseñados para atender de manera adecuada a los empleados y empleadas que estén en situación de riesgo o en proceso de algún problema de salud mental o consumo de sustancias.

Para garantizar la eficacia y los resultados de estos programas es indispensable la implicación y el compromiso de los empresarios, directivos, mandos intermedios y del conjunto de la plantilla.

8. Hablamos de depresión

con Ana y Miguel

“Un consejo, no dejes que los pensamientos te obsesionen, pide ayuda”

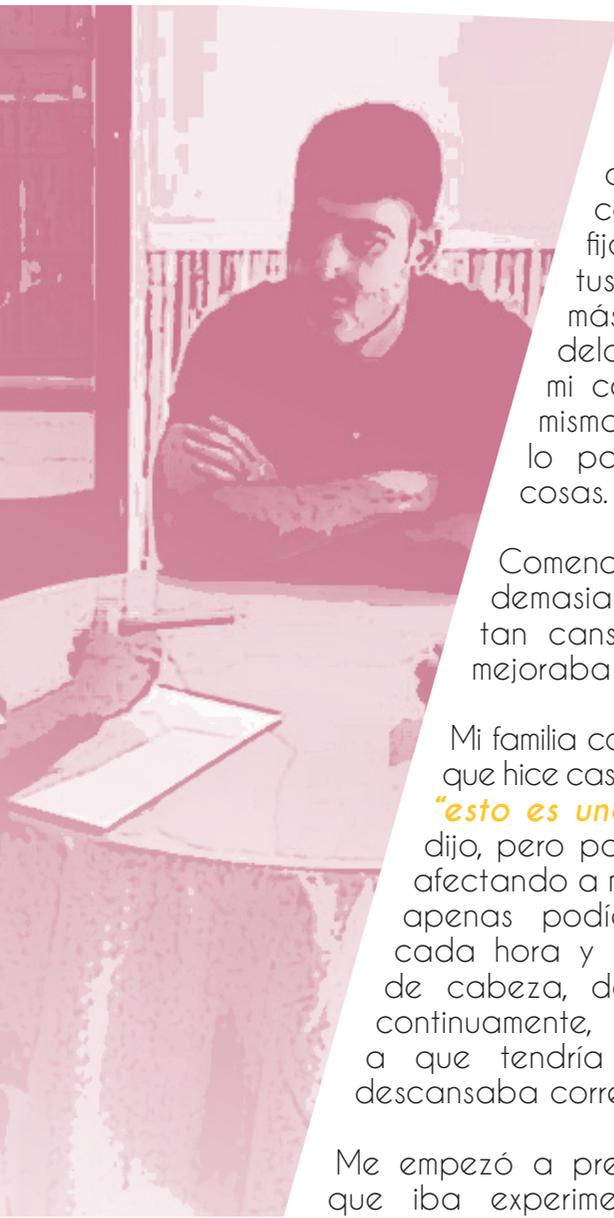
Entrevistadora: *¿Cómo empieza?, uno está yendo a trabajar o a estudiar y notas algo, o es poco a poco, o es sensación, o son miedos o son bloqueos, no sé ¿cómo empezasteis a notar que algo no iba bien? o ¿es alguien quien os lo dice?*

Miguel Ángel: Me sentía sin energía, flojo, era una persona distinta a lo que yo solía ser y a lo que se esperaba de mí. Ahora, visto en la distancia creo que, en mi caso, no puedo decir que ocurriese algo concreto, tal vez un acúmulo, digamos que un poco de

despropósito, y piensa que lo que está pasando es fruto del cansancio, al tipo de vida.

En esos momentos llevaba grupos de fútbol sala, era el responsable de varios equipos de la escuela de deporte para niños y cada vez entrenaba a más grupos, a esto tenía que unir mi trabajo en la fábrica, muchas horas, vas encadenando trabajo, actividad con los niños, otra vez trabajo y así un día tras otro, más implicación, más trabajo, menos descanso.

Al principio en la fábrica era un trabajo que me permitía tener unos ingresos, yo era muy joven. Pero pronto empezó a convertirse en un trabajo monótono, mi día a día en la fábrica consistía en ver pasar el producto, asegurándome de que no tuviese ningún defecto de



fabricación. Tienes mucho tiempo para pensar en otras cosas, estás parado, con la mirada en un punto fijo, viendo pasar el producto, tus ojos se acostumbran a ver más o menos lo que pasa por delante. Empecé a notar que mi concentración ya no era la misma, la mayor parte del tiempo lo pasaba pensando en otras cosas.

Comencé a preocuparme, era demasiado joven para estar tan cansado, tenía 23 años y no mejoraba ni “descansando”.

Mi familia comenzaba a preocuparse, así que hice caso y fui al médico con mi madre, **“esto es una pequeña depresión”** me dijo, pero para entonces ya me estaba afectando a muchos aspectos de mi vida, apenas podía dormir, me despertaba cada hora y media con tremendo dolor de cabeza, después de estar soñando continuamente, por eso yo lo achacaba a que tendría que descansar más, no descansaba correctamente.

Me empezó a preocupar tanto los cambios que iba experimentando, que comencé a obsesionarme, yo era una persona muy fuerte y tenía que salir como fuese de esta situación. Entonces empiezas a tocar todos los palillos, intentas pensar continuamente cómo puedes

salir de ello y al final lo que haces es obsesionarte más y más. Pasé por psicólogos, psiquiatras, cada uno te dice algo diferente, pero esa necesidad de salir de esa situación, de encontrar una solución hace que busques. Recuerdo que llegué a libros de autoayuda y vas repitiendo en la cabeza todo ese acúmulo de consejos. Finalmente te das cuenta que

no hay una receta mágica que lo solucione, tienes que probar y quedarte con aquello que ves que te está ayudando.

Recuerdo que el psicólogo me dijo que tuviese cuidado con los libros de autoayuda, ahora me doy cuenta de que tenía razón, es algo muy grave y es necesario ponerse en manos de profesionales. También me dio otro consejo, que a mi mente, que no paraba de pensar, no le vino nada bien, que era el tema de si te viene un pensamiento negativo, conviértelo en positivo, yo lo comencé a hacer, pero todo el rato, al final no dejas a la mente relajarse y llegar a esa fase de descanso.

Ahora me doy cuenta de que hay que ser positivo en la vida, hay que echar para delante, sobre todo hay que ser realista y no se puede ver todo un mundo de color de rosa, que es lo que hacía algún libro de autoayuda. Te quieres llevar bien con todo el mundo y eso no siempre es posible.

“No me ponía límites, veía que no era capaz, pero seguía intentando hacer las cosas y no lo conseguía, eso me producía una gran frustración”



Ana: Yo, el inicio de la depresión no sé exactamente cuándo fue, o que estaba haciendo, porque me pilló en vacaciones las dos veces y las dos fui al médico. Cuando me intenté suicidar, ya en una fase de mucho agotamiento, y entonces no sé muy bien cuando empezó, pero sí recuerdo que ya había tocado fondo. Pensé *“lo único que me queda es levantarme”*.

Después del ingreso me pasaron a consulta de psiquiatría y de psicología y recuerdo que ésta me dijo: *“ya has tocado fondo, lo único que te queda es levantarte, no tirar la toalla y seguir”*.

Cuando empecé las clases en septiembre u octubre me encontraba muy débil y me costaba mucho hasta buscar el aula donde tenía que ir, me costaba orientarme, me costaba concentrarme, entender lo que decían en clase, y algunos profesores lo interpretaban como falta de interés.

Entrevistadora:

¿Notasteis afectación a nivel cognitivo, es decir a nivel de atención, memoria, capacidad de decidir, o lentitud del pensamiento?

Ana: Más bien, normalmente yo me sentía como si me faltara azúcar o algo así.

Entrevistadora: *¿También cansancio físico, o solo mental?*

Ana: Recuerdo que intentaba ponerme a hacer un trabajo porque había que entregarlo y me presionaban los compañeros de la universidad para que lo hiciese, me ponía delante del ordenador y no era capaz de escribir ni una línea, nada. Los dejé empantanados y me fui a mi casa. Me acuerdo de eso mucho.

Entrevistadora: *¿Notáis presión alrededor, en ese momento en el que uno nota que no es capaz de mantener el mismo ritmo, la misma atención, hay presión exterior, es decir, los demás siguen exigiendo o entienden que está pasando algo?*

Ana: Me culpabilizaba, no era solo que no hiciese mi parte, perjudicaba a mi grupo, a mis compañeros y compañeras. Me preocupaba mucho qué pensarían de mí, seguro que creían que no quería hacerlo, pero lo cierto es que no podía.

Miguel Ángel: Ahí quería yo llegar. Lo primero de lo que debemos darnos cuenta es que tenemos un problema mental, nos agobia el pensar en el problema, más que la enfermedad mental. Lo primero que tenemos que tener claro es que los pensamientos que nos vienen a la cabeza son por la enfermedad, yo pensaba “¿cómo me puede venir ese pensamiento tan malo a la cabeza, a mí?, ¿tan malo soy?”. Tenemos que ver que nuestra cabeza no está bien, tenemos un problema. Si una persona tiene un accidente, le han escayolado las dos piernas, nadie le pide que corra, ni le culpan de que no sea capaz de hacerlo o de que tenga que ir en silla de ruedas. No culpabilicemos y simplemente, eso sí, buscar cosas que nos vienen bien, que nos van a venir bien para recuperarnos mentalmente.

Ana: A lo que me refiero es que yo no me ponía límites, veía que no era capaz, pero seguía intentando hacer las cosas y no lo conseguía, eso me producía una gran frustración, la “culpa” solo era mía. Un trabajador que pasa por esta situación, piensa que su rendimiento haya bajado no es culpa de nadie, sino solo culpa suya.

Entrevistadora: *¿Te sentías en algún momento juzgada por los demás?*

Ana: Sí, porque en mi entorno había mucha expectación de que finalizará las cosas, que finalizara los estudios y a mí me era imposible.

Entrevistadora: *O sea, ¿un alto nivel de exigencia, la exigencia seguía igual que si a ti no te pasará nada?*

Ana: Claro, es que no había cambiado. En clase pues lo mismo, porque yo no conté mi problema a mis compañeras ni nada, les dije que tenía un poco de ansiedad y ya está, entonces la gente no veía que pudiese ser un problema de salud. Además, la gente va a lo suyo, tampoco se paran a interesarse por si te está pasando algo, incluso, si lo hubiera dicho, seguramente que hubieran evitado ponerse conmigo para no tener que cargar con un “peso muerto”.

Miguel Ángel: Ya pero no tenemos que sacar conclusiones, si no lo intentamos no sabremos cómo reaccionarán.

Ana: Pero nunca lo sabré, porque nunca lo dije, aún ahora hay parte de mi familia que no lo sabe, por miedo a cómo me puedan tratar si se lo digo.

Miguel Ángel: Yo lo tenía claro, recuerda que yo me tenía por una persona fuerte y luchadora, pero llegué a aprender que pedir ayuda es un concepto psicológico, que si tú puedes hacer una cosa hazla por ti mismo, pero si necesitas ayuda, pídelas.

O sea, si un trabajador tiene que hacer una tarea entre dos personas no puede ser tan “borrico” de querer hacerlo solo/a, lo que puede conseguir es jorobarse la espalda. Al igual que tienes que intentar en vez de quedarte en el sillón, hacer algo, pero no siempre puede uno solo. Tenemos claro que si tenemos una avería gorda en casa o en el coche y no sabemos nada de fontanería o de mecánica, llamamos al especialista, es decir al fontanero o al mecánico para que nos lo solucione, si lo hacemos sin saber lo que podemos conseguir es que al final el problema sea mucho mayor, de la misma manera, tenemos que ser capaces de distinguir qué podemos hacer por nosotros mismos y en qué necesitamos que nos ayuden. Y aquí, ahora, me viene una palabra que para mí es muy importante y es “equilibrio”. Es un término medio, saber cuándo no lo puedo hacer yo y que eso no afecte a mi autoestima, a ser más independiente, al revés, tienes que pedir ayuda y cuando lo puedas hacer tú pues lo tendrás que hacer tú.

Entrevistadora: *Igual no es como tú quieres...*

Miguel Ángel: Eso es, igual no es como tú quieres, no va a salir igual o no van a poner tanto interés o dejan de hacerlo. Si puedes hacerlo y quieres hacerlo, hazlo, y si no puedes pide ayuda. Ahí has metido la coletilla que para mí es súper importante, porque piensas en muchas cosas, cualquier tema que saquemos ahora seguramente veremos

la palabra equilibrio como término medio, pero tampoco hay que obsesionarse. Equilibrio no significa que tenga que llegar justo a ese punto, que yo también me he llegado a obsesionar, es decir, para llegar al equilibrio hay una franja, no una línea.

Cuando fui por primera vez al médico y me dijo que tenía una pequeña depresión, me recetó unas pastillas y me dijo: “*vuelve dentro de unos meses*”. Pero al día siguiente te ves igual, en la fábrica estaba haciendo un palé, colocando vasos, una bandeja grande, y de pronto te das cuenta de que no sabes lo que has hecho, que altura llevo, y no recuerdas nada de todo lo anterior, de haberlo hecho yo. He estado en mi mundo, he estado tan perdido, podría haber pasado algo en ese tiempo y te invade una gran preocupación. Intentas aprender de lo sucedido, a veces lo consigues y otras veces no.

Todo aquel ambiente no me ayudaba a mejorar, yo tenía 23 años, me querían renovar, me veía con esa edad metido en una fábrica para toda la vida.



Trabajaba noches, fines de semana, lo que es un trabajo a turnos, salía con los amigos y a las dos o dos y media me tenía que ir para casa, los demás seguían de fiesta, dormía dos horas y media y ya tenía que ir a trabajar, los fines de semana que me tocaba de noche ya ni salía, no me veía ahí. El trabajo era muy monótono, muy rutinario, eran ocho horas pasando productos.

Al principio me hicieron un contrato de prácticas, la plantilla estaba muy envejecida, por lo que

yo era de los más jóvenes, podías estar con este contrato hasta dos años, pero no habían pasado tres meses y medio o cuatro y ya me hicieron fijo. Cuando me llegó la carta, en vez de alegrarme al revés, sentí una tremenda tristeza, yo no me veía ahí. Me acuerdo de un hombre mayor, un compañero que me preguntó: “¿No abres la carta?”, y le dije: “no, sé lo que es”. Y no abrí ni la carta, porque prefería no ver lo que esto suponía, por aquel entonces, que encima no estaba bien a nivel personal, ¿cómo le iba a decir a mi familia que no estaba contento, que no quería un trabajo fijo en la fábrica?.

Entrevistadora: *Y que todo el mundo te va a decir “qué guay... enhorabuena”*

Miguel Ángel: Claro, claro, todo el mundo te lo dice. Fíjate, es verdad, porque yo pasé un proceso y ahora estando bien, habiendo pasado por trabajar en un bar como autónomo, sabiendo lo que es trabajar y allí cambiando un poco las condiciones y mi cabeza estando en su sitio, ahora es otra cosa, me siento a gusto.

Hablamos de la vida diciendo qué mala suerte, yo en un momento pedí la cuenta en la fábrica, porque estaban dando un dinero a los que se iban. Cuando ya mejoré de la depresión, tome una determinación, que era no seguir en ese trabajo, así que solicite el poder irme con indemnización.

Ese día que decía “qué mala suerte” cuando me hicieron fijo, pero ahora digo que yo tuve la suerte de que vino



una crisis, estar mejor y poder volver a la fábrica. Me gusta mi trabajo, ya no son esos puestos de solo mirar, estoy en máquinas, soy maquinista, y aquello que decía de “*qué mala suerte tengo*” ya no lo veo igual. Todo depende de cómo miremos las cosas, bueno, no todo, hay ciertas cosas que es cómo miremos y enfoquemos las cosas, si tiras en el fútbol el balón al palo, no es mala suerte, sino que has tirado mal y lo que hace falta es afinar la puntería.

“Si tiras en el fútbol el balón al palo, no es mala suerte sino que has tirado mal y lo que hace falta es afinar la puntería”

Así que un buen día me levante por la mañana y decido volver al trabajo que antes tan mal me sentaba, y en este momento es lo que más me gusta. Lo que peor llevo son las noches por el tema mental y me influye bastante los cambios de biorritmo, pero no lo llevo mal.

Entrevistadora: *Eso me lo habíais comentado los dos, los cambios de ritmo y de horario y de sueño ¿afectan?*

Miguel Ángel: Por lo menos yo en mi mente lo noto y se nota. Cuando estaba mal me levantaba por la mañana, me ponía delante del espejo, me lavaba, me peinaba e intentaba pensar que tendría un buen día. Me iba a la parada del autobús, me montaba en él y ya me metía en mi mundo, me sentaba allí viendo pasar productos y todo el tiempo en mi mundo. ¿Qué estás haciendo? pues lo que estás haciendo es,



tú puedes estar en tu mundo un momento dado, desconectar de la vida y pensar en otras cosas, pero si acostumbras a la mente a eso, te van a venir unos problemas detrás tremendos, como es falta de concentración, problemas con el sueño, porque al acabar tan cansando yo el sueño lo conciliaba enseguida pero seguía durmiendo la cabeza y no estaba tranquilo porque me venía un tremendo sopor, la gente hablaba, yo no cogía nada, de la impotencia de no poder concentrarme llegué a un momento que no era capaz de que me salieran las palabras, no podía hablar, y eso me creaba una gran inseguridad.

Ana: A mí lo que me pasaba era que estaba muy cansada, que necesita descansar mucho y en casa me tiraba casi todo el día durmiendo todo lo que podía. A lo mejor si hacía algún curso de formación estaba en vigilia las horas que duraba el curso, pero luego llegaba a casa y a dormir, desde las dos de la tarde hasta las siete y media del día siguiente durmiendo y así día tras día.

Entrevistadora: *¿Pero llegabas a dormir de verdad o simplemente era una forma de aislarte?*

Ana: No, no, dormía de verdad, dormía más de doce horas diarias.

Entrevistadora: *¿Con medicación para dormir?*

Ana: Sin medicación para dormir, solo tomaba medicación para la depresión, pero no tenía, no me recetaron somníferos ni nada. Era cansancio.

Miguel Ángel: A mí me sucedía lo mismo, lo he llegado a vivir, todavía lo sigo viviendo un poco. Me sentía muy cansando, mi mente no descansaba en condiciones. Una de las cosas que le dije a mi psiquiatra, aunque no siempre es fácil *"mira, me pasa esto, me acuesto pero a la hora y media o dos horas me despierto con un cansancio terrible, con dolor de cabeza"*, claro lo mejor que podía hacer era levantarme, despejarme, hacia estiramientos para relajarme, para volver a sentir sueño. Llegó un momento en que no me sentía descansado ni durmiendo.

Entrevistadora: *¿El cuerpo?*

Miguel Ángel: El cuerpo llegué a no sentirlo, pero el psiquiatra empezó a revisar los diferentes problemas, por ejemplo, para dormir, pastillas para dormir. ¿Qué pasaba? pues que peor todavía, cuando me despertaba a la hora y media o dos horas con el mismo cansancio, me quería levantar para despejarme y luego ya cuando estuviera despejado, más centrado, un poco la cabeza mejor y volverme a la cama, pero resultó ser al revés. Era como si alguien me empujara a seguir durmiendo, y menos mal que me di cuenta de eso porque si no todavía seguíamos ahí tomando pastillas para dormir, el problema no era que yo no conciliara el sueño, que es diferente, sino que no lograba tener un descanso bueno. Probé todo, hice yoga, deje de tomar excitantes como las bebidas con cafeína, pero nada funcionaba.

En mi búsqueda de soluciones dí con una persona que empezó a decirme que tenía que hacer yoga, dormir cerca de una figura con forma de pirámide, que así recibiría energía de descanso. Cada vez era una cosa diferente, como por ejemplo, que al levantarme los días pares tenía que hacerlo con el pie derecho y los impares con el pie izquierdo... **¡Una locura!**



Entrevistadora: *¿Mucho coste económico?*

Miguel Ángel: No, creo que voy cogiendo de cada cosa lo que me puede ayudar, son muchos años con la enfermedad y, aunque no soy médico, he ido aprendiendo que cosas me ayudan y que cosas me perjudican. Como por ejemplo, una buena alimentación.

Un árbol, si tú lo dejas de regar se seca, si no le quitas las malas hierbas lo más normal es que muera, pero si tú le cortas las malas hierbas, le podas, le riegas, vuelven a salir nuevas ramas el árbol digamos que se regenera. Pues igual tenemos que ver que cuando te haces una herida rápidamente se cierra porque sabe el cuerpo que hay un problema.

Creo que en la depresión sucede lo mismo, hay que regarle bien, darle unos buenos hábitos, unas buenas rutinas, un buen tratamiento. Son muchas cosas, muchos factores que pueden ayudar, son caminos que no van a llevar a curarte, pero si van a ayudarte a estar mejor.

Entrevistadora: *¿Estáis hablando un poco más de alimentación, de cuidados, de equilibrio, organizar el sueño, el descanso, la actividad laboral, lo que se tenga, pero ¿creéis que los factores externos y el momento vital de la persona tiene algo que ver? ¿que tal vez en otro momento de la vida la respuesta sería diferente? o ¿lo veis como algo más interno, que da igual que lo externo sea complicado o no?*

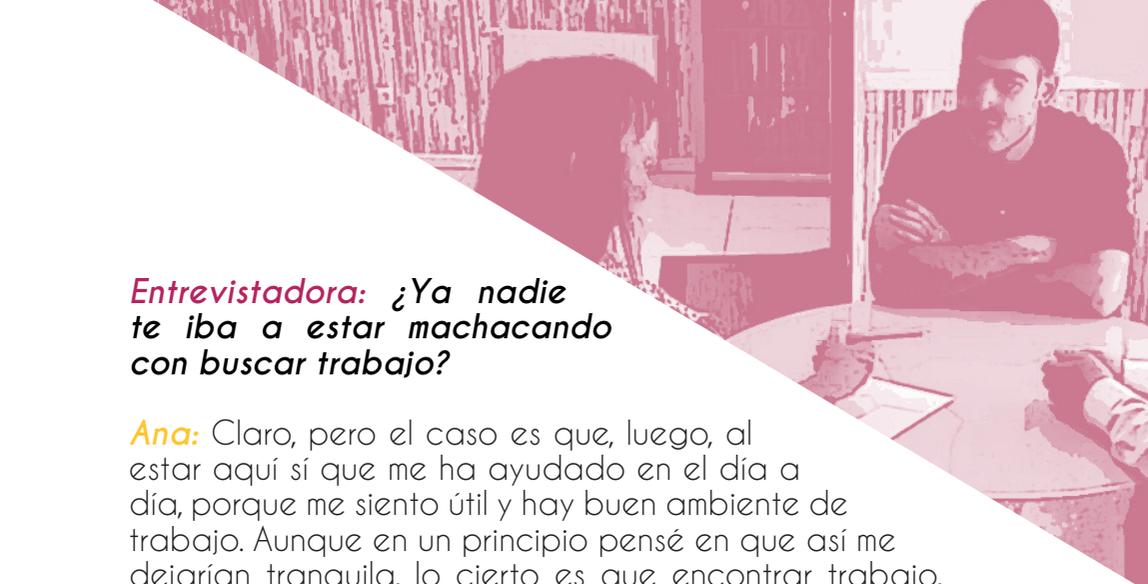
Miguel Ángel: No, decía Del Bosque, y llevaba mucha razón, que depende de las circunstancias. No es lo mismo cuando somos jóvenes y decimos “mira esta gente mayor” o “cómo

han cambiado, cómo eran antes, yo no voy a cambiar nunca”, te cambian las circunstancias al final, cuando tienes un niño o que el niño tenga dos años o tenga ocho, o que en vez de un niño sean dos niños, depende de las circunstancias. Hay una frase que dice “somos lo que comemos”, yo diría que es muy importante, pero hay un paso por encima que es que al final somos lo que pensamos. Tú puedes alimentarte, comer bien, pero al final es lo que tú quieras procesar en tu cabeza y cómo ser y qué camino elegir.

Ana: Yo pienso que el entorno también influye bastante. En mi caso, yo hacía las cosas porque el entorno me las pedía. Me pedía *¿por qué no trabajas?* no buscaba un rendimiento en mí entonces, yo hacía las cosas porque me las estaban exigiendo desde fuera, no porque quisiera hacerlo y si no me hubieran exigido esas cosas quizás no hubiera realizado muchas cosas de las que he hecho.

Entrevistadora: *¿Lo ves como positivo el que te hayan exigido?*

Ana: Pues sí, pero no porque mientras las hacía disfrutase, las hacía con mucha presión y angustia, no por vocación o por realización. Cuando terminaba las cosas me sentía liberada. Cuando terminé la carrera me sentí liberada, como si me hubiera quitado ocho años de encima, cuando por fin encontré este trabajo por fin me encontré también liberada porque ya era un problema menos.



Entrevistadora: *¿Ya nadie te iba a estar machacando con buscar trabajo?*

Ana: Claro, pero el caso es que, luego, al estar aquí sí que me ha ayudado en el día a día, porque me siento útil y hay buen ambiente de trabajo. Aunque en un principio pensé en que así me dejarían tranquila, lo cierto es que encontrar trabajo, este trabajo de recepcionista en un Centro Especial de Empleo, sí que ha sido importante para mí.

Entrevistadora: *Aunque haya sido por presión, un buen trabajo, tal vez eso sea la diferencia, trabajo cuidada o no cuidada ¿no?*

Ana: Claro, he tenido otros sitios donde no me sentía bien. Sentirte entendida, no tener que ocultar nada a los compañeros, a los jefes, me da tranquilidad. No son necesarias explicaciones.

Miguel Ángel: Al principio no quieres hacer nada y, cuando lo dices, todo el mundo te quiere aconsejar, nos sentimos primero un poco presionados pero, cuando lo conseguimos, nos sentimos aliviados porque son puntos fundamentales en la vida. Al final es encontrar un trabajo donde veas que encajas, eso es súper importante por muchos motivos: por sentirte realizado, por poder tener una rutina, ser autosuficiente económicamente...

Ana: Sí, porque eso te genera frustración, o sea a cualquier persona, pero yo tenía una presión excesiva en mi entorno familiar y de mis amistades, porque si hubiera dejado de estudiar pues hubiera tenido que dar muchas explicaciones a muchas personas de porqué había dejado la carrera ¿no? Pero luego resulta que tenía una titulación que no quería usar porque, haciendo las prácticas de la universidad, me di cuenta de que con un niño me manejaba bien pero con veinte me desbordaba y ya no era cuestión de practicar así que me busqué trabajo como monitora de natación y enseñaba niños a nadar de edades tempranas, desde los 3 años hasta los 12. Estuve dando cursillos de natación y me costaba mucho, me tenía que esforzar, no solo explicar lo que tenían que hacer, sino también imponer disciplina, hacerme respetar.

No me sentía cómoda y era una lucha constante, día a día, contra algo que no me hacía sentir bien, por parte de mi jefe tampoco recibí ayuda. No me decía *“pues a mí me funciona este truco”* o *“Ana, yo pienso que a ti esto no te gusta”*, simplemente de vez en cuando me echaba la bronca o incluso si me tenía que poner una persona más de apoyo porque eran demasiados niños, pues se le olvidaba y no me la ponían. O se lo tenía que pedir, no sé... un día se lo pedí y me hizo caso, pero se lo tuve que pedir muy enfadada y llorando desesperada porque casi se me ahoga un niño y con una gran impotencia.

“ahora estoy pensando en retomar el deporte pero no porque me llamen gorda o porque me digan que me conviene sino porque recuerdo que me sentía bien cuando lo hacía”

Entrevistadora: Pero si os fijáis los dos habéis dicho una cosa del trabajo, tú en el trabajo veías pasar esos botes, no te sentías realizado te llegabas a desconectar o no saber qué estaba pasando; y tú, ese trabajo que hiciste, casi forzada por la familia, tampoco te sentías realizada, es más, te hacía sentir mal. Por lo tanto ¿creéis que el tipo de trabajo influye?

Ana: Yo ya no podía más, y te cuesta mucho decir “lo dejo”, sientes que nadie lo va a comprender.

Entrevistadora: Miguel Ángel, tienes en este momento un trabajo en el que te sientes más realizado, como maquinista. Tú, Ana, tienes un trabajo en el que te sientes más apoyada y más realizada, ¿podríamos decir que el trabajo influye o lo veis más como un cúmulo de cosas de las que hablamos?, puede estar la familia, los amigos, las presiones, la edad que uno tiene, no asumes igual las cosas con 23 años que con 40.

Ana: Yo ese trabajo lo dejé porque ya me encontraba muy mal. Todos los esfuerzos que hacía eran inútiles, me obsesioné con mi rendimiento de monitora de natación, pensaba que lo estaba haciendo mal, buscaba entrenamientos en internet, me quedaba nadando una hora o dos horas después de dar clase para estar en forma, adelgacé un montón, me quede en una talla 36 de ropa, y antes usaba una 38-40.

Cuando ya me diagnosticaron la depresión se produjo el efecto contrario. Me había estado cuidando mucho, pues me dio por todo lo contrario, por comer, además comida que sabía que no me beneficiaba, pero era como si no pudiera hacer otra cosa, bollería y todo lo que antes no comía. Engorde 20 kilos.



Miguel Ángel: Le pasa a más personas.

Ana: He tenido que aprender a decir “no” a ciertos trabajos, a decir “no” en determinadas situaciones. Estuve de limpiadora en otro sitio, en una guardería, pensé que como no era atención directa con niños podría estar bien, y muy mal, porque no estaba ni pagada ni agradecida. Era una guardería muy amplia para limpiar y daban pocas horas para hacerlo y encima querían que rellenara un formulario de cuantos cubos había utilizado para limpiar, tiempo, etc. en vez de dejarme a mi aire un poco, tenía que dar cuentas de cómo estaba haciendo mi trabajo. Y todos los días me decían lo que me había faltado por limpiar, que yo ya lo sabía, y todo el rato me estaban presionando sobre el trabajo. En lugar de buscar una explicación de por qué no te da tiempo, era como “*lo tienes que hacer*”. Y el trabajo lo tuve que dejar, lo pasé un poco mal, tampoco demasiado porque no estuve mucho tiempo. Pero ahí me sentí orgullosa de haber dicho que no. En otro momento de mi vida hubiera dicho que sí a todo hasta que me hubiera perjudicado la salud.



Entrevistadora: Si os fijáis, los dos habéis usado la misma palabra “OBSESIONARSE”. Obsesionarse por buscar una explicación, por hacer el trabajo mejor, por ver si soy yo, si es un problema mío o es del trabajo. ¿No creéis que hay una parte de autoexigirse demasiado y además quedarse enganchado en ella, en querer buscar respuestas o soluciones?. Los dos coincidís en que en algún momento de vuestra vida os quedáis como enganchados en el perfeccionismo para buscar una explicación, para saber si es culpa vuestra o es la actividad, es el trabajo que es muy exigente o es que yo no soy capaz de hacerlo, por eso tengo que buscar tutoriales, leer, estudiar, cantar, adelgazar, buscar quien me ayude a cuidarme. ¿Puede haber una parte de sensación de culpabilidad? Y de ser así, ¿creéis que esto sucede en otras enfermedades? ¿una persona con cáncer se plantearía estas cuestiones? Estoy segura de que no todos los profesores de natación se exigían lo que tú te exigías.

Ana: Me exigí tanto que ya llegó un momento en que no podía más, no tenía experiencia laboral y no concebía una baja en el trabajo. No pensé, no se me pasó por la cabeza ir al médico y decir “me encuentro mal, deme la baja”, pues no, aguanté, aguanté y luego ya apareció el brote psicótico, pero eso ya es otro asunto.

Entrevistadora: *¿En qué momento uno dice, “hasta aquí”?*

Ana: En un principio me dijeron que era depresión y luego cuando ya peté y ya dije que dejaba el trabajo, ahí ya fue brote psicótico, porque además se dieron una serie de circunstancias que pensé que mi familia me quería hacer daño, que me querían matar, que en mi ciudad estaban compinchados contra mí, ahí ya se sumó otra enfermedad.

Entrevistadora: *¿Cómo podemos cuidar nuestro pensamiento, nuestro “coco”?*

Miguel Ángel: Es importante tener muy claro los conceptos y para eso hay que trabajarlos. Hay que recordarlos de vez en cuando para que no se nos olviden, conceptos un poquito básicos de psicología, y un concepto básico es que hay mucho miedo, estrés, cosas que no son buenas, desconfianza, más en la familia, en los pueblos, del que dirán, siempre pensando qué pensarán de mí los demás.

Hablabas un poco de este tema, a mí me pasó, en ese sentido, me preocupaba mucho lo que pensaría la familia, me estaba autoexigiendo mucho y tenía miedo a lo que me pudiesen decir, por eso decía lo del equilibrio, el término medio, no todo lo que me van a decir tiene porque ser malo, yo escucho y, perfecto, y agradezco que me den consejos, eso sí son consejos, al final quien toma la decisión eres tú.

*“Pero
ahí me sentí
orgullosa de haber dicho
que no. En otro momento de mi vida
hubiera dicho que sí a todo hasta que
me hubiera perjudicado la salud”*



Ana: Sí, pero es un proceso largo llegar a esa conclusión. He tenido que pasar muchos calvarios por así decirlo para llegar a esa conclusión. Ser capaz de pensar, que me digan lo que quieran, pero yo voy a hacer esto y si soy así feliz y estoy a gusto, pues fenomenal. Ahora estoy pensando en retomar el deporte, pero no porque me llamen gorda o porque me digan que me conviene, sino porque recuerdo que me sentía bien cuando lo hacía y además tengo claro que si lo retomo lo haré de la forma que yo creo conveniente, que no va a ser entrenamiento, a mí me gusta nadar a estilos y ritmo continuo, casi no hacer descansos, pero me gusta hacerlo así y a otra persona la gusta hacer series de 10x50 largos, hacerlo de otra forma como un entrenamiento, como si fueras a competir. A mí me gusta más pensar en mis cosas mientras nado, no sé otra forma, no tipo competición, disfruto pensando. Da igual lo que vayan a pensar de mí. Y tengo otra cosa clara, que me voy a encontrar con mis compañeros de trabajo y, bueno, no tengo por qué dar cuentas, se perdió la relación, eran compañeros de trabajo y no tengo porque dar explicaciones de nada.

Miguel Ángel: Eso, si tú quieres dar una explicación o algo, seguramente será una explicación cuando al final ves que tratas con una persona con la que vuelves a recobrar confianza, porque te sientas a gusto.



Ana: No, tengo claro que, como mucho, va a ser hola y adiós, no voy a dejar que eso sea otra preocupación. Ser capaz de decir “no me afecta”, hacer una actividad que me apetece hacer, aunque estén allí mis compañeros, como mucho que puede pasar que les tengas que saludar, creo que es un proceso ya de mucha maduración, de mucho trabajo personal, porque no es fácil. Llegar a decir “creo que no me afecta, creo que puedo ir” y decirlo desde la tranquilidad, es un trabajo de fondo importante.

Miguel Ángel: Ahí entran ya un poco los miedos, y superar los miedos no siempre es fácil.

Ana: Sí, mi forma de ser es así, siempre he tenido miedo al ridículo, ante la evidencia, al que dirán, y me ha costado soltarme. Me ha ayudado mucho el acudir a **Hospital de Día**, en todas las actividades que hacíamos yo participaba y hablar en público, eso me ha dado tablas para poder afrontar el día a día. Hoy lo agradezco porque en mi trabajo tengo que conocer a muchas personas en breve tiempo y hablarles: “qué tal el viaje”, “cómo le ha ido”, “está contento con la estancia”, ser amable, soy un poco insegura, pero con el tiempo sé que lo superaré.

Miguel Ángel: Eso me pasa a mí. Me pasaba y me sigue pasando, pero claro hay que buscando cómo superarlo, a mí me ha ayudado “la magia”, y decir, lo que hablábamos de los caminos, habiendo pasado lo que hemos pasado, pensando en lo que estamos dejando atrás, las hemos pasado canutas,



nadie se lo imagina, vas aprendiendo a hacer cosas que te ayuden a ir superándolo. Busqué una afición que me hace sentir bien, hago espectáculos de magia, durante ese tiempo me siento otra persona, a través de la magia me relaciono mejor con la gente, la atención no está en mí, sino en la magia, en el espectáculo.

Entrevistadora: *¿Os habéis sentido solos en este camino, para llegar a este proceso de maduración?*

Miguel Ángel: Siempre, yo creo que siempre solo, alguna vez por lo menos, aunque tengas una persona que esté ahí y que te ayuden, siempre te vas a sentir un poco solo, porque al final la otra persona te intenta ayudar, pero no está pasando por lo que estás pasando tú.

Ana: Yo, más que sola, incomprendida, porque no cambiaban de actitud. Mi alrededor seguía igual, la que tenía que cambiar era yo y ellos no tenían que cambiar nada, la culpa era mía que no hacía las cosas como se esperaba, todo se enfocaba a mi rendimiento “no haces las cosas porque no quieres”. Querida me he sentido siempre y sola, había veces que deseaba estar más sola de lo que estaba, porque estaban demasiado encima. Pero he tenido la suerte de llegar al **Hospital de Día**, me han ayudado mucho, estaba con más compañeros y tenía la confianza de que si me pasaba algo podía contar con ellos.

“En la sociedad y más en el mundo laboral, no está bien visto tener una enfermedad mental ...”



“no se me pasó por la cabeza ir al médico y decir ‘me encuentro mal, deme la baja’”

Entrevistadora: *¿Era más fácil hablar con iguales, con otras personas que también tienen un problema y con profesionales?*

Ana: Si, porque sobre todo te sientes comprendida y no juzgada. A mí no me juzgaba nadie cuando iba allí, me dejaban que me expresara y no sentía rechazo ni sorpresa ni, no sé, tampoco indiferencia, sentía que se preocupaban, pero no sé cómo explicarlo, me sentía aceptada de todas las formas.

Miguel Ángel: Aceptada y más fácil que te lleguen a comprender.

Ana: Y luego veías a otras personas que les había pasado lo mismo. Una chica que llevaba tres años en un sofá, sin moverse casi de él, se desentendía completamente de su casa, de sus hijos, tenía una hija pequeña. Y otras personas que les pasaba lo mismo, que decían si yo puedo hacer esto y luego no lo hacían. No lo hacen y pasa un día y otro y otro y al final lo dejan sin hacer. Es una enfermedad muy difícil.

Miguel Ángel: ¿Qué pasa? que al final, fíjate, yo por ejemplo, estaba súper cansando porque no llegaba a descansar por las noches, pero yo me ponía el reloj a las 8 de la mañana y me iba a andar, a dar una vuelta



por la ciudad, porque sabía que al final era lo que mejor me venía. Tenía muchos miedos, miedos que me atormentaban y me hacían dudar de todo. Llegué a pensar que se me había olvidado hablar, así que antes de encontrarme con la gente me ponía a pensar cómo lo tendría que hacer: *“voy a ir a coger el autobús de la fábrica, la gente me va a hablar, me van a decir buenos días, yo tendré que decir buenos días, no sé qué tal, si podré response o no”* ya planteando una conversación antes de que se produjera. Tu mente no para.

Entrevistadora: *¿Como para ensayar?*

Miguel Ángel: Claro, ciertas cosas te producen una presión, unos miedos, que pueden ir cada vez a más, es a lo que me refería al decir que tenemos que saber ser listos y saber decir esto me viene bien esto me viene mal, sé que me va costar un montón, pero sé que esto me viene bien. Sé que la cama, quedarme en la cama y tirarme ahí horas y horas, sé que no me viene bien. Yo me levantaba, no entendía por entonces, pero ya ponía ganas, “yo puedo con esto”, el perseverar. Hay ciertas cosas que te parecen muy importantes y luego surgen otros miedos y estas se quedan atrás, en mi caso mi mayor miedo era encontrarme a personas del trabajo. Esos miedos están ahí, algunos los vas superando y otros los tienes que esquivar, tienes que ser capaz de tener un poco de lucidez en ese sentido, esto me conviene, esto no... cuesta, porque cuesta un montón, no tienes ganas cuando tienes depresión, no tienes ganas de nada, ni energía, pero tienes que decir *“tengo que hacerlo”*, y si no puedes dejarte ayudar.



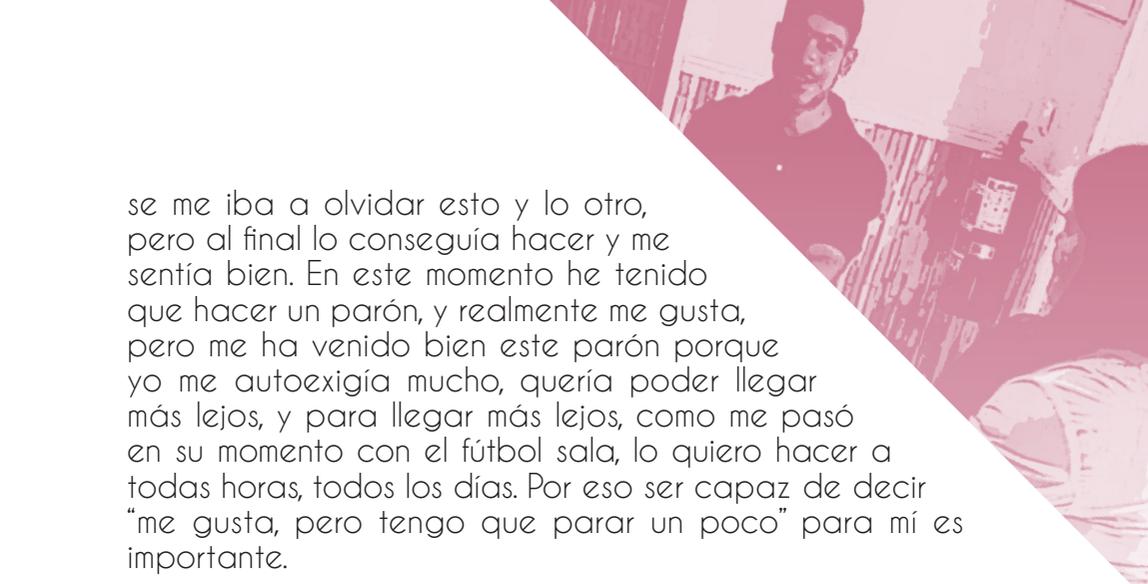
Ana: Yo pienso que para lo mal que lo he pasado y he estado, me he esforzado mucho, que no he dejado de esforzarme, que no he parado de hacer cursos de formación, que terminé la carrera, que me he estado superando, que nunca he estado abandonada del todo.

Miguel Ángel: Yo, por ejemplo, tenía miedo de hablar con la gente y que se complicaran las cosas y no tuviera conversación. Y entonces al final, ¿cómo se trabaja eso? se trabaja saliendo, socializándote, porque al final es que a mí me gustaba. Cuando más he disfrutado en mi vida fue cuando era un niño y en el pueblo,

disfrutaba relacionándome con otros niños, estar fuera de mi casa y jugado continuamente, conociendo y hablando con las personas mayores.

Por eso resulta más difícil entender algunos miedos, me planteé superar ese miedo preparándome mejor, trabajar ese miedo de hablar en público, de llevar un grupo. Yo, por ejemplo, fíjate si te he dicho lo que tenía, que se me había olvidado hablar. Primero me metí a hacer globoflexia, organizando espectáculos con globos y luego con la magia, actuaciones en directo, con público de todas las edades. Cuando comencé con la magia, ¡claro que tenía miedo!, pensaba que





se me iba a olvidar esto y lo otro, pero al final lo conseguía hacer y me sentía bien. En este momento he tenido que hacer un parón, y realmente me gusta, pero me ha venido bien este parón porque yo me autoexigía mucho, quería poder llegar más lejos, y para llegar más lejos, como me pasó en su momento con el fútbol sala, lo quiero hacer a todas horas, todos los días. Por eso ser capaz de decir “me gusta, pero tengo que parar un poco” para mí es importante.

Entrevistadora: *Una parte incluso de aprendizaje, tú, Ana, la has hecho en el Hospital de Día, y tú, Miguel Ángel, la has hecho a lo mejor de otra manera, a través de la magia. Una parte de aprender con lo que tengo, cómo vivo, cómo comparto con otros y otros me devuelven un poco lo que ven, pero luego siempre unido a estas enfermedades hay una parte química, ¿qué valor le dais a la parte química o de farmacología? no sé, cómo lo queráis llamar. ¿Realmente creéis que ayuda? ¿creéis que es solo para un momento de este proceso? o ¿creéis realmente estas enfermedades tiene una parte crónica y que si has tenido una depresión sales de ella, pero eres una persona con más posibilidades de volver a tener depresión?*

Ana: Yo creo que es muy importante, yo tomo la medicación a rajatabla, porque pienso que si me la dan es para ayudarme a mejorar y luego he tenido la experiencia de que mejoré y la primera depresión que tuve me quitaron toda la medicación, lo que pasó fue que un año más tarde volví a enfermar otra vez y tuve que volver a tomar medicación, pero ya vi que si mejoro me la bajan.

Lo veo bien en el proceso. Tienes que hacer caso de la medicación y también de los consejos de los psicólogos y los psiquiatras. Apoyo profesional en todas las partes.

Entrevistadora: *¿Tu experiencia ha sido parecida o no?*

Miguel Ángel: Yo escuché hace tiempo que la psicología y la psiquiatría tenían que ir de la mano. El tema de las pastillas, lo que hablamos un poquito de los conceptos básicos, psicológicos y demás. Luego fui al psicólogo y me decía que todo estaba en mi mente, un consejo malo, la medicación te ayuda, a mí me ayuda.

Ana: Yo siempre lo he visto como un bastón, que te lo quitas cuando estas mejor, o sea, como un apoyo. La medicación como apoyo, pero no puedes basar todo tu esfuerzo en la medicación solo, como diciendo “me he tomado la medicación y ahora me voy a curar”. Tienes que poner de tu parte.

Miguel Ángel: La medicación es importante, te ayuda a tener una buena rutina mental.





Entrevistadora: Yo soy terapeuta ocupacional, damos mucha importancia al equilibrio ocupacional. Cuando una persona que está mal afirma “tengo todas las horas del mundo de ocio”, pero luego cuando ves el ocio que realiza se pueden ver otras cosas, el ocio, es ocio cuando lo disfrutas. No hacer nada no es ocio. No hacer nada es no hacer nada. El ocio es hacer algo que me divierta y programado y organizado. El desequilibrio ocupacional es eso, o tener demasiada actividad que no disfrutas con ninguna o no tener ninguna que tampoco lo puedes llamar ocio, porque al final es tiempo vacío, o tiempo muerto o tiempo... llamamos equilibrio ocupacional a conseguir que lo que hacemos sea satisfactorio para nosotros y nos produzca un beneficio bien sea de placer o de trabajo realizado.

Ana: Pues en ese caso yo creo que tenía un desequilibrio ocupacional, todo mi tiempo libre lo dedicaba a estar en la cama, me era imposible planificar y mucho menos hacer otras cosas.

Miguel Ángel: En mi caso también creo que era un desequilibrio ocupacional, el querer hacer más, mi autoexigencia hacía que cada vez entrenase más horas, más días en semana y eso combinado con el trabajo, no me dejaba tiempo para descansar y el poco que tenía no lo disfrutaba.

Entrevistadora: ¿Os atrevéis a dar algún consejo o recomendaciones a quien esté pasando por un proceso de este tipo?

Ana: Creo que es muy importante poder hablarlo con alguien, pedir ayuda, cuanto antes mejor. Cuidar las rutinas, las tareas

que hacemos cada día, no descuidar la alimentación (que sea equilibrada, en los horarios adecuados, ver las cantidades acorde a nuestras necesidades) hacer cosas que te gusten, que te hagan sentir bien y por último cuidar el descanso, cuanto más regular más nos ayuda.

Miguel Ángel: Estoy de acuerdo en lo que comenta Ana, yo añadiría **no olvidar lo aprendido de lo sucedido**, no caer en los mismos errores, yo tenía solo 23 años. Cuando estas mal te agarras a un clavo ardiendo y lo único que haces es alargar más el ponerte en manos de los profesionales.

Entrevistadora: *¿Si tuvierais que hacer un listado de términos que describan lo que ha supuesto la depresión para vosotros cuales elegirías?*

Ana y Miguel Ángel:

- Cansancio mental y físico
- Dificultades para concentrarse
- Sensación de sueño continuo
- Sensación de no haber descansado después de dormir
- Autosuficiencia “yo puedo con esto”
- Lentitud de pensamiento, incluso de movimientos, de gestos
- Debilidad, miedo
- Pensamiento negativo
- Culpabilidad
- Pensamientos ralentizados
- Obsesiones, le das muchas vueltas a todo
- Alta exigencia externa
- Todo el mundo sabe lo que te pasa y cómo lo tienes que solucionar
- Solucionas todo durmiendo, pero sin descanso.
- Dificultad para llegar al equilibrio



Entrevistadora: *¿Os atrevéis a dar algún consejo a los empresarios o empleadores?*

Ana: Creo que es importante que entiendan que es una enfermedad, que no es un capricho del trabajador, no es una forma de escaquearse del trabajo. Si un día rinde menos o no llegas a tiempo al trabajo, es porque realmente está mal. Como otra enfermedad, tienes derecho a la baja. Insistir en que los médicos de salud laboral hablen con el trabajador o trabajadora de este tema para, si está pasando algo, actuar cuanto antes.

Miguel Ángel: Yo añadiría, aun estando de acuerdo con lo dicho, que se valore la posibilidad de que mientras la persona está pasando por este proceso ver si algún cambio en el puesto de trabajo le podría ayudar. Es importante la valoración de riesgo psicosocial en los lugares de trabajo. Después de una baja, donde en ocasiones no puedes ni descansar, te incorporas al trabajo y ese mismo día ya tienes que rendir al 100% como si no hubiese pasado nada. Sería bueno poder graduar la incorporación al trabajo, combinando la baja con trabajo para que no recaiga todo en el empresario, esta incorporación gradual facilitaría la adquisición de ritmo y favorecería las no recaídas. Con mucha frecuencia pasa que te ves ya algo mejor, te incorporas y a los pocos días tienes que solicitar la baja de nuevo.



“No quieras hacer todo el primer día, empieza por pequeñas cosas, pero proponte cada día algo”

Entrevistadora: ¿Recomendarías decirlo en el trabajo?

Miguel Ángel: Depende del entorno. En un entorno de empleo ordinario creo que es difícil, es difícil que lo entiendan y no lo relacionen a pérdida de productividad, si no van a obtener ningún beneficio, es más probable que contraten a otra persona.

Ana: Yo creo que de momento es difícil, no es igual en el Centro Especial de Empleo, ahí sabes que la mayoría tienen algún tipo de discapacidad y que además cuentan con las Unidades de Apoyo para que te puedan ayudar.

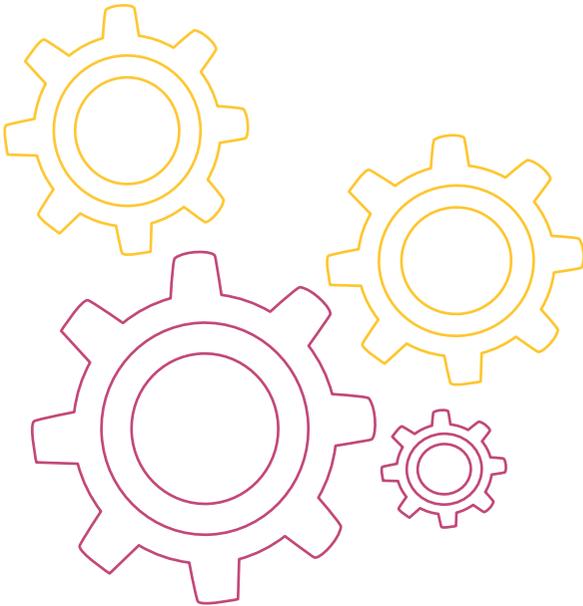
Entrevistadora: Muchísimas gracias a los dos por compartir toda vuestra experiencia, estoy segura que habrá muchas personas que se sentirán identificadas y seguro que cambiareis la visión que algún empleador o empleadora pudiese tener de lo que puede suponer la depresión y el trabajo. ¡¡Gracias!!



Llevaban una semana caminando sin descanso y sin encontrar remedio para la enfermedad de la Emperatriz..... Llegaron a los Pantanos de la tristeza, el que se adentraba en ellos corría el riesgo de que la tristeza se apoderase de él y si eso ocurría se hundía en las aguas cenagosas... "vamos Artax, que te pasa, es muy pesado este terreno para ti, vamos que te pasa, se buen chico, venga hombre, ¿Qué te pasa? Ya lo sé, es muy pesado este terreno para ti y te cuesta... ¡te estás hundiendo!, tienes que luchar contra la tristeza... por favor, no dejes que la tristeza del pantano te hiele el corazón, yo estoy aquí y te quiero... no te rindas por favor, yo no me rindo..."

"La historia interminable"

Michael Ende





9. Glosario

A

Abandonado.- Que es despreocupado en sus actos o descuidado en sus obligaciones o en su aspecto exterior.

Actitud.- Manera de estar alguien dispuesto a comportarse u obrar.

Acomodarse.- Aceptar un hecho o conformarse con él.

Adherencia al Tratamiento.- Cumplimiento u observancia con la indicación terapéutica prescrita, cantidad, frecuencia, plazos, duración, etc.

Afecto.- Sentimiento o emoción hacia algo o alguien.

Agitación psicomotora.- Conjunto de signos y síntomas que se derivan de la tensión mental y la ansiedad. Los signos son movimientos involuntarios y sin propósito; los síntomas son angustia emocional e inquietud.

Agobiarse.- Sentir gran ansiedad y preocupación.

Aislamiento.- El aislamiento social, también conocido como «social withdrawal», se presenta cuando una persona se aleja totalmente de su entorno de manera involuntaria, aunque pueda pensarse lo contrario. La persona que se aísla, recibe menos estímulos sociales, por eso en ocasiones en un primer contacto puede parecer torpe.

Anhedonia.- Es la dificultad para disfrutar de las cosas agradables o experimentar placer.

Ánimo.- Capacidad humana de experimentar emociones y afectos, y de comprender.

Ansiedad.- Sentimiento de miedo, desasosiego y preocupación. La causa de estos síntomas no siempre se conoce. Cuando ya es un trastorno dura por lo menos seis meses y puede cronificarse si no se trata.

Antidepresivos.- Medicamentos que precisan prescripción facultativa. Ayudan a mejorar la forma en que el cerebro utiliza ciertas sustancias químicas naturales. Pueden tardar varias semanas en hacer efecto. Estos medicamentos pueden causar algunos efectos secundarios menores que, en general, no duran mucho tiempo.

Apatía.- Falta de emoción, motivación o entusiasmo. Es un término psicológico para un estado de indiferencia, en el que un individuo no responde a aspectos de la vida emocional, social o física. Se sabe que ciertas sustancias químicas causan síntomas asociados con o desencadenantes de la apatía.

Aptitud.- Capacidad de una persona para realizar adecuadamente cierta actividad, función o servicio.

Atención.- Aplicación voluntaria de la actividad mental o de los sentidos a un determinado estímulo u objeto mental o sensible.

Autoayuda.- Ayuda que una persona se presta a sí misma para superar una situación personal que le afecta psicológicamente. Los libros de autoayuda son una categoría editorial que engloba aquellos sobre crecimiento personal, espiritualidad etc. que muchas ocasiones no tienen respaldo científico.

Autoestima.- Aprecio o consideración que uno tiene de sí mismo.

Autoexigencia.- Característica que presenta una persona cuando se exige demasiado a sí misma y busca dar siempre lo mejor.

Autonomía.- Capacidad del individuo para hacer elecciones, tomar decisiones y asumir las consecuencias de las mismas.

Autorrealización.- Haber alcanzado y cumplido una o más metas personales que forman parte del desarrollo y del potencial humano. Por medio de la autorrealización los individuos exponen al máximo sus capacidades, habilidades o talentos a fin de ser y hacer aquello que se quiere.

B

Bienestar emocional.- Estado de ánimo caracterizado por sentirse bien, en armonía y tranquilidad, a gusto con nosotros mismos y con el mundo que nos rodea, consciente de nuestras propias capacidades para afrontar las tensiones normales de la vida de manera equilibrada.

Biorritmo.- Variación cíclica y recurrente de un estado biológico, que está relacionado con factores físicos externos.

C

Cansancio mental.- El cansancio mental o fatiga mental es un concepto que puede confundirse con la fatiga física, aunque son diferentes. El cansancio mental está relacionado con los síntomas prolongados de estrés (sea o no laboral), ansiedad, depresión o el exceso de tareas y la falta de recursos.

Cansancio físico.- Falta de fuerzas después de realizar un trabajo físico, intelectual o emocional, o por la falta de descanso. Pero puede ser síntoma de una enfermedad, si no hay una actividad previa que lo justifique.

Cefaleas.- En el lenguaje coloquial, cefalea es sinónimo de dolor de cabeza. Hace referencia a los dolores y molestias localizadas en cualquier parte de la cabeza, en los diferentes tejidos de la cavidad craneana, en las estructuras que lo unen a la base del cráneo, los músculos y vasos sanguíneos.

Cognición.- Facultad de un ser vivo para procesar información a partir de la percepción, el conocimiento adquirido (experiencia) y características subjetivas que permiten valorar la información.

Concentración.- La concentración mental es un proceso psíquico que se realiza por medio del razonamiento; consiste en centrar voluntariamente toda la atención de la mente sobre un objetivo, objeto o actividad que se esté realizando o pensando en realizar en ese momento, dejando de lado toda la serie de hechos u otros objetos que puedan ser capaces de interferir en su consecución o en su atención. La concentración es especialmente importante para el proceso de aprendizaje.

Conciliación familiar.- La conciliación personal, familiar y laboral se puede definir como "la participación equilibrada entre mujeres y hombres en la vida familiar y en el mercado de trabajo, conseguida a través de la reestructuración y reorganización de los sistemas, laboral, educativo y de recursos sociales".

Culpa.- Sentimiento negativo derivado de la autoimputación de responsabilidad por un daño causado, por acción u omisión.

D

Depresivo.- Diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana (anhedonia).

Desidia.- Falta de ganas, de interés o de cuidado al hacer una cosa.

Desconfianza.- Actitud que nos permite ser cautos y evitar engaños en nuestras relaciones sociales. Sin embargo, en algunas ocasiones, ésta puede ser excesiva e impedir que nos acerquemos a los demás por miedo a ser traicionados o a experimentar un rechazo o abuso, lo que hace vivir con estrés y ansiedad a la persona que lo sufre, le obliga a estar siempre atento y preocupado ante una posible señal de traición, rechazo o abuso por parte de los demás.

Disfunción Ocupacional.- Se produce cuando las expectativas sociales y las necesidades propias de exploración y dominio no quedan cubiertas.

Distimia.- Es un tipo de trastorno del estado de ánimo, donde la persona experimenta síntomas depresivos crónicos.

Duelo.- Es el proceso de adaptación emocional que sigue a cualquier pérdida.

E

Empatizar.- Es aquel acto por el cual una persona siente empatía hacia otra. La empatía es un sentimiento que hace que alguien pueda sentir lo mismo que otra persona a pesar de no estar pasando por la misma situación, “ponerse en el lugar del otro”.

Entender.- Percibir y tener una idea clara de lo que se dice, se hace o sucede o descubrir el sentido profundo de algo.

Enfermedad mental.- La enfermedad mental o trastorno mental es una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc. Lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo.

Episodio psicótico.- Ruptura de la realidad de forma temporal. Se manifiesta con actividad alucinatoria (uno ve, escucha y percibe algo que no es real como si fuese totalmente real) y delirio (la persona percibe la realidad de forma diferente a los demás, pero para ella la suya es la verdadera). Puede ser provocada por diversas causas, pero las más frecuentes son: una fuente de estrés potente, o constante en el tiempo, una sobreexposición emocional, un acontecimiento traumático, el padecimiento de ansiedad o tensión de forma desproporcionada, o debido al consumo de alguna droga, principalmente todas aquellas que poseen un principio activo de tipo alucinógeno.

Equilibrio Ocupacional.- Se entiende como la percepción o experiencia subjetiva que tiene la persona acerca de tener la cantidad adecuada de ocupaciones, la correcta variación entre las mismas y la satisfacción con el tiempo dedicado.

Escaqueo.- Evitar o eludir hacer algo que resulta molesto o engorroso.

Estrés.- Proceso natural del cuerpo humano, que genera una respuesta automática ante condiciones externas que resultan amenazadoras o desafiantes, que requieren una movilización de recursos físicos, mentales y conductuales para hacerles frente, y que a veces perturban el equilibrio emocional y fisiológico de la persona.

F

Fatiga.- Cansancio que se experimenta después de un intenso y continuado esfuerzo físico o mental.

Función Ocupacional.- Se da cuando el individuo satisface las necesidades propias y las expectativas del entorno.

Frustración.- Sentimiento de tristeza, decepción y desilusión. Imposibilidad de satisfacer una necesidad o un deseo.

H

Hábito.- Es cualquier comportamiento repetido regularmente, que requiere de un pequeño o ningún razonamiento y es aprendido, más que innato. Interviene el conocimiento ¿qué hacer?, el deseo ¿quiero hacerlo?, y las habilidades ¿cómo hacerlo?.

Hipersomnia.- Sueño excesivamente prolongado y profundo.

Hospital de Día.- Es una estructura sanitaria asistencial en la que el paciente recibe las técnicas terapéuticas que requiere sin necesidad de abandonar su entorno familiar.

I

Infradiagnostico.- Poco diagnosticado.

Insomnio.- Falta anormal de sueño y dificultad para conciliarlo que se sufre en el momento que corresponde dormir.

Irritabilidad.- Es un estado emocional caracterizado por un menor control sobre el temperamento que generalmente se traduce en arrebatos verbales o de comportamiento (Snaith and Taylor 1985). Puede ser experimentado como episodios breves, en determinadas circunstancias, o puede ser prolongada y generalizada. Suele ser desagradable para la persona que la sufre.

M

Memoria.- Capacidad de recordar. Imagen o conjunto de imágenes de hechos o situaciones pasadas que quedan en la mente.

Mutismo.- El concepto de mutismo tiene su origen en el latín mutus, término que hace referencia a la mudez, es decir a la suspensión del habla por parte de un individuo. Las personas que sufren de mutismo se mantienen en silencio ante determinadas situaciones; las causas de este silencio pueden ser varias y activarse de forma voluntaria o involuntaria.

N

Neuronas.- Células funcionales del tejido nervioso. Se interconectan formando redes de comunicación que transmiten señales por zonas definidas del sistema nervioso.

L

Lentitud de pensamiento.- Enlentecimiento o funcionamiento poco eficiente de los procesos mentales y cognitivos. También llamado bradipsiquia.

Libido.- Deseo de placer, en especial de deseo sexual.

Limites.- Barrera física, psicológica o social que mantiene restringido el acceso a lugares o acciones inadecuadas o no aceptadas.

O

Obsesionarse.- Tener en la mente una idea fija o preocupación, de modo que ocupe completamente o más que otras cosas su atención, energía o tiempo.

Ocupaciones.- Actividades cotidianas en las cuales las personas se comprometen.

Orientarse.- Saber en todo momento donde estamos y los medios de llegar a nuestro destino.

P

Paciente.- Sujeto que recibe los servicios de un médico u otro profesional de la salud y se somete a un examen, a un tratamiento o a una intervención.

Pensamiento negativo.- Imagen mental o idea con connotaciones desfavorables. Puede derivar en una interpretación negativa de lo que sucede, generando una respuesta emocional de malestar.

Placentero.- Que es agradable y produce placer.

Psicólogo.- Profesional que se dedica a ejercer la psicología. Especialista de la salud mental. La psicología es la ciencia que estudia la conducta humana y los procesos cognitivos.

Psiquiatra.- Médico especialista en psiquiatría.

Psiquiatría.- Parte de la medicina que se ocupa del estudio, el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de las enfermedades mentales de carácter orgánico y no orgánico.

R

Recurrencia.- Acción de volver a ocurrir o aparecer una cosa con cierta frecuencia o de manera iterativa.

Riesgos psicosociales.- El Instituto Nacional de Seguridad e Salud en el Trabajo los define como aquellos que hacen referencia a aquellas condiciones, que se encuentran presentes en una situación laboral y que están directamente relacionadas con la organización, el contenido del trabajo.

Roles.- Conjunto de comportamientos esperados por la sociedad y comportados por la cultura.

Rutinas.- Secuencias establecidas de ocupaciones que proveen estructura a la vida cotidiana.

S

Salud mental.- Se define como un estado de bienestar emocional, psicológico y social, que permite al individuo desenvolverse en su entorno familiar, social y laboral.

Salud laboral.- Disciplina que busca eliminar y/o reducir los accidentes y enfermedades profesionales en el entorno laboral, y más ... Y más concretamente en el puesto de trabajo y en las tareas que implica. Para lo cual se tienen en cuenta las condiciones de trabajo y la organización del mismo.

Síntomas.- Referencia subjetiva que da un paciente de lo que siente y reconoce como anómalo o causado por un estado patológico o una enfermedad.

Somníferos.- Medicamentos que inducen el sueño al producir un efecto depresor en el sistema nervioso central, particularmente en el sistema reticular activador ascendente, que hace que se desconecte a modo de interruptor. Precisan prescripción facultativa.

Sopor.- Estado intermedio entre el sueño y la vigilia en el que todavía no se ha perdido la conciencia.

T

Terapeuta ocupacional.- Profesión sanitaria que se ocupa de la promoción de la salud y el bienestar a través de la ocupación.

Tristeza.- Reacción emocional ante una pérdida.

V

Vagancia.- Falta de ganas de trabajar, o de hacer cosas. Pereza.

Vigilia.- Estado del que está despierto, especialmente en las horas destinadas al sueño.





10. Bibliografía

Asociación Americana de Psiquiatría. *Depression: A Costly Condition for Businesses*. Center for Workplace Mental Health. Vía: <http://workplacementalhealth.org/Mental-Health-Topics/Depression> 2020

Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.

Cabrera, J.L., Touriño, R. y Núñez, E. Los trastornos mentales y su infradiagnóstico en atención primaria. *Medicina de Familia. SEMERGEN*. 2018. 44. 4 (234-242). doi: 10.1016/j.semerg.2016.11.007

Calvo, E. Duración de la incapacidad temporal asociada a diferentes patologías en trabajadores en España. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Secretaría de Estado de Seguridad Social. 2009. www.seg-social.es

Castellón, E., Iber, P., Gili, M., Lahera, G., Sanz, J. y Saiz, J. El abordaje de la depresión en el ámbito del trabajo: recomendaciones clave. *Psiquiatría Biológica*. 2016; 23(3): 112-117. doi: 10.1016/j.psiq.2016.08.003

Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2017. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Duchaine, C.S., Aubé, K., Gilbert-Ouimet, M., et al. Psychosocial Stressors at Work and the Risk of Sickness Absence Due to a Diagnosed Mental Disorder. A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2020. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.0322

Efe Salud. Las cifras de la depresión. 2015. Vía: <https://www.efesalud.com/las-cifras-de-la-depresion>



HR Leadership Forum to Target Depression in the Workplace. Depression in the Workplace in Europe: A report featuring new insights from business leaders. 2014. Ed. Target

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalía-t 2013/06.

Fidalgo Vega, M. Nota técnica de prevención NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o “burnout” (I): definición y proceso de generación. 2000. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Medición del Retorno Económico y Social de las Entidades Adheridas a Feafes Empleo Mediante la Aplicación de la Metodología SROI (Social Return On Investment). 2015. Feafes Empleo.

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. “Encuesta nacional de Salud en España 2017” (ENSE 2017) , Serie Informes Monográficos. Via https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf

Mingote, J.C., Gálvez, H., Del Pino, P. y Gutiérrez, M.D. El paciente que padece un trastorno depresivo en el trabajo. *Med Segur Trab* 2009; 55 (214): 41-63

Moncada, S. y Llorens, C. Nota técnica de prevención NTP 703: El método COPSOQ (ISTAS21, PSQCAT21) de evaluación de riesgos psicosociales. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo.



Monroe, S.M. y Harkness, K.L. Is depression a chronic mental illness?. 2012.

Psychol Med; 42: 899-902. doi: 10.1017/S0033291711002066

Oficina Internacional del Trabajo, OIT. Factores Psicosociales en el Trabajo: Naturaleza, incidencia y prevención. Serie Seguridad, Higiene y Medicina del trabajo, núm. 56. Septiembre 1984.

Olesen, J, Gustavsson, A, Svensson, M, et al; CDBE2010 study group y European Brain Council. The economic cost of brain disorders in Europe. Eur J Neurol. 2012;19(1):155-162. doi: 10.1111/j.1468-1331.2011.03590.x.

Organización Internacional del Trabajo (OIT) "Estrés en el Trabajo: un reto colectivo". 2016

Organización Mundial de la Salud. Depresión. 2020. Vía: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Perez, J. y Nogareda, C. Nota técnica de prevención NTP 926: Factores psicosociales: metodología de evaluación. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. 2012

Ramos, J. y Cordero, A. La Melancolía Gestación de la Hipótesis Secuencial. Editorial: Aula Médica, 2005

Roca M., et al. Alteraciones cognitivas y depresión: una revisión crítica. Actas Esp. Psiquiatría 2015;43(5):187-93

Rodríguez, J.M. (coord.) Atención Primaria de Calidad. Guía de Buena Práctica Clínica en Algoritmos de decisión en depresión. Organización Médica Colegial. 2011

Shepherd, G., Boardman, J., y Slade, M. Making Recovery a Reality. Sainsbury Centre for Mental Health, 2008.

Wagman, P., Håkansson, C. y Björklund, A. Occupational balance as used in occupational therapy: a concept analysis. Scand J Occup Ther. 2012 Jul;19(4):322-7. doi: 10.3109/11038128.2011.596219.

Wilcock, A.A. An Occupational Perspective of Health. 2 Edition. 2006. Ed. SLACK Incorporated.

WFMH. Salud Mental en el lugar de trabajo, traducción al español por Fundación Empleo y Salud Mental, 2017. Vía: <https://www.feafeseempleo.org/upload/pdf/SALUD%20MENTAL%20EN%20EL%20LUGAR%20DE%20TRABAJO.pdf>



11. Publicaciones y direcciones de interés

Publicaciones:

Abordaje de los problemas mentales desde el entorno psicosocial: La Depresión. Prevención de riesgos laborales. Fundación Estatal para la Prevención de Riesgos Laborales, F.S.P. Ed. Foment del Treball Nacional. 2017.

Encuesta Nacional de Salud ENS, España 2017, Serie Informes Monográficos
https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf

Gimeno Navarro, M.A., Climent Gas, D. Guía Prevención psicosocial integral en las empresas, Orientaciones para la acción. Fundación para la Prevención de riesgos Laborales. Ed. Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente UGT-CEC. 2019. Vía: http://www.ugt.es/sites/default/files/guia_preencion_psicosocial_web.pdf

Martín García-Sancho, J.C., Hernández Vera, M.R. (coord.). Guía de Práctica Clínica de los Trastornos Depresivos. Subdirección General de Salud Mental y Subdirección General de Atención Primaria, Urgencias y Emergencias, Servicio Murciano de Salud. 2007.

Observatorio de riesgos laborales de UGT. Fichas de prevención: Evaluación de riesgos psicosociales. Fundación para la Prevención de riesgos Laborales, 2011. Vía: http://portal.ugt.org/saludlaboral/publicaciones_new/files_fichas%203y%204/publication.pdf

Rodríguez, M.I. (Fundación Empleo y Salud Mental). Mi compañero tiene un trastorno mental, Ed. Netbiblo, Innap Inserta (INAP), 2014
VA. Libro Blanco de la Terapia Ocupacional en Salud Mental en CLM. SESCAM. 2016. Vía: https://sanidad.castillalamancha.es/files/lb_terapia_ocupacional_sm_clm.pdf

Artículos:

"Depresión: hablemos", dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). 2017. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es

La Depresión de Iniesta: como la estrella de futbol supero un año de sombras. Salud Deporte. 2019. <https://www.saludmasdeporte.com/depresion-iniesta/>

Pacientes con depresión tardan hasta 14 años en buscar ayuda. Elmedicointeractivo.com. 2019. <http://elmedicointeractivo.com/pacientes-con-depresion-tardan-hasta-14-anos-en-buscar-ayuda/>

Todo lo que tienes que saber sobre la depresión el trastorno mental de este siglo. TN SALUD. 2019. https://tn.com.ar/salud/lo-ultimo/todo-lo-que-tenes-que-saber-sobre-la-depresion-el-trastorno-mental-de-este-siglo_931378

Trömel, S. El empleo de personas con discapacidad: Situación actual y perspectiva de futuro. Servicio de género, Igualdad y Diversidad OIT. Vía: <https://www.empleosaludmental.org/publicaciones/articulos>



Rodríguez, F., Rodríguez, M.N. y García, M.C. La integración laboral de las personas con trastorno mental grave. Una cuestión pendiente. *Psiquis*, 2014; 25(6): 264-281

Herramientas de evaluación de riesgos psicosociales:

Identificación y evaluación de riesgos psicosociales, método PSQ CAT21 (CoPsoQ)https://www.gencat.cat/treball/doc/doc_48068711_2.pdf

Método de evaluación de riesgos psicosociales F-Psico (INSST)
<https://www.insst.es/-/aip-29-1-18-f-psico-factores-psicosociales-metodo-de-evaluacion-version-4-0-ano-2018>

Cuestionario para Depresión (PHQ-9)
<https://www.fundacionmf.org.ar/files/bbdc4bee6539912f42d9677b6fd18098.pdf>

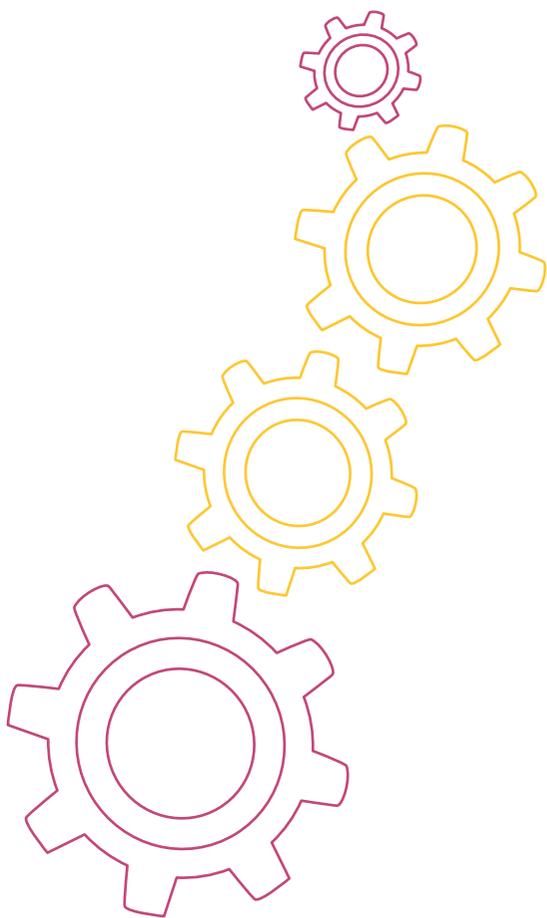
Videos de la OMS:

Hablemos de la depresión en adolescentes y los adultos jóvenes: https://www.youtube.com/watch?v=_AvFk2_YccA

Hablemos de la depresión entre personas de edad avanzada: <https://www.youtube.com/watch?v=phH61mMn7FO>

Hablemos de la depresión entre las madres jóvenes: <https://www.youtube.com/watch?v=N5zOBOJJg8Q>

Hablemos de la depresión “experiencia de Piedad Bonnett”: <https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/videos/es/>

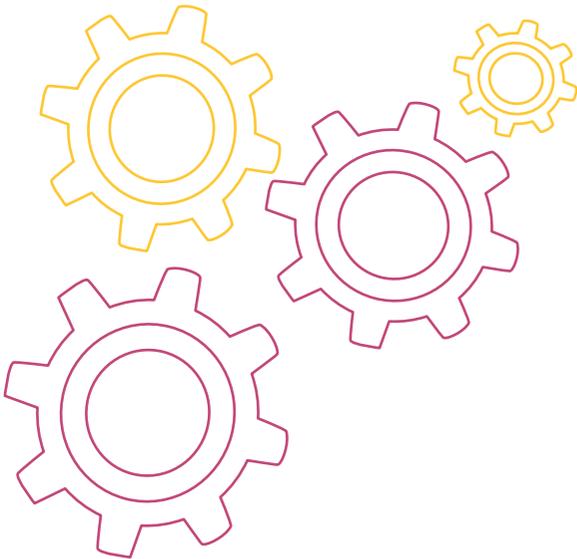




Las autoras

Maribel Rodríguez Montes. Terapeuta Ocupacional, máster en Terapia Ocupacional en Salud Mental por la Universidad de Castilla-La Mancha. Es presidenta de Feafes Empleo y de la Fundación Empleo y Salud Mental y vocal de la Federación Empresarial de Asociaciones de Centros Especiales de Empleo (FEACEM). Desarrolla su trabajo en la Red pública de Salud Mental de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Está muy vinculada al movimiento asociativo y ha participado en numerosas acciones formativas, en temas siempre relacionados con la integración social y laboral de las personas con enfermedad mental. Ha publicado artículos y colaboraciones para distintas publicaciones y es coautora de la “Escala de Valoración del Desempeño Ocupacional” (EVDO) y del “Manual práctico de Salud Mental en TO (Editorial Síntesis). Autora del libro “Algo de mí desde la enfermedad mental” (Ed. Grupo5), y “Mi compañero tiene un trastorno mental” (INAP).

Ruth Benítez. Psicóloga, máster en Prevención de Riesgos Laborales por la Universidad Franciscos de Vitoria y técnica superior de Administración y Gestión. Es coordinadora de programas y proyectos de Fundación Empleo y Salud Mental, miembro de la Comisión de Inclusión Laboral del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) y de la mesa de negociación del Convenio Colectivo de Centros Especiales de Empleo en la Federación Empresarial de Asociaciones de Centros Especiales de Empleo (FEACEM). Ha sido directora de un centro especial de empleo de iniciativa social, del ámbito de la Salud Mental, donde se ocupaba de la dirección estratégica, operativa y de recursos humanos. Es coautora del libro “Desarrollo Profesional e Inserción Laboral en Personas con Enfermedad Mental” (Ed. Grupo5).



Una iniciativa de:



**Fundación
Empleo
y Salud Mental**

Patrocinada por:



Con la colaboración de:



EM31186



La Fundación Empleo y Salud Mental tiene como misión ofrecer soluciones para mejorar la situación laboral de las personas con problemas de salud mental, en especial de las personas con trastorno mental grave, a través del refuerzo de la empleabilidad, la formación, recualificación y adecuación al mercado laboral. Atendiendo los procesos de ocupación, vocación profesional y capacitación en jóvenes con trastornos mentales. Desarrollando sistemas de apoyo para la reincorporación académica y laboral en trastornos mentales sobrevenidos. Promoviendo la innovación y sostenibilidad en el empleo protegido.

La colección de *Cuadernos de Empleo Responsable en Salud Mental* es un compendio de guías de procesos empresariales relacionados con el empleo, dirigida a empresas, centros especiales de empleo, entidades y emprendedores sociales, que pretende fomentar la gestión responsable de personas y de los lugares de trabajo que favorezca la inclusión de las personas con problemas de salud mental en los entornos laborales.

Una iniciativa de:



Fundación
Empleo
y Salud Mental

Patrocinado por:

