

ABORDAJE DE LOS PROBLEMAS
MENTALES DESDE EL ENTORNO
PSICOSOCIAL: **LA DEPRESIÓN**



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE TRABAJO, MIGRACIONES
Y SEGURIDAD SOCIAL

FINANCIADO POR:



FUNDACIÓN
ESTATAL PARA
LA PREVENCIÓN
DE RIESGOS
LABORALES, F.S.P.

COD.ACCIÓN AT2017-0113



Edita:

Foment del Treball Nacional
oficinatecnica@foment.com

Con la financiación de:

Fundación Estatal para la Prevención de
Riesgos Laborales

Con la colaboración de:

Full Audit S.A.

Diseño gráfico:

Veus Veus SL.

Maquetación:

Pleca Digital, SLU

Código acción:

AT2017-0113

El contenido de esta publicación es
responsabilidad exclusiva de la entidad
ejecutante y no refleja necesariamente la
opinión de la Fundación Estatal para la
Prevención de Riesgos Laborales.



ÍNDICE

CONTEXTUALIZACIÓN	página 4
Dimensión del problema de la depresión en la población española y a nivel internacional	página 5
Tipos de depresión y sintomatología	página 11
Modelos de intervención	página 22
Diferencias entre estrés, burnout, ansiedad y depresión	página 23
DEPRESIÓN Y TRABAJO	página 29
ENTORNOS LABORALES SANOS PARA PREVENIR Y MITIGAR EPISODIOS DEPRESIVOS	página 34
Acciones encaminadas a reducir los factores de riesgo	página 35
Acciones encaminadas a la promoción de los aspectos positivos del trabajo	página 47
AYUDA AL EMPLEADO CON DEPRESIÓN	página 65
A partir de un diagnóstico de síntomas aparentes	página 66
Después de una baja prolongada	página 68
ANEXO: BIBLIOGRAFÍA	página 72

CONTEXTUALIZACIÓN



DIMENSIÓN DEL PROBLEMA DE LA DEPRESIÓN EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA Y A NIVEL INTERNACIONAL

Cada vez sabemos más acerca de la depresión. Mejor dicho, cada vez sabemos más acerca de la dimensión del problema de la depresión porque cada vez son más las noticias que se publican acerca de la depresión en particular o de los trastornos mentales en general.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) nos alerta acerca de las cifras estremecedoras de lo que se considera ya una verdadera pandemia, tal y como se muestra en la *Imagen 1*:

A lo largo de su vida una de cada dos personas padecerá un trastorno mental.

El trastorno mental más frecuente en la actualidad es la depresión, afectando a más de 320 millones de personas, lo que supone más del 4,4% de la población mundial.

La depresión es ya la principal causa mundial de discapacidad.

Imagen 1: Datos y cifras sobre la depresión (*Fuente:OMS*)

El gran interés que suscita se refleja en la enorme cantidad de referencias que podemos encontrar en cualquier buscador de internet (Google por ejemplo, 12,6 millones de entradas).

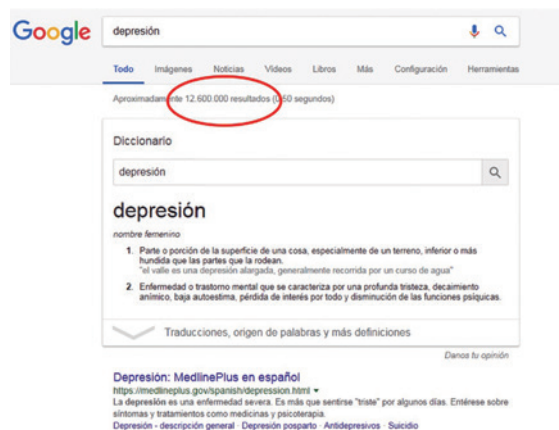


Imagen 2: Búsqueda en Google de la palabra: depresión

¿Pero qué es la depresión?

Según la OMS:

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.

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA):

La depresión, (trastorno depresivo mayor), es una enfermedad médica común y grave que afecta negativamente a cómo se siente, la forma en que piensa y cómo actúa.

Según la Real Academia Española (RAE):

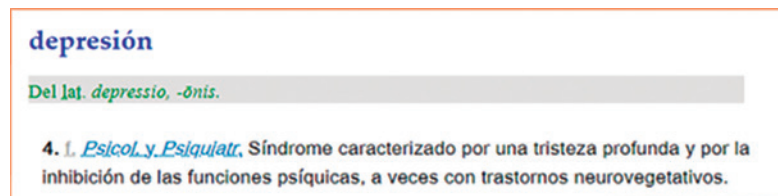


Imagen 3: Búsqueda en RAE de la palabra: depresión

Comparando todas esas definiciones, podríamos concluir que:

La depresión es un trastorno mental frecuente que puede llegar a ser grave y crónico y que afecta negativamente al estado de ánimo mediante un sentimiento de tristeza permanente, entre otros síntomas.

Además, la depresión puede afectar a cualquier persona en cualquier momento de su vida y puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente la capacidad para afrontar la vida diaria. Si tiene carácter moderado o grave se puede necesitar terapia farmacológica y psicoterapia. En su forma más severa, puede conducir al suicidio.

Las cifras de la depresión a nivel mundial

Tal y como hemos visto, según la OMS, en la actualidad, la depresión es la principal causa de discapacidad en todo el mundo, y en Europa, representa más del 7% de la mortalidad prematura. La comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos es frecuente y el 59% de las personas con depresión padece también ansiedad mientras que el 24% de los pacientes con depresión tiene también un trastorno de abuso de sustancias.

Según este organismo, la distribución de los casos de trastorno depresivo en 2015 a nivel mundial es la siguiente:

Estos porcentajes son coherentes con la concentración de población en Asia Sudoriental.

En realidad, la tasa de prevalencia solo varía ligeramente en el mundo, dado que va desde un 3,6 % en la región del Pacífico occidental al 5,4 % en África. La prevalencia varía desde un 2,6 % para los hombres en la región del Pacífico occidental, al 5,9 % entre las mujeres en África.

Prevalencia de los trastornos depresivos (porcentaje de la población), por Región de la OMS

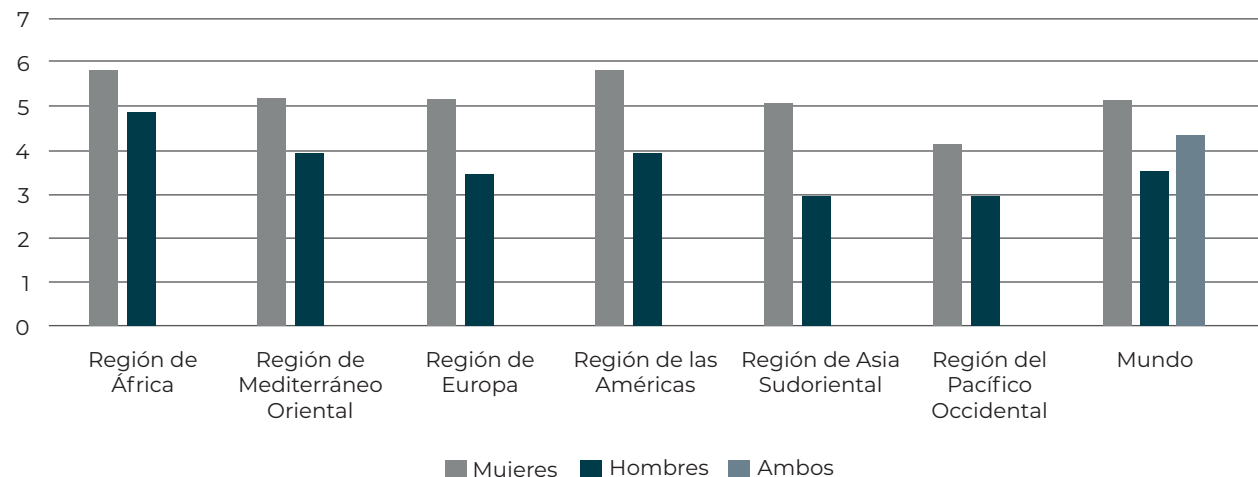


Gráfico 2: Prevalencia de los trastornos depresivos por regiones. Fuente: OMS

Igualmente difieren las tasas por edades y son más pronunciadas en la gente mayor (por encima del 7,5% entre las mujeres de 55 a 74 años y del 5,5% entre los hombres, de la misma edad). La depresión también se da entre los niños y adolescentes menores de 15 años, pero a un nivel menor que en los grupos de adultos.

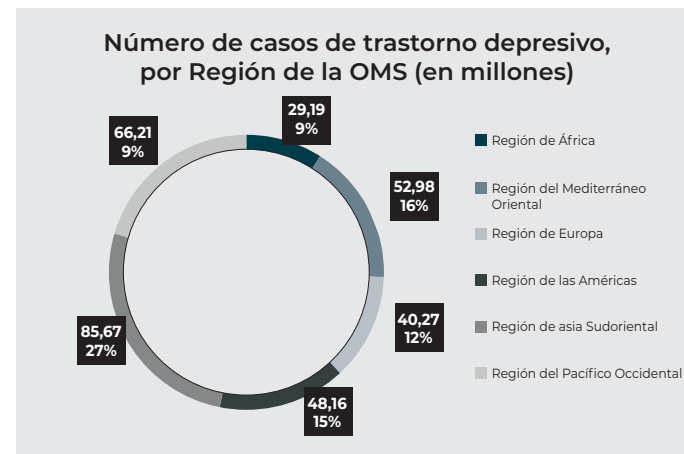


Gráfico 1: Número de casos por regiones. Fuente: OMS

Prevalencia mundial de los trastornos depresivos (porcentaje de la población), por edad y sexo

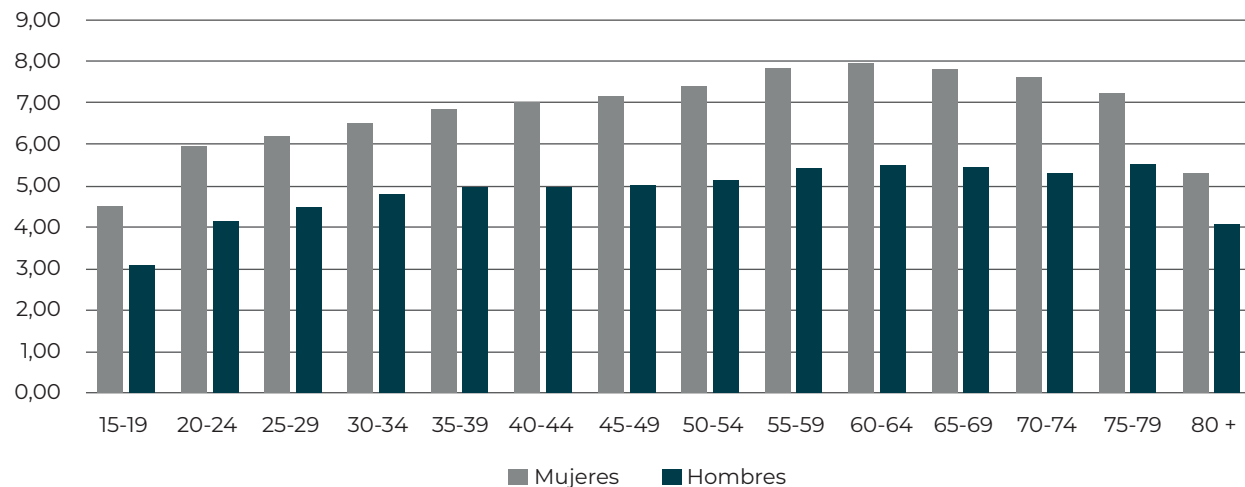


Gráfico 3: Prevalencia mundial de los trastornos depresivos (% de la población). Fuente: OMS

La Asociación Europea de la Depresión (European Depression Association - EDA), maneja datos que dicen que algo más de uno de cada diez ciudadanos de la Unión Europea sufre una depresión en algún momento de su vida.

En la región europea, Ucrania tiene la mayor tasa de personas con depresión en relación a la población (un 6,3 %), seguido por Portugal (5,7 %) y de Rusia (5,5 %).

Por otra parte, aunque está demostrado que el trabajo es beneficioso para la salud mental, un entorno laboral negativo puede causar problemas físicos y psíquicos. Durante la vida adulta pasamos gran parte de nuestro tiempo en el trabajo. Nuestra vivencia en el trabajo es uno de los factores que determinan nuestro bienestar general.

La depresión y la ansiedad tienen unas repercusiones económicas importantes: se ha estimado que cuestan anualmente a la economía mundial USD\$1 billón en pérdida de productividad.

Es por todo ello que la OMS puso en marcha una campaña para el Día Mundial de la Salud Mental 2017, enfocada en la salud mental en el lugar de trabajo con el eslogan: «Depresión, hablemos».

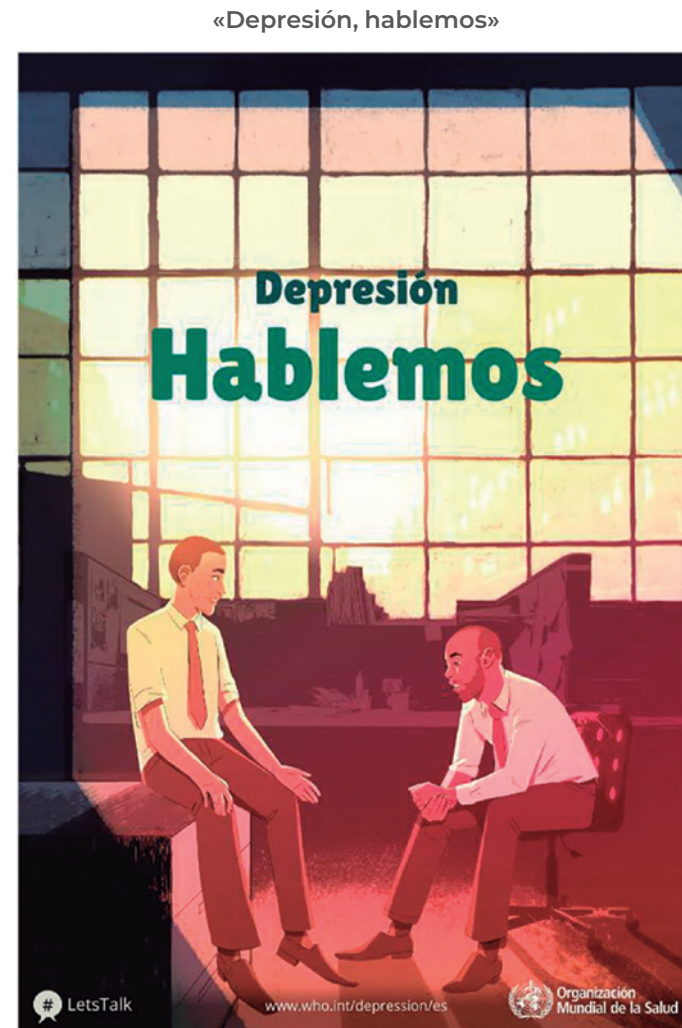
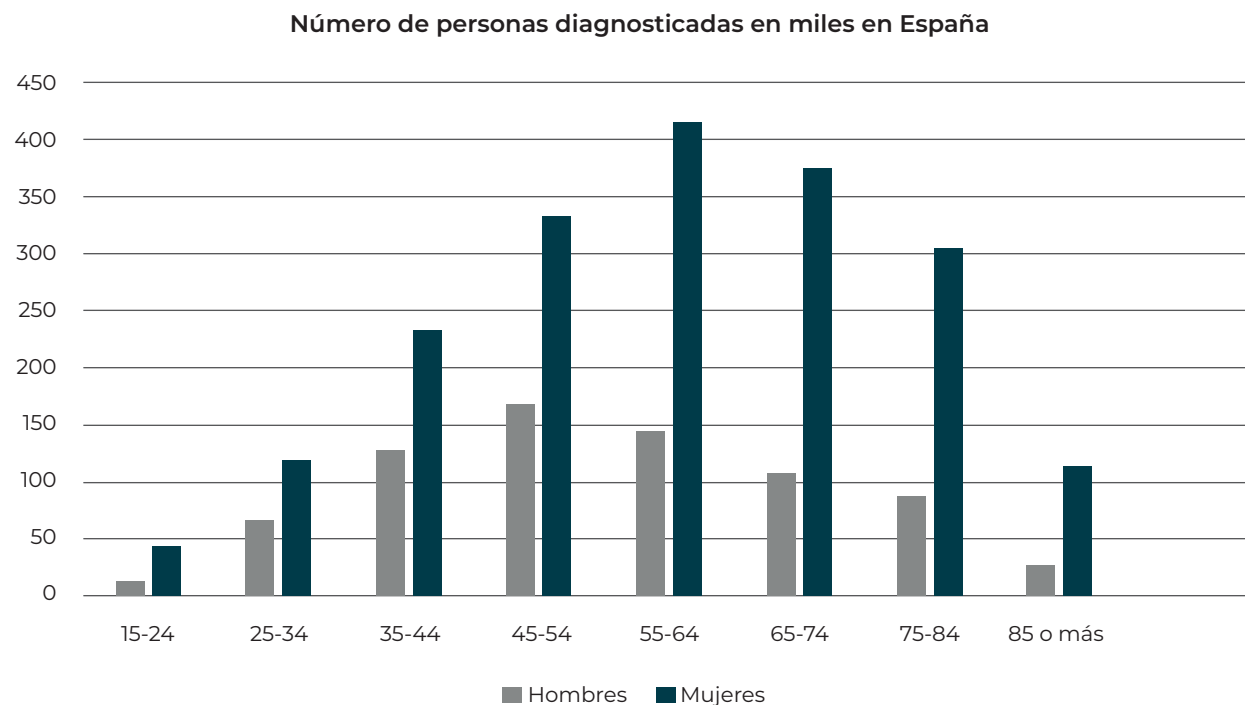


Imagen 4: Campaña sobre depresión. Fuente (OMS)

La depresión en España

En 2015, a más de 2,4 millones de españoles se les diagnosticó depresión, una enfermedad cuya prevalencia está aumentando en el mundo y que en el caso de España representa el 5,2% de la población, según la OMS.

La distribución por sexo y edad es la siguiente:



España es el país europeo con las tasas más altas de síntomas depresivos en población de edad avanzada.

Gráfico 4: Número de personas diagnosticadas en miles en España. Fuente: OMS

Por lo que respecta a la prevalencia-vida (la probabilidad de que se produzca un episodio de depresión grave a lo largo de la vida) es casi el doble en mujeres (16,5%) que en hombres (8,9%).

La Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, refleja que España es el país europeo con las tasas más altas de síntomas depresivos en población de edad avanzada, y la prevalencia de personas que sufren un episodio de depresión a lo largo de su vida se estima que está entre el 8% y el 15%. En 2013 más de 1.800.000 personas sufrieron esta enfermedad.

Se trata, por tanto, de un grave problema a nivel nacional, sobre todo en mujeres de más edad.

Según la bibliografía consultada, en España se estima que, aunque un 20% de los pacientes que acuden a los centros de salud de Atención Primaria presentan signos de depresión, sólo alrededor del 50% son diagnosticados debido a que a veces se confunde con trastornos más leves de estados de ánimo o por falta de experiencia o tiempo del profesional de Atención Primaria.

Según la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), los motivos más frecuentes del infradiagnóstico en nuestro país son los siguientes:

- **Relativas al paciente.**
 - Dificultad para aceptar las manifestaciones somáticas como enfermedad mental.
 - Considerar cualquier forma de tristeza como algo normal.
 - Autocensura y pasividad.
 - Prejuicios sociales para la enfermedad mental.
 - Priorización de las demandas físicas.
 - Subestimación de la posible gravedad de la depresión.
- **Relativas a los profesionales sanitarios.**
 - Carencias en la formación médica e inadecuado desarrollo de competencias.
 - Inseguridad para moverse en el terreno psíquico.
 - Nihilismo frente a problemas emocionales.
 - No considerar la depresión como una enfermedad real.
 - Priorizar demandas y problemas orgánicos.
 - No dedicar en consulta el tiempo que precisa atender la salud mental.
- **Relativas al sistema sanitario.**
 - Agendas limitadas de tiempo para evaluar y atender los estados afectivos.
 - Importante presión asistencial en las consultas.
 - Entorno poco adecuado.
 - Enfoque biomédico de la asistencia sanitaria.
 - No considerar la depresión como objeto de cronicidad.
 - Dificultades para acceder a psicoterapia.
 - Poca agilidad en la coordinación con otros niveles asistenciales.
- **Relativas a la propia enfermedad.**
 - Los trastornos afectivos llegan a Atención Primaria con manifestaciones inespecíficas.
 - La forma más frecuente es la depresión somatizada.



Además, desde que aparecen los primeros síntomas de una depresión hasta que se solicita ayuda profesional suele pasar demasiado tiempo, lo que suele producirse tanto por las propias dificultades del sistema sanitario, como por la dilación y aplazamiento en la toma de conciencia por parte del afectado. Por otra parte, cerca del 43% de los pacientes abandona el tratamiento y en un porcentaje importante no lo cumple como le ha sido prescrito, y cada episodio depresivo incrementa la probabilidad de una recaída posterior.

Por otro lado un 60% de los pacientes que ha sufrido un episodio depresivo presenta al menos una recurrencia a lo largo de su vida.

Según SESPAS, (Sociedad Española de Salud Pública), el estudio IMPACT realizado en consultas de Atención Primaria en España, muestra un incremento significativo de los trastornos mentales más frecuentes. Los trastornos del estado de ánimo (entre los que se encuentra la depresión) aumentaron un 19% aproximadamente entre 2006 y 2010.

Uno de los motivos de que se hayan multiplicado los casos es nuestro actual estilo de vida. Vivimos más deprisa, dormimos pocas horas, lo que nos lleva a estar más cansados y sufrir más estrés.

A nivel laboral, la depresión supone la segunda causa global de discapacidad en el trabajo, después de las patologías dorso-lumbares.

Un 60% de los pacientes que ha sufrido un episodio depresivo presenta al menos una recurrencia a lo largo de su vida.

TIPOS DE DEPRESIÓN Y SINTOMATOLOGÍA

Síntomas

Algunos síntomas característicos de la depresión son la tristeza profunda, la irritabilidad, la pérdida generalizada de interés, la anhedonia, el exceso de somnolencia, el insomnio, la apatía, la desesperanza, la falta de concentración y la indecisión o los problemas de memoria, entre otros.

Además en casos más graves se puede dar en ocasiones, una cierta alteración del sentido de realidad y de la percepción del tiempo.

Algunos de estos síntomas pueden parecer, a priori fáciles de identificar, pero no en todos los casos se presentan con la misma intensidad o frecuencia, por lo que en los casos menos graves podría confundirse con otras patologías o incluso pasar desapercibido para las personas más cercanas.

Es importante conocer cuando nos encontramos en un estado anímico bajo que no constituye una patología en sí misma sino que sería un estado de tristeza normal y poder diferenciarlo de un trastorno depresivo.

Ramos y Cordero (2005) identifican las diferencias entre ambas:

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
Intensidad adecuada al motivo	La intensidad 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, corporizada, vaga, imprecisa

En cualquier caso, serán los profesionales de la salud mental los que pueden diagnosticar de forma más precisa si se trata o no de una patología.

¿Existen varios tipos de depresión?, ¿cómo se clasifican los distintos tipos de depresión?

Existen diversos sistemas de clasificación. Los dos sistemas de clasificación internacionales más aceptados son:

SISTEMA DE CLASIFICACIÓN	ELABORADO/ PUBLICADO	EDICIÓN VIGENTE
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (en adelante DSM)	Asociación Psiquiátrica Americana (APA)	DSM-5 (18/05/2013)
Clasificación Internacional de las Enfermedades y de los Problemas Relacionados con la Salud (en adelante CIE). <i>(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)</i>	Organización Mundial de la Salud (OMS)	CIE-10 (1992) <i>En mayo de 2018 se ha publicado la CIE-11, que entrará en vigor en enero de 2022</i>

Como se muestra a continuación, ambos sistemas son bastante compatibles, tanto en el tipo de trastornos que recogen como en los criterios operativos que utilizan para definirlos:

3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM): publicado y elaborado por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA). La edición vigente es el DSM-5 (18/05/2013). Estructura del DSM-V:

- Sección I: conceptos básicos del DSM (utilización del manual, declaración cautelar para el empleo forense del DSM-V).

Ambos sistemas son bastante compatibles.

- Sección II: criterios diagnósticos y códigos de los diferentes trastornos.
 - 1.2.1 Trastornos del neurodesarrollo.
 - 1.2.2 Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
 - 1.2.3 Los trastornos bipolares y afines.
 - 1.2.4 Los trastornos depresivos.**
 - 1.2.5 Los trastornos de ansiedad.
 - 1.2.6 Trastornos obsesivo-compulsivos y afines.
 - 1.2.7 Traumas y trastornos relacionados con estresantes.
 - 1.2.8 Trastornos disociativos.
 - 1.2.9 Trastornos de síntomas somáticos y afines.
 - 1.2.10 La alimentación y trastornos de la alimentación.
 - 1.2.11 Trastornos de la excreción.
 - 1.2.12 Trastornos del sueño-vigilia.
 - 1.2.13 Las disfunciones sexuales.
 - 1.2.14 Disforia de género.
 - 1.2.15 Trastornos de conductas disruptivas y del control de impulsos.
 - 1.2.16 Trastornos relacionados con sustancias y adictivos.
 - 1.2.17 Trastornos neurocognitivos.
 - 1.2.18 Los trastornos de personalidad.
 - 1.2.19 Trastornos parafílicos.
 - 1.2.20 Otros trastornos mentales
 - 1.2.21 Trastornos motores inducidos por los medicamentos y otros efectos adversos de los medicamentos.
 - 1.2.22 Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.

- Sección III: Modelos y medidas emergentes. (que incluyen medidas de evaluación, formulación y entrevistas adaptadas a otras culturas, un modelo DSM-5 alternativo de trastornos de la personalidad y las condiciones para ampliar su estudio).

A su vez, los **trastornos depresivos** se dividen en:

- Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.
- Trastorno de depresión mayor.
- Trastorno depresivo persistente (distimia).

- Trastorno disfórico premenstrual.
- Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento.
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica.

Según DSM-V, para diagnosticar una depresión, debe presentarse como mínimo unos de estos síntomas:

- Ánimo deprimido la mayor parte del día casi todos los días.
- Anhedonia (marcada disfunción del interés o del placer), la mayor parte del día casi todos los días.

Y además cuatro o más de los siguientes síntomas:

- Pérdida de peso.
- Insomnio.
- Agitación.
- Fatiga.
- Pensamientos de inferioridad, culpa, muerte.
- Alteraciones en la concentración.

Se requiere una duración de más de dos semanas con disfuncionalidad.

Además de los síntomas antes expuestos pueden aparecer otros tales como:

1. Síntomas vegetativos

- **Astenia.** Este es el más importante y habitual. La astenia hace referencia a la sensación generalizada de fatiga, cansancio y debilidad física. Es más frecuente a primeras horas del día y con frecuencia mejora a medida que transcurren las horas. La astenia puede afectar a funciones intelectuales como la memoria, la atención y la concentración, siendo frecuentes las quejas sobre las dificultades para atender y fijar nuevos conceptos.
- **Cefaleas.** En los estados depresivos es muy frecuentes la presencia de dolores de cabeza con características atípicas y que no se explican por otra causa. En estos casos los tratamientos neurológicos clásicos no funcionan.
- **Algias diversas (dolores generalizados).** Es frecuente la presencia de dolores musculares y articulares inespecíficos que no obedecen a ningún patrón concreto de enfermedad articular o reumatológica.

- **Trastornos digestivos.** Se presentan en forma de pérdida de apetito o conductas bulímicas, con presencia de atracones que afectan al peso haciendo que este disminuya o aumente según el caso.
- **Afectación del área sexual.** Son muy frecuentes las alteraciones en el área sexual. Sobre todo se produce una falta de deseo sexual junto con dificultades de erección en hombres y dificultad de conseguir el orgasmo en ambos sexos.

2. Síntomas de los ritmos vitales

Estos síntomas son frecuentes en las personas que padecen depresión pero no están presentes en todos los casos. Aquí nos referiremos a los trastornos del ritmo circadiano, del ritmo sueño-vigilia y el ritmo estacional.

- **Ritmo circadiano.** Es bastante habitual que las personas que sufren depresión comenten que se encuentran peor por las mañanas. Durante las primeras horas del día se encuentran más cansados, con falta de vitalidad e iniciativa. En esos momentos, los síntomas afectivos suelen ser también más intensos, con presencia de mayor negatividad y mayor tristeza, y la conducta también puede estar más alterada con presencia de inquietud o, al contrario, con cierto inmovilismo y pasividad. Estos síntomas suelen mejorar conforme pasa el día haciendo que por la tarde y primeras horas de la noche algunas personas suelen sentir cierto alivio, recuperando la energía y las ganas, pudiendo entonces salir de casa y realizar alguna actividad.

Sin embargo, hay otras personas que sienten la expresión de los síntomas de manera inversa, es decir, mejoría por las mañanas y empeoramiento a lo largo del día.

- **Ritmo sueño-vigilia.** Es frecuente que los ritmos del sueño estén alterados. En algunos casos la persona puede conciliar bien el sueño pero se despierta varias veces a lo largo de la noche y no puede volver a dormir. En otras ocasiones, concilia y mantiene bien el sueño pero tiene despertar precoz, es decir, se despierta antes de tiempo, sobre las 5.00 o las 6.00 de la mañana y ya no pueden volver a quedarse dormido. En los momentos en que permanecen despiertos son frecuentes la presencia de pensamientos negativos y no son infrecuentes en relación a estos pensamientos la presencia de síntomas de ansiedad.

Las personas con depresión suelen permanecer con sueño durante el día y algunos presentan hipersomnia diurna, es decir, aumento de las horas de sueño durante el día.

- **Ritmo estacional.** Muchas personas relatan empeoramiento y reagudizaciones de los síntomas depresivos en primavera y otoño, en especial en los periodos de cambio de estación. Sin embargo, hay personas que sienten reagudizaciones cuando llega el invierno y disminuyen las horas de luz.

Estos síntomas son frecuentes en las personas que padecen depresión.

4. Clasificación Internacional de las Enfermedades y de los Problemas Relacionados con la Salud (CIE): publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La edición vigente es la CIE-10 (1992).

CAPÍTULO	CÓDIGOS	TÍTULO
I	A00-B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
II	C00-D48	Neoplasias
III	D50-D89	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad
IV	E00-E90	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
V	F00-F99	Trastornos mentales y del comportamiento
VI	G00-G99	Enfermedades del sistema nervioso
VII	H00-H59	Enfermedades del ojo y sus anexos
VIII	H60-H95	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
IX	I00-I99	Enfermedades del sistema circulatorio
X	J00-J99	Enfermedades del sistema respiratorio
XI	K00-K93	Enfermedades del aparato digestivo
XII	L00-L99	Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo

CAPÍTULO	CÓDIGOS	TÍTULO
XIII	M00-M99	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo
XIV	N00-N99	Enfermedades del aparato genitourinario
XV	O00-O99	Embarazo, parto y puerperio
XVI	P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
XVII	Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
XVIII	R00-R99	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
XIX	S00-T98	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
XX	V01-Y98	Causas externas de morbilidad y de mortalidad
XXI	Z00-Z99	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud
XXII	U00-U99	Códigos para situaciones especiales

A su vez, los trastornos mentales y del comportamiento se dividen en:

(F30-39) Trastornos del humor (afectivos).

- (F32) Episodio depresivo.
- (F32.0) Episodio depresivo leve.

- (F32.1) Episodio depresivo moderado.
- (F32.2) Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
- (F32.3) Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
- (F33) Trastorno depresivo recurrente.
- (F33.0) Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve.
- (F33.1) Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado.
- (F33.2) Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos.
- (F33.3) Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos.
- (F33.4) Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión.
- (F34) Trastornos afectivos persistentes.
- (F34.1) Distimia.

Según CIE-10, en episodios depresivos típicos, el enfermo presenta:

- Estado de ánimo depresivo, de duración no inferior a dos semanas.
- Situación no atribuible al empleo de sustancias psicoactivas o a la presencia de algún trastorno mental orgánico.
- Presencia de síndrome somático: en otras clasificaciones se denominan «síntomas melancólicos» o «síntomas endogenomorfos». Estos síntomas son:
 - Disminución o desaparición del interés y la capacidad de disfrute por las cosas que anteriormente resultaban placenteras.
 - Ausencia de respuestas emocionales ante eventos que, generalmente, suelen desencadenar reacciones.
 - Alteraciones del sueño: es especialmente frecuente la incapacidad de conciliar el sueño (insomnio de conciliación), la de mantenerlo durante más de dos horas consecutivas (insomnio de mantenimiento), o despertarse al menos dos horas antes de la hora prevista.
 - Empeoramiento progresivo durante el día del humor depresivo.
 - Aparición de lentitud en las funciones motoras o agitación.
 - Disminución marcada del apetito.
 - Disminución del peso corporal por descontrol alimentario (aumento o descenso marcado del apetito) de al menos un 5% en el último mes evaluado.
 - Disminución marcada o ausencia de apetito sexual.
 - Pérdida de la autoestima y de la confianza en uno mismo. Sentimiento de inferioridad no justificado prolongado en el tiempo.
 - Autoreproches constantes y desproporcionados con sentimiento de culpa excesiva e inadecuada.

- Pensamientos de muerte o suicidio recurrentes, incluyendo tentativas.
- Disminución de la capacidad de concentración y pensamiento. Suele acompañarse de falta de decisión.

Para el diagnóstico de un episodio depresivo en cualquiera de los tres niveles de gravedad (leve, moderado, o grave) habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque pueden ser aceptados periodos más cortos si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Herramientas de diagnóstico

Algunos de los cuestionarios más utilizados para el diagnóstico y evaluación de la depresión según la gravedad y el tiempo de duración de los síntomas, son:

Habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas.

CUESTIONARIOS	CARACTERÍSTICA
<p>HDRS Escala de Hamilton</p>	<p>Escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.</p>
<p>BD IA y II Inventario de depresión de Beck</p>	<p>Cuestionario auto administrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión.</p> <p>El resultado del BDI no es suficiente para realizar un diagnóstico de depresión, se necesitan evaluaciones complementarias (entrevista psicológica/psiquiátrica, valoración del contexto psicosocial, etc.), pero es una herramienta útil para despistaje o chequeo.</p>

CUESTIONARIOS	CARACTERÍSTICA
ZSDS Escala Autoaplicada de Depresión de Zung	Se trata de una escala que tiene por objeto la cuantificación de síntomas de base empírica, para la comprobación de hipótesis de posibles cuadros depresivos, se deriva de la escala de depresión de Hamilton, ya que los componentes a los cuales se les da mayor peso es a lo somático conductual del trastorno depresivo, contemplándose también aspectos afectivos y fisiológicos.
CES-D Escala Center for Epidemiological Studies–depression	Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos. Los ítems seleccionados de distintas medidas de depresión, evalúan diversos componentes de la depresión como el estado de ánimo depresivo, sentimientos de inutilidad y desesperanza, pérdida de apetito, etc.
GHQ-12 General Health Questionnaire	El General Health Questionnaire (GHQ-12) es un instrumento de cribado que tiene por objetivo detectar morbilidad psicológica y posibles casos de trastornos psiquiátricos en contextos como la atención primaria o en población general (Goldberg y Williams, 1988). Tiene como ventaja ser un instrumento corto y de fácil comprensión, lo que facilita su utilización. El GHQ-12 ha sido traducido a más de 11 idiomas y es uno de los instrumentos de cribado validado más utilizados en todo el mundo (Hewitt et al., 2010).
PHQ9 Patient health questionnaire	Esta herramienta puede ser útil para ayudar en la decisión de iniciar tratamiento específico y monitorizar su tratamiento. Es sencilla de utilizar, e incluso puede entregarse al paciente para que la complete antes de ir al consultorio.

Estas escalas, han sido validadas en diferentes estudios, con garantía de fiabilidad y permiten calificar el problema desde leve a muy grave según los resultados obtenidos en su aplicación.

MODELOS DE INTERVENCIÓN

Las guías clínicas de referencia estipulan el tratamiento psicológico como primera elección para la depresión **leve y moderada**, pero lo habitual es encontrar el modelo escalonado en el manejo de **la depresión**:

Este modelo escalonado hace referencia a que se recomienda la intervención psicológica como tratamiento de referencia en primera instancia, para ir avanzando hacia los tratamientos farmacológicos en las siguientes fases en caso de que fuera necesario, o incluso en paralelo.

El reconocimiento de **la depresión** como una enfermedad crónica y discapacitante, ha influido en la elaboración de los diferentes modelos de atención. Los principales modelos de atención a la depresión son el **modelo escalonado** y el de **atención colaborativa**. Las diferencias entre ambos son principalmente de eficacia:

- El modelo de **atención escalonado** se fundamenta en la aplicación de las distintas intervenciones según la gravedad que presenta el paciente. Se trata de mejorar la eficiencia de los recursos utilizados y es sobre todo un modelo que se utiliza en la Sanidad Pública. Se comienza por la atención primaria y solo en los casos en los que no es posible mejorar el problema se recurre a los servicios de especialización. Es un modelo que ha sido propuesto por el NICE¹ y que también se está aplicando en España en el tratamiento de la depresión. En realidad en salud mental los estudios realizados sobre este modelo son limitados y el problema principal es que si no resultan adecuadas las intervenciones iniciales, es posible que esto influya en que la respuesta a tratamientos posteriores no sea tan efectiva. Como punto positivo de este modelo, se puede destacar el que facilita el acceso a las distintas intervenciones y a la evaluación regular del paciente.
- El modelo de **atención colaborativa** se fundamenta principalmente en utilizar la intervención específica que mejore el bienestar de los pacientes, planificando los cuidados que necesitan y coordinando los momentos de intervención de los distintos profesionales: médicos de familia, psiquiatras, psicólogos y otros profesionales que deban intervenir. Los estudios realizados demuestran que este modelo es más efectivo que la atención normal y combinado también con la atención escalonada incrementa mucho su eficiencia.

La recomendación sería combinar un modelo de atención escalonada con la colaboración entre salud mental y atención primaria, de forma que se apliquen los tratamientos de forma apropiada según la gravedad que presente cada paciente.

Por lo que se refiere a la eficacia de las psicoterapias más utilizadas, ésta ha sido superior en casi todos los estudios realizados en comparación con la no intervención, y además no se han encontrado diferencias significativas entre la aplicación de una intervención terapéutica u otra.

OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN

DEPRESIÓN LEVE

DEPRESIÓN MODERADA

DEPRESIÓN GRAVE Y/O RESISTENTE

MOTIVO DE LA INTERVENCIÓN

1. Evaluación, apoyo, psicoeducación
2. Intervenciones psicológicas
3. Antidepresivos

1. Intervenciones psicológicas
2. Antidepresivos
3. Tratamiento Combinado

1. Intervenciones psicológicas
2. Antidepresivos
3. Tratamiento Combinado
4. Terapia Electro Convulsiva

Fuente: Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de España de Sanidad y Salud. 2014

1. Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica del Reino Unido (National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE)

DIFERENCIAS ENTRE ESTRÉS, BURNOUT, ANSIEDAD Y DEPRESION

¿Qué es el estrés?

La OMS define el estrés como la «respuesta fisiológica, psicológica y de comportamiento de un individuo que intenta adaptarse y ajustarse a presiones internas y externas», y puede analizarse con tres enfoques distintos, fisiológico, psicológico e ingenieril.

Según el Consejo General de la Psicología en España, el estrés *«es un proceso que se pone en marcha cuando una persona percibe una situación o acontecimiento como amenazante o desbordante de sus recursos. A menudo los hechos que lo ponen en marcha son los que están relacionados con cambios, exigen del individuo un sobreesfuerzo y por tanto ponen en peligro su bienestar personal»*.

El estrés no siempre tiene consecuencias negativas (**distrés**)², y puede suponer una oportunidad para generar nuevos recursos personales (**eustrés**)³, que hace que la persona pueda fortalecer su autoestima para abordar con éxito situaciones similares en próximas ocasiones

La principal causa del estrés es la presencia de un factor estresante. Hay dos tipos principales de estrés:

- **Agudo:** a corto plazo y desaparece rápidamente. Ayuda a controlar las situaciones peligrosas, también cuando se hace algo nuevo o emocionante. Todas las personas sienten estrés agudo en algún momento u otro.
- **Crónico:** dura por un período de tiempo prolongado. Si no se controla puede causar problemas de salud.

¿Qué es el síndrome de burnout?

La primera vez que se describe fue en 1969 por H.B. Bradley quien lo denominó «staff burnout», para referirse al extraño comportamiento que presentaban algunos oficiales de policía que trabajaban con delincuentes juveniles.

2. Por **distrés** se entiende el conjunto de estímulos dañinos que debilitan y restan confianza a la persona para actuar y resolver un problema.

3. **Eustrés** comienza con el prefijo Eu-, que significa saludable. Es similar al sentido de euforia. Nos ayuda a superar nuestras limitaciones.

El estrés no siempre tiene consecuencias negativas (**distrés**), y puede suponer una oportunidad para generar nuevos recursos personales (**eustrés**).

En 1974 el psicólogo estadounidense Herbert Freudenberger lo define como **«sentimientos de agotamiento y frustración, además de cansancio, que se generan por una sobrecarga, tanto en el mundo laboral como en la vida personal».**

En 1980, Freudenberger amplía el concepto agregando que estos sentimientos se deben a **«cargas irracionales de trabajo que nosotros mismos o quienes nos rodean nos imponen».**

Una definición actualizada y ampliamente aceptada del término es la propuesta por Maslach, Schaufeli y Leiter en el año 2001; quienes definen el burnout como «una respuesta prolongada a estresores crónicos a nivel personal y relacional en el trabajo, determinado a partir de las dimensiones conocidas como agotamiento, cinismo e ineficacia profesional».

El síndrome de burnout tiene muchas acepciones, se conoce como síndrome de:

- desgaste profesional,
- desgaste ocupacional (SDO),
- trabajador desgastado,
- trabajador consumido,
- quemarse por el trabajo.

En todos los casos se refiere a un proceso de agotamiento que suele aparecer como resultado de la sobrecarga de trabajo.

Este síndrome suele darse con mayor frecuencia en aquellos puestos de trabajo relacionados con atención a terceros, como docentes, personal sanitario o personas que trabajan en atención al cliente y puede llegar a ser motivo de baja laboral, ya que llega un momento en que el empleado se encuentra física y mentalmente incapacitado para desarrollar su trabajo.

El burnout es el resultado de la evolución del estrés laboral hacia un estado de estrés crónico, y se caracteriza por un progresivo agotamiento físico y mental, una falta de motivación absoluta por las tareas realizadas, y en especial, por importantes cambios de comportamiento en quienes lo padecen.

Cuando se experimenta estrés durante mucho tiempo las defensas físicas y hormonales se agotan y es entonces cuando aparece el burnout. Lo que nos lleva a poder afirmar que el burnout se alcanza en la última etapa de un proceso de estrés laboral.

Aunque al principio las manifestaciones y el malestar sólo se extienden a la vida laboral, finalmente también llegan a alcanzar, en casi todas las situaciones, la vida social y familiar del trabajador afectado.

Algunas de las causas más comunes que provocan burnout son:

Este síndrome suele darse con mayor frecuencia en aquellos puestos de trabajo relacionados con atención a terceros.

CAUSAS	
Puestos relacionados con atención al público, clientes o usuarios	Contacto continuo con clientes o usuarios. Gran número de quejas, reclamaciones o peticiones por parte de los mismos.
Situaciones de acoso laboral	Acoso por parte de compañeros o superiores en el lugar de trabajo, maltrato psicológico.
Alto nivel de responsabilidad en el trabajo	Gran nivel de atención y concentración sobre las tareas realizadas. Ejemplo: personal médico.
Jornadas laborales o «turnos» demasiado largos	Trabajos en los que el empleado debe mantenerse en su puesto por 10, 12 e incluso 16 horas, pueden aumentar drásticamente la posibilidad de padecer este síndrome.
Trabajos monótonos	También y aunque pueda parecer paradójico los puestos laborales aburridos, repetitivos o carentes de incentivos. también pueden ser causa del Síndrome de Burnout .

Los síntomas del Síndrome de burnout son muy similares a los síntomas asociados al estrés laboral.

Los síntomas del Síndrome de burnout son muy similares a los síntomas asociados al estrés laboral de modo general, sin embargo, en el caso del burnout pueden aumentar de intensidad, especialmente en los cambios de comportamiento o de carácter. Entre ellos, podemos encontrar:

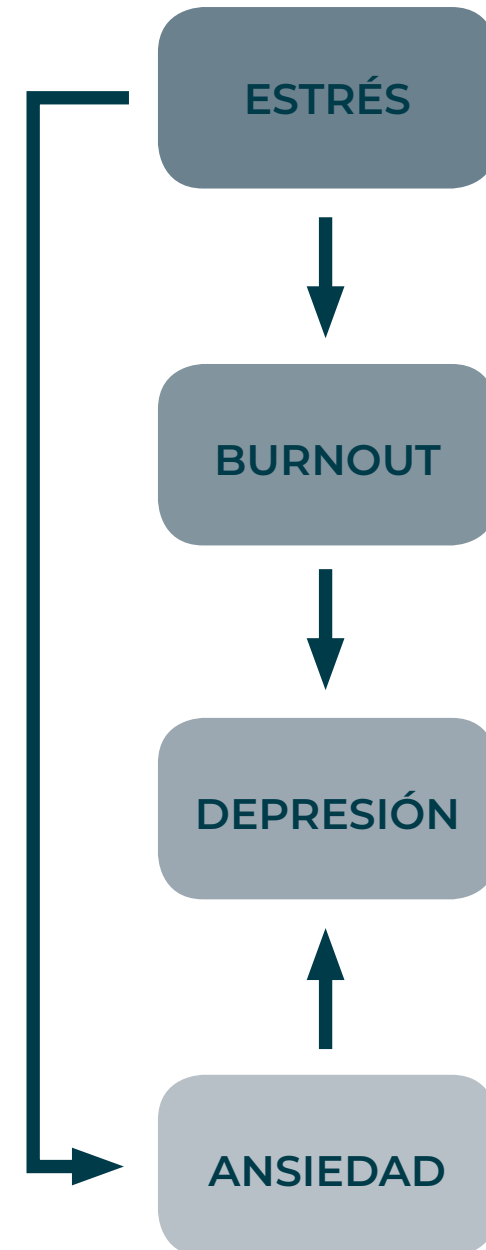
SINTOMAS DE BURNOUT			
SINTOMAS	GENERAN	SE CARACTERIZA POR	CONSECUENCIAS
A NIVEL EMOCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> Cambios en el estado de ánimo 	Estados de irritación y mal humor Malos modales Indiferencia con clientes, usuarios u otros compañeros	<ul style="list-style-type: none"> Además de los síntomas anteriores, entre otras: Aumento del riesgo de consumo de alcohol y otras drogas Alteraciones del sueño (insomnio) Bajada de defensas
	<ul style="list-style-type: none"> Desmotivación 	Se pierde ilusión por el trabajo	
	<ul style="list-style-type: none"> Agotamiento mental 	Disminución de la resistencia al estrés	
	<ul style="list-style-type: none"> Falta de energía y menor rendimiento 	Deterioro cognitivo Pérdida de memoria Falta de concentración Mayor dificultad para aprender tareas nuevas	
A NIVEL FÍSICO	<ul style="list-style-type: none"> Afecciones del sistema locomotor 	Dolores musculares y articulares	
	<ul style="list-style-type: none"> Otras alteraciones psicósomáticas 	Problemas gastrointestinales, cardiovasculares, afecciones de la piel, dolores de cabeza o cefaleas, mareos, alteraciones del apetito sexual y mayor riesgo de obesidad entre otros.	

Características del estrés, burnout, ansiedad y depresión

A veces no es fácil distinguir de forma clara las diferencias entre burnout, estrés, ansiedad y depresión. Se incluye a continuación un mapa básico de características y un esquema secuencial probable:

ESTRÉS
Afecta a la energía
Sobreimplicación y actividad física
Sobrecarga emocional
El daño principal es físico
Sensación de urgencia e hiperactividad
Conduce a la ansiedad

BURNOUT
Afecta fundamentalmente al trabajo aunque puede afectar a más áreas
Apatía
Embotamiento emocional
El daño principal es emocional
Sensación de indefensión y desesperación
Conduce a la depresión
Puede desarrollar trastornos de estrés postraumáticos
El trabajo es su principal causa
La persona es capaz de disfrutar de alguna experiencia
Baja motivación y apatía laboral
Unas largas vacaciones alivian los síntomas
Hablado con amigos o compañeros alivia
El proceso de curación se basa en la reducción del estrés y la psicoterapia



Esquema secuencial probable

ANSIEDAD

Sensación de tener que hacer más

Impotencia y tristeza

Miedo a perder el control

Aceleración cardíaca, aumento tensión muscular y sudoración

Aumento frecuencia respiratoria

Sensación de inestabilidad

Es el estrés que continua después de que el factor estresante ha desaparecido

Si se alarga en el tiempo conduce a la depresión

DEPRESIÓN

Afecta a todas las áreas vitales

Aparece por múltiples causas

Imposibilidad de obtener placer en ninguna faceta vital

Tristeza y anhedonia

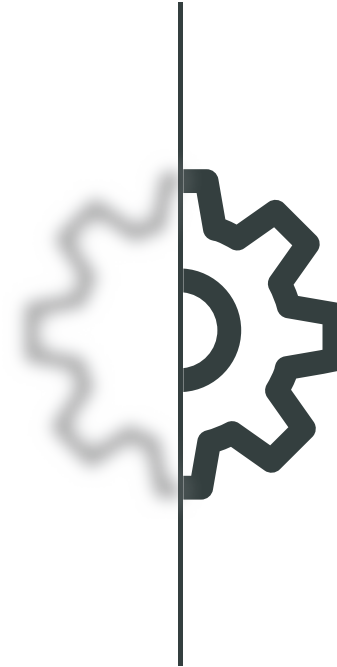
Las vacaciones no alivian los síntomas

Hablar sobre ello no suele ayudar a la persona

La farmacología es parte fundamental del tratamiento



DEPRESIÓN Y TRABAJO





Tal y como hemos comentado anteriormente, la principal causa de baja laboral a nivel mundial según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la depresión, siendo la segunda causa a nivel nacional después de las patologías dorso-lumbares, con las consiguientes repercusiones económicas.

En Europa el 55% de las ausencias al trabajo se deben a este problema, siendo afectados más de 38 millones de europeos al año.

La Asociación Europea de Depresión lanzó en 2014 los resultados de la encuesta IDEA (Impacto de la depresión en el lugar de trabajo en Europa). Encuesta realizada en 7 países, y con la participación de 7.000 trabajadores y gerentes para averiguar el impacto de la depresión en el lugar de trabajo y la carga personal y económica correspondiente y cómo esto varía en los distintos países europeos.

Según los resultados obtenidos en la encuesta, casi el 20% de los entrevistados habían sido diagnosticados de depresión en algún momento de su vida, de los cuales sólo el 51% tuvo algún día libre o de baja laboral por este problema. En España el porcentaje de quienes declararon haber tomado algún día libre por ese motivo fue del 52%, con una media de 30,6 días de baja por proceso, siendo Dinamarca con el 60% y Turquía con el 25% los de mayor y menor porcentaje respectivamente.

De la respuesta dada por las personas que declararon no haber sufrido nunca una depresión, sólo un 35% de los españoles se lo diría a sus superiores en el caso de padecerla, siendo por el contrario Dinamarca, (con un 63%), el país en el que los entrevistados declaran más abiertamente que hablaría del tema con sus jefes.

Los resultados del estudio IDEA reflejan que en la mayoría de los países la vivencia de una enfermedad mental sigue siendo un tema tabú tanto para los que la han padecido como los que no. Las 3 razones que más se alegan para justificar el hermetismo son:

- la creencia de que es algo privado sobre lo que no quieren hablar (49%),
- el miedo a perder el empleo (30%) y
- la suposición de que no van a ser entendidos (30%).

Claramente un trabajador con depresión genera una menor productividad para su empresa con las consiguientes pérdidas. Si consideramos globalmente este hecho, dado que se trata de un fenómeno que puede afectar a todas las organizaciones, podemos estar hablando de pérdidas muy considerables en el orden macroeconómico.

En España actualmente se estima que los costes por todos los conceptos atribuibles a la depresión, superan el 1% del PIB, cifra más que importante para realizar una correcta gestión que repercutirá tanto en bienestar de quienes la padecen como también en la sostenibilidad del Sistema Público de Salud, así como en la productividad de las propias empresas.

La enfermedad mental sigue siendo un tema tabú tanto para los que la han padecido como los que no.



Estos factores sitúan a la depresión como uno de los problemas clave para las empresas, que hace necesario un tratamiento estratégico. No se trata exclusivamente de un problema sanitario sino que está directamente relacionado con el bienestar social en general. Es por ello que tanto en la detección, como en el tratamiento, debemos tener en cuenta especialmente el ámbito laboral. Los programas sobre depresión que se pongan en marcha deben ayudar a concienciar a empleadores y empleados en la importancia de su gestión, y el establecimiento de políticas internas de actuación, así como la identificación de objetivo estratégico prioritario⁴.

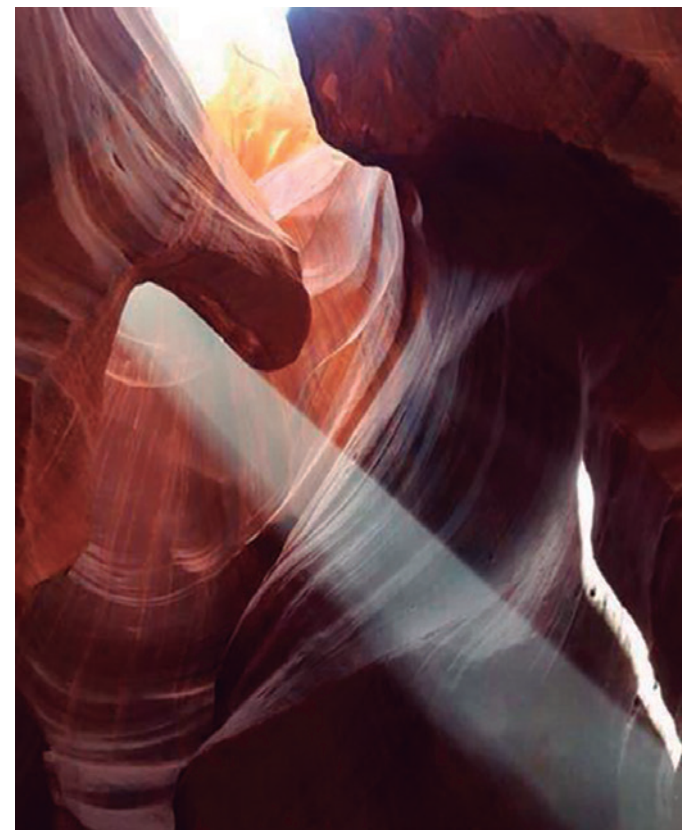
Para ayudar a arrojar luz sobre esta oscura realidad cabe afirmar que los empresarios y directivos que ponen en práctica iniciativas para promover la salud mental en el entorno laboral y prestan apoyo a los empleados que padecen trastornos mentales comprueban que, no solo se obtiene una mejora de la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

Sin embargo, pocas organizaciones abordan su gestión desde el entorno laboral. En muchas ocasiones, por la dificultad en su detección. Por un lado, los síntomas son bastante inespecíficos. Tal y como hemos visto en la encuesta de IDEA, el propio trabajador oculta el hecho de que padece una depresión aunque disponga de un diagnóstico e intenta muchas veces mantenerse activo tanto por el estigma social de la enfermedad como por las posibles consecuencias negativas de un proceso de baja laboral por ese motivo.

La ocultación de la enfermedad supone en la mayoría de ocasiones un agravamiento y alargamiento en el tiempo del trastorno.

Esto provoca que la depresión tenga una importante incidencia en el problema del presentismo⁵. Sin embargo, también hay que valorar que continuar trabajando, aunque sea por menos horas o con modificaciones en sus tareas, puede proporcionar la continuidad de la rutina para el individuo afectado, la inclusión social y reducirá el impacto que tanto el trabajador como su familia experimentan si se estuviera ausente del trabajo por un período prolongado. De hecho, un estudio de la London School of Economics and Political Science (LSE) descubrió que los empleados con depresión son menos propensos a tomarse un tiempo libre del trabajo si sus gerentes ofrecen ayuda o flexibilidad en el trabajo. Dependerá en todo caso de la gravedad de los síntomas y como afecten al desempeño del trabajo.

La cronificación de los síntomas dificulta el establecimiento del origen de la enfermedad. Aunque se desencadene por un problema familiar, puede interpretarse como falta de interés por el trabajo y por los mismos motivos, aunque su origen sea laboral, repercutirá en la esfera privada del trabajador.



4. El abordaje de la depresión en el ámbito del trabajo: recomendaciones clave (2016)

5. Presentismo: acudir y estar presente en el puesto de trabajo, pero dedicando parte de la jornada laboral a otras funciones que no son propias del trabajo



El último informe de Mercer Marsh Benefits muestra que aunque la salud mental es el tercer factor de riesgo más importante para las empresas, aún no ha sido abordado de forma eficiente por las empresas quedando aún mucho por avanzar en una gestión eficiente de la salud mental. Solo el 14% están ofreciendo programas preventivos de salud a largo plazo para sus empleados.

Si la empresa dispone de un servicio de salud laboral propio, es de gran ayuda porque normalmente los empleados confían en su confidencialidad y pueden acudir para la orientación de un diagnóstico y tratamiento rápido de los síntomas. Ello posibilitará una atención eficaz de cara a una recuperación rápida, que ayudará a reducir el sufrimiento innecesario. Iniciar lo antes posible un tratamiento antidepressivo contribuye a conseguir una buena respuesta y un óptimo resultado.

Aunque una de las principales causas de la depresión es encontrarse desempleado, el propio entorno laboral es generador de múltiples factores que pueden afectar a la salud mental de los trabajadores.

Algunos de estos factores son:

- políticas inadecuadas de seguridad y protección de la salud.
- prácticas ineficientes de gestión y comunicación.
- poca autonomía.
- pobre nivel de apoyo a los empleados.
- falta de flexibilidad en los horarios de trabajo.
- deficiencia de claridad en los objetivos de la organización.
- conflicto de rol.
- inexistencia de política de gestión de conflictos.
- exceso de carga cognitiva o emocional.
- falta de adecuación de las competencias del trabajador con las exigencias del puesto.
- acoso psicológico.

Por consiguiente, eliminar o disminuir estos factores de riesgo ayudará a crear un entorno laboral mentalmente sano y a prevenir posibles trastornos mentales.

Una guía publicada recientemente por el Foro Económico Mundial recomienda que las intervenciones tengan un triple enfoque:

1. Proteger la salud mental reduciendo los factores de riesgo relacionados con el trabajo;
2. Promover la salud mental desarrollando los aspectos positivos del trabajo y las cualidades y capacidades del personal y
3. Tratar de solucionar los problemas de salud mental, con independencia de su causa.

Aún queda mucho mucho por avanzar en una gestión eficiente de la salud mental.



Este tema ha sido abordado por numerosos investigadores destacando el modelo vitamínico de Warr (1990) que identifica los recursos de la organización, que serían las «vitaminas» que tienen efectos positivos en la salud y bienestar emocional de los empleados. Estos recursos cobran especial relevancia en los momentos de cambios organizacionales ya que impactan de forma directa en la salud y bienestar emocional. Se identificaron 9 recursos o características:

1. Claridad en las tareas.
2. Autonomía en el puesto de trabajo.
3. Contacto social del puesto de trabajo.
4. Variedad en las tareas.
5. Retroalimentación del trabajo realizado.
6. Salario justo.
7. Seguridad en el trabajo.
8. Valoración social del empleo.
9. Apoyo del jefe directo.



ENTORNOS LABORALES SANOS PARA PREVENIR Y MITIGAR EPISODIOS DEPRESIVOS





ACCIONES ENCAMINADAS A REDUCIR LOS FACTORES DE RIESGO

Según ha advertido la OMS, un entorno laboral negativo puede causar problemas físicos y psíquicos, como la depresión o la ansiedad.

Hay muchos factores del entorno laboral que pueden afectar a la salud mental y que en la mayoría de los casos, los riesgos que conllevan se deben a una interacción inadecuada entre el tipo de trabajo, el entorno organizativo y directivo, las aptitudes y competencias del personal, las facilidades que se ofrecen a éste para realizar su trabajo, y la calidad del propio entorno de trabajo y sus condiciones ambientales.

A continuación, vamos abordar algunos de los factores del entorno de trabajo que pueden influir negativamente en la salud mental de las personas y en concreto que pueden interaccionar de alguna manera con la depresión.

Condiciones ambientales

No cabe duda de que el ambiente que nos rodea y con el que nos relacionamos influye en nuestra salud, rendimiento, emociones, concentración, etc. Son muchas las condiciones ambientales que nos afectan: ruido, tráfico intenso, deficiente iluminación, contaminación, temperatura, poco espacio disponible, etc.

Este tipo de estímulos suelen alterar el funcionamiento de nuestro cuerpo y afecta a su equilibrio provocando irritabilidad, cansancio, apatía, agresividad, confusión mental y pudiendo fomentar episodios depresivos.

En relación con los centros de trabajo, no cabe duda que un entorno de trabajo saludable requiere de unas **condiciones ambientales saludables**. Conocer por tanto cuáles son esas condiciones y dotar a los puestos de trabajo de las características esenciales que los conviertan en positivos y favorables es fundamental.

Características saludables que deben cumplir las oficinas.

Muchos trabajadores pasan la mayor parte de su jornada laboral en una oficina. Aunque las condiciones ambientales en una oficina pueden parecer a priori fácilmente controlables y sin riesgos extremos, la



experiencia demuestra que no siempre los trabajadores están expuestos a un entorno ambiental adecuado. La percepción de los trabajadores de oficina refleja que las condiciones ambientales son, junto a los factores organizacionales, una de las primeras causas de insatisfacción y discomfort de este colectivo.

En las **oficinas**, el espacio debe ser **amplio, limpio y sin contaminaciones acústicas** (exceso de ruidos) o **ambientales** (mucho calor o frío).

Algunas **características idóneas** que deben tenerse en cuenta en la elección y el diseño de oficinas son:

- **Acceso fácil al lugar de trabajo.** Este acceso fácil lo debe ser tanto por la disponibilidad de transporte público, como por la facilidad de aparcamiento que permita el uso de vehículo privado si ésta es la opción.
- **Ausencia de barreras arquitectónicas** para no dificultar el acceso de personas con movilidad reducida o con cualquier otro impedimento.
- **Dimensiones suficientes** para los trabajadores. La falta de espacio para trabajar y poco espacio para moverse hacen difícil sentirse cómodo.
- **La ergonomía** del mobiliario de oficina, que no solo debe cumplir normativa, sino ser ergonómico y confortable y permitir adaptarse a las diferentes medidas antropométricas de los trabajadores y tipos de actividad que se desarrollan.
- **Espacio suficiente** para archivar la documentación y que no genere ningún problema de seguridad o ergonomía.
- **Aseos y vestuarios adecuados**, tanto en número como ubicación.
- **Existencia de una sala de relax** (office) donde se puedan ubicar máquinas expendedoras con productos saludables, fuentes o dispensadores donde poder tomar agua, café o un refresco y espacio con microondas y frigorífico para poder llevar comida saludable.
- **Iluminación adecuada**, a ser posible con luz natural durante las horas del día. Los principales defectos que se encuentran en oficinas son la **falta de intensidad adecuada**, la **deficiente distribución** de los puntos de luz y los **deslumbramientos** provocados por la luz solar. La deficiente iluminación puede afectar al estado de ánimo de la persona y provocar dolores de cabeza y problemas oculares que perjudican la salud y hace que disminuya la productividad.
Se pueden utilizar bombillas **«ionizadoras»** de aire con las, se consigue transformar la carga iónica y que la sensación sea de estar en un entorno verde.
- Control del **nivel de ruido**. Un exceso de ruido tanto procedente del exterior como de aparatos de dentro de la oficina (maquinaria, calderas, aire acondicionado, etc.), puede provocar problemas de concentración, ansiedad o nerviosismo. Se deben elegir en la medida de lo posible emplazamientos

En las oficinas, el espacio debe ser amplio, limpio y sin contaminaciones acústicas (exceso de ruidos) o ambientales (mucho calor o frío).



alejados de zonas ruidosas, y utilizar si es necesario aislamiento acústico para aminorar el nivel de ruido:

- Materiales aislantes de paredes y techos.
- Cristales especiales para amortiguar el ruido del exterior.
- Mamparas o pantallas de absorción de ruidos.

- **Ventilación y condiciones atmosféricas adecuadas.** El espacio de trabajo debe estar suficientemente ventilado, sin humedad excesiva y mantener una temperatura de confort.

La temperatura en la oficina a veces es fuente de conflicto entre los empleados, mientras algunos se quejan por pasar calor otros por lo contrario, por pasar frío por el aire acondicionado. Debemos tener en cuenta que el confort térmico favorece el bienestar y la salud de los trabajadores.

El Anexo III del R.D. 486/1997, Disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo indica que:

«1. La exposición a las condiciones ambientales de los lugares de trabajo no debe suponer un riesgo para la seguridad y la salud de los trabajadores.

2. Asimismo, y en la medida de lo posible, las condiciones ambientales de los lugares de trabajo no deben constituir una fuente de incomodidad o molestia para los trabajadores. A tal efecto, deberán evitarse las temperaturas y las humedades extremas, los cambios bruscos de temperatura, las corrientes de aire molestas, los olores desagradables, la irradiación excesiva y, en particular, la radiación solar a través de ventanas, luces o tabiques acristalados.»

Para **trabajos sedentarios propios de oficina**: la temperatura debe estar entre **17°C y 27°C**, y la **humedad relativa** estará comprendida entre el **30% y el 70%** en todos los casos.

No obstante, el INSST en su **Guía Técnica para la evaluación y Prevención de los Riesgos relativos a la utilización de los Lugares de Trabajo**, hace unas recomendaciones según la estación del año, siempre que los trabajadores lleven ropa acorde a la estación climática:

- **En verano**: aconseja que la temperatura esté entre 23°C y 26°C.
- **En invierno**: la recomendación es que haya entre 20°C y 24°C.

En cualquier caso se deberá tener en cuenta:

- Las características particulares del propio lugar de trabajo.
- Las características de los procesos u operaciones que se desarrollen en el lugar de trabajo.
- El clima de la zona en la que esté ubicado el lugar de trabajo.



También se debe observar lo regulado en el Reglamento de Instalaciones Térmicas en Edificios, que establece la temperatura y humedad para oficinas, locales comerciales y de pública concurrencia:

- **En verano:** la temperatura debe ser de 26°C o superior y la humedad relativa entre el **45%** y el **60%**.
- **En invierno:** la temperatura debe ser de 21°C o inferior y la humedad relativa entre el **45%** y el **50%**.

En ocasiones se minimiza la importancia e impacto de la calidad del aire interior de un recinto, entre otras cosas porque los efectos adversos para la salud no se ven de inmediato, sin embargo los efectos negativos pueden alterar tanto la salud física como mental, provocando altos niveles de estrés, que causan malestar y pueden llevar a la **depresión**. Es lo que se conoce como **síndrome del edificio enfermo**.

Sobre la calidad del aire interior en oficinas, el INSST ha elaborado un amplio abanico de NTP, así como Manuales y Guías y otros documentos divulgativos, que están disponibles en el portal específico de riesgos biológicos.

- **Decoración y color de las paredes.** Las oficinas son lugares donde podemos pasar muchas horas de nuestra vida. Los materiales, los colores y la propia decoración influyen en el confort de trabajo. Los colores claros por ejemplo aumentan la calidez y dan sensación de amplitud.

Las tendencias actuales se orientan hacia la creación de entornos en oficinas que hagan más confortable el lugar de trabajo y estimulen la creatividad. Son múltiples las compañías que están ya ofreciendo lugares de trabajo más agradables como elemento diferenciador y de atracción de talento y en los que se tiene en cuenta tanto el diseño y ubicación, como los **materiales, decoración y acabados** de las oficinas.

- **Materiales y acabados.** Algunas investigaciones⁶ afirman que la concentración de elementos contaminantes en espacios interiores puede ser entre 2 y 5 veces superior que en los ambientes exteriores. Hay materiales novedosos e innovadores, como los **fotocatalíticos** que son capaces de interactuar con la luz natural para consumir CO₂ y producir oxígeno como si fueran plantas.

Podemos destacar el trabajo de investigación que realiza el equipo de PMMT y que ha denominado proyecto *Friendly Materials* (<http://www.pmmtarq.com/es/innovacion/friendly-materials>), en el que se analizan de forma objetiva los compuestos químicos de los materiales, los sistemas constructivos y hasta el conjunto del espacio, evaluando cómo afectan los compuestos de dichos materiales a la salud.

En ocasiones se minimiza la importancia e impacto de la calidad del aire interior de un recinto.

6. Principles for a toxic-free environment, ChemSec & AAMMA, 2007



Trabajos a temperaturas extremas.

Trabajos a altas temperaturas

Hay una multitud de trabajos que se realizan en el exterior donde es difícil controlar las condiciones ambientales. En el trabajo en el exterior influyen principalmente la temperatura, la humedad y las corrientes de aire. Parámetros extremos de alguno de estos factores afectan a la salud física y psicosocial del trabajador.

Hay otras actividades en las que es necesario trabajar a altas temperaturas como ocurre en una fundición.

El estrés térmico es la causa de diversos efectos patológicos que se producen cuando se acumula excesivo calor en el cuerpo. Cuando se trabaja en condiciones de estrés térmico el cuerpo sufre una sobrecarga fisiológica debido al aumento de temperatura que el cuerpo intenta compensar con la sudoración y la vasodilatación. Si pese a todo la temperatura central del cuerpo supera los 38° C, se producen distintos daños a la salud cuya gravedad estará en consonancia con la cantidad de calor acumulado en el cuerpo.

El exceso de calor corporal puede hacer que se agraven dolencias previas (enfermedades cardiovasculares, respiratorias, mentales, renales, cutáneas, diabetes, etc.). En el estrés térmico intervienen también el tiempo de exposición y factores personales.

Tipos de trabajos donde puede producirse estrés térmico:

UBICACIÓN	CARACTERÍSTICAS	EJEMPLOS	
LUGARES CERRADOS O SEMICERRADOS	Calor y humedad elevados y ausencia de medios para reducirlos. Con actividad física intensa. Uso continuado de EPI's.	<ul style="list-style-type: none"> • Fundiciones • Acerías • Fábricas de cerámica • Cementeras 	<ul style="list-style-type: none"> • Hornos • Panaderías • Lavanderías • Fábricas de conservas • Minas • Invernaderos, etc.
TRABAJOS AL AIRE LIBRE	Al darse sólo en determinada época del año no se suele disponer de programas de prevención.	<ul style="list-style-type: none"> • Construcción • Agricultura • Servicios urbanos varios 	

El estrés térmico es la causa de diversos efectos patológicos.



Trabajos a bajas temperaturas.

Existen asimismo múltiples actividades donde se da exposición laboral a ambientes fríos, (cámaras frigoríficas, almacenes fríos o trabajos en el exterior como construcción o trabajos agrícolas), en los que la exposición depende fundamentalmente de la temperatura y velocidad del aire, y donde se puede generar distintos tipos de estrés por frío, que normalmente pueden coincidir:

- Enfriamiento de todo el cuerpo.
- Enfriamiento local:
 - de las extremidades.
 - cutáneo por convección (enfriamiento por el viento),
 - cutáneo por conducción (enfriamiento por contacto) y
 - enfriamiento del tracto respiratorio.

De cara a la organización y protección del trabajo, así como para selección de prendas de vestir y/o los EPI, se debe tener en cuenta que la combinación de corrientes de aire o viento y una temperatura ambiente baja, aumentan significativamente la capacidad de enfriamiento del ambiente.

Los principales efectos del frío sobre el cuerpo humano son:

- Descenso de la temperatura interna (hipotermia).
- Congelación de los miembros (extremidades, cara, etc.).

Como norma general las temperaturas ambientales inferiores a 15°C provocan carencia de confort sobre todo en trabajos sedentarios y ligeros, mientras que una exposición prolongada a temperaturas por debajo de 10°C puede ocasionar daños para la salud.



Las personas trabajadoras con mayor riesgo de sufrir los efectos de la exposición al frío son:

TIPOLOGÍA	CAUSAS
Las de mayor edad	Tienen una menor capacidad de sentir los cambios de temperatura y de reaccionar con los mecanismos de defensa, vasoconstricción y tiritona.
Las que tienen enfermedades crónicas	Como pueden ser la insuficiencia respiratoria y asma, afecciones cardiovasculares, diabetes, hipotiroidismo, adicción, enfermedades psiquiátricas o ciertas enfermedades agudas como infecciones respiratorias.
Las que toman cierta medicación	Algunos medicamentos pueden agravar síntomas ligados al frío, al interferir con los mecanismos de adaptación del organismo. También la acción de ciertos medicamentos puede verse afectada por la vasoconstricción que se produce tras la exposición al frío.

Trabajos con sobrecarga física

Hay trabajos muy exigentes físicamente, como todos los relacionados con el sector de la construcción, entre otros.

Pero también hay determinados colectivos que desarrollan tareas en otros sectores aparentemente menos exigentes desde el punto de vista físico (sector sanitario, residencias de mayores, o camareras de pisos entre otros) que se ven expuestos a lo largo de su jornada laboral a múltiples tareas que suponen la adopción de sobreesfuerzos y posturas inadecuadas. Esta exposición puede provocar la aparición de Trastornos Músculo-esqueléticos (TME), principalmente en la columna.

Los TME más comunes derivados de estas actividades profesionales, se relacionan con el cuello, la zona dorso lumbar, y miembros superiores (hombros, codos, muñecas y manos y rodillas).



Estos trastornos generan dolor y si permanecen en el tiempo, el dolor puede cronificarse.

El dolor crónico acompaña a muchísimas enfermedades a modo de «daño colateral», y se relaciona con trastornos mentales como la ansiedad y la depresión. Hasta ahora se creía que la relación entre dolor y enfermedades mentales era puramente psicológica (si te duele, te entra ansiedad o depresión). Pero en 2015 un estudio de la Universidad de California en Los Angeles (UCLA) ha demostrado que la relación entre estos tres factores tiene un origen físico y biológico totalmente real. El dolor crónico, la ansiedad y la depresión tienen una clara conexión en el cerebro.

Según este estudio, el dolor crónico provocaría una inflamación tal en el cerebro que se extendería alterando la actividad de otras regiones que regulan el estado del ánimo y la motivación.

Por consiguiente, una buena ergonomía del puesto no sólo evitará Trastornos Músculo-esqueléticos sino que también disminuirá la probabilidad de padecer enfermedades asociadas al dolor crónico derivado de los mismos.

Factores de riesgo psicosocial

La organización del trabajo incide sin duda en la salud. En el trabajo se pueden percibir excesivas demandas laborales, escasa seguridad en el trabajo, falta de autonomía o escaso apoyo de compañeros y mandos y si estas percepciones negativas de los factores de riesgo psicosocial se prolongan en el tiempo pueden afectar al bienestar y a la salud (física y psíquica) del trabajador.

Hay que tener en cuenta tanto los factores propios del trabajo como las características del trabajador, ya que no todos los trabajadores tienen la misma percepción ante una misma situación.

Cuando la percepción que se tiene en el trabajo es de un escaso control y altas demandas laborales y además lleva aparejado una escasa recompensa en relación al esfuerzo invertido así como escasas oportunidades de conciliar la vida laboral y familiar, se ponen en juego factores que pueden desencadenar episodios de **depresión** en el trabajador.

Un artículo⁷ reciente refleja que tras una revisión sistemática existen a nivel internacional pocos estudios que evalúen la correlación de la percepción negativa de los factores de riesgo psicosocial en el trabajo y el desarrollo de **depresión**.

Una buena ergonomía del puesto no sólo evitará Trastornos Músculo-esqueléticos.

7. Talavera, B.; Luceño, L.; Martín, J. y Díaz, E.M. (2017). Asociación entre la percepción de condiciones laborales adversas y depresión: una revisión sistemática. *Ansiedad y Estrés* 23(1); 45-51.



No obstante tras una revisión sistemática de artículos publicados de investigaciones longitudinal durante los últimos años, se ha constatado que percibir factores de riesgo psicosocial en el trabajo, se asocia con el desarrollo de estados de ánimo negativos que llevan a la **depresión**.

El mismo estudio indica que en los últimos 5 años a nivel nacional no se han encontrado estudios publicados que evalúen la correlación de la percepción adversa del riesgo psicosocial en el trabajo y los trastornos depresivos.

La evaluación de riesgos psicosociales se utiliza para la identificación de los factores de riesgo y poder establecer las medidas de mejora para prevenir daños, al igual que ocurre en los otros ámbitos de la prevención.

No obstante suele ser más complejo entre otros motivos por la dificultad de establecer una relación causal directa entre factor de riesgos y daño. Además las evaluaciones de riesgo suelen basarse en la interpretación colectiva por lo que las problemáticas individuales quedan diluidas.

No todos los factores afectan a todos los trabajadores por igual.

La pérdida de salud debida a una situación psicosocial no se debe a una relación causa-efecto directa, sino que suele ser multicausal. La evaluación de los factores psicosociales permite conocer posibles fallos de la organización que pueden producir anomalías y distorsiones en su funcionamiento.

La evaluación de los factores psicosociales, como toda evaluación de riesgos, es un proceso complejo que conlleva un conjunto de actuaciones o etapas sucesivas interrelacionadas. En general, se pueden distinguir las siguientes fases, descritas con mayor detalle en la NTP 450:

- Identificación de los factores de riesgo.
- Elección de la metodología y técnicas de investigación que se han de aplicar.
- Planificación y realización del trabajo de campo.
- Análisis de los resultados y elaboración de un informe.
- Elaboración y puesta en marcha de un programa de intervención.
- Seguimiento y control de las medidas adoptadas.

Metodologías y técnicas aplicables

Elegir una metodología o técnica a aplicar (instrumentos prácticos para la recogida, tratamiento y análisis de la información), en un estudio de factores psicosociales va a depender tanto de la tipología de problemas que supongamos existen en la organización, como de los objetivos que busquemos, el colectivo al que se vaya a aplicar, y quienes realizan el estudio.

En una misma evaluación de riesgo psicosocial también pueden utilizarse varias técnicas. Se combina la utilización de métodos cuantitativos (encuestas) y cualitativos como entrevistas, grupos focales, análisis de incidentes, etc.





Se pueden utilizar desde lo que se denomina metodologías globales de evaluación, hasta cuestionarios y escalas sobre un tema concreto: autonomía, carga de trabajo, demandas psicológicas, etc.

Una clasificación inicial de los métodos existentes puede ser:

- Globales de evaluación de las condiciones de trabajo que incluyen los riesgos de carácter psicosocial.
- Globales de evaluación de los factores psicosociales.
- Que analizan, de manera específica, un factor o área relacionada con el ámbito psicosocial.
- Cuestionarios de salud percibida.

En los siguientes cuadros se incluyen una relación de las herramientas que podemos encontrar en cada uno de ellas:

EVALUAN CONDICIONES DE TRABAJO	
Generales	LEST ANACT Perfil de los puestos Cuestionario de análisis de puestos (PAQ, Mc.)
Factores psicosociales	Método de evaluación de factores psicosociales del INSHT Copenhaguen Psychosocial Questionnaire Método ISTAS 21 COPSOQ Cuestionario de evaluación de factores psicosociales de Navarra Cuestionario de satisfacción laboral Job Diagnostic Survey Cuestionario de análisis de puestos Escala de clima social en el trabajo (WES) Escala de bienestar psicológico (EBP) Escala de prevención de riesgos profesionales Working conditions Terms of employment Social relations at work Rizzo and Houses's measures/role ambiguity and role conflict

EVALUAN CONSECUENCIAS DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO	
Estrés	Occupational stress questionnaire Questionnaire stress at the work site Cuestionario holandés sobre experiencias y apreciación del trabajo (VBBA) Índice de reactividad al estrés (IRE-32) NIOSH Generic job stress questionnaire The stress profile Flexihealth Escala de apreciación del estrés en el ámbito sociolaboral Job content questionnaire (JCQ) Working conditions and control questionnaire (WOCCQ) Job stress survey Escala de fuentes del estrés en profesores (EFEP) Cuestionario de estrés ocupacional para profesionales de la salud Role hassles index Occupational stress indicator (OSI) Pressure management indicator NHS Measure
Burnout	Tedium measure Maslach burnout inventory (MBI) Teacher attitude scale Cuestionario de burnout del profesorado Cuestionario breve del burnout Staff burnout scale Teacher burnout scale Efectos psíquicos del burnout Matthews burnout scale for employees
Mobbing	Lymann inventory of psychological terrorization
Salud	Perfil de salud de Nottingham Test de salud total SF-36 General health questionnaire (GHQ)

Recopilación de métodos aplicables al ámbito de la Psicología. Fuente: INSST NTP 702

EVALUACIÓN DE CONDICIONES DE TRABAJO EN PYMES	
<p>MÉTODOS GLOBALES. Su objetivo es una evaluación global de las condiciones de trabajo. Incluye algún módulo referente a factores psicosociales</p>	<p>Gestión y evaluación de las condiciones de trabajo en centros sanitarios (GESCESAN) Test de autoevaluación de puestos de trabajo con pantallas de visualización (PVD) GAP, SIAPS, evaluación de riesgos en microempresas PVCHECK Impacto sobre las condiciones de trabajo de las nuevas tecnologías El síndrome del edificio enfermo: cuestionario para su detección</p>
<p>MÉTODOS ESPECÍFICOS del área de la Psicología y Ergonomía</p>	<p>Método de evaluación de factores psicosociales Metodología para la evaluación del estrés laboral Estrés en el colectivo docente. Metodología de evaluación (NTP 574) Manual para la evaluación y prevención de los riesgos ergonómicos y psicosociales en PYMES</p>

Métodos del INSST que incluyen factores psicosociales

Fases de la evaluación de riesgos psicosociales

La evaluación de los factores psicosociales, es un proceso complejo que conlleva un conjunto de actuaciones o etapas sucesivas interrelacionadas:

- Identificación de los factores de riesgo.
- Elección de la metodología y técnicas de investigación que se han de aplicar.
- Planificación y realización del trabajo de campo.
- Análisis de los resultados y elaboración de un informe.



- Elaboración y puesta en marcha de un programa de intervención.
- Seguimiento y control de las medidas adoptadas.

Es necesaria la participación de los trabajadores o sus representantes en todas estas etapas o fases de la evaluación. Los trabajadores o sus representantes deben ser consultados y deben participar desde la primera fase de la planificación respecto a qué cosas hay que evaluar, dónde y cómo, hasta la fase de decisión de las medidas que se deben adoptar para la mejora de las condiciones de trabajo y el control y seguimiento de dichas mejoras preventivas.

Señalar por tanto, la importancia de todos los agentes implicados: trabajadores y sus representantes, mandos intermedios y alta dirección en cada fase del proceso.

¿Cuáles son las obligaciones de los empresarios?

- Evaluar los riesgos psicosociales regularmente.
- Elaborar un plan de acción que contenga las medidas que se llevarán a cabo para eliminar o controlar los riesgos. ¿Quién tiene la responsabilidad de llevarlas a cabo? ¿Cuándo se van a ejecutar?, etc.
- Controlar que se hayan llevado a cabo las medidas.

Se puede consultar la relación entre condiciones psicosociales del puesto de trabajo y la enfermedad mental en la publicación *Riesgos psicosociales y enfermedad mental. Estrategias de actuación en el ámbito laboral*, editada por Foment del Treball.

ACCIONES ENCAMINADAS A LA PROMOCIÓN DE LOS ASPECTOS POSITIVOS DEL TRABAJO

Del mismo modo que en el entorno laboral hay factores de riesgo hacia la salud mental del trabajador, también existen aspectos positivos que deben potenciarse. El trabajo en sí mismo tiene un efecto positivo en las personas, por lo que si se saben reforzar sus bondades y se anima a los trabajadores a desarrollar sus cualidades se conseguirá que el entorno laboral sea un entorno mentalmente saludable.

A continuación se proponen algunas ideas para promover los aspectos positivos del entorno laboral.

El trabajo en sí mismo
tiene un efecto
positivo en las
personas.



Liderazgo transformacional

El estilo de liderazgo en las organizaciones tiene una importancia clave, puesto que en algunos casos, un estilo inadecuado de gestión organizativa y de trato hacia los trabajadores puede llegar a generar posibles casos de estrés, ansiedad e incluso **depresión**.

Podríamos definir el liderazgo como la manera en la que se influye en los empleados para que, voluntariamente, persigan los objetivos de la organización.

Es una realidad que en las empresas existen diferentes tipos de líderes, con diversas funciones y características. Cada tipo de líder tiene sus ventajas y desventajas.

Una clasificación de los distintos tipos de líderes puede ser la siguiente:

TIPO	CARACTERÍSTICAS
1. Liderazgo autocrático o autoritario	Tiene centralizada la autoridad y limita la participación de los subordinados, tomando las decisiones unilateralmente. Decide todos los aspectos de la organización. Espera obediencia de sus subordinados y ejerce el poder sobre ellos a través de recompensas y castigos.
2. Liderazgo democrático o participativo	Tiende a involucrar a los colaboradores en la toma de decisiones. Acepta contribuciones ajenas. No significa que delegue las decisiones en otros, pero sí que escucha otras ideas.
3. Liderazgo liberal o laissez-faire	Ofrece libertad absoluta para actuar a los miembros de la organización. Se mantiene al margen, no interviene ni pide cuentas. Resulta efectivo cuando los miembros del equipo tienen mucha experiencia o iniciativa a la hora de llevar proyectos adelante.
4. Liderazgo burocrático	Se asegura que los operarios sigan al pie de la letra las reglas marcadas. Es apropiado en algunas circunstancias, por ejemplo, cuando en el trabajo encontramos riesgos de seguridad. No le preocupa la motivación de los miembros de su equipo.

«**Liderazgo** es el arte de hacer que alguien haga algo que tú quieres **porque la persona quiere hacerlo**»

Dwight D. Eisenhower



TIPO	CARACTERISTICAS
5. Liderazgo carismático	Inspira a sus subordinados o equipos. Es innato, atrae a las personas y genera entusiasmo y satisfacción entre las personas de la organización.
6. Liderazgo natural	No es reconocido de manera oficial, pero lo elige el grupo. Ejerce influencia de manera informal, conoce los objetivos, las fortalezas, y los puntos débiles de los miembros del equipo.
7. Liderazgo orientado a las personas o las relaciones	Se centra en organizar, apoyar y desarrollar a los miembros del equipo Genera respeto, confianza mutua y satisfacción Tiene en cuenta los sentimientos de los subordinados, los ayuda en sus problemas personales y es amistoso y cercano.
8. Liderazgo orientado a la tarea	Se centra exclusivamente en la tarea, que se alcancen los objetivos y el trabajo esté bien hecho. Puede tender a ser autoritario Facilita las interacciones de los miembros del grupo. Definen las tareas necesarias para obtener los objetivos.
9. Liderazgo transaccional	Dirige, corrige y se asegura que se cumplan las tareas Buscan la eficiencia de una actividad. Apropiado para situaciones en los que los procedimientos ya están establecidos y no se buscan cambios.
10. Liderazgo transformacional	Se considera el auténtico liderazgo. Motiva e inspira a los miembros de forma permanente. Pone por encima de su beneficio personal el del grupo. Cumple los objetivos que le marca la organización y además propone nuevas ideas.

Un liderazgo autocrático o autoritario puede ser un factor de riesgo importante que incida negativamente en la salud mental de los trabajadores.



Por el contrario un liderazgo transformacional y auténtico potencia las cualidades de todos los trabajadores por lo que incide positivamente en su autoestima y en su salud mental.

Los mandos dentro de las organizaciones son imprescindibles en la prevención de los riesgos psicosociales y la mejora del clima laboral.

Algunos de los elementos clave en los que pueden intervenir los mandos son:

- Reuniones periódicas bien planificadas y organizadas: organizar los recursos materiales y los espacios de trabajo, ayudar al mantenimiento de un buen ambiente de trabajo y establecer canales de comunicación fluidos, haciendo posible la participación, ayuda en la mejora de la calidad del trabajo.
- Explicar con precisión y antelación los cambios en los procedimientos y circuitos de trabajo.
- Gestionar los conflictos interpersonales e interprofesionales.
- Dar feedback sobre la consecución de los objetivos asistenciales, priorizando el reconocimiento de los resultados positivos y de la alta implicación.
- Las observaciones críticas y las evaluaciones deben ser fundamentadas, realizadas con asertividad y respeto, en un tiempo y un espacio apropiados.
- Tutorizar a los recién llegados, explicando los diferentes procedimientos de trabajo, y ofreciendo apoyo cercano durante el período de adaptación.
- Gestionar las reincorporaciones y reubicaciones. Cabe destacar el papel clave del cargo en garantizar la buena acogida del profesional reubicado por un problema de salud, evitando su estigmatización y la actitud de clan cerrado por parte del equipo.
- Asimismo, y especialmente en personas con trastronos depresivos, hay que tener una actitud cercana de apoyo y comprensión, modulando las cargas de trabajo, especialmente en el primer periodo de reincorporación tras una baja laboral.

Los mandos dentro de las organizaciones son imprescindibles en la prevención.

Mindfulness

Son múltiples los programas que hoy en día se viene realizando en la empresa incluidos en sus Sistemas de Gestión de Mejora de la Salud y Bienestar Corporativos, con la finalidad de implantar hábitos de vida saludables que permita a los trabajadores prevenir y mejorar molestias físicas y psíquicas generadas por el estrés, gestionar mejor sus emociones, mejorar su creatividad, la toma de decisiones y liderazgo.

También se proponen actividades que ayuden a mejorar el clima laboral dentro de la empresa, o experiencias lúdicas, que contribuyan a unir grupos de trabajo o proporcionar un descanso.



La lista de actividades es muy amplia y se puede agrupar en los siguientes capítulos:

- Ergonomía (pausas activas).
- Yoga para empresas (control del estrés).
- Habilidades directivas.
- Gestión del estrés.
- Gestión emocional.
- Team-building.
- Espacio lúdico creativo.
- Prevención y ayuda en adicciones y tabaquismo.
- Entorno saludable.
- Alimentación saludable.
- Conciliación familiar.
- Eventos de empresa.

Una de las actividades que se está consolidando por sus buenos resultados, es la formación en materia de Mindfulness a los trabajadores, que permite el aprendizaje y la utilización de herramientas para entre otras cosas ayudar a gestionar el estrés.

Introducción al mindfulness (atención plena)

William James (1842/1910) filósofo estadounidense, considerado como padre de la psicología funcional, fue precursor de lo que ahora se denomina Mindfulness. Para él *«la facultad de traer voluntariamente de vuelta una y otra vez la atención dispersa, es el origen del juicio, el carácter y la voluntad»*.

Mindfulness es una manera sencilla en apariencia, de relacionarnos con la experiencia diaria. Se viene practicando desde hace más de 2.500 años y es útil para aliviar nuestro sufrimiento.

Jon Kabat-Zinn, uno de los máximos exponentes del Mindfulness, lo define como “La conciencia que emerge a través de prestar atención con propósito y sin juicios al despliegue de la experiencia momento a momento” (Kabat-Zinn, 2001).

La práctica de Mindfulness se puede desarrollar en diferentes contextos, **el psicoeducativo** (que es el que se desarrolla en el seno de las organizaciones), el clínico y el espiritual.

El Mindfulness desarrollado por las empresas, y organizaciones en general, es un conjunto de prácticas estandarizadas que va dirigido a un amplio público. El objetivo a conseguir es múltiple, mejora la concentración, aportar calma y control de las emociones y los pensamientos automáticos., Los beneficios



directos e indirectos son muy amplios. Aquellos participantes que tienen un diagnóstico psicopatológico o bien que observan fenómenos preocupantes durante su práctica deben ponerse en contacto con un terapeuta para que les valide su participación en un programa de Mindfulness estándar.

Mindfulness y psicoterapia

En las últimas décadas la medicina está descubriendo como el Mindfulness (también conocido como Atención Plena) ofrece grandes posibilidades, siendo el componente central en los nuevos tratamientos y una herramienta útil para mejorar cualquier modalidad de psicoterapia.

Las investigaciones desarrolladas en los últimos años, sobre los mecanismos cognitivos de Mindfulness que inducen al cambio, han aportado mucha información lo suficientemente poderosa como para justificar una intervención basada en Mindfulness con resultados eficientes en el ámbito de la salud.

El desarrollo de Mindfulness implica la puesta en marcha de tres habilidades fundamentales:

- **Atención focalizada** (también conocida como concentración). En donde elegimos un objeto en el que depositar nuestra atención y trabajamos una y otra vez sobre él, retomándolo cada vez que nuestra atención se dispersa. Lo hacemos mientras practicamos una actitud de curiosidad en lo que aparece en ese instante. Sin un cierto grado de concentración se hace difícil ver los mecanismos internos de la mente de manera clara (Sentarse Juntos, Ronald D. Siegel, p 28). Con esta práctica se consigue centrar y estabilizar la mente. Es la base que necesitamos para empezar a desarrollar otras habilidades.
- **Monitoreo abierto** (es el mindfulness en sí mismo, practicando la atención abierta).
- **Aceptación compasiva**. Según el mindfulness, para observar la experiencia tal cual es, en primer lugar es necesario **aceptarla, no enjuiciándola**.



Mecanismos de eficacia y pedagogía de Mindfulness

MECANISMOS	INSTRUCCIONES DE LA PRÁCTICA	EJEMPLOS DE PRÁCTICAS DE MINDFULNESS	FASES DE APLICACIÓN	ÁREAS DEL CEREBRO ASOCIADAS
Regulación de las atención.	Sostener la atención en diferentes puntos. Instrucción básica.	Meditación de la respiración.	Fases iniciales/ primeras sesiones.	Córtex cingulado anterior.
Consciencia corporal.	Sostener la atención en las sensaciones corporales: respiración, cuerpo, emociones, ... Focalización en experiencias internas y sensaciones.	Meditación de la contemplación de las sensaciones (body scan). Movimientos corporales con atención plena,...	Fases iniciales e intermedias.	Ínsula, junta temporoparietal.
Regulación emocional: revalorización.	Generar nuevas formas de reaccionar a las emociones: no juzgar, aceptar.	Meditación de las emociones.	Fases o sesiones intermedias y finales.	Córtex prefrontal (dorsal).
Regulación emocional: exposición, extinción y reconsolidación.	Exponerse a aquello que sucede en la conciencia del presente: tomar distancia, no reaccionar a la experiencia interna.	Meditación de las emociones. Meditación de las emociones difíciles.	Fases o sesiones intermedias y finales.	Amígdala. Hipocampo.
Cambios en la perspectiva del self.	Desapego a la imagen fija de uno mismo (a la identificación de un estado estático del self).	Meditación de los pensamientos. Meditación de la disolución del yo.	Transversal a todo el aprendizaje. Mayor énfasis en fases intermedias y finales.	Córtex cingulado posterior, ínsula.

Fuente: Mecanismos de Mindfulness (Hölzel et al., 2011) y Ausías Cebolla y Daniel Campos. 2016. Enseñar Mindfulness en contextos de instrucción y pedagogía. Volumen 27, nº 103, página 107.



De esta forma, a través de la práctica Mindfulness **focalizamos la atención** en el presente como una observación reflexiva e intencionada de lo que sucede en el momento actual, con una actitud receptiva, con aceptación total, sin interferir ni valorar lo que se está sintiendo y percibiendo.

Con la práctica del **Mindfulness conseguimos identificar los pensamientos como pensamientos y no como realidades**. Se produce un efecto de conciencia de los pensamientos rumiativos, negativos, automáticos, siendo el primer paso para poder aceptarlos.

Con este componente de conciencia y aceptación de todos los eventos mentales que pueden aparecer, Mindfulness se convierte en una técnica en la que se apoyan las últimas terapias psicológicas, conocidas como terapias de tercera generación.

Mindfulness y neurociencia

Existen múltiples datos provenientes de la neurociencia que apoyarían los beneficios del Mindfulness desde el punto de vista empírico. Así destacan los resultados obtenidos por D. Siegel, 2010 y Davidson, 2011 aplicando pruebas de neuroimagen a grupos de sujetos antes y después de la práctica de Mindfulness, donde se veían cambios fisiológicos a nivel de estructura cerebral que parecen influir de forma directa en estados de ánimo más positivos y mayor habilidad para afrontar estados de ánimo negativos, empatía y compasión.

Estos resultados también han sido contrastados y validados por la American Psychological Association (APA) en el año 2012, en el estudio realizado por Hayes, P., & Jeffrey, A. en donde se evidencian los beneficios de la Atención Plena como técnica psicoterapéutica:

La rumiación o pensamientos intrusivos del pasado se reducen.

- El estrés disminuye.
- Incremento de la memoria de trabajo.
- Se estabiliza la atención.
- La reactividad emocional se reduce.
- Aumenta la flexibilidad cognitiva.
- Mejora de las relaciones interpersonales.
- Fortalecimiento del sistema inmune.
- Aumenta la sensación subjetiva de bienestar.

Terapia cognitiva basada en mindfulness o atención plena (MBCT ó TCAP)

En los últimos años ha aparecido dentro de las terapias de tercera generación, que se consideran eficaces para abordar **la depresión**, la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness. (MBCT, Segal, Williams y Teasdale, 2002), (Cebolla, A., & Miró, M. T., 2006),.

Con la práctica del **Mindfulness conseguimos identificar los pensamientos como pensamientos y no como realidades**.



El concepto que surge como clave para completar la intervención en Terapia Cognitiva es el de la metacognición (cognición de la cognición).

Esta terapia es el fruto de adaptar el programa MBSR (Mindfulness –Based Stress Reduction) con intervenciones de Terapia Cognitiva para la depresión (con una duración de 8 sesiones de 2 horas de duración). Es un tratamiento psicológico grupal que está diseñado para la prevención de recaídas en depresión.

MBCT enfoca el tratamiento de la depresión desde un punto de vista preventivo, trabajando en el desencadenante y en el mantenimiento la depresión y no sobre la sintomatología.

Se vienen llevando a cabo estudios de validación de la eficacia de MBCT y es interesante destacar entre éstos, una corriente de análisis orientada a adaptar esta terapia a otros trastornos. De momento no hay resultados definitivos al respecto, pero sugieren la capacidad de adaptación de esta terapia para tratar otros trastornos.

De hecho TCAP (o MBCT) se ha adaptado para el caso de depresiones resistentes, riesgo de suicidio, sintomatología depresiva leve y residual, sintomatología ansiosa asociada al trastorno bipolar, trastorno de ansiedad generalizada, hipocondría, insomnio,...entre otros.

Se trataría de modificar el componente específicamente orientado a la prevención de recaídas en depresión y sustituirlo por un módulo relacionado con el trastorno específico.

En cualquier caso, Mindfulness no es una solución aplicable a todos por igual. Los ejercicios formales, necesarios para aprender y entrenarse en esta práctica, necesitan ser adaptados a situaciones e individuos particulares (Sentarse Juntos, Ronald D. Siegel, pág 23).

La Terapia Cognitiva basada en Atención Plena (o Mindfulness), es un modelo psicoterapéutico diseñado para tratar la depresión y en particular, sus recaídas. Tiene su origen en la terapia cognitiva de la depresión. Construido por Teasdale y sus colaboradores: lo definieron como «*un entrenamiento en habilidades de autoconciencia de los estados mentales, que genera la capacidad de librarse de patrones de pensamientos disfuncionales por otros más funcionales*». (Teasdale, 1999; Segal, Williams y Teasdale, 2002).

Mindfulness no es
una solución
aplicable a todos
por igual.



Técnicas y efectos utilizados en la TCAP

PRÁCTICAS DE TCAP		APRENDIZAJES
Comer en Atención Plena (ejercicio de la uva pasa).	Focalizar la Atención sólo en la experiencia de comer.	Reconocemos la Atención Plena, respecto a nuestros hábitos de pensamientos automáticos. Practicando Atención Plena podemos ser conscientes de la transformación de esa experiencia.
Atención Plena en las actividades diarias.	Mantener la atención en las actividades rutinarias que habitualmente realizamos sin ser conscientes de ello.	Ser conscientes de lo dispersa que es la mente.
Meditación en la contemplación de las sensaciones corporales.	Llevar la atención a las diferentes partes del cuerpo.	Utilizamos el conocimiento experimental. Practicar conscientemente el centrar y descentrar la atención. Repetir la práctica de darse cuenta, observar y regresar al cuerpo. Permitir que la experiencia sea como es. Usar la respiración como vehículo. Diferenciar entre los diferentes estados mentales.
Atención Plena en la respiración.	Utilizamos la respiración como el foco de la atención.	Nos anclamos al momento presente, aquí y ahora. Calmarse para poder poner en orden y concentrar la mente.
Respiración de los 3 minutos.	Uso de la meditación en la respiración en períodos cortos de tiempo.	Aprender a manejarse con el divagar de la mente. Aprender a ser amable con uno mismo.
Atención Plena en las actividades agradables y desagradables.	Utilizar las actividades cotidianas como foco de atención para practicar.	Identificar los diferentes pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales que se generan automáticamente tras experiencias agradables y desagradables.



PRÁCTICAS DE TCAP		APRENDIZAJES
Atención Plena en el cuerpo.	Utilización del cuerpo como foco de atención.	Consciencia Plena en cómo se generan las sensaciones en el cuerpo, placenteras o no. Darse cuenta de la sensación de aversión que generan algunas sensaciones. Aprender a aceptar.
Atención Plena de los estiramientos/yoga/caminar.	Utilizar los pensamientos y sentimientos como foco de atención.	Interiorizar diferentes formas de relacionarse con los pensamientos y sentimientos. Aprender a relacionarse con los pensamientos o con los sentimientos de la misma forma en la que es posible relacionarse con los sonidos. Aprender a ver patrones recurrentes de pensamientos o sentimientos.

Fuente: María Teresa Miró y Vicente Simón (Editores), *Mindfulness en la práctica clínica*. Editorial Desclée de Brouwer. *Mindfulness en terapia cognitiva para la depresión*. Dr Ausias Cebolla i Martí, pag 151

Ventajas de la TCAP

Una vez que nos hemos recuperado de una depresión, es más fácil que aparezcan estados ligeros de depresión o tristeza y que se reactiven ciclos depresogénicos del procesamiento cognitivo. Un programa de TCAP ayudará a prevenir recaídas.

Las experiencias de los sujetos con depresión coinciden: «No quiero sufrir». En este sentido la propuesta de Mindfulness en este contexto clínico se presenta como el aprendizaje de una habilidad psicológica que los individuos pueden aplicar en su día a día con objeto de no sufrir.

John Kabat Zinn estableció una duración de la práctica diaria formal de mínimo 45 minutos, tiempo necesario para quienes no están acostumbrados a sentarse y parar, porque se tocan muchos procesos mentales complicados. Pero en este contexto clínico las prácticas formales van a ser mucho más reducidas en el tiempo, adaptándose a las necesidades y posibilidades de cada persona. Y siempre con el compromiso de practicar diariamente, sean los minutos que sean.

Es muy importante tener en cuenta que Mindfulness no es una herramienta para aplicar en contexto de crisis psicopatológica, sólo debe aplicarse en aquellos pacientes que se encuentran en una fase estable.

Además, cuando existe un diagnóstico de **Depresión** se debería aplicar el protocolo específico de Mindfulness para esa patología.

Cuando se aplica Mindfulness en un contexto clínico el paciente que sufre de depresión se engancha a la práctica por necesidad. En este entorno, el fin último es recuperar la salud mental.



No hay evidencia de que Mindfulness sea mejor que otras intervenciones. Se trata de una alternativa más para librarse del sufrimiento, pero no es una panacea.

¿QUIÉN PUEDE PARTICIPAR EN UN PROGRAMA TCAP?

- Depresiones crónicas (o que duran mucho tiempo) y que son leves (Barnhofer et al, 2009).
- Individuos muy rumiadores (para los cuales sus pensamientos del pasado vuelven constantemente, una y otra vez).
- Aquellos individuos que no quieren recibir terapia narrativa (por ejemplo, quienes hablan poco en consulta).
- Pacientes que son resistentes al tratamiento (Kenny y Williams, 2007).
- Sólo son eficaces en personas que muestran interés.

No hay evidencia de que Mindfulness sea mejor que otras intervenciones.

Quienes no se benefician de un programa TCAP

- Individuos con muy bajo nivel metacognitivo. (Nivel intelectual muy bajo. El mejor medidor del nivel metacognitivo es el nivel cultural).
- Depresiones graves con mucha anhedonia.
- No son tan eficaces en individuos con recaídas de depresión asociadas e eventos estresantes activos en el momento de la intervención (Piet y Hougaard, 2011).
- Niveles altos de medicación, en particular ansiolíticos. Provocan adormecimiento y entonces es muy difícil sostener la atención focalizada (o abierta), necesaria en la práctica de Mindfulness.

¿Por qué es eficaz el mindfulness para la depresión?

Los pacientes que se ejercitan en la práctica de la terapia MBCT consiguen aumentar su habilidad de descentramiento y apertura, con la consiguiente mejoría en sintomatología depresiva. La clave para Teasdale, 1999, es conseguir que nuestro control de la atención vaya dirigido a desarrollar un procesamiento alternativo de la información, que no sea compatible con el establecimiento del engranaje depresivo.

- En relación al sufrimiento, se previene la aparición y la liberación del mismo.
- Aumenta la capacidad de concentración y atención (Bostanov et al, 2012).
- Se reducen la preocupación (pensamientos desadaptativos del futuro) y la rumiación (pensamientos desadaptativos del pasado), (Cebolla y Miró, 2007).
- La reactividad cognitiva se reduce (Raes et al, 2009).



- La autocompasión se incrementa (Kuyken et al, 2010).
- Además se observan cambios en cuanto a la especificidad de las metas vitales importantes o valores personales (Crane et al, 2012). «Consigo claridad mental para identificar que estar triste me aleja de lo importante en mi vida, que es ...».

La psicología positiva

Hoy en día la organización del trabajo está experimentando grandes cambios estructurales como los que se producen con el teletrabajo, la flexibilidad, la temporalidad y la subcontratación; también con la deslocalización de la producción, así como con las continuas fusiones o absorciones de empresas y con las ingentes cantidades de reestructuraciones o despidos colectivos.

Muchas de estas situaciones están generando una gran negatividad y victimismo que se traducen en situaciones perjudiciales para la salud. Los trabajadores que quedan en la empresa tienen que adaptarse a nuevas situaciones con incrementos de tareas y asunción de nuevos roles que en muchos casos generan situaciones de estrés, ansiedad o **depresión**, producidos por el desarrollo del trabajo con menos recursos, la tensión o violencia que generan los estilos de mando y la fatiga motivada por los excesos de demanda y que por regla general van acompañados de un incremento del absentismo y una disminución de la productividad.

La sociedad actual se basa en el concepto de estado de bienestar y las organizaciones e instituciones se hacen eco de dicho concepto, de ahí la definición de salud de la OMS:

«Un estado de bienestar físico, mental y social completo, y **no sólo la ausencia de enfermedad e incapacidad**, sino un estado positivo que concierne al individuo en sí mismo en el contexto de su vida» (Organización Mundial de la Salud, OMS, 1946).

Esta definición es muy interesante porque enfoca la salud hacia un proceso positivo, no a la mera ausencia de algo. Lo que ha venido pasando es que realmente en la práctica profesional los técnicos en prevención de riesgos laborales por su formación o por las intervenciones necesarias en función de la ley específica en cada país, se han focalizado no tanto en estudiar la promoción de la salud sino en la prevención o esa mera ausencia de enfermedad.

Hasta ahora la Psicología se venía centrado por su devenir histórico, en los problemas, los traumas, etc.; y se ha acumulado un gran conocimiento científico que ha servido entre otras cosas para poder clasificar los diferentes trastornos psicológicos, creando un vocabulario o un diccionario llamado DSM, (Diagnostic and Statistical Manual of Mental), de diagnóstico estadístico de todos los trastornos mentales y psicológicos descritos y estudiados.

La sociedad actual
se basa en el
concepto de estado
de bienestar.



En los años 50 del pasado siglo Abraham Maslow⁸ empezaba a hablar de **Psicología Positiva**.

Sin embargo, se considera que 1999 fue el año de nacimiento de la **Psicología Positiva**. Ese año Martin Seligman⁹ al que se le reconoce como el creador de esta disciplina, dio su discurso inaugural en la American Psychological Association (APA), de la que era presidente en esa época, y en dicho discurso difundió y lanzó la idea de la Psicología positiva. El la definió como:

«un estudio científico del funcionamiento óptimo de las personas y organizaciones».

La Psicología positiva pone el foco en las personas y en las organizaciones que son positivas, que están bien, que no tienen trastornos, que no tienen problemas. Básicamente la Psicología positiva es una aproximación que enfatiza el optimismo y el comportamiento humano positivo en lugar de centrarse en la psicopatología y la disfunción.

El objetivo es impulsar las fortalezas y los recursos de las personas y las organizaciones para facilitar la felicidad y el bienestar psicológico tanto a nivel individual como a nivel colectivo.

Robert Biswas-Diener ilustra en su libro Practicing Positive Psychology que no es cuestión de dejar de lado las debilidades sino comprenderlas y focalizarse en las fortalezas.

La Psicología Positiva no tiene que ver con los libros de autoayuda, con el pensamiento positivo ni con la hapiología, que está actualmente de moda en EEUU. Es una investigación científica que lo que hace es focalizarse en el estudio del funcionamiento humano óptimo.

Martin Seligman señala que existe una **vida plena**. Para conseguir esa vida plena o felicidad en el trabajo habría tres escalones que van aumentando en complejidad. Para pasar al tercer escalón obviamente hay que pasar por los dos primeros.

Por una parte existe lo que se puede denominar la **vida placentera** en la que buscamos aquello que nos hace sentir bien y estar con la gente que nos hace sentir bien.

Hay un segundo nivel al que llaman **la buena vida**, que es conocer, ser consciente de cuáles son nuestras fortalezas, tanto dentro como fuera del trabajo. ¿En qué soy bueno yo?, ¿qué es lo que hago bien?, no es el talento que uno tiene, sino aquello que se nos da bien, en lo que se trabaja más a gusto y se puede aportar a los demás.

Y el último escalón sería la **vida significativa**. Una vez que se consigue esa vida placentera o ese bienestar hedónico y se conocen las fortalezas, se aprende con ellas y se obtienen gratificaciones, la vida significativa consiste en poner esas fortalezas al servicio de los demás o al servicio de algo que nos trascienda.

El objetivo es impulsar las fortalezas y los recursos de las personas y las organizaciones.

8. **Abraham Maslow** (1908- 1970) fue un psicólogo estadounidense conocido como uno de los fundadores y principales exponentes de la psicología humanista.

9. **Martin Seligman** (1942) es un psicólogo y escritor estadounidense. Se le conoce principalmente por sus experimentos sobre la indefensión aprendida (learned helplessness) y su relación con la depresión. En los últimos años se le conoce igualmente por su trabajo e influencia en el campo de la psicología positiva.



El sentirse bien tiene también un beneficio acumulativo a largo plazo a nivel de salud física y mental; se eliminan los estados de ánimo negativo, se recuperan las personas más deprisa cuando tienen días estresantes, tienen más bajos niveles de burnout, tienen un sueño más reparador, mejor calidad de sueño, menor riesgo cardiovascular.

Programas de empresa saludable

La Organización Mundial de la Salud (OMS), publicó en el año 2010 su Modelo de Entornos Laborales Saludables, en el que se define un lugar de trabajo saludable:

«como aquel en que trabajadores y directivos colaboran en el uso de un proceso de mejora continua para proteger y promover la salud, la seguridad y el bienestar de todos los trabajadores, así como la sostenibilidad del lugar de trabajo, basándose en necesidades identificadas que consideran los siguientes aspectos:

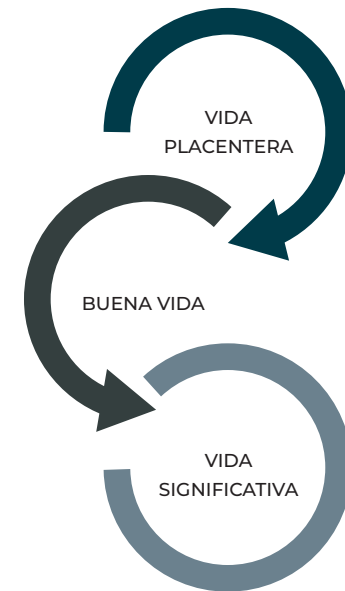
- *La salud y seguridad en lo que respecta al entorno físico de trabajo.*
- *La salud, seguridad y el bienestar en relación al entorno psicosocial de trabajo, incluyendo la organización del trabajo y la cultura organizacional.*
- *Recursos personales de salud en el lugar de trabajo (apoyando y estimulando estilos de vida saludables.*
- *Sistemas de participación en la comunidad para mejorar la salud de los trabajadores, sus familias y miembros de la comunidad.»*

Al amparo fundamentalmente del modelo de la OMS está surgiendo un nuevo modelo de empresa, la **EMPRESA SALUDABLE**.

La propia OMS nos ofrece 5 claves para conseguirlo:

Clave núm. 1: Participación y Compromiso de la Dirección

- Aumentando el compromiso por parte de la dirección y movilizándolo a las partes interesadas (p.e: líderes de la empresa, representantes sindicales, etc.) en la integración de los lugares de trabajo saludables con los valores y objetivos de la compañía y obteniendo los apoyos y recursos necesarios.
- Integrando en la política y en las estrategias de la organización las iniciativas de promoción de la salud.



**Clave núm. 2: Involucrar a los trabajadores y a sus representantes**

- No se trata de una mera consulta sino de que puedan participar de forma activa en los distintos pasos del proceso desde la planificación hasta la evaluación de la eficacia de las medidas teniendo en cuenta sus opiniones e ideas.
- Mejorar la comunicación no solo de carácter individual sino facilitando la participación en organizaciones de tipo sindical o regional que ayuden a mejorar la comunicación.

Clave núm. 3: Ética y Legalidad Empresarial.

- Garantizar la seguridad y salud de los trabajadores y que esta no merme como consecuencia del trabajo es un principio ético de primer nivel.
- Cumplir las normas y reglamentos sobre salud laboral.
- Adherirse a códigos sociales y éticos que aportan responsabilidad social corporativa y forman parte del retorno a la comunidad.

Clave núm. 4: Uso de un proceso sistemático e integral para asegurar la mejora continua y la eficacia. Ciclo de mejora continua.

- Movilizar el compromiso estratégico para generar ambientes de trabajo saludables.
- Reunir los recursos necesarios.
- Evaluar la situación actual y el futuro deseado.
- Desarrollar prioridades.
- Desarrollar un plan integral general y planes específicos de acción para aprender de otros, por ejemplo, consultando a expertos de universidades locales o pidiendo a líderes sindicales experimentados que actúen como mentores, visiten otras empresas o consulten en internet.
- Implementar el plan.
- Evaluar la aceptación y la efectividad del mismo.
- Mejoralo cuando las circunstancias así lo demanden.

Clave núm. 5: Sostenibilidad e Integración.

- Planificar que las iniciativas saludables se entreguen en el plan estratégico de la compañía.
- Evaluar y mejorar continuamente.
- Mantener una visión integral sobre seguridad y salud que permita la adopción de soluciones eficaces.
- Considerar las necesidades de las comunidades donde nos relacionamos.



Aunque es razonable que nos surjan dudas a la hora de implantar este tipo de programas de PST, y tengamos la tentación de pensar «esto es imposible de implantar en una empresa como la mía», o, «supone un coste muy elevado para la economía de esta empresa», cada vez se cuenta con un mayor número de estudios que acreditan los impactos económicos que las empresas obtienen con su implantación.

Según la Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo (ENWHP)¹⁰ cada euro invertido en programas de promoción de salud en el trabajo genera un retorno de la inversión de entre 2,5 y 4,8 euros en absentismo y de entre 2,3 y 5,9 euros en costes de enfermedad.

Algunos de los beneficios que puede aportar la realización de los Programas de Salud, tanto a los trabajadores como a la empresa son:

Beneficio para la empresa

- **Una percepción más positiva de la empresa:** los propios empleados y resto de agentes con los que esta se relaciona hablarán bien de la empresa.
- **Mejora de la productividad:** la reducción comprobada del absentismo laboral así como el presentismo y el aumento de la motivación está directamente relacionado con el crecimiento de la productividad en la empresa y la implicación de los empleados.
- **Sentimiento de pertenencia:** en una empresa saludable, los empleados se sienten parte de la empresa y los éxitos de la empresa serán motivo de celebración para todos.
- **Mejora de la imagen corporativa:** es una de las ventajas de una empresa saludable, los empleados y colaboradores se convierten en los mejores embajadores y dan a conocer lo felices que son en su empresa.
- **Mejora del equilibrio entre la vida profesional y laboral.**
- **Empleados más saludables a nivel físico y emocional:** tanto a nivel físico como emocional conseguiremos una reducción del estrés de los empleados evitando tensiones y mejorando las relaciones dentro de la empresa, en definitiva empleados más activos y la mejora en conseguir una jubilación saludable.
- **Mejora de los resultados y beneficios de la empresa:** la reducción del absentismo laboral, tiempos ociosos y presentismo, y la disminución en la rotación de personal no solo aporta resultados económicos positivos sino que ayuda a diferenciarse de la competencia para atraer al talento y a proveedores a tu empresa.

Cada euro invertido en programas de promoción de salud en el trabajo genera un retorno de la inversión de entre 2,5 y 4,8 euros en absentismo y de entre 2,3 y 5,9 euros en costes de enfermedad.

10. La ENWHP es una red informal en la que participan institutos nacionales de seguridad y salud en el trabajo así como actores en el campo de la salud pública de todos los Estados miembros de la UE, futuros miembros, países del Área Económica Europea y Suiza

Beneficio para los empleados

- Mejora de la salud física y mental y en general del estado de bienestar.
- Aumento de la motivación y confianza en la empresa.
- Mejora de las relaciones jefes, compañeros y clientes.
- Mejora del clima laboral, la creatividad y el buen humor.
- Mejora la productividad y la consecución de los objetivos.
- Facilidades de conciliación familiar.
- Mejora de la autoestima y seguridad ante la consecución de objetivos.
- Satisfacción personal (retos y acciones por la comunidad).
- Eliminación o cambio de malos hábitos o creencias limitantes.
- Control de la gestión emocional y disminución del estrés.
- Aprendizaje y disfrute con nuevas actividades lúdico-creativas.
- Aumenta la conciencia de atención plena en el presente.
- Y, en general, todo aquello mejorable a nivel físico, mental y emocional.

Por tanto, resulta obvio que la salud mental de los trabajadores puede ser una de las grandes beneficiadas.

AYUDA AL EMPLEADO CON DEPRESIÓN



Hemos visto en el capítulo anterior diferentes acciones encaminadas a prevenir o mitigar los episodios depresivos. Algunas de esas acciones van dirigidas a la reducción de factores negativos y otras van dirigidas a promocionar los aspectos positivos del trabajo.

Se trata de acciones genéricas implantables en cualquier tipo de organización.

Sin embargo, hay que abordar también actuaciones específicas y personalizadas cuando nos encontramos ante casos reales y concretos.

En esta línea en los últimos años se están implementando en algunas empresas en España, los **Employee Assistance Programs** (Programas de Asistencia / Apoyo al Empleado) provenientes de su aplicación en el mundo anglosajón.

Estos programas ofrecen una serie de servicios especialmente diseñados para dar apoyo de forma confidencial a nivel personal, en diversas áreas como son la terapia psicológica, el asesoramiento legal en temas particulares, terapia familiar, etc.

Lo ideal sería disponer en la empresa de profesionales (médicos, psicólogos, o especialistas en psicología, etc.) que pudieran aplicar dichos programas. No siempre es posible, por lo que en algunos casos habrá que contar con profesionales externos.

En cualquier caso, este tipo de ayudas no pueden sustituir al tratamiento pertinente que el trabajador reciba a través del Sistema Nacional de Salud o profesionales externos. Los Programas de Ayuda al Empleado complementan dichos tratamientos y ayudan a mantener la empleabilidad del trabajador evitando en muchos casos que deba recurrir a la baja laboral. El trabajo en sí mismo puede tener un efecto beneficioso ya que mejora la autoestima del trabajador y evita la recurrencia de pensamientos negativos.

Se pueden dar diversos puntos de partida, que requieren abordajes específicos :

A PARTIR DE UN DIAGNÓSTICO O DE SÍNTOMAS APARENTES

Los diagnósticos médicos pertenecen a la esfera privada del empleado y se encuentran especialmente protegidos por la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, que se ha modificado de acuerdo al Reglamento de Protección de Datos Europeo, en vigor desde el 25 de mayo de 2018.

Acorde a esta legislación y a la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, la empresa no deberá poseer datos diagnósticos ni resultados de pruebas médicas de sus empleados, ya que son parte de la información íntima y personal del trabajador. El único dato relativo a la salud del empleado que el empresario debe conocer será la aptitud o no aptitud emitida por el médico del trabajo responsable de la vigilancia de la salud.

Los diagnósticos médicos pertenecen a la esfera privada del empleado.

Sin embargo, el trabajador puede realizar consultas espontáneas al servicio médico de la empresa, dar a conocer su diagnóstico y pedir ayuda si así lo estima oportuno. Para que eso ocurra es importante crear un ambiente de confianza.

Es importante disponer de un diagnóstico correcto, dado que en algunos casos los síntomas de la depresión pueden confundirse con los de otras patologías (trastorno bipolar, trastornos de ansiedad, etc.) y en otros casos puede incluso tratarse de cuadros comórbidos, donde por ejemplo, un trastorno de ansiedad puede desencadenar y ser mantenedor de un cuadro de depresión.

Por lo tanto, la evaluación y valoración de la existencia de otros trastornos que puedan ser mantenedores del problema, se hace imprescindible. Esto condicionará no solamente el tratamiento a aplicar, sino también el manejo de otras variables a nivel personal y laboral.

El hecho de que exista un diagnóstico médico indica que probablemente se estará siguiendo un tratamiento adecuado. En estos casos, se ha de asegurar la salud y el adecuado bienestar del empleado, por lo que habría que valorar con el propio empleado la conveniencia o no de una baja laboral temporal.

No es fácil como hemos visto que el trabajador transmita a la empresa de forma clara su situación, por lo que en muchas ocasiones serán algunos indicios los que puedan alertar acerca de un posible episodio depresivo, como por ejemplo:

1. Desmotivación.
2. Situaciones de conflicto laboral.
3. Disminución de rendimiento, capacidad de concentración y eficacia.

Sin embargo, los síntomas pueden pasar desapercibidos y considerarse propios de la actividad laboral. Algunas recomendaciones básicas a tener en cuenta desde el entorno laboral en cualquier caso son:

- **Escuchar de forma activa y sin prejuicios:** se debe hablar con la persona afectada, evitando el paternalismo por un lado pero a la vez transmitiendo preocupación por su salud.
- **Dar apoyo y tranquilidad:** en la depresión los pensamientos negativos acerca del futuro, la incertidumbre, la desesperanza y la baja autoestima son frecuentes y continuos por lo que ver muestras y actitudes de apoyo y soporte en los responsables minimizan de alguna manera estos pensamientos negativos.
- **Identificar posibles adaptaciones del puesto de trabajo:** que faciliten la recuperación del trabajador: reducción carga de trabajo, menos contacto con clientes externos, etc.
- **Ayuda profesional:** Ofreciendo la posibilidad de acceso a especialistas, segundas opiniones, etc., siempre desde una perspectiva de ayuda más que de control y seguimiento de la enfermedad.

En algunos casos los síntomas de la depresión pueden confundirse con los de otras patologías.

Como hemos dicho, el trabajo en sí mismo, dentro del tratamiento terapéutico de la depresión, puede ser un factor importante en la recuperación del empleado. Mantener una vida laboral activa puede hacer disminuir los pensamientos depresivos, los sentimientos de incapacidad y la culpa, generando un efecto protector y estabilizador adecuado.

DESPUÉS DE UNA BAJA PROLONGADA

Cuando el empleado ha sufrido alguna enfermedad o accidente que le obligue a permanecer de baja durante varios meses, se hace muy complicado, en la mayoría de los casos la reincorporación a su puesto de trabajo. Hay que recuperar la **rutina**, los **ritmos de trabajo**, los **horarios**, **pasar mayor tiempo fuera de casa**, etc. Todo ello supone un reto importante para el trabajador y para la propia empresa.

En muchas ocasiones, se requiere adaptar las condiciones de trabajo a las posibles secuelas que puedan haber quedado por el proceso.

Incluso antes de que el trabajador se reincorpore a su puesto de trabajo por haber padecido una larga enfermedad, se puede enfrentar a un sentimiento de incapacidad que condicione en gran medida esa vuelta a la rutina, y puede anticipar muchos problemas en esa reincorporación: posibilidad de cambio de puesto y tipo de trabajo, cambios en la relación con los compañeros, sentimientos sobre la autoeficacia a la hora de realizar sus tareas, etc.

Todas estas situaciones deben ser tenidas en cuenta y anticipar los posibles problemas que puede encontrarse y que puedan llevarle a sentimientos negativos y a la desmotivación y posteriormente a un cuadro en el que aparezcan síntomas de una enfermedad depresiva.

Esto requiere una adecuada atención previa, tanto por parte de la empresa como por el propio trabajador. En la medida de lo posible, se pueden establecer contactos previos a la reincorporación, entre la empresa y trabajador, para rebajar la incertidumbre y resolver dudas por ambos lados, con el objetivo de que el trabajador se encuentre más seguro cuando vuelva al puesto de trabajo, y conseguir evitar posibles recaídas derivadas de una enfermedad psicológica por estrés mantenido.

Una incorporación forzada puede ser contraproducente. El trabajador, según sus capacidades y situación personal, percibe si puede desarrollar su trabajo en unas condiciones determinadas, relacionadas con el ambiente de trabajo, la tarea a realizar, etc.

En este sentido, se deben tener muy en cuenta estas diferencias individuales a la hora de valorar la afectación que cualquier trabajador puede tener respecto a las exigencias del entorno laboral.

Es necesario realizar, por lo tanto, una **«reevaluación de riesgos laborales»** en este sentido, detectando

Mantener una vida laboral activa puede hacer disminuir los pensamientos depresivos.

los factores de riesgo que puedan incidir en las vulnerabilidades personales del trabajador que pueden verse incrementadas después de una reincorporación por una baja prolongada.

Por este motivo, por parte de la empresa **es recomendable diseñar protocolos de actuación para facilitar esa reincorporación**, planificando con los responsables directos como va a ser ésta, y con el asesoramiento de los Servicios de Salud Laboral de la empresa, si se disponen, o contratados externamente.

Algunas **medidas** que pueden facilitar esta reincorporación después de una baja prolongada por depresión serían:

Flexibilización de horarios durante un tiempo de adaptación

Asignación de tareas fáciles de ejecución con menor intensidad y complejidad

Dosificación progresiva de asunción de responsabilidades en el puesto de trabajo

Formación y reciclaje para facilitar nuevos aprendizajes para el correcto desempeño del trabajo

Tras un cambio organizativo

El entorno actual debido a la alta competitividad, eficiencia de procesos, desarrollo tecnológico, etc., se ha convertido en un entorno en constante cambio. Se trata de una cuestión de supervivencia empresarial que afecta claramente al empleado, ya que se le requiere una capacidad de adaptación y flexibilidad constante.

Así ha aparecido un término para referirse a este nuevo entorno empresarial, siendo el acrónimo inglés VUCA (*volatility, uncertainty, complexity y ambiguity*), que proviene del ejército norteamericano para referirse al nuevo contexto mundial sobre la identificación del enemigo dentro del terrorismo.

Podemos decir que el nuevo entorno empresarial ya está dentro de esta definición VUCA:

- Volatilidad: Hay un cambio y dinamismo empresarial constante.
- Incertidumbre: Hay una imprevisibilidad del contexto empresarial, donde la innovación continua cobra una mayor relevancia.
- Complejidad: Hay muchos factores que condicionan de forma permanente al desarrollo del negocio, se habla de un entorno multifactorial y de diversidad que influyen en el éxito empresarial.

- Ambigüedad: Lo que vale ahora puede no ser válido mañana, hay una cortísima temporalidad de las decisiones así como diferentes vías y maneras de conseguir los mismos resultados.



Está claro que el entorno empresarial se ha vuelto más difícil en su gestión, siendo imprescindible la mejora de la actitud y capacidad de los empleados para trabajar en entornos altamente cambiantes y flexibles para adaptarse a las nuevas circunstancias del mercado.

La nueva gestión de los Recursos Humanos tiene como reto el desarrollo de las habilidades de los empleados para trabajar dentro de este enfoque dinámico, de unas competencias personales que permitan a los trabajadores incrementar su resiliencia para enfrentarse a este entorno tan sumamente cambiante.

El impacto en la salud y bienestar emocional de trabajar en entornos de cambio constante es algo ya identificado por el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), así como por diferentes investigaciones, que encuentran distintos grados de afectación en la salud física y psíquica de los trabajadores empeorando también a su calidad de vida. (Stephens, Heaphy, Carmeli, Spreitzer, & Dutton, 2013)

Así las variables personales del empleado en términos de actitudes, motivación, percepción, experiencias pasadas, formación y recursos personales influyen en su capacidad de afrontar situaciones de cambio de una forma adecuada. Por eso existen diferencias entre las diversas formas de enfrentar los cambios.

Los estudios e investigaciones más recientes confirman la influencia que los valores culturales, la implicación del empleado en el cambio, la percepción del beneficio y la autoestima tienen sobre la adaptación a un cambio organizacional. García-Cabrera, A. M., Álamo-Vera, F. R., & Hernández, F. G. B. (2011).

Estos componentes personales adaptativos, están recogidos dentro de lo que se denomina «**Personalidad Resistente**» que fue definido por Suzanne Kobasa (1982) para describir a las personas que sufren altos niveles de estrés con unos rasgos específicos de personalidad que los protegen.

Así se vio que estas personas sufrían menos el desgaste profesional (burnout) y que incluso veían las circunstancias consideradas difíciles por otro, como una oportunidad de progreso, siendo unos rasgos psicológicos que le permiten al individuo su adaptación.

Según Kobasa existen tres diferentes componentes que tiene la «persona resistente», denominadas las tres «**Cs**», **Commitment (Compromiso), Control y Challenge (reto o desafío)**:

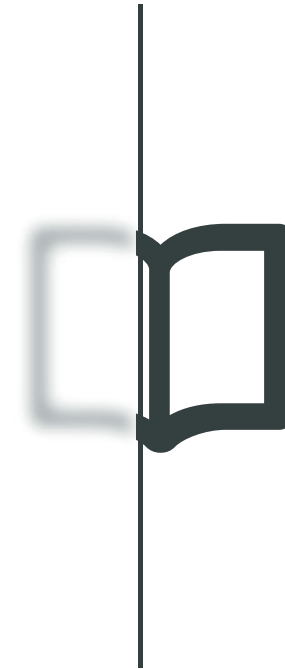
- **Compromiso:** Implica una implicación con las personas que nos rodean y con nosotros mismos, teniendo un papel activo ante la vida, con un sentimiento de pertenencia (familia, empresa, grupo, etc.) y una congruencia con principios y valores.
- **Control:** Percepción de que se tiene el poder para afrontar los acontecimientos, de que se tiene la capacidad para actuar y modificar el curso de los acontecimientos. Asumen su responsabilidad de cambio y acción, sin dejar su futuro en manos de los demás o la casualidad.
- **Cambio ante los retos:** Es tener la capacidad de ver la vida como un constante cambio lleno de retos, de oportunidades que suponen un desarrollo y crecimiento personal continuo.

En todos los cambios laborales aparecerán emociones que son adaptativas y normales para conseguir una aceptación de la nueva situación del empleado, donde, si llega a aparecer un gran malestar y sufrimiento emocional que influya en la vida normal de la persona es cuando podemos hablar de una posible patología.

Dentro del contexto de prevención, se sabe que se pueden disminuir y modificar los factores que contribuyen a generar posibles trastornos de adaptación y ansiedad, por lo que sin duda alguna los programas preventivos en la empresa enfocados a desarrollar **factores de resiliencia, adaptación al cambio, tolerancia a la frustración** y al **estrés**, etc., impactarán de forma evidente en la productividad y clima laboral de una organización, y ayudarán a evitar bajas laborales o consultas en los servicios de salud.

Existen diferencias entre las diversas formas de enfrentar los cambios.

ANEXO: BIBLIOGRAFÍA



INFORMES/PUBLICACIONES

Defunciones según la Causa de Muerte. (2014). Instituto Nacional de Estadística.

Encuesta Nacional de Salud de España 2011-2012. (2012). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Evidencia científica de la relación entre acoso laboral y depresión. (2013). Víctor Adrián Harasemiuc (1), Jesús Raúl Díaz Bernal (2).

1. Unidad Docente de Medicina del Trabajo de la Comunidad de Madrid, Madrid 1: Escuela Nacional de Medicina del Trabajo- Instituto de Salud Carlos III, Hospital de la Princesa. Madrid. España.

2. Unidad Docente de Medicina del Trabajo de la Comunidad de Madrid, Madrid 1: Escuela Nacional de Medicina del Trabajo- Instituto de Salud Carlos III, IBERMUTUAMUR. Madrid. España.

Factores psicosociales y depresión laboral: una revisión. (2009). Elizabeth Alicia Cantero-Téllez, José Antonio Ramírez-Páez.

Guía de recomendaciones para la vigilancia específica de la salud de trabajadores expuestos a factores de riesgo psicosocial» (2014). Protocolo PSICOVS2012. OSALAN. Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales. CARBONELL, E., GUILLÉN, P. y SORIANO, G.

Guía para empresarios. (2011). Cómo promover la salud mental en el trabajo, KNIFTON, L. et al.

Informe Anual sistema Nacional de Salud. (2016). Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad.

Mental health policies and programmes in the workplace. Geneva, World Health.

NTP 421: «Test de salud total» de Langner-Amiel: su aplicación en el contexto laboral. Autores: Manuel Fidalgo Vega y Jesús Pérez Bilbao. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

NTP 604, Riesgo psicosocial (2001). El modelo demanda-control-apoyo social (II). Autora: Sofía Vega Martínez. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

NTP 703: El método COPSOQ (ISTAS21, PSQCAT21) de evaluación de riesgos psicosociales. Autores: Salvador Moncada i Lluís, Clara Llorens Serrano. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

NTP 926, (2012). Factores psicosociales: metodología de evaluación. Autores: Jesús Pérez Bilbao Clotilde Nogareda Cuixart. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

OECD. (2014). Making Mental Health Count. The Social and Economic Cost of Neglecting Mental Health Care.

OMS. (2004). La organización del trabajo y el estrés.

OMS. (2004). Serie Protección de la Salud de los Trabajadores, N.º 4: sensibilizando sobre el acoso psicológico en el trabajo.

OMS. (2006). Manual de recursos de la sobre salud mental, derechos humanos y legislación. Organización Mundial de la Salud.

OMS. (2007). Salud de los trabajadores: Plan de Acción Mundial.

OMS. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020.

OMS. (2016). Nota descriptiva nº 369. La Depresión.

OMS.(2016). Enfrentando problemas plus (+).

OMS.(2016). Terapias de grupo interpersonal.

OMS. (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes.

OMS. (2017). Salud Mental en el Lugar de Trabajo.

OMS. (2017). Salud mental en el trabajo en las Américas.

OPS. (2016), mhGAP. Guía de Intervención Versión 2.0.

Organization. (2005) (Mental Health Policy and Service Guidance Package).

Plan Estratégico 2014-2016 CIBERSAM, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, 2014.

Sensibilizando sobre el Estrés Laboral en los Países en Desarrollo. 2008.

Tasas estandarizadas de mortalidad por causa de muerte. (2014). Instituto Nacional de Estadística.

VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo 2011. (2012). Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

PAGINAS WEB

Asociación Americana de Psiquiatría. www.psychiatry.org

Asociación Española de Psiquiatría Privada. www.asepp.es

Instituto Nacional de Seguridad, Salud y Bienestar en el Trabajo

OMS. Salud Mental en el Lugar de Trabajo.

Sociedad Española de psiquiatría Biológica. www.sepb.es

Sociedad Española de Psiquiatría. www.sepsiq.org

WFMH. Federación Mundial para la Salud Mental.

CAMPAÑAS

OMS. OPS, Día Mundial de la Salud 2017: Depresión - Hablemos

ARTICULOS DE PUBLICACIONES

«Depresión: hablemos», dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad.

«La comida tiene un fuerte impacto en la salud mental». 2013. (Clínica de la Ansiedad).(2008). Ansiedad y ejercicio físico. por Noemí Guillamón.

Así afecta la depresión al mercado laboral en España.

El 40% de los españoles padecéis ansiedad o depresión.

El papel de la dieta en nuestra salud mental y estado de ánimo. Mari Carmen Ramírez, 16 de octubre de 2015. Las cifras de la depresión.

Más ejercicio, menos depresión. por Dra. Eva Ferrer Vidal-Barraquer.

Nutrición y Salud Mental.(2008). Revisión Bibliográfica. Publicado en la Revista del Postgrado de Psiquiatría por A Solano M Rodríguez.

Physical activity and mental health. (2005). The association between exercise and mood. Publicado en SciE-LO (Clinics vol.60 no.1) por Marco Aurélio Monteiro Peluso y Laura Helena Silveira Guerra de Andrade.

Radiografía de la depresión en España

Una buena dieta y nutrición son esenciales para la salud mental. 2015.

What are the Management Standards: What are the Management Standards for work related stress? Publicado en: Health and Safety Executive, United Kingdom.

REFERENCIAS (Artículos técnicos)

(INERMAP). (2013). Método del Instituto de Ergonomía Mapfre

**Grupo ESEMeD-España: Jordi Alonso, Jaume Autonell, Mariola Bernal, Miquel Codony, Montse Dolz, Antonia Domingo, Montse Ferrer, Josep Maria Haro, Inma Luque, Manel Márquez, Pedro Enrique Muñoz, Concepció Palacín, Josep Ramos, Blanca Reneses, Berta Romera, Judit Usall, Gemma Vilagut.*

¹Hospital José Germain. Leganés (Madrid) España.

¹Sección Documentación Clínica Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. ²Unidad de codificación. Hospital Virgen del Camino, Pamplona. ³Servicio de Psiquiatría Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. ⁴Sección Documentación Clínica Hospital Universitario Morales Meseguer de Murcia.

²Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo y ESENER. (2012). «Conocer la gestión en el lugar de trabajo de la seguridad y la salud, los riesgos psicosociales y la participación de los trabajadores, con la ayuda de Esener».

Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. (2012). Promoción de la salud mental en el lugar de trabajo. Resumen de un informe sobre buenas prácticas..

Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo. (2010). FACTS 94 ES. Promoción de la salud en el lugar de trabajo para los trabajadores.

⁴Unidad de Investigación y Desarrollo. Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental. Sant Boi de Llobregat. Barcelona.

^bUnidad de Investigación en Servicios Sanitarios. Instituto Municipal de Investigación Médica. Barcelona. España.

Comparación de los sistemas de clasificación de los trastornos mentales (2011). CIE-10 y DSM-IV. Autores: Gutiérrez Miras MG¹, Peña Martínez L², Santiuste de Pablos M³, García Ruipérez D⁴, Ochotorena Ramírez MM¹, San Eustaquio Tudanca F¹, Cánovas Martíne M¹ (ver nota autores).

DECORE, Cuestionario multidimensional para la evaluación de factores psicosociales en el entorno laboral. Autores: L. Luceño y J. Martín. (UCM).

El trabajador con problemas de salud mental. (2011). Pautas generales de detección, intervención y prevención. Autores: José Carlos Mingote Adán, Pablo del Pino Cuadrado, Raquel Sánchez Alaejos, Macarena Gálvez Herrer y M^a Dolores Gutiérrez García. Medicina y Seguridad del Trabajo.

ENWHP. (2011). Guía laboral sobre salud mental.). SAHLE, BENJAMIN et al. BKK Bundesverband / Secretariat. ENWHP. Guía sobre salud mental. Autores: Benjamin Sahler, Amandine Dubois, Ségolène Journoud, Julien Pelletier (ANACT).

ESEMeD-España. La epidemiología de los trastornos mentales en España. (2003). Métodos y participación del estudio. Autores: Haro JM, Palacín C, Vilagut GM, Romera B, Codony M, Autonell J.

Foment del Treball Nacional. (2007). Perspectivas de Intervención en Riesgos Psicosociales. Autores: Clotilde Nogareda, Diego Ángel Gracia, José Francisco Martínez-Losa, José M. Peiró, Antonio Duro, Marisa Salanova, Isabel M. Martínez, Joan Merino, Matilde Lahera y José L. Meliá.

Foment del Treball Nacional. (2015). Guía del abordaje de las drogodependencias en el ámbito laboral.

FOOD Guía para empleados: Menú diario, alimentación equilibrada.

Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, Direcció General de Salut Pública. Guia de bona praxi per a la vigilància de la salut mental relacionada amb els factors de risc psicosocial (6.1 Risc Psicosocial).

Guía de consulta de los criterios de diagnóstico del DSM 5. (2014). American Psychiatric Association.

Guía para empresarios. (2011).Cómo promover la salud mental en el trabajo. TNO. KNIFTON, L. AND WATSON, V. (Mental Health Foundation, Scotland).

Hábitos saludables en la enfermedad mental, Zona Hospitalaria (nº 39), Uxua Lazkanotegi Matxiarena..

Identificación y evaluación de riesgos psicosociales, PSQCAT21.

Instituto de Seguridad y Salud Laboral (ISSL) y Región de Murcia.(2010). Ficha Divulgativa, FD-52. Métodos de evaluación psicosocial.

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). Método de evaluación de factores psicosociales FPSICO del

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. «Retorn al treball després d'una malaltia mental», M^a Dolores Solé.

- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo, Capítulo 5 Salud Mental,
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Portal Web de Promoción de la salud en el trabajo. Fichas: Tema 1 La salud en el trabajo, Tema 9 Actividad Física y Tema 8. Alimentación.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, Universidad Autónoma de Madrid. Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. Autores: Bernardo Moreno Jiménez y Carmen Báez León. Ministerio de trabajo e Inmigración,
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. (2015). Algunas orientaciones para evaluar los factores de riesgo psicosocial. Autores: Ángel Lara Ruiz (coordinador), María Jesús Otero Aparicio, Noemí Manzano Santamaría, Manuel Fidalgo Vega, Sofía Vega Martínez, Jesús Pérez Bilbao.
- Instituto Navarro de Salud Laboral). Gobierno de Navarra. (2005). Procedimiento general de evaluación de riesgos psicosociales. Autores: Grupo de Trabajo de la Comisión sobre Factores de Riesgo Psicosocial en el trabajo del INSL.
- Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud. (2002). Método CoPsoQ ISTAS 21.
- Instituto Universitario Avedis Donabedian -UAB (CIBERESP). Guía para la integración laboral de personas con trastorno mental.(2012). EDICIÓN: Obra Social »la Caixa». PILAR HILARIÓN Y DÉBORA KOATZ,
- La influencia del ejercicio y la actividad física en la salud mental y el bienestar. Autores: Adela Álvarez-Santullano López, Jorge Hernández Rojas y Paula Sánchez Muñoz.
- Los alimentos influyen en nuestra salud mental, North Carolina Department of Agriculture and Consumer Services Food and Drug Protection Division.
- Medicina y seguridad en el trabajo: salud laboral y salud mental: estado de la cuestión. Carlos Mur de Vizueta, Jerónimo Maqueda Blasco². (ver nota autores).
- Ministerio de Ciencia e Innovación y Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009).Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave.
- Ministerio de Economía y Competitividad. (2013). Guía de buenas prácticas para la prevención y manejo de problemas de salud mental en trabajadores del ámbito sanitario.
- Ministerio de Empleo y Seguridad Social, Inspección de Trabajo y Seguridad Social. Guía de actuaciones de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social sobre riesgos psicosociales,
- Ministerio De Sanidad y Consumo. (2008). Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Guías de práctica clínica en el SNS.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). Estrategia en salud mental del sistema nacional de salud.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). Guías de práctica clínica en el SNS. Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto.

- Organización Mundial de la Salud. (2011). ASSIST, la prueba de detección de consumo de alcohol, Tabaco y sustancias.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Obesidad y sobrepeso (Nota descriptiva N°311).
- Organización Mundial de la Salud.(2004). Prevención de los trastornos mentales: Intervenciones efectivas y opciones de políticas.
- Plan integral para la actividad física y el deporte, Deporte en el ámbito laboral. Autores: D. Jordi Viñas Fort, Daniel Mateos, Dña. Sandra Carballo, D. Antonio Casimiro, D. Fernando Fabra, D. Xavier Isern, D. Pere Manuel, D. Santiago Prados, D. Julio Tomás y D. Juan Pablo Venero. Versión 1.
- Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados. (2005). Resultados del estudio ESEMeD-España. Autores: Josep M. Haro^a, Concepció Palacín^a, Gemma Vilagut^b, Montse Martínez^b, Mariola Bernal^a, Inma Luque^a, Miquel Codony^b, Montse Dolz^a, Jordi Alonso^b y el Grupo ESEMeD-España* (ver nota autores), Salud mental y empleo. (2012). Cómo ayudar a las personas a mantener su actividad laboral, Guía para empleadores, PROGRESS (2007-2013).
- Salud mental: El cuerpo humano. (2012), LEVI, L. et al. Editorial Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo.
- Universidad de Barcelona. (2008). Evaluación de los principales métodos de evaluación de riesgos psicosociales. Dr. Joan Guàrdia Olmos, Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento, Facultad de Psicología.
- Universidad de Valencia. (2008). El modelo amigo: un «mapa» conceptual para evaluar los riesgos psicosociales y gestionar su prevención, José M^a Peiró.
- Universidad de Valencia. Metodología PREVENLAB-PSICOSOCIAL de la
- Universitat de Barcelona (MC-UB) y MC-Mutual. Batería de Evaluación de Riesgos Psicosociales para las PYMES
- Vidal, M. E. S., Navarro, J. G. C., & Leiva, D. C. (2011). ¿ Influye el conflicto trabajo-vida personal de los empleados en la empresa?. *Universia Business Review*, (29), 100-115.
- Cebolla, A., & Miró, M. T. (2006). Eficacia de la terapia cognitiva basada en la atención plena en el tratamiento de la depresión. *Revista de psicoterapia*, 17(66-67), 133-155.
- Zindel Segal, Mark G Williams, John D Teasdale, *Terapia cognitiva basada en el mindfulness para la depresión*, Editorial Kairós.
- Britta K. Hölzel et al. 2011, How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective.
- Ausías Cebolla y Daniel Campos. 2016. Enseñar Mindfulness en contextos de instrucción y pedagogía. *Volumen 27, n° 103*, páginas 103-118.

- Vanessa Álvarez Casas, Julio 2015, Analisis del coaching como herramienta para el desarrollo del talento en las organizaciones. Universidad de León.
- Pedro R. Gil Monte, 2014. Coaching cognitivo conductural: una herramienta para los psicólogos. Revista de Información Psicológica, nº 107, páginas 34-46.
- Susan M. Pollak, Thomas Pedulla y Ronald D. Siegel, 2015, Sentarse Juntos.
- Sánchez Mirón, B. y Boronat Mundina, J. (2014). Coaching Educativo: Modelo para el desarrollo de competencias intra e interpersonales. Educación XX1, 17 (1), 219-242. doi: 10.5944/educxx1.17.1.1072
- María Teresa Miró y Vicente Simón (Editores), Mindfulness en la práctica clínica. Editorial Desclée de Brouwer. Mindfulness en terapia cognitiva para la depresión. Dr Ausias Cebolla i Martí, pag 141 a 168
- A. García Rona,* , R. Serrano Grasa b, R. Blanco Lagoc, B. Huete Hernani y D.A. Pérez Martinez. 2015. Neurología. 2016;31(2):83—88. Estudio piloto de la eficacia de empoderar a pacientes mediante coaching como tratamiento asociado en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad.