

Salud Mental y Empleo

**Opiniones y necesidades expresadas
por pacientes y profesionales de
Andalucía en torno al mantenimiento
del empleo durante el tratamiento de
un problema de salud mental leve o
moderado**

Enero 2012



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD



SALUD MENTAL Y EMPLEO

Opiniones y necesidades expresadas por pacientes y profesionales de Andalucía en torno al mantenimiento del empleo durante el tratamiento de un problema de salud mental leve o moderado

Escuela Andaluza de Salud Pública

Programa de Salud Mental
Dirección General de Asistencia Sanitaria
Servicio Andaluz de Salud

Enero 2012

Informe elaborado por la Escuela Andaluza de Salud Pública en el marco del Proyecto "Reduciendo las Desigualdades en Salud: incrementar el número de personas con problemas de salud mental (leves y moderados) que permanecen trabajando mientras reciben tratamiento", financiado por el Programa de Fomento del Empleo y la Solidaridad Social de la Unión Europea - PROGRESS (2007-2013).

Autoría:

Pérez Romero, Carmen (Coordinadora)
Fornieles García, Yolanda
Caro Martínez, Araceli
Mendoza García, Oscar

Revisión:

García-Cubillana de la Cruz, Pablo
Huizing, Evelyn

Cubierta:

Juan José Pérez Rivas

Asesora Técnica Editorial:

Antonia Garrido Gómez

© 2012 Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
EDITA: Servicio Andaluz de Salud.
Avda. de la Constitución, 18
41071 Sevilla.
Tel. 955 01 80 00 Fax. 955 01 80 50.
www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud

Coordinación de la Edición: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Depósito legal: GR 1518-2012

Índice de Contenidos

Resumen ejecutivo.....	7
A. Introducción	13
B. Marco metodológico.....	17
C. Opiniones y necesidades expresadas.....	27
C.1. Grupo: Pacientes	29
1. Experiencia laboral del paciente.....	30
2. Valoración de la atención sanitaria y del apoyo para el empleo recibido en los servicios sanitarios	41
3. Valoración del entorno laboral y del apoyo recibido para el empleo	48
C.2. Grupo: Familiares de pacientes.....	55
1. Experiencia laboral del paciente.....	56
2. Valoración de la atención sanitaria y del apoyo para el empleo recibido en los servicios sanitarios	61
3. Valoración del entorno laboral y del apoyo recibido para el empleo	65
C.3. Grupo: Profesionales relacionados con la atención sanitaria	71
1. Valoración de la asistencia sanitaria en el Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, Depresión y Somatizaciones	72
2. Valoración del entorno laboral de las personas con ADS.....	80
3. Valoración del apoyo para el empleo que reciben las personas con ADS	83

C.4. Grupo: Profesionales relacionados con el mercado laboral	97
1. Valoración del entorno laboral.....	98
2. Valoración de la atención sanitaria a personas ADS	105
3. Valoración del apoyo para el empleo que reciben las personas con ADS	112
D. Propuestas específicas de apoyo a personas usuarias	117
D.1. Grupo: Pacientes.....	119
1. Medidas a impulsar desde los servicios sanitarios	120
2. Medidas a impulsar desde el ámbito laboral.....	120
D.2. Grupo: Familiares de pacientes	123
1. Medidas a impulsar desde los servicios sanitarios	124
2. Medidas a impulsar desde el ámbito laboral.....	124
D.3. Grupo: Profesionales relacionados con la atención sanitaria	125
1. Medidas a impulsar desde los servicios sanitarios	127
2. Medidas a impulsar desde el ámbito laboral.....	134
D.4. Grupo: Profesionales relacionados con el mercado laboral.....	141
1. Medias a impulsar desde los servicios sanitarios	142
2. Medidas a impulsar desde el ámbito laboral.....	142
E. Conclusiones	145



Resumen ejecutivo

Resumen ejecutivo

Objetivos

Objetivo general del proyecto:

Estudiar la manera de ayudar a las personas usuarias del Servicio Andaluz de Salud (SAS) con trastorno mental leve o moderado (ansiedad, depresión y somatizaciones) a desarrollar actividades laborales durante el tratamiento de su enfermedad.

Objetivos específicos a los que responde este informe:

1. Explorar la opinión de pacientes y profesionales intersectoriales relacionados con el tratamiento de la atención a la salud mental y el mercado laboral de Andalucía sobre el papel del empleo durante el tratamiento de personas con ansiedad, depresión y somatizaciones.
2. Identificar propuestas específicas para dar cabida a las actividades laborales de las personas usuarias del SAS con ansiedad, depresión y somatizaciones durante su tratamiento.

Metodología

La población de interés para alcanzar los objetivos de este análisis son las personas usuarias del SAS incluidas en el Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, Depresión y Somatizaciones (PAI ADS) y sus familiares, los profesionales del SAS relacionados con la atención sanitaria a estos pacientes y profesionales de los servicios médicos y/o de prevención de riesgos laborales de las empresas con sede en Andalucía.

Pacientes y profesionales intersectoriales tienen experiencias y percepciones diferentes sobre la posibilidad de permanencia en el empleo de las personas con trastorno mental leve o moderado (ansiedad, depresión y somatizaciones) durante su tratamiento, habiendo sido por tanto preciso analizarlas independientemente. Para ello, se han empleado distintas técnicas de investigación cualitativa, en particular: grupos focales con pacientes; talleres de trabajo con profesionales asistenciales; y entrevistas semiestructuradas con profesionales del ámbito laboral. La selección y reclutamiento de las personas que han colaborado en este trabajo ha sido consensuada con el Programa de Salud Mental de Andalucía, procurándose la representación de todos los segmentos de la población que se ha considerado necesaria para tener una visión completa del tema de análisis.

Resultados

Como fruto del análisis de situación que se ha realizado en Andalucía sobre la atención sanitaria que se presta a personas usuarias del SAS con trastornos de ansiedad, depresión y somatizaciones, así como del apoyo que reciben éstas personas para desarrollar actividades laborales durante su tratamiento, se extraen las siguientes conclusiones:

- **Causas más frecuentes del ADS:**

La mayoría de pacientes y familiares que han participado en este estudio coinciden en afirmar que las dificultades en el trabajo (p.e. características del puesto, situaciones de acoso laboral) son el principal desencadenante de los trastornos de ansiedad, depresión y somatizaciones. El padecimiento de otras enfermedades de origen físico o los problemas de tipo personal o familiar también están presentes entre las causas de esta patología, aunque en menor grado. Desde la perspectiva de los profesionales sanitarios, una proporción considerable de personas con ADS suelen ser pacientes hiperdiagnosticados por hacer patológicas situaciones de la vida cotidiana.

El apoyo recibido por la pareja, la familia o los compañeros de trabajo es un aspecto muy valorado por los pacientes que atraviesan esta situación, aunque no se produce en todos los casos.

- **Cómo afecta el ADS al paciente:**

Por regla general, los pacientes con ADS encuentran dificultades para continuar realizando sus tareas habituales, sobre todo en los peores momentos de la enfermedad. Los familiares perciben que las situaciones más difíciles para afrontar la vida diaria están ligadas al decaimiento y la falta de fuerza, así como al temor a enfrentarse al trabajo o cualquier situación de estrés.

En relación con el desarrollo de las actividades laborales, los profesionales sanitarios hacen énfasis en los efectos que el ADS suele provocar en la autopercepción del individuo y de sus capacidades, lo que se traduce en la alteración de su función global y en el sentimiento de verse superado temporalmente en sus capacidades.

- **Valoración de la asistencia sanitaria:**

La atención a personas con ADS se realiza desde un enfoque comunitario, compartida entre la Atención Primaria y los servicios especializados de Salud Mental. La valoración general que, tanto los directivos como profesionales sanitarios, hacen de la asistencia que el SAS presta a estas personas, es que se trata de una atención compleja y poco especializada, muy medicalizada, con escaso abordaje psicoterapéutico e insuficientes recursos de apoyo familiar y social.

No obstante, desde la perspectiva de los pacientes y sus familiares, la atención sanitaria es valorada positivamente, destacando la comprensión y el trato recibido. Las personas usuarias diferencian entre la atención de los profesionales, que consideran de calidad, y la que ofrece el sistema sanitario en su conjunto, que califican de lento, descoordinado y muy deficiente ante situaciones de crisis. En este sentido, los pacientes coinciden en que los recursos con los que cuenta el sistema sanitario son escasos, destacando la insuficiencia de terapias psicológicas, el excesivo espaciamiento entre las citas y la dificultad de encontrar un especialista adecuado. Esta visión es compartida por los profesionales del ámbito laboral, que también tienen una buena opinión de la atención que se presta a las personas con ADS, aunque destacan la escasez de recursos del sistema sanitario público.

En cuanto al tratamiento farmacológico recibido, las experiencias y valoraciones de los pacientes son heterogéneas: mientras a unos les ha ayudado en su recuperación, otros han encontrado muchos efectos negativos que afectan a su vida diaria. En términos generales, los servicios médicos de las empresas valoran positivamente la medicación y no perciben que impida el desarrollo normal del trabajo. Los familiares, por su parte, reclaman un tratamiento más dirigido a la enfermedad que a los síntomas, así como un adecuado abordaje clínico y terapéutico cuando el paciente sufre otras patologías (estigmatización de los problemas de salud mental).

- **Valoración del entorno laboral:**

Los pacientes y sus familiares han señalado muchos elementos positivos que el trabajo tiene sobre su estado de ánimo: les evade el malestar emocional y los pensamientos negativos; les permite realizarse laboralmente y sentirse útiles; y les evita caer en la monotonía. Los profesionales del ámbito laboral coinciden al señalar que la permanencia en el trabajo refuerza la autoestima de la persona con ADS y la mantiene ocupada mentalmente.

Los elementos negativos, por su parte, están asociados a problemas de relación con los compañeros (estigma) y a las dificultades que encuentran para realizar su trabajo ordinario, a consecuencia de afectación que el ADS provoca en la capacidad funcional de la persona. La opinión mayoritaria de los profesionales de los servicios médicos de las empresas es que el ADS tiene un impacto en la productividad del trabajador, pudiendo afectar también al trato con los clientes. No obstante, consideran que los trabajadores con ADS pueden seguir desarrollando actividades de empleo cuando se adapta temporalmente las responsabilidades y funciones de su puesto.

- **Valoración de baja laboral:**

Las recomendaciones efectuadas sobre la permanencia o no en el puesto de trabajo son coincidentes entre pacientes, familiares y profesionales asistenciales, señalando que su conveniencia, o no, depende del momento evolutivo de la enfermedad, de la capacidad funcional del paciente y de las

características de la persona. Los pacientes y sus familiares coinciden en que los profesionales médicos indican la baja laboral con criterios adecuados y consensuados. Dando un paso más, los profesionales asistenciales recomiendan elaborar un *check-list* de los aspectos relacionados con el puesto de trabajo, a fin de calibrar la influencia que éstos pueden tener en cada paciente.

La baja laboral ha sido valorada positivamente por los pacientes y sus familiares, considerándola necesaria para la recuperación en los periodos de crisis y cuando la fuente del trastorno está relacionada con el trabajo. No obstante, tanto los profesionales sanitarios como los del ámbito laboral previenen sobre las bajas de larga duración, ya que pueden provocar la cronicidad del problema de salud. Los profesionales asistenciales destacan la conveniencia de promover una situación laboral intermedia para estos pacientes, con carácter transitorio.

En general, se recomienda la reincorporación al trabajo cuando la persona comienza a recuperar su funcionalidad, enfatizando los profesionales asistenciales la idoneidad de que dicha incorporación forme parte del plan terapéutico.

En opinión de los profesionales sanitarios y los servicios médicos de las empresas, los casos de pacientes reacios a incorporarse al trabajo suelen darse cuando existe una excesiva carga laboral o un entorno laboral hostil.

- **Valoración del apoyo recibido en el ámbito laboral:**

Las personas con ADS destacan positivamente el apoyo recibido por sus compañeros de trabajo, quienes suelen conocer su estado de salud. Sin embargo, no ha sido tan habitual el apoyo de responsables directos y superiores, quienes no suelen mostrarse comprensibles con la situación que atraviesa el trabajador, aunque las situaciones vividas y experiencias son diferentes. En este sentido, los pacientes destacan la falta de adaptación temporal del puesto de trabajo y, en algunos casos, un empeoramiento de sus condiciones laborales. Consideran, asimismo, que el padecimiento de ADS es un elemento facilitador de acoso laboral y de las situaciones de despido, dado el absentismo laboral y la disminución del rendimiento o productividad que provoca su enfermedad.

Los familiares de pacientes perciben que los problemas más comunes en los lugares de trabajo están muy relacionados con la falta de comprensión de la enfermedad mental y el estigma que ésta genera. Asimismo, observan dificultades para flexibilizar las condiciones laborales del paciente.

En cuanto a la reacción que muestran las empresas cuando el paciente comunica su baja laboral, normalmente es negativa, aunque también hay casos en los que compañeros y superiores comprenden la situación y brindan su apoyo. Sin embargo, la percepción que existe desde los

servicios médicos de las empresas es diferente, manifestando que tanto los superiores y como los compañeros suelen ayudar y mostrarse solidarios con estas personas.

Los pacientes han señalado que la situación actual crisis económica es un elemento clave que condiciona las posibilidades de mantenimiento o incorporación al puesto de trabajo de las personas con ansiedad, depresión y/o somatizaciones.

- **Propuestas de medidas de apoyo para el empleo:**

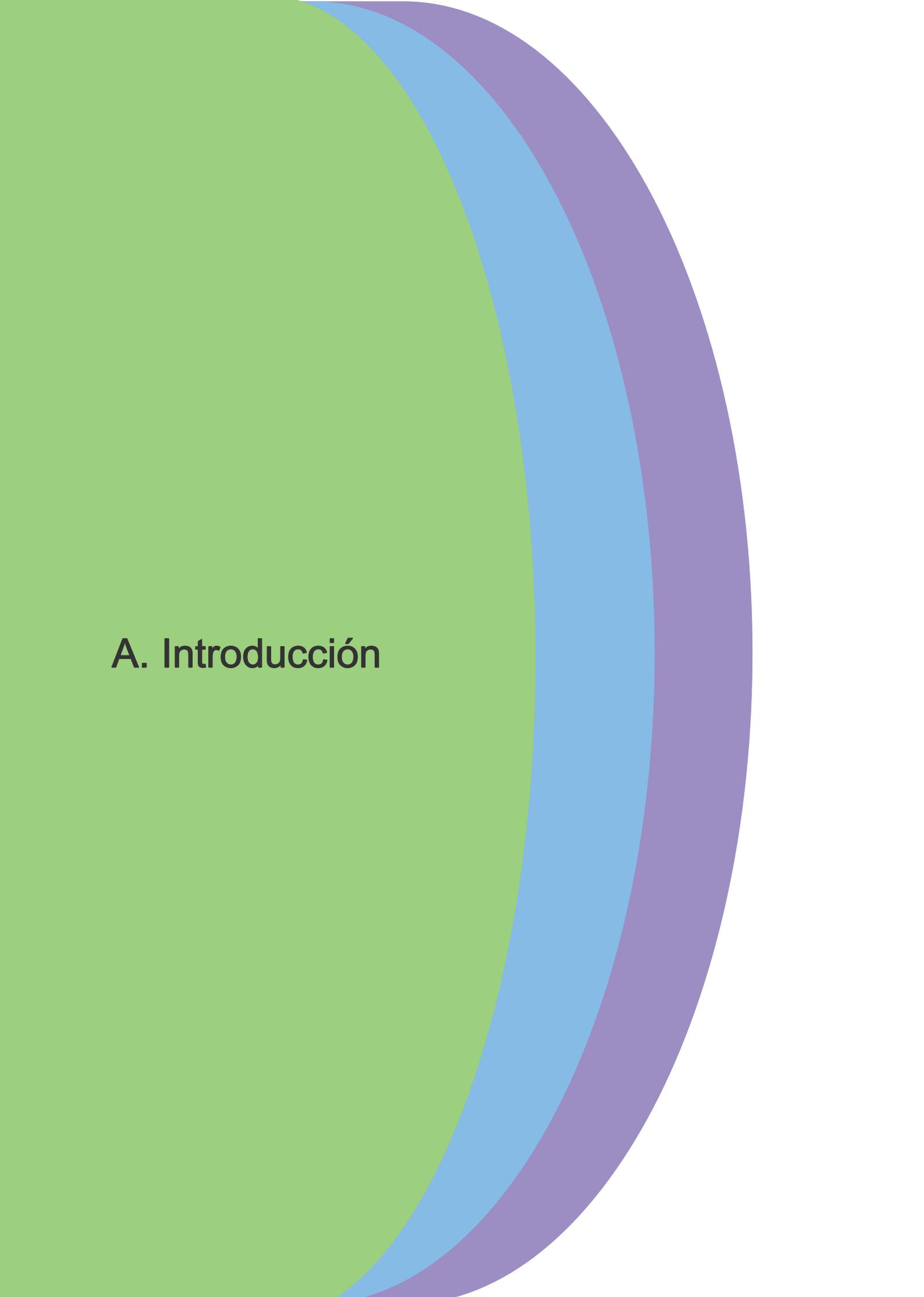
Entre las medidas de apoyo a impulsar desde los servicios sanitarios, los familiares de pacientes destacan la necesidad de modificar el abordaje terapéutico del trastorno. De manera más específica, los profesionales del ámbito sanitario consideran prioritario fomentar la coordinación interniveles y reforzar la formación de los profesionales de Atención Primaria, adecuar la baja laboral a las condiciones clínicas del paciente y psicoeducar a la persona con ADS sobre los aspectos beneficiosos del trabajo. Sugieren asimismo la idoneidad de fomentar la corresponsabilidad del paciente durante el tratamiento, haciéndoles partícipes de la toma de decisiones.

Por su parte, los profesionales del ámbito laboral demandan un mayor fomento de sesiones individuales de psicoterapia y terapias grupales, así como aumentar la frecuencia y reducir los tiempos de espera para las citas tanto de médico de familia como de especialista en salud mental.

Entre las iniciativas a impulsar desde el ámbito laboral, los pacientes y sus familiares destacan, entre otras, la adaptación temporal del puesto de trabajo, la incorporación de la salud mental en la evaluación de riesgos laborales, el desarrollo de actividades de prevención del acoso laboral - *mobbing*- en las empresas, y la sensibilización social sobre los problemas de salud mental.

Los profesionales asistenciales también priorizan la necesidad de mejorar el clima laboral y potenciar los entornos laborales saludables, la flexibilidad en la reincorporación laboral, reforzar la autoestima del trabajador con trastorno mental leve o moderado y desarrollar campañas de desestigmatización de estas personas en los lugares de trabajo. Asimismo, sugieren la creación de estructuras de apoyo y de guía en el entorno laboral del paciente.

Desde los servicios médicos de las empresas se recomienda impulsar medidas de carácter preventivo, y coinciden al considerar que la mejor medida para favorecer la permanencia en el trabajo de las personas con ADS es adaptar su puesto de trabajo.



A. Introducción

Introducción

El Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012 (II PISMA) incorpora como principios fundamentales la mejora de la calidad, la equidad y la eficiencia de los servicios sanitarios, orientados hacia la promoción de la salud mental de la población andaluza, la prevención de la enfermedad y la mejora asistencial y de cuidados de pacientes y familiares.

Incorporar de forma explícita el principio de equidad supone el compromiso de trabajar en la reducción de las desigualdades (incluidas las inequidades debidas a los condicionantes de género), en la protección de las personas más vulnerables (prestando especial atención a garantizar los derechos de quienes padecen una enfermedad mental) y en el respeto a la identidad cultural, en una sociedad, como la andaluza, cada vez más diversa.

Asimismo, el fomento de la participación ciudadana se considera como uno de los componentes básicos propuestos por la Organización Mundial de la Salud para alcanzar la equidad en salud. El modelo comunitario de atención a la salud mental implantado en Andalucía ya establecía, entre sus principios, la implicación de pacientes y familiares en su proceso de tratamiento y su participación activa en los servicios de salud mental. Con el II PISMA se da un paso más en este sentido, incorporando al modelo de atención comunitaria, la perspectiva de la recuperación, entendiendo como tal un proceso de crecimiento personal que va mucho más allá que la mera desaparición de los síntomas.

El trabajo multidisciplinar, la continuidad asistencial y de cuidados, la cultura de trabajo conjunto con el nivel primario de salud y el desarrollo de programas intersectoriales, se ve enriquecido con este novedoso paradigma que implica realmente un abordaje positivo de la salud mental, centrado en el apoyo y acompañamiento de la persona atendida en su proceso de cambio personal, retomar su proyecto de vida y recuperar al máximo sus propias capacidades como individuo y como ciudadano o ciudadana.

En esta línea, el trabajo de actualización del Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, Depresión y Somatizaciones (PAI ADS), refuerza la continuidad asistencial de las intervenciones, en el marco de la cooperación permanente entre Atención Primaria y Salud Mental, incorpora la mejor evidencia disponible y adapta los tratamientos a las necesidades de la persona atendida, con la mirada puesta en su proceso de recuperación.

En el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) existe una alta prevalencia atendida de problemas de ansiedad, depresión y somatizaciones (ADS). En Atención Primaria, más del 50% de las

personas que consultan por problemas de salud mental son incluidas en el PAI ADS. En los Servicios de Salud Mental esta población representa más del 30% de las personas atendidas. Por otro lado, más del 70% de las incapacidades laborales por trastorno mental son debidas a trastornos de ADS, con una tasa de 10 por cada 1.000 habitantes en activo y una duración media superior a 80 días¹.

En 2010, el Servicio Andaluz de Salud (SAS) fue invitado a participar en el proyecto ***“Reduciendo las desigualdades en salud: incrementar el número de personas con problemas de salud mental (leves y moderados) que permanecen trabajando mientras reciben tratamiento”***² financiado por la Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades de la Comisión Europea, que tiene como objetivo incrementar el número de personas que, con problemas de salud mental (leves o moderados), permanecen trabajando mientras reciben tratamiento.

El SAS a través del Programa de Salud Mental consideró, dentro de sus líneas estratégicas de actuación, la pertinencia de participar en este proyecto de cara a facilitar el proceso de recuperación de las personas atendidas por problemas de ansiedad, depresión y somatizaciones.

En este proyecto participa el Programa de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud (SAS) como socio (partner) junto a otras instituciones de países europeos:

- Greater Manchester Public Health Network (Reino Unido) (Socio Líder).
- Medical Faculty, Technische Universität Dresden (Alemania).
- European Institute for Sustainable Development (Bulgaria).
- Fundación INTRAS (Castilla y León).

En el ámbito andaluz, tiene como objeto de análisis las personas usuarias del SAS con Ansiedad, Depresión y Somatizaciones, tratando de identificar propuestas específicas que ayuden a estas personas a permanecer en el empleo durante el tratamiento de su enfermedad.

Atendiendo a la solicitud realizada por el Programa de Salud Mental del SAS, la Escuela Andaluza de Salud Pública asumió la gestión y ejecución de este proyecto, diseñando una propuesta metodológica para el desarrollo del trabajo de campo y la elaboración de los informes de resultados requeridos a Andalucía en el marco de las directrices establecidas por Greater Manchester Public Health Network del Reino Unido, como socio líder del proyecto.

¹ Información facilitada por el Programa de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud.

² Community Programme for Employment and Social Solidarity (progress). Proposals vp/2010/006 "Support to progress participating countries' strategies on health inequalities". Project: *“Reducing health inequalities: increasing the number of people with mental health issues (mild to moderate) who stay in employment during treatment”*. Cod: vs/2010/0781.

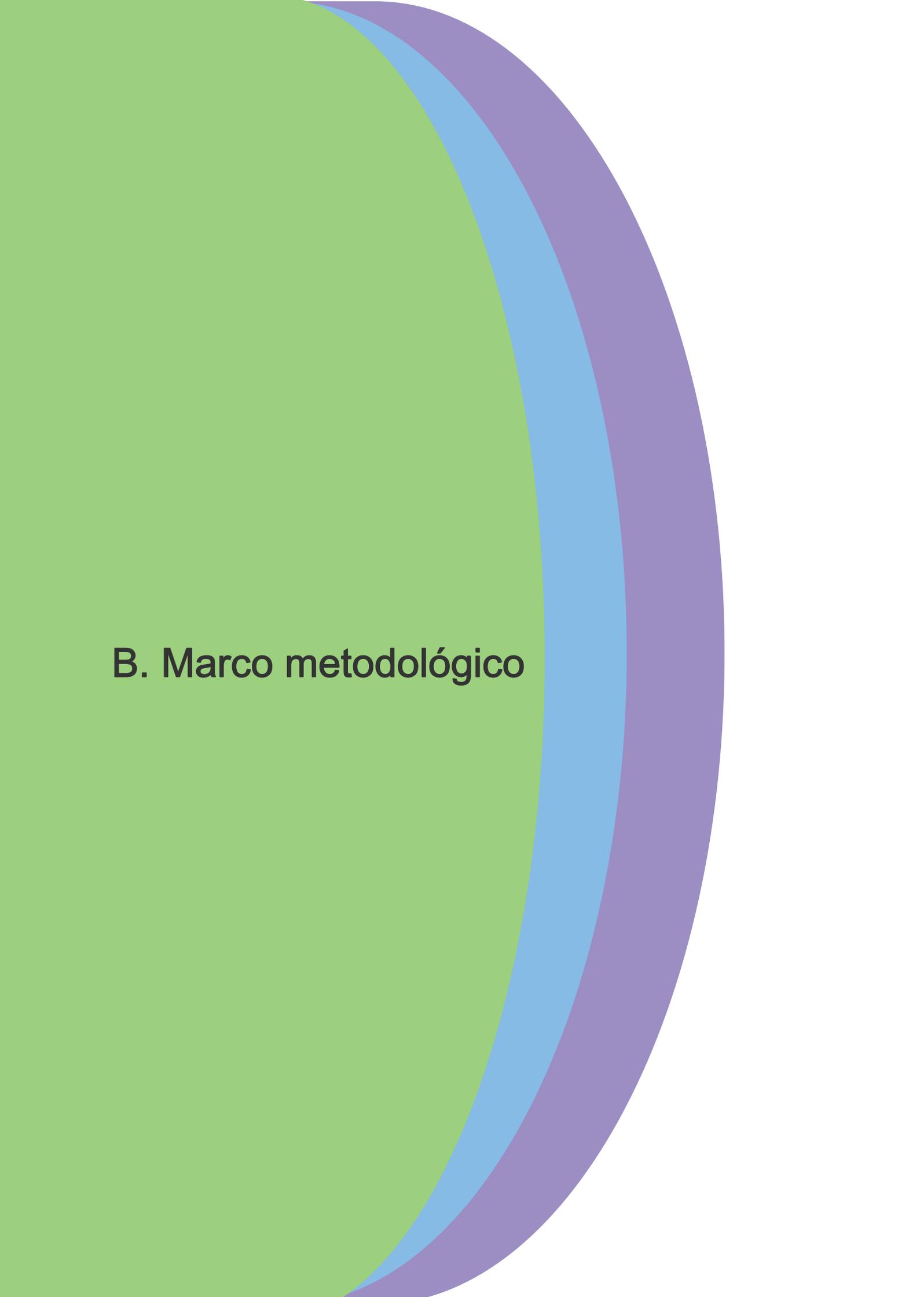
En este documento se recogen las conclusiones del análisis de situación realizado en Andalucía sobre la atención sanitaria que se presta a las personas con ADS y el apoyo que reciben para desarrollar actividades de empleo durante su tratamiento. El informe se estructura en cuatro bloques:

En primer lugar se presentan los objetivos y metodología de trabajo diseñada para el desarrollo del proyecto europeo en Andalucía.

Posteriormente, se presentan los resultados obtenidos en el análisis de situación realizado, exponiendo las valoraciones realizadas por los grupos de población sondeados en este trabajo: personas usuarias del SAS con ADS y sus familiares; profesionales del ámbito sanitario implicados en su atención sanitaria; y profesionales del mercado laboral andaluz.

En un tercer bloque, se recogen las medidas de apoyo identificadas por los distintos colectivos para facilitar, desde los servicios sanitarios y desde el ámbito laboral, el desarrollo de la actividad profesional de las personas en tratamiento por ADS.

El informe se cierra recogiendo las principales conclusiones obtenidas en el análisis.



B. Marco metodológico

Marco Metodológico

Objetivos del proyecto

General:

- Estudiar la manera de ayudar a las personas usuarias del SAS con trastorno mental leve o moderado (ansiedad, depresión y somatizaciones) a desarrollar actividades laborales durante el tratamiento de su enfermedad.

Específicos:

1. Explorar la opinión de pacientes y profesionales intersectoriales relacionados con el tratamiento de la atención a la salud mental y el mercado laboral de Andalucía sobre el papel del empleo durante el tratamiento de personas con ansiedad, depresión y somatizaciones.
2. Identificar propuestas específicas para dar cabida a las actividades laborales de las personas usuarias del SAS con ansiedad, depresión y somatizaciones durante su tratamiento.
3. Identificar oportunidades para el desarrollo de acciones conjuntas con otros países europeos.
4. Proponer, junto a otros países europeos, una 'hoja de ruta' de mejora de la salud mental y el empleo que contemple medidas de apoyo específicas para el mantenimiento en el puesto de trabajo de las personas con trastorno mental leve o moderado.

Metodología

Para la consecución de los objetivos del proyecto se ha definido una metodología de trabajo en cuatro fases, adaptada a las directrices establecidas en el marco del proyecto europeo:

FASE 1: Análisis de la situación en Andalucía.

FASE 2. Identificación de propuestas específicas dirigidas a personas usuarias del SAS.

FASE 3: Identificación potenciales acciones conjuntas con otros países europeos.

FASE 4: Diseño de una 'hoja de ruta' para la mejora de la salud mental y el empleo.

A continuación se describe la metodología diseñada para el desarrollo del proyecto, haciendo hincapié en las dos primeras fases de ejecución, cuyos resultados se presentan en este informe.

FASE 1: ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN EN ANDALUCÍA E IDENTIFICACIÓN DE PROPUESTAS ESPECÍFICAS

Pacientes y profesionales intersectoriales de los ámbitos de la salud y el empleo tienen experiencias y percepciones diferentes sobre la posibilidad de permanencia en el empleo de las personas con trastorno mental leve o moderado (ansiedad, depresión y somatizaciones) durante su tratamiento, siendo, por tanto, preciso analizarlas independientemente.

La población de interés para alcanzar los objetivos de este análisis está formada por los siguientes grupos de población:

1. Personas con ADS usuarias del SAS y sus familiares:

Aunque el alcance del proyecto europeo contempla todos los trastornos mentales leves o moderados, se acordó con el resto de los socios acotar el perfil de los pacientes que se incluirían en el análisis realizado en el SAS, restringiéndose a las personas incluidas en el Proceso Asistencial Integrado “Ansiedad, Depresión y Somatizaciones”³ definido por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Las aportaciones realizadas por este grupo de población se han complementado con la visión ofrecida por familiares de pacientes.

2. Profesionales intersectoriales relacionados con la atención sanitaria y el mercado laboral en Andalucía:

Se han contemplado en el análisis los siguientes perfiles profesionales:

- Profesionales de la atención sanitaria:

- i. Directores de Unidades de Gestión Clínica, tanto de Atención Primaria como de Salud Mental.
- ii. Profesionales asistenciales de Atención Primaria y de Unidades de Salud Mental Comunitaria, implicados en la atención a personas con ADS.

- Profesionales del entorno laboral: el alcance de este estudio se centra en el sector empresarial privado de Andalucía, quedando por tanto excluidas del análisis los organismos autónomos y las empresas constituidas por la Administración Pública, regidas por normativa administrativa y laboral con especificaciones que difieren del

³ “Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, Depresión y Somatizaciones” (2ª Edición). Sevilla. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. 2011. Disponible en URL: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/> (citado 16/04/12).

Este Proceso Asistencial Integrado abarca las siguientes categorías diagnósticas psicopatológicas (CIE-10): Episodios depresivos (F32); Trastornos del humor persistentes (F34); Trastornos de ansiedad fóbica (F40); Trastornos de pánico (F41.0); Trastornos de ansiedad generalizada (F41.1); Trastorno mixto ansioso-depresivo (F41.2); Reacción a estrés agudo (F43.0); Trastornos de adaptación (F43.2); Trastornos somatomorfos (F45).

contexto habitual en el que operan las empresas privadas. Se han definido como informantes clave de este sector a los responsables de los servicios médicos y/o de prevención de riesgos laborales de dichas empresas.

Para sondear las opiniones de los diferentes grupos de población, se han utilizado diversas metodologías de investigación cualitativa, en particular:

a) Pacientes con ADS y sus familiares: Técnica de grupo focal.

Para sondear la opinión de las personas usuarias del SAS con ADS y sus familiares, se ha utilizado la técnica de grupo focal, consistente en una conversación con un grupo pequeño de personas cuidadosamente planificada, diseñada para obtener información de un área definida de interés, con un guión de preguntas que van desde lo más general hasta lo más específico, en un ambiente permisivo y no directivo, con un moderador capaz de conseguir que los participantes expresen sus puntos de vista de la forma más libre posible. Su principal ventaja es la interacción entre las personas del grupo y su propósito comprender el porqué y cómo piensan o sienten las personas sobre el tema de interés.

Durante los meses de junio y septiembre de 2011, se han realizado diversos grupos focales en distintos puntos de la geografía andaluza, contando con la participación de 8-10 personas en cada uno de ellos, cuya selección se ha realizado incluyendo criterios de heterogeneidad que han permitido obtener información sobre diferentes experiencias y puntos de vista, así como criterios de homogeneidad que han facilitado la comunicación entre los asistentes.

La selección y reclutamiento de las personas con ADS que participaron en los grupos focales se ha realizado de acuerdo con el Programa de Salud Mental del SAS y con la colaboración de los profesionales de los centros sanitarios en los que reciben o recibieron tratamiento. En su selección se han tenido en cuenta las siguientes características sociodemográficas, así como de situación de salud mental y laboral:

- Características sociodemográficas:
 - a. Sexo: hombres y mujeres.
 - b. Edad: ≥ 18 años y < 65 años.
 - c. Medio rural y medio urbano.
- Situación de salud mental en los últimos 12 meses:
 - a. Diagnóstico:
 - Personas diagnosticadas de ADS, en el marco definido por el Proceso Asistencial integrado.

-
- Gravedad del problema de salud mental, según la duración del tratamiento (de corta duración o larga duración).
 - b. Perfil Asistencial: personas que han recibido asistencia sanitaria en consultas de Atención Primaria o en Unidades de Salud Mental Comunitaria para el tratamiento de ADS.
- Situación Laboral en los últimos 12 meses:
 - a. Población ocupada:
 - Por cuenta propia o por cuenta ajena.
 - En situación de alta o baja laboral.
 - Sector económico de la ocupación laboral.
 - b. Población en formación para el empleo.

Para completar el análisis de situación, se ha sondeado la opinión de familiares de personas diagnosticadas de ADS mediante el desarrollo de un grupo focal específico. Con esta finalidad, se pidió autorización a las personas con ADS que participaron en uno de los grupos focales para invitar a uno de sus familiares a participar en una sesión en la que se recogería su visión sobre el tema de análisis. Las personas usuarias facilitaron la identificación y datos de contacto del familiar que, en cada caso, propusieron para colaborar en el proyecto.

El desarrollo de los distintos grupos focales se ha realizado utilizando un guión de trabajo cuyo contenido ha sido acordado con el Programa de Salud Mental del SAS, habiéndose ajustado a las directrices definidas en el marco del Proyecto europeo.

Las dimensiones de análisis abordadas en el desarrollo de los grupos focales con pacientes y familiares han sido las siguientes:

- Q1. Experiencia laboral de las personas con ADS.
- Q2. Valoración de la asistencia sanitaria y del apoyo recibido en los servicios sanitarios para desarrollar actividades laborales.
- Q3. Valoración del entorno laboral y del apoyo recibido desde el sector empresarial para el desarrollo de las actividades laborales.
- Q4. Identificación de propuestas específicas para facilitar las actividades laborales a las personas con ADS durante su tratamiento.

El interés y colaboración mostrados en cada uno de los grupos generó una dinámica fluida que ha facilitado el estudio del discurso generado y la consiguiente valoración del grado de consenso alcanzado por los participantes. La información vertida en los grupos focales fue registrada, in situ, mediante anotaciones escritas y la grabación digital (previo consentimiento) de las

aportaciones realizadas por los participantes durante el desarrollo de las sesiones. A partir de la transcripción de las grabaciones, se ha llevado a cabo el análisis de la información obtenida mediante procedimientos de análisis cualitativo (análisis de contenido y del discurso).

b) Profesionales del ámbito sanitario: Talleres de trabajo.

Para sondear la opinión de los profesionales del ámbito sanitario se desarrollaron dos talleres de trabajo:

- El 28 de septiembre de 2011, con Directores de Unidades de Gestión Clínica, tanto de Atención Primaria como de Salud Mental.
- El 4 de octubre de 2011, con profesionales asistenciales de Atención Primaria y de Unidades de Salud Mental Comunitaria, implicados en la atención a personas con ADS en el marco del Proceso Asistencial Integrado definido para el abordaje terapéutico de estos trastornos mentales.

Los talleres de trabajo se realizaron en jornada de mañana, con una duración aproximada de 3,5 horas. En dichas sesiones participaron Directivos de UGC (de Atención Primaria y de Salud Mental) y profesionales asistenciales de éstos ámbitos que reunieron los siguientes perfiles:

- Medicina de Familia.
- Psiquiatría.
- Psicología Clínica.
- Trabajo Social.
- Enfermería de Salud Mental.

La selección y el reclutamiento de los participantes en cada taller se realizó de acuerdo con el Programa de Salud Mental del SAS, buscando las personas más idóneas y representativas (informantes clave), procurando la representación de todos los segmentos de la población que se consideró necesario para obtener una visión completa del tema de análisis.

La recogida de las opiniones de estos profesionales se realizó combinando dos técnicas de investigación cualitativa: grupo focal y modelo horizonte (adaptado). El modelo horizonte combina las opiniones individuales para llegar a una decisión de grupo, minimizando la presión de posibles líderes y agilizando la concreción de acuerdos reduciendo los periodos de discusión.

En cada taller de trabajo, los participantes realizaron un análisis de situación mediante el desarrollo de dos grupos focales simultáneos (con profesionales de Atención Primaria y de Salud

Mental, en cada caso). Posteriormente, y tras la exposición y debate en plenario de las principales ideas vertidas en los dos grupos, se empleó la técnica del modelo horizonte para identificar medidas que podrían impulsarse desde los servicios sanitarios y desde el ámbito laboral para facilitar el desarrollo de actividades laborales a las personas usuarias del SAS con ADS durante su tratamiento. Finalmente, mediante un sistema de puntuación específico, los participantes realizaron un ejercicio de priorización de las propuestas realizadas, valorando el grado en que las medidas fueron consideradas “facilitadoras” de las actividades laborales y “factibles” de llevar a cabo.

El desarrollo de los talleres de trabajo se ha realizado utilizando un guión cuyo contenido ha sido acordado con el Programa de Salud Mental del SAS, habiéndose ajustado a las directrices definidas en el marco del Proyecto europeo.

Las dimensiones de análisis abordadas en los talleres que se realizaron con profesionales del ámbito sanitario han sido las siguientes:

- Q1. Valoración de la asistencia sanitaria que el SAS presta en el marco del Proceso Asistencial Integrado “Ansiedad, Depresión y Somatizaciones”.
- Q2. Valoración del entorno laboral de las personas con ADS.
- Q3. Valoración del apoyo que reciben las personas con ADS para el desarrollo de actividades laborales.
- Q4. Identificación de propuestas específicas para facilitar las actividades laborales a las personas con ADS durante su tratamiento.

El interés y colaboración mostrados durante el desarrollo de los dos talleres de trabajo generó una dinámica fluida que ha facilitado el estudio del discurso generado y la consiguiente valoración del grado de consenso alcanzado por los participantes. La información vertida en los grupos focales simultáneos fue registrada, in situ, mediante anotaciones escritas y la grabación digital (previo consentimiento) de las aportaciones realizadas por los participantes durante el desarrollo de las sesiones. A partir de la transcripción de las grabaciones, se ha llevado a cabo el análisis de la información obtenida mediante procedimientos de análisis cualitativo (análisis de contenido y del discurso).

c) Profesionales del mercado laboral: Entrevistas semiestructuradas.

Para explorar la opinión de los profesionales del sector empresarial, se realizaron entrevistas semiestructuradas con personas responsables de los servicios médicos y/o de prevención de riesgos laborales de distintas empresas privadas con sede en Andalucía.

Las empresas incluidas en este trabajo fueron seleccionadas de acuerdo con el Programa de Salud Mental de Andalucía en base a los siguientes criterios:

- Participación en programas de prevención y promoción de la salud impulsados por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
- Disponibilidad de servicio médico y/o de prevención de riesgos laborales como nexo entre la empresa y el trabajador.
- Tipología de actividad económica realizada por la empresa (según la Clasificación Nacional de Actividades Económicas del Ministerio de Economía y Hacienda Español).
- Número de trabajadores de la empresa.

Se realizaron entrevistas a los responsables de los servicios médicos y/o servicios de prevención de riesgos laborales de seis empresas con sede en Andalucía:

- Servicios externos del Aeropuerto de Málaga.
- Empresa Malagueña de Transportes.
- Caja Rural de Granada.
- Cervezas Alhambra.
- Cuétara.
- Clarton.

Estas empresas desarrollan actividades relacionadas con la prestación de servicios en aeropuertos, el transporte urbano de viajeros, la prestación de servicios bancarios mediante cajas de ahorros, la industria de alimentación y bebidas, y la fabricación de accesorios de automóviles.

Las entrevistas se realizaron durante septiembre y octubre de 2011, utilizando un guión específico cuyo contenido fue acordado con el Programa de Salud Mental del SAS, ajustándose a las directrices definidas en el marco del Proyecto europeo. Las dimensiones de análisis abordadas en dichas entrevistas han sido las siguientes:

-
- Q1. Valoración del entorno laboral de las personas con ADS.
 - Q2. Valoración de la asistencia sanitaria pública que reciben las personas con ADS en Andalucía.
 - Q3. Valoración del apoyo que reciben las personas con ADS para el desarrollo de actividades laborales.
 - Q4. Identificación de propuestas específicas para facilitar las actividades laborales a las personas con ADS durante su tratamiento.

El interés y colaboración mostrados durante el desarrollo de las entrevistas semiestructuradas ha facilitado el estudio del discurso generado y la consiguiente valoración del grado de consenso alcanzado por los informantes clave. La información vertida en las entrevistas fue registrada, in situ, mediante anotaciones escritas y la grabación digital (previo consentimiento) de las aportaciones realizadas por las personas entrevistadas. A partir de la transcripción de las grabaciones, se ha llevado a cabo el análisis de la información obtenida mediante procedimientos de análisis cualitativo (análisis de contenido y del discurso).

FASE 2: IDENTIFICACIÓN DE PROPUESTAS ESPECÍFICAS DIRIGIDAS A PERSONAS USUARIAS DEL SAS

A partir de la información recogida de los distintos grupos de población, se han identificado propuestas de acciones específicas que podrían desarrollarse en Andalucía para facilitar las actividades de empleo a las personas usuarias del SAS con ADS durante su tratamiento, las cuales se recogen en el presente informe.

Esta propuesta preliminar ha sido contrastada con directivos del Programa de Salud Mental del SAS, a fin de identificar el impacto potencial que las medidas propuestas podrían tener sobre el proceso de atención sanitaria.

El desarrollo de esta fase concluyó con la celebración de un encuentro en Manchester (Reino Unido) celebrado el 22 de octubre de 2011, en el que participaron los socios europeos del proyecto y en el que se presentaron los resultados obtenidos en los distintos países participantes.

FASE 3: IDENTIFICACIÓN DE ACCIONES POTENCIALES CONJUNTAS CON OTROS PAÍSES EUROPEOS.

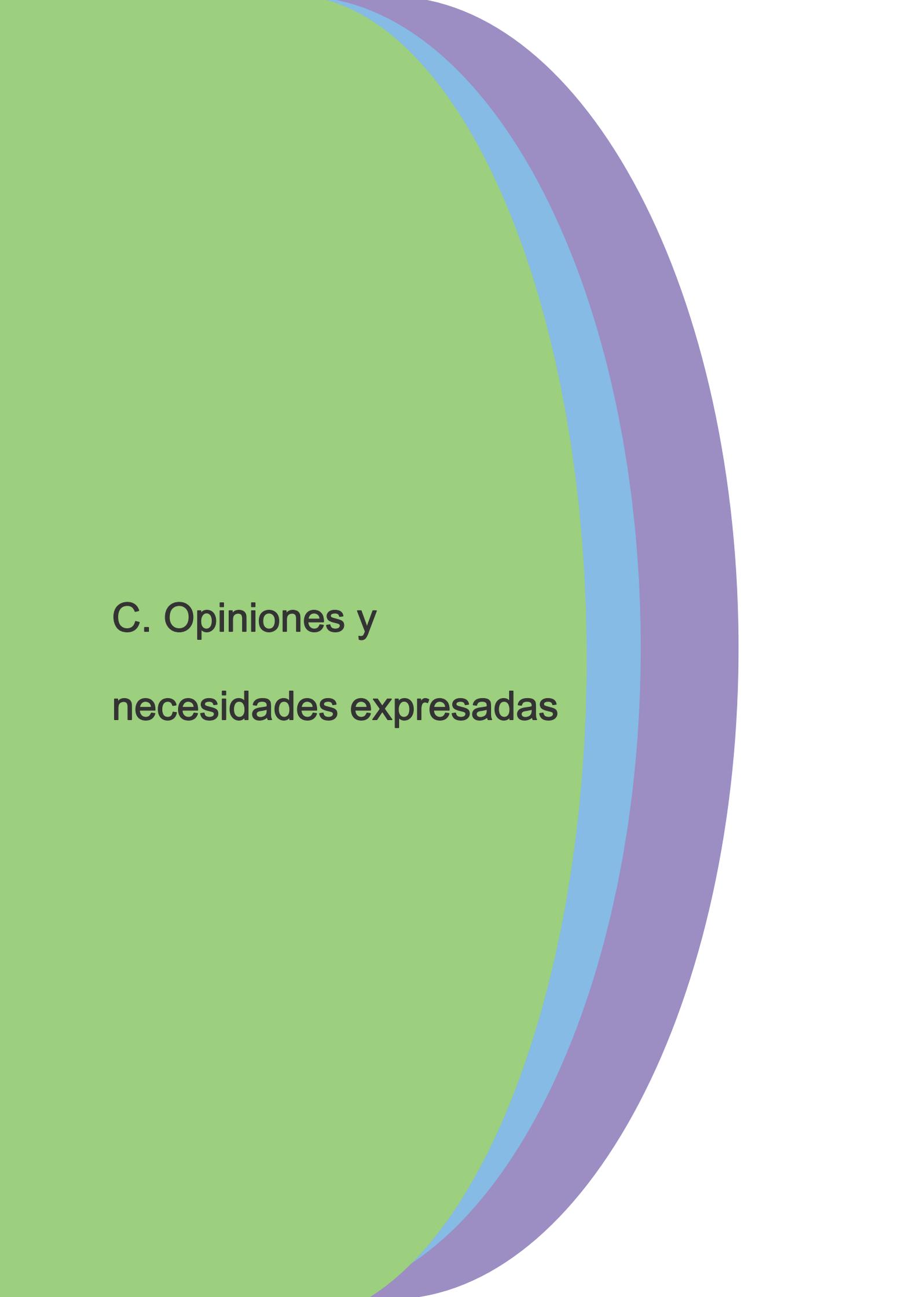
Una vez concluidas las dos primeras fases del proyecto, los miembros del proyecto europeo identificarán oportunidades para el desarrollo de acciones conjuntas que fomenten la permanencia en el puesto de trabajo de las personas con trastorno mental leve o moderado.

Para ello se desarrollarán reuniones de trabajo periódicas a las que se incorporarán los equipos de trabajo configurados por las distintas instituciones/organismos que participan en el Proyecto, buscando el consenso en las propuestas finales que se presenten como resultado de esta etapa.

FASE 4: DISEÑO DE UNA 'HOJA DE RUTA' PARA LA MEJORA DE LA SALUD MENTAL Y EL EMPLEO

Para concluir el Proyecto, se definirá una 'hoja de ruta' de mejora de la salud mental y el empleo que contemple medidas de apoyo específicas para el mantenimiento en la actividad laboral de las personas con ansiedad, depresión y somatizaciones. En la hoja de ruta se contemplará el desarrollo de acciones específicas, que previsiblemente podrían estar relacionadas con las siguientes líneas de trabajo:

1. Explorar como adaptar los planes de tratamiento, guías clínicas y procesos, a las actividades laborales de los pacientes atendidos.
2. Adaptar el material que se elabore en el marco del Proyecto europeo a la realidad de Andalucía.
3. Editar y difundir el material elaborado.



**C. Opiniones y
necesidades expresadas**

C.1. Grupo: Pacientes

Grupo: Pacientes

Las personas usuarias del SAS con diagnóstico de ADS que han colaborado en el este trabajo participando en los grupos focales convocados, reunían las siguientes características sociodemográficas:

- La edad media de los pacientes ha sido de 47 años, en un intervalo de 31 a 58 años.
- La proporción de hombres y mujeres ha sido de un 38% y 62%, respectivamente.
- Un 90% de los pacientes que han participado estaba en tratamiento médico, frente a un 10% que en ese momento no recibían tratamiento.
- La duración del tratamiento ha sido de más de un año en un 62% de las personas participantes, de 3 a 12 meses en un 28% de los casos, y de menos de 3 meses en un 10%.
- El perfil laboral de los pacientes es de un 65% de trabajadores empleados por cuenta ajena, un 10% por cuenta propia y un 25% desempleados. Un 75% de los pacientes participantes en el taller se encontraba en ese momento trabajando.
- La mayoría de las actividades económicas han estado representadas. Destaca la presencia de participantes cuya actividad profesional la desarrollan en el ámbito sanitario y de servicios sociales, la hostelería, la administración pública y la defensa.

A continuación se presentan las principales aportaciones realizadas por este colectivo sobre los temas de análisis, mostrándose el grado de consenso alcanzado por los asistentes al expresar sus valoraciones en las distintas sesiones.

1. EXPERIENCIA LABORAL DEL PACIENTE

1.1. FACTORES DESENCADENANTES DEL ADS

La mayoría de los pacientes que han participado en los grupos focales han ligado su estado de salud mental, bien de ansiedad, depresión o somatización, a problemas de tipo laboral. Estos problemas han resultado ser de diferente índole: en unos casos asociados al estrés, preocupaciones, sobrecarga de tareas o duras condiciones de trabajo y, en otros, a la incapacidad de adaptarse a nuevas tareas a raíz de la incorporación de tecnologías.

“Con el trabajo, con el estrés del trabajo... yo tengo que hacer sola el trabajo que hacen dos personas, sin mi compañera, y el mismo estrés de verme sola pues me

agobia, me dan ataques de ansiedad... he pasado estrés, mucho estrés, en el mes de agosto, eso sí, que he tenido que trabajar sola y eso y...”.

“... por culpa de mi trabajo, porque estoy a cinco grados”.

“Lo mío ha sido por falta de adaptación... me ponen un autocad, para dibujar, cuando yo llevaba ya treinta y cinco años dibujando a mano... estuve haciendo cursos por detrás, a ver si me iba adaptando, incluso iban a casa, y fui totalmente incapaz... no me decían solamente nada en absoluto, solamente que me iban dejando atrás, yo, prácticamente fuera, ya no servía absolutamente para nada, vamos, ni para coger el teléfono prácticamente...”.

“... aunque soy autónomo, tengo una sociedad con cuatro compañeros más, uno empieza a darle vueltas a la cabeza, porque ellos son un poquito más mayores que yo, entonces, miedo a plantearte el futuro... se jubilarán antes que yo... la economía está muy mal y esas cosas no perdonan”.

Ha sido muy frecuente también la presencia de acoso laboral como factor desencadenante del ADS. Los pacientes han experimentado diferentes tipos *mobbing* en el trabajo, por parte de superiores o los propios compañeros.

“Exclusivamente laboral... porque me hicieron un acoso laboral, una encargada que sigue...yo procuraba tener otros turnos para no enfrentarme con ella porque así yo me iba a evitar problemas, porque es que yo ya estaba sufriendo de una manera loca. Bueno, pues ella me quitaba los turnos para que yo estuviera con ella”.

“...cambiaron los dueños de mi empresa, los cuales vinieron con acoso y derribo... a por la gente que, a lo mejor, llevaba muchos años en la empresa... pues caí en una depresión, porque yo quería trabajar, pero no me facilitaban el medio para ir a trabajar... dijo que como le habían cambiado los dueños y ella tenía su propio trabajo y tenía que luchar por él y que lo sentía mucho...”.

“...he estado durante una serie de años, pues, sometido a un acoso, que yo no me daba cuenta... desencadenó en una grave enfermedad que casi me cuesta la vida... un infarto de miocardio. Yo estuve a punto de morir. Previo a esto, estuve y estoy, me empezaron a dar pitidos en los oídos, empezaron a pitarme los oídos, estrés laboral y emocional, me afectaba y yo me lo notaba, no dormía bien, ¿me entiendes?, las defensas me bajaron, me enfermaba con cualquier cosa, eso fue previo al infarto...”.

“yo trabajaba....y tenía muchísimos problemas. Me amenazaron... entonces, a raíz de eso yo ya no podía salir a la calle”.

“... un boicot en la empresa... me metieron un encargado que me intentó echar tres veces de mi empresa... un cúmulo de cosas que yo no me di cuenta... hasta que

ya... ya el caso es que no puedes más y cuando ya he estado más tranquila... Empecé con dolor de cabeza, dolor de cabeza... Es muy duro que nadie te pregunte cómo está tu hijo cuando tú das a luz, que tú hagas una pregunta o consultes algo y te vuelvan la cara, y el único que me hablaba era un hombre... ese encargado me hizo la vida imposible, llegaba un minuto tarde y me controlaba”.

En segundo lugar, destacan los problemas de salud físicos, como el origen o causa de la ansiedad o la depresión, en algunos casos, y en otros, consecuencia de un deterioro de su estado de salud mental. Padecer fibromialgia es un claro ejemplo de enfermedad causa o desencadenante de estados de ánimo depresivos, sobre todo entre las mujeres.

“Tenía dolores de brazos, porque es que no parábamos nada más para lo que es quince minutos para el bocadillo y si tenía que subir al servicio no podía tardar más de dos minutos, no podías parar, entonces el dolor se me iba acumulando... yo sufría una fibromialgia. Entonces, los dolores que yo tenía, es que ya no podía...”.

“...y pasé mucho y entonces fue las secuelas de mi ansiedad... pues me diagnosticó fibromialgia... hay situaciones que te superan”.

“...aparte de fibromialgia tengo agorafobia, mi problema empezó con la agorafobia”.

“Yo he tenido un montón de problemas físicos que han tardado años en detectarme, yo siempre he estado quejándome y a mí me han tardado años en detectarlo y al final parece que estás tú inventándote las cosas o que...”.

En tercer lugar, se ha encontrado presente entre los pacientes diversos problemas familiares y de tipo personal (muerte de familiares, separación de cónyuge, presencia de otras enfermedades, etc.) que han derivado en una patología mental.

“Yo, mi situación es, de mi separación... yo tenía problemas con mi ex marido, yo he sufrido malos tratos psicológicos, aunque no le he querido contar a la psicóloga que estaba en Jaén, es por vergüenza...”.

“Yo empecé con una separación, después empecé con que mi ex me quitó a la niña, después mi padre murió, y... me dio un ataque epiléptico y ya complicado con que no quería salir, no quería ir a ningún lado”.

“.. con treinta y cinco años me quedé viuda, con dos hijos con diez años, un año antes mi hijo tuvo una parada cardio – respiratoria, estuvo en coma, gracias a Dios se recuperó bien, y he tenido una serie de situaciones muy fuertes... , llevaba muchísimo estrés, muchas tensiones, de hecho, estuvo mucho tiempo mi marido en coma, y era un enfermo alcohólico, Te superan porque anímicamente, tú intentas estar bien, y anímicamente no puedes...”.

“... yo estaba todo el día en la calle trabajando, entonces, ahí es cuando me dan los bajones de depresión... y con la enfermedad de mi madre, que para mí, mi madre se fue en el 2.000, y a mí, yo sufrí mucho.... Del sufrimiento que me causó y después la depresión postparto me la cargué yo”.

“Yo la tengo desde que tuve a mi hija, y ya mi ex y historias, historias. Yo cuando caí más fuerte fue cuando mi padre murió de cáncer de pulmón, ahí ya fue cuando me tocó un poquito más. Después ya cuando mi ex me quitó la niña, pero que fueron muchas cosas detrás de otras, y por eso creo yo que me dio el ataque epiléptico”.

“Mi problema es vecinal, con unos vecinos que nos están haciendo la vida imposible a mi pareja y a mí”.

Para muchos pacientes, no es fácil identificar una única causa, siendo una mezcla de factores de tipo personal, familiar o laboral, los que afectan a su estado general de salud mental.

“Y tengo problemas en mi vida cotidiana a causa del trabajo”.

“Trabajo también, a parte de las circunstancias personales”.

“... acumulación de todo un poco”.

“... a raíz de ahí, caímos, tuve problemas en la pareja, nos separamos”.

“... coincidió con la muerte de mi madre, la menopausia, una anemia que llevaba arrastrando, pues fue la gota que colmó el vaso...Entonces, el quedarme en mi casa fue lo que a mí me hundió, porque mis hijos se iban al instituto y mi marido también se iba al instituto y yo me quedaba en la casa sola, entonces lo mismo me daba a mí que fueran las once, que las doce, que fuera la hora que fuera”.

Para todos ellos, el apoyo recibido por la pareja, la familia o los compañeros de trabajo ha sido un elemento muy valorado, aunque no presente en todos los casos. La falta de comprensión o de veracidad en los síntomas que manifiestan los pacientes ha sido el factor común entre aquellos que exponen no haber contado con apoyo.

“Mi marido, yo llegaba a mi casa y cuando veía él la reacción que tenía el lunes de no querer ir a trabajar, me decía: ‘es que tú eres una raza especial, a ver por qué...’ ‘que no Jose, que no puedo ir, que no, que es que no, que es que me va a pasar’...mi hija ha estado muy pendiente de mí”.

“...yo tengo un marido y unos hijos que valen un montón y que me han valido para salir del pozo donde yo estaba”.

“... aparte de mi familia y de mis buenos amigos, que he tenido buenos amigos que me han, que estos han sido los que me han hecho salir para afuera...”.

“Es que hay gente más comprensiva, que se lo cree, y otra que te pone en duda”.

“... estoy saliendo como puedo de esto... nadie me haya echado un cable”.

“... que la gente que te rodea pues también me ha apoyado mucho, yo he tenido un gran apoyo de mi familia, y de mis niñas y mis compañeras de trabajo...”.

“... y mi marido, en todo lo que me ha podido ayudar, porque estaba trabajando... se han hecho cargo de mí cuando yo no podía”.

“... me ayudaron entre mi familia y mis compañeros y mis amigos me ayudaron muchísimo, a decirme: ‘tú no eres menos que nadie, tú eres más, tú. Tú eres tú’. Y me ayudaron muchísimo, muchísimo y mis compañeros muchísimo, me dieron muchísimo cariño, muchísimo apoyo... para mí fueron, vamos, un escalón, un escalón”.

Muchos de ellos han expuesto los principales síntomas de su enfermedad durante los momentos más difíciles: insomnio, taquicardia, desgana para realizar cualquier tipo de actividad laboral o doméstica, cambios de humor, ataques de ansiedad, malestar físico, etc.

“Me dio una pastilla debajo de la lengua para que estuviera más tranquila y yo, vamos, yo estaba dispuesta a coger el coche, a matarme, donde sea, me iba a matar. Pero tenía la suerte de que estaba mi hija y viendo cómo yo estaba, me escondió las llaves, de la casa y del coche, porque, vamos, que yo estaba por matarme... las crisis que he pasado, se me caía el pelo, que... a los cambios de humor... no veía salidas por ningún lado, todo problemas”.

“... yo todavía llevo casi dos semanas y a mí me cuesta trabajo dormir, me dan taquicardias, te notas los nervios en el cuerpo, o estás con el mismo acelere en el cuerpo, entonces, todavía, ahora mismo no me siento bien, cuando me encuentre mejor, pues será de otra forma, ¿no? Yo he perdido mucho peso...”.

“Yo era una persona alegre, estaba siempre trabajando, tenía mi niño, mi casa, mi coche y todo, y de momento, de buenas a primeras, hundirte ahí, que no tienes ganas de trabajar, ni de salir ni nada”.

“Yo me he llevado 40 días, (los 40 días de este tratamiento que me han dado), 40 días sin dormir, y yo era una persona que llegaba de trabajar, dormía mi siesta y a las 10 de la noche estaba dormida otra vez, que mi marido decía: ‘¿Cómo puedes dormir tanto?’ Y a mí me ha cambiado todo, yo son la 1 de la mañana y no duermo”.

“... pero yo tengo una cosa en el estómago, unos cambios de humor...”.

“... hasta que me dio un ataque de ansiedad, un ataque de ansiedad que no podía parar en mi casa, lo que veía, me comía. Empecé con los vómitos, diarrea, insomnio, pero insomnio de con las pastillas no dormir ni una sola hora, día tras día...”.

“... aparte de mi ansiedad, me daba mucha sintomatología, es decir, yo me mareaba, se me nublaba la vista, no me podía levantar de la cama, me levantaba y me iba para atrás, vomitando, muy mal, con mucha sintomatología”.

1.2. EXPERIENCIA VIVIDA EN EL TRABAJO

La experiencia que los pacientes han vivido en torno al trabajo es variada y está muy condicionada por las características propias de la persona, el origen de sus problemas de salud mental y, sobre todo, si éstos van unidos al propio trabajo.

“... al médico se lo decía: ‘Yo no quiero sentirme inútil, sin poder hacer nada’ Porque es que no hago nada, nada más que quiero estar tirada. Entonces, yo no soy la que era, y todo el mundo que me ve, ve que no soy la que era, que ahora mismo no me encuentro con fuerzas para realizar un trabajo”.

“... también tengo fibromialgia, artrosis, reuma, a pesar de que soy joven, tengo muchas crisis, también, pero no puedo dejar de trabajar... Yo pierdo la conciencia, yo me caigo, tengo muchos dolores, pero, de igual manera, me tengo que levantar y empezar a trabajar”.

Por regla general, se encuentran dificultades para continuar realizando las tareas habituales, el paciente no llega a comprender el alcance de la enfermedad y, ante el desconcierto inicial, realiza un esfuerzo por continuar haciendo su vida normal hasta que su malestar o sintomatología provoca una frustración muy importante que empeora aún más su estado de salud.

“Al principio porque uno se obliga, hasta que te empiezan a dar palpitaciones o mareos o ataques de ansiedad, entonces te das cuenta, después de haber descartado que no son enfermedades físicas, que hay otra cosa porque te quedas sin recursos, por lo menos en mi caso”.

“Yo estuve trabajando hasta última hora, y me dio un ataque de ansiedad, aguantando-aguantando, que yo iba a trabajar hasta los últimos días que... y me tuve que ir corriendo porque es que ya no podía más”.

“... al otro día, creyendo yo que no era nada, pedí el alta para irme a trabajar y, bueno, cuando me fui a levantar, me dio un ataque de ansiedad... y ya es cuando me dio el palo”.

“Yo me encontraba mal y yo he estado trabajando y ha habido veces que me he ido con la esquina de la pared y me he echado porque no podía, y me he sentado otra vez, y me echado otra vez”.

“Yo seguía trabajando, tenía que seguir”.

Los participantes han señalado muchos elementos positivos que el trabajo tiene sobre el estado de ánimo: sirve de ayuda, para evadir el malestar emocional y los pensamientos negativos, o desconectar de los problemas. El contacto con las personas y, sobre todo con los compañeros, evita caer en la monotonía y sirve de terapia.

“... voy más lenta, pero por lo menos mis abuelitos me animan, el cariño que me dan... Hay días que estás mal, pero ellos están peor que yo. La palabra empatía no sé si la conocéis”.

“Yo soy comercial... me ayuda mucho y me evade... y tienes muchas posibilidades de... el estar en contacto con las personas, el hablar, el que se te vaya de la cabeza los pensamientos negativos, y lo solventas. Para mí es como un tratamiento...”.

“Yo el contacto con mis compañeros”.

“El trabajo despeja mucho”.

“Prefiero estar trabajando... Me evado mucho más”.

“... a mí me viene bien levantarme, ir a trabajar, no caer en la monotonía...”.

“... cuando falleció mi marido también me ayudó mucho el incorporarme al trabajo, muchísimo... primero porque los compañeros me ayudaban, si yo me tenía que, en un momento dado, que asomar a la terraza a asomarme a la ventana y a fumarme un cigarro y a llorar lo hacía, pero yo, ya después, intentaba arreglarme, me motivaba el yo verme guapa... no estar metida en la casa en ese momento, ya después me ayudó, tenía mis días buenos, mis días malos, pero en mi casa iba a estar igual, porque era la mente en sí”.

En general, se expone como un síntoma de mejoría y de entrada a la normalidad, el deseo de incorporarse de nuevo al trabajo y sentirse bien desempeñando una tarea.

“Yo lo que quisiera es estar buena para poder otra vez estar trabajando, que yo para mí esto era un día o dos porque era la primera vez que... y llevo ya unos cuantos meses liada”.

“El poder realizar el trabajo es entrar en la normalidad, ¿no?, que es de lo que se trata”.

“Es que es lo más importante, trabajar”.

Por el contrario, se han apuntado también ciertos elementos negativos asociados, bien a cómo se ven a sí mismos y perciben su alrededor, bien a la propia reacción o comentarios que observan en superiores y compañeros, no muy comprensibles o sensibilizados con su problema.

“... cuando estamos nosotros tan bajos de moral, nosotros mismos nos sentimos como menos capaces, creemos que la gente va a ir en contra nuestra, y entonces el problema, nosotros mismos, aunque sí está el problema ese ahí, nosotros lo hacemos más grande”.

“... lo peor es que cuando te encuentras tan mal, vas al trabajo... ‘¿Qué le pasa?, pues yo no le veo tan mal’...”.

“... cuando me dan las crisis, cuando estaba trabajando, era el no poder responder a mi jefe y el que parecía que engañaba a mis compañeros”.

Los problemas más comunes que encuentran en su trabajo son pérdida de concentración y de reflejos, cansancio, sensación de tener que esforzarse muy por encima de sus posibilidades, de lentitud en el desarrollo de actividades, dificultades para realizar tareas como sumar, etc.

“A mí lo que me pasa también es la concentración”.

“... no puedo... porque las cuentas no me dan, son muchos dineros los que se manejan... y a mí no me salen las cuentas, cuento de más, cuento de menos, me falta dinero, me sobra, mientras que yo no, y hay veces que digo: ‘me sobra dinero...’, porque en realidad no me da para... hacer tantas cuentas y llevar tantísimas cosas”.

“Te ralentizas, es que no puedes, pierdes la concentración”.

“Sí me noto que tengo que estar mucho más atenta a mi trabajo, la concentración la pierdes un poco, los reflejos, todo eso se va perdiendo un poco, pero tienes que poner no el 100%, sino el 80% a la hora de ejercer tu trabajo”.

“... voy más lenta porque reconozco que voy más lenta”.

“Yo es que estaba más cansado, más débil”.

En aquellas pacientes cuyo problema de salud mental va unido a otros, de naturaleza física, como es el caso de pacientes con fibromialgia, los dolores musculares y en las extremidades son un elemento negativo adicional en su vida cotidiana y laboral.

“... lo que no puede ser es que en un mes me den cuatro crisis, que la crisis me dura casi una semana, entonces estoy todo el mes enferma... no puedes ni vestirte, porque no puedes, no puedes levantar los brazos, no puedes... Yo, particularmente, yo me desvanezco, como si no, estoy consciente, que por eso sufro mucho, porque veo que soy consciente y no puedo...”.

"Cuando me daban los ataques de ansiedad, y cuando me daban las crisis de fibromialgia, porque me daban muy severas, porque es a causa de eso, del frío,... el reuma, la artrosis, todo era como un círculo, y yo no salía de ese círculo..."

A ese respecto, son algunas las personas que señalan que, tras el esfuerzo realizado durante el día para realizar su trabajo, los efectos negativos se concentraban al final de la jornada y a la llegada a casa.

"En el trabajo sí daba la cara, pero en casa llegaba y me sentaba".

"Yo cuando me encontraba peor era cuando llegaba a mi casa... cuando llegaban las siete de la tarde, que era la hora de cerrar, y yo llegaba a mi casa y me duchaba, era cuando me daba el bajón y me quedaba en el sofá hecho un nudito. Hasta por la mañana".

"... cuando yo llegaba a mi casa, es que llegaba, comía, me sentaba y no podía ni llevar mi casa, me tenían que, tenía que llegar, preparar la comida para mi hija, cuando llegara del instituto..."

1.3. VALORACIÓN DEL TIEMPO DE BAJA LABORAL

El periodo de baja laboral ha sido valorado personalmente por la mayoría de los pacientes participantes como necesario para recuperarse, desconectar de los problemas laborales, estar más tranquilos y, para algunos, dar valor al trabajo. Señalan que durante los periodos de crisis es imprescindible, se sienten incapaces de trabajar, sobre todo si el problema está muy relacionado con el trabajo, pero que, una vez pasado este periodo, es muy beneficioso hacer un esfuerzo para incorporarse de nuevo.

"... el trabajo cuando fui, pues es porque ya me encontraba mejorcita y entonces ya, tal, pero si yo los diez meses que he estado de baja, yo he estado totalmente súper limitada en mi trabajo porque es que no podía".

"Yo me encontraba mejor porque no tenía la obligación de ir y entonces".

"La necesito porque la necesito o me da algo".

"... a mí me ha servido para darle valor al trabajo, y, en mi caso, el trabajo, aunque ha supuesto una enfermedad, yo considero que el trabajo es salud".

"... yo necesitaba, porque yo no podía trabajar, es decir, yo estaba, yo iba a trabajar y ya iba en el coche... mi cuerpo a mí no me estaba respondiendo".

"... yo es que en aquel momento mi sintomatología no me dejaba trabajar, ni de nada... Ni de limpiar, es que yo era un mueble, yo era todo el día acostada, sin

comer, no me entraba la comida, todo lo que entraba lo echaba, igual que ella, me levantaba a las cinco de la mañana...”

La visión de los trabajadores autónomos es particular. En un caso, la baja laboral fue prescrita por su médico de forma obligatoria y los beneficios que ha obtenido de ella fueron, según expuso, de carácter personal, no laboral.

“... sabéis que si quieres no ponerte nunca malo, hazte autónomo, porque los días que no estás trabajando no cobras. Es muy sencillo, yo he tenido un negocio parado dos meses”.

“... no tenía otra opción, y ahí, muchas gracias a muchos psiquiatras... hasta que no me ha dado el visto bueno no he tirado para adelante, pero la verdad es que me ha venido de perlas”.

Por el contrario, algunos pacientes han valorado el periodo de baja laboral como el origen de un empeoramiento de su estado de salud mental, fruto de la inactividad y el aislamiento que implica quedarse en casa al perderse la noción del tiempo.

“... yo la baja fue a mí cuando me hundié quedarme en mi casa”.

“Te vas hundiendo sólo y aislado total. De hecho, es que a mí de dan la baja y ya no me han vuelto a dar el alta, yo pasé desde la baja a D. Pablo, me derivó al inspector médico, el inspector médico me derivó al tribunal, y automáticamente me dieron la baja absoluta, la permanente absoluta”.

“El sentirte diferente, fuera de la normalidad... El sentirte útil”.

“Me levanto y no sé los días que son...”.

“Pierdes la noción del tiempo”.

1.4. VALORACIÓN DEL TIEMPO DE ALTA LABORAL

La indicación del alta laboral tiene efectos muy diversos. Aproximadamente la mitad de los pacientes participantes manifiestan encontrarse mejor en el momento del alta y la otra mitad revelan disconformidad con la misma, no se sienten bien ni recuperados. Los efectos de esto último son el miedo a incorporarse, a no poder realizar nada, miedo al acoso o al despido, sentirse diferente o al margen de la normalidad, a sentirse inútil, etc.

“Según la posición, según la persona”.

“... intenté volver a trabajar, pero no podía, porque, me dan, porque, agorafobia, miedo a salir, me desvanecía, y entonces pues me tuve que dar de baja en octubre y estuve de baja hasta febrero”.

“Me ha costado integrarme en el trabajo, pues, para mí ha sido traumático”.

“... yo fui a buscar el alta, pero porque yo ya me encontraba muchísimo mejor, yo estaba muchísimo más estable, porque yo es que era todo el santo día llorando en mi habitación, a oscuras y yo no quería ni comer, aquí una presión, aquí una presión todo el día una presión y no, no, no. Lo pasé muy mal, lo pasé muy mal, muy mal”.

Es importante señalar una relación directa entre aquellos pacientes reacios a incorporarse al trabajo y situaciones en las que el problema de salud mental tiene su origen o desencadenante en el propio lugar de trabajo.

“Yo sí que tenía miedo a que me dieran el alta, porque tenía miedo a volver a recaer. Volver a recaer, porque es que el acoso laboral...”.

1.5. RECOMENDACIONES SOBRE LA PERMANENCIA EN EL PUESTO DE TRABAJO

Tras la necesaria baja laboral en los periodos más difíciles, todos los pacientes recomiendan la vuelta al trabajo cuando el paciente se siente capacitado mental y físicamente, cuando la medicación ha comenzado a hacer efecto y la persona siente que ha recuperado su normal funcionalidad. Algunos exponen además las dificultades que se pueden encontrar las personas de mayor edad que se encuentren de baja durante un tiempo prolongado.

“Yo creo que sí es mejor eso, o que a ti sinceramente no te afecta, o físicamente te responde el cuerpo, entonces...”.

“... a lo mejor, pasada la primera racha... Yo me encuentro mejor, me encuentro bien y entonces empecé a trabajar, de hecho, cuando yo entré a mi trabajo se lo dije: ‘yo ni estoy bien’. A lo mejor me dan mis paranoias pero...”.

“Y cuando la persona lleva un año o dos años o tres años así, en nuestras edades, que somos jóvenes, yo me considero joven, eso es muy malo y yo lo que he visto es mucha gente que está jubilada y se ha muerto al poco tiempo. Se han muerto porque, el trabajo, también si era un trabajo en condiciones...”.

También señalan que la permanencia en el puesto de trabajo o, en su defecto, el regreso está condicionado al tipo de persona, la posición laboral que ocupe y, sobre todo, si a el problema radica o no en el mismo trabajo.

“Si el problema no radica en su trabajo, volver a...”.

“... es diferente el origen, digamos, personal o familiar, pues es mejor ir al trabajo, ¿no?, en eso coincidís todos”.

“Pero si el problema lo tienes en el trabajo y no en tu vida normal, ahí es donde está el problema... Mejor no vayas”.

“Yo seguiría trabajando”.

“... yo pienso que sí porque yo el problema que tengo es que si me quitara un poco lo que es la monotonía de estar en la casa, me sentaría bastante bien, vamos, porque a mí es que esto me está hundiendo mucho”.

2. VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA Y DEL APOYO PARA EL EMPLEO RECIBIDO EN LOS SERVICIOS SANITARIOS

2.1. VALORACIÓN GENERAL DE LA ASISTENCIA SANITARIA

La experiencia que han tenido en su centro de salud y, en particular, con los profesionales médicos que los han atendido está muy bien valorada por todos los pacientes. Los aspectos que más positivamente se han apreciado son los relacionados con: explicación del proceso o la enfermedad mental que padece el paciente, valoración clínica realizada, nivel de comprensión transmitido, atención personalizada, consejos y recomendaciones ofrecidas, entre otros.

“Y yo fui... en muy malas, que lo puede decir él, en muy malas condiciones, en muy malas condiciones, en muy malas condiciones fui y gracias a él he tenido un ayuda muy grande”.

“... ha sido el que me ha sacado a flote después de todo”.

“... pero con el tiempo, a mí sí, me ha servido un montón, a mí me ha enseñado a valorarme, yo, como persona, y ser la primera de mi casa, que para que yo esté bien, para que todos estén bien, yo tengo que estar bien”.

“... los médicos son atentos y te tratan bien en general...”.

“Yo muy buena, a mí si no es por ella, pues yo no sé dónde estaría ahora, porque me ha hecho ver que me explicaba, me entendía y yo decía: ‘tienes razón’...”.

“... con mi médico de cabecera... yo no tengo que venir aquí, ella es la que me llama”.

“... me hacía hacer eran muchos ejercicios, me hacía decir que me sentara en la cama, me estirara, pensara, que me pusiera música muy esto, muy, me hacía hacer ejercicios, todo lo que yo pensara en negativo, como está diciendo ella, que lo escribiera...”.

Asimismo, la opinión positiva se extiende a otros profesionales que han intervenido en el proceso, en concreto a los psicólogos y psiquiatras.

“... a mí, mucho, el médico de cabecera y el psicólogo, lo digo que han sido geniales conmigo, se han portado, han estado a la altura de lo que a mí me pasaba...”.

“Mi doctora sí, vamos, me ha aconsejado y me ha mandado al especialista que ella ha visto conveniente para mejorarme. Yo estoy contentísima, vamos, con lo bien que me han atendido. Yo todo lo hago por el SAS, ¿eh?, a mí los médicos privados y eso no me gustan”.

“... me ha ido muy bien, tanto con el psiquiatra como con mi médico de cabecera”.

“Cabecera correcto, psiquiatra excelente, muy, muy bueno...y dudo que vaya a conseguirlo”.

La valoración de la asistencia sanitaria recibida ha sido negativa en los casos en los que facultativos o especialistas no han sabido tratar o identificar la enfermedad con un diagnóstico certero u oportuno. En estos casos, el paciente se ha visto derivado de un especialista a otro, diagnosticado por otros problemas de salud o sometido a un tratamiento inadecuado.

“... me he llevado 40 días con un tratamiento con el médico de cabecera y resulta que el tratamiento no me estaba haciendo nada, entonces, yo pedí que me mandaran aquí porque yo lo necesitaba. Entonces, tuvo que entrar por Urgencias en el Hospital y ahí es donde me vio el psiquiatra... Entonces, empecé de nuevo un nuevo tratamiento, pero con un psiquiatra ya”.

“A mí me han llevado a muchos médicos, me han llevado a Medicina Interna, me han llevado al cardiólogo, me han llevado a Digestivo... todo, todo. Y al final el de Medicina Interna se equivocó en un diagnóstico, ahora me ha vuelto a salir y está más suave que... jeje... y me trata ahora... Pero se ha equivocado y eso también me afecta”.

“... mi médico de cabecera, me ha dicho, me ha llegado a decir que me vaya a otro médico porque él no sabía qué me iba a hacer”.

“A mí mi médico de cabecera no me detectó la ansiedad. Él decía que era porque, a lo mejor no me había cambiado la almohada, que eso era de las cervicales, que sería, hasta que yo fui a Urgencias, al Quirón, y entonces ya me diagnosticaron la ansiedad”.

“Yo, cuando me levanto por la mañana, hasta mareos que me han dado y todo y me dicen: ‘Puede ser de la espalda’ Pero van y me miran el oído: ‘No, el oído está bien’ Porque como también tengo de todo, pues llega un momento en que ya no...”.

El nivel de comprensión mostrado por los profesionales médicos y la accesibilidad de atención, sobre todo en momentos más difíciles o críticos, son algunas de las recomendaciones que han formulado los grupos. También se ha señalado la falta de idoneidad en la codificación de los distintos procesos de ADS.

“... lo hagan bien o no, si yo me siento comprendida, me voy bien. ... Yo me he sentido comprendida, porque a mí lo que más me duele es que no me entiendan, o que se crean que esto es cuento”.

“... el que ha hecho los códigos se ha cubierto de gloria, porque, no es por nada, pero en el mío lo primero que pone es demencia senil. Yo cuando lo leí a mí me dio el ataque de risa, digo: ‘vale, ¿dónde voy yo con esto?’: Sí, porque en el mismo código está demencia senil, depresión y no sé qué más, entonces, lo primero que... ‘uy, qué mal me ve’...”.

“... debe haber más conexión con su médico. Y si en un momento dado uno está mal, mal, mal, saber que en un teléfono o algo te pueden calmar en ese momento, ¿sabes qué te quiero decir?”.

2.2. VALORACIONES ESPECÍFICAS SOBRE EL TRATAMIENTO

A la hora de valorar el tratamiento recibido, todos los pacientes coinciden en afirmar que los recursos con los que cuenta el sistema sanitario son escasos, derivando en citas espaciadas (de hasta casi dos meses) y una dificultad añadida en encontrar al especialista (psicólogo o psiquiatra) que encaje con ellos e indique un tratamiento adecuado.

“Lo único que veo de la Seguridad Social es que las pruebas más normales te las hacen enseguida, pero las más específicas tardan tres meses, cuatro meses, y ahí te dejan”.

“... que un tratamiento te dé una cita cada mes, mes y medio o dos meses, no lo veo”.

“... hay una serie de limitaciones en los recursos de la Seguridad Social. Tú no puedes hacer un tratamiento psicológico, por ejemplo, cognitivo – conductual, porque estás cada mes. Si estamos hablando de otras cosas, bueno, pero un cognitivo – conductual, no. Porque a ti te ponen unas tareas que tienes que cumplir y evaluarse en una semana. Bueno, a la siguiente o en quince días, lo que no puede es tirarse un mes y medio tocando..., porque al final acaba buscándose la vida por otro lado”.

Además, señalan la escasez de terapias psicológicas como la cognitivo conductual. En esos casos, su médico de familia aconseja recibir otro tipo de terapias (tales como tai chi, yoga, acupuntura, etc.) o el paciente acaba por recurrir a especialistas privados que ocasionan un elevado gasto particular.

“Te mandan hacer tai chi, yoga, cosas de esas...”.

“... yo me he gastado un dineral en homeópatas, antes de venir a Javier yo estuve un año y medio con una psicóloga de pago, he estado con los masajes, una vez a la semana como mínimo y porque económicamente no podía, el dineral del masaje, todas las semanas veinticinco o treinta euros extra, del masaje...”.

“Yo sí tengo un psicólogo privado por la tarde, después de probar tres”.

“Yo estoy haciendo terapia, pero privada”.

“... voy cada quince días y me está costando... muchísimo dinero, pero..., yo he ido, por ejemplo, hoy, y yo, cuando ha salido de la terapia, yo era otra persona”.

Los pacientes han transmitido experiencias y valoraciones heterogéneas sobre el tratamiento médico recibido. Aquellos que muestran una opinión positiva sobre el mismo aluden a que el tratamiento farmacológico indicado no les ha afectado a su vida cotidiana o les ha ayudado a sentirse mejor, a poder ir a trabajar y a lograr conciliar el sueño.

“... yo tengo que tomar para dormir”.

“... por eso no dejé yo la paroxetina, por el miedo, a lo mejor, a volver a atrás, que ya te digo, dada de alta llevo pues como cuatro años o más, pero digo: ‘bueno, y una pastilla más’, donde metemos la de la tensión y el colesterol y lo otro, pues una más y eso a mí me da confianza, y entonces a mí, por supuesto, me sirvió el psicólogo, que yo creía que no me iba a servir para nada, y muy bien”.

“Yo he probado a no tomarme la pastilla y me he acostado y dando vueltas y revueltas y no he dormido y toda la noche en la ventana fumando, en el balcón. Y al día siguiente de tomarte la pastilla, levántate por la mañana y decir: ‘Qué día más bonito’ Pues yo prefiero eso. Que me quedará enganchado a la pastilla, pues bueno”.

“... me encontraba mejor con la medicación y ahora estoy trabajando desde febrero y bastante bien”.

“... me enteré de lo que son ahora los tratamientos, empecé a encontrarme mejor”.

“Yo era de las que de medicación nada... Y ahora, vamos, pastillera número uno y es porque la necesito realmente, la necesito... Y yo antes no me tomaba ni una aspirina, lo solucionaba con cosas naturales, pero ahora, si no es por la medicación, me veo... Es lo que me ayuda”.

De entre los efectos negativos que encuentran en el tratamiento farmacológico y que afectan a su vida diaria destacan los siguientes: limita, afecta a los reflejos, produce temblores, sequedad de boca, dificultad para hablar con los clientes, inseguridad en lo que se hace, somnolencia, sensación de debilidad, etc., lo que cuestiona entre los participantes el grado de adecuación de los tratamientos al enfermo y genera dudas acerca de qué parte de su nuevo estado emocional se debe a la enfermedad y qué otra es consecuencia de la medicación.

“Yo ya fatal, porque ya es que no me hace nada”.

“... a mí me hacía dormir, a mí me dejaba floja, a mí me dejaba muy floja”.

“... me produce sueño, y yo, entonces, le pedí a mi médico de cabecera... que si me podía poner la mitad de la dosis”.

“Un poco mejor, pero decir... Por ejemplo yo ahora estoy así y tengo una cosa que me ahoga y no se me ha quitado todavía, ese mal no me lo ha quitado”.

“La medicación ayuda, a la larga ayuda, pero también te vuelve un poquito zombi”.

“A mí me deja así, me deja como si estuviera en una nube”.

“Sí, te limita... si tengo que meterme en autovía hasta Murcia por una reunión, pues igual tenía que ir con mi pareja, que ella condujera, porque no me fiaba de...”.

“La cabeza se me va y me dicen que es de la medicación. Encima me dicen que es de mala imagen, porque... La gente me dice: ‘¿qué te ocurre, te encuentras mal?’, porque la cara se me descompone.... Y la medicación, me dicen que los temblores también me dan de la medicación”.

“Yo, cuando estaba trabajando con la medicación sí que me hinchaba, yo he notado mucha diferencia. Se me secaba mucho la boca, si estaba hablando por teléfono con un cliente daba mala impresión, porque estoy hablando con alguien y parece que me duele la boca, porque se me seca mucho. Después estoy trabajando y no confío en mí, cuando siempre he tenido mucha seguridad cuando me han dicho cualquier cosa y no he tenido duda en contestarle y dudo, o dudaba, tenía que volver a leerlo, tenía que volver a... insegura”.

“Es que ya no sé lo que estaba mal antes y lo que ha aumentado con la medicación, en cuestión afectiva y en cuestión de todo...”.

“Pero ya me han recetado la pastilla y ya lo que hago es: al mueble, a la silla, y ya te quedas... eres otro... Otro que no eres tú”.

2.3. VALORACIÓN DE LA INDICACIÓN DE ALTA Y BAJA LABORAL

Los pacientes coinciden en que los profesionales médicos indican la baja laboral con criterios adecuados y consensuados y que, en algunos casos, ha sido incluso una obligación impuesta por su médico de cabecera o se ha dado en una situación límite de salud para el paciente.

“Yo me cogí la baja pero por obligación”.

“... pero cuando tú te ves incapacitada de volver a un trabajo, es que es imposible”.

“... con una UCI, en la puerta de mi casa inmediatamente me dio la baja, inmediatamente”.

“... yo la baja me la dieron y me la dio el internista porque yo no la quería, y me la dio el internista, pero fue por los problemas de la tensión y todas esas historias”.

“A mí me la dio del tirón”.

“Fue consensuado: ‘Vamos a descansar una semana o dos semanas...’ Y después de las dos semanas, el mes o...”.

“A mí me la dieron y, además, cuando estoy peor es cuando estoy trabajando, me pongo peor porque no puedo trabajar”.

“... el me dijo: ‘Si tú quieres, yo te recomiendo que te incorpores, porque creo que te va a venir mejor. Si tú ves que te incorporas y no puedes, pues te volvemos a dar la baja otra vez’. Entonces yo pues decidí que lo iba a intentar, y me incorporé, y hasta ahora”.

La duración de la misma es, en su opinión, variable y dependiente de las características del paciente y su situación personal.

“Bien”.

“... demasiado larga”.

“No creo que sea un problema que se pueda medir en tiempo: si uno está bien, pues está bien, y si no está bien, pues no está bien”.

El problema para algunos pacientes ha sido el momento de recibir el alta laboral: no se sienten del todo recuperados, temen su incorporación al trabajo y manifiestan haber sido presionados por la Mutua para regresar a su puesto.

“Con ánimo suficiente, no mejor”.

“Yo sí tengo miedo porque empiezo a trabajar, me empiezan otra vez los dolores, no me puedo mover, yo me empiezo a agobiar porque no puedo realizar bien mi trabajo y, entonces, me agobio más y me pongo peor”.

“Es que te entra pánico, te entra pánico”.

“Yo la única solución que admito ya es que me den la incapacidad absoluta, porque yo no puedo volver a trabajo, y si no me la dan, me mato, así de claro, esa es mi situación. Yo a mi trabajo no puedo volver...”

“Presión te meten porque el que está trabajando lo están llamando de la Mutua o... hay unos controles...”

“Pues esa es la que te mete prisa para que te vayas a trabajar”.

“Yo dudo de qué interés tienen, si la salud del paciente o la economía”.

“... la mutua me estaba presionando muchísimo, me presionó demasiado y yo realmente no podía, es decir, yo no podía desempeñar mi trabajo... la mutua en dos veces que me llamó me presionó muchísimo. Me dijo que si yo estaba así porque yo quería, yo llegué a, incluso a discutir con ella, le dije que me parecía muy fuerte la palabra que había usado y que, de hecho, ella nunca había tenido ansiedad, por supuesto, es que vaya, yo estaba segura al cien por cien”.

“... te dice el de la mutua o el de la inspección médica: ‘tú lo que eres es un estafador’. Pues tú imagínate el cuerpo que se te queda”.

“Con lo que me ha ido fatal ha sido con la mutua. Era una presión horrible”.

Este tema ha generado en algunos grupos un intenso debate acerca de las condiciones en las que se indica la incapacidad permanente y la actual situación que, amparada por la ley, impide a los trabajadores permanecer más de dos años de baja por una misma enfermedad.

“... he pasado siete u ocho veces la inspección médica y, cuando llegaron a darme la incapacidad permanente, pues me la han denegado. Me dejaron sin ningún respaldo”.

“... la inspección médica me dieron el alta y me incorporé... Entonces estuve Julio y Agosto de alta, volví a la doctora y se lo dije y me dice: ‘pues te voy a dar por depresión’. He estado todo el tiempo de baja hasta hacer los 365 días y

automáticamente me ha dicho que por la misma patología, pues que yo tengo que trabajar..., en vez de por fibromialgia, me dieron por depresión, y ella expuso el porqué, y entonces me lo aceptaron... ya... ha hecho los 365 días, me han dado el alta y al final he tenido que dejar mi puesto de trabajo, después de veintinueve años, he perdido la antigüedad y todo, pero no puedo...”

“Claro, te dan dos años y en dos años no te pueden dar la baja, eso es una nueva ley que ha entrado ahora, si tú te pones malo no tienes derecho a estar de baja y estás sin poderte dar de baja”.

“Pero como hay muchos engaños, el médico de cabecera, en vez de ponerte el artículo 85, te puede poner el 83 y ya estás de baja y es por la misma enfermedad. Entonces, puedes estar de baja años... Lo único que hay que pedirle permiso a la Junta ahora, a la inspección, es para darte de baja el médico de cabecera, porque el médico de cabecera ya no te la puede dar, tiene que pedirle permiso a ellos, es la nueva ley que ha salido”.

3. VALORACIÓN DEL ENTORNO LABORAL Y DEL APOYO RECIBIDO PARA EL EMPLEO

3.1. ASPECTOS POSITIVOS Y NEGATIVOS EN LAS EMPRESAS

Los aspectos relacionados con la empresa y que más destacan los pacientes en términos positivos son los relacionados con el apoyo de compañeros; muchos exponen sentirse queridos y ayudados en los peores momentos de su enfermedad.

“... gracias a mis compañeras yo salí a flote, porque es donde me sentía querida...”

“Yo, mis compañeros de mi trabajo, la verdad, los turnos de desayuno, ninguna, tengo que decir, al contrario, me ayudaron muchísimo”.

“... hay muchos que sí y algunos que no”.

“Para mí un apoyo”.

“... yo tenía dudas, muchas dudas, pero me recibieron como si no hubiera pasado nada”.

La mayoría coincide en afirmar que en el trabajo, tanto compañeros como superiores, conocen su situación de salud mental. La razón es que se evidencia su cansancio, que no se encuentran bien y que, en ocasiones, son los propios compañeros los que les piden que vuelvan a casa.

“Yo casi siempre estaba muy despistada, y la compañera que te conoce, lleva mucho tiempo a tu lado y te dice: ‘Tú vienes fatal, ¿no?’... porque todo el mundo me decía:

‘Tú estás mala, ¿a que sí? Es que tienes una cara...’ y decían: ‘Vete para casa, no te quedes aquí’ Hasta que ya no podía más”.

También ha estado presente, pero no de forma habitual, el apoyo mostrado por jefes y superiores que han sido comprensivos en los peores momentos de su enfermedad y que se han adaptado a su situación personal, cambiado el turno de trabajo.

“... me cambiaron el horario hasta las tres de la tarde. ... han estado ahí apoyándome, han estado ayudándome, yo, me han dado las crisis en medio del trabajo, de la oficina y me han cogido, me han ayudado con los vómitos, me han llevado al hospital”.

“Mi jefe también es comprensible porque a él le ha pasado, él se llevó también 6 o 7 meses también de baja por depresión, entonces, él me entiende mi problema porque me dice: ‘Tú te pones buena. Cuando tú te cures, que tú te encuentres como tú eras, entonces tú te vienes, no te vayas a venir un día y que a los dos días recaigas y te tengas que ir’ Él lo entiende porque lo ha pasado también”.

“Los jefes mejor”.

“... yo en mi empresa nunca he tenido problemas... ellos me han dado margen, muchas veces que he faltado, después yo he recuperado mi trabajo, de forma así más informal, sin horarios ni nada”.

Por otro lado, y desde la perspectiva de aquellos aspectos negativos presentes en el trabajo, se señalan la falta de adecuación del puesto de trabajo a su nueva situación y enfermedad (sobre todo en pacientes con depresión y fibromialgia) y, en algunos casos, un empeoramiento de sus condiciones laborales. Se han señalado descuentos en la nómina asociados a la visita al médico.

“Anteayer estuve de dos a diez de la noche, y hoy he estado de seis de la mañana a diez y ahora de una y media a cinco y media y mañana no sé qué turno voy a tener porque todavía me tienen que llamar”.

“Los médicos, pues, puedes ir al médico, te lo descuentan de nómina”.

“... a mí me han puesto en un pasillo, de paso”.

“...me tuvieron más de un mes que no había puesto para mí, no había puestos para mí... Y a la hora de incorporarme, pues, desde trabajar de lunes a viernes, pues me meten ocho días seguidos trabajando de domingo a domingo, de miércoles a miércoles, trabajando el sábado y el domingo, como la gente que está contratada desde hace dos meses”.

“... a mí me están haciendo mobbing. Eso es lo que deben de conseguir los psiquiatras y los psicólogos, porque, a raíz de ahí, hay muchas, muchas personas que pueden recuperarse, pueden incorporarse y lo que van a ir es a machacarlas y van a hundirlas más y entras en un estado depresivo que no tengo otra salida que quitarse la vida o liarse a hostias con el que sea o algo...”.

“Pero es que queremos trabajar, queremos trabajar y no nos ayudan en los puestos de trabajo, nos tratan como...”.

En otros casos, se ha expuesto el padecimiento de esta patología como elemento facilitador de acoso laboral y situaciones de despido, dado el absentismo laboral la disminución del rendimiento o productividad que provoca.

“A mí me gustaba, pero a raíz de la enfermedad, pues estaba de baja, estuve de baja, pero me incorporé otra vez porque estaba fijo, y a la semana recaí otra vez con la enfermedad y me despidieron, y ahora mismo estoy en el paro”.

“Dos años de baja que me han mantenido por este problema y la ley dice que a los dos años no puede estar nadie más de baja, me incorporo al trabajo y, como no podía realizarlo, hablé con el dueño y me despidió para poder cobrar el paro”.

La reacción que muestran las empresas cuando el paciente comunica su baja laboral es normalmente negativa. El lado más negativo se encuentra en la incredulidad, falta de comprensión, amenazas y despidos. También hay casos en los que compañeros y superiores comprenden la situación, ofrecen ánimos y consejos y, en general, brindan su apoyo. Se ha expuesto también entre algunos pacientes el temor a ser despedidos con motivo de su baja. Se han descrito casos de amenazas de despido ante la llegada de la baja laboral y los pacientes han relatado cómo hacían llegar los sucesivos partes de baja a través de compañeros, por miedo o temor. Los pacientes perciben que en su empresa son vistos como un “estafador”, haciendo difícil el día a día.

“... yo esa baja se la bajé a la empresa, para decirle que estoy de baja. Bueno, pues la encargada llamó a la jefa, diciéndole que me había dado la baja y entonces cuando se enteró de que me había dado la baja, pues me llama amenazándome”.

“... yo cada vez que iba a dar los partes de baja se los daba a mis compañeras porque es que no me atrevía a encararme con mi jefa, no me atrevía”.

“Hay muchos que llegan, te dan apoyo, te están hablando de esto y luego se vuelven a hablar con el jefe y es todo lo contrario”.

“No, no, sin problemas”.

“Por parte de los jefes mala cara”.

“En cuanto a los compañeros, te ayudan algunas veces, pero otras te tienes que enfrentar a ellos”.

“No te miran igual”.

“Y te van acosando, te van acosando”.

3.2. ELEMENTOS FACILITADORES Y BARRERAS PARA LA PERMANENCIA EN EL PUESTO DE TRABAJO

Los pacientes han señalado que la actual crisis económica y el ambiente que se vive en determinados sectores empresariales ha deteriorado mucho la situación de las empresas: inestabilidad, estrés, sobrecarga de trabajo, elevado número de trabajadores de baja, numerosos expedientes abiertos, etc. y, por ende, la situación personal de estos pacientes.

“Con el ambiente en general, que se ha deteriorando. La empresa tenía una estabilidad, la perdió y se ha ido deteriorando... hay persecuciones, expedientes raros...todo eso influye”.

“... les he dicho que me metan en el ERE, de hecho me han metido en el ERE y he perdido mi puesto de trabajo... veintinueve años de trabajo... he tenido que sopesar la balanza y decir, bueno... pues viviré con menos, pero es que lo que yo no puedo vivir es del sofá a la cama, de la cama al trabajo... no puedo... qué injusticia, que tú estés toda la vida trabajando y ahora nadie te entienda y lo único que estoy haciendo es eso, hablando con el asesor, intentando recursos, pero hasta ahí, y a ver qué ocurre...”.

El sector de actividad al que pertenece la empresa, su orientación en el mercado (familiar – multinacional) y las condiciones de trabajo pueden ser un elemento clave, en opinión de los pacientes, a la hora de facilitar o no el mantenimiento o, en su caso, incorporación al puesto de trabajo. Se han expuesto, por ejemplo, duras condiciones laborales en fábricas de producción en serie, que han mermado mucho el nivel de salud de personas con problemas de salud física y mental. En cualquier caso, defienden que la calidad en el trato humano es clave para estos pacientes.

“Tenía dolores de brazos, porque es que no parábamos nada más para lo que es quince minutos para el bocadillo y si tenía que subir al servicio no podía tardar más de dos minutos, no podías parar, entonces el dolor se me iba acumulando”.

“Era una empresa familiar y ahora es una multinacional, y a mí ha pasado ir pasando... y son jefes. Allí los que interesan son, yo tengo medio metro, clavada ocho horas de pie, y una tensión y vamos a contrarreloj”.

“Y no me podía levantar. Yo, los diez minutos del baño, o cinco minutos de hacer pipí, era así, sentarme. No podía levantarme, y me levantaba para ir a trabajar y el único momento que yo encontraba de yo decir, era en mi casa. Y ahora, por la mañana, otra vez a levantarme porque no tenía más remedio... somos mujeres y todas tenemos o estamos mostrando los mismos síntomas: desvanecimiento, lo que es insomnio, a cualquier hora, no dormíamos, todas hemos tenido un proceso, de hecho, lo van a evaluar, para, como enfermedad laboral”.

“... yo tengo la experiencia directa de empresas familiares o incluso multinacionales, en los que el trato personal y humano es de mayor calidad y otras en la que puede tratarse de una empresa familiar, de padre, madre e hijo y ser un desastre”.

“... los factores psicosociales que había en la empresa, a nivel de contratación, ya el trabajador, pues no se tenía en cuenta para nada, absolutamente para nada Yo llegué a denunciar al propio sindicato...”.

Entre las recomendaciones dirigidas a las empresas, y expuestas por los participantes durante el desarrollo de los grupos focales, destacan aquellas dirigidas a facilitar al trabajador su reincorporación laboral, sobre todo en la primera etapa (y tras pasar por episodios más difíciles o críticos), adaptar las tareas a sus posibilidades, realizar un seguimiento específico a empresas que tengan empleados de baja por una misma causa, en este caso de ADS, y potenciar diversas actividades de prevención de *mobbing* en empresas, sobre todo aquellas provistas de trabajadores en cargos intermedios, entre otras.

“Que dieran facilidad, que dieran facilidad para que estuvieras a gusto en el trabajo. Yo, en mi caso, ya he dicho que hubo un jefe de personal... que a mí me facilitó mucho la vuelta a mi trabajo...”.

“... yo digo que en mi empresa, donde yo estaba trabajando, era un centro de empleo, con discapacidad, que es para que la empresa misma vea que... cada uno tenemos una discapacidad y que lo que no podemos es ser máquinas, porque es que tenemos que superar a las máquinas”.

“Por ejemplo, si tienes varias bajas y todas coinciden en lo mismo, ¿por qué no le llaman la atención a ese hombre, por qué no le dicen algo? ¿Por qué no toman alguna iniciativa en pararle los pies de alguna manera? Porque es que yo sé de cuatro que estuvimos, pero acosando al mismo hombre, porque era el que nos ponía y a ese no le han dicho nada, al revés, cogía más mando y todo”.

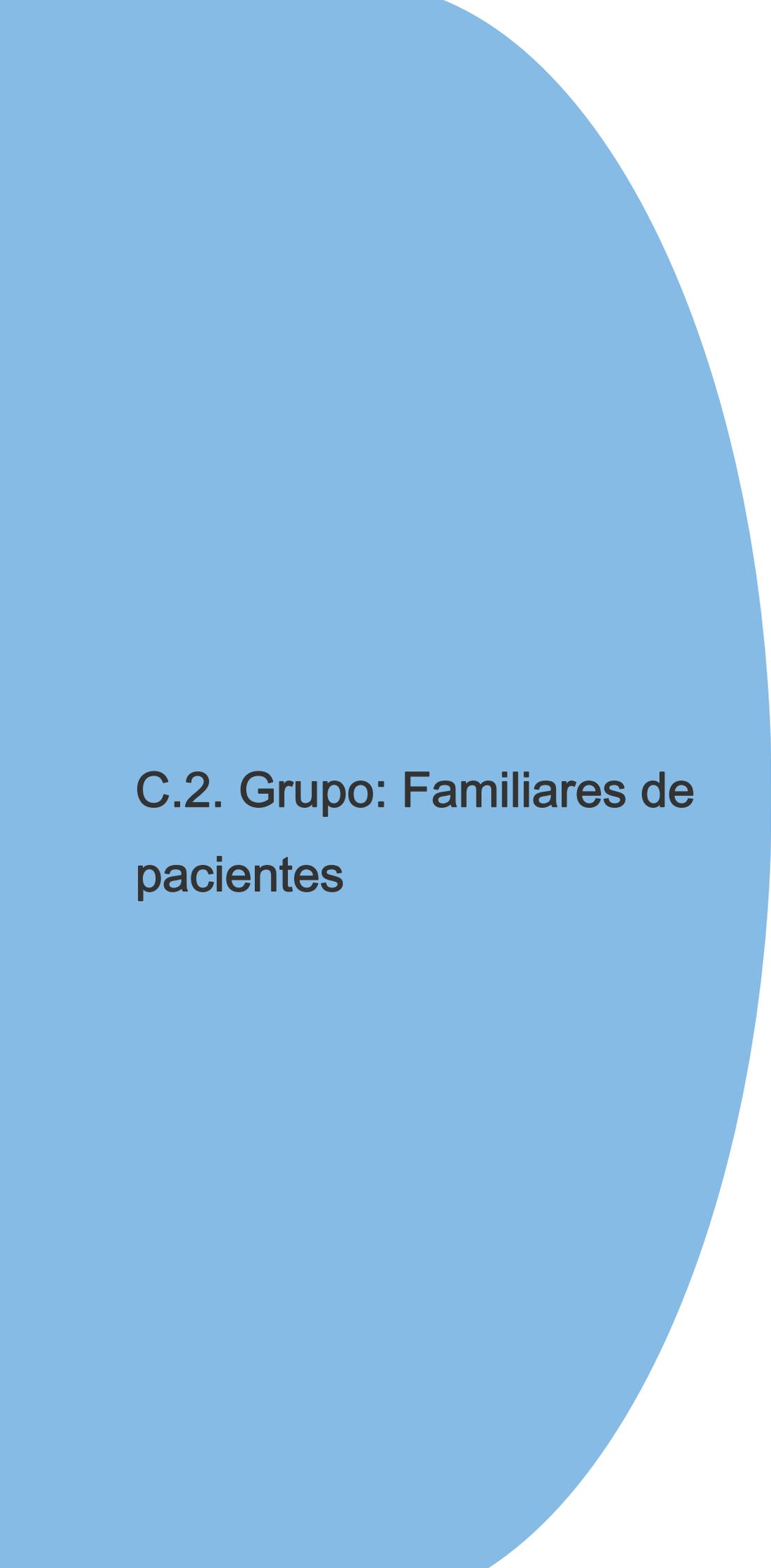
“Simplemente, eso, que por favor si hay un poquito más de calidad de vida hacia los trabajadores futuros, que se metan también en eso, en las personas que llevan los cargos. Es que también hay que vigilar a la encargada, porque, a veces, la encargada no está en el puesto que tenía que estar”.

“¿De la inspección de trabajo?. Que traten a las personas un poquito más humanos...”

Asimismo, subrayan la adecuación del puesto de trabajo, no sólo de manera puntual y ante un evento como el ADS, sino durante toda la vida laboral del trabajador.

“De la empresa hay una cosa que si tú estás desde los 18 años trabajando en una empresa, vas cumpliendo edad y vas mermando tanto física como mentalmente, entonces, yo pienso que poner a la gente con antigüedad en sitios con menos esfuerzo, de menos... donde tú puedas seguir realizando tu trabajo bien y no en un sitio donde tú llevas 18 años, que es que no puedes...”

“Yo creo que la adecuación del puesto de trabajo es esencial. Lo que he notado a lo largo de los años que llevo trabajando es que la gente termina derrotada, que no es un tópico, que una persona no puede hacer el mismo trabajo toda su vida, hay que ir cambiando...”



C.2. Grupo: Familiares de pacientes

Grupo: Familiares de pacientes

1. EXPERIENCIA LABORAL DEL PACIENTE

Los participantes coinciden con sus familiares en afirmar que las dificultades en el trabajo son el principal desencadenante de los problemas de salud mental. El estrés, la ansiedad o el *mobbing* se presentan como factores muy negativos.

“... ella lo que tiene es un estrés y ansiedad provocado por el trabajo, entonces le viene de muchos problemas que tiene en el trabajo”.

“Su depresión ha sido sobre todo por motivos laborales”.

“... el mayor problema es el trabajo porque es autónomo también, y ni con los socios que tiene saca lo que él quiere de ellos, ni el trabajo está ahora tampoco muy boyante...”.

“Principalmente el estrés”.

“... fueron las mismas compañeras las que le hicieron casi la vida imposible durante el tiempo que se tuvo que dar de baja... Y cuando volvió tuvo una situación con el encargado y una de las compañeras que fue bastante dura, y a ella todo esto le salió el verano pasado, o sea, que ella estuvo aguantando, aguantando, digamos, todo ese estrés y todo eso acumulado que tenía...”.

El padecimiento de otras enfermedades de origen físico o los problemas de tipo personal o familiar están también presentes entre las causas de su estado de salud mental, aunque en menor grado.

“... ella es viuda, no sé cuánto hace que falleció su marido, hace unos 12 ó 13 años, el marido era alcohólico, y no es que la maltratará físicamente, pero sí psicológicamente. Tuvo también dos episodios de... un mal rato que se llevó uno de sus hijos también cuando era pequeño, que estuvo a punto de morir, se le paró el corazón y demás, y todo eso unido a muchos años de sufrimiento con su marido y tal, hubo un momento en que se le vino todo encima. Ella empezó a darle esas crisis y ya no sabía lo que era, el médico le decía: ‘No, eso es de cansada, vete un día a tu casa y descansa’...”.

‘Mi hija tuvo primeramente la separación, eso fue en el 2008, sobre marzo o abril tuvo la separación, en Noviembre murió su padre y ahí estuvo aguantando hasta el mes de Abril del año pasado, que fue cuando le dio el ataque epiléptico...’.

“Se le acumulan los dolores físicos más todos los problemas que conlleva psicológicos...”.

“... a parte del cuadro depresivo que tiene, tiene también su fibromialgia y una hernia discal, y se le juntan unas cosas con otras”.

Los problemas de salud más frecuentes que sufren sus familiares asociados al ADS son decaimiento, falta de autonomía y desganancia. Algunos señalan que las etapas más difíciles de la enfermedad han coincidido con los cambios de estacionalidad y otros coinciden en la vulnerabilidad que manifiestan ante problemas de diversa índole y que les lleva a sufrir crisis de ansiedad o depresión o su aversión a cualquier situación estresante.

“... tiene depresión y, cuando le da fuerte, pues la verdad es que los síntomas que, una vez que se le va pasando, los síntomas que luego tiene son decaimiento, no tiene fuerzas, no tiene a penas ganas ni de moverse”.

“... la vi en el suelo la primera vez, o sea, con una crisis y con los ojos vueltos y, vamos, yo de hecho le diagnosticué lo que tiene, que padece fibromialgia, depresión, una serie de cuadros de cansancio crónico...”.

“Ella ha tenido... las crisis más grande de mi pareja es al pasar de verano a otoño y de invierno a primavera, las crisis más grandes que ha tenido hasta ahora, no sé por qué, si la estacionalidad tiene algo que ver o...”.

“Mi marido además mide 1,90 y está tirado en el sofá como que no quiere saber nada del mundo”.

“Es que no sale. La última vez no era por depresión, estaba por unos dolores que tiene, pero es que ha estado desde Enero hasta ahora, 5 meses, sin salir a la calle, para ir a la visita del médico y punto y ya está”.

“... Un problema en la familia, un choque emocional, estrés... Hay media docena de cosas que le producen normalmente que le dé una crisis a una persona”.

“... él no podía estar solo, no tenía autonomía para tomar la medicación, para comer adecuadamente, para salir a pasear... Y yo dejé mi trabajo, entonces, claro que afecta a la vida familiar todo... cuando tú estás trabajando y llegas y te encuentras a tu pareja, no sabes cómo te la vas a encontrar y no sabes cómo está, por lo tanto, tú tampoco en tu trabajo estás al 100%...”.

“Le produce mucha obsesión también el sentirse una persona inútil, porque te levantas con muchas ganas de hacer cosas, con una serie de planes... como muchas veces nos ha pasado de irnos de viaje y no nos hemos podido ir y nos quedamos con los billetes sacados”.

“... era incapaz, es decir, se tiraba dos meses... como digo yo, sobreviviendo. Es decir, era incapaz de enfrentarse a ninguna situación que le supusiese el mínimo estrés, el mínimo”.

“...ella está con una cosita así y la hace una montaña, y hay veces que no le afecta tanto, pero... Yo voy a recogerla, la llevo y la recojo al trabajo, y cuando voy a recogerla y le veo la cara, digo: ‘Ya ha tenido el día... un rebote con alguien’...”.

El modo en que el trabajo afecta a su estado de ánimo de manera positiva se muestra principalmente en la relación con los compañeros; además, desempeñar una actividad les hace sentirse útiles, les permite realizarse laboralmente, distanciarse de otro tipo de problemas personales y disponer de una vida diferente a la del hogar. Incorporarse de nuevo al trabajo es regresar a una vida normal y dejar a un lado el tiempo de baja en casa en la que la actividad es prácticamente nula.

“Positivo es la relación con los compañeros y compañeras y el salir y entrar, hacer una vida diferente a la de la casa, pero como te toque lo negativo, apaga y vámonos...”.

“Y el sentirse útil también”.

“Sí, el realizarte y tener un trabajo, eso es muy importante”.

“... le sirve para despejarse de los problemas que tiene en su casa...”.

“Entonces, en el momento en que ya ellos mismos se ven que... bueno, que se calma, pues ellos están locos por volver a su vida normal porque son los primeros que dicen: ‘Yo quiero ir al trabajo’...”.

“Lo que pasa es que en el momento que estás de baja es lo que he dicho antes, es estar en la cama, de estar en la cama y a lo mejor si vas a comer, luego otra vez vuelve al sofá y... Y esa vida, estés mal o no estés mal, no la quiere nadie”.

“... ella no se centra más en el tratamiento, se centra más en otras cosas y está trabajando y no tiene tiempo de pensar por qué se encuentra mal”.

“... le está haciendo mucho bien estar trabajando porque le hace pensar menos en otras cosas y está más entretenida...”.

Los familiares de los pacientes han trasladado situaciones muy difíciles relacionadas con sus tareas del día a día vividas en los peores momentos de la enfermedad. Las principales dificultades han estado ligadas al decaimiento y la falta de fuerza, y un temor a enfrentarse al propio trabajo o cualquier situación de estrés.

“Mi marido el domingo por la tarde ya cambia completamente, le cambia la cara y ya está pensando en otra cosa, ya cambia por completo”.

“En mi caso no es problema de llevar un año ni 6 meses ni 8, en mi caso es el hecho de que cuando tiene que ir al trabajo es cuando se pone malo. Puede estar dos años de baja y no le afecta, lo que le afecta es tener que pensar: ‘mañana voy ir a trabajar’ por mucho medicamento que tome y por mucho eso que tome... lo que le afecta es eso...”.

Por tanto, la valoración realizada sobre la baja laboral, su adecuación o duración de la misma, ha sido muy positiva: ha servido para una mejora sustancial, física y psíquica, para salir de la depresión, pasar más tiempo con la familia, liberarse y poder seguir adelante.

“Yo veo a mi pareja ahora que no trabaja y antes que trabajaba y no tiene comparación... Pero yo la veía antes y es que no era persona, ya digo, llegaba, la veía en el sofá, del sofá a la cama y poco más... Y ahora la veo, vamos, por lo menos la veo con un poquito de... un poquito luminosa, ¿no?, se va a la playa un rato, toma el sol, se vuelve a su casa, se relaja tranquila... Cualquier cosa que le produzca un poco de estrés, ya tiende a rechazarla”.

“...una mejora sustancial e importante física, vaya, bueno, psíquica también, al estar de baja, ese tiempo mentalmente sigue mejorando”.

“... lo positivo es que es lo que le ha ayudado a salir de la depresión”.

“Yo creo que pasar más tiempo con la familia. La familia es lo que la ha... es lo que más la ha ayudado a ella”.

“... ese paréntesis que ha hecho en el trabajo, ella estuvo de baja cuatro o cinco meses por el trabajo, y yo creo que le vino bien”.

También se ha dado algún caso en el que el familiar ha expresado el efecto negativo que la baja laboral ha tenido sobre una paciente, ya que ha visto reducida su estima y ha deteriorado su estado de salud. En otro caso, se ha expuesto la difícil situación que al respecto sufren los trabajadores autónomos.

“En el caso de mi pareja, lo negativo es sentirse una inútil, de estar en una empresa y que siempre ha hecho su trabajo sin ningún problema, muy apreciada en su trabajo, muy querida en su trabajo, que a los jefes los conozco yo y son como familia suya...”.

“Él nunca se ha dado de baja, no puede darse de baja”.

Las recomendaciones efectuadas sobre la permanencia o no en el puesto de trabajo concuerdan con las de sus familiares: la baja o alta laboral se indicaría en función de las características del paciente y su situación laboral. Puesto que la enfermedad mental genera una alta vulnerabilidad, los familiares coinciden en la importancia de desconectar del trabajo durante una etapa para evitar cualquier situación que ocasione un choque emocional, sobre todo si previamente se vivían escenarios de estrés y ansiedad en el mismo o si el origen del problema se hallaba precisamente en el puesto de trabajo. Si, por el contrario, existe un ambiente y condiciones adecuados, es importante incorporarse tras un periodo de recuperación.

“... cuando ha cambiado un poco la situación de los jefes y los encargados y eso, que ha mejorado la armonía laboral, a ella le ha servido el ir a trabajar porque es el relacionarte y el sentirte útil con todo lo que ella lleva encima...”.

“... si tú vas y te están machacando y tienes mobbing y no sé qué y estás allí como castigándote, como un castigo, porque yo lo he vivido en mis carnes como un castigo, pues ya es que entonces tienes que coger la baja sin más remedio. Es que eso yo pienso que es fundamental... Es que ahora, con los tiempos que corren con el trabajo, es muy difícil, pero es fundamental estar bien en el trabajo...”.

“Si el foco principal no está en el trabajo, pues seguir trabajando es importante”.

“... si tú tienes unos compañeros y unos encargados y unas encargadas y unos jefes que te apoyan, que te arropan, que te sientes bien allí, entonces no tienes la necesidad de irte de baja”.

“... hace falta liberarse un poco y después ya seguir adelante”.

“... también depende de la situación del trabajo, puede influir de esa manera, si tú estás bien en el trabajo y... Yo yendo a trabajar yo me siento bien, soy útil, puedo...”.

“... una persona que está en ese estado lo primero que quiere es encontrarse un poco mejor para seguir su vida normal...”.

“A mí pareja se lo ofrecieron en el trabajo y no pudo, le ofrecieron incluso seguir cotizando lo mismo, bajarle un poco el sueldo y trabajar media jornada y no pudo. Es que es según cada persona...”.

2. VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA Y DEL APOYO PARA EL EMPLEO RECIBIDO EN LOS SERVICIOS SANITARIOS

La relación y asistencia recibida en los servicios sanitarios es, en general, buena (comprensión, trato recibido, seguimiento, etc.). Diferencian entre la atención de los profesionales, que consideran de calidad, y la que ofrece el sistema sanitario, que califican de lento, descoordinado y muy deficiente ante situaciones de crisis. El excesivo espacio entre citas, sobre todo en momentos más difíciles de la enfermedad, es un ejemplo común entre los familiares que han participado en el grupo.

“Mi hermana ha tenido muchísima suerte con los profesionales que le han tocado porque la entienden y hablan con ella como si fuesen de la familia y la tratan muy bien, incluso el médico que tenemos nosotros la llama por teléfono cuando la ve así muy mal, que va con una crisis muy grande, a los dos o tres días la llama y: ‘¿Cómo vas? No te preocupes, Ana María, tú vienes que yo, si necesitas una semana más’...”

“La experiencia nuestra ha sido buena, con los profesionales bien, si ha necesitado más tiempo para incorporarse al trabajo, se lo han dado, comprensivos...”

“En ese aspecto sí ha tenido suerte, por lo menos aquí, en este centro, sí, le ha tocado siempre con gente... tanto su doctora de cabecera como el profesional de psiquiatría...”

“Pues mi marido fatal porque lo veían yo creo que era una vez al mes y, si tenían algún congreso o algo, le anulaban la cita y no a la semana siguiente, sino a la siguiente cita del otro mes”.

“Hombre, y sobre todo cuando estás en una crisis, eso es que no te sirve de nada”.

“Las citas...”

“... cuando tenía los cambios estos de la medicación había que esperar a lo mejor un mes entero para que la vea el médico. El médico muy bien, pero si la hubiera visto en una semana cuando lo necesitaba, mejor que cuatro”.

“Yo distinguiría entre la atención sanitaria, que me parece lenta, descoordinada, y entre el profesional que le atiende. Es decir, el profesional en general muy bueno, el sistema me parece lento, sobre todo en las situaciones que pueden llegar a ser muy dramáticas y a lo mejor tardan un mes”.

“El sistema de Salud Mental es bastante deficitario, e incluso me parece una cosa tan tonta como que en el parte de baja ponga ‘demencia senil’ porque es una persona con 43 años que le dan un parte de baja que pone: ‘tendencia depresiva, demencia senil’ porque está en la última pestañita. A ver, si tienes una depresión y tienes 43 años y te ponen ‘demencia senil’...”

En algunos casos, expresan su malestar ante el abordaje terapéutico del proceso ADS cuando el paciente sufre otros síntomas o dolencias y éstos se relacionan con la depresión o la ansiedad; se produce una estigmatización de los problemas de salud mental que absorbe al resto de problemas de salud.

“... el problema es que ahora, cada vez que van al médico por un dolor, se lo achacan también a la ansiedad”.

“... con que la historia está en el ordenador, el doctor, en vez de hablarte, nada más que está con el ordenador, ven ‘cuadro depresivo’ y dicen: ‘Esto es la ansiedad’...”.

“... es que vas a Urgencias y es lo mismo: ‘Cuadro depresivo’ Y si no es depresivo, es la fibromialgia...”.

Algunas opiniones se encaminan a la incompreensión social de la enfermedad. El tipo de síntomas que sufre el paciente, cómo se realiza el diagnóstico o la escasa valoración del ADS como enfermedad en sí, genera frustración en la persona que la sufre.

“Se topan mucho con la incompreensión, tanto por parte de la gente como por parte de los funcionarios de la Salud, porque claro, no pueden demostrar nada, en las analíticas no sale nada, en radiografías no sale nada... Y claro, les frustra bastante, tanto a ella como a los familiares”.

“Y en la Mutua igual, cuando va... Tuvo una recaída hace 3 o 4 meses y en la tercera visita le estaban diciendo que sí, mujer, que días malos teníamos todos, que bajones teníamos todos, pero que la próxima visita, que era a la semana siguiente, que le tenían que dar el alta o ya tenían que meter una inspección y la intentó como de coaccionar”.

El tratamiento que han recibido sus familiares ha mejorado, en unos casos, su estado de salud y les ha permitido incorporarse al trabajo o realizar una vida normal. No obstante, muchos familiares expresan los efectos secundarios que la medicación produce en los pacientes: somnolencia, lagunas mentales, aturdimiento, etc.

“Mi hermana, desde que está con el tratamiento, muchísimo mejor y se levanta por las mañanas, ya te digo, sin más remedio, con todos sus dolores, pero bueno, va tirando...”.

“Los medicamentos, medicamentos son, y en este tipo de enfermedad parece que muchas veces no vas con una persona, parece que vas con un ‘zombi’, (entre comillas)...”.

“... hace que se relaje lo que es el tema de no darle vueltas a las cosas y tal, pero luego, como persona, le cuesta muchísimo más trabajo recuperar su yo”.

“Yo he estado hablando con mi mujer y se ha quedado dormida hablando conmigo...”.

“Lagunas mentales, mucho despiste”.

“Y tú la ves y parece un trapo”.

“Mi hija se tiraría 24 horas durmiendo. Ella se acuesta, duerme por la noche, se levanta, y luego después, si encarta echarse la siesta, se tira hasta las 9 de la noche durmiendo, cena y se vuelve a acostar... Y eso son los medicamentos los que la tienen relajada y, entonces, lo que dice este señor, no hay un medicamento para que se ponga buena, sino para relajarla y ahí está”.

Desde esta perspectiva, los familiares han reclamado un tratamiento más dirigido a la enfermedad que a los síntomas, que minimicen los efectos descritos como la somnolencia o la falta de concentración y que, permita un cambio de orientación al abordaje de un problema que, cada vez, afecta a un mayor número de personas.

“Pero lo que se trata es de ir a la que produce la enfermedad, no a quitar el síntoma”.

“Si quitamos el síntoma, estamos tapando lo que ocurre”.

“... al principio costó un poco de trabajo el dar con la medicación adecuada, las dosis, las tomas y demás, pero una vez que cogió el ritmo, sus dosis y demás, bien. Y ahora el problema más o menos lo tiene en dejar la medicación poco a poco, ese es el punto negro, el poder ella dejar la medicación sin que le cueste un poco volver al principio, ¿no?, porque ahora que se recupera en algo, es lo que le provoca una recaída...”.

“... son muchas miles de personas las que hay afectadas y terminarán o por entrar por ahí o por destinar más fondos a la investigación, de alguna forma tienen que curarse”.

Tanto la baja como el alta laboral son indicadas por el profesional médico con una buena valoración por parte de los familiares. La baja laboral es vista, en general, como un beneficio para la mejora del estado de salud del paciente, pero se han dado muchos casos en los que el alta laboral ha sido una situación impuesta por la Mutua o el inspector médico; trasladan la presión sentida por ellos o la indicación de su médico de familia para que se incorporaran al trabajo, aún cuando no estaban recuperados. Señalan además, que los recursos públicos son limitados y que es ese uno de los motivos por los que no se concede la incapacidad laboral permanente a todas las personas que la pudiesen necesitar.

“Y cuando se puso a trabajar nos pareció que sería un poco mejor que siguiera trabajando que no se quedara en casa. Cuando le dieron el alta, a pesar de todo eso, pero eso parece que la remontó un poco”.

“Ella tuvo la situación negativa y luego, cuando ha vuelto, se ha encontrado con todo lo contrario y le ha ayudado bastante relacionarse con la gente, hablar, despejarse, hablar de otras cosas que no sean a lo mejor los problemas de la casa, del niño, de esto y de lo otro, eso le ha ayudado a ella bastante”.

“Ella al principio se lo ofrecía el médico y no quería coger la baja, pero luego ya terminó diciendo que sí porque ya no...”.

“... era tan consciente de que no podía ni pensarlo que ni se lo pensó... porque sabía que si pensaba en eso iba a ser incapaz de superarlo. Entonces, ha hablado con el médico, ha seguido las instrucciones, se la ha jugado, pero bueno, gracias a dios está medio bien”.

“Ella estuvo dada de baja unos cuatro meses y no se encontraba todavía muy bien, la llamaron al inspector médico y, bueno, le dijo que no se preocupara, que se tomara su tiempo, y a los tres o cuatro días fue a su médico de cabecera para decirle lo que le habían dicho y le dice: ‘Tú tienes aquí el alta’. Entonces, pues nada, se fue a trabajar y ahí como pudo, pues unas veces bien, otras veces mal...”.

“Y ahora llevaba 4 meses de baja, pero como había estado 6 con lo de la espalda, pues le han hecho un cómputo de 2007 a 2010 y, como ha pasado los 12 meses, pues al inspector...”.

“... todos los daños psicológicos que tiene, una minusvalía del 34%, y tiene que trabajar porque está en un proceso de divorcio y no tiene más remedio porque depende de su sueldo, y va llorando mañana sí y mañana también porque trabaja dentro de una nevera”.

“... la de la Mutua le llegó a decir que era una yonki. Y yo: ‘¿Pero usted qué está diciendo? Si ella se toma, por la Unidad del Dolor, se toma la morfina y se toma esto será porque lo tiene recetado por la Unidad del Dolor, y si usted no está en la Unidad del Dolor y si usted no quiere leer los informes, pues usted no le tiene por qué decir eso, ella se lo toma porque se lo han mandado’ Y va con morfina, con esto, con lo otro y dice: ‘Es que toma mucha medicación’ Y a los dos días la carta: ‘A trabajar’ Que nos hemos juntado, que ella llevaba un año de baja desde 2007 a 2011, se ha juntado en cuatro años un año de baja, pues a trabajar...”.

“La última vez, la pasaron a la de la Mutua la ansiedad que ella tenía y ella, dos días antes de que tenía que ir a la Mutua, ya se pone: ‘¿Ahora que va a pensar, qué va a decirme...?’ ‘Bueno, pues que piense lo que quiera’ Y eso le creaba más ansiedad todavía que la que tenía”.

“Ella estuvo dada de baja unos cuatro meses y no se encontraba todavía muy bien, la llamaron al inspector médico y, bueno, le dijo que no se preocupara, que se tomara su tiempo, y a los tres o cuatro días fue a su médico de cabecera para decirle lo que le habían dicho y le dice: ‘Tú tienes aquí el alta’. Entonces, pues nada, se fue a trabajar y ahí como pudo, pues unas veces bien, otras veces mal... Y ahí está”.

“Por ella hubiese seguido de baja, lo que pasa es que le echaron para atrás la baja y ya está”.

“Bueno, este no tiene ganas de trabajar, está con el número de: ‘Me ha dado un bajón, tengo depresión, esto y lo otro, la baja...’ Y claro, a la tercera o cuarta visita te están diciendo. ‘Espabila, que como tú hay muchos’...”.

“Es que si reconocen incapacidad por esto, echa números lo que cuesta todo”.

“Lo que es el profesional directamente con el paciente, muy bien, pero ahora, cuando llega al estamento superior, ahí ya no hay... Ahí hay números, ahí lo que hay es números... Están con los grifos cerrados”.

“Hombre, la diferencia yo creo que está clara entre funcionarios y empresa privada. Un funcionario se puede poner de baja por una depresión tranquilamente y no ocurre nada”.

3. VALORACIÓN DEL ENTORNO LABORAL Y DEL APOYO RECIBIDO PARA EL EMPLEO

Según manifiestan los familiares de los pacientes, la empresa es concedora de la situación del paciente. El apoyo que éstos reciben procede más de los compañeros que de los jefes y superiores, aunque las situaciones vividas y experiencias son diferentes.

“Al principio, ya viendo que no podía, lo que le animaban era a estar... que se quedara en su casa y que se relajara y se tranquilizara”.

“A mi mujer le dijeron que cuando ella se encontrar bien que ya... que si se encontraba bien para ir a trabajar, que fuera, y si no, que...”.

“Cuando hemos ido a recogerla porque le ha dado una crisis, estaban las compañeras peor que ella”.

“Cuando se reincorporó al trabajo le dijeron que si se encontraba bien, que si no, que se recuperara bien...”.

“Mi mujer tuvo la suerte de que el de Recursos Humanos había pasado por una situación igual y su jefe, el dueño de la empresa, también, entonces ahí fueron súper comprensivos con ella, ahí no tuvo ningún problema”.

“... ella en su trabajo pues todo el ambiente laboral suyo muy bueno, incluso su jefe una vez la cogió de allí, de la empresa, y la llevó a su casa porque se puso mala en el trabajo... Y el ambiente laboral muy bueno”.

Los problemas más comunes que han expresado los familiares, en relación al apoyo recibido en el trabajo, están muy relacionados con la falta de comprensión de la enfermedad mental y el estigma social que ésta genera.

“La verdad es que la gente, cuando te das de baja, le cuesta mucho comprenderlo porque como no lo han sufrido, no pueden entender”.

“Sí, pero una cosa que padecen millones de personas en España yo pienso que no pueden obviarlo, más tarde o más temprano tendrán que reconocerlo”.

“... cada vez hay más, pero tú hace 7 u 8 años, venías diciendo que tenías depresión o lo que sea y te decían: ‘Adiós’...”.

“Él lo que pasa es que lleva la parte administrativa, es un taller de camiones... y ellos piensan que su trabajo es como más inferior porque no hace esfuerzo físico y que tiene menos responsabilidad... y ellos se lo toman como que es su carácter, cuando le dan sus bajones ellos no piensan que tiene la ansiedad”.

“Y él lleva 7 años con ansiedad... Sí, eso, que el bajón lo tiene cualquiera. Ellos lo ven como un bajón normal, como un día que tú te levantas y no tienes ganas de hacer nada...”.

“Para empezar, que se empiecen a tomar en serio lo que les sucede porque, ya digo, en muchas empresas: ‘Es que lo que tienes es cuento’ y...”.

“En el caso de mi mujer no se enteran... No se quieren enterar”.

La baja laboral es mejor recibida por el empleador al comienzo de la enfermedad, cuando se evidencia el mal estado de salud de la persona, que en los meses que le siguen, cuando la baja laboral se alarga, hay que adecuar el puesto de trabajo o la ausencia del trabajador conlleva pérdidas económicas en la empresa.

“Cuando ya te llega el papel de adecuación del trabajo y todas sus cosas, ya no (le apoyan)”.

“... en la época mala eso era peor porque es que ella decía: ‘Que yo no puedo realizar este puesto de trabajo’ Pum, algo le metían por algún lado: ‘Que yo no puedo porque tal’ Pues ahí, a conciencia”.

“En el caso de mi mujer, el jefe hace el cuadrante del reparto de dónde va cada persona... pues dice: ‘No, a ti te voy a poner lunes en uno, martes en otro, miércoles

en otro, jueves en otro y viernes en otro' Y va a recaudar los cinco días porque por la tarde no tienen nadie. Entonces, el viernes, cuando llega el cuadrante, pues el fin de semana dice: 'Huy la semana que viene...' Y dice: 'No, es que no te puedo hacer discriminación' '¿Cómo que no me puedes hacer discriminación si habemos 5, que somos los que rotamos, y los otros 14 que están en un almacén y podemos rotar los 19 de la misma manera?'...".

"Las empresas lo que no quieren son problemas, quieren que una persona que esté trabajando, trabaje, y que si está mal, pues se da de baja y pongo otra, pero no: Hoy trabajo y mañana no, pasado sí, pero al otro no, y después dos meses, después un mes... La empresa quiere quitarse los problemas porque yo trabajo en una empresa que actúa de esa manera, o sea que..."

"La empresa cree que tú estás haciendo algo que no es debido porque tú no estás mal porque tú no tienes esa enfermedad, y que esa persona a lo que va es a juzgarte, no va a entenderte ni a comprenderte... si hay más... información o flexibilidad u otro tipo de comportamientos, pues a lo mejor no hay tanto miedo cuando vaya el inspector médico, o si vas cuatro veces a la Mutua..."

Durante el desarrollo del grupo focal, los participantes familiares han compartido algunas de las consecuencias laborales que muchos de sus familiares han sufrido durante el proceso de enfermedad: pérdida del empleo o, en el caso de los autónomos, la empresa.

"Llegó a un acuerdo con la empresa suya incluso para que la incluyeran en un ERE... Ha perdido todo lo que... toda la liquidación, lo ha perdido todo por tal de tener un poco de calidad de vida porque era imposible continuar".

"... lo que causó el detonante fue mucho menor, fue un problema laboral, con los antidepresivos se ha estabilizado, con lo cual, ahora puede enfrentar el hecho de que ha perdido la empresa y hace dos semanas ni siquiera podía pensar en llamar a un cliente, entonces..."

Entre las recomendaciones realizadas por los familiares para facilitar la permanencia de los pacientes en sus puestos de trabajo, destacan aquellas dirigidas a cambiar o adaptar las condiciones laborales, sobre todo en aquellas situaciones en las que las tareas se desarrollan en peores condiciones físicas o ambientales; aquellas más orientadas a incluir la salud mental dentro de la evaluación de riesgos laborales de las empresas; otras dirigidas a informar a la sociedad de los problemas de salud mental; las dirigidas a cambiar la orientación del actual abordaje clínico y terapéutico del ADS; cubrir las bajas laborales de los trabajadores, facilitar la jubilación anticipada o promover el trabajo desde casa.

“Pero en un sitio en cadena, como trabaja mi hermana, que es una fábrica, que son 7 grados continuamente...”

“Entorno adecuado de trabajo se refiere a facilitarle un poco el trabajo a la persona...”

“Que vaya una inspección de trabajo, pero que no llamen y: ‘Mañana voy o el día tal’ No, que llamen a la puerta y digan: ‘Aquí estamos’ A ver qué condiciones de trabajo hay...”

“Pero es una opción también, es adecuar el horario o... Una empresa que abre 12 horas diarias, puede no sé, negociarlo con la persona o decir: ‘¿Cómo te viene a ti mejor?’...”

“Eso sería lo ideal porque cuando mi hermana trabajaba en el turno de noche... ella ha conseguido que la pongan de mañana, por lo menos... hasta la campaña de Navidad. Y cuando hace noches, vamos, se descontrola totalmente, ella necesita descansar por la noche, sus horario de sueño por sus medicamentos y tal. También eso es una opción, pero eso sería una locura, eso las empresas no lo quieren”.

“... hubiera una cierta flexibilidad...”

“Luego también está la prevención de riesgos laborales... a mí me han hecho hace un mes las pruebas físicas, que me las hacen cada dos años, me miran si estoy bien de la espalda, de la vista, de los oídos, de esto y de lo otro, pero aquí dentro no te miran nada...”

“... a través de la prevención de riesgos laborales... a lo mejor ahí podían haberle detectado que estaba siendo demasiado presionada para que estuviera trabajando cuando estaba embarazada, haciendo un trabajo que no le correspondía...”

“Concienciar sobre todo a las empresas de que esto no es ni un bulo ni...”

“Se tendría que concienciar el gobierno, que destine más fondos a la investigación...”

“Sí, a través de campañas o a través de alguien que vaya a la empresa y les explique qué es lo que significa, lo mismo que les explican riesgos laborales, pues que les expliquen también...”

“Igual que se hacen campañas de tráfico, de la impotencia... y se hacen campañas de cara al público...”

“Sí, porque no es solamente la empresa, tiene que ser la sociedad entera”.

“Más terapia y menos medicina”.

“Más medicinas alternativas que no sean medicamentos, que sean... para el dolor de espalda pues natación o gimnasia o...”

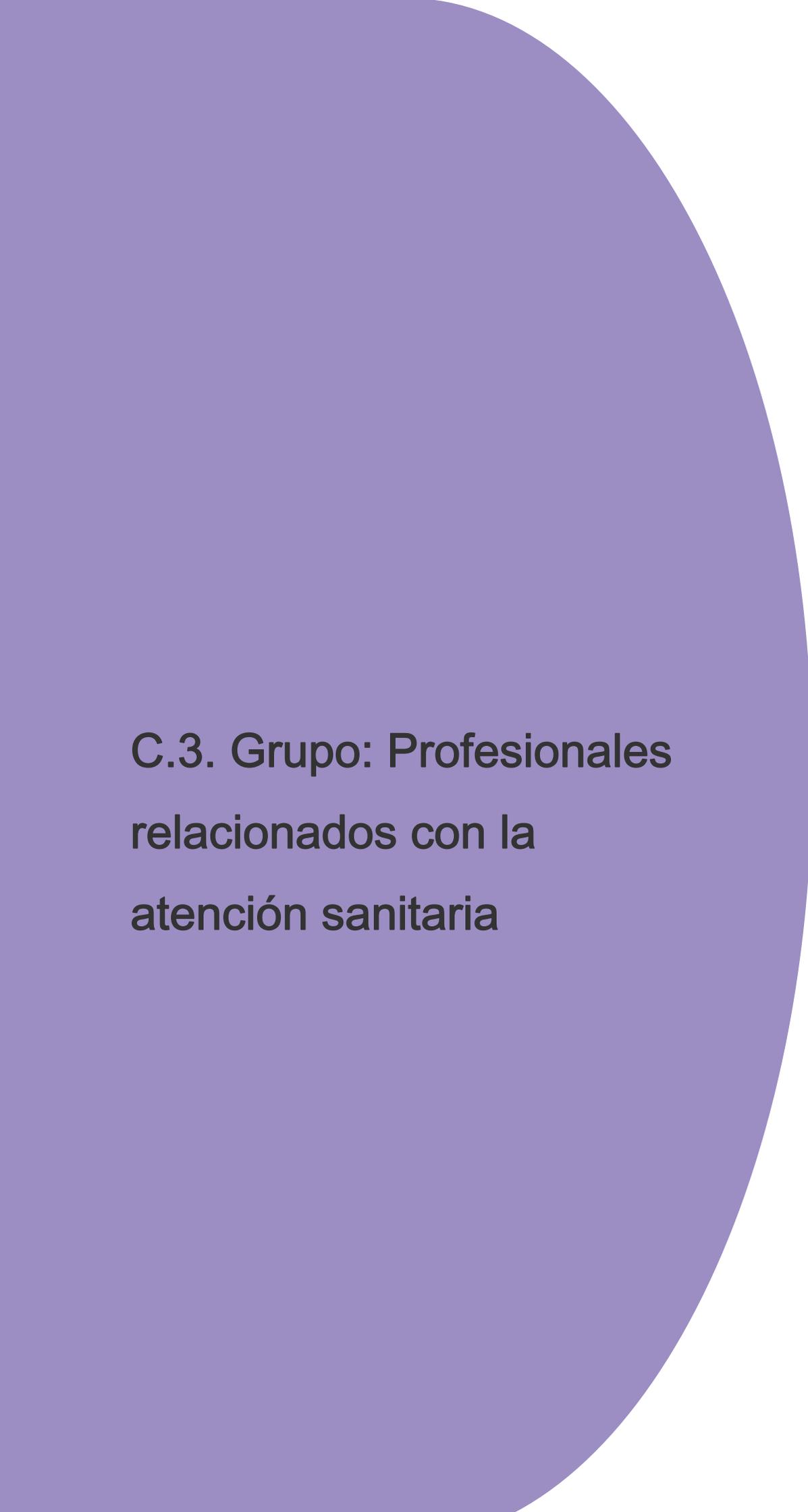
“Lo mismo para acupuntura también”.

“... acupuntura. Que lo cubra la Seguridad Social, que no sea pastillas y pastillas y pastillas...”.

“Que a las personas que tuviesen esos problemas tan graves, la ayudasen a jubilarse. Sería otra opción. Aunque hay personas que son muy jóvenes, pero es que... Mi hermana por ejemplo tiene 41, ¿y ella cuánto puede durar más a 7 grados o a 4 grados que está más o menos la fábrica, cuánto más va a durar? Cuando le dé una crisis se queda en la cama metida, no puede andar porque le ataca a la pierna... ¿Y ella qué hace sola con dos niñas que tiene?”.

“Que cubran bajas, es que la gente se niega a cubrir bajas. Entonces, si tú estás de baja, me da igual que sea por salud mental que porque se ha roto una pierna”.

“... no se fomenta nada es el trabajo desde casa, que no se puede hacer en todos los puestos, pero sí por ejemplo si es administrativo o algo de eso... Y yo puedo trabajar desde mi casa y trabajaría más seguramente, si yo tengo el ordenador en casa, seguro que echo 10 horas en vez de 8 cortas”.



C.3. Grupo: Profesionales relacionados con la atención sanitaria

Grupo: Profesionales relacionados con la atención sanitaria

1. VALORACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA EN EL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SOMATIZACIONES

1.1. VALORACIÓN GENERAL DE LA ATENCIÓN SANITARIA A PACIENTES CON ADS

La valoración general que hacen tanto los directivos de UGC como los profesionales asistenciales del SAS sobre la asistencia sanitaria a las personas con diagnóstico ADS es que se presta una atención fundamentalmente clínica y medicalizada. En su opinión, la respuesta sanitaria tiene un escaso abordaje psicoterapéutico y se realiza sin tener en cuenta la diversidad de problemas que cubre el trastorno ADS. También se manifiesta la sensación de estar prestando una atención “cronificadora” de la enfermedad.

“Muy sanitaria”.

“Es sanitaria, es una respuesta sanitaria”.

“Biologicista”.

“Muy clínica, muy biologicista”.

“Yo creo que está muy medicalizada”.

“Estoy de acuerdo con ella, está muy medicalizada”.

“En negativo, es que hay poco abordaje psicoterapéutico”.

“Mi impresión es que es una población, una patología que la tenemos hiper medicalizada por falta de otros recursos”.

“Es que no tenemos otros recursos para abordarlos, en Salud Mental priorizamos los recursos para otro tipo de patología, y en Atención Primaria, pues tampoco hay más recursos que los medicinales, que los farmacológicos para afrontarlos, con lo cual, pues la tenemos hiper-medicalizada”.

“Respuesta uniforme a diversidad de problemas. Es que estamos diciendo casi lo mismo, pero con matices, ¿no?”.

“Yo creo que tampoco tiene en cuenta el proceso la diversidad de Andalucía, ni de la población, ni de las diversidades, ni de los recursos ni de los individuos, vaya”.

“Es un problema de funcionamiento del sistema, es decir, todo el sufrimiento mental, lo hemos dicho antes, parece que tiene una respuesta uniforme, única, sanitaria, cronificante...”.

“Nos estamos dando cuenta de que aquella persona que se trata con fármacos, luego recae, recae y recae y no sabemos cuándo quitarle el tratamiento farmacológico, que es lo que a mí ya me genera un problema con algunos pacientes, que llevamos años con ellos en tratamiento y que no hay formas de quitarles la medicación porque ya se han habituado a ella y les genera más problemas dejarla que seguir con ella”.

En relación con esta valoración, los participantes enfatizan su percepción de que la atención sanitaria que se presta a éstas personas está poco especializada, adoleciendo en muchas ocasiones de un abordaje en profundidad del problema de salud mental.

“Poco especializada”.

“Probablemente por el volumen, se atiende todo efectivamente con poco filtro, de forma uniforme y yo diría a salto de mata y a lo mejor se produce una atención en masa, dispersa y poco específica que lo que hace es mantener una cierta estabilización clínica, pero no un abordaje en profundidad”.

“Si tiene episodios anteriores y es una cosa recurrente... Entonces, como no sabes, pues dices: ‘Bueno, está ansiosa, no sé qué, tiene somatizaciones, bueno, pues entonces le pongo la Paroxetina’. Y entonces, muchas veces, se te enquistan pacientes que a lo mejor, quizás la mayor parte por falta de tiempo, ¿no?, de pararte un día y decir: ‘Bueno, vamos a analizar aquí un poco qué está pasando y por qué este paciente tal’...”.

La atención a estas personas es compleja: desde la perspectiva de estos profesionales suelen ser pacientes hiperdiagnosticados por hacer patológicas situaciones cotidianas de la vida. Paralelamente, estas personas carecen de los recursos necesarios para solucionar los problemas cotidianos, pudiendo generarse situaciones de dependencia del paciente hacia el profesional. Los pacientes con ADS suelen ser hiperfrecuentadores de los servicios sanitarios, a lo que se une el escaso margen para filtrar la demanda, lo que conlleva que en Atención Primaria quede poco tiempo para la atención de los pacientes que realmente lo necesitan.

“Yo diría que se hace lo que se puede. Y la atención es muy compleja porque influye mucho también el entorno que tienen ellos”.

“Yo creo que está muy hiperdiagnosticada, que muchas veces confundimos cualquier problema con un trastorno mental...”.

“Yo creo que referente a lo que ha dicho ella respecto al diagnóstico, yo creo que lo que estamos haciendo es convirtiendo en enfermedades procesos que son... normales... de transición”.

“Sería como patologizar situaciones habituales de la vida,... cuando son situaciones, o bien acontecimientos vitales estresantes o bien cualquier otro problema que surge, que por eso lo que estamos es catalogando como enfermedad cuando no lo es”.

“Te digo tal vez porque es isomórfico que hemos llegado al problema, la vivencia es que llegan problemas incorrectos a Salud Mental, falsos, medicalizados, cuando responden a otro tipo de problemática y otro tipo de malestares del alma humana, pero el sistema sanitario funciona isomórficamente, los medicaliza, ningún análisis y ninguna crítica”.

“Yo comparto lo que dice de que es isomórfico”.

“Con la cantidad de años que llevamos ya de reforma, y no sólo ya en Andalucía en la reforma, sino de experiencia de la clínica psiquiátrica, no hemos sido capaces de definir lo que es un problema mental, y por lo tanto un problema mental es lo que la población quiere que sea un problema mental”.

“Yo creo que muchos de estos pacientes tienen una falta de recursos para gestionar su propio problema”.

“Falta de recursos del propio paciente para solucionar sus problemas”.

“Si yo tengo un problema, búscame tú la solución”.

“Sí, como dependientes de que los demás se los solucionen”.

“Demasiada dependencia, exactamente”.

“Hoy la muerte no se asume, ni siquiera en personas muy mayores, lo cual genera una cantidad de problemas familiares y personales, que tú dices: ‘¿Cómo es posible que se te ha muerto tu madre con 88 años y no lo asumas ni lo entiendas?’ A mí no me entra en la cabeza... Entonces, tú dices, tienes un duelo, y ese duelo necesita: psicólogo, médico de Atención Primaria”.

“Hay sobrediagnóstico, sobrefrecuentación, sobretratamiento”.

“Pero parte del asunto está en a ver quién tiene que incrementar la capacidad de filtrar todas esa demanda, que es infinita y es insaciable y es inasumible, yo creo”.

Se echan en falta alternativas al tratamiento farmacológico, como pueden ser las intervenciones de psicoterapia, así como recursos de apoyo social y familiar.

“Yo creo que faltan también otras alternativas de tratamiento, alternativas menos dependientes de fármacos y más de psicoterapia, faltan yo creo opciones...”.

“Puede ser importantísimo antes de que entren en la vía de farmacologización, pensar que los recursos están en el sistema”.

“Hay que buscar otra alternativa en otro tipo de profesional, otro tipo de cosas, etc.”.

“Pero no sé, al menos en mi zona yo veo que ese recurso (psicoterapia) no está, no existe...”.

“En la mía tampoco existe (la psicoterapia)”.

“Yo le daría más importancia a proporcionar recursos, a lo mejor grupos de ayuda...”.

“Yo veo que la falta de apoyos sociales que hoy hay... porque antes, si os dais cuenta, estaba la familia para todos esos problemas: la madre, la abuela, la tía, la hermana eran las personas allegadas a esa persona en concreto y eran las que ayudaban a salir de un bache, y sin embargo, hoy día faltan esos apoyos, y como faltan esos apoyos, pues precisamente tenemos que acudir al médico o al enfermero o al psicólogo o psiquiatra a que nos resuelvan esos problemas”.

“Sí, porque estamos muchos, pero estamos muy solos. Hay falta de apoyo social”.

“Hay un montón de recursos ajenos que tienen que solucionar ese problema de esa persona, cuando antes lo resolvía la propia familia y la propia persona (...). Es decir, a partir de ahí, yo creo que hemos cambiado patrones de todo lo que es salud y enfermedad”.

La atención sanitaria al ADS es comunitaria, compartida entre los niveles de Atención Primaria y dispositivos de Salud Mental. En su opinión, ha mejorado bastante en los últimos años aunque se hace hincapié en la necesidad de mejorar la coordinación con otras entidades, instituciones u organizaciones (p.e. laborales, ayuntamientos, etc.).

“En las Unidades Comunitarias sí que les da un ámbito de atención de dimensión comunitaria respecto a coordinación con servicios sociales, por ejemplo, o coordinación con determinadas entidades”.

“Es una atención compartida entre Salud Mental y Atención Primaria, a repartir”.

“A mí me parece que, en la actualidad, hemos pasado de un paradigma en el que la atención a este tipo de trastornos es... como un proceso (...). Evidentemente, yo creo que ha mejorado bastante”.

“Insuficiente en cuanto a falta de concreción de, por ejemplo, de entidades que desarrollan proyectos laborales, pues están las Delegaciones de Fomento, y no suele haber coordinación, por ejemplo, con ellas, ni con las Delegaciones de Empleo. Sí que hay una coordinación, por ejemplo, a nivel comunitario, pero quizá insuficiente”.

Los profesionales de las USMC destacan su escasa influencia en la decisión de la baja laboral del paciente, quedando más como “evaluadores” que como intervencionistas.

“A mí me da la sensación, a lo mejor me corregís, porque es la parte que yo estoy viviendo más cercana, me corregís, es una sensación evaluadora, nos estamos convirtiendo cada vez más en unidades de evaluación, donde lo que hacemos fundamentalmente es eso, es valorar a un paciente, dar una información concreta, hacer un informe, etc., etc., y muchas menos intervenciones, pero intervenimos cada vez menos y evaluamos cada vez más”.

“Ya no estamos interviniendo, ya no estamos tratando, estamos evaluando, y la sensación que tenemos es que este tipo de trastornos nos están sobrecargando los servicios porque no tenemos recursos para afrontarlos”.

1.2. VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

En la actualidad, el proceso de atención a las personas con ADS está siendo revisado. En la atención a las personas con ADS existe cierta discrecionalidad en cuanto al grado de derivación desde la Atención Primaria hacia los servicios especializados de Salud Mental.

“Nosotros estamos ahora mismo en un momento de adecuación al modelo, ¿no?, adecuación o adaptación al modelo. Hemos pasado de este modelo en el que las Unidades de Salud Mental gestionábamos los trastornos mentales leves, o comunes, ¿no?, el ADS es restrictivo con respecto al concepto de trastorno mental común, ¿no?, a este otro modelo en el que estamos ahora en el que la gestión del proceso está en Atención Primaria”.

“Hemos pasado x años diciéndonos que los recursos estaban para una cosa y ahora los recursos están para otra”.

Desde su experiencia, es necesario potenciar la coordinación con otras áreas, fomentando el trabajo en red entre las USMC, la Atención Primaria, la inspección médica, las mutuas o incluso las redes de apoyo social. En este sentido, se señalan como posibles intervenciones a impulsar en el futuro: el desarrollo de grupos de terapia en los centros de salud; la realización de sesiones de coterapia en Atención Primaria en las que participen profesionales de psiquiatría junto a los de medicina de familia; el ofrecimiento de intervenciones de baja intensidad apoyadas en la comunidad; o el trabajo colaborativo con asociaciones.

“En nuestro Centro pasa lo mismo, entonces, las listas de interconsultas o coterapia están también vacías”.

“Yo haría grupos de terapia dentro de los Centros de Salud, pero no poniendo un profesional del Centro de Salud todos los días, sino que un psicólogo, o con ayuda de un psiquiatra, eso ya se vería, hiciera talleres de terapia de grupos a personas que tienen una serie de problemas en común, y disminuirían las derivaciones a Salud Mental y disminuiría esa asistencia de esos pacientes a nuestras consultas’. ‘...o se hace tan de largo plazo que no es eficaz, porque si alguien se somete a una psicoterapia, pues a lo mejor es en el equipo de Salud Mental una cita cada dos meses, y eso no tiene...”.

“Nosotros hacemos grupos y, luego, cuando tenemos un grupo grande, pues hablamos con el psicólogo o el psiquiatra y le decimos: ‘Oye, tenemos aquí un grupo que necesita terapia como sea, a ver cómo lo organizáis’. Entonces, ya se hizo un taller con ellos y con muy buen resultado”.

“Yo veo muy bien lo que ellas han dicho porque hace años sí que se hizo una historia de grupos. En nuestro Centro era de mujeres en edad de nido vacío, con lo cual, los resultados también fueron muy gratificantes y se normalizó una situación que generaba patología. Entonces, yo creo que las líneas tienen que ir por ahí porque se está desbordando por todos sitios, y como no sea la atención en grupo y en pacientes muy similares, no hay otros recursos”.

“Lo que sí hemos empezado hace unos meses, que no sé cómo va porque lleva muy poquito, es la coterapia: está viniendo un psiquiatra con nosotros cada dos viernes, con uno de nuestros médicos, y le dedican 15 minutos a determinados pacientes que están ahí-ahí, que todavía no están medicalizados y que, bueno, para ver si se puede dotar de recursos y tal. ¿Problema de eso?, pues que ya estamos desbordados, que llegan los P10 de pacientes derivados a coterapia, ya me está pidiendo este hombre más tiempo para la coterapia, que no le puedo dar...”.

“Has dicho muy bien ‘en colaboración’, ¿no? Es decir, abrir esa perspectiva, esa condición de que haya recursos para poder atenderlos, porque en realidad, colaboración con Salud Mental desde hace muchos años se ha hecho en Atención Primaria, ¿no?...”.

“Falta trabajo en Atención Primaria, falta trabajo en barrios, falta trabajo de tipo más comunitario... Pero como especialistas sí que hay suficientes, lo que pasa es que estamos utilizando a los especialistas para cañones para matar mosquitos”.

“Pero toda la colaboración que estamos teniendo, muchas veces nos sitúa a nosotros en una postura de estar a la defensiva... Siempre estamos, un poco, con el tema de ¿vamos a jugar al pin – pon o al tenis?”.

“Aquí hay una cuestión, que es quién puede hacer un abordaje de baja intensidad a esta problemática, que está en la comunidad, no en Atención Primaria, y ahí es donde tenemos la gran falla. Entonces, sí que habría que potenciar esos abordajes a

base de trabajar con usuarios, con asociaciones, potenciando redes a nivel social.

Nos falta algo más debajo de Primaria”.

“Nosotros hemos tenido bastantes coletazos con la inspección, (...) y ellos siempre nos han dicho que los especialistas en bajas son los médicos de familia y ellos, no nosotros”.

La dotación de recursos materiales se considera suficiente, aunque adolece de cierta escasez de recursos humanos, fundamentalmente en la Atención Primaria (tiempo - personal). Se demanda la dotación de personal de apoyo para realizar terapias de grupo, así como reforzar las habilidades y formación de los profesionales de Atención Primaria en la atención a estos pacientes.

“A mí me gustaría hacer hincapié sobre la falta de recursos, o sea, yo creo que es fundamental, nosotros no tenemos recursos, de tiempo básicamente, bueno, de tiempo/personas”.

“Yo creo que el tema de los recursos es quizás un meollo difícil de manejar, ¿no?, porque vemos que el problema existe, que el problema es grande y que falta tiempo, que falta preparación... Es como la sensación, ¿no?”.

“Los recursos en nuestra zona son escasos e insuficientes, tanto humanos como de capacidad, con lo cual, pues no estamos en las mismas condiciones. Pero no solamente los recursos humanos, sino recursos de todo tipo”.

“Pues bueno, nosotros tenemos dos psicólogos para 270.000 habitantes... y eso es imposible!”.

“Hay falta de tiempo para atenderles...”.

“Yo lo que diría es que en Primaria tienes profesionales que están preparados para atender ese tipo de casos y no tienen tiempo, porque tienen 5 minutos o 2 minutos y medio o los que sean...”.

“Entonces, el que sabe hacerlo, lo hace de mala manera y como puede y sacándose el tiempo de dónde puede, porque al final le gusta y lo hace; y luego tienes profesionales que no están preparados, ni tienen el tiempo, pero tampoco tienen preparación para hacerlo”.

“... porque es verdad que hay días que es verdad que estás a tope y dices: ‘Hoy no te atiende nada más que lo más justo’ Pero si mañana tienes tiempo, pues le dedicas un poquito más”.

“Y se ha demostrado que cuando tú por ejemplo a un paciente hiperfrecuentador un día le dices: ‘Te voy a citar media hora para que me cuentes qué diablos te pasa’. Ese día te tiras media hora con él, pero resuelves un montón de problemas.”

Entonces, yo creo que también en estos pacientes a veces... Lo que pasa es que es verdad que tenemos que tener mucho más tiempo del que tenemos”.

“A mí personalmente me gusta pararme en esas cosas y para mí es una faena, ¿eh? Es decir, cada vez que me encuentro con un caso, digo: ‘Bueno, me voy a detener un poco’ Y siempre me quedo con la sensación de que no lo he hecho bien”.

“Lo he hecho muchas veces y también se acelerar un poquito, pero vamos, que es que no lo hago bien, es decir, que no soy capaz. Y luego te dicen: ‘Muchas gracias por haberme escuchado’ Y digo: ‘Bueno, no era el objetivo exactamente que tú te sientas escuchado, está bien, pero que deberíamos hacer más cosas’...”.

“Tampoco la capacidad... el nivel de capacidad de los profesionales yo creo que tampoco es igual. A Salud Mental se nos está pidiendo no solamente que atendamos a personas ‘enfermas’, (entre comillas), sino que hagamos promoción y prevención de salud, ¿no?, que hagamos otras cosas”.

“Otro aspecto importante también, creo yo, es que hay muchos de los profesionales que están con nosotros, entre los cuales me incluyo yo también, que hay veces que nos faltan también habilidades y formación para poder manejar muchas situaciones de éstas, ¿no?, a parte del tiempo, ¿no?, que siempre le echamos las culpas al tiempo, pero la verdad es que, cuando lo tenemos, tampoco sabemos qué hacer con esos enfermos”.

Por otra parte, sugieren la idoneidad de fomentar la corresponsabilidad de los pacientes durante el tratamiento. Se considera necesario fomentar la implicación del entorno familiar/personal del paciente durante el tratamiento.

“Yo creo que tenemos que fomentar en Primaria la corresponsabilidad de los pacientes...”.

“Es que eso es fomentar la corresponsabilidad, que ellos asuman sus propios problemas y que asuman que tienen que resolverlos, que eso ayuda a madurar. Eso se ve mucho en los jóvenes, ¿no? Los jóvenes están totalmente desmadrados, no tienen ni idea, no saben qué hacer, se pelean con el novio o la novia y vienen allí con unas crisis de ansiedad”.

“Bueno, pues eso, hoy día, no hay esos apoyos de familia o de quien sea y tú tienes que fomentar en esos pacientes que aprendan a madurar. Y la corresponsabilidad es muy importante porque eso disminuye mucho todo este tipo de consultas repetidas”.

Por otra parte, los profesionales de Atención Primaria señalan que los pacientes suelen manifestar sus preferencias en cuanto al tratamiento. En este sentido, cuando se ofrece la realización de terapia de grupo, los pacientes a menudo manifiestan su preferencia por recibir una atención más individualizada.

En este sentido, algunos participantes hacen hincapié en el deseo las personas usuarias de participar en la toma de decisiones durante su proceso de atención.

“La mayoría de la gente quiere participar en la decisión y quiere tomar sus propias decisiones”.

“... Quieren solucionarlo todo con una pastilla, es decir, quieren olvidar con una pastilla, y el olvido no se consigue con medicación”.

“¿Y ahora cuándo le quitas tu a ese paciente la medicación? La empiezas a reducir y dice: ‘Es que la he cogido otra vez porque me da miedo...’. Y se eternizan, hoy por hoy es eterno...”.

“Yo tengo pacientes de años y años y: ‘Si esto es de toda la vida, ¿cómo me lo va a quitar usted?’. Y, a parte, como eso ya no le hace nada, va aumentando, va aumentando...”.

“Nosotros tenemos también la experiencia negativa de los grupos, de que la gente no quiere ir a los grupos donde conoce a la gente y donde no quiere compartir sus problemas con gente que le puedan conocer, y si son derivados de la misma zona, a nosotros una vez al mes pasa consulta de Psiquiatría un psiquiatra, y son todos los pacientes que no quieren que se les vea en el equipo de Salud Mental de referencia”.

“Y ahí por ejemplo una mujer tiene grupos de ayuda, de autoayuda, y hay gente que te viene y te dice: ‘Oiga, yo no quiero ir a ese grupo porque conozco a Fulanita’, o simplemente ‘Porque ahí hay gente muy rara y yo no quiero ir allí’. O sea, que muchas veces se piensa que la autoayuda... formar el grupo por el grupo no es así, porque hay muchas veces que a la gente no les sirve ese tipo de atención”.

“Quieren atención individualizada casi todos mis pacientes, no de grupo”.

2. VALORACIÓN DEL ENTORNO LABORAL DE LAS PERSONAS CON ADS

2.1. EFECTOS DEL ADS SOBRE EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES LABORALES

Los efectos que produce la patología ADS, así como su abordaje terapéutico (fundamentalmente, la terapia farmacológica), dependen de la situación clínica de cada paciente y del tipo de trabajo que se realice. No obstante, se destacan como más frecuentes los siguientes efectos:

- Pérdida de concentración.
- Irritabilidad.
- Dificultad para conducir.
- Síntomas físicos (somatizaciones).

-
- Inseguridad.
 - Sentimiento de tristeza.
 - Efectos de la medicación (p.e. sueño, falta de energía, la sedación, las interacciones con otros tratamientos aunque en general son bien tolerados, etc.).
 - Depreciación del individuo en el sentido de pérdida de oportunidades de promoción profesional.
 - Problemas de motivación.
 - Estrés, temor a desmoronarse en el trabajo, etc.
 - Menor calidad del trabajo realizado.
 - Estigma del paciente ante sus compañeros.
 - Problemas de relación con los compañeros.
 - Sentimiento de culpabilidad por la posibilidad de sobrecargar al resto de los compañeros.
 - Descontrol de sus emociones.

En opinión de los participantes, estos efectos se agudizan si la causa del ADS está directamente relacionada con el trabajo habitual del paciente. En cualquier caso, se destacan como elementos comunes el cambio que el ADS produce en la autopercepción del individuo y de sus capacidades. En definitiva, la alteración de su función global y el sentimiento de verse superado temporalmente en sus capacidades.

“Que su función está comprometida”.

“Lo que cambia es tu percepción de ti misma y de tus capacidades, ¿vale?, ¿eh?, eso es lo que cambia”.

“El verse superado temporalmente en sus capacidades, en una situación de crisis se ve superado en sus capacidades de resolver, de enfrentarte...”.

2.2. ASPECTOS DE LA EMPRESA QUE PUEDEN AYUDAR A LAS PERSONAS CON ADS DURANTE SU TRATAMIENTO

Entre las condiciones del trabajo que podrían facilitar a las personas con ADS el desarrollo de las actividades de empleo durante su tratamiento, destacan las siguientes:

- El buen clima laboral.
- La flexibilidad en el horario de trabajo así como en el puesto de trabajo.
- La reducción de la jornada laboral.
- Facilitar un período de menor nivel de responsabilidad.

-
- Realizar contratos de adaptación.
 - El fomento del *Coaching* en el ámbito laboral (que el paciente cuente con la orientación y el apoyo de otros trabajadores).
 - Buena integración con el grupo de trabajo.
 - El fomento de las interrelaciones con los compañeros.
 - Las expectativas que la empresa genere en el trabajador (si éstas son positivas).
 - Desarrollo de políticas de incentivos no contradictorias.
 - Mayor énfasis en los premios que en los castigos.
 - Autonomía en el trabajo.
 - Participación en la organización.

De cara al futuro sería beneficioso fomentar la creación de estructuras de apoyo y de guía en el entorno laboral del paciente (p.e. a través de los servicios médicos de las empresas). En este sentido, destacan la idoneidad de que en los centros de trabajo se asuman responsabilidades específicas en la adaptación de los puestos de trabajo en situaciones de crisis. Profundizando en esta idea, muestran su descontento con el escaso desarrollo que, actualmente, tiene la salud mental como parte de la salud laboral.

“Pero si las empresas realmente no quieren perder a los trabajadores que están en esta situación, pues tendría que tener recursos o medios para poder asumirlos de nuevo, o sea, dado que se dice que es bueno para este tipo de enfermos casi siempre no ser extraído de su entorno laboral para que pueda afrontar los problemas”.

“Hay una cosa que se llama Gabinetes de Higiene, que hay en todas las provincias, incluso hay distintas sucursales, que no sirven para nada, que están a disposición de todas las empresas, grandes, pequeñas, PYMES, etc. Y las empresas grandes sí tienen, pero son unos servicios médicos que son como los del... Que no es por criticar”.

“No hay nunca un buen preventivista, ni siquiera en hospitales, ni una persona que se encargue de adaptar el puesto en situaciones de crisis, no existe, entonces...”.

“No lo sé, creo que tiene poco peso la salud mental dentro de la salud laboral de las empresas, ¿no?...”.

“Prevención de riesgos laborales, yo creo que tiene en cuenta estos aspectos, tiene más en cuenta aspectos de que si el cuello, que si esto, que si lo otro, pero los aspectos relacionados con salud mental”.

“Que dentro de las empresas exista una estructura que facilite el que esa persona sea escuchada, por ejemplo, por los servicios de medicina preventiva, o que estén

con vías de, vías estructuradas de apoyo, estas de casuística de esta. Quizá dentro de la empresa tendría que haber estructuras que motiven o que ayuden a esta labor”.

“Claro, tenemos que hablar de estructuras de apoyo... para adaptar los puestos de trabajo temporalmente a la situación temporal que el trabajador está viviendo”.

“A través de la Mutua de empresa o las Mutuas laborales, o no sé cómo va eso, pero sí, que la empresa pudiera ofrecer psicoterapia a esos trabajadores”.

2.3. ASPECTOS DE LA EMPRESA QUE DIFICULTAN EL MANTENIMIENTO EN EL EMPLEO A LAS PERSONAS CON ADS DURANTE SU TRATAMIENTO

Por el contrario, las condiciones de trabajo que deberían evitarse, en la medida de lo posible, durante el tratamiento de ADS, son las siguientes:

- La rigidez actual para adaptar el puesto de trabajo y las responsabilidades asumidas por el trabajador.
- El estigma que frecuentemente sufren los trabajadores con ADS.
- La posible situación de acoso en la que pueden encontrarse estos trabajadores (evitar el *mobbing*).
- El sesgo de género (en este caso, peor situación para los hombres diagnosticados de ADS).
- El escaso peso de la salud mental en el ámbito de la salud laboral.
- Las exigencias de “rentabilidad económica” al trabajador.
- La competitividad y el uso inadecuado del poder en el trabajo.
- Evitar las altas laborales no consensuadas con el paciente.

3. VALORACIÓN DEL APOYO PARA EL EMPLEO QUE RECIBEN LAS PERSONAS CON ADS

3.1. CARACTERIZACIÓN DEL ABORDAJE TERAPÉUTICO DEL ADS

En opinión de los profesionales de Salud Mental, no se puede generalizar la relación médico-paciente que se establece durante el tratamiento de ADS. No obstante, estos pacientes suelen ser colaboradores y receptivos a las indicaciones de tratamiento, siendo para ello muy importante la capacidad de empatía que demuestre el profesional sanitario en cada caso. Por otra parte, se señala de nuevo el papel de “evaluadores” que ejercen los profesionales de las USMC con escasas posibilidades de intervenir en el ámbito laboral.

“Cuando el paciente tiene este tipo de sufrimiento, si encuentra un médico capaz de empatizar con él, es muy agradecido. En general, una relación muy buena, y, tanto para el médico como para el paciente. El problema está en que se llegue a empatizar, claro”.

“Pero, en general, yo también creo que la gente está contenta, si uno es poco sensible a entender lo que pasa, y sabes que tú también eres un recurso con el que cuenta esa persona para afrontar esto”.

El abordaje terapéutico del ADS en las USMC se caracteriza por consistir, en la mayoría de los casos, en la medicación del paciente junto a la facilitación de orientaciones de apoyo. Con menor frecuencia, y no en todas las USMC, se utilizan herramientas de apoyo más regladas (p.e. grupos de relajación, grupos de autoayuda y de control de la ansiedad), señalando al respecto la falta de homogeneidad de las USMC. En este sentido, se demanda la actuación conjunta de los dos niveles de atención, planteando la posibilidad de incrementar la realización de terapia de grupo o coterapia en Atención Primaria en colaboración con las USMC.

“Hombre, haciendo un ejercicio de abstracción, bueno, hablando por mí y hablando un poco por la generalidad, se da pastillas. Punto”.

“Fundamentalmente ansiolíticos, farmacológico”.

“Farmacológico en exceso, ¿no?”.

“Terapias cognitivas algunas veces...”.

“Escasas veces (Terapias cognitivas)”.

“Excepcionalmente (Terapias cognitivas)”.

“Sí, pero tienes que tener ese tiempo que te permite hacer psicoterapias o terapias cognitivas que te ahorren el tratamiento farmacológico”.

“Una aproximación en nuestra zona es que medicamentos tiene aproximadamente el 90%, gente que vaya a relajación, ya no que se derive, sino que acuda a relajación, puede andar por el 10%”.

“La mayoría de pacientes con un problema de ADS reciben un apoyo o una ayuda para recuperar su estado de salud que va vía medicación. Y después, también y con independencia de que hayan recibido medicación o no, y con diferencias entre los distintos dispositivos de Salud Mental, porque la situación... no es la misma, también hay muchas personas con las que se realizan intervenciones de apoyo y orientación”.

“El apoyo y la orientación no faltan nunca... Una entrevista, aunque sea una sola entrevista. Luego ya, otra cosa es que pongas en marcha una psicoterapia más reglada con una, eso es otra historia”.

“En los tratamientos hay un recurso que utilizamos poco, que es el acuerdo entre los dos niveles de atención. En un encuentro con un especialista, conjunto, de espalda, valida mucho la actuación del profesional de Primaria, tranquiliza al paciente de que a éste no se le están escapando misterios raros de mis neuronas que el otro sí sabe”.

“La atención conjunta, todas las experiencias que yo he tenido, que, después de presentar el caso al compañero de especializada, de haber tenido, quizá, una o dos reuniones con la persona, con el paciente y después hemos tenido una conjunta en la consulta de Atención Primaria, los compañeros hemos trabajado unánimes, han aportado algunas cosas complementarias que les parecían importantes en el mismo esquema, y después los pacientes no han vuelto, no han tenido que farmacologizarse, ni pasar a otros niveles, así que yo creo que es un recurso muy importante”.

“Y que hablamos ahí de ese espacio común de trabajo”.

En cualquier caso, en el abordaje terapéutico de estos pacientes el objetivo es reducir progresivamente la medicación a medio-largo plazo y lograr la recuperación del paciente.

“A ver, el de larga duración, lo ideal, o lo que se pretendería, sería intentar reducir medicamentos a la mínima expresión y aumentar, a lo mejor, los grupos de autoayuda a la máxima expresión, ese sería el objetivo”.

“Yo le presumo capaz, autónomo y enfermo, ¿sabes?, y como le presumo así, colaboro a su objetivo, y su objetivo es la recuperación, porque él se siente así y colaboro con su objetivo. ¿Cómo?, con los instrumentos y los medios que yo, como profesional, tengo y mi empresa me facilita”.

Finalmente, los profesionales de los servicios de Salud Mental destacan el doble absentismo (laboral y clínico) que se produce durante el seguimiento del paciente, en el sentido de las ausencias que se producen en el trabajo cuando el paciente acude a la consulta, pero también el absentismo clínico a las consultas de seguimiento, motivadas por las dificultades del trabajador para ausentarse de su trabajo y acudir al centro sanitario.

“Que cuando tienes que ir a la cita con el terapeuta, pues no vas a ir ese día a trabajar y sabéis gente, empresas que ponen muchas pegas”.

“Absentismo laboral, pero también absentismo clínico, que el paciente no va a la consulta”.

“Absentismo clínico también”.

3.2. DIFERENCIAS TERAPÉUTICAS ENTRE PACIENTES CON TRATAMIENTO DE CORTA Y LARGA DURACIÓN

Se destaca la importancia de impulsar la detección precoz del ADS y del momento de intervención de los servicios sanitarios para el mantenimiento del empleo.

En el tratamiento de los pacientes con ADS hay que diferenciar entre el primer episodio y los siguientes: en el primero es más idóneo la utilización de técnicas cognitivo-conductuales, siendo después más dificultoso. Sin embargo, con mucha frecuencia los pacientes que llegan a las USMC presentan cierta cronicidad de su problema de salud mental.

“Sería una de las propuestas, es decir, una detección precoz del tratamiento y una intervención específica, mucho más especializada, mucho más de psicoterapia, menos medicamentosa y tal podría hacer que el tiempo de baja fuera menor y que la reincorporación al trabajo podría ser una de las salidas. Es decir, hacer una intervención más especializada en las primeras manifestaciones”.

“Yo aquí distingo dos cosas: el primer episodio, el paciente que viene de primer episodio, y el que viene ya de muchos episodios, que ya ha tenido muchas experiencias de tratamiento de aquí para allá, y ya son dos mundos distintos, ¿no? El primer episodio, a mi entender, en mi experiencia, uno puede trabajar muchos recursos no farmacológicos, y farmacológicos, si hace falta, evidentemente, no estamos contra eso, pero cuando vienen ya muchas, se viene de haber pasado por muchos sitios, eso se afronta...”.

En cualquier caso, la medicación afecta a la capacidad funcional del paciente, sobre todo al principio de este tipo de tratamiento.

“Evidentemente, si ponemos medicación, ¿eh?, le puede afectar, sobre todo al principio, ¿no? Uno de los, una de las intervenciones que se tiene que hacer cada vez que se prescribe un antidepresivo o cualquier ansiolítico, evidentemente, es advertir al paciente de eso, ¿no?”.

“A mí me parece que eso sí que interviene en su, no en su trabajo ya, sino en su capacidad funcional puede intervenir al principio, o sea, que yo creo que eso sí que puede ser un efecto colateral, ¿no?, y eso se debe tener en cuenta”.

“Al inicio, tú esperas que le pueda afectar a sus capacidades”.

3.3. ASPECTOS QUE CAMBIARÍAN DEL ABORDAJE TERAPÉUTICO

Los profesionales de Salud Mental recomiendan evitar la psiquiatrización del paciente, siendo preciso hacer más hincapié en el abordaje psicosocial de esta patología. Para ello proponen fomentar la utilización de otro tipo de recursos y alternativas terapéuticas fuera del entorno de la USMC, así como fortalecer la atención conjunta de Atención Primaria y USMC.

“Yo añadiría el tratamiento psicoterapéutico al farmacológico, ¿no?, que no sea solamente la base el farmacológico”.

“Yo lo que cambiaría de esos pacientes es que no que no llegaran a psiquiatrizarse con las facilidades que hay”.

“Que en vez de ser sólo dentro de Salud Mental, o algunas cosas que estaban incorporadas en Atención Primaria, que haya también otro tipo de recursos. Sí. Sí, fuera de Salud Mental, en Atención Primaria y también fuera, recursos comunitarios: a veces se utilizan recursos, yo qué sé, hay muchos ayuntamientos que dan aeróbic, yoga, ese tipo de recursos para este tipo de pacientes que se derivan mucho, se intenta explicar lo beneficioso que puede ser..., aunque estés trabajando”.

Se recomienda adaptar, en la medida de lo posible, el tratamiento a la actividad laboral del paciente, normalizar (“humanizar”) la angustia y fomentar estilos de vida saludables.

“Es como todo, es un proceso en el cual el tratamiento farmacológico tienes un abanico bastante amplio y tal, ¿no?, y la cuestión es adaptar la mejor medicina, el mejor fármaco, a la situación laboral que tiene el paciente, ¿no?”.

“Entonces, tienes que adaptar un poco la terapia al puesto de trabajo”.

“Muchos problemas son problemas, no son enfermedades, entonces, vamos a partir de ahí y no vamos a ir desde el inicio a tratar a es persona como si tuviera una enfermedad”.

“Yo es que pienso que los trastornos de ansiedad leves muchos se resuelven con cambios de estilos de vida: dieta, ejercicio, terapia de grupo, psicoterapia y otras alternativas que tenemos, que habría que abordar y utilizar antes de llegar al tratamiento farmacológico”.

“Claro. Está demostrado que el ejercicio mejora el estado de ánimo y reduce la ansiedad, entonces, a lo mejor hay que empezar por cambiar los estilos de vida...”.

3.4. CONDICIONES DEL PUESTO TRABAJO MÁS RECOMENDABLES PARA LAS PERSONAS CON ADS

Como parte de la atención sanitaria a pacientes con ADS, se recomienda hacer un *check-list* de los siguientes aspectos relacionados con su puesto de trabajo, a fin de calibrar la influencia que estos aspectos pueden tener en el caso particular de dicho paciente:

- Turnicidad.
- Número de horas continuadas en el trabajo.
- Manejo de vehículos y/o maquinaria peligrosa.
- Desarrollo de trabajo en altura.
- Condiciones del espacio físico (amplitud o escasez).
- Dureza física del trabajo.
- Existencia de relaciones directas con el público.
- Características de las relaciones con sus iguales.
- Nivel de responsabilidad exigido en el puesto de trabajo.

3.5. EFECTOS DE LA BAJA LABORAL SOBRE LAS PERSONAS CON ADS

Todos los participantes en los talleres de trabajo coinciden al afirmar que la baja laboral es necesaria en determinadas circunstancias.

“Quiero decir que si un señor que se hiciera un esguince de tobillo de un grado no sé cuántos, debes recomendarle reposo durante un tiempo, ¿eso es bueno o es malo? Y cualquiera puede entender que eso ni es bueno ni es malo, es que es absolutamente imprescindible. Es decir, que tú tienes que poner en descanso determinado tipo de funciones, por así decirlo. Pues eso es exactamente igual [refiriéndose al ADS], es absolutamente necesario, absolutamente necesario, pues hacer un periodo de descanso, de reflexión, de aparcamiento de una cosa determinada, en fin, que permita al paciente que se pueda fortalecer”.

En pacientes con ADS señalan como principales causas de baja laboral las siguientes:

- La intensidad de los síntomas de estas patologías.
- La limitación funcional del paciente.
- El propio trabajo, cuando éste es la causa de la enfermedad.
- Otros aspectos moduladores (p.e. situaciones personales, problemas sociales, etc.).

Según la experiencia aportada por los profesionales sanitarios, la indicación de la baja se produce tanto a iniciativa del paciente como del profesional. En todo caso, se recomienda que sea una decisión

compartida con el paciente y revisar el papel de la inspección médica en este ámbito, destacando la importancia de escuchar la opinión del paciente al respecto.

“Yo creo que surge en la consulta y, por parte de uno o por parte del otro”.

“Las bajas, de entrada, en una proporción muy importante son a demanda, las altas son a demanda”.

“Yo creo que es que hay que indagar un poco y negociar con el paciente, ¿no? En términos generales yo creo que incorporarse pronto al trabajo siempre es beneficioso. Ahora, claro, a ver cuáles son las perspectivas del paciente y el punto de vista y por qué sí o por qué no, porque muchas veces, si no te da razones, puedes pensar que lo que quiere es demorar la baja o que hay razones ocultas, ¿no? Si te da unas razones de peso, aunque tú no las hayas sabido ver, a lo mejor...”.

“Siempre hay un proceso de negociación, ¿no?, incluso con Atención Primaria. Atención Primaria te pregunta: ‘¿Qué hacemos, le damos la baja al paciente o no se la damos?’”.

“Yo creo que técnicamente estamos de acuerdo en que lo ideal es primero escuchar al paciente antes de tú dar una opinión. Y si el paciente no lo dice espontáneamente, pues provocar que lo diga, pero más bien desde un punto de vista neutro, antes de yo dar mi opinión, ver por dónde respira el paciente”.

La baja laboral es un recurso terapéutico imprescindible en algunos casos, produciendo efectos positivos cuando se indica en situaciones muy agudas, al inicio del tratamiento y en periodos de corta duración. Entre sus efectos positivos destacan los siguientes:

- Protege de una evolución negativa del cuadro clínico.
- Separa al paciente de una situación de estrés.
- Facilita el fortalecimiento del paciente.
- Es un elemento de protección para la recuperación.
- Genera seguridad.

“En una situación muy aguda, le quitas parte del estrés que le ocasiona el trabajo y le ayudas a que empiece a solucionar otros problemas... en una situación muy aguda”.

“La única ventaja que le vemos es al inicio del tratamiento”.

“La baja laboral es un instrumento de protección, entonces, a mí me parece bien porque protege, ¿qué protege?, las capacidades que estén dañadas en el momento...”.

Por el contrario, los períodos de baja laboral producen efectos negativos cuando no forman parte del contrato terapéutico, contribuyen a la cronificación del cuadro clínico o reducen el compromiso del paciente en el plan terapéutico. En particular, entre los efectos negativos que la baja laboral puede producir se señalan:

- La visualización del problema de salud mental (estigma).
- La falta de estructuración del día a día.
- La desconexión con el contexto diario.
- El miedo a la reincorporación laboral.
- Aumento del aislamiento del paciente.
- Empeoramiento de su situación laboral.

“Tiene un efecto negativo cuando la baja laboral no forma parte de la relación clínica, ¿sabes?, no forma, no entra dentro del contrato terapéutico, ¿sabes?”.

“Pero, al contrario, llega un momento en que tiene que incorporarse porque eso le va a ayudar a mejorar”.

Sin embargo, la permanencia en el puesto de trabajo durante el tratamiento tiene la ventaja de evitar el rol de enfermo, mejora la autoestima del paciente, ayuda a normalizar su situación y, si el trabajo es gratificante, les ayuda en su recuperación. Por el contrario, permanecer activo en el empleo puede tener el inconveniente de generar irritabilidad en el paciente, provocar desmotivación y aumentar el riesgo de accidente laboral en el trabajo.

3.6. NIVEL DE RECOMENDACIÓN DE LA BAJA LABORAL

La baja laboral es, o no, recomendable dependiendo del momento evolutivo de la enfermedad, de la capacidad funcional del paciente y de las características de la persona como individuo autónomo y capaz. También depende del tipo de actividad laboral que realice el paciente. Se hace especial mención al uso adecuado de la baja laboral, incorporada en su caso como parte del plan terapéutico.

“Cada paciente es un mundo distinto”.

“Creo que hay que personalizar eso”.

“Dependiendo de la causa que tenga...”.

“Depende. Hay gente que le viene bien y otra que le viene fatal y nuestra responsabilidad como médicos es concretar ese ‘depende’, ¿no?, lo más justo posible y lo más beneficioso para el paciente”.

“Depende del momento evolutivo y depende de la intensidad de los síntomas, depende del tipo de trabajo, depende de... Depende de la economía familiar...”.

“Lo que se hace es que se pregunta al paciente cómo se desenvuelve en su trabajo y cómo se desenvuelve en su tiempo de ocio y cómo está los fines de semana que no está trabajando, y de ahí se sacan una serie de conclusiones. Si la conclusión que tú sacas es que está mucho peor en el ambiente laboral, pues se recomienda una pequeña baja laboral para que se recupere”.

“Hacer un uso adecuado, igual que el uso adecuado de la medicación, ¿no?, y yo, en este tipo de bajas, lo que veo fundamental es hacer un seguimiento muy cercano (...) tratando siempre de acortar su duración, ¿no?”.

“Nosotros nos sentimos cómodos con las bajas cuando sea un recurso terapéutico. Ahora, cuando forma parte de un desafío a la empresa, tal, ahí uno ya no sabe a qué está jugando, ¿no?”.

En cualquier caso, recomiendan que el periodo de baja sea lo más corto posible, a fin de evitar la cronicidad de la patología, y que el alta no suponga una ruptura de la relación terapéutica. Reforzando esta idea, añaden incluso que para aquellos pacientes que cuentan con un buen clima laboral y escasa red de apoyo familiar y social, la baja laboral en principio podría no ser recomendable.

“El inconveniente es que se prolongue mucho tiempo...”.

“La baja tiene un efecto positivo en cuanto que protege de una evolución más negativa del cuadro, ¿no? En ese sentido es positivo. En cuanto a negativo es el riesgo de cronicidad de los beneficios secundarios que puede implicar una baja”.

“Ese es el mayor inconveniente que tenemos. Una vez que se le da de baja, el primer mes está medio-medio, pero a partir del segundo mes, se acostumbra a estar de baja y ya no se incorpora a trabajar, porque la gente se acostumbra a estar de baja”.

“A mí las bajas superiores a un año me parecen un peligro. Incluso yo he estado tres meses de baja una vez y casi me quedo crónico”.

“Que el alta no suponga una ruptura de la relación terapéutica y del enfoque terapéutico, sino un indicador esencial de cómo va el paciente...”.

“Yo pienso también que cada vez tenemos menos red de apoyo y una de las principales redes de apoyo es la laboral, ¿no?”.

“(Pacientes en los que no es recomendable la baja laboral) Buen clima laboral y escasa red de apoyo familiar o social”.

“No recomendaría la baja cuándo a la persona que tiene un buen clima laboral y luego tiene una escasa red de apoyo a nivel familiar”.

Al preguntarles sobre la posibilidad de promover una situación intermedia transitoria, los profesionales asistenciales señalan que este tipo de situaciones intermedias ya se llevan a cabo en el ámbito de las empresas familiares y PYMES. Como propuestas de situaciones intermedias que podrían impulsarse destacan:

- Reducir la jornada a cambio de terapia.
- Desarrollar trabajos de menor responsabilidad.
- Reducir el riesgo laboral.
- Incorporación progresiva en cuanto a horario.
- Fortalecer el acompañamiento al paciente desde AP durante su reincorporación.
- Realizar intervenciones psicoterapéuticas en el lugar de trabajo.
- Comunicación abierta entre AP y la empresa durante la situación intermedia.

“Merece la pena sondear esa posibilidad de situación intermedia”.

“Lo que se requiere es flexibilidad, ¿no? Si una persona se puede incorporar poco a poco, un par de horas...”.

“Sí, flexibilizar el horario y el tipo de trabajo hasta las, siempre con un criterio ascendente, quiere decir que ‘me estoy adaptando’”.

“Haber un circuito de, donde a la gente con este tipo de enfermedades, se le permita la incorporación paulatina, bien el horario, bien en intensidad de trabajo, bien la responsabilidad...”.

“Darles la posibilidad de cambiar de puesto de trabajo a otro de menos responsabilidad o de menos riesgo, darle esa posibilidad antes de que se pida la baja”.

“Yo eso lo complemento, pues con acompañamiento desde Atención Primaria. Yo, es incorporación progresiva no la encuentro por las empresas”.

“Pues yo reduciría la jornada en dos o tres horas, pero que ese tiempo lo dedicara a terapia, es decir, si tú trabajas de 8 a 3, vas a trabajar de 10 a 3, pero de 8 a 10 o de 8 a 11 de la mañana vas a estar en un grupo de terapia”.

“o una baja corta y que durante esa baja vaya a terapia también”.

“Tener algunas horas a la semana o algo para acudir a un centro de seguimiento para ir dialogando, alguna de ese tipo, ¿no?, alguna hora de disposición libre”.

“Pues yo creo que sería una iniciativa interesante y positiva que los mismos gabinetes de salud laboral de las empresas se implicaran en ese tema y que la terapia la dieran muchas veces en la misma empresa, que no tuviera que desplazarse el paciente por ejemplo en una zona rural (...) y hay muchos pacientes que no quieren ir a terapia porque es que les cuesta tiempo y dinero desplazarse para allá. Si dentro de la empresa se les ofertara esa posibilidad, tanto de la atención como del seguimiento y el apoyo psicoterápico por parte de los médicos de empresa, yo creo que sería una cosa bastante positiva para ellos, pienso yo, ¿eh?”.

“Yo pediría algún tipo de comunicación abierta con la empresa a partir de nosotros, ¿no?, donde nosotros podamos entender la opinión de la empresa, que no la tenemos, solamente tenemos la del paciente, que es el que va a la consulta, y que también fuera bidireccional, que nosotros le pudiéramos dar a ese empresario esa visión nuestra y cómo él podría colaborar en la mejora de ese paciente en concreto”.

Se destaca la necesidad de la participación responsable de la representación sindical en el desarrollo de estas medidas de apoyo para el empleo.

3.7. CAUSAS MÁS FRECUENTES DE LA PÉRDIDA DEL EMPLEO EN PERSONAS CON ADS

Las causas más frecuentes de la pérdida del empleo en las personas con ADS son fundamentalmente las razones económicas y de “rentabilidad” del trabajador, no estando por tanto tan ligadas a la capacidad funcional del mismo.

“Posiblemente la causa no radique en la salud mental, sino en la baja en sí”.

“Claro, los empresarios prescinden de todo aquello que les cuesta dinero”.

“Exactamente, pero no porque sea de salud mental...”.

“Al final el empresario dice: ‘esta persona a mí no me interesa’, y lo despide. Puede que tuviera que ver y dependiendo, creo que determinado tipo de empresas, creo que pudiera tener que ver algo..., puede, ¿eh? Pero vamos, yo creo que, fundamentalmente, el problema es económico, no de la salud mental”.

En algunos casos, la pérdida de trabajo está relacionada con el estigma ante el diagnóstico de esta enfermedad.

“Yo tengo la sensación de que la mayor parte de la gente tiene la idea de que un señor que se da de baja por algo que tiene que ver con que está deprimido, o con que está lloroso o que está nervioso... no es el estigma de la locura, pero sí es estigma de la debilidad, es decir: ‘este tío no me compensa, porque a la larga no va a

tener proyectos ni fuerzas para seguir en esta empresa', es decir, que es un mal trabajador".

"Pero mira, si yo me voy a dar de baja mes y medio por una depresión y Ana se va a dar de baja mes y medio porque se rompe una tibia, el estigma está ahí, ¿vale?, porque ella es totalmente inocente de haberse roto la pierna, pero yo no soy inocente de tener una depresión".

3.8. MOTIVOS DE LA AVERSIÓN DEL PACIENTE AL DESARROLLO DE ACTIVIDADES LABORALES

Entre los motivos más frecuentes por los que el paciente puede ser reacio a permanecer o reincorporarse en el puesto de trabajo durante el tratamiento, se señalan los siguientes:

- El estigma.
- El mal clima laboral (p.e. presión, nivel de responsabilidad exigido).
- La inseguridad o miedo a incorporarse.
- El temor al despido.
- La falta de flexibilidad laboral y la autopercepción del estado de salud (según la personalidad del paciente).
- Los problemas administrativos para interrumpir temporalmente la baja laboral (a modo de prueba).
- Los beneficios secundarios (económicos) esperados por el trabajador.

"Miedo, inseguridad, son enfermedades que te martillean la autoestima. Tú, cuando caes en esas enfermedades, te crees el más inútil del mundo, ¿no?, 'no voy a poder, no me encuentro bien, estoy muy blandito de ánimos, voy a llorar por nada'..."

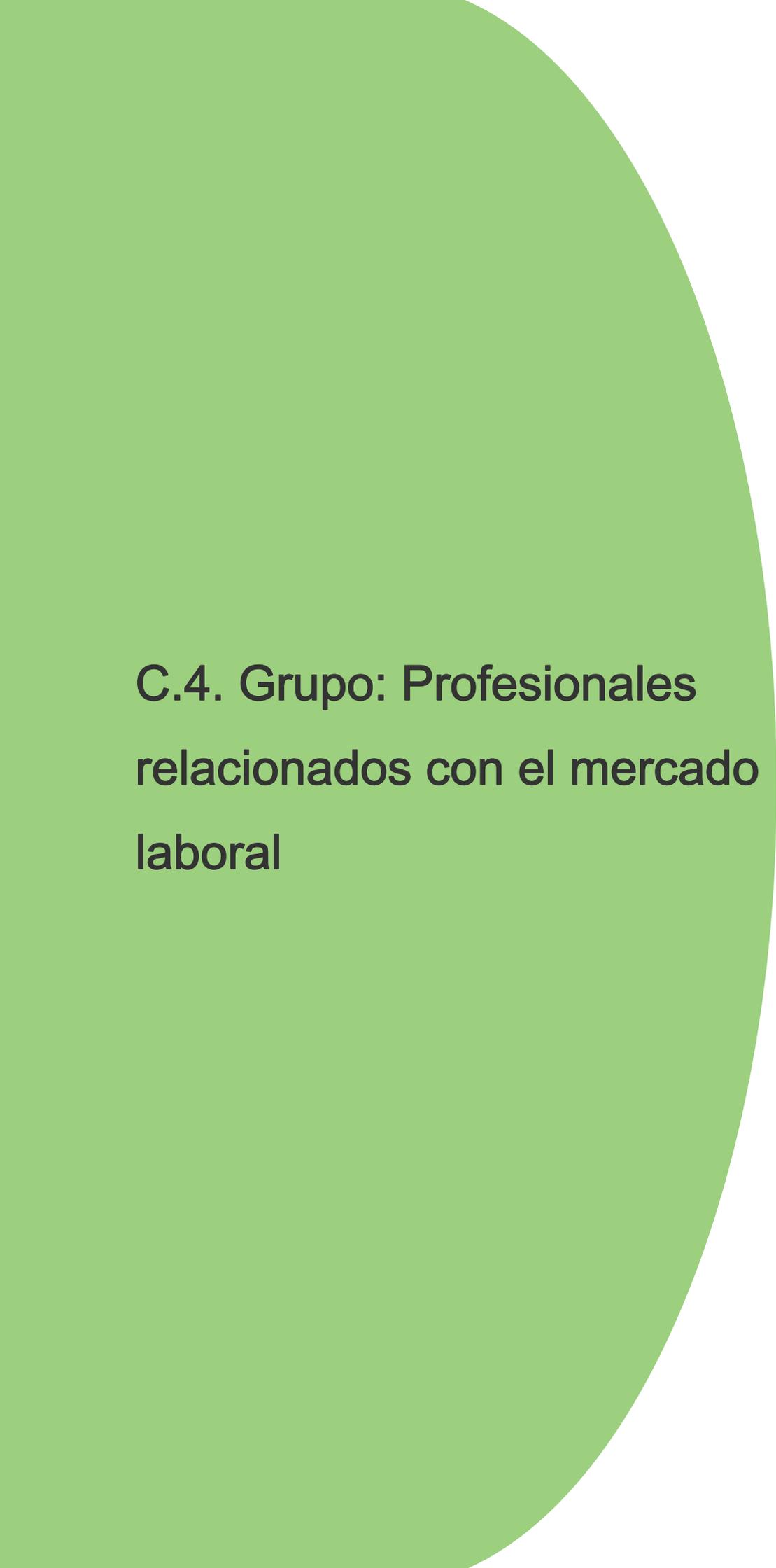
"Y algo que ya dijimos por ahí hace un rato, que es el clima, el clima. Hay mucha gente que no quiere volver a trabajar a un sitio donde sabe perfectamente que el ritmo de trabajo, donde la presión, donde el nivel de responsabilidad, etc., etc., es lo suficientemente alto como para que ellos sepan perfectamente que no van a poder soportar esa presión".

"Influye ahí también, en los motivos para la no incorporación, el que la baja se haya prolongado un poquito de tiempo, ¿no? Entonces, la duración va a condicionar esa dificultad mucho, ¿no?"

"Miedo o búsqueda del despido procedente, ¿no? Porque hay gente que quiere..., y más hoy en día, que renuncie, en lugar de hacerle una oferta: 'mira, no me haces falta en la empresa, no puedo, esta es la oferta de tus derechos, ve por las claras', pero se buscan subterfugios, ¿no?"

“Y tampoco puedes decir: ‘bueno, vamos a probar quince días, te vamos a apoyar ese tiempo, te vamos a tomar secuencia y vemos después cómo vas y si hace falta vuelves’. Si es que dejar una baja y cogerla a los quince días administrativamente es complicadísimo, sólo te la puede dar la inspección, no te la puede dar el médico de cabecera, y son unas complicaciones que tampoco se pueden hacer”.

“Yo creo que, detrás de todo eso están bastantes intereses económicos, ¿no?”.



C.4. Grupo: Profesionales relacionados con el mercado laboral

Grupo: Profesionales relacionados con el mercado laboral

1. VALORACIÓN DEL ENTORNO LABORAL

1.1. EFECTOS DEL ADS SOBRE EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES LABORALES

Las opiniones que ofrecen los participantes en este estudio son muy variadas, ya que el tipo de actividad que realiza la empresa y el puesto de trabajo que ocupa la persona determinan en gran medida el grado en el que el ADS puede afectar al desarrollo habitual de las actividades de empleo. La mayoría de los entrevistados coinciden en que el ADS tiene un impacto en la productividad, que se concreta en aspectos como una disminución de la concentración, la atención y la percepción sensorial. Estos factores pueden afectar directamente a aquellos trabajos más ligados a actividades físicas, como la conducción de vehículos o el manejo de maquinaria.

“Los cuadros ansiosos-depresivos en los conductores, pues evidentemente tienen más repercusión a la hora de su trabajo que si es en oficinas o si es en taller, por el propio tipo de trabajo”.

“El conductor de autobús requiere que tenga muchísima atención sobre su trabajo y en este caso los requisitos de percepción sensorial son del cien por cien, entonces si presenta un cuadro ansioso-depresivo normalmente eso disminuye, sobre todo eso, la atención”.

“Pues influye en que disminuye su productividad”.

“[Influye] de muy poco a mucho, depende de las características de la persona. Lo normal es que sea bastante”.

“Lo único que hacen es pues rendir menos, trabajar menos, porque como tienen mucha más ansiedad y mucha más inseguridad, y mucha más preocupación y mucho más estrés, todo eso asociado, pues rinden menos”.

“Lógicamente afecta mucho, afecta mucho según el tipo de trabajo, pero afecta a la productividad porque si para una productividad de un operario directo es necesario que su operador esté tranquilo, esté relajado, esté concentrado, entonces cualquier problema que puede afectar a esa concentración pues afecta a la productividad”.

“Estas patologías también pueden afectar a la calidad del trabajo. Intentamos evitar que tengan una responsabilidad relacionada con la calidad dentro del sistema productivo, por ejemplo un control de calidad al final de un proceso de trabajo, porque lo que hace falta es una mayor concentración”.

“Suelen ser personas que ocasionan un absentismo, un pequeño absentismo de un día y otras veces un absentismo largo”.

En ocasiones, el ADS también puede generar problemas en el trato con los compañeros de trabajo y los clientes, debido al estado de nerviosismo y ansiedad en el que se encuentra la persona. En particular, las relaciones con los compañeros suelen deteriorarse cuando no se conoce la existencia del trastorno (en muchos casos por deseo del paciente) por lo que la persona afectada pasa a ser vista como conflictiva, poco colaboradora, absentista, etc.

“Cuando una persona está ansiosa, está más nerviosa, también le afecta muchísimo como es el trato al público, que no es sólo conducir, sino también es que están trabajando con el público”.

“Y llega un cliente y no lo ven como un cliente, es el enemigo también que intenta amargarles la vida”.

“Algunas veces también pueden tener problemas con el grupo de trabajo, con el entorno de los compañeros. Problemas de ansiedad, problemas de somatizaciones, problemas de este tipo crean en el entorno problemas de relación”.

“Podemos encontrar que incluso esa persona tenga problemas de promoción dentro de su trabajo, se piense que es que no trabaja, que es conflictivo, que es vago”.

Cuando el clima laboral es bueno, se percibe un menor impacto del ADS en las relaciones con los compañeros de trabajo, ya que éstos suelen ayudarle y son más proclives a facilitar la distribución de la carga de trabajo.

“En taller pues puede ser que pase también un poco más desapercibido [el problema], porque otros compañeros también les pueden ayudar ese día a hacer el trabajo, y la carga de trabajo se puede distribuir”.

En dos de las empresas incluidas en este trabajo se manifiesta que las personas con tratamiento farmacológico por ADS pueden realizar su trabajo con normalidad. El resto de los responsables entrevistados sugieren que los trabajadores con ADS pueden seguir realizando su trabajo sólo si se les ajusta temporalmente la carga y responsabilidades asumidas.

“Hay gente en la que si tú con un problema de ADS los metes en su casa solo con tratamiento no los vas a sacar de su depresión. Habría que cambiarlo un poco de puesto de trabajo o que tenga menos trabajo por decirlo de alguna manera, pero que puede seguir ejerciendo su trabajo”.

“Con sus tratamientos y demás y normalmente van medio bien, vamos que realizan bien su trabajo y ya te digo, a no ser que haya algún problemilla en concreto de que surja algún pequeño conflicto, normalmente van bien”.

1.2. VALORACIONES SOBRE LOS TRATAMIENTOS DE LARGA Y CORTA DURACIÓN

Los tratamientos de larga duración son vistos de forma negativa por los responsables de los servicios médicos de las empresas, ya que en su opinión fomentan que el trastorno mental se haga crónico y que la persona acepte el rol de enfermo. Señalan que se puede llegar a situaciones en las que la persona desarrolle miedo a volver al trabajo y encontrarse con los compañeros y/o jefes.

“Yo veo muy negativo las bajas de larga duración, porque la persona, digamos, adquiere el rol de enfermo, es que estoy enfermo y entonces no me levanto de la cama, o me quedo en la casa todo el día encerrado”.

“Porque yo antes diría que las bajas por depresión y por ansiedad es que duraban mucho, mucho más de lo que tenían que durar [...] La inspección médica está actuando muchísimo más, antes había procesos que se alargaban muchísimo en el tiempo”.

“Los que han estado ya con tratamiento y han tenido una baja [larga], esos están un poco adaptados, por decirlo de alguna manera, a su proceso depresivo y les cuesta más comprender que trabajar les va a ser más terapéutico que estar de baja”.

“Cuanto más larga es [la baja], más trabajo les cuesta reincorporarse. Más miedo y más estrés tiene de volver otra vez a enfrentarse con lo que estaban. Cuanto más cortitas más fácil es. Llega ya un momento que es que ya le toman fobia, le toman miedo, además de la ansiedad que les crea el tener que volver otra vez que enfrentarse a los mismo compañeros y a los mismos jefes, y eso les ocasiona unos trastornos bestiales”.

La reincorporación al trabajo se identifica como parte de la terapia. Se percibe que las personas con tratamientos más cortos son más receptivas a volver a la empresa. Se sugiere que para la reincorporación no hay que esperar a que la persona esté totalmente recuperada, sino que basta con alcanzar una mejoría suficiente que le permita retomar la actividad laboral; en estos casos, no se observa un menor rendimiento del trabajador, aún cuando continúe en tratamiento.

“La gente cuando se incorpora a su trabajo se incorpora bien, no hay accidentes por su parte, y no me comentan los capataces y los inspectores ni los mandos intermedios que están rindiendo menos en el trabajo”.

“En cambio quien tiene un tratamiento más corto, a esa gente si es más fácil de convencerlos de que el trabajar le puede servir de terapia ocupacional”.

“No hay que esperar a que esté completamente bien porque yo considero que también el venir al trabaja forma parte de la terapia para cuidarse”.

1.3. RELACIÓN DEL TRABAJADOR CON EL SERVICIO MÉDICO DE LA EMPRESA

En cuanto a la relación del trabajador con el servicio médico de su centro de trabajo, las experiencias también son muy variadas. En general, estos servicios realizan una labor de seguimiento del ADS, llegando en algunos casos a plantear la modificación del tratamiento farmacológico prescrito o a proponer cambios al médico de familia a través del paciente. Desde los servicios médicos de las empresas se suelen dar orientaciones, a modo de terapia, a las personas con ADS y los consejos suelen ser bien recibidos por los trabajadores.

“Primero cuando tiene la baja tiene que venir por aquí para decirnos cuál es el diagnóstico, y cada semana te trae el parte de confirmación”.

“Cuando alguien viene con un cuadro de depresión o de ansiedad evidentemente nosotros también hacemos aquí un poco de terapia, dentro de la mitad que nosotros podemos realizar. Hablamos con ellos y nos comentan la medicación, nos comentan los efectos secundarios. A veces aconsejamos vale, esta medicación bien, pero coméntale a tu médico que tiene este efecto secundario, si considera mejor que te cambien a un antidepresivo, o la dosis, o cambiar un poco el horario en la toma de la medicación”.

“Yo en algunos momentos sí he puesto tratamientos aquí, que no han ido ni siquiera a su médico de cabecera y cuando ya están puestos [los tratamiento] por su médico de cabecera o su psiquiatra, yo le hago un seguimiento de ese tratamiento”.

“Seguir su enfermedad y preguntarle qué tratamiento, si de verdad me lo está haciendo y procurar influir en que se recupere antes. A través de psicología y a través de farmacología, comerle un poco el tarro, entre comillas, de ponerle las cosas mejor de lo que están”.

“Como el responsable del tratamiento es el médico, o bien de salud mental, o bien el médico suyo de atención primaria, que es el que le prescribe el tratamiento, yo normalmente no quiero entrometerme [...] Si te hacen alguna consulta que muchas veces oye pues mira la medicación y tal y tal, bueno pues más o menos la resuelves”.

“Porque claro como ellos vienen a la consulta digamos voluntariamente pues claro, sí son receptivos”.

“Actuamos como si fuéramos un médico de cabecera. Si no está claro el diagnóstico pues lo remito al médico de cabecera con una nota y suelen mandarlo al especialista”.

En ocasiones, aunque hable con el médico de empresa, el trabajador solicita que no se de publicidad a su problema ni se informe a responsables y compañeros.

“Tenemos conversaciones privadas, en el despacho sin que nadie nos interrumpa. Sin que nadie de los jefes ni nada sepa que Fulanico de copas está tomando esto y esto y esto, a los pacientes no les gusta”.

“A más de uno lo he llamado y me he salido fuera a desayunar con él porque no quiere ni entrar aquí”.

“Muchas veces ellas no quieren que los demás se enteren”.

“Son patologías un poco tabú. Uno no quiere decir voy al psiquiatra. A la gente no le importa decir voy al traumatólogo, cuenta todos sus huesos como los tiene, pero no cuenta voy al psiquiatra. Hay cierto tabú social de que el enfermo mental es una persona que no es de fiar, entonces no se comenta y hay problemas en eso”.

Concluyen afirmando que no siempre pueden realizar un seguimiento de los trabajadores con ADS porque la atención médica suele prestarse a demanda del paciente y no todas las personas recurren a estos servicios médicos.

“Yo lo que suelo siempre es hacer llamadas de teléfono y contactos cara a cara. Y normalmente cuando es un problema de estos de ansiedad, depresión y eso, casi todos se niegan a venir a la empresa”.

“Normalmente, las personas te suelen informar de que están tomando el tratamiento, hay mucha que no, que luego te enteras por otra circunstancia”.

1.4. ASPECTOS DEL TRABAJO QUE AYUDAN A LAS PERSONAS CON ADS EN SU RECUPERACIÓN

Entre los aspectos positivos del trabajo que ayudan a la recuperación del paciente destacan el buen clima laboral y la buena relación con los compañeros, quienes realizan algo similar a un grupo de ayuda mutua.

“Yo creo que la propia relación con los compañeros ya en sí, el tener una actividad social, ya eso en sí es potenciador”.

“Hombre los compañeros primordialmente, que le ayudan un poco”.

Además se valora como aspecto positivo la adaptación de los puestos de trabajo durante el tratamiento de ADS en aquellas empresas en que es posible hacerlo.

“En esta empresa cuando saben que alguien de verdad está afectado medianamente o gravemente, si pueden acoplarlo en otro puesto de trabajo y lo pueden cambiar, lo intentan cambiar de puesto de trabajo [...] Si ven que ha habido algún problema entre compañeros o del personal directivo de una oficina, pues se intenta cambiar de oficina, cambiarlo a otro sitio”.

“Si una persona tiene un cuadro depresivo y tiene un tratamiento intentamos evitar que el trabajo le haga daño, intentamos ponerlo en un puesto de trabajo donde no hay un riesgo de accidente, un riesgo para su salud derivado de la medicación que esta tomando y luego después tomamos medidas de hablar con el entorno, sobre todo con sus jefes”.

Finalmente, se hace hincapié en el beneficio que puede generar en el paciente la vuelta al trabajo, ya que refuerza la autoestima de la persona, la mantiene ocupada, supone un reto positivo y facilita la sensación de recuperar una vida normal.

“Si ellos saben que tienen que desempeñar un trabajo, pues entonces eso les fuerza a que se tiene que levantar a que se tienen que enfrentar, a que tienen que venir aquí, a que tienen que hablar con los compañeros, entonces eso les ayuda”.

“La mayoría de la gente lo que te comenta es que prefieren irse a trabajar, incluso piden a veces el alta aunque no estén bien del todo porque según te cuentan ellos prefieren estar trabajando y haciendo algún tipo de actividad que estar encerrados en la casa”.

“Si el trabajo es un trabajo que a la persona le gusta, que es un trabajo en el que no ha tenido ningún problema de frustración, ningún problema de falta de organización,

pues el trabajo es una actividad que hace que se integre otra vez en su vida y eso es positivo”.

1.5. ASPECTOS DEL ENTORNO LABORAL QUE DIFICULTAN A LAS PERSONAS CON ADS EL DESARROLLO DEL LAS ACTIVIDADES LABORALES

Entre los aspectos del ámbito laboral que dificultan la recuperación del trabajador con ADS se señalan los siguientes:

- Las altas cargas de trabajo.
- Los niveles de responsabilidad de ciertos puestos.
- El desarrollo del trabajo individual.
- La nocturnidad.
- El estigma que sufren en sus relaciones con los compañeros.

“En taller nadie se ha dado de baja por depresión y por ansiedad, yo creo que tiene que ver un poco el entorno, que están más acogidos. Se dan más [las bajas] en movimiento [conductores] y también en turnos de noche”.

“El que tienen mucho trabajo. La carga de trabajo”.

“El poder seguir desarrollando su trabajo con normalidad”.

“Hay gente que son especialmente más sensibles o lo que sea y a veces hay lo que ellos llaman comentarios hirientes, porque [los demás] no entienden bien su proceso”.

“Los comentarios de los compañeros”.

Asimismo, se señalan otros factores externos al puesto de trabajo (no controlables por el trabajador) que pueden generar una agudización del trastorno de ADS, tales como: un fallo en la cadena de montaje, un retraso en la producción, una mala reacción de un cliente, etc.

“Si tú estás muy irritable, y estás más nervioso, pues eso también influye en que cualquier persona que diga cualquier cosa, que diga la más mínima protesta o algo sí, pues ellos también se alteren más”.

“A veces las situaciones laborales pueden ser más o menos complicadas, entonces hay quien las lleva mejor y hay quien las lleva peor”.

“Como es un proceso de producción continua, [afecta] que haya algún problema de fabricación, pues eso te desestabiliza”.

1.6. CONDICIONES DE TRABAJO RECOMENDABLES PARA LAS PERSONAS CON ADS

Aunque depende del puesto de trabajo concreto, para facilitar la recuperación del trabajador con ADS se propone mejorar transitoriamente las condiciones laborales mediante una adecuación del puesto o un cambio de éste, reduciendo la carga de trabajo, adaptando los horarios a una situación más favorable para la persona, asignando la realización de actividades más sencillas, etc.

“Ha habido casos en que nosotros por ejemplo, hemos adaptado a personas con determinado problema y lo hemos cambiado de línea para que vaya en una línea, digamos, más tranquila. O un turno determinado, a lo mejor estás en turno de mañana y de noche, en un momento determinado se le ha cambiado para que haga un turno [fijo] durante un tiempo, para ver si se estabiliza”.

“Hombre, un trabajo más o menos como el que siempre han llevado, pero quizá con un horario diferente o un poco más relajado el trabajo. Lo principal es la carga”.

“En los casos que ha habido, siempre se les ha dado menos cantidad de trabajo, y el trabajo que se les ha dado siempre es lo más fácil y más llevadero”.

“Lo que se debe evitar es intentar forzar, obligar y el estresar, en definitiva, volver a como si estuviese exactamente igual que antes de darse de baja”.

2. VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA A PERSONAS CON ADS

2.1. CONOCIMIENTO DE LA ATENCIÓN SANITARIA

La información que tienen los servicios médicos de las empresas sobre el abordaje terapéutico del ADS que se realiza en los servicios sanitarios públicos les llega a través de los propios trabajadores. En general, se percibe que la asistencia sanitaria prestada es la correcta y hay un alto grado de comprensión hacia la falta de tiempo de los médicos de familia y especialistas de las USMC para atender a sus pacientes.

“La mayoría de los trabajadores lo que perciben es que el médico de cabecera, dentro de su tiempo, le atiende correctamente, pero como que ellos necesitarían mayor atención en cuanto a tiempo en la atención”.

“Porque es que el médico de cabecera, es verdad que atiende bien, es decir, que además está preparado para tratar estos temas menores, digamos los más leves, pero claro, la persona quiere también un apoyo de un psicólogo que a veces no hay porque eso supone un coste muy elevado”.

“La problemática que hay, a nivel de un médico general, un médico de familia lo lleva bastante bien. El problema es la derivación a un psiquiatra, si lo necesitaran, que aparte de lo que tardan en verlos los especialistas... en ese tiempo casi que los cura el médico de familia. O sea, ahí el que hace su papel primordial es el médico de familia”.

“Bastante buena. Si de algo peca es de falta de visitas o de visitas cortas, por falta de tiempo”.

“Eficaces, escuetos y resolutivos, vale, con eso yo me conformo”.

“Yo creo que van bien, que la gente que tiene a lo mejor problemas ya más complicados, suelen derivar a salud mental. Si le han pasado consulta en salud mental, supervisan el tratamiento, en fin que creo que en ese aspecto parece que si que funciona correctamente”.

“Ahora mismo la asistencia que se hace es bastante buena”.

Se echa en falta un mayor uso de otras terapias alternativas al tratamiento farmacológico (p.e. psicoterapia y terapias grupales). Demandan para las personas con ADS la disponibilidad de más tiempo con su médico y una mayor frecuencia de las consultas de seguimiento, que en la actualidad en las USMC pueden espaciarse hasta dos meses.

“No tanto el aspecto de medicación sino de escucharlos, de atenderlos, tú sabes que esto son patologías que el apoyo psicológico es muy importante. Entonces por falta de tiempo muchas veces el médico de cabecera no pueden hacer ese apoyo”.

“Algunos se quejan también incluso de cuando le mandan a salud mental, ellos esperan que también salud mental los atiendan de otra forma, y a veces, también por falta de tiempo, dicen <<a mí nada más me dieron la medicación>>, <<no me preguntaron por muchas cosas>>, o <<pude hablar poco>>. Porque es verdad que hay cuadros psiquiátricos que a lo mejor van al psiquiatra y le mandan una medicación, y bueno, vale, ya te cito dentro de dos meses. ¿Dentro de dos meses?, y ahora estoy yo dos meses nada más que tomando pastillas...”.

“[La atención especializada es] lenta y quizá demasiado farmacológica, a lo mejor tienen mucha sobrecarga. Más importante veo yo un psicoanálisis que hartarle de pastillas, de tratamiento farmacológico. Entonces ahí sí veo yo que sería mejor para el paciente no darle tanta medicina y sí tratarlo más hablando con él un rato”.

2.2. VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

La mayoría de los entrevistados perciben una escasez de recursos en los servicios sanitarios públicos relacionada con el tiempo que dedican los profesionales sanitarios a los pacientes, la frecuencia de las consultas, la demora para obtener cita y la falta de infraestructuras para desarrollar terapias alternativas.

“Quizás hay veces que lo que hace falta es un poco de más tiempo, evidentemente, que si no lo tienen los profesionales no pueden hacerlo”.

“Y cuando van al equipo de salud mental, casi siempre los recibe un psiquiatra, con el que también están un tiempo, pero no lo vuelven a ver, en eso, dos o tres meses”.

“Yo creo que [la capacidad de los servicios sanitarios públicos] es buena, que a lo mejor tarden tiempo en verlo, pero yo creo que buena”.

“Salud mental funciona muy bien. Insisto en que a veces hay gente que está de baja y que me dicen ‘me ha citado para dentro de dos meses’, y que lo vuelvo yo a ver a las tres semanas o cuatro semanas... ‘que sigo muy mal’, y tengo yo que subir las dosis, porque no los ven antes”.

En algún caso, se plantea también la idoneidad de realizar un seguimiento del ADS a largo plazo, para evitar recaídas en pacientes con entornos laborales o personales agresivos.

“Todo es mejorable, no quiere decir que sea malo el sistema yo creo que funciona muy bien pero lo que si habría que mejorar es el nuevo seguimiento a largo plazo de apoyo a determinadas personas que tienen problemas de este tipo y que el entorno tanto familiar, laboral, social pues es un entorno agresivo que puede hacer que haya recaídas con frecuencia”.

2.3. VALORACIÓN DEL ABORDAJE TERAPÉUTICO Y PROPUESTAS DE CAMBIOS

En general se valora positivamente el tratamiento farmacológico de los pacientes con ADS. No obstante, se insiste en la necesidad de complementar el tratamiento farmacológico con otro tipo de terapias alternativas. En este sentido, se señala que hay suficientes psiquiatras pero faltan psicólogos.

“Me parece que los médicos aquí en España están muy bien formados, en cuanto a la medicación, yo no he visto así que haya problemas. Si hay algún efecto secundario, rápidamente se cambia la medicación”.

“Ahora mismo tenemos el tratamiento solo farmacológico, pero nos falta el tratamiento con psicoterapia, que no se está dando, yo tengo la percepción de que

se está dando poco, por lo menos los trabajadores, lo que a mí me comentan es que es muy raro que vayan a sesiones de psicoterapia, casi todo el tratamiento que reciben es eso, es su médico de cabecera que les va cambiando la medicación conforme ello vayan un poco evolucionando”.

“Si nos centramos en los leves, que son los que se pueden incorporar a su puesto de trabajo y tal, a estos les falta el apoyo de la psicoterapia, y muchos con psicoterapia podrían estar incorporándose al trabajo y recibiendo psicoterapia a la vez, yo no sé si se podría plantear, que a lo mejor es menor coste que tenerlos de baja”.

“En realidad la mitad de los pacientes lo que necesitan es hablar con ellos y contarte sus problemas”.

“Veo que lo que le falta al Servicio Andaluz de Salud, a salud mental, es que no hay terapias de grupos, por lo menos que yo sepa, y psicólogos bien poquitos, psiquiatras muchos, pero psicólogos pocos”.

Los servicios médicos de las empresas en ocasiones ajustan los tratamientos prescritos desde los servicios sanitarios públicos.

“Normalmente sí, suelo hacer cambios. O al alza o a la baja o modificaciones”.

En cuanto a los efectos del tratamiento, una de las personas entrevistadas señala que las personas con ADS no pueden desarrollar con normalidad su trabajo debido a los efectos de la medicación.

“Es que no pueden venir al trabajo, pues por decir de alguna manera, empastillados hablando mal, muchas veces están tomando tantos fármacos que no pueden hacer su trabajo bien hecho. Entonces por eso pienso que es más mejor la terapia de un psicoanálisis, que tanta farmacología”.

2.4. EFECTOS DE LA BAJA LABORAL SOBRE LAS PERSONAS CON ADS

La mayoría de los entrevistados no tiene una postura negativa hacia las bajas laborales, siempre y cuando se limiten a las fases agudas del proceso ADS. Se considera que la baja es beneficiosa e incluso necesaria en una primera etapa del tratamiento, para permitir que la persona se tranquilice y se adapte a la medicación prescrita que, al principio, puede producir efectos secundarios.

“Yo apruebo la baja, es decir, cuando una persona ya empieza con irritabilidad, empieza con insomnio, eso son síntomas de que tiene que actuar, de que tiene que recibir un tratamiento. Entonces muchas veces tienes que dar un parón porque tienes

que poner una medicación para que puedas dormir mejor y para tranquilizarte, pero yo creo que debe de ser un tiempo corto. A lo mejor con una o dos semanas tiene suficiente, o varios días, aquí alguien está muy nervioso y ha tenido bajas por ansiedad de tres o cuatro días, y eso ha sido suficiente para que se tranquilice un poco”.

“Entonces yo creo que la baja tiene su ventaja en que te permite poner las cosas un poco en orden, ¿no? Te dan de baja, empiezas con la medicación, ya no tienes miedo a que si la medicación te puede o no te puede afectar...”.

“Al principio que si están muy agobiados y les supera todo la baja les viene bien, es como unas mini vacaciones, por decirlo de alguna manera. Pero una baja larga no les interesa, interesa como unas vacaciones para relajar su cabeza de sus problemas y ordenar sus problemas y ya que está todo ordenado incorporarse a trabajar”.

“Hombre, en la época de agudizaciones pues lo veo correcto [estar de baja]”.

“Yo creo que es necesario en la inmensa mayoría de los casos al principio del tratamiento, incluso en las leves, es necesario la baja porque necesitan una tranquilidad. El trabajo es un esfuerzo importante, algunas personas se levantan a las 6 de la mañana. Normalmente en los procesos con depresión y ansiedad se duerme mal y una de las indicaciones para el tratamiento es que hay que dormir, como mínimo 8 horas, es una de las terapias mejores que hay. En el caso de estar trabajando es muy difícil, entonces en la fase inicial yo aconsejaría a casi todo el mundo, a no ser que sea muy leve el cuadro, coger la baja”.

“En una primera fase es conveniente la baja laboral, luego según la gravedad del cuadro y las características del cuadro y del entorno de trabajo que tengan esas personas. En algunos casos es muy bueno que se incorpore a trabajar, yo estoy de acuerdo que hay gente hay gente de aquí que le ha ido estupendo”.

En determinados puestos de trabajo el tratamiento farmacológico puede impedir el desarrollo normal del trabajo, afectando a la conducción de vehículos y al manejo de maquinaria. En estos casos la baja es necesaria, hasta que la medicación empieza a hacer efecto y pueda reajustarse la dosis para que no suponga un riesgo.

“La baja es el periodo de adaptación un poco a la medicación. Muchas veces los fármacos en principio puede producir, pues eso, efectos secundarios indeseables y luego ya al cabo de los 15 o 20 días es cuando empiezas ya a obtener ya los beneficios. Entonces son 15 o 20 días en los cuales tampoco es aconsejable que esté conduciendo un autobús”.

“Hay otra razón para coger la baja, hay trabajos en los que estar trabajando con una maquina, con un equipo, puede poner en riesgo su salud o provocar un accidente. Casi todas las medicaciones están contraindicadas”.

“En otros casos sería conveniente que se incorporara al final del tratamiento, cuando su trabajo es un trabajo que implica riesgo físico y esta contraindicado con la medicación que está tomando”.

2.5. VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LA PERMANENCIA EN EL TRABAJO DURANTE EL TRATAMIENTO

Como aspectos positivos de la permanencia o incorporación rápida al puesto de trabajo durante el tratamiento de ADS destacan que aumenta la autoestima de la persona y genera la sensación de capacidad de superación. Las relaciones sociales con los compañeros y el tener ocupaciones también son beneficios importantes.

“Yo el efecto positivo que veo, es que ellos de alguna manera ven que son capaces de superar por ellos mismos el problema sin tener que darse de baja. De alguna manera el hecho de darse de bajar es como decir estoy muy enfermo y no puedo seguir [...] Si sigue trabajando es como que tiene la sensación de que es capaz de superarlo”.

“Hay muchas personas que tienen ese problema y el hecho de esforzarse y venir a trabajar también es positivo para ellos porque quiere decir que están poniendo de su parte para mejorar”.

“Es beneficiosos el incorporarte al trabajo y luego tú haces un poco de menos trabajo, tus compañeros te pueden un poco ayudar, el hecho de hablar con ellos, de cambiar de tema, de ya no centrarte nada más que en la enfermedad, sino que cada uno te cuente sus historias y demás, pues eso puede evadirte, y hace que te encuentres mejor”.

“Muchas veces es bueno tener ocupaciones y tener algo obligatorio que tener que hacer, porque el quedarse muchas veces en su casa y no salir, se comen mucho más la cabeza. O sea, a veces es bueno y recomendable tener obligaciones”.

“Le dan menos vueltas a la cabeza por lo menos mientras están trabajando”.

“Ya te digo que positivo, porque hay muchas de ellas que lo piden [el alta] o que se lo han solicitado para escapar un poquillo de, como ellos dicen, comerse el tarro”.

El principal inconveniente que se identifica en relación con la permanencia en el puesto de trabajo, es el riesgo de que se generen situaciones estresantes que agraven la situación de salud mental de la persona, tales como: roces con los compañeros, problemas de producción, quejas de los clientes, etc.

“Por ejemplo en los conductores, pues claro, como tenga un mal día pues ya me dirás. A lo mejor ha tenido problemas porque la línea, ha habido problemas de que la línea ha tenido que quitar un coche de en medio, ha habido mucho público o alguien ha protestado o lo que sea, pues evidentemente eso es negativo en ese aspecto, o que haya muchos problemas de tráfico”.

“Pero el conductor no puede bajar el ritmo, y el que está en la puerta no sabe que tú te incorporas de una baja por depresión y te trata exactamente lo mismo estés como estés”.

“A veces las circunstancias de determinados días en cuanto a la producción y todo eso pues lo pueden desestabilizar, porque se produzca una situación de esas o algún roce con algún compañero”.

2.6. MOTIVOS DE LA AVERSIÓN DEL PACIENTE AL DESARROLLO DE ACTIVIDADES LABORALES

En opinión de los servicios médicos de las empresas, los motivos por los que una persona con ADS puede ser reacio a permanecer o reincorporarse a su puesto de trabajo suelen estar relacionados con la existencia de un entorno laboral hostil, por ejemplo: mala relación con los superiores; elevadas cargas de trabajo que no se pueden reducir; miedo al propio trabajo o a los jefes; comentarios de los compañeros; marginación; etc.

“Quizá la relación con los superiores y las tareas”.

“Normalmente por miedo al trabajo, miedo a los jefes y no quererse enfrentar a la realidad”.

“A mí me cuentan eso, que los comentarios de los compañeros, que no se quieren incorporar a trabajar porque no soportan lo que dicen los compañeros, la rumorología, que comenten tal y cual de ellos”.

“Un motivo es que no se encuentre bien. Otro segundo motivo que pueda haber es que el entorno laboral le sea hostil y entonces pues le achaque su enfermedad al entorno laboral. Hay muchas personas que son exigentes, son entre comillas crueles con la gente. Además la persona ha podido tener progresivamente conflictos con el entorno y entonces muchos enfermos piensan que se han puesto enfermos por el entorno laboral”.

2.7. NIVEL DE RECOMENDACIÓN DE LA BAJA LABORAL

La mayoría de los entrevistados son partidarios de que las personas con ADS permanezcan en su puesto de trabajo durante el tratamiento, aunque la consideran necesaria en algunas ocasiones. Valoran el trabajo como parte de la terapia para la recuperación de una situación de ADS.

Varios entrevistados proponen que la adaptación de los puestos de trabajo puede ayudar a reducir riesgos y permitir que la persona se incorpore con más rapidez a su puesto de trabajo.

Alguna empresa ha manifestado la conveniencia de cambiar a la persona de puesto de trabajo cuando el origen del ADS está vinculado a la relación con los jefes o compañeros, de modo que la persona pueda seguir trabajando evitando el detonante de su problema de salud.

El único inconveniente que se identifica, ya expuesto anteriormente, es la incompatibilidad de la medicación con determinados puestos de trabajo, que hace imprescindible la baja laboral incluso hasta finalizado el tratamiento.

3. VALORACIÓN DEL APOYO PARA EL EMPLEO QUE RECIBEN LAS PERSONAS CON ADS

3.1. APOYO RECIBIDO DESDE LOS SERVICIOS SANITARIOS

Casi todos los entrevistados coinciden en que hay que ajustar el tratamiento farmacológico y fomentar la realización de sesiones individuales de psicoterapia y terapias grupales, aunque en general se considera que falta infraestructura y personal para llevarlas a cabo.

“Sesiones individuales de psicoterapia y luego también la de grupo también viene bien. Las terapias de grupo a mi me parece que son muy positivas, que se deberían de fomentar más las terapias de grupo dentro de los centros de salud, y dentro de la empresa si pudiéramos hacer terapia de grupo también sería interesante. Pero eso es un coste...”

“Es que en realidad yo creo que no existen sitios donde les den terapia, quizá a lo mejor en centros de salud específicos, así en algunos concretos, si hay enfermeras que tengan grupos de apoyo..., pero en conjunto en la seguridad social yo creo que no hay, no existen grupos de apoyo para eso”.

“Que los tratamientos farmacológicos sean estrictamente el tiempo que se necesita y complementar esos tratamientos farmacológicos con psicoterapia”.

Se recomienda reforzar la información que recibe la persona sobre su proceso de ADS y sobre la posibilidad y conveniencia de seguir desempeñando su trabajo con normalidad, evitando en la medida de lo posible la baja laboral.

“Una información suficiente, me refiero a explicar precisamente el proceso y explicarle a esa persona esa tendencia un poco generalizada a pensar que se debe

estar de baja. Que recibamos una información adecuada donde se le explique que no pasa nada y que pueden trabajar o desempeñar su trabajo con normalidad”.

También se señala la necesidad de que se agilicen las citas con el médico de familia y en su caso con el especialista de la USMC.

“La única pega que veo es que muchas veces los médicos de cabecera, estás hoy malo, te sientes muy mal, muy agobiado, llamas al médico de cabecera y te da cita para dentro de tres días. Eso es lo que yo veo un defecto muy grande”.

“La demora de la asistencia de los médicos de cabecera, y el agobio que tienen en los centros de salud mental, que no dan abasto, y a veces las citas tienen que ser un poquito menos alargadas, deberían de acortarse los plazos”.

3.2. APOYO RECIBIDO DESDE EL SECTOR EMPRESARIAL

Desde la experiencia de los servicios médicos de las empresas, en la mayoría de los casos los superiores y compañeros de la persona con ADS suelen reaccionar bien al conocer la existencia del diagnóstico, mostrándose solidarios y solícitos para ayudar en la medida de sus posibilidades. No obstante, en algunos casos los jefes se muestran indiferentes, pudiendo llegarse a una situación de incompreensión derivada del poco conocimiento y aceptación de este tipo de trastornos. El miedo al rechazo e incluso al despido genera en muchos casos que la persona esconda el problema y no quiera contarle en el trabajo.

“Lo que pasa que los pacientes son bastantes reacios a que los jefes lo sepan, pero cuando los jefes lo saben, se portan bastante bien e intentan que el trabajo sea un poco más leve. Lo que pasa es que la gente de la empresa es muy reacia a contar, se creen que parece que es un problema tabú, una enfermedad tabú”.

“Se creen que vayan a perder el trabajo, también con las perspectivas que hay ahora mismo de trabajo, pues a lo mejor es una incertidumbre para la gente, que vaya que yo cuente que estoy deprimido y que por eso no trabajo bien y me vayan a echar de la empresa”.

“Normalmente muy bien [la actitud de los jefes y directivos], de apoyo y de solidaridad y de querer echarle una mano”.

“A veces es complicado porque sabes que una persona está en un determinado proceso y ves que le vienen presiones y ayudar sin desvelar la información es difícil”.

Se propone impulsar medidas de carácter preventivo, como potenciar la actividad física y el deporte, cuidar la motivación de los trabajadores, compartir la información con los responsables y directivos, etc.

“Otra manera muy buena yo creo es potenciar el deporte, el ejercicio físico, es otra manera de ayudar mucho a todos estos cuadros de depresión”.

“Yo creo que lo mejor en las empresas es tener a la gente un poco motivada y animada y eso, es que eso es lo mejor para los cuadros de depresión”.

“Si mejoras el puesto de trabajo, mejoras las condiciones de trabajo y haces que los trabajadores estén mejor, estén más motivados y demás, pues vamos a tener menos cuadros de depresión, de ansiedad [...] Hay que quitarles los factores de riesgo”.

En cuanto al apoyo concreto a las personas con ADS, casi todas las aportaciones de los entrevistados coinciden en la conveniencia de adaptar, de forma temporal, el puesto de trabajo o incorporar al trabajador paulatinamente, realizando determinadas tareas con mayor flexibilidad.

“Adaptar el puesto, que es lo que tenemos que hacer un poco [...] Yo creo que la empresa lo que tiene que hacer es eso. Adecuación del puesto de trabajo”.

“El médico del trabajo debería de valorar a esta persona, ver que esta persona realmente necesita acondicionar su puesto de alguna manera, ¿no?, porque tiene un problema puntual, entonces podríamos adecuarlo, entonces se le aconseja a la empresa: esta persona que tiene este problema ¿podemos disminuir la carga?, porque a lo mejor está en turno de noche: ¿podríamos durante algún tiempo pasarla al turno de mañana?”.

“Que en realidad no te interesa cambiar de puesto de trabajo. Te interesa estar en tu puesto de trabajo. Pero a lo mejor, desempeñando lo mismo, para que tú veas que sigues siendo el mismo, con un poco de menos carga para que no te agobies, para que ese agobio que tú tienes en ese momento, quitártelo”.

“Normalmente siempre es apoyo de ‘te echamos una mano en lo que haga falta’, si hace falta reducir tu jornada laboral te la reducimos sin afectarte a tu sueldo, y te cambiamos de puesto”.

“Habrán empresas que sean favorables a estas situaciones intermedias, de que se puedan incorporar no a lo mejor de forma plena, pero si realizar ciertas tareas que pudieran hacer o bueno que fueran un poco flexibles”.

3.3. CAUSAS MÁS FRECUENTES DE LA PÉRDIDA DE EMPLEO EN PERSONAS CON ADS

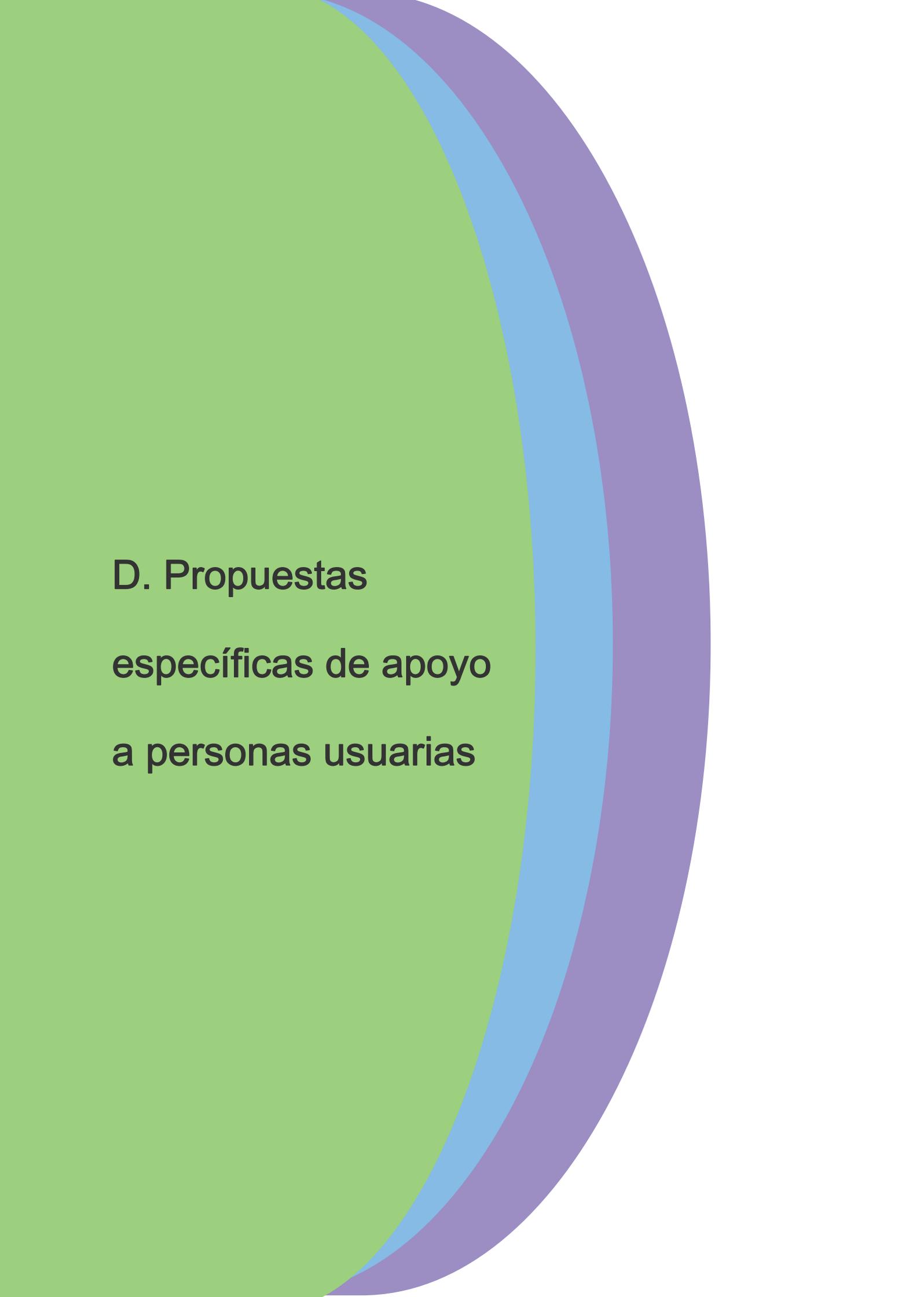
En opinión de los servicios médicos de las empresas, no es habitual que se produzcan despidos relacionados con el padecimiento de un trastorno de ADS ni consideran que la presión de los directivos pueda llegar a este punto. Al contrario, manifiestan que con frecuencia los responsables respetan los tratamientos, los periodos de baja laboral o las adaptaciones del puesto de trabajo que se proponen para la recuperación del paciente.

En los pocos casos en los que los entrevistados reconocen que se producen despidos de personas con ADS, señalan que están motivados por un absentismo prolongado o frecuente, o por la generación de problemas en el equipo de trabajo.

“Por la negativa a intentar volver, y digo intentar, y ser reacio a dejarse ayudar y a encerrarse en sí mismo, y pues cuando ya pasan doce meses, dieciocho meses...”.

“El absentismo, si un trabajador sufre muchos procesos de esta naturaleza y se da mucho de baja al final lógicamente busca o le pueden buscar el proceso de despido por falta reiterada al trabajo”.

“Si tiene un trabajo en equipo y baja su rendimiento pues puede provocar problemas. Me comentan que hacen comentarios hirientes o se meten directamente contigo porque has bajado el rendimiento o porque no estas donde tienes que estar y entonces pues por hay problemas”.



**D. Propuestas
específicas de apoyo
a personas usuarias**

D.1. Grupo: Pacientes

Grupo: Pacientes

1. MEDIDAS A IMPULSAR DESDE LOS SERVICIOS SANITARIOS

Entre las propuestas dirigidas a mejorar la atención sanitaria de los pacientes destacan la accesibilidad al profesional y la atención sanitaria, señalando entre otras:

- Más acceso al profesional de referencia: posibilidad de contactar con ellos en momentos difíciles o de crisis (ejemplo: un teléfono de ayuda).
- Acortar tiempos de espera para la realización de pruebas diagnósticas, acceso o seguimiento en especialistas y espera en la atención urgente.
- Trato más humanitario, atención y comprensión sobre todo por parte de inspección de trabajo.
- Revisar los términos en los que se otorga la incapacidad permanente a las personas que, por estado de salud, se ven incapaces de trabajar.
- Recursos específicos de tratamiento para salud mental: psicólogos, terapias grupales e individuales, tai chi, yoga, homeopatía, acupuntura, hipnosis clínica, etc.
- Recursos materiales específicos: mejora de las instalaciones hospitalarias de salud mental.
- Mayor coordinación entre atención primaria y los dispositivos de salud mental.
- Explicar a enfermos y sus familiares en qué consiste un proceso ADS: signos, tratamiento, evolución, etc.

2. MEDIDAS A IMPULSAR DESDE EL ÁMBITO LABORAL

Dirigidas a empresas, empresarios y sector laboral en general, las personas con ADS proponen las siguientes medidas a impulsar en el ámbito laboral para facilitarles el desarrollo de las actividades de empleo:

- Cambiar el concepto de enfermedad mental en el sector. Concienciar de la posibilidad de que muchos enfermos se recuperan e incorporan a su trabajo y que para ello es necesario el apoyo.
- Adaptación de las condiciones laborales durante las primeras etapas de la enfermedad: reducir presión al trabajador, incorporación gradual y progresiva o repartir cargas. Tener en cuenta además la edad de los empleados, respetando su antigüedad y dedicación en la empresa.

-
- Mayor control del sistema organizacional de la empresa y medidas dirigidas a responsables en las empresas que minimicen el riesgo de *mobbing*. Su defecto da lugar al acoso psicológico y moral de los trabajadores.
 - Establecer un sistema de alerta en las empresas cuando las bajas laborales de sus trabajadores sean más frecuentes de lo habitual.
 - Informes médicos a las empresas sobre el estado de salud mental del trabajador, con consecuencias legales hacia aquellos que causen *mobbing* a estos empleados.
 - Dirigir mejoras hacia el colectivo de autónomos.
 - Vigilar las actuaciones de las Mutuas en relación a los problemas de salud mental de los trabajadores.
 - Estudios periódicos del ambiente laboral (medio ambiente laboral saludable).
 - Eliminación de los factores psicosociales “se antepone la economía a la salud” de los trabajadores.
 - Eliminación de los cargos de libre designación que no tengan la preparación suficiente.

D.2. Grupo: Familiares de pacientes

Grupo: Familiares de pacientes

1. MEDIDAS A IMPULSAR DESDE LOS SERVICIOS SANITARIOS

Los familiares de pacientes proponen las siguientes medidas a impulsar desde los servicios sanitarios para facilitar a las personas con ADS la permanencia en el empleo:

- Inclusión de la salud mental como un aspecto más de la salud de las personas.
- Agilidad en el sistema de atención al paciente de salud mental: citas menos espaciadas en el tiempo, menor tiempo de espera en el acceso a especialistas, etc.
- Cambio en la orientación terapéutica que mejore el abordaje clínico de los periodos de crisis: no centrar el protagonismo en el fármaco y ofrecer más terapias.
- Fondos para la investigación sobre la enfermedad.
- Cambio en la denominación de la enfermedad en el parte de baja.

2. MEDIDAS A IMPULSAR DESDE EL ÁMBITO LABORAL

Por otra parte, consideran idóneo fomentar el desarrollo de las siguientes propuestas desde el ámbito laboral:

- Medidas que permitan la efectiva conciliación trabajo – familia.
- Aplicación de las normativas de prevención de salud en las empresas (privadas también) y que detecten el problema en la evaluación de los riesgos laborales (físicos y psíquicos).
- Información y concienciación a las empresas sobre los problemas de salud mental, la importancia del apoyo y comprensión de las personas que padecen esta enfermedad o sus síntomas (dirigidas a Mutuas y empresas).
- Obligación legal a las empresas de adecuar el entorno y el puesto de trabajo a estos pacientes (inspecciones de trabajo inesperadas).
- Información sobre el papel que juega la inspección médica en el sector laboral: no es una figura que juzga la mala actuación del trabajador que está de baja laboral.
- Disminuir la gran diferencia que existe para los trabajadores entre las empresas privadas y el régimen funcionarial (más facilidades).

**D.3. Grupo: Profesionales
relacionados con la
atención sanitaria**

Grupo: Profesionales relacionados con la atención sanitaria

En los talleres de trabajo realizados con profesionales y personal directivo de Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria y de Salud Mental, tras sondear mediante el desarrollo de grupos focales simultáneos la opinión de los participantes sobre el papel del empleo durante el tratamiento de pacientes con ADS, se expusieron en plenario los resultados obtenidos en el seno de cada uno ellos, fomentando el debate entre los asistentes e identificando el grado de consenso alcanzado entre los participantes de Atención Primaria y los de Salud Mental.

Para concluir las sesiones, se realizó un ejercicio de *identificación y priorización* de medidas de apoyo para la permanencia en el empleo de las personas con ADS a impulsar tanto desde los servicios sanitarios como desde el ámbito laboral.

Para ello, se pidió a cada profesional que identificara, en primer lugar, aquellas medidas que, en su opinión, podrían impulsarse desde los servicios sanitarios para facilitar el ejercicio de actividades de empleo a las personas en tratamiento por ADS. En segundo lugar, se les pidió que, de manera análoga, identificaran aquellas iniciativas que podrían promoverse en el entorno laboral para facilitar la permanencia en el empleo de las personas con ADS durante su tratamiento.

Con las medidas propuestas se realizó un ejercicio de priorización utilizando los siguientes criterios:

- “Grado en que la medida propuesta es facilitadora del desarrollo de actividades laborales”.
- “Grado en que es factible la implantación de esa medida”.

Para priorizar las propuestas realizadas, se estableció una mecánica de puntuación individual utilizando escalas específicas para cada criterio. Para el análisis de los resultados, se tipificaron a escala de 100 las puntuaciones directas obtenidas en cada iniciativa, volcándose finalmente los resultados obtenidos en una matriz de priorización, en la que se identifica el orden en el que sería recomendable iniciar la implantación de las medidas propuestas. Desde esta perspectiva, las medidas de apoyo quedan englobadas en cuatro grandes grupos:

- Las medidas que se podrían desarrollar a corto plazo son aquellas que son consideradas por los participantes como más facilitadoras y factibles, es decir, aquellas con una puntuación por encima del valor de la mediana en ambos criterios de priorización.

- En segundo lugar se podrían emprender las iniciativas de apoyo que, siendo factibles en opinión de los participantes, han sido consideradas menos facilitadoras que otras propuestas.
- Las medidas de apoyo a realizar a medio/largo plazo son aquellas que, pese a ser muy facilitadoras, son menos factibles de acometer, ya que podrían necesitar cambios en cultura organizativa o en la disponibilidad de recursos sanitarios para poder llevarlas a cabo, o bien cambios en la cultura empresarial o en la normativa vigente. En relación con estas propuestas, es aconsejable un análisis más en profundidad para determinar el alcance de los cambios que requiere su puesta en marcha.
- Por último, se encuentran las medidas de apoyo últimas en prioridad. Son aquellas que para los Directores de UGC son menos facilitadoras y también menos factibles que es resto de las propuestas realizadas.

A continuación se presentan los resultados obtenidos en los distintos paneles.

1. MEDIDAS A IMPULSAR DESDE LOS SERVICIOS SANITARIOS

1.1. MEDIDAS PROPUESTAS POR EL PERSONAL DIRECTIVO

Entre todos los Directivos de UGC se identificaron 17 medidas a impulsar desde los servicios sanitarios, relacionadas fundamentalmente con el abordaje psicoterapéutico de la enfermedad y la coordinación interniveles, la normalización de los problemas de la vida, la potenciación de las redes de apoyo familiar y social, y la promoción de la salud mental.

En la tabla siguiente se muestran sus definiciones así como el número de veces que cada una de las medidas fue propuesta por distintos participantes. La numeración asignada a las medidas de apoyo viene dada por el orden en el que los participantes las presentaron en el taller de trabajo.

Tabla 1. Medidas de apoyo a impulsar desde los servicios sanitarios, propuestas por los Directores de UGC.

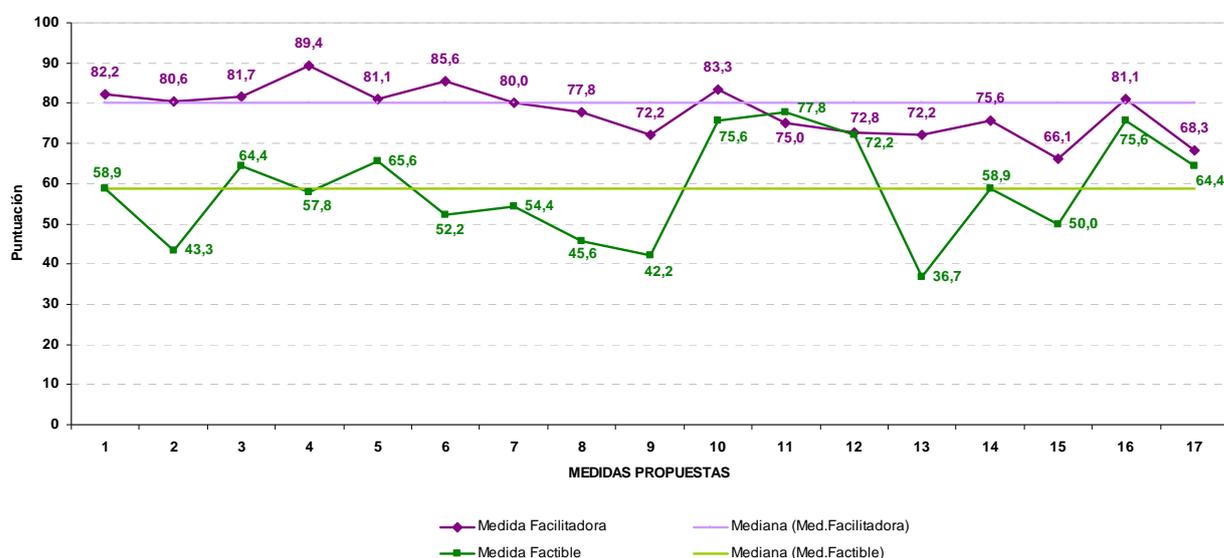
Medida	Definición	Nº veces que se propone
P1	Fomentar el abordaje psicosocial del paciente	15
P2	Garantizar a los profesionales el tiempo necesario para el abordaje psicoterapéutico del paciente	4

Medida	Definición	Nº veces que se propone
P3	Adecuar la baja laboral a las condiciones clínicas del paciente	2
P4	Normalización de los “problemas de la vida”	4
P5	Psicoeducación del paciente en los aspectos beneficiosos del trabajo	2
P6	Potenciar redes de apoyo familiares y sociales	6
P7	Desarrollo e implementación de programas de promoción de la salud mental	4
P8	Incrementar la dotación de recursos no sanitarios.	2
P9	Promover desde los servicios sanitarios la formación de grupos de autoayuda en la empresa	2
P10	Fomentar la coordinación interniveles (entre Atención Primaria, USMC y el ámbito laboral)	3
P11	Negociar con el paciente la baja laboral: duración, condiciones, uso del tiempo durante ese período, etc.	1
P12	Orientar al paciente sobre los potenciales aspectos negativos de la baja laboral	1
P13	Diseñar programas de readaptación laboral	1
P14	Impulsar en Atención Primaria el desarrollo del abordaje psicosocial (implicación de profesionales de enfermería y trabajo social)	2
P15	Creación de espacios de abordaje para la patología ADS	1
P16	Reforzar la formación de los profesionales de Atención Primaria en el diagnóstico del ADS y manejo de técnicas psicoterapéuticas	3
P17	Coordinación con la Inspección Médica	1

Una vez identificadas las medidas a impulsar desde los servicios sanitarios, se pidió a los participantes que priorizaran las mismas, en base al grado en que consideraran que cada una de las medidas propuestas es “facilitadora” del desarrollo de actividades laborales y “factible” de llevar a cabo, estableciendo para ello una mecánica de puntuación individual mediante el uso de escalas de puntuación específicas.

A continuación se realiza un análisis comparado de las puntuaciones obtenidas por las distintas medidas. En el gráfico siguiente se observan las valoraciones obtenidas por cada propuesta junto con la mediana de ambos criterios de priorización.

Gráfico 1. Valoración de las medidas de apoyo a impulsar desde los servicios sanitarios, propuestas por los Directores de UGC.



Las medidas que se consideran “*más facilitadoras*” del desarrollo de actividades de empleo son aquellas cuyas puntuaciones se encuentran por encima de la mediana (valor: 80,00). Por el contrario, se consideran medidas menos facilitadoras que el resto aquellas con puntuaciones que se sitúan por debajo de la mediana.

De forma análoga, se consideran medidas de apoyo de “*mayor factibilidad*” aquellas cuyas puntuaciones se encuentran por encima de la mediana (valor: 58,89). Por el contrario, se consideran medidas de menor factibilidad que el resto aquellas con puntuaciones que se sitúan por debajo de la mediana.

Observando los resultados mostrados en el gráfico, las iniciativas de apoyo a impulsar desde los servicios sanitarios que se consideran altamente facilitadoras y factibles son aquellas cuya puntuación supera la mediana en ambos criterios, encontrándose en esta situación las propuestas número P3, P5, P10 y P16:

- P3: Adecuar la baja laboral a las condiciones clínicas del paciente.
- P5: Psicoeducación del paciente en los aspectos beneficiosos del trabajo.
- P10: Fomentar la coordinación interniveles (entre Atención Primaria, USMC y el ámbito laboral).
- P16: Reforzar la formación de los profesionales de Atención Primaria en el diagnóstico del ADS y manejo de técnicas psicoterapéuticas.

En la situación opuesta se sitúan las medidas de apoyo para el desarrollo de actividades laborales que quedan por debajo de la mediana en ambos criterios de priorización, considerándose éstas las propuestas menos facilitadoras y de menor factibilidad para llevarlas a cabo, en particular:

- P7: Desarrollo e implementación de programas de promoción de la salud mental.
- P8: Incrementar la dotación de recursos no sanitarios.
- P9: Promover desde los servicios sanitarios la formación de grupos de autoayuda en la empresa.
- P13: Diseñar programas de readaptación laboral.
- P14: Impulsar en Atención Primaria el desarrollo del abordaje psicosocial (implicación de profesionales de enfermería y trabajo social).
- P15: Creación de espacios de abordaje para la patología ADS.

Se completa la visualización comparada de las iniciativas identificadas por los Directores de UGC mostrando una matriz de priorización (tabla adjunta) en la que se clasifican todas las medidas de apoyo propuestas en función del análisis cruzado de las puntuaciones obtenidas por cada una de ellas, según el grado en que se consideran facilitadoras del desarrollo de actividades de empleo y factibles de llevar a cabo.

Tabla 2. Matriz de priorización de las medidas de apoyo a impulsar desde los servicios sanitarios, propuestas por los Directores de UGC.

		Grado en que la medida es facilitadora del empleo	
		Mayor o igual que la mediana	Menor que la mediana
Facilidad de implantación de la medida	Mayor o igual que la mediana	A CORTO PLAZO	EN SEGUNDO LUGAR
		P3	P11
		P5	P12
		P10 P16	P17
	Menor que la mediana	A MEDIO/LARGO PLAZO	ÚLTIMAS EN PRIORIDAD
		P1	P7
		P2	P8
		P4 P6	P9 P13 P14 P15

1.2. MEDIDAS PROPUESTAS POR EL PERSONAL ASISTENCIAL

Los profesionales asistenciales identificaron un total de 18 medidas a impulsar desde los servicios sanitarios, relacionadas con el abordaje psicosocial de la enfermedad, la corresponsabilización del paciente en su proceso de recuperación, la formación de los profesionales y la coordinación entre los distintos agentes. La tabla adjunta muestra las definiciones de estas iniciativas así como el número de veces que cada una de ellas fue propuesta por distintos participantes, asignándoles la numeración identificativa en el mismo orden en el que los participantes las presentaron en el taller de trabajo.

Tabla 3. Medidas de apoyo a impulsar desde los servicios sanitarios, propuestas por los profesionales asistenciales

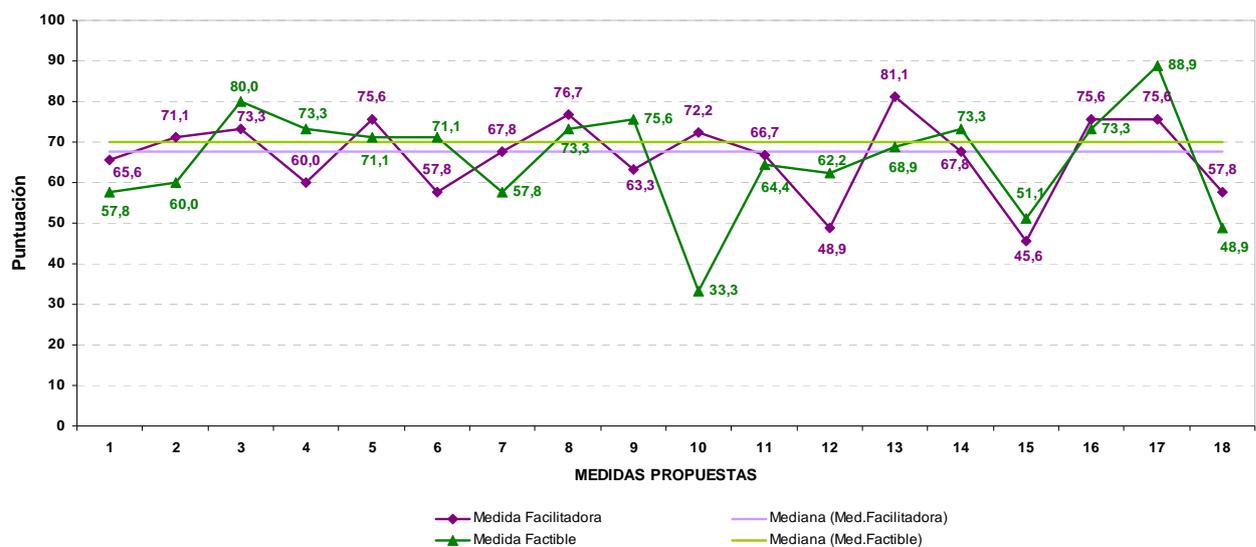
Medida	Definición	Nº veces que se propone
P1	Fortalecer el respaldo al paciente con ADS por parte de los servicios sanitarios y el ámbito empresarial	2
P2	Fortalecer al paciente en su capacidad personal para superar el problema de ADS	1
P3	Utilización en los centros de salud de consultas compartidas entre la Atención Primaria y Salud Mental	1
P4	Organizar las agendas de Atención Primaria que faciliten las consultas de programas de ADS	1
P5	Fortalecer la formación de los profesionales de Atención Primaria y Salud Mental en el abordaje psicosocial de esta patología	3
P6	Evaluar los resultados en salud sobre los procesos de ADS	1
P7	Potenciar el abordaje psicosocial de esta enfermedad	6
P8	Reforzar la coordinación sanitaria interniveles así como la coordinación con el ámbito administrativo-laboral	3
P9	Flexibilidad horaria laboral y del abordaje terapéutico en las USMC que compatibilicen las actividades de empleo durante el tratamiento	1
P10	Coordinación con la empresa para adecuar y adaptar el puesto de trabajo durante el tratamiento	1
P11	Desarrollar campañas de promoción de la salud en el ámbito laboral	1
P12	Posibilitar el apoyo telefónico a los pacientes en situación de crisis	1
P13	Corresponsabilización del paciente en el proceso de recuperación y de reincorporación al trabajo	4

Medida	Definición	Nº veces que se propone
P14	Desarrollar en las empresas campañas de lucha contra el estigma de estos pacientes	2
P15	Distinguir entre el fin y el medio en el proceso curativo	1
P16	Concienciar al paciente de los aspectos positivos del trabajo para conseguir la recuperación	1
P17	Utilización de terapia farmacológica con comprensión y sensatez	1
P18	Fortalecer la implantación del Proceso Asistencial Integrado "Ansiedad, Depresión y Somatizaciones"	2

Los profesionales asistenciales priorizaron las iniciativas propuestas atendiendo al grado en que consideraron que cada una de las medidas es “facilitadora” del desarrollo de actividades de empleo y “factible” de impulsar desde los servicios sanitarios, estableciendo para ello una mecánica de puntuación individual mediante el uso de escalas de puntuación específicas.

A continuación se presenta un análisis comparado de las puntuaciones obtenidas por las distintas medidas. En el gráfico siguiente se observan las valoraciones realizadas sobre cada propuesta junto con la mediana de ambos criterios de priorización.

Gráfico 2. Valoración de las medidas de apoyo a impulsar desde los servicios sanitarios, propuestas por los profesionales asistenciales.



Las medidas que se consideran “*más facilitadoras*” del desarrollo de actividades de empleo son aquellas cuyas puntuaciones se encuentran por encima de la mediana (valor: 67,78). Por el contrario,

se consideran medidas menos facilitadoras que el resto aquellas con puntuaciones que se sitúan por debajo de la mediana.

De forma análoga, se consideran medidas de apoyo de “*mayor factibilidad*” aquellas cuyas puntuaciones se encuentran por encima de la mediana (valor: 70,00). Por el contrario, se consideran medidas de menor factibilidad que el resto aquellas con puntuaciones que se sitúan por debajo de la mediana.

Observando los resultados mostrados en el gráfico, las iniciativas de apoyo a impulsar desde los servicios sanitarios que se consideran altamente facilitadoras y factibles son aquellas cuya puntuación supera la mediana en ambos criterios, encontrándose en esta situación las propuestas número P3, P5, P8, P16 y P17:

- P3: Utilización en los centros de salud de consultas compartidas entre la Atención Primaria y Salud Mental.
- P5: Fortalecer la formación de los profesionales de Atención Primaria y Salud Mental en el abordaje psicosocial de esta patología.
- P8: Reforzar la coordinación sanitaria interniveles así como la coordinación con el ámbito administrativo-laboral.
- P16: Concienciar al paciente de los aspectos positivos del trabajo para conseguir la recuperación.
- P17: Utilización de terapia farmacológica con comprensión y sensatez.

En la situación opuesta se sitúan las medidas de apoyo para el desarrollo de actividades de empleo que quedan por debajo de la mediana en ambos criterios de priorización, considerándose éstas las propuestas menos facilitadoras y de menor factibilidad para llevarlas a cabo, en particular:

- P1: Fortalecer el respaldo al paciente con ADS por parte de los servicios sanitarios y el ámbito empresarial.
- P7: Potenciar el abordaje psicosocial de esta enfermedad.
- P11: Desarrollar campañas de promoción de la salud en el ámbito laboral.
- P12: Posibilitar el apoyo telefónico a los pacientes en situación de crisis.
- P15: Distinguir entre el fin y el medio en el proceso curativo.
- P18: Fortalecer la implantación del Proceso Asistencial Integrado.

Se completa la visualización comparada de las iniciativas identificadas por los profesionales asistenciales mostrando una matriz de priorización (tabla adjunta) en la que se clasifican todas las medidas de apoyo propuestas en función del análisis cruzado de las puntuaciones obtenidas por cada

una de ellas, según el grado en que se consideran facilitadoras del desarrollo de actividades de empleo y factibles de llevar a cabo.

Tabla 4. Matriz de priorización de las medidas de apoyo a impulsar desde los servicios sanitarios, propuestas por los profesionales asistenciales.

		Grado en que la medida es facilitadora del empleo	
		Mayor o igual que la mediana	Menor que la mediana
Facilidad de implantación de la medida	Mayor o igual que la mediana	A CORTO PLAZO	EN SEGUNDO LUGAR
		P3	P4
		P5	P6
		P8	P9
		P16	P14
	P17		
	Menor que la mediana	A MEDIO/LARGO PLAZO	ÚLTIMAS EN PRIORIDAD
		P2	P1
		P10	P7
		P13	P11
		P12	
	P15		
	P18		

2. MEDIDAS A IMPULSAR DESDE EL ÁMBITO LABORAL

2.1. MEDIDAS PROPUESTAS POR EL PERSONAL DIRECTIVO

El personal directivo identificó 12 medidas de apoyo a impulsar desde el ámbito laboral, relacionadas básicamente con la flexibilidad laboral durante el tratamiento de la enfermedad, la mejora del clima laboral y la potenciación de entornos de trabajo saludables, la implicación de los servicios médicos de empresa en el abordaje psicoterapéutico del paciente, la sensibilización y el desarrollo de encuestas periódicas que permitan prevenir e identificar riesgos.

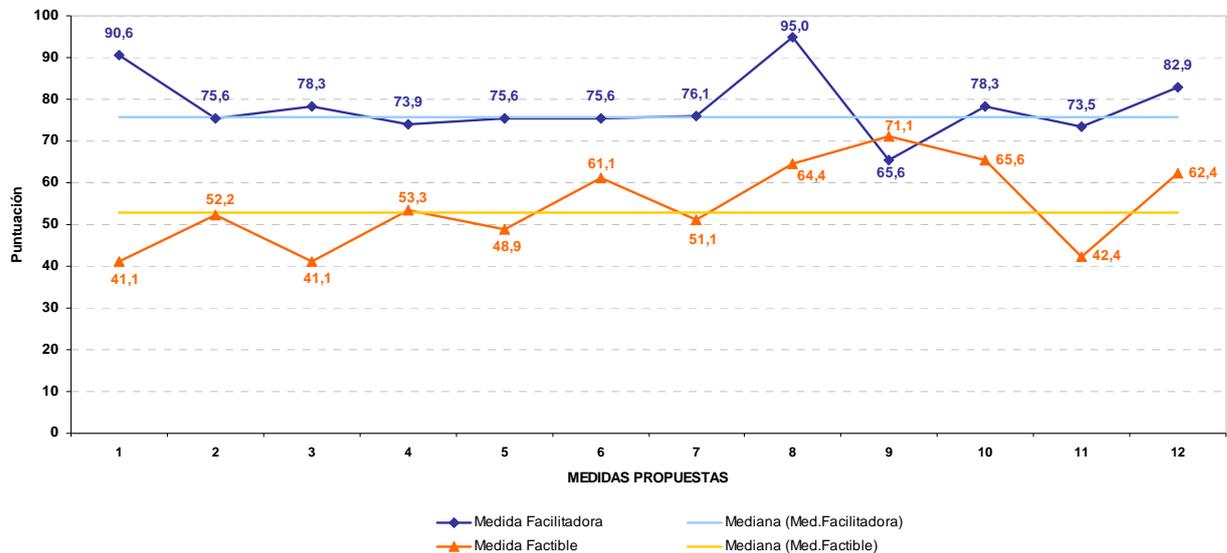
La tabla siguiente recoge las medidas propuestas, respetando el orden en el que fueron presentadas por los participantes. De cada iniciativa se ofrece su definición así como el número de veces en que fue propuesta por distintos Directores de UGC:

Tabla 5. Medidas de apoyo a impulsar desde el ámbito laboral, propuestas por los Directores de UGC.

Medida	Definición	Nº veces que se propone
P1	Fomentar la flexibilidad laboral durante el tratamiento de la enfermedad	17
P2	Implicación de los servicios médicos de empresa en el abordaje psicoterapéutico del paciente	5
P3	Facilitar al trabajador la realización de psicoterapia durante el horario de trabajo	2
P4	Sensibilizar a empresarios y trabajadores sobre esta enfermedad (estigmatización del paciente)	3
P5	Ofrecer psicoterapia desde los servicios de riesgos laborales de las empresas	1
P6	Desarrollar en las empresas acciones de prevención de esta patología	1
P7	Designación de profesionales "orientadores" que den apoyo al trabajador durante su tratamiento (<i>Coaching</i>).	3
P8	Mejorar el clima laboral y potenciar entornos laborales saludables	11
P9	Desarrollar encuestas periódicas que permitan identificar y prevenir riesgos relacionados con esta patología	4
P10	Fomentar la relación personalizada con el trabajador	2
P11	Facilitar la formalización de contratos a tiempo parcial para los trabajadores con diagnóstico ADS	1
P12	Fomentar la autoestima del trabajador con diagnóstico ADS	1

Una vez identificadas las medidas de apoyo, se pidió al personal directivo que las priorizara atendiendo al grado en que consideraron que cada una de las iniciativas es "facilitadora" del desarrollo de actividades de empleo y "factible" llevar a cabo en el sector laboral, estableciendo para ello una mecánica de puntuación individual mediante el uso de escalas de puntuación específicas. A continuación se presentan los resultados comparados obtenidos por las distintas medidas en el ejercicio de priorización, mostrándose en primer lugar las valoraciones realizadas por los Directores de UGC sobre cada propuesta, junto con la mediana de ambos criterios de priorización.

Gráfico 3. Valoración de las medidas de apoyo a impulsar desde el ámbito laboral, propuestas por los Directores de UGC.



De forma análoga al análisis realizado anteriormente, las medidas que se consideran “*más facilitadoras*” del desarrollo de actividades de empleo son aquellas cuyas puntuaciones se encuentran por encima de la mediana (valor: 75,83). Por el contrario, se consideran medidas menos facilitadoras que el resto aquellas con puntuaciones que se sitúan por debajo de la mediana.

Desde la perspectiva inversa, se consideran medidas de apoyo de “*mayor factibilidad*” aquellas cuyas puntuaciones se encuentran por encima de la mediana (valor: 52,78). Por el contrario, se consideran medidas de menor factibilidad que el resto aquellas con puntuaciones que se sitúan por debajo de la mediana.

Observando los resultados mostrados en el gráfico, las iniciativas de apoyo a impulsar desde el ámbito laboral que se consideran altamente facilitadoras y factibles son aquellas cuya puntuación supera la mediana en ambos criterios, encontrándose en esta situación las propuestas número P8, P10 y P12:

- P8: Mejorar el clima laboral y potenciar entornos laborales saludables.
- P10: Fomentar la relación personalizada con el trabajador.
- P12: Fomentar la autoestima del trabajador con diagnóstico ADS.

En la situación opuesta se sitúan las medidas de apoyo a impulsar en sector laboral que quedan por debajo de la mediana en ambos criterios de priorización, considerándose éstas las propuestas menos facilitadoras y de menor factibilidad para llevarlas a cabo, en particular:

- P2: Implicación de los servicios médicos de empresa en el abordaje psicoterapéutico del paciente.
- P5: Ofrecer psicoterapia desde los servicios de riesgos laborales de las empresas.
- P11: Facilitar la formalización de contratos a tiempo parcial para los trabajadores con diagnóstico ADS.

Se completa la visualización comparada de las iniciativas identificadas por los Directores de UGC mostrando una matriz de priorización (tabla adjunta) en la que se clasifican todas las medidas de apoyo propuestas en función del análisis cruzado de las puntuaciones obtenidas por cada una de ellas, según el grado en que se consideran facilitadoras del desarrollo de actividades de empleo y factibles de llevar a cabo.

Tabla 6. Matriz de priorización de las medidas de apoyo a impulsar desde el ámbito laboral, propuestas por los Directores de UGC.

		Grado en que la medida es facilitadora del empleo	
		Mayor o igual que la mediana	Menor que la mediana
Factibilidad de implantación de la medida	Mayor o igual que la mediana	A CORTO PLAZO	EN SEGUNDO LUGAR
		P8 P10 P12	P4 P6 P9
	Menor que la mediana	A MEDIO/LARGO PLAZO	ÚLTIMAS EN PRIORIDAD
		P1 P3 P7	P2 P5 P11

2.2. MEDIDAS PROPUESTAS POR EL PERSONAL ASISTENCIAL

Los profesionales de centros asistenciales identificaron en su conjunto 12 medidas a impulsar desde el ámbito laboral, fundamentalmente relacionadas con la flexibilidad laboral durante el tratamiento, la mejora del clima laboral, el fomento de la coordinación entre los servicios sanitarios y las empresas y el desarrollo de campañas de desestigmatización. La tabla siguiente muestra la definición de cada medida así como el número de veces que fue propuesta por distintos participantes, respondiendo la numeración de las iniciativas al orden en el que fueron presentadas:

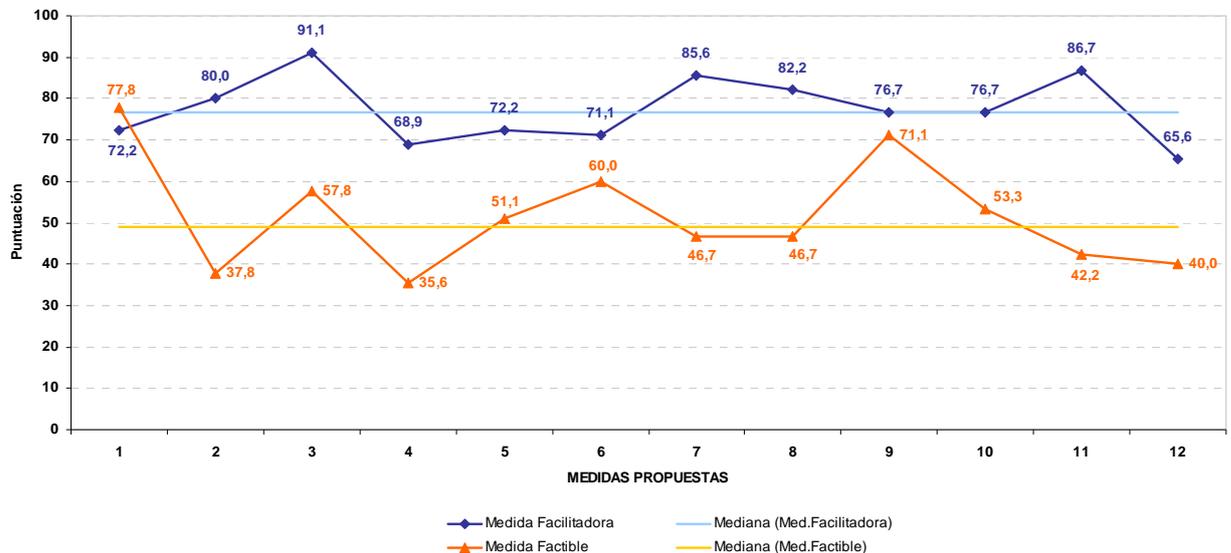
Tabla 7. Medidas de apoyo a impulsar desde el ámbito laboral, propuestas por los profesionales asistenciales

Medida	Definición	Nº veces que se propone
P1	Sensibilizar a las empresas de la vulnerabilidad laboral de los pacientes con ADS	2
P2	Formación de los empleadores en el problema de ADS	2
P3	Fomentar la flexibilidad en la reincorporación laboral	6
P4	Flexibilidad laboral en el horario y características del puesto de trabajo durante el período de tratamiento del paciente	4
P5	Desarrollar planes de mejora de la satisfacción laboral	1
P6	Fomentar la coordinación de los servicios sanitarios con los servicios médicos de las empresas	3
P7	Corresponsabilidad de las partes: paciente, servicios sanitarios y empresario.	1
P8	Desarrollar medidas de mejora del clima laboral	3
P9	Desarrollar en las empresas campañas de desestigmatización del trabajador con ADS	2
P10	Proteger del despido al paciente en baja laboral con ADS	1
P11	Impulsar cambios legales/normativos que flexibilicen los procesos de baja laboral	2
P12	Potenciar el desarrollo de modelos de incentivos y promoción interna de los trabajadores	1

Se pidió al personal asistencial que priorizara las medidas de apoyo identificadas, atendiendo al grado en que consideraran que cada una de ellas es “facilitadora” del desarrollo de actividades de empleo y “factible” llevar a cabo en el sector laboral, estableciendo para ello una mecánica de puntuación individual mediante el uso de escalas de puntuación específicas.

A continuación se presentan los resultados comparados obtenidos por las distintas medidas en el ejercicio de priorización, mostrándose en primer lugar (gráfico adjunto) las valoraciones realizadas por los profesionales asistenciales sobre cada propuesta, junto con la mediana de ambos criterios de priorización.

Gráfico 4. Valoración de las medidas de apoyo a impulsar desde el ámbito laboral, propuestas por los profesionales asistenciales.



Las medidas que se consideran “*más facilitadoras*” del desarrollo de actividades de empleo son aquellas cuyas puntuaciones se encuentran por encima de la mediana (valor: 76,67). Por el contrario, se consideran medidas menos facilitadoras que el resto aquellas con puntuaciones que se sitúan por debajo de la mediana.

Desde la perspectiva inversa, se consideran medidas de apoyo de “*mayor factibilidad*” aquellas cuyas puntuaciones se encuentran por encima de la mediana (valor: 48,89). Por el contrario, se consideran medidas de menor factibilidad que el resto aquellas con puntuaciones que se sitúan por debajo de la mediana.

Observando los resultados mostrados en el gráfico, las iniciativas de apoyo a impulsar desde el ámbito laboral que se consideran altamente facilitadoras y factibles son aquellas cuya puntuación supera la mediana en ambos criterios, encontrándose en esta situación la propuesta número tres:

- P3: Fomentar la flexibilidad en la reincorporación laboral.

Merece especial atención la medida propuesta número nueve (P9: “Desarrollar en las empresas campañas de desestigmatización del trabajador con ADS”) que, aunque no ha sido clasificada como altamente prioritaria por los participantes, sí que presenta elevadas puntuaciones en ambos criterios. En este sentido, la propuesta es considerada como altamente factible, y la evaluación del grado en que esta medida es facilitadora se sitúa justo en el valor de la mediana.

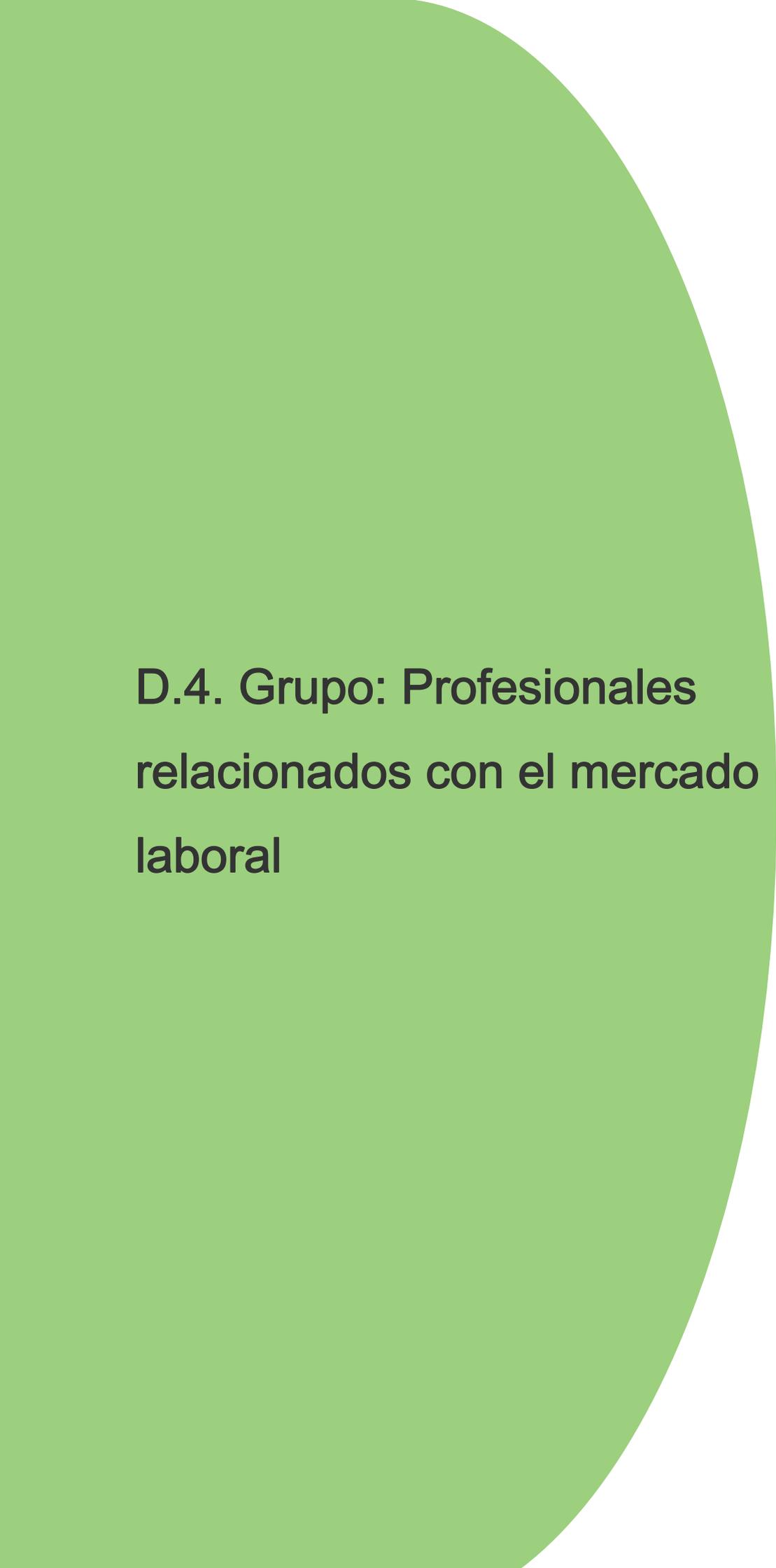
En la situación opuesta se sitúan las medidas de apoyo a impulsar en sector laboral que quedan por debajo de la mediana en ambos criterios de priorización, considerándose éstas las propuestas menos facilitadoras y de menor factibilidad para llevarlas a cabo, en particular:

- P4: Flexibilidad laboral en el horario y características del puesto de trabajo durante el período de tratamiento del paciente.
- P12: Potenciar el desarrollo de modelos de incentivos y promoción interna de los trabajadores.

Se completa la visualización comparada de las iniciativas identificadas por los profesionales asistenciales mostrando una matriz de priorización (tabla adjunta) en la que se clasifican todas las medidas de apoyo propuestas en función del análisis cruzado de las puntuaciones obtenidas por cada una de ellas, según el grado en que se consideran facilitadoras del desarrollo de actividades de empleo y factibles de llevar a cabo.

Tabla 8. Matriz de priorización de las medidas de apoyo a impulsar desde el ámbito laboral, propuestas por los profesionales asistenciales.

		Grado en que la medida es facilitadora del empleo	
		Mayor o igual que la mediana	Menor que la mediana
Facilidad de implantación de la medida	Mayor o igual que la mediana	A CORTO PLAZO	EN SEGUNDO LUGAR
		P3	P1 P5 P6 P9 P10
	Menor que la mediana	A MEDIO/LARGO PLAZO	ÚLTIMAS EN PRIORIDAD
		P2 P7 P8 P11	P4 P12



**D.4. Grupo: Profesionales
relacionados con el mercado
laboral**

Grupo: Profesionales relacionados con el mercado laboral

1. MEDIDAS A IMPULSAR DESDE LOS SERVICIOS SANITARIOS

La mayoría de los entrevistados coinciden al demandar a los servicios sanitarios las siguientes medidas de apoyo para facilitar la permanencia en el puesto de trabajo durante el tratamiento de ADS:

- Fomentar las terapias grupales y psicoterapias individuales.
- Ampliar la dotación de psicólogos.

Asimismo, se hacen otras propuestas aunque con menor nivel de consenso:

- Valorar de forma más continua y ajustada la capacidad laboral del paciente con ADS para evitar bajas injustificadas o excesivamente prolongadas.
- Valorar la disminución del tratamiento farmacológico cuando sea posible.
- Aumentar la frecuencia y reducir el tiempo de espera en las consultas.
- Mejorar la comunicación y colaboración de los médicos de Atención Primaria y los médicos de las empresas.

2. MEDIDAS A IMPULSAR DESDE EL ÁMBITO LABORAL

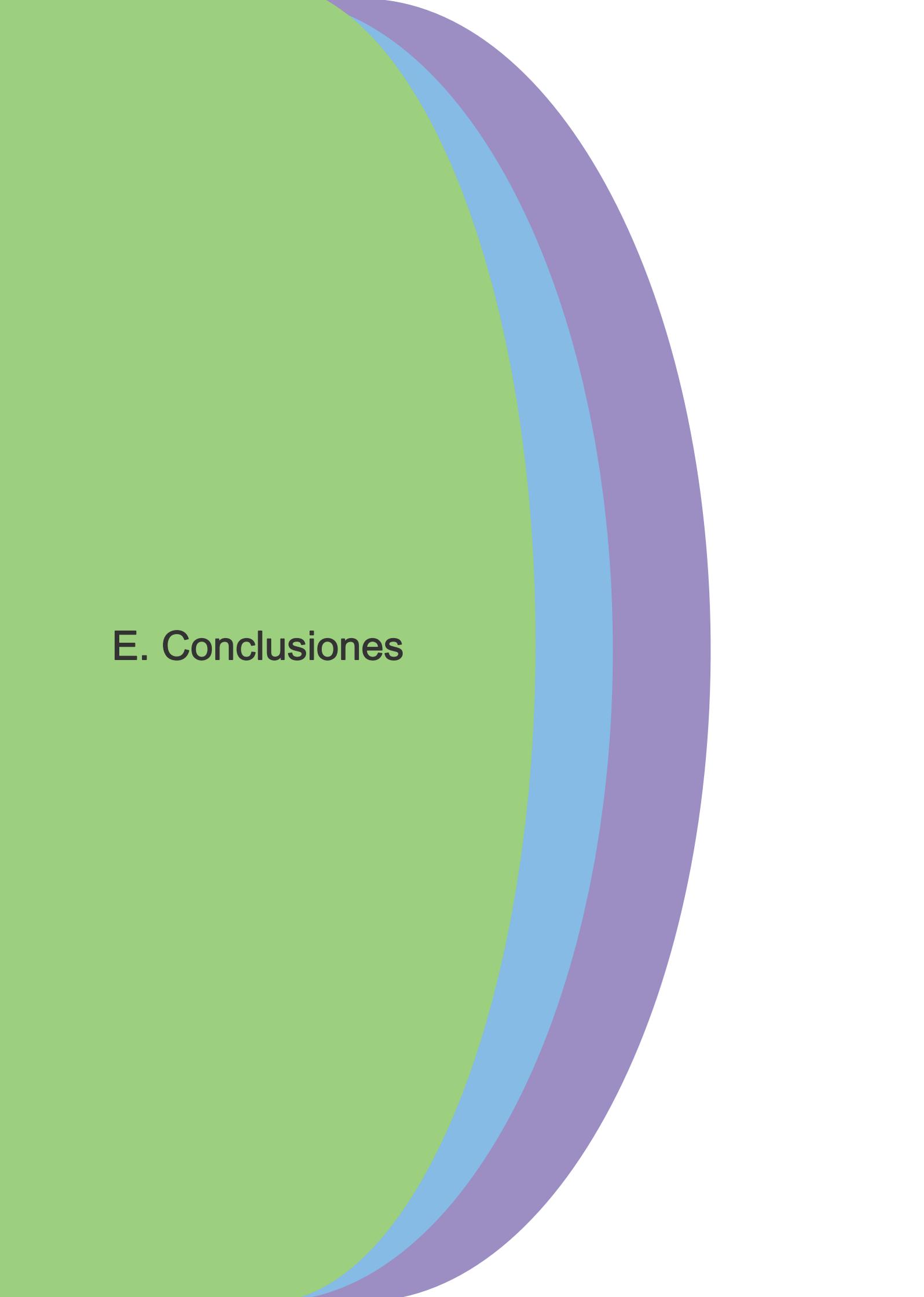
La mayoría de los entrevistados coinciden al considerar necesario impulsar desde las empresas las siguientes medidas de apoyo para facilitar la permanencia en el puesto de trabajo durante el tratamiento de ADS:

- Adecuar temporalmente el puesto de trabajo, flexibilizando tareas, horarios y condiciones de trabajo.
- Optimizar la organización y reparto de las cargas de trabajo.

Además se hacen otras propuestas, aunque con menor grado de consenso:

- Fomentar actividades lúdicas o deportivas grupales que potencien las relaciones interpersonales.
- Formar en técnicas de relajación y control del estrés.
- Formar e informar a los profesionales de medicina del trabajo.

-
- Potenciar la figura del especialista en medicina del trabajo, con presencia en las empresas, para que se canalice la adaptación del puesto de trabajo a la situación de salud de la persona con ADS.



E. Conclusiones

Conclusiones

Como fruto del análisis de situación que se ha realizado en Andalucía sobre la atención sanitaria que se presta a personas usuarias del SAS con trastornos de ansiedad, depresión y somatizaciones, así como del apoyo que reciben éstas personas para desarrollar actividades de empleo durante su tratamiento, se extraen las siguientes conclusiones:

- **Causas más frecuentes del ADS:**

La mayoría de pacientes y familiares que han participado en este estudio coinciden en afirmar que las dificultades en el trabajo (p.e. características del puesto, situaciones de acoso laboral) son el principal desencadenante de los trastornos de ansiedad, depresión y somatizaciones. El padecimiento de otras enfermedades de origen físico o los problemas de tipo personal o familiar también están presentes entre las causas de esta patología, aunque en menor grado. Desde la perspectiva de los profesionales sanitarios, una proporción considerable de personas con ADS suelen ser pacientes hiperdiagnosticados por hacer patológicas situaciones de la vida cotidiana.

El apoyo recibido por la pareja, la familia o los compañeros de trabajo es un aspecto muy valorado por los pacientes que atraviesan esta situación, aunque no se produce en todos los casos.

- **Cómo afecta el ADS al paciente:**

Por regla general, los pacientes con ADS encuentran dificultades para continuar realizando sus tareas habituales, sobre todo en los peores momentos de la enfermedad. Los familiares perciben que las situaciones más difíciles para afrontar la vida diaria están ligadas al decaimiento y la falta de fuerza, así como al temor a enfrentarse al trabajo o cualquier situación de estrés.

En relación con el desarrollo de las actividades laborales, los profesionales sanitarios hacen énfasis en los efectos que el ADS suele provocar en la autopercepción del individuo y de sus capacidades, lo que se traduce en la alteración de su función global y en el sentimiento de verse superado temporalmente en sus capacidades.

- **Valoración de la asistencia sanitaria:**

La atención a personas con ADS se realiza desde un enfoque comunitario, compartida entre la Atención Primaria y los servicios especializados de Salud Mental. La valoración general que, tanto los directivos como profesionales sanitarios, hacen de la asistencia que el SAS presta a estas personas,

es que se trata de una atención compleja y poco especializada, muy medicalizada, con escaso abordaje psicoterapéutico e insuficientes recursos de apoyo familiar y social.

No obstante, desde la perspectiva de los pacientes y sus familiares, la atención sanitaria es valorada positivamente, destacando la comprensión y el trato recibido. Las personas usuarias diferencian entre la atención de los profesionales, que consideran de calidad, y la que ofrece el sistema sanitario en su conjunto, que califican de lento, descoordinado y muy deficiente ante situaciones de crisis. En este sentido, los pacientes coinciden en que los recursos con los que cuenta el sistema sanitario son escasos, destacando la insuficiencia de terapias psicológicas, el excesivo espaciamiento entre las citas y la dificultad de encontrar un especialista adecuado. Esta visión es compartida por los profesionales del ámbito laboral, que también tienen una buena opinión de la atención que se presta a las personas con ADS, aunque destacan la escasez de recursos del sistema sanitario público.

En cuanto al tratamiento farmacológico recibido, las experiencias y valoraciones de los pacientes son heterogéneas: mientras a unos les ha ayudado en su recuperación, otros han encontrado muchos efectos negativos que afectan a su vida diaria. En términos generales, los servicios médicos de las empresas valoran positivamente la medicación y no perciben que impida el desarrollo normal del trabajo. Los familiares, por su parte, reclaman un tratamiento más dirigido a la enfermedad que a los síntomas, así como un adecuado abordaje clínico y terapéutico cuando el paciente sufre otras patologías (estigmatización de los problemas de salud mental).

- **Valoración del entorno laboral:**

Los pacientes y sus familiares han señalado muchos elementos positivos que el trabajo tiene sobre su estado de ánimo: les permite evadirse del malestar emocional y los pensamientos negativos; les permite realizarse laboralmente y sentirse útiles, y les evita caer en la monotonía. Los profesionales del ámbito laboral coinciden al señalar que la permanencia en el trabajo refuerza la autoestima de la persona con ADS y la mantiene ocupada mentalmente.

Los elementos negativos, por su parte, están asociados a problemas de relación con los compañeros (estigma) y a las dificultades que encuentran para realizar su trabajo ordinario, a consecuencia de la afectación que el ADS provoca en la capacidad funcional de la persona. La opinión mayoritaria de los profesionales de los servicios médicos de las empresas es que el ADS tiene un impacto en la productividad del trabajador, pudiendo afectar también al trato con los clientes. No obstante, consideran que los trabajadores con ADS pueden seguir desarrollando actividades laborales cuando se adaptan temporalmente las responsabilidades y funciones de su puesto.

- **Valoración de baja laboral:**

Las recomendaciones efectuadas sobre la permanencia o no en el puesto de trabajo es coincidente entre pacientes, familiares y profesionales asistenciales, señalando que su conveniencia, o no, depende del momento evolutivo de la enfermedad, de la capacidad funcional del paciente y de las características de la persona. Los pacientes y sus familiares coinciden en que los profesionales médicos indican la baja laboral con criterios adecuados y consensuados. Dando un paso más, los profesionales asistenciales recomiendan elaborar un *check-list* de los aspectos relacionados con el puesto de trabajo, a fin de calibrar la influencia que éstos pueden tener en cada paciente.

La baja laboral ha sido valorada positivamente por los pacientes y sus familiares, considerándola necesaria para la recuperación en los periodos de crisis y cuando la fuente del ADS está relacionada con el trabajo. No obstante, tanto los profesionales sanitarios como los del ámbito laboral previenen sobre las bajas de larga duración, ya que pueden provocar la cronicidad del problema de salud. Los profesionales asistenciales destacan la conveniencia de promover una situación laboral intermedia para estos pacientes, con carácter transitorio.

En general, se recomienda la reincorporación al trabajo cuando la persona comienza a recuperar su funcionalidad, enfatizando los profesionales asistenciales la idoneidad de que dicha incorporación forme parte del plan terapéutico.

En opinión de los profesionales sanitarios y los servicios médicos de las empresas, los casos de pacientes reacios a incorporarse al trabajo suelen darse cuando existe una excesiva carga laboral o un entorno laboral hostil.

- **Valoración del apoyo recibido en el ámbito laboral:**

Las personas con ADS destacan positivamente el apoyo recibido por sus compañeros de trabajo, quienes suelen conocer su estado de salud. Sin embargo, no ha sido tan habitual el apoyo de responsables directos y superiores, quienes no suelen mostrarse comprensibles con la situación que atraviesa el trabajador, aunque las situaciones vividas y las experiencias son diferentes. En este sentido, los pacientes destacan la falta de adaptación temporal del puesto de trabajo y, en algunos casos, un empeoramiento de sus condiciones laborales. Consideran, asimismo, que el padecimiento de ADS es un elemento facilitador de acoso laboral y de las situaciones de despido, dado el absentismo laboral y la disminución del rendimiento o productividad que provoca su enfermedad.

Los familiares de pacientes perciben que los problemas más comunes en los lugares de trabajo están muy relacionados con la falta de comprensión de la enfermedad mental y el estigma que ésta genera. Asimismo, observan dificultades para flexibilizar las condiciones laborales del paciente.

En cuanto a la reacción que muestran las empresas cuando el paciente comunica su baja laboral, normalmente es negativa, aunque también hay casos en los que compañeros y superiores comprenden la situación y brindan su apoyo. Sin embargo, la percepción que existe desde los servicios médicos de las empresas es diferente, manifestando que tanto los superiores y como los compañeros suelen ayudar y mostrarse solidarios con estas personas.

Los pacientes han señalado que la situación actual crisis económica es un elemento clave que condiciona las posibilidades de mantenimiento o incorporación al puesto de trabajo de las personas con ADS.

- **Propuestas de medidas de apoyo para el empleo:**

Entre las medidas de apoyo a impulsar desde los servicios sanitarios, los familiares de pacientes destacan la necesidad de modificar el abordaje terapéutico del ADS. De manera más específica, los profesionales del ámbito sanitario consideran prioritario fomentar la coordinación interniveles y reforzar la formación de los profesionales de Atención Primaria, adecuar la baja laboral a las condiciones clínicas del paciente y ofrecer psicoeducación a la persona con ADS sobre los aspectos beneficiosos del trabajo. Sugieren asimismo la idoneidad de fomentar la corresponsabilidad del paciente durante el tratamiento, haciéndole partícipe de la toma de decisiones.

Por su parte, los profesionales del ámbito laboral demandan un mayor fomento de sesiones individuales de psicoterapia y terapias grupales, así como aumentar la frecuencia y reducir los tiempos de espera para las citas tanto de médico de familia como de especialista en salud mental.

Entre las iniciativas a impulsar desde el ámbito laboral, los pacientes y sus familiares destacan, entre otras, la adaptación temporal del puesto de trabajo, la incorporación de la salud mental en la evaluación de riesgos laborales, el desarrollo de actividades de prevención del acoso laboral -mobbing- en las empresas, y la sensibilización social sobre los problemas de salud mental.

Los profesionales asistenciales también priorizan la necesidad de mejorar el clima laboral y potenciar los entornos laborales saludables, la flexibilidad en la reincorporación laboral, reforzar la autoestima del trabajador con ADS y desarrollar campañas de desestigmatización de estas personas en los lugares de trabajo. Asimismo, sugieren la creación de estructuras de apoyo y de guía en el entorno laboral del paciente.

Desde los servicios médicos de las empresas se recomienda impulsar medidas de carácter preventivo, y coinciden al considerar que la mejor medida para favorecer la permanencia en el trabajo de las personas con ADS es adaptar su puesto de trabajo.



Este proyecto ha sido financiado por el Programa de Fomento del Empleo y la Solidaridad Social de la Unión Europea - PROGRESS (2007-2013).

Este programa está gestionado por la Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades de la Comisión Europea. Se estableció para apoyar financieramente la ejecución de los objetivos de la Unión Europea en el área de Empleo y Asuntos Sociales, según lo establecido en la Agenda Social, y así contribuir al alcance de los objetivos de la Estrategia de Lisboa en estos ámbitos.

Este programa, de 7 años de duración, se dirige a todas las entidades interesadas en fomentar el desarrollo de un empleo adecuado y eficaz, la legislación social y las políticas en la UE27 y los países AELC/EEE, así como en aquellos candidatos y precandidatos a la UE.

La misión de PROGRESS es fortalecer la contribución de la UE en apoyo del compromiso de los Estados miembros. PROGRESS es fundamental para:

- ofrecer análisis y asesoramiento político sobre las áreas del programa PROGRESS;
- supervisar e informar sobre la aplicación de la legislación y las políticas de la UE en las áreas de desarrollo normativo del programa PROGRESS;
- promover la transferencia de políticas, el aprendizaje y el apoyo entre los Estados miembros sobre los objetivos y prioridades de la UE, y
- divulgar los puntos de vista de las partes interesadas y de la sociedad en general.

Para obtener más información, consulte: ec.europa.eu/progress

La información contenida en esta publicación no refleja necesariamente la posición u opinión de la Comisión Europea, que es el Órgano de Contratación.

Socios



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD



new
economy

EISD
EUROPEAN INSTITUTE FOR INTEGRATED DEVELOPMENT



Cheshire and Wirral Partnership NHS
NHS Foundation Trust

Mersey Care NHS
NHS Trust

Pennine Care NHS
NHS Foundation Trust