

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**



TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR A LA LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA.

**TÍTULO: “PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLABORAL, ORIENTADO A
DISMINUIR GRADUALMENTE LOS SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN QUE
AFECTA EL DESEMPEÑO DE LOS TRABAJADORES EN SU PUESTO
LABORAL Y SUS RELACIONES INTERPERSONALES”**

EQUIPO DE TRABAJO

DOMÍNGUEZ SARA VIA, CRUZ MARÍA

GRANILLO MARTÍNEZ, DAMARIS ABIGAIL

HERNÁNDEZ MORALES, EDWIN APARICIO

DUE

DS11002

GM10039

HM08039

DOCENTE ASESOR:

LIC. BENJAMIN MORENO LANDAVERDE

COORDINADOR DE PROCESO DE GRADO:

LIC. ISRAEL RIVAS

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Lic. Roger Armando Arias
Rector de la Universidad de El Salvador

Dr. Raúl Ernesto Azcúnaga López
Vice-rector Académico de la Universidad de El Salvador

Ing. Juan Rosa Quintanilla
Vice-rector Administrativo de la Universidad de El Salvador

Ing. Francisco Alarcón
Secretario General

Licdo. Rafael Humberto Peña Marín
Fiscal General

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

Msc. Oscar Wuilman Herrera Ramos
Decano de la Facultad de Ciencias y Humanidades

Licda. Sandra Lorena Benavides de Serrano
Vicedecano de la Facultad de Ciencias y Humanidades

Maestro Juan Carlos Cruz Cubias
Secretario de la Facultad de Ciencias y Humanidades

AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

Lic. Bartolo Atilio Castellanos Arias
Jefe del departamento de Psicología

Lic. Israel Rivas
Coordinador del Proceso de Grado

Lic. Benjamín Moreno Landaverde
Docente Director

INDICE

DEDICATORIAS	vi
AGRADECIMIENTOS	ix
RESUMEN.....	xii
INTRODUCCIÓN	xiii
CAPITULO I. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA	14
CAPITULO II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	16
Situación actual del problema:	16
CAPITULO III. JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA	18
CAPITULO IV. OBJETIVOS DE LA PROPUESTA	21
Objetivo general	21
Objetivos específicos	21
CAPITULO V. METAS	23
CAPITULO VI. FUNDAMENTACIÓN	24
6.1. Definición de depresión.	24
6.2. Antecedentes históricos.....	25
6.3. Datos Epidemiológicos sobre la depresión	29
6.6. Causas de la depresión	31
6.6.1. Causas biológicas	31
6.6.1.1. Aspectos genéticos	31
6.6.1.2 Trastorno de los neurotransmisores.....	32
6.6.1.3. Medicamentos que pueden producir depresión.....	33
6.6.1.4. Alcoholismo crónico	34
6.6.1.5. Consumo prolongado de drogas ilícitas	34
6.6.1.6. Algunas enfermedades físicas	35
6.6.1.7. Algunos procedimientos quirúrgicos	35
6.6.1.9. Desnutrición	36
6.6.6.10. Trastornos en el patrón de sueños	36
6.6.1.11. El periodo menstrual y posparto.....	37
6.6.1.12. El climaterio	37
6.6.2. Causas psicológicas.....	37
6.6.2.1. Teoría psicodinámica	38

6.6.2.2. Teoría cognitiva	38
6.6.2.3. Excesiva dependencia de otras personas	39
6.6.2.4. Pobre autoimagen.....	39
6.6.2.5. Pérdida de un ser querido	40
6.6.2.6. Pobre tolerancia a las frustraciones	40
6.6.2.7. Pobres relaciones interpersonales.....	40
6.6.2.8. Excesiva timidez	41
6.6.2.9. Poca confianza en sí mismo	41
6.6.2.10. Poco deseo de superación.....	41
6.6.2.11. Estrés severo prolongado	41
6.6.2.12. Personas con tendencias hipocondríacas	42
6.6.3. Causas sociales.....	42
6.7. Aspectos sociolaborales de la depresión	42
6.8. Consideraciones de la depresión en el área laboral.....	49
6.8.1. Aptitud laboral en el trabajador con depresión	49
6.8.1.1. Efectos de las condiciones laborales sobre la salud mental	50
6.8.1.1.1. Factores psicosociales	51
6.8.1.1.2. Otros factores laborales.....	60
6.8.1.2. Efectos de la patología mental sobre el desempeño laboral	64
6.8.1.3. Valoración de efectos secundarios del tratamiento antidepresivo.....	68
6.9. El trabajador con depresión como especialmente sensible	71
6.10. Vigilancia de la Salud en el paciente con trastorno depresivo	72
6.10.1. La exploración psiquiátrica en vigilancia de la salud.....	73
6.10.1.1. El nivel de riesgo del puesto de trabajo.....	78
6.10.1.2. El grado de limitación del trabajador	81
6.10.2. Conductas a seguir en función de las alteraciones que se detecten	83
6.11. Tratamientos para la depresión	84
6.11.1. Tratamiento farmacológico	84
6.11.2. Tratamiento psicológico.....	86
6.12. Modelo de intervención cognitivo-conductual en la depresión.....	87
6.12.1. Principios generales de la terapia cognitivo conductual	88
6.12.2. Características de la Terapia Cognitivo Conductual	89
6.12.3. Técnicas de la terapia cognitivo conductual.....	92

6.12.3.1. Técnicas cognitivas	92
6.12.3.2. Técnicas conductuales.....	96
6.13. Aproximación a Modelo de intervención CASIC	97
6.14. Terapia grupal	99
6.14.1. Ventajas.....	101
6.14.2. Valores para Poblaciones Específicas	102
CAPITULO VII. CONTENIDO DE LA INTERVENCIÓN	103
CAPITULO VIII. BENEFICIARIOS DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	110
CAPITULO IX. METODOLOGÍA.....	111
CAPITULO X. LOCALIZACIÓN FÍSICA Y COBERTURA ESPACIAL	119
CAPITULO XI. PLANES OPERATIVOS	122
CAPITULO XII. CONCLUSIONES	150
CAPITULO XIII. RECOMENDACIONES	151
CAPITULO XIV. FUENTES DE INFORMACIÓN CONSULTADA	152
INDICE DE ANEXOS.....	158

DEDICATORIAS

Dedica este trabajo a mi familia, pero en especial a mis padres y mi hermana mayor quienes son el hombro sobre quien me apoyó y que no han permitido que desfallezca en mis metas, por siempre creer en mis capacidades y darme esa palabra de aliento cuando lo necesitaba.

Mis tías Nohemí, Mercedes y Chave que me han querido y cuidado como si fuera su propia hija y que han visto en mi solo virtudes.

Mis docentes quienes a lo largo de esta hermosa carrera me han aleccionado con los conocimientos que ahora poseo y de los cuales siento un gran orgullo.

A mis compañeros presentes y pasados quienes sin esperar nada a cambio compartieron su conocimiento, alegrías y tristezas y a todas aquellas personas que durante todo este tiempo me han brindado su valiosa amistad.

A todos mis amigos por quienes siento un profundo aprecio por ser mis tablas salvavidas y que me han ayudado para no perder las esperanzas.

Cruz Domínguez

Este es el último proceso académico en que se cumple una de mis principales metas importantes de mi vida como estudiante, justamente este proceso es cuando se manifiesta la transición de estudiante a profesional. Sé que el camino lo construyo con los cimientos del amor, la fortaleza, la lucha por mis sueños y proyectos, la educación, el respeto que tengo hacia los demás y a mí misma, así como de otros elementos que me han formado. También sé que en el futuro tendré caídas, pero esas ampliar mi fortaleza y podré tener en cada situación el valor para ir más allá de lo que mis temores pudieran detenerme. Todo este aprendizaje me ha sido concedido principalmente por *Dios, así como de mis padres, mi familia, mis maestros, mis amigos y compañeros, así como de aquellas personas que han trascendido en mi vida* y que los llevaré siempre en mi corazón; a todos ustedes les dedico el presente trabajo.

Damaris Granillo

Dedicado a todas aquellas personas que pasan o están en episodios depresivos, porque no son capaces de salir de su estado de tristeza, o que alguna vez se han sentido así, como si el mundo pesará, como si nada en esta vida vale la pena, personas que no tienen amor propio y que podrían aportar más a esta sociedad, pero han visto limitados sus esfuerzos y sus sueños y se han abandonado, pero quiero dedicarle este trabajo a mi madre una combatiente del cáncer desde el 2013 y que es una mujer que nunca cayó en la depresión y a pesar de todo a día de hoy nos ilumina todos los que le rodeamos con su buena actitud ante todo.

Edwin Morales

AGRADECIMIENTOS

En este momento especial y significativo de nuestras vidas, donde se fusionan los sentimientos, aprendizajes y experiencias, nos permito agradecer a todas las personas que han sido el motor de nuestras vidas y a los que han trascendido en nuestros corazones con sus consejos y compañía durante mi camino. Por eso hoy agradecemos:

Agradezco A DIOS por permitirme alcanzar este logro.

A MIS PADRES MARTA SARA VIA Y PETRONILO DOMÍNGUEZ

Por ser mi apoyo incondicional y por confiar siempre en que iba a cumplir mis metas, han sido mi ejemplo a seguir y me han llenado de afecto y comprensión en cada paso que he dado para llegar hasta aquí. A mi hermana mayor Tránsito por iluminar mi camino y creer siempre en mí al ser mi consuelo y guía en lo espiritual. A todos mis amigos a quienes no mencionaré uno por uno, pero que me han apoyado y cuidado en mis decisiones ya que considero que sin sus consejos no sería la persona que he llegado a ser.

Me siento muy satisfecha con lo que he alcanzado ya que es un cumulo de aprendizaje tanto teórico como practico a lo largo de todo mi proceso formativo y de los cuales me siento muy orgullosa, en especial de haber sido parte de tan excelentísimo centro de estudios y que me han brindado una de las etapas más bellas de mi vida.

Cruz Domínguez

A DIOS

La oportunidad de concederme la vida, por permitirme caer, levantarme y aprender día a día de todas las experiencias; así como de estar y compartir con todas aquellas personas que me han impulsado a seguir adelante

A MIS PADRES, ANGELICA Y ORLANDO GRANILLO

Les agradezco infinitamente desde lo más profundo de mi corazón, por convertirme en una buena hija, estudiante, mujer y ahora profesionalista. ¡MUCHAS GRACIAS! Por su amor, su comprensión, su paciencia, sus consejos, sus regaños, su entrega y sacrificios; ahora entiendo que todo fue para mi propio bien y sus entregas me ayudo a cumplir mis metas y sueños. También quiero agradecer a mis hermanitos Deborah, Génesis, Milton y Joel que siempre me alentaron a continuar y creen en mí. ¡Los amo y amaré hasta el último día de mi vida!

COMPAÑEROS DE TRABAJO DE GRADO

Por apoyarnos mutuamente y superar cada dificultad que se presentó en cada momento del proceso de grado.

A NUESTRO DIRECTOR DE TESIS

A usted Lic. Benjamín Moreno Landaverde, le damos infinitamente las gracias, por ser nuestro mentor de este proceso de grado y tuvo la paciencia para aconsejarnos y dirigirnos como también en las materias que coincidimos como estudiantes y maestro, el cual nos llevó hoy a cumplir una de nuestras metas y culminar nuestra carrera. Y a TODOS NUESTROS MAESTROS DE LICENCIATURA, agradecemos a cada uno de ustedes, por todos los conocimientos que me enseñaron durante este camino recorrido en nuestros años de carrera, en los cuales nos dieron los elementos necesarios para llegar a este momento importante y que impactaron nuestras vidas.

Damaris Granillo

Agradezco principalmente a DIOS PADRE TODO PODEROSO Y A MARÍA SANTÍSIMA, que me han sacado de cada situación de inconveniente por la que he pasado y me han traído y guiado hasta este momento. También, agradecer a mi madre Sonia Morales, que ha dedicado todo su amor y esfuerzo en ayudarme con mis estudios y proyectos y que nunca ha dejado de creer en mí y apoyarme incondicionalmente, agradezco a mi hermana Alondra Morales por su apoyo incondicional, agradezco también a Sara Castillo, quien es una persona que siempre ha tenido fe en mí y me brindó su apoyo y amor en muchas maneras.

Agradezco a los compañeros con los que coincidí en cada momento de la carrera, agradezco también a mis amigos más cercanos a los que denominamos “La Fiel Afición”, ellos me han acompañado en cada etapa de mi experiencia universitaria y se han vuelto una familia, llegándome a apoyar emocionalmente en más de una ocasión y quitándome el hambre en otras. Hablando de familia, agradecer a los familiares que en alguna ocasión me apoyaron noblemente. Agradezco a mis compañeras de Trabajo de Grado Damaris Granillo y Cruz Domínguez, por su amistad, compañerismo y dedicación.

Además, es necesario agradecer, a las autoridades actuales del departamento de psicología, los Licenciados Bartolo Atilio Castellanos e Israel Rivas por llevar a cabo este proceso, pero de manera especial a nuestro asesor el Lic. Benjamín Landaverde que me apoyó en más de una ocasión durante el proceso académico. Especialmente agradecer a la Licenciada Elvia Lorena Mezquita y la Licenciada Mariela Velazco de Avalos, por creer en mí en momentos difíciles de mi carrera universitaria y por último agradecer a todo el personal docente, con el que coincidí durante todo el proceso académico de los cuales he aprendido muchas valiosas lecciones que desde hace unos años ya se vienen poniendo en práctica. Gracias Totales.

Edwin Morales

RESUMEN

Una buena parte de nuestras vidas transcurre en el lugar de trabajo y hay aspectos dentro y fuera de esta que contribuye en la aparición o empeoramiento de un cuadro depresivo tales como: las condiciones laborales, entre ellas tenemos; malas relaciones con compañeros o jefes, inestabilidad laboral, sentimiento de insuficiente de reconocimiento, actividades rutinarias, las escasas o nulas opciones de ascensos o mejoras que influyen en el desempeño laboral y lo podemos observar en la conflictividad laboral, descenso en la productividad laboral, incremento en los errores, dificultad en la toma de decisiones, incremento en los periodos de incapacidad temporal o de ausencias laborales entre otros. Por lo tanto el trabajador con depresión sufre los mismos síntomas en todo los momentos de su vida, no se puede separar el ámbito laboral del familiar y las relaciones interpersonales dentro y fuera de estas; por consiguiente hemos desarrollado un programa de intervención psicolaboral, orientado a la disminución gradual de los síntomas de la depresión enfocado en el Modelo Cognitivo-Conductual y CASIIC abordándolo como terapia de grupo. También el programa de intervención está enfocado en el área familiar basado en el Modelo Estructural. En este trabajo pueden encontrar una serie de técnicas que van encaminadas a disminuir los síntomas de esta problemática.

Palabras claves. Depresión, Desempeño laboral, Relaciones interpersonales, Familia, Psicolaboral, Condiciones laborales, Modelo Estructural, Terapia grupal, Técnicas cognitivo-conductuales, Modelo CASIIC

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación tiene como finalidad, presentar un programa de intervención psicolaboral que tiene como propósito, disminuir gradualmente los síntomas de la depresión, la cual es, uno de los problemas más diagnosticados en nuestro país y paradójicamente es uno de los más normalizados, al mismo tiempo es un tema tabú. Además, se aborda la relación entre los síntomas y secuelas de las personas que adolecen este tipo de situaciones y la importancia de las situaciones individuales en el desarrollo de este padecimiento.

También, en este documento se abarca en un marco, la información concerniente a la problemática, los autores y teorías que han aportado a la temática, en fin, todo lo inherente a la fundamentación teórica del programa de intervención. Además, se describen los beneficiarios y el ámbito laboral al que está enfocado, sobre todo después de la situación actual del COVID-19, donde muchas personas están presentando situaciones graves a las que llegan por la depresión y que afectan su desempeño laboral y sus relaciones interpersonales a todo nivel.

En este programa están contenidos, los datos referentes al modelo de intervención psicoterapéutica a implementar, los objetivos que se persiguen al ejecutar el programa, las técnicas a utilizar, la metodología a emplear y las guías didácticas a través de planes operativos para garantizar el desarrollo del programa.

El programa está diseñado para aplicarse bajo la modalidad de intervención grupal, y para que se aplique a cualquier empresa, organización e institución, siendo esta pública o privada, sin importar el rubro; siempre y cuando tenga empleados con riesgos de presentar síntomas depresivos o que estén pasando por episodios depresivos. Y se plantea que sea ejecutado por profesionales de la carrera de licenciatura en psicología, personal capacitado en el área, estudiantes de la misma carrera orientados por un docente asesor o egresados.

CAPITULO I. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

La presente propuesta tiene como objetivo trazar una estrategia de intervención psicolaboral que permita al Área de Recursos Humanos o profesionales de psicología, orientados al área laboral, tener una guía/herramienta a implementar, que permita la disminución de los síntomas de la depresión que presentan los trabajadores de la empresa o institución ya sea pública o privada.

Para la selección del perfil de la persona que se incluye en el programa de intervención, se tomará en cuenta las observaciones del jefe inmediato hacia su subalterno (como cambio de ánimo, desmotivación laboral, incremento de errores, despistes en su trabajo, ausentismo e irritabilidad) y de igual manera se considerará al personal con puntuaciones bajas en la Evaluación de Desempeño que se realiza anualmente. También los resultados significativos de depresión obtenidos por la aplicación del Cuestionario PHQ-9. Lo cual esto permitirá comprender mejor e identificar las áreas problemáticas, las fortalezas y recursos disponibles a utilizar en la intervención.

El modelo que se implementa en la intervención para los trabajadores con síntomas de depresión es el modelo cognitivo-conductual y la forma de llevarse a cabo es a través de la terapia grupal (dependiendo de la accesibilidad de la institución). Y se entiende el enfoque como psicolaboral ya que trata la solución o disminución de un padecimiento psicológico, pero que genera déficit en el desempeño laboral, en este caso es la depresión, que afecta en el entorno laboral, familiar y social.

La intervención psicolaboral será en términos técnicos se puede aplicar a cualquier tipo de psicoterapia en la que se participa un grupo específico, estableciendo normas que permitan la confidencialidad y salvaguardar la integridad de los participantes y el/la terapeuta.

La terapia en un entorno de grupo puede tener muchos beneficios, ya que proporciona una red de apoyo y ofrece la oportunidad de conocer a otras personas que experimentan problemas similares. Se trabaja junto con el terapeuta y los otros miembros del grupo, a los que se anima a compartir sus experiencias y trabajar en una mayor comprensión de sí mismos.

Se realizará en grupos de entre 8 y 12 personas, aclarando que, si una empresa o institución tiene más participantes, se dividen en grupos o se pide la integración de un terapeuta adicional que apoye las sesiones, las sesiones deben durar, entre una hora y media y 2 horas una vez por semana o cada 8 días, evitando la saturación y disminuyendo el tiempo que la empresa o institución no tendrá laborando a su empleado, ejecutando entre 12 y 15 sesiones.

CAPITULO II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Situación actual del problema:

Recursos Humanos también conocido como Potencial Humano o Activo Humano, es un pilar para el buen funcionamiento dentro de una empresa y como tal hace referencia al manejo, administración, gestión o dirección del personal. Pero hay factores que afectan la salud mental de los trabajadores en el entorno laboral, según La Organización Mundial de la Salud (2019) afirma que:

En la mayoría de los casos, los riesgos que conllevan se deben a una interacción inadecuada entre el tipo de trabajo, el entorno organizativo y directivo, las aptitudes y competencias del personal y las facilidades que se ofrecen a este para realizar su trabajo. (Párrafo 5)

Las principales causas de la depresión en el ámbito laboral son; el entorno de trabajo adverso y estresante que puede ocasionar problemas psicológicos y físicos. También según Castellón, E., Ibern, P., Gili, M., Lahera, G., Sanz, J. & Saiz, J. (2016) afirma. “La sintomatología depresiva se traduce en una menor productividad, absentismo, un posible abuso de sustancias y alcohol, un incremento de la utilización de los servicios de salud, una menor satisfacción y un mayor número de accidentes laborales” (p. 114).

Según las estadísticas se ve un incremento de las personas que padecen de la depresión en El Salvador, por lo cual, para la conmemoración del Día Mundial de la Salud; El Ministerio de Salud (MINSAL), el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) y la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), se enfocó en este trastorno que se ha hecho tan común y que ha afectado América.

Según los datos de MINSAL (2017) afirma. “La tasa nacional registra 102 casos por 100,000 habitantes. Las tasas más altas se registran en los departamentos de Santa Ana, San

Salvador y San Miguel” (p. 2). Lo que afecta un gasto en la economía del país, otros trastornos mentales, deriva también la segunda causa de baja por incapacidad temporal y como consecuencia pérdida de productividad laboral o, incluso, employer branding¹.

La depresión es una enfermedad que afecta en todos los niveles de la sociedad. “En El Salvador como en la mayoría de los países del mundo la salud está históricamente dominada por el modelo médico o atención a los problemas de salud física, dejando en un segundo plano la atención en salud mental” (Gutiérrez y Portillo, 2013, p. 535). Se ha observado la poca importancia del bienestar de la salud mental de los salvadoreños con las políticas sociales y económicas débiles. Fue hace nueve años que se creó la Política Nacional de Salud Mental y que se ha ido encaminando poco a poco, pero se necesita una inversión mayor a esta área de la salud.

En cuanto a las empresas e instituciones, son pocos los que forman sus directivos que apoyan a los empleados en gestionar problemas psicológicos, porque muchos consideran que les compete solo al Estado, pero realmente a todas las estructuras privadas y gubernamentales de la sociedad.

¹ Aunque es un concepto que nace en los Estados Unidos en los años 60 y se populariza en los 80, en España, hasta hace relativamente poco era un concepto que sólo preocupaba a las empresas más grandes. “El Employer Branding no es otra cosa que la marca de una empresa como empleador”. Ahora en día los candidatos tienen a su alcance toda la información que necesitan sobre las empresas, y son especialmente críticos. Por lo tanto, se debe cuidar la imagen de la empresa para atraer el mejor talento.

CAPITULO III. JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

En el presente trabajo se describe una propuesta del programa de intervención psicolaboral para el Trastorno de la Depresión.

La importancia de desarrollar este programa es dar herramientas pertinentes que permitan la disminución de los síntomas de depresión que afecta a los empleados. En efecto se presentan problemas de salud mental, como la depresión en el ámbito laboral, el cual está asociado con importantes niveles de incapacidad, también con un impacto considerable en el bienestar personal y relaciones interpersonales. Ahora bien, si no se le da tratamiento a la problemática se puede volver en una enfermedad crónica.

Hoy en día la depresión se presenta con mayor frecuencia a nivel mundial como a nivel nacional y muchas de las personas que presentan la enfermedad están en edad de trabajar.

Por tanto, los costes sanitarios no son los únicos, sino que se deben añadir costes indirectos vinculados con la capacidad de trabajo y productividad de los trabajadores y, por supuesto, los derivados de la pérdida de vidas que supone el suicidio vinculado al trastorno depresivo. (Castellón et al, 2016, p.114)

Por lo cual provoca un gasto económico en las organizaciones o instituciones.

En el ámbito laboral, antes y después, muchos a causa de los síntomas depresivos presentan, fármaco dependencia, inconsistencia en el trabajo, “menor productividad, absentismo, incremento en la utilización de los servicios de salud, una menor satisfacción, mayor número de accidentes laborales” (Castellón et al, 2016, p.114). También presenta un humor errático y la manera de relacionarse con otros es apática, por lo que el aislamiento

social y la falta de redes de apoyo, hace que este conjunto de situaciones lleve a las personas a deprimirse o aumentar el grado de depresión.

Pero también se ve en los empleados con mayores riesgos de presentar depresión, son aquellos que tienen trabajos pasivos, los activos y los de gran presión laboral y el poco apoyo de los colegas y la falta de retroalimentación sobre el desempeño (Da Silva, A., López, C. S., Susser, E. & Menezes, P., 2017).

Al mismo tiempo “El malestar psicológico está muchas veces íntimamente vinculado con el desempleo, la reducción de la oferta laboral, las bajas laborales, la disminución de la productividad laboral y la reducción de beneficios” (Castellón et al, 2016, p.114).

Y a todo esto le agregamos la emergencia que enfrenta el país y el mundo entero a causa del COVID-19, muchas personas están más enfocadas en la constante preocupación, de cómo resolver sus problemas económicos, como pagar sus deudas, si serán despedidos, si los volverán a contratar, ahora más que en el pasado reciente, deben resolver los problemas de cómo relacionarse con sus familias ya que pasan mucho tiempo juntos, y como resolver estas situaciones.

El correcto abordaje de la depresión es, pues, una de las claves no solo para el bienestar emocional de los trabajadores y sus relaciones sociales, sino también para la productividad de las empresas y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y, en último extremo, para promover un crecimiento económico asociado a una mejora del bienestar de la sociedad. (Castellón et al, 2016, p.114)

Por lo tanto, la implementación de este plan de intervención lo realizará un especialista que es capaz de mantener cierto grado de humanidad, espontaneidad y disfrute personal en el quehacer profesional, quien tiene entrenamiento y experiencia en el manejo de la problemática y así mismo es quien se encarga de establecer el enfoque, que se utilizará en la intervención psicolaboral que permitirá el cambio en el empleado.

En cuanto al enfoque, se utilizará el Modelo Cognitivo-Conductual con el objetivo de modificar el comportamiento problema, considerando los síntomas como una parte de un aprendizaje de patrones de conductas mal adaptadas y los esquemas mentales; el cual el proceso se desarrollará de una forma sistemática y con la finalidad de corregir los síntomas que el trabajador presenta.

Además, numerosos estudios han señalado que algunos factores laborales impactan en la salud mental del empleado, incluyendo el apoyo social, la actividad física, la satisfacción percibida por la tarea realizada (balance entre autonomía y responsabilidad), aspectos organizativos de la empresa con posibilidad de promoción y la seguridad laboral. Por tanto, la intervención efectiva sobre la depresión laboral no solo incluye la detección, diagnóstico y tratamiento, sino su prevención, basada en actuaciones que mejoren las condiciones laborales de los empleados. (Castellón et al, 2016, p.115)

La finalidad de este trabajo es tener un manual o una guía con pautas para llevar a cabo un proceso de diagnóstico e intervención en casos de depresión en el ámbito laboral. Simultáneamente a través de este Programa de Intervención Psicolaboral lo que se pretende es mejorar el desempeño de los trabajadores y sus relaciones interpersonales.

CAPITULO IV. OBJETIVOS DE LA PROPUESTA

Objetivo general:

Desarrollar un programa de intervención psicolaboral orientado a disminuir gradualmente los síntomas de la depresión que afecta el desempeño de los trabajadores en su puesto laboral y sus relaciones interpersonales.

Objetivos específicos:

- ❖ Adiestrar a los participantes para que puedan conocer la sintomatología de la depresión en el ámbito laboral.
- ❖ Establece una reestructuración de los esquemas mentales que subyacen a las dificultades presentadas por los participantes del grupo y aprender a manejar/modificar.
- ❖ Prepara a los participantes para que puedan hacer una mejor gestión de sus emociones tanto positivas como negativas.
- ❖ Disminuir las reacciones psicósomáticas de las dificultades psicológicas que presentan los participantes, por medio de la administración del tiempo libre, la actividad física y técnicas de relajación.
- ❖ Potenciar los recursos personales de cada participante, con la finalidad que reconozcan en ellos sus propias fortalezas y pongan sus habilidades personales en función de un mejor desarrollo personal y laboral, dando como resultado una mejor autoestima.

- ❖ Generar en los participantes las habilidades de comunicación asertiva, por medio de aprendizaje de nuevos conocimientos que mejoren las relaciones interpersonales.
- ❖ Ventilar la carga emocional que los participantes han desarrollado en su devenir histórico.

CAPITULO V. METAS

- ❖ Que los participantes puedan reconocer el 90% de los síntomas de la depresión.
- ❖ Que los participantes puedan manejar el 80% de los pensamientos negativos que se presentan.
- ❖ Que los participantes gestionen el 50% de las emociones positivas y negativas de mejor forma.
- ❖ Que los participantes disminuyan el 60% de las reacciones psicósomáticas que han presentado.
- ❖ Que los participantes aumenten 50% su autoestima, a través del reconocimiento de sus fortalezas y cualidades.
- ❖ Que los participantes practiquen de forma positiva el 60% de la comunicación en sus relaciones interpersonales (con su familia, amigos y compañeros de trabajo).
- ❖ Que los participantes reduzcan el 50% de tiempo en el que se centran en cosas del pasado.

CAPITULO VI. FUNDAMENTACIÓN

6.1. Definición de depresión.

En la medida que se ha descubierto la depresión en el tiempo, los estudiosos de esta enfermedad han querido definir, por tanto, a continuación, se les presenta algunos conceptos.

En primer lugar, está la definición que tiene La Real Academia Española (2019) como: “Acción y efecto de deprimir o deprimirse/ Psicol. y Psiquiatr. Síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos”.

Mientras tanto, la Organización Mundial de la Salud considera que “*Depresión* es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (OMS, 2019).

Y una tercera definición está la Clasificación CIE-10 por la OMS (1994), el cual define la depresión como:

El paciente sufre un estado de ánimo bajo, reducción de la energía y disminución de la actividad. La capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse está reducida, y es frecuente un cansancio importante incluso tras un esfuerzo mínimo. El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido. La autoestima y la confianza en uno mismo casi siempre están reducidas e, incluso en las formas leves, a menudo están presentes ideas de culpa o inutilidad. El estado de ánimo bajo varía poco de un día a otro, no responde a las circunstancias externas y puede acompañarse de los denominados síntomas "somáticos", como son: pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, despertar precoz varias horas antes de la hora habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, enlentecimiento psicomotor importante, agitación, pérdida de apetito, pérdida de peso y disminución de la

libido. En función del número y severidad de los síntomas, un episodio depresivo puede especificarse como leve, moderado o grave. (p. 96-97)

Y por último les presentamos la definición de DSM-IV

La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, el estado de ánimo en un episodio depresivo mayor es descrito por el sujeto como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado o «como en un pozo». (APA, 1995, p. 326-327)

Entonces la depresión se considera aquellas agrupaciones de síntomas, que tiene un valor y orden según un criterio diagnóstico que es racional y operativo. Y el cual recoge la presencia de síntomas afectivos; como tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a la exigencia de la vida (Alberdi, J., Taboada, O., Castro, C. & Vázquez, C., 2006).

Todo lo anterior hace referencia a descripciones basados en un modelo médico al cual se le critica el hecho de que, en lugar de brindar una solución a la problemática, genera otro tipo de problemática relacionado al consumo de fármacos; desarrollando en las personas adicción al consumo de antidepresivos y medicamentos relacionados a la disminución de este padecimiento.

Por lo tanto, nuestra definición de la depresión es una alteración de las emociones donde la persona se encuentra en un estado de tristeza profunda, desapego emocional; como también la auto percepción errada de su auto imagen y autoconcepto y una valoración negativa de su entorno y de todo de lo que le acontece.

Pero a continuación se hablará de antecedentes históricos de la depresión desde sus inicios.

6.2. Antecedentes históricos

La depresión siempre ha estado presente desde el comienzo de la humanidad, y los seres humanos lo ha plasmado en sus manifestaciones artísticas desde las más antiguas hasta las modernas que expresan un estado depresivo y se pueden observar tanto en la actitud o postura corporal como también en la expresión de la cara que evocan una profunda tristeza (Castaño, 2019).

En la civilización griega los médicos trataron de explicar las enfermedades basándose en la teoría del paralelismo de los elementos básicos y los fluidos corporales basado en los cuatro elementos básicos: fuego, tierra, agua y aire. Y los cuatro fluidos corporales: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra. (Castaño, 2019, párrafo 9)

Para los griegos el estado de la salud era explicada por el humor que tenía la persona y el pionero fue Empédocles que establece el término *eutimia* que se entendía como humor normal por lo cual se valoraba como una persona saludable “Más tarde, Hipócrates (460-377 a.C.) clasificó las enfermedades según el tipo de humor que se alteraba, dando esto lugar a distintos temperamentos: Colérico, Flemático, Sanguíneo y Melancólico” (Castaño, 2019, párrafo 11).

Para Hipócrates la melancolía (término usado para hablar de depresión) era una alteración de la bilis negra. Es muy posible que la asociación de la depresión con la bilis negra tuviera que ver con la observación de los vómitos de algunos enfermos. En aquella época el uso de eméticos y purgantes era muy común. Una de las más graves complicaciones que se pueden derivar de una depresión es el suicidio, bastante frecuente en la época griega, sin embargo, este hecho no fue vinculado con la depresión hasta el siglo XVII. (Castaño, 2019, párrafo 12)

Hipócrates acuñó el término melancolía (bilis negra) para denotar la depresión, siendo esta la primera alusión científica y realizando las primeras referencias conceptuales y clínicas de esta enfermedad (Zoch, 2002, p. 2).

Luego en la Época Medieval apareció el término *Acedia* introducido por un monje italiano, el cual se refería a un estado de angustia de los hombres virtuosos y que sufrían el doloroso vicio

de la tristeza. Este fue un periodo de oscurantismo que invadió la psiquiatría y predominó las creencias de demonio, pecado y fuerzas sobrenaturales. Mientras tanto:

La medicina como ciencia sufrió un importante impulso en tiempos de la dominación árabe. Uno de los médicos más famosos del mundo árabe, Isaac ibn Imran, escribió en el año 800 un libro sobre la melancolía, que habría de influir notablemente en los médicos de la edad media, que en muchos aspectos iban a remolque de sus enemigos sarracenos. (Castaño, 2019, párrafo 16)

Isaac ibn Imran escribió que la melancolía es un trastorno del espíritu y no tanto una alteración corporal. La descripción y los síntomas que describe son muy similares a los de la psiquiatría actual: 1. Estado de ánimo triste, distinto a la tristeza ocasionada por una desgracia o la pérdida de un ser querido, 2. Abatimiento y 3. Angustia y fatiga, junto a otros más. (Castaño, 2019, párrafo 17)

También Isaac ibn Imran consideraba que la melancolía era multifactorial e hizo énfasis en los errores de los doctores de la época.

Mientras que en la Época Renacentista desarrollaron “El concepto de *enfermedad* como el resultado de la interacción de la teoría de los humores de Hipócrates con la pasión por los movimientos estelares y el estudio del firmamento” (Castaño, 2019, párrafo 19).

Las enfermedades vendrán determinadas por los segmentos celestes y la influencia de los planetas. Los médicos renacentistas llegaron a realizar complejas combinaciones con los siguientes elementos: como principios fisiológicos (sangre, bilis, bilis negra y flema), rasgos del temperamento (sanguíneo, flemático, colérico y melancólico) y posición en el segmento celeste (Saturno, Urano, Neptuno y Plutón). En 1599, el médico renacentista André du Laurens consideró que la depresión melancólica era provocada por una alteración visceral. (Castaño, 2019, párrafo 20-22 y 25)

Pero con la llegada de la Ilustración, el llamado siglo de las luces (XVIII), comienza en Europa un proceso de modernización y un desarrollo de los métodos científicos. El triunfo

de “la Razón” supone en los aspectos médicos el fin del componente mágico, esotérico y planetario del Renacimiento. (Castaño, 2019, párrafo 28)

Juan Bautista Helmont inicia la química moderna y es un destacado científico que acaba con la teoría humoral de Hipócrates, al demostrar que la sangre no estaba constituida por los cuatro humores. Establece las bases científicas de las enfermedades mentales. Le siguieron otros autores como Gay-Lussac o Claude Bernard, considerado como el padre de la medicina experimental. (Castaño, 2019, párrafo 29)

En pleno auge de los enciclopedistas, triunfan las teorías de Lineo y Bufón para clasificar todas las especies animales. Animado por este espíritu estructurador, Francois Boissier de Sauvages llevó a cabo una portentosa obra enciclopédica. En una de sus entradas trata sobre “la Melancholía” definiendo sus características generales y distintos subtipos de la enfermedad. (Castaño, 2019, párrafo 30)

Cuando llegó el siglo XIX el psiquiatra francés, Jean Etienne D. Esquirol (1772-1840), introdujo *la manía* y *la melancolía* en el campo de la medicina y ser consideradas parte de las enfermedades mentales, en esta época los poetas y escritores del género romántico utilizaron el término con mayor frecuencia e influyó en la pérdida del valor clínico. (Castaño, 2019, párrafo 31)

A finales del siglo XIX y principios del siglo XX, Kraepelin describe una de las más graves enfermedades mentales, la psicosis maníaco depresiva, que hoy en día conocemos como trastorno bipolar y fue el primero en considerar que la depresión y la manía formaban parte de una misma enfermedad.

Para resumir la evolución de la depresión, se podría dividirse en cuatro etapas principales, tomando como base la aparición de bibliografía relacionada con este tema hasta la actualidad:

- ❖ Periodo inicial, con referencias al concepto de melancolía.
- ❖ Un segundo periodo, que se inicia en el siglo XIX.

- ❖ Un tercer periodo, que incluye la primera mitad del siglo XX, con una progresiva fijación del término “depresión” y un creciente interés.
- ❖ Una cuarta etapa, a partir de la segunda mitad del siglo XX, con abundante producción bibliográfica y análisis detallados sobre la enfermedad depresiva. (Guillén Guillén E, 2013, citado por Ramírez, M. V., Capdevila, L. M., Terradillo, M. J., Vicente, M. & Aguilar, E. (2018), p. 5)

Ya que conocimos el desarrollo de la depresión en el transcurso de la historia humana, a continuación, se le presentarán el nivel de incidencia de esta enfermedad en la sociedad.

6.3. Datos Epidemiológicos sobre la depresión

La depresión es una enfermedad frecuente en el mundo y según la OMS va en aumento.

“Se estima que... en la Región de las Américas viven con depresión, casi un 17% más que en 2005” (Organización Panamericana de la Salud OPS, 2020).

Ginebra/Washington, 30 de marzo de 2017 (OMS/OPS)- La depresión es la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo. Según las últimas estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 300 millones de personas viven con depresión, un incremento de más del 18% entre 2005 y 2015. La falta de apoyo a las personas con trastornos mentales, junto con el miedo al estigma, impiden que muchos accedan al tratamiento que necesitan para vivir vidas saludables y productivas. (OPS, 2017, párrafo 2)

En una de las conferencias “La doctora Margaret Chan, directora general de la OMS, dijo: Estas nuevas cifras son un llamado de atención a todos los países para que reconsideren sus enfoques sobre la salud mental y las traten con la urgencia que merece” (OPS, 2017, párrafo 4).

En muchos países, no hay, o hay muy poco, apoyo disponible para las personas con trastornos de salud mental. Incluso en los países de ingresos altos, casi el 50% de las

personas con depresión no reciben tratamiento. En promedio, sólo el 3% de los presupuestos de salud de los países se invierte en salud mental, variando de menos del 1% en los países de bajos ingresos al 5% en los países de altos ingresos. (MINSAL, 2017, párrafo 7)

En las Américas, cerca de 50 millones de personas vivían con depresión en 2015, alrededor del 5% de la población. "La depresión nos afecta a todos. No discrimina por edad, raza o historia personal. Puede dañar las relaciones, interferir con la capacidad de las personas para ganarse la vida, y reducir su sentido de la autoestima", señaló la directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). (OPS, 2017, párrafo 5)

Según los informes de la OMS, se ha visto un crecimiento de la población que padecen de la depresión y El Salvador no se queda atrás de los países en que sus habitantes presentan esta enfermedad.

Cada año el 7 de abril, se conmemora el aniversario de la Organización Mundial de la Salud y en esta fecha se promueve un tema en específico, que afecta a las personas y es prioritaria para la salud pública. Por lo tanto, para el 7 de abril de 2017, la OMS realiza una campaña sobre la depresión y suscita a los demás países a participar y El Salvador se sumó a ello.

Con el lema "hablemos de depresión" fue conmemorado el Día Mundial de la Salud por funcionarios del Ministerio de Salud (MINSAL), Seguro Social (ISSS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) con el objetivo de que cada vez más personas con depresión en todo el mundo busquen y obtengan ayuda. (MINSAL, 2017, párrafo 1)

Según datos del MINSAL (2017), la tasa nacional registra 102 casos por 100,000 habitantes. Las tasas más altas se registran en los departamentos de Santa Ana, San Salvador y San Miguel. Las tasas más bajas se observan en: La Unión, La Libertad, La Paz y Ahuachapán. Los grupos de edad más afectados por depresión van de 15 a 19 años con 3,965 casos. De 25 a 59 años, con 16,541 casos y de 60 años o más son 5,320 casos. (Párrafo 9)

El Ministerio de Salud brinda atenciones de salud mental en 39 Unidades Comunitarias de Salud Familiar Especializadas (UCSFE), 19 Hospitales del segundo nivel además del Hospital Benjamín Bloom y el Hospital Nacional General y de Psiquiatría “Dr. José Molina Martínez” dando psicoterapia individual, intervención en crisis, pruebas psicométricas y primeros auxilios psicológicos, entre otros. (MINSAL, 2017, párrafo 10)

El MINSAL (2017) recomienda buscar ayuda profesional en los establecimientos de salud más cercanos al presentar síntomas como: Se siente triste o vacío la mayor parte del tiempo; ha perdido el interés o el placer por las cosas que solía disfrutar; duerme menos o más de lo habitual; ha subido o bajado de peso sin proponérselo; siente intranquilidad; se siente cansado o apático; tiene dificultad para concentrarse o tomar decisiones; se siente culpable o que no vale nada; tiene pensamientos de muerte o suicidio; si piensa en hacerse daño. (Párrafo 11)

A continuación, les presentaremos las causas que pueden generar la depresión.

6.6. Causas de la depresión

Hay muchos factores que contribuyen en activar o desarrollar un estado depresivo sobre el sujeto, las cuales se categorizan en: las causas biológicas, causas psicológicas y causa sociales.

6.6.1. Causas biológicas

En este apartado se abordará las alteraciones que se producen a nivel somático:

6.6.1.1. Aspectos genéticos

“Existen datos suficientes que avalan una participación genética en los trastornos afectivos. Los estudios con gemelos sugieren un factor genético, la concordancia con gemelos monocigotos es del 65% frente al 14% en dicigótico” (Zoch, 2002, p. 3).

La morbilidad de parientes de primer grado de enfermos unipolares oscila entre el 10 y 15% y de bipolares del 12 al 24%. El modo de transmisión es controvertido, mientras unos autores se inclinan por un gen dominante de predominancia incompleta, otros abogan por un factor genético ligado al cromosoma X y aun otros defienden la teoría poligenética. (Zoch, 2002, p. 3)

En las depresiones endógenas se ha visto una mayor participación de los factores genéticos mientras que en la neurótica participan mayormente los factores ambientales. Las causas de ambos tipos de depresión son sustancialmente distintas, mientras los factores biológicos son básicos en las depresiones endógenas, la conflictiva psicológica es el núcleo etiológico de la depresión psicógena. (Zoch, 2002, p. 3)

6.6.1.2 Trastorno de los neurotransmisores

Para la mayoría de los psiquiatras biológicos, la depresión es un trastorno heterogéneo que tiene varios subtipos desde el punto de vista neurofisiológico. La teoría monoaminérgica, establece que en la depresión existe una deficiencia de neurotransmisores, mientras que en la manía existe un exceso de ellos. (Zoch, 2002, p. 3)

Los neurotransmisores son las sustancias que se encargan de pasar un estímulo nervioso de una neurona a la siguiente. Para ello, se requiere que exista un equilibrio dinámico entre ellos. Si los niveles de ellos se encuentran disminuidos, se puede presentar un cuadro depresivo. Si, al contrario, se encuentran aumentados, se puede dar un cuadro maniaca o psicosis. (Zoch, 2002, p. 3)

Por otra parte, debe tomarse en cuenta a los receptores de estos neurotransmisores. Si estos tienen un umbral elevado, pueden existir niveles normales de transmisores, pero no se produciría una respuesta satisfactoria y aparecería la depresión. Por el contrario, si el umbral está disminuido, pueden aparecer estados de exaltación, ansiedad o hiponimia. (Zoch, 2002, p. 3)

Algunos tipos que se presentan en los Trastornos neurotransmisores:

- ❖ Déficit en la síntesis
- ❖ Disminución del número de depósitos
- ❖ Depleción de los lugares de depósito
- ❖ Bloqueo de la liberación
- ❖ Excesiva liberación
- ❖ Excesiva estimulación del receptor presináptico
- ❖ Bloqueo del receptor postsináptico
- ❖ Insensibilidad del receptor postsináptico:
 - ✓ Hipótesis neradrenérgica
 - ✓ Hipótesis dopaminérgica
 - ✓ Hipótesis serotoninérgica (Zoch, 2002, pp. 7-8)

6.6.1.3. Medicamentos que pueden producir depresión

Zoch (2002) afirma que: “Algunos medicamentos por su mecanismo de acción pueden producir un cuadro depresivo que puede ser resistente a tratamiento con antidepresivos debido a que no se cuenta con el substrato necesario para que mejore el cuadro” (p. 9).

Zoch (2002) también afirma que: “Anteriormente la reserpina que se utilizaba con mucha frecuencia como antihipertensivo, producía depleción de los depósitos estables de los neurotransmisores y esto inducía a depresión” (p. 9).

Como menciona Zoch (2002): “Algunos anticonceptivos orales producen déficit de vitamina B6 y esto hace que la vía de síntesis de serotonina se desvíe hacia kinurenina y ácido nicotínico, que no tiene propiedades de neurotransmisores. Si no se administra esta vitamina, la respuesta a los antidepresivos es pobre” (p. 9).

Los anorexígenos o supresores del apetito actúan como liberadores de monoaminas y si se usan durante un tiempo prolongado, por estimulación sobre los autorreceptores producen

una disminución de la síntesis de los mismos. Para que los antidepresivos resulten efectivos, debe suspenderse la ingesta de ellos y esperar a que exista un buen nivel. (Zoch, 2002, p. 9)

Zoch (2002) afirma que: “Algunos antihipertensivos que bloquean la síntesis de dopamina como el alfametildopa (aldomet) también produce depresión por lo que se recomienda que se cambie a otro de su clase para que se produzca un buen nivel de dopamina y norepinefrina” (p. 9).

Y también el uso prolongado de benzodiazepinas, por su efecto potencializador de ácido gamma aminobutírico (GABA), que es un neurotransmisor de tipo inhibitorio, puede producir depresión. En este caso el efecto del antidepresivo se ve enmascarado por la acción de los benzodiazepinas por lo que se recomienda disminuir o suspenderlas y así lograr una mejor respuesta (Zoch, 2002, p. 9)

6.6.1.4. Alcoholismo crónico

Alec, 1992, citado por Zoch (2002) escribe que: “Se ha asociado el cuadro de alcoholismo crónico con depresión en algunos pacientes que presentan este cuadro. El uso antidepresivo puede mejorar ambas condiciones patológicas” (p. 9).

6.6.1.5. Consumo prolongado de drogas ilícitas

El consumo de drogas ilícitas como la cocaína y la marihuana produce un aumento en la liberación de neurotransmisores de tipo excitatorio que por mecanismos de homeostasis van a estimular el receptor presináptico y este a su vez disminuye la síntesis de ellos a nivel del cuerpo de la neurona lo que va a ocasionar una disminuida disponibilidad ocasionando síntomas depresivos que son resistentes al tratamiento con antidepresivos ya que no tienen sustrato sobre el cual actuar. Para lograr una buena respuesta, hay que suspender la ingesta de estas drogas y posteriormente dar el antidepresivo. (Zoch, 2002, p. 9)

6.6.1.6. Algunas enfermedades físicas

Zoch (2002) explica que: “Algunas enfermedades físicas se han asociado con cuadros depresivos de tal manera que la depresión viene a ser un trastorno secundario con el inconveniente de que la respuesta a tratamiento es pobre” (p.9).

Entre las más frecuente debemos mencionar las siguientes: cáncer de la cabeza de páncreas, cáncer de estómago en donde incluso puede preceder en varios meses la depresión, hipo e hipertiroidismo, enfermedad de Addison y de Cushing, hipoglicemia, anemia, lupus eritematoso sistémico, mononucleosis infecciosa, arteriosclerosis cerebral, demencia senil, trastornos inmunológicos, esclerosis múltiple. (Zoch, 2002, p. 9)

6.6.1.7. Algunos procedimientos quirúrgicos

Según Zoch (2002): Se ha visto que algunas operaciones pueden acompañarse de una depresión en el periodo postoperatorio. Las operaciones que tienen mayor posibilidad de asociarse con depresión son las que dejan modificaciones externas del cuerpo como por ejemplo la amputación del miembro por un proceso neoplásico. Las personas que son sometidas a operaciones cardiacas a cielo abierto pueden tener depresiones en los dos o más meses posteriores. En personas de tercera edad, un tiempo de anestesia prolongado puede dejar como consecuencia una depresión que amerita tratamiento con antidepresivos. (p. 10)

6.6.1.8. Trastornos hidroelectrolíticos

Murphy, 1972, citado por Zoch (2002), escribe que: “Se ha visto un patrón de retención aguda de agua, sodio y potasio en pacientes deprimidos” y “también se ha mencionado un aumento en la producción de aldosterona como causa de la retención de sodio”. (p. 10)

Mientras tanto “La recuperación de la depresión va acompañada de una significativa disminución del sodio intercambiable hecho que guarda relación con el uso de litio, que también aumenta la excreción urinaria de sodio” (Zoch, 2002, p. 10).

En tanto la hipocalcemia que produce algunos diuréticos se asocia con una sensación de cansancio generalizada que se puede confundir con un cuadro depresivo que cede al corregirlo. También la hipocalcemia se puede presentar en la insuficiencia renal, síndrome nefrótico o el hipoparatiroidismo puede asociarse a depresión por lo que hay que corregir primero este trastorno electrolítico. (Zoch, 2002, p. 10)

6.6.1.9. Desnutrición

La destrucción severa puede producir déficits de los precursores necesarios en la síntesis de los neurotransmisores responsables de la producción de síntomas depresivos. Si no se corrige este problema, los antidepresivos no tienen sustrato sobre el cual actuar y la respuesta es mala. (Zoch, 2002, p. 10)

También puede presentarse hipovitaminosis del grupo B, el ácido fólico y la niacina (pelagra) que puede dar depresión. Es importante mencionar que no solo en la desnutrición se pueden presentar estos problemas, sino que también las dietas excesivamente estrictas y desbalanceadas pueden producir estas manifestaciones. (Zoch, 2002, p. 10)

6.6.6.10. Trastornos en el patrón de sueños

Zoch (2002) afirma que: “Se ha visto que los pacientes deprimidos tienen una reducida latencia de sueño REM y que esta anomalía persiste durante los periodos intercríticos” (p. 12).

También explica Zoch (2002) que: “Los familiares de un paciente deprimido que tenga una disminución de la latencia del REM, tienen 3 veces más posibilidades de adquirir una depresión que la gente corriente. Esto puede tener una base genética” (p. 12).

Y que “Se ha visto que la arecolina, que es una sustancia colinomimética que acorta el sueño REM, puede inducir un nuevo episodio en un paciente deprimido que se encuentra remitido. Otra alteración del EEG durante el sueño es una disminución del sueño de onda lenta” (Zoch, 2002, p. 12).

6.6.1.11. El periodo menstrual y posparto

Los cambios hormonales que se presentan después de la ovulación pueden generar en algunas mujeres, una serie de molestias que se intensifican progresivamente hasta alcanzar un máximo de intensidad a los 5 días antes de la menstruación. Entre estos síntomas pueden estar elementos depresivos que generalmente no requieren tratamiento, aunque sí ocasionan muchas molestias si lo ameritan. Mientras tanto en el periodo posparto, de un 20 a un 40% de las mujeres refieren molestias en la esfera psíquica que incluye depresión. (Zoch, 2002, p. 12)

6.6.1.12. El climaterio

El climaterio es otra época de la vida de algunas mujeres en que pueden presentar síntomas depresivos. Estas molestias se han asociado a una disminución de los niveles de estrógenos y su influencia indirecta sobre los andrógenos. Esta posibilidad está aumentada en mujeres que han tenido problemas de autoestima y poca satisfacción durante su vida. (Zoch, 2002, p. 12)

6.6.2. Causas psicológicas

Zoch (2002) afirma que: “En este grupo de factores causales hace énfasis en que algunos elementos, puramente de origen psíquico, pueden desencadenar un cuadro depresivo especialmente si existe otros factores de tipo biológico o social. Entre ellos, se mencionan los siguientes” (p. 12):

6.6.2.1. Teoría psicodinámica

Esta escuela tiende a considerar la depresión como una situación de pérdida de objetivo amado. Este objetivo puede ser una persona, una cosa, el status social, la fama, etc. La depresión constituye un estado de duelo por el objeto perdido en el que produce una internalización del instinto agresivo que, por alguna razón, no se dirige hacia el objeto apropiado. La retroflexión de la hostilidad se pone en marcha a partir de la pérdida de algo que se considera de mucho valor psicológico (catexia) y hacia lo cual se experimenta una mezcla de sentimiento de lástima de cólera al mismo tiempo. (Zoch, 2002, p. 13)

Zoch (2002) afirma que: “En el depresivo tal objeto es incorporado, formando parte del propio sujeto que se encuentra en un grave conflicto por cuanto desarrolla su auto agresión contra un objeto internalizado con el que el yo se identifica” (p. 13).

Zoch (2002) escribía que: “La analítica existencial ha puesto en evidencia la profunda alteración de la estructura temporal en la depresión, para estos pacientes, anclados en la fatalidad de un pasado” (p. 13).

6.6.2.2. Teoría cognitiva

Un equipo de investigadores de la Universidad de Pennsylvania ha planteado diversas hipótesis en este ámbito, Zoch (2002), sugiriendo que la depresión que los seres humanos viven se recoge una historia existencial caracterizada por un relativo fracaso sistemático en ejercer control sobre los reforzamiento ambientales, lo que lleva a una situación permanente de frustración; para este equipo, la depresión sobreviene cuando el sujeto se percibe a sí mismo como perdiendo todo control sobre tales situaciones externas reforzadoras, lo cual lleva a las experiencia de inseguridad, pasividad y desesperanza. Como podemos ver en esta teoría el conjunto de aspectos cognitivos, psicológicos y existenciales.

Los distintos modelos experimentales pueden sintetizarse en los siguientes procesos:

A. Disminución en la cantidad o frecuencia de refuerzos positivos.

- B. Aprendizaje social por imitación.
- C. Desesperanza aprendida (indefensión).
- D. Control por los estímulos (un dato, evento, lugar, etc.) puede representar un estímulo discriminatorio simbólico que entrañe respuestas depresivas. (Zoch, 2002, p. 13)

Beck, 1964 citado por Zoch (2002) explica que Beck marco lo que llamo un “estilo cognitivo alterado”, caracterizado por expectativas negativas respecto al ambiente, sería justo con la desesperanza y la incapacidad el núcleo de la depresión humana e incluye el estilo del pensamiento de la personalidad pre depresivo. Así pues, una concepción peyorativa de sí mismo, interpretaciones negativas de las experiencias propias y visión pesimista del futuro constituirá la triada cognitiva básica del paciente depresivo (p. 13).

6.6.2.3. Excesiva dependencia de otras personas

La persona que depende excesivamente de otras traslada su seguridad a ellas por lo que necesitan que siempre estén presentes para que le ayuden a resolver los problemas. Cuando por alguna razón se alejan, sienten que el mundo se deshace y no saben qué hacer favoreciendo la apariencia de depresión. (Zoch, 2002, p. 13)

Esto se ve en los niños que han sido sobreprotegidos en su infancia y que al llegar a la vida adulta tienen que tomar las decisiones que la vida les presenta. Al no estar preparados para resolver los pequeños problemas, menos que van a poder tomar las grandes decisiones. (Zoch, 2002, p. 13)

6.6.2.4. Pobre autoimagen

Las personas que tienen una pobre imagen de sí mismas parten del punto de vista de que no podrán ser capaces de vencer un determinado obstáculo que les presenta la vida. Antes de comenzar la batalla ya se consideran derrotadas. Cualquier problema pequeño se amplifica al no tener la seguridad interior de poderlo superar. Cuando se juntan varias cosas

que causan preocupación, la persona con pobre autoimagen desarrolla las sensaciones de pérdida que puede conducir a la depresión. (Zoch, 2002, p. 14)

6.6.2.5. Pérdida de un ser querido

La pérdida de un ser querido constituye una prolongación de nuestra propia imagen. Cuando algunos de ellos nos abandonan porque se muere o porque decide separarse, nos causa una sensación de pérdida que puede conducir a depresión. Entre mayor sea la dependencia psicológica que tengamos, mayores son las posibilidades de adquirir un cuadro depresivo. (Zoch, 2002, p. 14)

6.6.2.6. Pobre tolerancia a las frustraciones

Hay ciertas personas que toleran muy mal las frustraciones que son fracasos en las expectativas que nos hicimos de que iba a salir de tal o cual forma y la vida nos resuelve algo totalmente distinto con lo que nos pone a prueba. Ante una situación de esas, algunos individuos reaccionan tratando de averiguar qué fue lo que sucedió para no volver a cometer el mismo error y más bien sacar provecho de la experiencia. Pero para otras personas, las frustraciones constituyen un obstáculo imposible de superar por lo que se deprimen. (Zoch, 2002, p. 14)

6.6.2.7. Pobres relaciones interpersonales

Como explica Zoch, el contacto social que rodea a las personas es muy importante porque permite un intercambio de ideas que es muy provechoso tanto para el sujeto como para los demás. Esto permite una mejor salud mental y la facilidad de exteriorizar algunos sentimientos que permita alivio (catarsis). Si no hay este soporte, la persona está propensa a guardar las dudas e inquietudes. Cuando el sujeto se está deprimiendo tienen tendencia a pensar una y otra vez en lo mismo, sin lograr ninguna solución a los problemas. Si hay un buen apoyo social, se puede manejar una depresión.

6.6.2.8. Excesiva timidez

La timidez está reflejado un temor exagerado a las relaciones interpersonales perciben como amenazadoras pese a que se sienta un deseo intenso de contar con ellas. Inconscientemente se teme a la crítica o a no ser aceptado por los demás, aunque no existen elementos reales para justificar. La persona tiende a retraerse aún más cuando se siente deprimido lo que favorece que se vaya aumentando la intensidad de la misma. (Zoch, 2002, p. 14)

6.6.2.9. Poca confianza en sí mismo

En este apartado Zoch se refiere a la confianza en que uno puede o no puede hacer algunas cosas, nos brinda un sentimiento de seguridad que es muy positivo y constituye una vacuna contra la depresión. Pero cuando no se ha desarrollado una sólida confianza en sí mismo, algunos estímulos externos como muy amenazadores y peligrosos conducen a un cuadro depresivo.

6.6.2.10. Poco deseo de superación

El conformismo es una mala actitud que algunos tienen y que los conduce a un tipo de vida muy rutinario, perdiendo el sentimiento de maestría para resolver situaciones nuevas. Cuando le cambian bruscamente las condiciones de vida, se siente perdido y no encuentran la manera de afrontar satisfactoriamente situaciones nuevas lo que los puede llevar a deprimirse. (Zoch, 2002, p. 15)

6.6.2.11. Estrés severo prolongado

El estrés severo prolongado como ocurre cuando se presentan varias causa pequeñas o moderadas simultáneamente, puede asociarse con síntomas depresivos que requieren tratamiento específico. En esta categoría deben incluirse los problemas financieros que se mantienen durante un largo tiempo. (Zoch, 2002, p. 15)

6.6.2.12. Personas con tendencias hipocondríacas

Estas personas tienen tendencias a creer que sufren de una enfermedad seria debido a que refieren sentir molestias y dolores en distintas partes del cuerpo que no se confirma con exámenes de laboratorio. Al persistir estas quejas se puede presentar una depresión. (Zoch, 2002, p. 15)

A continuación, se describe a detalle la causa sociolaboral que permite la presencia de un estado depresivo en la persona.

6.6.3. Causas sociales

Hace énfasis en la interacción del individuo con la sociedad y el medio ambiente en que se desenvuelve y pueden ser:

- ❖ Pobreza
- ❖ Guerras
- ❖ Hacinamiento
- ❖ Migración de los medios rurales a los urbanos
- ❖ Emigración
- ❖ Asalto
- ❖ Inestabilidad política
- ❖ Pobre ambiente familiar. (Zoch, 2002, p. 17)

En el próximo apartado ahondaremos más en el aspecto laboral ya que es un tema que nos compete en este trabajo y cómo está vinculado con la depresión.

6.7. Aspectos sociolaborales de la depresión

Como ya se planteó anteriormente según la OMS, la depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuente a nivel mundial, conforma la principal causa de discapacidad y

contribuye en gastos en salud a los Estados de los diferentes países. Y pide a la organización ampliar los servicios de salud para las personas con trastornos mentales.

Uno de los aspectos que más preocupa en esta enfermedad es cómo afecta la depresión en el trabajo y, en sentido contrario, cómo afecta el desempeño laboral al trabajador con depresión. Se parte de la idea global de que la depresión interfiere con las actividades personales, sociales y laborales, y de que genera un alto impacto económico en la sociedad. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p 17)

Los aspectos laborales que con mayor frecuencia influyen en la depresión y su relación con el entorno laboral son: conflictividad laboral, mala adaptación a los cambios e innovaciones, descenso en la productividad laboral, dificultad para ajustarse a normas, incremento en los errores, dificultad en la toma de decisiones o lentitud en las mismas, incremento en los periodos de incapacidad temporal o de ausencias laborales. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p 17)

Por otra parte, el trabajador con depresión sufre los mismos síntomas en todos los momentos de su vida y, por ello, no se puede separar el ámbito laboral del extralaboral, pues ambos están interconectados e influyen conjuntamente en la misma persona. La salud mental del trabajador, inseparable de la salud general, repercute en todos los ámbitos de la vida personal, entre ellos el desempeño laboral, pudiendo afectar a la percepción de las características del trabajo y alterando el desarrollo seguro del mismo. Y a su vez, como se ha referido, el trabajo puede influir en la aparición o empeoramiento de un cuadro depresivo. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p 17)

Una buena parte de nuestras vidas transcurre en el lugar de trabajo y, por ello, son aspectos a destacar dentro del estudio de la depresión aquellas situaciones para las que el trabajador puede ser especialmente sensible como: malas relaciones con los compañeros o jefes, la inestabilidad laboral, la insatisfacción o sentimiento de insuficiente reconocimiento, la actividad rutinaria o repetitiva, las escasas o nulas opciones de ascensos o mejoras. Aunque

son importantes para cualquier persona, adquieren especial relevancia en un trabajador con un trastorno depresivo. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p 18)

Uno de los aspectos que más destaca en los últimos años en relación con el trabajo, especialmente en países industrializados, es el de los factores psicosociales y organizacionales como causa de desajustes emocionales y, en relación con la depresión, de causalidad o agravamiento de esta. Señalar de forma especial todo cuanto gira alrededor del estrés laboral, como factor claramente influyente en la sintomatología depresiva. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p 18)

Además, no se debe olvidar que la integración laboral es un componente clave para facilitar una mejor respuesta en el paciente con depresión, ya que favorece aspectos claves integradores como su autonomía personal, su independencia, las relaciones sociales y mejora la valoración personal del trabajador. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p 18)

A continuación, se presenta la tabla 1 donde se muestra las relaciones entre la depresión y el trabajo.

Tabla 1

Resumen de la interrelación depresión y trabajo

La interrelación depresión y trabajo: tipos	
El trabajo como causa de depresión	<p>Por riesgos asociados a factores psicosociales/organizacionales laborales: estrés laboral</p> <p>En relación con conductas agresivas: mobbing, hostigamiento</p> <p>Malas condiciones medioambientales: espacio reducido, mala iluminación o ventilación, ruido</p> <p>Por plaguicidas</p> <p>Por desempleo</p>

<p>La depresión como secuela laboral</p>	<p>Por accidente de trabajo</p> <p>Por estrés postraumático</p>
<p>La depresión como causa de riesgo laboral</p> <p>→ Irritabilidad</p> <p>→ Insomnio</p> <p>→ Enlentecimiento</p> <p>→ Falta de memoria o de concentración</p> <p>→ Descuido en la imagen</p>	<p>Conflictividad con jefes o compañeros</p> <p>Riesgo de somnolencia diurna: accidentes de trabajo de tráfico</p> <p>Disminución de la productividad y pérdida de jornadas laborales</p> <p>Incremento del número de errores</p> <p>Menores opciones de promoción laboral</p>
<p>Las terapias como causa de riesgo laboral</p> <p>→ Sedación</p> <p>→ Disminución de reflejos</p> <p>→ Pérdida de concentración</p> <p>→ Enlentecimiento psicomotor</p> <p>→ Debilidad muscular</p> <p>→ Molestias físicas: Pérdida de apetito, pérdida de peso, náuseas, etc.</p>	<p>Incremento de accidentes laborales y de tráfico</p> <p>Incumplimiento de horarios</p> <p>Pérdida de productividad</p> <p>Menor capacidad física para tareas con cargas</p> <p>Conflictos interpersonales en el trabajo</p>
<p>Adaptaciones temporales o definitivas en el trabajador con depresión</p> <p>→ Prevención primaria o secundaria</p>	<p>Adaptación de horarios (turnos, trabajo nocturno)</p> <p>Cambios de puesto o de tareas concretas en el mismo puesto</p> <p>Modificaciones en el entorno personal</p> <p>Modificaciones en las condiciones medioambientales</p> <p>Apoyo médico o psicoterapia</p> <p>Control y seguimiento coordinado</p>

Nota: Recuperado de Guía-protocolo para El Manejo del Paciente con Depresión en el mundo del Trabajo, Documento Depresión y Trabajo: Aspectos Clínico-laborales. Ramírez, M. V., Capdevila, L. M., Terradillo,

M. J., Vicente, M. & Aguilar, E., 2018, Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo-GIMT, pp. 18-19.
Copyright 2020 por Domínguez, C. M., Granillo, D. A. & Hernández, E. A.

Según Uribe JM, et al, 2017 citado por Ramírez, M. V. et al (2018) expresa que quizás uno de los aspectos más estudiados ha sido el concepto de absentismo, ausentismo y presentismo ligado a trabajadores con depresión, especialmente en los casos más complejos como la depresión mayor o en situaciones con doble afectación (trastorno depresivo mayor más distimia), y que confirman la carga económica que esto supone para las empresas y, por ello, para la sociedad. Se hace especialmente recomendable la implementación de programas de salud laboral, junto con el adecuado diagnóstico y tratamiento dentro de un concepto global de política sanitaria (p. 20).

En la depresión a pesar de ser la principal causa de discapacidad en todo el mundo y el aspecto que más contribuye a su impacto económico es la pérdida de productividad; encontramos, sin embargo, muy poca investigación sobre los costos de la misma fuera de los países occidentales, si bien constan estudios en algunos países, como Corea, con cálculos de costos de la enfermedad. (Chang SM et al, 2012 citado por Ramírez, M. V. et al, 2018, p.20)

Lee Y et al, 2017, citado por Ramírez, M. V. et al, (2018) escribió:

En los trastornos depresivos mayores adquiere especial trascendencia todo cuanto gira en torno a la reincorporación laboral de un trabajador después de un proceso de Incapacidad Temporal (IT) prolongado. El retorno al trabajo es un objetivo terapéutico en este tipo de pacientes, pero algunos estudios se plantean si el tratamiento antidepressivo realizado mejora de manera significativa y confiable las medidas de funcionamiento del paciente en el lugar de trabajo. (p. 20)

Sin embargo, mientras que el empleo ha demostrado ser beneficioso para las personas con trastorno depresivo, la conflictividad laboral que puede aparecer cuando existen limitaciones, y generar actitudes negativas por parte de los empleadores, puede ocasionar

el empeoramiento del cuadro y suponer una barrera importante en su participación laboral, dentro de un marco más complejo de estigma, o discriminación laboral de los trabajadores, especialmente valorado desde su propia perspectiva. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p 21)

La discriminación que se hace a la persona por tener depresión de una de las principales barreras para la participación e integración en la sociedad y el área laboral, la estigmatización en depresión mayor está relacionada con la historia clínica, la atención médica recibida y la divulgación del diagnóstico o con experiencia previas de discriminación (Ramírez, M. V. et al, 2018). Mientras no haya una divulgación de la depresión, esto se convierte en una barrera para buscar ayuda y recibir un tratamiento especializado, por lo cual se busca tener un enfoque nuevo que disminuya la estigmatización de este problema.

También podemos ver que las personas que padecen de depresión sufren discriminación laboral. Ramírez, M. V. et al (2018) refiere con mucha frecuencia informaron discriminación en el entorno laboral, de forma que son necesarias intervenciones efectivas para mejorar la participación laboral en este tipo de pacientes, centrándose simultáneamente en disminuir el estigma en el entorno de trabajo y la auto discriminación de los trabajadores con esta patología. Por lo cual la realización de este trabajo es con el fin de ayudar y concientizar no solo al que padece la enfermedad sino también el que está en contacto con el sujeto.

En cuanto a Bovopoulos N et al, 2016, citado por Ramírez, M. V. et al, (2018) escribió:

Los problemas de salud mental y, entre ellos, sin duda la depresión, son comunes en el lugar de trabajo, pero los trabajadores afectados por tales problemas no siempre son bien apoyados por el entorno. Motivado por ello, se han desarrollado trabajos concretos para establecer pautas o consideraciones adicionales en un contexto laboral, y que destacan su importancia integradora, especialmente en actuaciones de adaptación incorporadas en las políticas preventivas y en los procedimientos de la organización. (p. 21)

Es función prioritaria en la salud laboral actuar en la prevención y especialmente en los accidentes de trabajo que, aunque pueden ocurrir en cualquier entorno laboral, son menos

probables si se crea un ambiente de trabajo seguro y programas de capacitación para prevenirlos. Por ello, es importante identificar a los empleados con mayor riesgo por las condiciones personales y ofrecer intervenciones preventivas en el lugar de trabajo.

La revisión de Watanabe K et al, de 2016 citado por Ramírez, M. V. et al, (2018) escribió:

Entre otros factores de riesgo laboral estudiados en relación con los procesos depresivos se encuentra el horario laboral. Muestra que el trabajo de horas extras se asoció con un riesgo ligeramente elevado y no significativo de trastorno depresivo, y que esta asociación tiende a ser mayor para las mujeres, por lo que recomienda tener en cuenta estas consideraciones como abordaje futuro. (p. 21)

Mientras tanto Theorell T et al, 2014 citado por Ramírez, M. V. et al, (2018) escribió:

Pero, sin duda, es el estrés y cuanto conlleva dentro del ámbito laboral uno de los factores más destacados cuando se asocia al trabajador con depresión y la influencia de aspectos como el desequilibrio esfuerzo-recompensa (ERI). Del mismo modo, aspectos como las diferencias de género o todo cuanto rodea a la evaluación de factores psicosociales adquiere importancia creciente, a la vez que datos como la falta de iniciativa en la toma de decisiones, las situaciones de tensión laboral o intimidación, pueden suponer un aumento de los síntomas depresivos a lo largo del tiempo y son condiciones susceptibles de intervenciones organizacionales. Las diferentes respuestas en hombres y mujeres ante situaciones de estrés laboral se manifiestan en niveles más altos de tensión laboral entre las mujeres y se relaciona con los síntomas depresivos en ambos sexos, pero con mayor intensidad y frecuencia entre las mujeres. (p. 22)

Si bien el papel de los factores psicosociales en el trabajo es relevante en cualquier proceso depresivo, es más notorio en los casos de depresión mayor.

Kouvonen A et al, 2016, citado por Ramírez, M. V. et al, (2018), explica que los antidepresivos no influyen en el riesgo en el trabajo y dijo:

Algunos autores han afirmado que el uso de antidepresivos no se asoció con un mayor riesgo de lesión relacionada con el trabajo al comienzo del tratamiento, pero que son necesarios más análisis y ensayos para determinar si el uso a largo plazo de antidepresivos aumenta el riesgo de lesión relacionada con el trabajo. (p. 23)

La depresión dentro de la empresa debe de ser abordado por un enfoque multidisciplinar y de una forma organizada, tomando el problema como prioritario para el buen funcionamiento de la empresa. Para proteger la salud del trabajador, es necesario controlar los accidentes y las enfermedades ya sea de índole físico y psiquiátricos mediante las reducciones de riesgo en la empresa, por lo consiguiente se abordará en el siguiente apartado la salud laboral.

6.8. Consideraciones de la depresión en el área laboral

La salud laboral es el concepto básico relacionado con las condiciones de trabajo y salud del trabajador, con el objetivo de alcanzar el máximo bienestar físico, emocional, y psíquico del mismo. Dentro del concepto de Salud laboral, y de las competencias del Médico del Trabajo en este marco, destacamos por su trascendencia la valoración de aptitud laboral. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p 23)

6.8.1. Aptitud laboral en el trabajador con depresión

Ramírez, M. V. et al (2018) afirma: “La aptitud laboral para el desempeño de la prestación laboral está condicionada por la existencia o no de deficiencias psicofísicas que impidan la ejecución del trabajo con normalidad o que constituyan un riesgo para la salud del trabajador o para terceros” (p. 24).

En líneas generales, esta valoración debe realizarse: antes del comienzo de la relación laboral, si el trabajador va a ser adscrito a un puesto de trabajo con riesgo de contraer una enfermedad profesional; de forma periódica, una vez iniciada la relación laboral; durante su desarrollo; tras la concurrencia de un accidente de trabajo o la detección de una

enfermedad profesional o en alguna circunstancia relacionada con ella; y/o tras una ausencia prolongada por motivos de salud. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p 24)

Tras el examen médico del estado de salud, el trabajador podrá ser calificado como: 1) Apto sin ningún tipo de restricción: Podrá desempeñar su tarea habitual sin limitaciones. 2) Apto con restricciones: Le permite desarrollar tareas fundamentales de su puesto de trabajo, pero otras sólo de forma parcial e incluso algunas pueden quedar al margen de su estado psicofísico. 3) Apto en observación: Situación que se produce cuando no se obtienen datos concluyentes sobre su aptitud y existe una sospecha de enfermedad profesional, que no le impide desarrollar su trabajo. 4) No apto: Implica que el desempeño de sus tareas conlleva serios problemas de salud o que sus capacidades fisiológicas y psicológicas le impiden su realización de forma segura. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p 24)

La enfermedad relacionada con el trabajo resulta de la confluencia de dos factores: un factor individual de predisposición constitucional, y un factor laboral relacionado con las condiciones de trabajo. El trabajo puede desencadenar y/o agravar una enfermedad compleja y de etiología multifactorial para la que el paciente está predispuesto, como la depresión. Al valorar al trabajador con depresión dentro del ámbito del trabajo, se deben tener en cuenta tres aspectos básicos:

- A. Los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud mental.
- B. Los efectos de la patología mental sobre el desempeño laboral.
- C. La influencia de variables individuales: patologías concomitantes, estado civil, familia, nivel sociocultural, etc. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p 24)

Pero también hay condiciones laborales que afectan la salud mental y a continuación se explicará con mayor amplitud.

6.8.1.1. Efectos de las condiciones laborales sobre la salud mental

En la Ley General de Prevención de Riesgos en los lugares de Trabajo se considera según el Decreto N° 254, apartado V:

Que el Estado debe garantizar el fiel cumplimiento del principio de igualdad entre hombres y mujeres, y el derecho a la no discriminación reconocido en los tratados internacionales, siendo necesario para ello tomar en cuenta las condiciones biológicas, psicológicas y sociales de los trabajadores y trabajadoras, para efecto de garantizar el más alto nivel de salud y seguridad en el desempeño de sus labores. (p. 1)

La Ley expresa a detalle las condiciones adecuadas para el desarrollo de las actividades laborales como: ambiental, iluminación, instalaciones físicas, ventilación, medidas de trabajo, un buen clima laboral, organización, intervención y prevención. Y si no se toma la debida importancia en el futuro de las empresas y se muestra un deterioro en estas condiciones, estas son causas psicosociales que causan o reactiva la depresión en el ámbito laboral.

Mientras tanto la OMS también explica que aquellas condiciones presentes en una situación de trabajo, relacionadas con la organización, el contenido y la realización del trabajo susceptible de afectar tanto al bienestar y la salud (física, psíquica o social) de los trabajadores como al desarrollo del trabajo, las cuales son factores psicosociales del trabajo. Se añade también otros factores de riesgos como el ruido o la exposición a determinados productos químicos neurotóxicos (Ramírez, M. V. et al, 2018, p 25)

Se recogen a continuación los aspectos más relevantes de estos factores de riesgo y su relación con la patología depresiva.

6.8.1.1.1. Factores psicosociales

Según la psicopatología laboral en el ámbito psicosocial, la depresión puede ocasionar gran sufrimiento en la persona afectada y en las de su entorno, con importantes repercusiones laborales y socioeconómicas debido, entre otros, a las condiciones anteriormente mencionadas: la pérdida de productividad, el absentismo y las posibles bajas laborales (Ramírez, M. V. et al, 2018).

Numerosos estudios han demostrado la relación entre las condiciones psicosociales del trabajo y la salud mental de los empleados. Estos factores psicosociales comprenden aspectos relativos al puesto y entorno de trabajo, como el clima y la cultura organizacional, las funciones laborales, las relaciones interpersonales (formales e informales) en el trabajo, el diseño y el contenido de las tareas y el grado de autonomía y control (Ver tabla 2). (Ramírez, M. V. et al, 2018, p 25)

Tabla 2

Factores que influyen en la depresión

Factores de riesgo psicosocial y aspectos laborales relacionados.		
Características del puesto de trabajo	Iniciativa/autonomía	Es la posibilidad de que el trabajador pueda organizar su trabajo. La falta de autonomía puede provocar insatisfacción
	Monotonía	Puede producir un empobrecimiento del trabajo.
	Ritmo de trabajo	Un ritmo de trabajo repetitivo puede producir fatiga, depresión e insatisfacción.
	Nivel de cualificación	Es un elemento que contribuye a la satisfacción o insatisfacción laboral, según se corresponda o no con la cualificación del trabajador.
	Nivel de responsabilidad	La responsabilidad es un factor de insatisfacción cuando se no corresponde con el nivel de formación del trabajador.

Organización del trabajo	Estructura de la organización	Comunicación	Un clima de trabajo adecuado depende de que haya canales de comunicación apropiados.
		Estilo de mando	Un estilo de mando democrático aporta mayor satisfacción al trabajador.
	Organización del tiempo de trabajo	Jornada	La distribución del tiempo de la jornada y de los descansos debe favorecer la recuperación del trabajador.
		Horario	El horario nocturno y a turnos puede provocar trastornos tanto fisiológicos como psicológicos y sociales.
Características individuales del trabajador	Personalidad, edad, motivación, formación, vida familiar, relaciones sociales	Aunque son los factores de la organización los que producen insatisfacción, estrés, etc., las características de la persona son las que determinan la forma de actuar	

Nota: Recuperado de Guía-protocolo para El Manejo del Paciente con Depresión en el mundo del Trabajo, Documento Depresión y Trabajo: Aspectos Clínico-laborales. Ramírez, M. V., Capdevila, L. M., Terradillo, M. J., Vicente, M. & Aguilar, E., 2018, OIT 1986, pp. 25-26. Copyright 2020 por Domínguez, C. M., Granillo, D. A. & Hernández, E. A.

Ramírez, M. V. et al (2018) afirma que: “Existen diferentes aspectos de la organización laboral que son capaces de provocar estrés en los trabajadores cuando no se ajustan a sus necesidades, expectativas y capacidades y son moderados, a su vez, por factores individuales y del contexto organizativo” (p. 26). También se pueden ver “aspectos como el desequilibrio en la recompensa, la injusticia organizacional, conflictos interpersonales, el estrés y la inseguridad

laborales, actuando aisladamente o de forma combinada, pueden precipitar el desarrollo de un cuadro depresivo” (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 26).

Existen grupos específicos de la población activa con riesgo más elevado de desarrollar cuadros depresivos (u otros problemas de salud mental) relacionados con el trabajo. En las profesiones con elevados ritmos de trabajo y/o baja discreción respecto al uso de las destrezas, el riesgo de trastorno mental es máximo. Los profesionales que interactúan la mayor parte del tiempo con las personas que necesitan ayuda, entre ellos los profesionales de enfermería, son los más susceptibles a padecer enfermedad mental. Problemas en las relaciones en el lugar de trabajo, dificultad de reubicación, jornada de trabajo extenuante, y cambios sistemáticos figuran como factores predisponentes para la aparición de la enfermedad depresiva. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 26).

Estos factores de riesgo ambientales pueden provocar a corto plazo cambios del estado de ánimo y del afecto, acompañándose con frecuencia variaciones de comportamiento y llegando, en ocasiones, a un estado de ánimo depresivo. Cuando estos factores estresantes persisten, las respuestas, que en una etapa inicial pueden ser reversibles, pasan a ser modificaciones estables y permanentes, llegando al agotamiento o un trastorno depresivo mayor. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 26).

Visto en sentido contrario, las características de la persona pueden interactuar con los factores psicosociales laborales de riesgo y acentuar o amortiguar sus efectos. La capacidad de afrontamiento de cada persona puede aumentar a medida que el proceso de afrontamiento progresa con éxito (“aprendizaje”) o, en caso contrario, los problemas de salud mental prolongados en el tiempo a menudo reducirán a la larga esa capacidad de afrontamiento. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 26)

Ruggiero JS, 2005, citado por Ramírez, M. V. et al, (2018), explica que:

Existen factores que protegen a los trabajadores de estas situaciones. En 2012, Gao YQ et al publicaron un estudio donde se señala que, contar con el apoyo de los supervisores,

realizar comidas regulares, ejercicio físico, poder utilizar las habilidades personales y una mayor satisfacción en el trabajo pueden disminuir el estrés laboral y, con ello, el riesgo de depresión o mejorar el control de la propia enfermedad si ya está instaurada (Gao YQ, 2012). A este respecto, en algunos estudios se señala que, el hecho de modificar la relación tiempo libre/tiempo de trabajo dándole una mayor flexibilidad, como, por ejemplo, con más fines de semana libres y menos presión emocional, también contribuyen a la mejora en el trabajo, disminuyendo el nivel de estrés y la depresión. (p. 26)

El concepto de relación entre depresión y trabajo forma parte de numerosos estudios. Algunos de ellos inciden de forma especial en la inseguridad laboral, el bajo apoyo social, la baja remuneración económica, el pobre clima laboral, el desequilibrio entre la tensión laboral y la recompensa al esfuerzo y el bajo control laboral como condiciones relacionadas estrechamente con mayores índices de depresión. Encuentran, así mismo, diferencias por género y aspectos socioeconómicos y culturales, de forma que se asocian con más frecuencia a depresión en mujeres: el bajo nivel de autoridad y los trabajos manuales (los denominados de cuello azul) en áreas industriales, fábricas o talleres y trabajos con alta demanda emocional. En el caso de los hombres son el estrés, la inseguridad laboral, los trabajos pasivos y en ambos tipos de trabajos, tanto trabajos manuales como no manuales (cuello blanco y cuello azul) los más asociados con depresión. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 26)

Dentro de los factores psicosociales laborales se hará en este trabajo mayor hincapié en el estrés y el trabajo a turnos o nocturno por su especial repercusión en esta patología.

A. *Estrés*

El estrés se define como “el mecanismo general con que el organismo se adapta a todos los cambios, influencias, exigencias y tensiones a que pueda estar expuesto”, y supone una interacción entre la persona y el medio ambiente de trabajo.

El estrés laboral resulta del desequilibrio entre las exigencias de la práctica profesional y la capacidad de afrontamiento de los trabajadores, y se asocia con el desgaste profesional. El grado en el que la demanda excede la expectativa percibida y el grado de recompensa

diferencial esperado del cumplimiento o no de esa demanda se relacionan con la magnitud del estrés a que la persona se ve sometida. El tipo de respuesta que cada persona tiene, tanto emocional como fisiológica, y su comportamiento influyen significativamente en la interpretación que hace de la situación de estrés. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 27)

Es fundamental también recalcar en este tema la experiencia previa del sujeto ante una situación similar y su respuesta empírica, asociada al factor de refuerzo, positivo o negativo, a los éxitos o fracasos, ya que pueden intervenir para reducir o aumentar, respectivamente, los niveles de estrés subjetivo experimentado.

Dentro de esta definición conceptual, el agotamiento es una forma de estrés, definido como una sensación de deterioro y cansancio progresivos con eventual pérdida completa de energía, y acompañado a menudo de falta de motivación. Es una sobrecarga que afecta a las actitudes, al estado de ánimo y a la conducta general. Los trastornos que con mayor frecuencia se relacionan con el agotamiento emocional son la ansiedad y la depresión. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 27)

B. Trabajo a turnos o nocturnos

El desempeño continuado de un trabajo a turnos puede tener repercusiones negativas sobre la salud de los trabajadores. Los trabajos con un sistema de rotación requieren una adaptación constante, de un programa de turnos a otro, y el organismo se encuentra inmerso en un proceso continuo de cambio y de adaptación, que predispone a mayor problemática que el que puede suponer otro tipo de horarios más convencionales. Desde una perspectiva psicológica destacan: los trastornos del sueño, el síndrome de fatiga crónica, el estrés laboral, la sintomatología depresiva y problemas familiares y sociales. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 28)

Existe relación entre alteraciones del sueño (muy frecuentes en trabajadores a turnos o nocturno) y el desarrollo de síntomas depresivos. Asimismo, se ha observado un mayor número de problemas laborales (absentismo, menor rendimiento y aumento de accidentes

de trabajo) en comparación con los trabajadores con un horario convencional. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 28)

“Sin embargo, el grado de tolerancia a los turnos de trabajo varía considerablemente en función de variables individuales, familiares, sociales, laborales y de aspectos relacionados con el propio sistema de turnos y la adaptación personal a ellos” (Ver tabla 3) (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 28).

Tabla 3

Características de los factores que influyen en la tolerancia al trabajar por turnos.

Factores que influyen en la tolerancia al trabajo por turnos	
Características individuales	Edad Sexo Ejercicio físico Años de trabajo en un sistema de turnos Rasgos de personalidad (introversión-extraversión, neuroticismo) Estructura circadiana Cronotipos (matutinidad-vespertina) Hábitos de alimentación y de sueño
Características familiares	Estado civil Número y edad de los hijos Nivel socioeconómico Trabajo por turnos de la pareja Actitudes familiares
Características sociales	Mercado laboral Tradición del trabajo por turnos en la comunidad. Actividades de ocio Apoyo social Actitudes de la comunidad
Características laborales	Sector laboral Horas de trabajo Ambiente de trabajo Características del puesto desempeñado Nivel de ingresos Cualificación Satisfacción con el trabajo Oportunidad para el desarrollo de la carrera. Relaciones humanas

Características de los turnos	Turnos continuos o semicontinuos Turnos rotativos o permanentes Dirección de la rotación (hacia delante o hacia atrás) Duración del ciclo de turnos Número de noches consecutivas Número de noches por año Fines de semana libres por cada ciclo de turnos. Horario del comienzo y del final del turno
--------------------------------------	--

Nota: Recuperado de Guía-protocolo para El Manejo del Paciente con Depresión en el mundo del Trabajo, Documento Depresión y Trabajo: Aspectos Clínico-laborales. Ramírez, M. V., Capdevila, L. M., Terradillo, M. J., Vicente, M. & Aguilar, E., 2018, Fernández-Montalvo, 2000, pp. 28-29. Copyright 2020 por Domínguez, C. M., Granillo, D. A. & Hernández, E. A.

En cuanto a las horas nocturnas de trabajo, se realizan entre las diecinueve horas de un día y las seis horas del día siguiente; según el Art. 161 del Código de trabajo de El Salvador. Mientras que el Art. 162 del mismo documento pone limitantes “En tareas peligrosas o insalubres, la jornada no excederá de siete horas diarias, ni de treinta y nueve horas semanales, si fuere diurna: ni de seis horas diarias, ni de treinta y seis horas semanales, si fuere nocturna”. Ramírez, M. V. et al, (2018) afirma:

Lo importante no es la constatación real a final del año del número de horas de trabajo cumplidas en período nocturno por cada trabajador, sino cuál es la programación del trabajo establecida por la empresa y si en dicha programación se prevé que al menos un tercio de la jornada se lleve a cabo en período nocturno. (p. 29)

Múltiples estudios relacionan el trabajo nocturno con trastornos del sueño, cuando no se ajusta el turno al cronotipo individual y edad del trabajador (Van de Ven HA, 2015) y el riesgo de alteración de la salud tiende a incrementarse a medida que lo hace la edad (Ramin C, 2015). El sueño diurno es menos reparador que el nocturno y que la hipersomnolencia asociada favorece la aparición de trastornos ansiosos y depresivos. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 29)

La asociación de la nocturnidad, junto a otros factores o agentes de riesgo relacionados con las condiciones de trabajo (estrés laboral y trabajos con carga mental y contenidos del

trabajo excesivos) especialmente cuando los descansos son inadecuados, tanto por su duración como por su temporalización predispone a sufrir alteraciones o las agrava de forma importante (Ver tabla 4). (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 29)

Tabla 4

Factores relacionados con el trabajo a turno y nocturno

Trabajo a turnos y nocturno. Factores relacionados	
Factores predisponentes	Factores agravantes
Edad mayor de 50 años	Más de 5 noches seguidas sin descanso
Pluriempleo	Primer turno comenzando antes de las 07.00 am
Fuerte carga doméstica	Turnos rotativos semanales
Matutinidad frente a vespertinidad	Menos de 48 horas de descanso después de una serie de noches
Historia previa de problemas de	Horas extras
Sueño	Rotación hacia atrás ($1^a > 3^a > 2^a$)
Problemas psiquiátricos	Turnos de 12 horas en trabajos críticos o pesados
Alcohol y drogas	Trabajo excesivo en fin de semana
Problemas gastrointestinales	Largo recorrido in itinere
Epilepsia, diabetes y problemas cardiacos	Periodos de reposo inapropiados
	Turnos que hacen difícil planificar a medio plazo las actividades personales

Nota: Recuperado de Guía-protocolo para El Manejo del Paciente con Depresión en el mundo del Trabajo, Documento Depresión y Trabajo: Aspectos Clínico-laborales. Ramírez, M. V., Capdevila, L. M., Terradillo, M. J., Vicente, M. & Aguilar, E., 2018, Fernández-Montalvo, 2000, pp. 29-30. Copyright 2020 por Domínguez, C. M., Granillo, D. A. & Hernández, E. A.

La Organización internacional del Trabajo (OIT) “aconseja evitar la exposición a estos tipos de trabajo en individuos menores de 25 años y mayores de 50 años. Así mismo recomienda que a partir de los 40 años el trabajo nocturno continuado sea voluntario” (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 30).

6.8.1.1.2. Otros factores laborales

a. Exposición a sustancias neurotóxicas

La definición de la neurotoxicidad se conoce como la capacidad de los agentes químicos, biológicos o físicos para producir cambios funcionales o estructurales adversos en el sistema nervioso central y/o periférico (Ramírez, M. V. et al, 2018).

Las alteraciones del estado de ánimo son casi siempre los primeros síntomas de los cambios iniciales del mal funcionamiento del sistema nervioso en los casos de intoxicación. Irritabilidad, euforia, cambios bruscos del estado de ánimo, cansancio exagerado, sentimientos de hostilidad, inquietud, depresión y tensión se encuentran entre los estados de ánimo asociados con mayor frecuencia a la exposición a sustancias neurotóxicas. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 30)

Dentro de los cuadros secundarios a exposición tóxica crónica profesional a neurotóxicos, se encuentra la encefalopatía. Se debe a una alteración difusa del cerebro y puede provocar fatiga, deterioro del aprendizaje, de la memoria y de la capacidad de concentración, ansiedad, depresión, aumento de la irritabilidad e inestabilidad emocional. Estos síntomas pueden aparecer después de una exposición prolongada de bajo nivel a varios productos químicos diferentes, como disolventes, metales pesados (especialmente mercurio y plomo), ácido sulfhídrico, ácido bórico y piridina. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 30)

Se hará una breve revisión de algunos de ellos:

La clínica de la intoxicación por *mercurio* es de evolución insidiosa, dificultando el diagnóstico. Las manifestaciones leves comprenden: Insomnio, timidez, mareos, nerviosismo. Cuando la exposición continúa aparece irritabilidad, somnolencia y depresión. En las exposiciones prolongadas se observa labilidad emocional, disminución de la memoria, pérdida del autocontrol y de la autoconfianza. En casos severos se ha descrito melancolía suicida, delirio, alucinaciones y psicosis maniaco-depresiva. Se ha relacionado el desarrollo de depresión con niveles de concentración de mercurio en orina de 100 a 500 µg/l. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 30)

La exposición crónica al *plomo* también se ha relacionado con la aparición de trastornos afectivos (Rhodes D., 2003) como irritabilidad, fatiga, ansiedad, fobia, agresividad y depresión, y se ha observado que una exposición temprana a este metal pesado está asociada con la aparición de conductas antisociales que incluyen las características anteriores. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 31)

Los efectos tóxicos de los *solventes orgánicos* pueden ser generales o específicos, dependiendo de la estructura química de los mismos, de la magnitud y frecuencia de exposición, de la susceptibilidad individual, de la interacción con otros factores como tabaquismo, alcohol, estado nutricional y existencia de otras enfermedades en el trabajador, como diabetes mellitus, uremia, etc. En fases iniciales de intoxicación leve pueden presentar cefalea, alteraciones del estado de ánimo con depresión y ansiedad, irritabilidad, fatiga, disminución de la atención y concentración, alteraciones de la memoria, confusión, náusea, vómitos y, en casos graves, estupor, coma y muerte. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 31)

Los *policlorocicloalcanos* (PCCAs) constituyen un grupo de insecticidas organoclorados, que incluye al lindano, otros isómeros del hexaclorociclohexano y ciclodienos. Las exposiciones accidentales a dosis no convulsionantes de PCCAs determinan un cuadro llamado síndrome neurotóxico por PCCAs, constituido por: manifestaciones neurológicas, anomalías sensoriales y trastornos psicológicos: agresividad, irritabilidad, hiperactividad, depresión con ansiedad, temores, confusión, insomnio; así como síntomas generales: anorexia, disfagia, pérdida ponderal, etcétera. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 31)

En lugares de trabajo en los que se utilizan sustancias neurotóxicas, los trabajadores, las empresas y el personal de salud y seguridad laboral deben estar especialmente atentos a la sintomatología de intoxicación inicial, indicativa de la vulnerabilidad del sistema nervioso a la exposición. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 31)

Para realizar una vigilancia específica de los puestos en los que se utilizan sustancias neurotóxicas, es importante una adecuada historia clínica ocupacional, enfatizando aspectos relacionados con la exposición a solventes orgánicos y sus posibles efectos en la salud del trabajador expuesto. Incluirá una exploración neurológica detallada por el médico especialista en salud ocupacional de las respectivas unidades de Medicina del Trabajo. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 31)

Es útil utilizar una encuesta específica (*Ver anexo I*) en las personas expuestas a solventes orgánicos, encaminada a detectar síntomas o signos precoces de disfunción neurológica o neuropsicológica o de otros órganos y sistemas, posiblemente generados por la exposición a solventes orgánicos. Si en la encuesta se encuentran síntomas o signos sugerentes de disfunción del sistema nervioso o de otros órganos, se debe hacer una evaluación de las posibles fuentes de solventes orgánicos, valorar la posibilidad de cambiar los solventes utilizados por otros menos tóxicos, una evaluación de los sistemas de protección de los trabajadores y la corrección de las alteraciones. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 31)

Si por los resultados de la evaluación médica o del cuestionario se sospecha posible alteración neurológica del trabajador:

- Se separará a dicho trabajador de la exposición.
- Se realizará una nueva valoración después de un tiempo sin exposición.
- Si los síntomas persisten, se remitirá a neurología para ampliar el estudio. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 32)

OIT, 2004, citado por Ramírez, M. V. et al, (2018), explica que:

El diagnóstico diferencial entre un síndrome neurotóxico y una enfermedad neurológica primaria plantea un enorme reto a los médicos que trabajan en el marco laboral. Es necesario obtener una buena historia clínica, el mantenimiento de un elevado grado de sospecha y el seguimiento adecuado de un individuo, así como de grupos de individuos. El reconocimiento precoz de enfermedades relacionadas con agentes tóxicos en su medio ambiente o con una exposición profesional determinada es fundamental, ya que un diagnóstico adecuado puede conducir a la separación inmediata de un individuo de los peligros de la exposición continua a una sustancia tóxica, evitando posibles lesiones neurológicas irreversibles. Además, el reconocimiento de los primeros casos afectados en un entorno determinado puede conseguir que se produzcan cambios que protegerán a otros todavía no afectados. (pp. 32-33)

b. Exposición a Ruido

El ruido en el lugar de trabajo, incluso a niveles bajos que no exija la implantación de medidas para disminuirlo, puede ser un factor de estrés (Ej: un teléfono que suena con frecuencia o el zumbido constante de un equipo). No obstante, el grado en que el ruido afecta al nivel de estrés de los trabajadores depende de una compleja combinación de factores, entre los que destacan:

- La naturaleza del ruido, como su volumen, tono y previsibilidad.
- La complejidad de la tarea que realiza el trabajador, especialmente si las tareas exigen concentración.
- La profesión del trabajador.
- La situación individual del propio trabajador: si la persona está cansada, enferma o con cefalea, tolera peor el ruido, etc. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 33)

Goines L, 2007, citado por Ramírez, M. V. et al, (2018), explica que:

Aunque no se considera que la contaminación acústica sea causa directa de enfermedad mental, y por ello tampoco de depresión, se asume que puede acelerar o intensificar el desarrollo de patologías latentes. Los niños, las personas mayores y los individuos con

depresión pueden ser especialmente vulnerables a los efectos psicológicos del ruido, al carecer de los mecanismos adecuados para afrontarlos. (p. 33)

En el Art. 50 de la Ley de Prevención de Riesgo en Lugares de Trabajo expone que “Los trabajadores no estarán expuestos a ruidos y vibraciones que puedan afectar su salud. Los aspectos técnicos relativos a los niveles permisibles de exposición en esta materia estarán regulados en el reglamento respectivo”. Por lo cual las empresas o instituciones deben cumplir estas normas para el bienestar del trabajador.

6.8.1.2. Efectos de la patología mental sobre el desempeño laboral

La depresión, como ya se ha visto previamente, es una enfermedad frecuente en los países occidentales, que a menudo tiende a cronificarse y/o complicarse con otras enfermedades, con importantes consecuencias negativas, tanto para los trabajadores como para las organizaciones, especialmente si no se diagnostica precozmente y no se trata de forma efectiva. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 33)

Se debe diferenciar la Depresión o tristeza patológica, de la tristeza “normal”, leve, transitoria, asociada a pensamientos negativos en relación con problemas identificables, presente de forma habitual en algún momento de la vida de todas las personas. Los rasgos diferenciadores se recogen en la tabla adjunta (*Ver tabla 5*). (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 33)

Tabla 5

Rasgos diferenciales entre la tristeza normal y patológica

Diferencias entre la tristeza normal y patológica	
Tristeza Normal	Tristeza Patológica
El motivo es siempre de carácter negativo.	El motivo no es siempre de carácter negativo, puede tener carácter positivo, cualquier cambio.

El tiempo de aparición es casi inmediato.	El tiempo de aparición es hasta 6 meses después.
La duración es adecuada al motivo.	La duración es desproporcionada.
La intensidad adecuada al motivo.	La intensidad es desproporcionada
El rendimiento no queda afectado significativamente.	El rendimiento queda afectado significativamente.
La reactividad a estímulos externos permanece prácticamente intacta	La reactividad a estímulos externos queda disminuida o ausente.
La vivencia de sentimientos se mantiene prácticamente intacta	La vivencia de sentimientos queda disminuida o ausente.
El tipo de experiencia es conocida, psicológicamente “localizable”.	El tipo de experiencia es cualitativamente diferente, corporalizada, vaga, imprecisa.

Nota: Recuperado de Guía-protocolo para El Manejo del Paciente con Depresión en el mundo del Trabajo, Documento Depresión y Trabajo: Aspectos Clínico-laborales. Ramírez, M. V., Capdevila, L. M., Terradillo, M. J., Vicente, M. & Aguilar, E., 2018, Ramos JA et al, 2005, pp. 33-34. Copyright 2020 por Domínguez, C. M., Granillo, D. A. & Hernández, E. A.

Como consecuencia de la depresión, se produce un deterioro en los roles sociolaborales y de las relaciones interpersonales. Los pacientes con depresión suelen ser considerados negativos en sus interacciones con los demás, inducen respuestas negativas de las personas con que se relacionan, desencadenando antipatía, sentimientos de incapacidad, tendencia a ser evaluados negativamente y a ser evitados. Este aislamiento social agrava el proceso y facilita su evolución a la cronicidad. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 34)

Cuando existe una recurrencia depresiva, ésta se acompaña de un rápido empeoramiento del rendimiento sociolaboral, referido tanto a la eficacia en la realización de las tareas como a la aparición de conductas de aislamiento y frecuentes conflictos interpersonales. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 34)

En el trabajo, las personas con depresión tienden a presentar las siguientes características: Están desmotivadas en mayor medida, mantienen deseos de abandono

profesional o retirada prematura, establecen peores relaciones personales con problemas de comunicación, se ven implicadas con mayor frecuencia en situaciones de conflicto laboral y disminuyen su rendimiento, capacidad de concentración y eficacia. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 34)

Cuando se estudia la repercusión laboral de la depresión, no deben olvidarse otras patologías a tener en cuenta en el ámbito laboral como son: el trastorno bipolar (o también denominado trastorno “maníaco-depresivo”), en el que el paciente alterna períodos de depresión y de manía; la distimia, la depresión de inicio tardío y el trastorno adaptativo. La repercusión en el trabajo va a depender del tipo de trastorno y del grado de control que se consiga con el tratamiento prescrito, así como de los efectos adversos ocasionados por dichos tratamientos. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 34)

A continuación, se presentan algunos de estos procesos desde un punto de vista laboral:

La *depresión mayor* tiene fuerte influencia en el comportamiento del paciente, con tendencia al aislamiento y evitación de situaciones estresantes como las reuniones de trabajo, por la intensidad del malestar depresivo. Además, el trabajador con depresión no le encuentra sentido al trabajo, lo que influye en el descenso de su productividad y colaboración. Puede tener alterado el juicio de realidad, tomar decisiones erróneas y tardías, ausentarse de forma injustificada de su puesto y desmoralizar al resto de compañeros de trabajo e incluso provocar accidentes y posibles daños para su salud y la de terceros. Cuando la depresión no se reconoce de forma adecuada suele agravarse y puede complicarse con conductas de riesgo tales como adicciones, accidentes o suicidio consumado. (Ramírez, M. V. et al, 2018, pp. 34-35)

La *distimia* se caracteriza por la existencia de un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, la mayoría de los días, durante mínimo 2 años. En el trabajo puede manifestarse con quejas físicas y bajas médicas excesivas, sin hallazgos objetivos de enfermedad médica alguna que las explique. La persona distímica parece negativa, irritable, desinteresada e hipersensible a las críticas, con tendencia al aislamiento y a ser poco colaboradora. Puede

expresar pérdida de la capacidad de disfrutar y frecuentes sentimientos de vacío crónico. En ocasiones, puede sentirse sobrecargado de trabajo e incluso discriminado por el superior jerárquico, así como verse implicado en repetidos conflictos con sus compañeros de trabajo. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 35)

Los *trastornos bipolares* se caracterizan por la coexistencia de episodios maníacos, hipomaníacos o estados mixtos, a la vez que por la presencia o historia de episodios depresivos mayores. Existe además riesgo de daño a sí mismo y/o a los demás por la escasa percepción de riesgo. Los cambios de humor en breves periodos de tiempo (días u horas) también provocan el rechazo de los demás. En el caso del trastorno bipolar tipo II, las alteraciones de conducta son más leves y suelen confundirse con una personalidad simpática y carismática, creativa y muy productiva, aunque con frecuencia pueden dispersarse, ser impulsivos y poco eficientes. Con el tiempo y sin un tratamiento adecuado, se harán patentes las equivocaciones, los errores de juicio, la irritabilidad y la agresividad descontrolada. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 35)

La *depresión de inicio tardío* se caracteriza por su inicio en la edad madura (usualmente > 50 años), por su asociación con varios factores de riesgo cardiovascular, con deterioro cognitivo leve, así como con hallazgos característicos en las pruebas de neuroimagen, que predice demencia vascular en los años posteriores. Su importancia radica en el creciente envejecimiento de la población trabajadora, con aumento progresivo del número de trabajadores afectados por esta depresión de causa vascular. La interferencia en el desempeño laboral vendrá determinada por el grado de afectación y la gravedad del cuadro depresivo. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 35)

El *trastorno adaptativo* se distingue por una baja autoestima y un estado de ánimo depresivo como respuesta a un estresor psicosocial identificable (durante los tres meses siguientes al mismo). El síndrome clínico supone un malestar mayor de lo esperable con deterioro significativo de la actividad sociolaboral y de la salud personal (conductas de riesgo, patologías psicosomáticas, etc.) bien de forma aguda (menos de seis meses) o crónica (más de seis meses). (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 35)

Mientras tanto “El malestar o el deterioro de la actividad asociado a los trastornos adaptativos se manifiesta frecuentemente a través de una disminución del rendimiento en el trabajo, de la motivación y de una reducción de las relaciones sociales” (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 35).

Una situación estrechamente ligada a los trastornos adaptativos es el desgaste profesional o burnout, caracterizado por la percepción de pérdida de recursos emocionales para enfrentarse al trabajo (agotamiento emocional), el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y cinismo hacia los receptores del servicio prestado (despersonalización) y por una tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa, con sentimientos y apreciaciones de baja autoestima profesional (falta de realización personal). (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 35)

Como consecuencia de la depresión relacionada con el estrés laboral se puede mencionar la tensión y la insatisfacción en el trabajo, factores que pueden actuar de una manera bidireccional, en la medida que aumenta la carga de estrés en el trabajador y sus colegas. La depresión relacionada con el estrés en el trabajo también causa daños a la salud física y mental, el absentismo, la calidad de la atención y puede aumentar la rotación en los sectores. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 35)

Pero de igual forma podemos observar efectos de los tratamientos antidepresivos que afectan en el desempeño del trabajador y en el siguiente apartado se hablará más a fondo

6.8.1.3. Valoración de efectos secundarios del tratamiento antidepresivo

Vilela Manyari M, 2017; Medina J, 2004, citado por Ramírez, M. V. et al, (2018), explica que:

Aproximadamente, el 63% de los pacientes en tratamiento con antidepresivos de segunda generación sufren efectos adversos leves a lo largo del tratamiento, aunque han ido

apareciendo nuevas moléculas que persiguen combinar una mayor eficacia antidepressiva, con una mejor tolerabilidad (*Ver tabla 6*).

Tabla 6

Efectos adversos de los tratamientos antidepressivos.

Efectos adversos de antidepressivos		
Grupo farmacológico	Fármacos	Efectos adversos
Antidepressivos Tricíclicos (ATC)	<i>Imipramina, Amitriptilina, Amoxapina, Nortriptilina</i>	<p>a) Alteraciones cardiovasculares (hipotensión ortostática, arritmias, alteraciones electrocardiográficas). Contraindicados tras IAM</p> <p>b) Alteraciones de la motilidad intestinal (estreñimiento, íleo paralítico)</p> <p>c) Retención urinaria, dilatación pupilar, sequedad de boca y temblor</p> <p>d) SNC: trastornos de memoria, sedación y confusión</p> <p>e) Pueden bajar umbral para convulsiones</p>
Inhibidores de la Monoaminooxidasa (IMAOs)	<i>Iproniazida, Moclobemida, Selegilina</i>	<p>f) Agitación e hipomanía</p> <p>g) Alucinaciones y convulsiones (raras)</p> <p>h) Cefaleas, debilidad, fatiga, sequedad de boca.</p> <p>i) Interacción con la Tiramina (en quesos, bebidas alcohólicas) que puede desencadenar crisis hipertensivas</p>
Inhibidores selectivos de	<i>Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina, Citalopram,</i>	j) Gastrointestinales (náuseas, vómitos y diarrea)

recaptación de Serotonina (ISRS)	<i>Fluvoxamina, Sertralina, Escitalopram</i>	k) Síntomas de activación del SNC (inquietud, nerviosismo, alteración del sueño, temblor, vértigos), l) Disfunción sexual m) Efectos vegetativos (sequedad de boca y la sudación) y neurológicos (exacerbación de cefaleas migrañosas o tensionales).
Antidepresivos de nueva generación	<i>IRSN: Venlafaxina, Desvenlafaxina, Duloxetina</i>	Nerviosismo, insomnio, sudación, náuseas, sequedad de boca, disfunción sexual e hipertensión.
	<i>IRDN: Bupropion</i>	Puede reducir el umbral convulsivo (dosis dependiente)
	<i>ASIR: Trazodona</i> <i>NASSA: Mirtazapina,</i> <i>IRNA Reboxetina</i> <i>Antidepresivo de acción Multimodal: Vortioxetina (inhibe la recaptación de serotonina y modula actividad de receptores serotoninérgicos)</i>	n) Mirtazapina puede provocar sedación, aumento de peso y, excepcionalmente, discrasias sanguíneas o) Vortioxetina: baja incidencia de efectos adversos en comparación con los ISRS e IRSN. Sueños anormales, mareo, náuseas, diarrea, estreñimiento, vómitos, prurito. Puede aumentar el riesgo de convulsiones (con muchos ADs).
IRDN: Inhibidores selectivos de la recaptación de dopamina y noradrenalina; IRSN: Inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina; ASIR: antagonistas de los receptores serotoninérgicos 5-HT ₂ e inhibidores débiles de la captación de 5-HT; NASSA: antagonistas selectivos de serotonina y noradrenalina; IRNA: Inhibidores de la recaptación de noradrenalina.		

Nota: Recuperado de Guía-protocolo para El Manejo del Paciente con Depresión en el mundo del Trabajo, Documento Depresión y Trabajo: Aspectos Clínico-laborales. Ramírez, M. V., Capdevila, L. M., Terradillo, M. J., Vicente, M. & Aguilar, E., 2018, Modificado de INFAC. 2017, pp. 36-37. Copyright 2020 por Domínguez, C. M., Granillo, D. A. & Hernández, E. A.

Los efectos secundarios de los fármacos antidepresivos, sobre todo al inicio del tratamiento, pueden implicar limitaciones para la realización de determinadas actividades, por aumento del riesgo de accidente o de lesiones a terceros, especialmente: la conducción de vehículos, el trabajo en alturas o en espacios confinados, el manejo de maquinaria peligrosa y, en general, las tareas con alto grado de concentración mental mantenida, por ello, es fundamental la búsqueda del equilibrio entre los efectos terapéuticos buscados y los efectos adversos generados. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 37)

6.9. El trabajador con depresión como especialmente sensible

Ramírez, M. V. et al (2018) afirma. “La depresión es un trastorno psico-biológico complejo, de etiología multifactorial que se explica por la interacción de varios factores de riesgo genéticos, neurobiológicos, socioambientales y otros propios del desarrollo de cada persona” (p. 38).

Desde una perspectiva integradora, la valoración del trabajador con depresión deberá incluir también la consideración de los factores de vulnerabilidad y de protección individuales.

Trabajador especialmente sensible es aquel trabajador que, por sus características personales o estado biológico conocido, incluido el que tengan reconocida la situación de discapacidad física, psíquica y/o sensorial, es especialmente vulnerable al posible daño de los riesgos derivados del trabajo. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 38)

Hablaremos de trabajadores especialmente sensibles a los riesgos laborales relacionados con patología depresiva (especialmente a los riesgos psicosociales) cuando tras confrontar las características del trabajador y las patologías previas que presente con las características del puesto, se compruebe que la capacidad del individuo para desarrollar su actividad laboral no esté alterada, permitiéndole afrontar los requerimientos laborales habituales, aunque con un mayor riesgo personal de empeorar su estado de salud mental. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 38)

En relación con la neurotoxicidad, se debe valorar la presencia de patologías que aumenten la susceptibilidad del trabajador a los efectos de las sustancias neurotóxicas, principalmente nefropatías y enfermedades estructurales y funcionales del Sistema Nervioso Central. Se considerarán trabajadores especialmente sensibles a agentes químicos neurotóxicos aquellos que desarrollan clínica depresiva con la exposición a niveles por debajo del límite legal permitido, aun respetando todas las condiciones de seguridad. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 39)

En cuanto al efecto del trabajo a turnos, no se conoce con exactitud el tipo de turno que genera más problemas de salud entre los trabajadores. No obstante, existen una serie de características personales que desaconsejan el trabajo en un sistema de turnos rotativos y, especialmente, en el turno de noche.

- ❖ Enfermedad gastrointestinal grave (incluye enfermedad hepática o pancreática grave)
- ❖ Diabetes, especialmente la insulinodependiente
- ❖ Irregularidades hormonales graves
- ❖ Epilepsia
- ❖ Factores de alto riesgo cardiovascular
- ❖ Estados depresivos
- ❖ Estados psicóticos
- ❖ Trastornos crónicos del sueño (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 41)

También se desaconseja el trabajo a turnos o nocturno, debido a un posible empeoramiento de los efectos adversos de la turnicidad en:

- ❖ Trabajadores de más de 45-50 años
- ❖ Condiciones domésticas insatisfactorias para dormir
- ❖ Ausencia de apoyo social y familiar
- ❖ Mujer con niños pequeños (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 41)

6.10. Vigilancia de la Salud en el paciente con trastorno depresivo

Al recoger de manera sistemática la información sobre el estado de salud de los trabajadores, esta se convierte en una fuente de información imprescindible para evaluar los riesgos y la eficacia de las medidas preventivas en salud mental, permite un mejor desempeño del empleado.

6.10.1. La exploración psiquiátrica en vigilancia de la salud

La exploración de la salud mental del trabajador debe estar integrada en la propia actividad de la vigilancia periódica de la salud. Por ello, en cualquier examen de salud (inicial, periódico, etc.), además de aplicar los protocolos específicos en función de los riesgos del puesto de trabajo, se valorará, en la medida de lo posible, el estado de salud mental del trabajador, así como la interrelación con su entorno laboral. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 41)

Se deben establecer dos grupos bien diferenciados:

Grupo 1. Síndromes depresivos de mayor o menor entidad, distimias, trastornos de ansiedad, trastornos adaptativos, etc.: las facultades superiores (pensamiento, juicio, lenguaje) suelen encontrarse intactas y las limitaciones vendrán dadas más por aspectos menos importantes, como tristeza, falta de impulso, falta de ilusión, tendencia al aislamiento o emotividad inadecuada. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 41)

Suelen ser compatibles con una actividad laboral adecuada, aunque a expensas de un esfuerzo por parte del paciente y así, habitualmente, el mantenimiento de una actividad laboral continuada es recomendado por los psiquiatras como factor beneficioso en su tratamiento y estabilización. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 41)

Es un aspecto fundamental en la recuperación la participación del individuo en la mayor medida posible en sus actividades cotidianas, entre las que se incluye el trabajo a pesar de la existencia de síntomas. En síndromes ansioso-depresivos y trastornos adaptativos, pueden existir periodos de no aptitud temporal durante la reagudización de algún síntoma

insomnio, pérdida de apetito, estresor agudo, pero el paciente debe entender que esta situación será transitoria, y podrá volver al trabajo cuando los síntomas mejoren sin esperar a la «curación» completa, entendiendo como curación la ausencia de síntomas. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 42)

Grupo 2. Patologías graves y habitualmente crónicas con sintomatología cognitiva secundaria asociada: entre las que se pueden incluir trastornos bipolares y trastorno depresivo crónico severo o con síntomas psicóticos. Suelen estar afectadas las facultades superiores, ser progresivas y pueden alterar el juicio sobre la realidad. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 42)

Ramírez, M. V. et al (2018) afirma que: “La capacidad laboral suele estar mermada de forma considerable salvo que constatamos una evolución satisfactoria o al menos estable y sin criterios de severidad, corroborada con informes de atención especializada” (p. 42).

Debe evaluarse especialmente la capacidad para desarrollar profesiones que impliquen alto nivel de exigencia, responsabilidad, presión mental excesiva, esfuerzo intelectual alto o reflejos activos (conductores, maquinaria peligrosa). Los pacientes con depresión severa son menos resueltos a la hora de solventar los problemas, con más utilización de reacciones emocionales en los enfrentamientos y mayor dificultad en la toma de decisiones. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 42)

En general, son factores generales de mal pronóstico en las patologías psiquiátricas:

- ❖ Mal ajuste premórbido
- ❖ Predominio de síntomas de deterioro cognitivo
- ❖ Marcado retraimiento social y deficiente apoyo socio-familiar
- ❖ Más de 3 brotes (recaídas)
- ❖ Resistencia a un tratamiento adecuado
- ❖ Alteración conductual
- ❖ Escasa adherencia al tratamiento

- ❖ Ingresos hospitalarios prolongados o reiterados. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 42)

En trabajadores con patología mental ya diagnosticada o para valorar el riesgo de un trabajador de padecer una alteración de su salud mental con repercusión en el trabajo, o a consecuencia del mismo, será clave la entrevista clínica, ajustada al caso y orientada al conocimiento del problema y clínica asociada, estado mental del trabajador y repercusiones personales, sociales y laborales, incorporando las pautas de la entrevista psiquiátrica en la historia clínico-laboral. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 42)

A continuación, se les presentara pautas para la práctica en la prevención y manejo de problemas de salud mental para el trabajador del ámbito sanitario e incapacidad laboral para los médicos de atención primaria, los cuales son los siguientes. Ramírez, M. V. et al (2018) afirma:

- ❖ *Antecedentes Laborales:* trabajos de riesgo para consumo de alcohol o drogas, descripción de trabajos anteriores y tiempo de permanencia. Causas de abandono.
- ❖ *Antecedentes Familiares:* antecedentes psiquiátricos en la familia, conductas de adicción en padres. Cargas o problemas familiares importantes.
- ❖ *Características del puesto de trabajo actual:* descripción (horario, turnos), complejidad de la tarea (toma de decisiones rápidas, importantes exigencias cognitivas, elevada responsabilidad hacia terceras personas, manejo de equipos de trabajo o entornos 42 peligrosos, etc.). Descripción del riesgo psicosocial del puesto de trabajo (situación laboral actual, estresores laborales).
- ❖ *Valorar la existencia de factores laborales implicados en el problema:* Factores que pueden estar facilitando la aparición o agravamiento del problema de salud mental o riesgo laboral que puede surgir (para la persona o terceros) debido al problema de salud mental del trabajador.
- ❖ *Entorno familiar y social actual.*

- ❖ *Antecedentes Personales Psiquiátricos:* Ansiedad y mala respuesta adaptativa al estrés, somatizaciones, trastornos psicológicos y/o psicopatológicos o conductas adictivas previas.

- ❖ *Antecedentes patológicos o psiquiátricos:* enfermedades crónicas, secuelas... Padecimiento de enfermedades crónicas (especialmente neurológicas) que impliquen deterioro de la capacidad funcional.

- ❖ *Historia actual:*(pp. 42-43)
 - A. Anamnesis general (por órganos y aparatos) y de la esfera psicológica (entrevista semiestructurada de escucha activa).
 - Síntomas actuales: tristeza, ansiedad, angustia, fobias, etc. Preguntar de qué manera percibe estos síntomas actuales en su actividad laboral y otras actividades diarias (conducir, realizar actividades domésticas, etc.).
 - Hábitos tóxicos: consumo de tabaco, alcohol, sustancias de abuso, bebidas excitantes, consumo de fármacos (en especial psicofármacos) y actividades de ocio (discotecas, deportes). (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 43)

 - B. Exploración física general: según los protocolos que correspondan al puesto, específicamente, exploración neurológica (reflejos, equilibrio, coordinación, temblores). (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 43)

 - C. Exploración psicológica. Los elementos básicos para evaluar son:
 - Descripción general: aspecto, conducta explícita y psicomotriz, actitud
 - Humor y afectividad
 - Percepción

- Sensorio y cognición: identificando procesos mentales con alteraciones de contenido, de conciencia (sobre sí mismo y el entorno), orientación, memoria, concentración y atención. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 43)

Se debe prestar especial atención a la presencia de signos de alarma en cuanto a alteración de aspecto general, hiperreactividad al estrés cotidiano, sensopercepción (alucinaciones, ilusiones, despersonalización, desrealización), deterioro cognitivo, comportamiento alterado con patrones desadaptativos de conducta, agresividad (hacia los otros o hacia sí mismo), alteraciones del lenguaje y de la manera de expresarse, contenido del pensamiento (ideas obsesivas, fobias, delirios) o falta de conciencia de la propia enfermedad (introspección o insight). Valorar también la disponibilidad de apoyo sociofamiliar y posibilidad de establecer un compromiso terapéutico y de controlar su eficacia y continuidad. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 43)

Los aspectos que se deben recoger en la valoración de un trabajador con patología depresiva se resumen en la Hoja-Historia clínico-laboral en aspectos psiquiátricos que se adjunta como Anexo en el expediente del trabajador.

En referencia a la utilización de escalas de valoración psicológica:

- ❖ Pueden ser un medio de objetivar y cuantificar el estado actual del paciente.
- ❖ Son un sistema estandarizado y comúnmente aceptado de valoración.
- ❖ Permiten un mejor control de la evolución y homogeneizar los criterios de valoración y severidad.
- ❖ No deben realizarse mediante preguntas directas y cerradas.
- ❖ Su utilidad estriba en su aplicación a modo de «guión» que permita obtener todos los datos relevantes en la evaluación de estas patologías. (Ramírez, M. V. et al, 2018, pp. 43-44)

Basándose en todo lo expuesto en puntos anteriores, se establece la aptitud para el puesto de trabajo teniendo en consideración dos aspectos fundamentales que son: el nivel de riesgo del puesto de trabajo y el grado de limitación del trabajador.

6.10.1.1. El nivel de riesgo del puesto de trabajo

Estará en función de:

- ❖ La presencia de factores de riesgo psicosocial en el puesto (turnos cambiantes, tareas con altas demandas de atención, puestos de responsabilidad, etc.). La estimación de la magnitud del riesgo psicosocial se obtendrá de la Evaluación de Riesgos Psicosociales.
- ❖ La dificultad de la propia tarea: especialmente si conlleva elevada peligrosidad con riesgo personal para el propio trabajador.
- ❖ La responsabilidad respecto a terceros: riesgo de causar lesiones a terceros por realización inadecuada de la tarea o por comportamiento inadecuado (agresivo)
- ❖ Las situaciones personales sobreañadidas: tratamientos con psicofármacos, patologías concomitantes, alteraciones del sueño, etc. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 44)

Según Ramírez, M. V. et al (2018) hay un resumen de los diferentes grados de riesgo estimados para las distintas circunstancias laborales del puesto que se deben valorar (*Ver tabla 7*). Cada tipo de riesgo se valorará por separado (pues es frecuente que presentan distinto grado de riesgo) y el nivel de riesgo de un puesto de trabajo concreto se corresponde con la suma de las diferentes puntuaciones obtenidas en cada uno de los campos valorados.

Tabla 7

Resumen de los niveles de riesgos del puesto de trabajo

Niveles de riesgo del puesto de trabajo				
Grado	Factores de riesgo psicosocial	Otros riesgos	Riesgo de daño a tercero	Puntuación

<p>0 Riesgo muy bajo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Factores de riesgo psicosocial previsibles y tolerables (bajas exigencias cognitivas) sobre los que el trabajador puede actuar (organizar actividad, autonomía, etc.) • Con compensaciones. • Poca o nula conflictividad Interna y externa. • Turno fijo mañana o tarde, sin nocturnidad ni turnos prolongados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipos de trabajo seguros. • Ausencia de riesgos físicos o químicos importantes. Riesgo de accidente in itinere muy bajo 	<p>Muy bajo.</p>	<p>0</p>
<p>1 Riesgo bajo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Factores de riesgo psicosocial previsibles y tolerables (moderadas exigencias cognitivas) sobre los que se puede actuar desde la empresa (mejorar Puestos de trabajo). • Con algunas compensaciones. • Poca conflictividad interna o externa. • Turno fijo mañana o tarde, con cambios o turnos prolongados esporádicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipos de trabajo con riesgo bajo de accidente. • Riesgos físicos o químicos bajos. Riesgo de accidente in itinere bajo 	<p>Bajo</p>	<p>1</p>
<p>2 Riesgo moderado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Factores de riesgo psicosocial previsibles, pero poco tolerables o sobre los que no se puede actuar (sin autonomía en la tarea, repetitividad...) Sin compensaciones. Pres 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipos de trabajo con riesgo moderado de accidente. Riesgos físicos o químicos moderados. Riesgo de 	<p>Moderado alto</p>	<p>2</p>

	<p>encia de conflictividad interna y externa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Turnicidad o nocturnidad o jornadas prolongadas ≥ 4/mes. 	accidente in itinere moderado		
3 Riesgo alto o muy alto	<ul style="list-style-type: none"> • Factores de riesgo psicosocial elevados y poco tolerables sobre los que apenas se puede actuar. • Sin compensaciones o situaciones de agravio comparativo. • Moderada a alta conflictividad interna y externa. Turno rotatorio o fijo de noche o jornada habitual > 8 h 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipos de trabajo con riesgo elevado de accidente. • Riesgos físicos o químicos elevados. • Riesgo de accidente in itinere importante. 	Alto-muy alto	3

Nota: Recuperado de Guía-protocolo para El Manejo del Paciente con Depresión en el mundo del Trabajo, Documento Depresión y Trabajo: Aspectos Clínico-laborales. Ramírez, M. V., Capdevila, L. M., Terradillo, M. J., Vicente, M. & Aguilar, E., 2018, Modificado de Otero Dorrego C, 2012 (Guía de buenas prácticas para la prevención y manejo de problemas de salud mental en trabajadores del ámbito sanitario, p. 45. Copyright 2020 por Domínguez, C. M., Granillo, D. A. & Hernández, E. A.

Según Ramírez, M. V. et al (2018) afirma que las actuaciones a realizar en cada nivel de riesgo serían las siguientes:

- **Nivel de riesgo 0 (0-1 punto):** Riesgo muy bajo. No precisa adaptaciones o serían muy concretas
- **Nivel de riesgo 1 (2-4 puntos):** Riesgo bajo. Solo precisa adaptaciones mínimas o muy concretas en cuanto a la organización del trabajo
- **Nivel de riesgo 2 (5-7 puntos):** Riesgo moderado. Precisa adaptaciones más complejas o cambio de puesto. Solo en casos graves y sin posibilidad de adaptación o cambio de puesto, se valorará la incapacidad permanente.
- **Nivel de riesgo 3 (8-9 puntos):** Riesgo alto. Precisa adaptaciones muy complejas o cambio de puesto de trabajo, y se valorará la incapacidad permanente según la gravedad y evolución del trastorno mental. (p. 44)

6.10.1.2. El grado de limitación del trabajador

Ramírez, M. V. et al (2018) indica que los grados de limitación; dependerá de la clínica, el tratamiento y la funcionalidad, tal como se recoge en la tabla 8 un resumen de grados de limitación.

Tabla 8

Resumen de grado de limitaciones funcionales por trastorno depresivo

Grados de limitación funcional por trastorno depresivo				
Grado	Clínica	Tratamiento	Funcionalidad	Limitaciones
0	Síntomas aislados	No precisa tratamiento, ni seguimiento especializado	Conservada	No presenta
1	Cumple criterios diagnósticos de forma intermitente	Tratamiento y seguimiento intermitente con compensación de síntomas	Alterada en crisis	IT en crisis
2	Cumple criterios diagnósticos de forma continuada	Tratamiento y seguimiento especializado habitual con respuesta parcial	Defecto leve o moderado	Limitados para actividades de responsabilidad, riesgo, gran carga estresante o que precisen contacto frecuente con terceros
3	Cumple criterios diagnósticos de forma continuada con criterios de gravedad	Tratamiento y seguimiento especializado habitual con respuesta escasa.	Defecto severo	No apto para la actividad laboral productiva, posible en ambientes protegidos
4	Cumple criterios	Tratamiento y seguimiento	Defecto muy severo	Capacidad nula, puede requerir

	diagnósticos de forma especialmente severa	Especializado habitual con mínima o nula respuesta		ayuda o supervisión para ABVD
--	--	--	--	-------------------------------

Nota: Recuperado de Guía-protocolo para El Manejo del Paciente con Depresión en el mundo del Trabajo, Documento Depresión y Trabajo: Aspectos Clínico-laborales. Ramírez, M. V., Capdevila, L. M., Terradillo, M. J., Vicente, M. & Aguilar, E., 2018, Guía de valoración de Incapacidad laboral para médicos de atención primaria, 2009, p. 46. Copyright 2020 por Domínguez, C. M., Granillo, D. A. & Hernández, E. A.

Los grados 0 y 1 serán susceptibles de realizar su trabajo prácticamente con normalidad, salvo durante las crisis en el grado 1. Se beneficiarían de medidas preventivas (formación en prevención de riesgos psicosociales, información para el manejo de situaciones específicas de su puesto de trabajo, adaptación de tareas, etc.). Se debe establecer por parte del Médico del Trabajo, teniendo en cuenta el estado de salud del trabajador y el puesto de trabajo que ocupa, un plan de seguimiento periódico de los trabajadores de nivel de riesgo 1, máximo cada 2 años si no hay crisis. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 46)

En el grado 2, el médico del trabajo indicará los cambios o restricciones necesarias para que el trabajador pueda realizar su trabajo sin riesgo. Pueden precisar cambio de puesto de trabajo o ser susceptibles de Incapacidad Permanente para su trabajo habitual en caso de no ser posible la adaptación o el cambio. Se establecerá por parte del Médico del Trabajo, teniendo en cuenta el estado de salud del trabajador y el puesto de trabajo que ocupa, un plan de seguimiento de los trabajadores, máximo anual si no hay cambios en este tiempo. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 46)

“Los trabajadores con limitaciones de *grado 3*, sólo podrían prestar actividad laboral en empresas de integración (Ej. el grupo ONCE). Entre otros diagnósticos y siempre con criterios de gravedad, se incluirían en este grupo” (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 46):

- ❖ Depresión mayor severa, de evolución crónica y resistente a tratamiento.

- ❖ Trastorno bipolar con recaídas frecuentes que requieran tratamiento (cicladores rápidos: tienen al menos cuatro episodios, sean maníacos, hipomaniacos, depresivos o mixtos durante los doce meses previos).
- ❖ Episodios maníacos y depresión recurrentes con tentativas de suicidio en fases depresivas. (Ramírez, M. V. et al, 2018, pp. 46-47)

“Las personas con un *grado 4* tendrán una capacidad nula para el trabajo y pueden requerir de ayuda o supervisión para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)” (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 47).

6.10.2. Conductas a seguir en función de las alteraciones que se detecten

La aptitud y las recomendaciones de adaptación o cambio de puesto deben ser individualizadas y personalizadas, y vendrán determinadas, como se ha referido, por la confrontación entre la situación clínica del trabajador (grado de limitación) y los riesgos del puesto (nivel de riesgo del puesto de trabajo).

En función de la respuesta a las siguientes cuestiones:

- ❖ ¿Presenta signos y síntomas que se ajusten a criterios diagnósticos?
- ❖ ¿Existe una repercusión funcional que impida la realización de su trabajo?
- ❖ ¿Toma psicofármacos que puedan limitar su actividad laboral?
- ❖ ¿Es capaz de realizar su trabajo dentro de su jornada laboral habitual (horario, ritmo, desplazamiento...)?
- ❖ ¿Es capaz de realizar su trabajo dentro del entorno material y humano habituales (lugar de trabajo, compañeros, usuarios...)?
- ❖ ¿Es capaz de realizar su tarea sin cometer errores que puedan repercutir en su seguridad o la de otros (tomar decisiones rápidamente, prestar atención mantenida, etc.)?. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 47)

La calificación de aptitud podrá ser:

- Apto

- Trabajadores con grado 0 de limitación clínica y un nivel de riesgo 0-1 (muy bajo o bajo).
- Trabajadores con grado 1 de limitación clínica y un nivel de riesgo 0-1 (muy bajo o bajo). En crisis o descompensaciones deben reevaluarse y determinar la posible calificación como no apto temporal. (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 47)

- Apto con restricciones y/o Adaptaciones de Puesto de trabajo
 - Trabajadores con grado 1 de limitación clínica y un nivel de riesgo 2-3 (moderado a muy alto).
 - Trabajadores con un grado 2 de limitación clínica y un nivel de riesgo 0-1 (muy bajo o bajo). (Ramírez, M. V. et al, 2018, p. 47)

Según Ramírez, M. V. et al (2018) “Las limitaciones o adaptaciones irán encaminadas a evitar las situaciones que puedan ser facilitadoras de las crisis. Se realizará un seguimiento individualizado tras la adopción de las medidas preventivas para valorar si la evolución del paciente es satisfactoria”.

6.11. Tratamientos para la depresión

Para el tratamiento la depresión puede ser de forma farmacológica y psicológica, a continuación, se explicará a profundidad.

6.11.1. Tratamiento farmacológico

En el tratamiento farmacológico para la depresión existen dos grupos de tratamiento:

- a. *Antidepresivos*: Regulan la base neurobiológica de la depresión, equilibrando la neurotransmisión afectada

Existen los siguientes subgrupos:

- ❖ *Tricíclicos*: Llamados así porque su estructura química consiste en tres anillos. Los más utilizados son la clomipramina, imipramina, amitriptilina y nortriptilina.
 - ❖ *Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)*: Son los más utilizados y populares, debido a que esta familia forma parte la fluoxetina, el popular Prozac. Otros ISRS son: citalopram, escitalopram, fluvoxamina, paroxetina, sertralina.
 - ❖ *Duales*: Actúan incrementando la dopamina y la noradrenalina (bupropion), o bien la noradrenalina y la serotonina (venlafaxina y duloxetina y mirtazapina).
 - ❖ *Melatoninérgico*: Actúa sobre la melatonina; es el caso de la agomelatina.
 - ❖ *IMAOs*: Inactivan un enzima que destruye los neurotransmisores. Sus interacciones con ciertos alimentos, así como sus efectos secundarios, han disminuido su utilización. (Farré, J. M., s.f., párrafo 3)
- b. “*Eutimizantes*: La eutimia es el estado de ánimo correcto. Estos fármacos estabilizan el humor y previenen las recaídas en el T. bipolar, si bien pueden tener otras acciones terapéuticas. Entre ellos destaca” (Farré, J. M., s.f., párrafo 4):
- ❖ Litio: Es el más utilizado. Debe ser controlado mediante análisis regulares.
 - ❖ Carbamacepina
 - ❖ Oxcarbacepina
 - ❖ Valproato
 - ❖ Lamotrigina
 - ❖ Olanzapina
 - ❖ Quetiapina
 - ❖ Aripiprazol
 - ❖ Asenapina (Farré, J. M., s.f., párrafo 5)

Korman, G. P. y Sarudiansky, M. (2011) refiere que se han empleado distintos fármacos antidepresivos: los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), los tricíclicos, y los antidepresivos y los más modernos que actúan aumentando la disponibilidad de los principales neurotransmisores que intervienen en la depresión.

Respecto a la pregunta de si es o no necesaria la psicoterapia cuando se está en tratamiento farmacológico, hay que tener en cuenta que nuestros neurotransmisores están al servicio de nuestra conducta. Cambian dependiendo de nuestro estado de ánimo, si nos aburrimos, nos relajamos, etc. Por ejemplo, incluso si estamos relajados y nos enfadamos mucho y empezamos a pegar a alguien, nuestros neurotransmisores cambiarán; aunque la relajación en la que estábamos fuera producida por una medicación (Korman, G. P. y Sarudiansky, M., 2011).

Por eso, en los casos en que haga falta el tratamiento de la depresión con medicación, hay que ayudar a la medicación con nuestra conducta. Por otra parte, en el caso de una depresión causada por las circunstancias, si no cambia nuestra conducta, tendremos que estar tomando medicación toda la vida y, si nos empeñamos, conseguiremos poner los neurotransmisores de forma que nos permitan hacer lo que deseamos (Korman, G. P. y Sarudiansky, M., 2011).

6.11.2. Tratamiento psicológico

La psicoterapia en personas con depresión, sola o combinada con fármacos, han demostrado su eficacia como tratamiento, tanto para el tratamiento como para prevenir recaídas. Las más utilizadas son:

Terapia interpersonal: Se centra sobre todo en las dificultades de las relaciones interpersonales a fin de mejorar la comunicación, de incrementar los intereses sociales y restablecer la autoestima.

Terapia cognitiva: Destinada a modificar los pensamientos, creencias y actitudes negativas que acompañan a la depresión.

Activación conductual: Su objetivo fundamental es la movilización del paciente a fin de incrementar las experiencias gratificantes. (Farré, J. M., s.f., párrafo 6)

En el siguiente apartado se habla del enfoque del modelo de intervención que se basa la intervención en la depresión.

6.12. Modelo de intervención cognitivo-conductual en la depresión

La Terapia Cognitiva- Conductual es un modelo de tratamiento de diversos trastornos mentales, que trabaja ayudando al paciente a que cambie sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas para combatir sus problemas o en este caso la depresión. (Puerta, J. V. y Padilla, D. E., 2011, p. 252)

Este modelo de psicoterapia es estructurado, activo y centrado en el problema. El tratamiento dura normalmente entre 10 y 20 sesiones, y los pacientes experimentan a menudo una reducción considerable de los síntomas después de 4 o 6 semanas de tratamiento. (Puerta, J. V. y Padilla, D. E., 2011, p. 252)

Al realizar un seguimiento informal de algunos de los ensayos controlados aleatorios de la TCC para la depresión, se encontró que ciertos estudios de perfil elevado han aplicado el protocolo completo de la TC de Beck. Otros estudios han destacado componentes incluidos en la Terapia Cognitiva de Beck para la depresión, como las técnicas de resolución de problema, la activación conductual, mientras que otros han ampliado la TC para incluir nuevas técnicas, como la meditación consciente. (Puerta, J. V. y Padilla, D. E., 2011, p. 252)

Según Puerta, J. V. y Padilla, D. E. (2011) “En primera instancia se guía inicialmente a los individuos a monitorear y a reconocer los pensamientos automáticos negativos, a averiguar cómo estos pensamientos dan lugar a pensamientos conductas y sensaciones somáticas desagradables e inadecuadas. (p. 252)

Luego, se ilustra a los pacientes acerca de cómo examinar la exactitud y la utilidad de dichos pensamientos, a ponerlos a prueba empíricamente, a arriesgarse para encontrar un nuevo tipo de refuerzo y a generar cogniciones más equilibradas y adaptativas. (Puerta, J. V. y Padilla, D. E., 2011, p. 252)

“Además, de aprender a modificar estas cogniciones distorsionadas se exhorta a los pacientes a caracterizar y modificar de creencias centrales e intermedias, que son la base de esos pensamientos automáticos” (Puerta, J. V. y Padilla, D. E., 2011, p. 252)

6.12.1. Principios generales de la terapia cognitivo conductual

En la práctica clínica de la psicología, se han ido estableciendo modelos terapéuticos capaces de facilitar la atención a los problemas psicológicos de la población, sin embargo, cada terapia posee sus propias bases teóricas y áreas de atención, llevadas a cabo en tiempos formulados por el mismo modelo terapéutico empleado. (Hernández, M. A., 2010, p. 5)

Así pues, la terapia cognitiva-conductual es una de las teorías que plantea su propio modelo terapéutico, tiene como principio fundamental la resolución de los problemas actuales y con ello atenuar los síntomas mediante la intervención de cogniciones para poder modificar comportamientos (Yapko, 2006). En este modelo terapéutico se consideran dos elementos primordiales de intervención, el primero hace referencia a las cogniciones o pensamientos y el segundo a las conductas que se originan a partir de creencias irracionales. (Hernández, M. A., 2010, p. 5)

De acuerdo con Beck, 1983, citado por Hernández, M. A. (2010):

Este modelo terapéutico manifiesta como supuesto teórico que “los efectos y la conducta que tiene un individuo están en gran medida determinados por el modo en que estructura el mundo”. Esto quiere decir que el MCC se centra en la atención de las cogniciones, identificadas como elementos básicos de intervención, debido a que los pensamientos son fortalecidos por aquellas actitudes que se han aprendido a lo largo de las experiencias

previas que ha tenido el paciente, y que han sido elaboradas correcta e incorrectamente; llegando así a formar y reforzar los comportamientos que realiza la persona en su entorno. (p. 6)

Dada la atención terapéutica bajo este modelo a la presencia de alteraciones, se comienza por la intervención de los errores o de las distorsiones cognitivas que elabora el propio paciente y que desencadenan actitudes, emociones y comportamientos que lo desequilibran emocionalmente, generando así la presencia de trastornos del estado de ánimo y de la personalidad (Beck, 1983 citado por Hernández, M. A., 2010, p. 6).

Considerando a partir de esto, que mientras la persona tenga una creencia irracional, o bien una inadecuada percepción del entorno que le rodea, ésta puede reforzar sus pensamientos distorsionados, generando así comportamientos que retroalimentan la prevalencia y elaboración de cogniciones irracionales; y por tal motivo se presentan síntomas y trastornos que le aquejan al individuo en el área física, psicológica y social. (Hernández, M. A., 2010, p. 6)

6.12.2. Características de la Terapia Cognitivo Conductual

De acuerdo con Beck, 1983, citado por Hernández, M. A. (2010) escribió “las cuatro principales características que debe ofertar este procedimiento al paciente, radican en que éste deberá ser activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado”. (p. 6)

Las primeras características hacen referencia a que, dentro de la intervención, la relación existente entre paciente y terapeuta debe de ser activa; es decir que el terapeuta se encontrará en continua actividad e interacción intencionadamente con el paciente, fungiendo un papel de guía a lo largo de las sesiones de intervención. Al igual que la participación activa del paciente, pues es de considerar que es la persona indicada para reformular las cogniciones existentes. (Hernández, M. A., 2010, pp. 6-7)

La segunda, menciona que el proceso debe de ser directivo, debido a que debe poseer un objetivo de intervención, el cual será atendido mediante la estructuración que le dé el terapeuta a lo largo de las sesiones, con la finalidad de atender las demandas del paciente mediante el empleo de técnicas y estrategias que permitirán el cumplimiento del objetivo de la terapia. (Hernández, M. A., 2010, p. 7)

Así también, la intervención bajo el MCC deberá ser estructurado en función del objetivo terapéutico que manifieste el paciente; con base en esto, el terapeuta estructurará la terapia de acuerdo al tiempo, técnicas y estrategias que empleará para que el paciente participe activamente en la reestructuración de sus cogniciones y comportamientos. (Hernández, M. A., 2010, p. 7)

Hernández, M. A. (2010) menciona “la última característica que enuncia Beck (1983), manifiesta el tiempo limitado que deberá poseer el proceso de intervención; durante éste, el terapeuta debe de formular estrategias encaminadas a cumplir con el objetivo terapéutico”. (p. 7)

A partir de este entramado, se recogen a continuación las que se consideran principales características de la Terapia Cognitivo Conductual actual con el objetivo de ofrecer una visión de los principios comunes a todas las orientaciones de esta disciplina, según Ruiz, M. A., Díaz, M. I. & Villalobos, A. (2012):

- La TCC es una actividad terapéutica de carácter psicológico basada, sobre todo en sus inicios, en la psicología del aprendizaje. Actualmente parte de sus intervenciones están fundamentadas en la psicología científica, que pretende ser su punto de referencia.
- Las técnicas y procedimientos utilizados en TCC cuentan en una buena parte con base científica o experimental, sin embargo, también una proporción importante de los procedimientos utilizados surgen de la experiencia clínica (reestructuración cognitiva, hipnosis, relajación, técnicas paradójicas, etc.).
- El objeto del tratamiento es la conducta, y sus procesos subyacentes, en sus distintos niveles (conductual, cognitivo, fisiológico y emocional), considerada

como actividad susceptible de medición y evaluación (aunque sea indirectamente), en la que se incluyen tanto los aspectos manifiestos como los encubiertos.

- La conducta se conceptualiza como básicamente aprendida, es decir, fruto de los diversos factores que han operado en la historia del sujeto, sin ignorar la influencia de los factores biológico o sociales. Sin embargo, la referencia a los clásicos modelos de aprendizaje puede resultar restrictiva o insuficiente aceptándose modelos causales multivariados desde los que pueden establecerse intrincadas relaciones funcionales que superan el modelo tradicional E-O-R-C (Haynes, 1995, citado por Ruiz, M. A. et al, 2012).
- El objetivo de la intervención es el cambio conductual, cognitivo y emocional modificando o eliminando las conductas adaptadas cuando éstas no se producen. Para ello, la intervención también puede dirigirse a modificar los procesos cognitivos que están en la base del comportamiento.
- La TCC pone el énfasis en los determinantes actuales del comportamiento, no obstante, tiene en cuenta los factores históricos que explican por qué se está dando la situación actual.
- Desde el punto de vista metodológico se considera característica fundamental la utilización de la metodología experimental, o de forma más precisa, de un enfoque empírico que se aplica a lo largo de todo el proceso, en la evaluación y explicación de la conducta del sujeto, en el diseño de la intervención y en la valoración de sus resultados
- Hay una estrecha relación entre evaluación y tratamiento, que se extiende a lo largo de toda la intervención, dándose entre ambas una constante y mutua interdependencia, que hace difícil su distinción como fases diferentes. No obstante, son numerosas las intervenciones que se plantean en la actualidad a partir de criterios diagnósticos tradicionales y mediante protocolos estandarizados de actuación. Este proceder es fruto del conocimiento que ha ido adquiriendo acerca de los factores implicados en la génesis y mantenimiento de algunos problemas de comportamiento, y en la eficacia que ciertas intervenciones estandarizadas han mostrado en el tratamiento de determinados cuadros psicopatológicos.

- La TCC tiene especial interés en la evaluación de la eficacia de las intervenciones, aspecto que procede del enfoque empírico que tiñe todo lo referente a la evaluación y tratamiento. Dicha eficacia se establece experimentalmente valorando los cambios producidos en la conducta tratada, considerando cambios a corto y largo plazo, así como su generalización al ambiente habitual del sujeto.
- El tratamiento conductual ha sido y es eminentemente activo. Implicando la realización de actividades por parte del interesado en su medio ambiente natural.
- La relación terapéutica tiene en estos momentos un valor explícitamente reconocido, sobre todo en las nuevas terapias contextuales, dónde las contingencias que se desarrollan durante la propia situación terapéutica son consideradas un contexto de aprendizaje tan relevante como cualquier otro, al convertirlo en un entorno representativo del contexto habitual del sujeto. (Ruiz, M. A., Díaz, M. I. & Villalobos, A., 2012, pp. 82-84)

6.12.3. Técnicas de la terapia cognitivo conductual

Para que se logre el objetivo terapéutico, es recomendable que el terapeuta utilice una serie de estrategias en las cuales emplea un conjunto de técnicas, que vienen a ser una forma de psicoterapia breve y estructurada, las cuales proporcionan un aprendizaje al paciente, en la solución de aquellos problemas que presenta como demanda terapéutica; algunos de éstos pueden referir la presencia de trastornos como la depresión y ansiedad, por mencionar algunos. (Hernández, M. A., 2010, p. 14)

De esta manera, las técnicas que prevalecen bajo este modelo terapéutico se retroalimentan de los dos enfoques que lo conforman y fortalecen, es decir, constan de técnicas tanto cognitivas como conductuales, ambas se compenetran para que el paciente logre reformular las cogniciones distorsionadas existentes y con ello la modificación de las conductas desencadenadas. (Hernández, M. A., 2010, p. 15)

6.12.3.1. Técnicas cognitivas

De acuerdo con Beck, 1983, citado por Hernández, M. A. (2010):

Las técnicas cognitivas facilitan al paciente la oportunidad de reorganizar la estructura cognitiva, esto se logra mediante la identificación que realiza sobre sus pensamientos ilógicos, así como la comprensión de las reglas que se formulan para organizar la realidad que soportan a estas cogniciones (p.15).

Terapia Racional Emotiva Conductual

Cuando los individuos intentan conseguir sus metas, en los distintos ambientes que conforman su entorno, se van encontrando con acontecimientos activadores (A) que le permiten o dificultan la consecución de sus metas en función de las valoraciones que realicen de estas situaciones estimulares. Para analizar las interrelaciones entre acontecimientos, cogniciones y consecuencia, Ellis (1984) propone el modelo ABC: Los acontecimientos activadores (A) por sí mismos no provocan consecuencias emocionales, conductuales o cognitivas (C); éstas dependerán de cómo se perciba o interprete (B) dicho acontecimiento activador. En otras palabras “A” son los acontecimientos activadores a los que respondemos, “C” la respuesta cognitiva, emocional o conductual que damos y “B” las creencias que tenemos sobre “A” que son las que explican en mayor medida nuestra respuesta “C”, siendo, “B” el mediador fundamental entre “A” y “C”. (Ruiz, M. A. et al, 2012, pp. 322-323)

También la influencia de A sobre B y C, y de C sobre A y B, está claramente reconocida en esta terapia. A pesar de la importancia concedida a las creencias racionales e irracionales (B), la Terapia Racional Emotiva Conductual insiste en la constante interacción entre A, B y C. Un elemento activador (A), por ejemplo una enfermedad o un acontecimiento trágico, puede producir directamente consecuencias emocionales, conductuales y cognitivas (C) y generar, al mismo tiempo, una serie de creencias (B). (Ruiz, M. A. et al, 2012, pp. 322-323)

En definitiva, podría decirse que los seres humanos no pueden tener experiencias (A) sin hacer inferencias, valoraciones o interpretaciones sobre ella (B) que siempre tendrán algún

tipo de consecuencias (C). Sin embargo, difícilmente se percibe, interpreta o valora (B) y se actúa, se siente o se piensa (C) si no hay ningún elemento activador (A). (Ruiz, M. A. et al, 2012, p. 323)

Reconociendo Ruiz, M. A. (2012), por tanto, esta interrelación, la TREC se ha centrado en resaltar la repercusión que las Creencias Racionales e Irracionales (B) tienen en las consecuencias emocionales y en la consecución de las metas y propósitos.

Beck postula que, en la depresión unipolar no endógena, los individuos tienen una vulnerabilidad cognitiva que se dispara ante situaciones estresantes de la vida. Esta vulnerabilidad consiste en un conjunto de esquemas negativos y desadaptativos que a menudo reflejan pérdida, privación, inutilidad o derrota. (Ruiz, M. A. et al, 2012, p. 370)

Aunque la organización cognitiva del individuo no se considera el factor causal de la depresión, si se afirma que contribuye a una mayor predisposición a que ciertos acontecimientos o experiencias negativas desencadenan este trastorno. El modelo asume que el primer síntoma depresivo es la activación de esquemas negativos relacionados con la visión de uno mismo, el mundo y el futuro. En consecuencia, las personas con esquemas negativos o con tendencia a cometer errores de procesamiento (debido a su aprendizaje infantil o experiencias tempranas), serán más proclives a padecer trastornos depresivos que las personas con pocos esquemas negativos y/o con baja tendencia a cometer errores en el procesamiento de la información. (Ruiz, M. A. et al, 2012, p. 371)

Cuanto mayor es el arraigo de las creencias depresogénicas (e.g. “soy un inútil, “no hay nada que merezca la pena”, etc.), y la intensidad de las emociones asociadas, mayor es la vulnerabilidad a que se desencadene una depresión ante acontecimientos negativos de la vida. Independientemente de cuál haya sido la causa de la depresión, la mayoría de los pacientes muestran ciertas características cognitivas comunes: pensamientos automáticos negativos, distorsiones cognitivas, déficits cognitivos y esquemas cuyos contenidos hacen referencia a una visión negativa de sí mismo, el mundo y el futuro que Beck denomina la Tríada Cognitiva. (Ruiz, M. A. et al, 2012, p. 372)

La *Tríada Cognitiva* hace referencia a tres esquemas o patrones cognitivos que inducen al individuo a percibirse a sí mismo, al mundo y al futuro desde un punto de vista negativo. La visión negativa de sí mismo hace que el individuo se perciba como incompetente, inadecuado, y desgraciado y se refleja en la percepción de un mundo que le hace demandas excesivas o insuperables, exento de interés y que no proporciona ninguna gratificación. La visión negativa del futuro es de desesperanza, debido a la convicción de que nada de lo que percibe o experimenta en el presente cambiará, salvo para incrementarse las dificultades, el desánimo o el sufrimiento. Según el modelo, de estos tres patrones cognitivos se derivan el resto de los síntomas que suelen aparecer en los cuadros depresivos: falta de motivación, deseos de suicidio, pasividad, dependencia, indecisión, falta de energía, etc. (Ruiz, M. A. et al, 2012, p. 372)

Los esquemas negativos activados en los individuos depresivos los llevan a cometer una serie de errores en el procesamiento de la información o *distorsiones cognitivas* que, por una parte, facilitan los sesgos que se producen a la hora de percibir la información del medio y, por otra, permiten al depresivo mantener la validez de sus creencias. En sus primeros escritos Beck (1965) identificó seis distorsiones que cometían los pacientes depresivos: (1) Inferencia arbitraria, (2) abstracción selectiva, (3) generalización excesiva, (4) maximización/minimización, (5) personalización, (6) pensamiento absolutista y dicotómico. (Ruiz, M. A. et al, 2012, p. 372)

Posteriormente, Beck et al., (1979) amplían a 11 las distorsiones cognitivas modificando el nombre de alguna de las anteriores y añadiendo cinco nuevas: (1) pensamiento de todo o nada, (2) sobregeneralización, (3) descontar lo positivo, (4) saltar a las conclusiones, (5) leer la mente, (6) adivinación, (7) magnificar/minimizar, (8) razonamiento emocional, (9) declaraciones de “debería”, (10) etiquetar y (11) culpabilidad inapropiada. (Ruiz, M. A. et al, 2012, p. 372)

También los *pensamientos automáticos*, como ya se ha señalado anteriormente, son las auto verbalizaciones, pensamientos o imágenes que aparecen ante una situación externa o interna determinada y que son el resultado de la interacción, en el caso de la depresión, de

los supuestos depresogénicos, los acontecimientos activadores, los sesgos que se comenten al interpretar tales acontecimientos. Son una parte tan importante de la expresión de las creencias o de la visión de uno mismo y del mundo que los pacientes suelen considerarlos aseveraciones verdaderas no distorsionadas. (Ruiz, M. A. et al, 2012, p. 375)

6.12.3.2. Técnicas conductuales

Estas técnicas sugieren que la atención terapéutica se centre en la conducta observable del paciente, y todas las actividades estarán dirigidas hacia el cumplimiento del objetivo terapéutico, a partir de la atención del comportamiento. Estas técnicas tienen como propósito, el lograr un cambio en las actitudes negativas del paciente para que se promueva una mejoría en su ejecución, lo que permite llegar a comprobar la validez de los pensamientos negativos; y cuando éstas se ven refutadas, la persona se siente motivada para realizar tareas y actividades que pueden considerarse con mayor dificultad, al grado de enfrentarse con sus propias barreras (Beck, 1983, citado por Hernández, M. A. 2010).

Así pues, las técnicas conductuales que Beck (1983) propone en la intervención hacia la atención de trastornos como la depresión, hacen referencia al empleo de la “programación de actividades”, “técnicas de dominio y agrado”, “asignación de tareas graduales”, “práctica cognitiva”, “role playing” y “tareas para casa”. (Hernández, M. A., 2010, p. 16)

La primera manifiesta la necesidad de formular actividades planeadas con la finalidad de contrarrestar la escasa motivación de los sujetos o el tipo de grupo terapéutico, esto permite que la planificación del tiempo, lo mantengan ocupado e impidan que retroceda a un estado de inmovilidad, que propicia el reforzamiento de los pensamientos distorsionados y los comportamientos inapropiados hacia su persona. Por lo que las actividades que se contemplen en el programa deberán de ser graduales y del agrado de los participantes.

Las *técnicas de dominio y agrado* permiten que el paciente incremente aquellas actividades que le promueven forjar sentimientos de placer, diversión o alegría; pues de lo contrario, si realiza actividades que no le aportan satisfacción, promoverá la presencia de los

pensamientos distorsionados que le afectarán su área emocional. (Hernández, M. A., 2010, p. 16)

Mientras que el *role playing* constituye una manera de adoptar un papel en la que se tendrán como objetivos el clarificar todas aquellas cogniciones contraproducentes y facilitar la expresión de emociones del paciente, para que puedan reestructurar los pensamientos distorsionados a partir de la expresión de ideas y emociones de otro personaje asumido. (Hernández, M. A., 2010, p. 17)

Y la última técnica empleada por Beck, para el tratamiento de trastornos como la depresión, manifiesta la importancia de asignar tareas conductuales para casa, éstas permiten que el paciente pueda identificar y hacer frente a los problemas que le suceden día con día, la finalidad de ésta, es obtener una visión de cómo reacciona la persona y qué estrategias puede emplear para resolver determinadas situaciones. (Hernández, M. A., 2010, pp. 17-18)

Así pues, con estas técnicas propuestas planteadas por Beck, se puede vislumbrar cómo el paciente a partir de la reestructuración cognitiva y conductual puede modificar la percepción que tiene del mundo y la existencia de trastornos psicológicos que le aquejan día con día.

6.13. Aproximación a Modelo de intervención CASIC

Como podemos observar las siglas del nombre del Modelo CASIC es obtenido a partir de las iniciales de cada uno de los subsistemas que lo integran las cuales son, Conductual, Afectiva, Somática, Interpersonal y Cognitiva, que ayude a detectar la gravedad y dimensión del problema:

- *Aspecto Conductual:* Patrones de trabajo, juego, pasatiempos, ejercicios, hábitos alimentarios, conducta sexual, hábitos de sueño, uso de drogas, tendencias suicidas u homicidas, etc.

- *Aspecto Afectivo:* Sentimientos como ansiedad, cólera, alegría, depresión, y ver si los afectos son adecuados a las circunstancias de vida. Averiguar también si los sentimientos se expresan u ocultan. Se busca darle acceso a las emociones primarias o a los esquemas emocionales desadaptativos, para producir el mayor cambio en el proceso. Cuando se reorganizan los participantes, acceden a una emoción primaria adaptativa o a un esquema emocional disfuncional.

La activación emocional también da como resultado la activación de muchos esquemas nuevos, especialmente cuando después de la activación se focaliza la atención de un modo explícito en la tarea de creación de significados. Así, el miedo y la tristeza, cuando se expresan se simbolizan y diferencian, les sigue, a menudo, el enfado como otra emoción que se encuentra muy presente al momento de la terapia.

Que emerjan nuevos sentimientos da como resultado el establecimiento de nuevas necesidades o metas. El cambio ocurre a partir del cambio en la emoción primaria y de su utilización como recurso.

En las situaciones más complicadas, las personas contactan con sentimientos de vergüenza o duelo o con profundos sentimientos de inseguridad o de soledad. Estas emociones tienen que ser permitidas y procesadas. La vergüenza adaptativa conducirá a la conciencia de deseo de pertenencia, el duelo a los procesos de elaboración de la pérdida, la inseguridad al reconocimiento de la necesidad de vínculo.

- *Aspecto Somático:* Funcionamiento físico general, salud, tics, dolores de cabeza, malestares estomacales o de otro tipo, estado de relajamiento o tensión, sensibilidad de la audición, tacto, etc.

- *Aspecto Interpersonal:* Relaciones con la familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, dificultades y fortalezas en los vínculos, estilo en la resolución de conflictos con los demás (asertivo, agresivo, introvertido) y modo interpersonal básico (compatible, suspicaz, manipulador, sumiso, etc.).
- *Aspecto Cognoscitivo:* Sueños actuales diurnos o nocturnos, imágenes mentales del pasado o el futuro, propósitos en la vida y razones de su validez; creencias religiosas, filosofía de vida; delirios, alucinaciones, diálogo interno irracional, racionalizaciones, ideación paranoide y actitud general hacia la vida (positiva o negativa).

En este modelo también se debe abarcar los siguientes aspectos:

- ✓ Los medios para enfrentar y resolver problemas.
- ✓ Los recursos emocionales más fuertes.
- ✓ Fortalezas y debilidades más notables en el funcionamiento del CASIC.
- ✓ Conflictos pasados, no resueltos que puedan relacionarse con el problema a tratar
- ✓ Insatisfacción con la vida
- ✓ La etapa de desarrollo previa al problema.
- ✓ Excedente o déficit en el CASIC.
- ✓ Estrategias para el cumplimiento de metas.
- ✓ Estilos de vida

Por ello se ha decidido retomar este Modelo para la realización de nuestro Programa de Intervención Psicolaboral. A continuación, se le presentará las ventajas y aspectos de la terapia de grupo.

6.14. Terapia grupal

Para llevar a cabo el plan de intervención, en un ambiente laboral se ha retomado la terapia en grupo, según Corey, G. (1995) hoy en día más que nunca, los profesionales de la salud mental deben afrontar el desafío de elaborar nuevas estrategias tanto para la prevención como para el tratamiento de problemas psicológicos. Aunque existe la posibilidad de la terapia individual,

limitar los servicios a este modelo ha dejado de ser práctico, especialmente en estos tiempos caracterizados por las dificultades económicas. Desde mi punto de vista, la terapia de grupo proporciona una alternativa para sobrellevar este desafío.

Se pueden emplear los grupos tanto con propósitos terapéuticos como educativos o para la combinación de ambos. Algunos grupos tratan de ayudar a las personas a ejecutar cambios fundamentales en sus formas de pensar, sentir y comportarse. Otros grupos, con una orientación más educativa, enseñan a sus miembros habilidades específicas de manejo. (Corey, G., 1995, p. 22)

Una de las principales razones del éxito obtenido es que el enfoque de grupo es a menudo más efectivo que el enfoque individual. Esta efectividad se debe en parte a que los miembros del grupo pueden practicar nuevas habilidades dentro del mismo grupo y en sus interacciones diarias fuera del mismo. Además, los miembros del grupo se benefician tanto del feedback y del insight de los miembros restantes como del terapeuta, los grupos ofrecen también la posibilidad de ejercitar el modelado. Los miembros aprenden a manejar sus problemas observando a otras personas con preocupaciones similares. Existen también otras razones prácticas que justifican el éxito de los grupos como es un menor coste de los honorarios y una mayor disponibilidad de los terapeutas y consultores. (Corey, G., 1995, p. 23)

Existen diversos tipos de grupos terapéuticos y la mayoría de ellos comparten las metas, los procedimientos, las técnicas y los procesos terapéuticos en los grupos. Sin embargo, difieren con respecto a los objetivos específicos, el rol del terapeuta, el tipo de personas que integra el grupo y el énfasis que se concede a los aspectos de prevención, resolución, tratamiento y desarrollo. Para esclarecer estas similitudes y diferencias, la descripción de la terapia de grupo de este apartado va seguida de breves comentarios sobre la psicoterapia de grupo, los grupos estructurados y los grupos de auto-ayuda. (Corey, G., 1995, p. 23)

A menudo los grupos terapéuticos están orientados hacia el problema, su contenido y centro de atención está determinado por los miembros, quienes normalmente son

individuos con buen funcionamiento, que no requieren una reconstrucción extensiva de la personalidad y cuyos problemas están relacionados con el desarrollo de tareas en su espacio vital. (Corey, G., 1995, p. 25)

El terapeuta emplea técnicas verbales y no verbales, así como ejercicios estructurados. Las técnicas más frecuentes son el reflejo (reflejar los mensajes verbales y no verbales de un miembro del grupo), la clarificación (ayudar a los miembros a entender con más precisión sus mensajes y sentimientos), el role-playing e interpretación (conectar las conductas presentes con decisiones adoptadas en el pasado). (Corey, G., 1995, p. 26)

El rol del terapeuta consiste fundamentalmente en facilitar la interacción de todos los miembros, ayudarles a aprender de los otros, colaborar con ellos para establecer metas personales y animarlos a convertir sus insights en planes concretos que impliquen la ejecución fuera del grupo. Los terapeutas interpretan este rol enseñando a los miembros del grupo a centrarse en el aquí y ahora y a identificar los problemas que desean examinar en el grupo. (Corey, G., 1995, p. 26)

6.14.1. Ventajas

La terapia de grupo cuenta con muchas ventajas a su favor como vehículo para ayudar a las personas a ejecutar modificaciones en sus actitudes, opiniones sobre sí mismos y sobre otros, sentimientos y conductas. Una ventaja es que los participantes pueden explorar su estilo de relación con los demás y aprender habilidades sociales más efectivas. (Corey, G., 1995, p. 26)

Otra consiste según Corey, G. (1995) es que los miembros pueden comentar las percepciones que tienen de los otros miembros del grupo y recibir un valioso feedback sobre cómo están siendo percibidos por ellos.

La terapia de grupo proporciona la reproducción del mundo cotidiano de los participantes de múltiples formas, especialmente si los miembros son diversos con respecto a las

variables edad, intereses, medio cultural, nivel socioeconómico y tipo de problema. Como microcosmos de la sociedad, el grupo proporciona una muestra de la realidad porque los conflictos y problemas de los miembros hallados en el grupo no difieren de los experimentados fuera de él. La diversidad que caracteriza a la mayoría de los grupos proporciona a los participantes un feedback inusualmente rico pues pueden verse a sí mismos a través de los ojos de una amplia variedad de personas. (Corey, G., 1995, p. 27)

El grupo ofrece comprensión y apoyo lo cual motiva el deseo de los miembros a explorar los problemas con que llegan al grupo. Los participantes generan la sensación de pertenencia y mediante la cohesión que se produce, aprenden formas de comportarse íntimamente, atentamente, etc. En esta atmósfera protectora los miembros pueden experimentar conductas alternativas. Pueden poner en práctica estas conductas en el seno del grupo, donde reciben el ánimo y las sugerencias para aplicar sus aprendizajes en el mundo exterior. (Corey, G., 1995, p. 27)

Finalmente, corresponde a los miembros decidir qué modificaciones desean. Pueden comparar las percepciones de sí mismos con las percepciones de los otros y decidir qué hacer con esta información (Corey, G.,1995). En esencia, los miembros consiguen una idea del tipo de persona que les gustaría llegar a ser y consiguen comprender lo que les está impidiendo conseguirlo.

6.14.2. Valores para Poblaciones Específicas

La terapia de grupo puede diseñarse para satisfacer las necesidades de poblaciones específicas.

Una diferencia importante existente entre la *psicoterapia de grupo* y la *terapia de grupo* reside en las metas de una y otra. Mientras que la terapia de grupo se centra en el crecimiento, desarrollo, potenciación, prevención, autoconsciencia y superación de los obstáculos que impiden el crecimiento, la psicoterapia de grupo se centra normalmente en el tratamiento y la reconstrucción personal. (Corey, G., 1995, p. 22)

Mientras tanto los *grupos estructurados*, o *grupos caracterizados* por un tema central, parecen estar adquiriendo mucha popularidad. Tales grupos persiguen diversos propósitos: impartir información, compartir experiencias comunes, enseñar a resolver problemas, ofrecer apoyo y enseñar a las personas a establecer sus propios sistemas de apoyo fuera del entorno grupal. (Corey, G., 1995, p. 22)

En cuanto a los *grupos de auto-ayuda* permiten a las personas con un problema o apuro común crear un sistema de apoyo que les proteja del estrés psicológico y les proporcione el incentivo suficiente para iniciar un cambio en sus vidas. Estos grupos satisfacen en ciertas poblaciones una necesidad crítica que no ofrecen los profesionales de los centros de salud mental. (Corey, G., 1995, p. 32)

Las diferencias entre grupo de auto-ayuda y grupo terapéutico. Una de las principales diferencias se refiere a las metas del grupo, otra diferencia entre los grupos de auto-ayuda y los grupos terapéuticos se refiere a la naturaleza de los problemas que se exploran en los grupos, también otra diferencia entre los dos tipos de grupos implica el tipo de liderazgo aplicado en cada uno de ellos. Los grupos de auto-ayuda están dirigidos normalmente por individuos que luchan por los mismos problemas que los miembros del grupo, mientras tanto los grupos terapéuticos se presupone que el grupo representa un microcosmos social. (Corey, G., 1995, pp. 34-35)

Como equipo se ha decidido realizar el programa de intervención en un grupo psicoterapéutico, el cual permitirá una mejor intervención a este problema, el cual será desarrollado por un profesional capacitado para enseñar herramientas que permita al grupo salir adelante de un trastorno tan complejo como es la depresión.

CAPITULO VII. CONTENIDO DE LA INTERVENCIÓN

Teniendo en cuenta el apartado anterior en donde se hace referencia a la problemática y los estudios que se han realizado para poder explicar la depresión y sus consecuencias, así como también el grado de afectación que representa en las relaciones interpersonales dentro del ambiente

laboral y extralaboral se ha clasificado las temáticas que serán abordadas dentro del programa que se intenta aplicar

En la práctica clínica de la psicología, se han ido estableciendo modelos terapéuticos capaces de facilitar la atención a los problemas psicológicos de la población, sin embargo, cada terapia posee sus propias bases y áreas de atención, llevadas a cabo en tiempos formulados por el mismo modelo terapéutico empleado.

A continuación, se les presentara la naturaleza y el modelo de en cual está basado el Programa de Intervención en el Grupo Terapéutico como de la Terapia Familiar Estructurada.

- **Naturaleza del programa:**

Se está utilizando un modelo de terapia breve basado en el modelo cognitivo-conductual, en la cual está enfocado en cinco áreas los cuales son; cognitivo, afectivo, relaciones inter e intrapersonal, somático y conductual conocido como CASIC.

- **Modelo, técnica y actividades:**

El modelo cognitivo-conductual, según para este modelo los afectos y la conducta están determinados en su mayor parte por las cogniciones, se focaliza en modificar los comportamientos y pensamientos que gestionan el problema psicológico que se quiere intervenir enseñando patrones nuevos de conducta. A continuación, se les presentara un cuadro donde se encuentran las área, técnicas y actividades (Ver tabla 9)

- ✓ **Intervención Terapia Familiar Estructurada:**

Por medio de la Terapia Familiar conocer las interacciones en el presente, es el sistema familiar, el terapeuta se asocia a este sistema y utiliza a su persona para transformarlo, al cambiar las posiciones de los miembros de la familia, cambian sus experiencias subjetivas como los síntomas del miembro que presenta depresión.

Tabla 9

Breve resumen de las Área, Técnicas y Actividades de programa

ÁREAS	TÉCNICAS	ACTIVIDAD
		Bienvenida, Dar a conocer el programa, aplicación de Cuestionario PHQ-9, aplicación de la Escala de Satisfacción de Conducta Objetivo y Cierre
<i>Cognitivo</i>	Reestructuración cognitiva:	Psico-educación, Modelo A-B-C de Albert Ellis, tipos de distorsiones, Diálogo socrático, tarea y Cierre
	<ul style="list-style-type: none"> ψ Tipo de distorsiones cognitivas. ψ Diálogo socrático ψ Parada de pensamiento 	Psico-educación, lectura corta y parada de pensamiento, tareas y Cierre
<i>Afectivo</i>	Ventilación emocional	Psico-educación, Historia de vida, Ventilación emocional, tarea y cierre.
<i>Relaciones interpersonales</i>	Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad.	Psico-educación, lectura corta, Habilidades sociales entrenamiento asertivo, tarea y Cierre
<i>Relaciones intrapersonales</i>	Autoestima:	Psico-educación, técnica, tarea y cierre.
	<ul style="list-style-type: none"> ψ El árbol de logros. ψ Técnicas proyectivas de autoestima. ψ Rol Playing. 	
	Terapia familiar Estructurada:	Psico-educación, técnicas, tarea cierre.
	<ul style="list-style-type: none"> ψ Reencuadre ψ Reestructuración ψ Realidades ψ Búsqueda de lados fuertes 	
<i>Somático</i>	Autocuidado	Psico-educación, Respiración diafragmática, Autocuidado: 7 consejos para ser feliz, Tarea y cierre

<i>Conductual</i>	“Patrones, Hábitos y Comportamientos	Lectura corta, psico-educación, dinámica práctica con las preguntas, “las cosas que le gustan hacer” y el otro donde diga “¿Cómo me siento cuando lo hago?”, tarea y cierre
		Cierre del programa

- **Procedimiento:**

- ❖ **Número de sesión:** 14 sesiones
- ❖ **Duración de sesiones:** Dos horas
- ❖ **Número de participación:** 13
- ❖ **Orden de la sesión:**

✓ En la sesión uno se realiza el encuadre y se realiza la presentación de los participantes como de los terapeutas, luego la presentación del programa, se elaboran las normas que regirán el desarrollo del programa de intervención, luego se llevará a cabo la firma de los contratos psicoterapéutico, también la elaboración de las conductas objetivo, a continuación, se aplica la prueba psicológica y se les enseña la técnica de respiración diafragmática.

✓ De la sesión dos a la sesión nueve se realizaron la siguiente estructura:

1. Preliminares:

- Tiempo social
- Dinámica grupal (relacionado con la psicoeducación)
- Explicación del orden del día

2. Revisión de tareas se evalúa:

- Los éxitos.
- Problemas en el momento de realizarla.
- Se pone en práctica la técnica “*trabajo en contacto*”; aquí el terapeuta busca solucionar los problemas que presenta los sujetos a nivel individual y dar soluciones personalizadas, según la necesidad de cada miembro.

3. Lectura corta

- Se les entrega una hoja informativa.

- Se realiza la lectura.
- Se explica.
- Aplicación personal con los miembros del grupo terapéutico (Síntomas, como lo vive y causas).

4. Tarea para la semana próxima:

- Se asigna la tarea (autorregistros), el terapeuta explica cómo se realizará la tarea.

5. Actividades finales:

- Se le pide a un miembro que explique la tarea (para evaluar si han comprendido la tarea).
- Retroalimentación de la sesión.
- Un espacio de pregunta por si no les quedó algo claro.

6. Avisos:

Solo se darán cuando el terapeuta necesite que lleven algún objeto en particular o vestimenta para la ocasión.

✓ En la sesión de cierre se realizará la comparación de las conductas objetivo, a continuación, se aplicará la prueba psicológica y la prueba de evaluación del programa de intervención y para finalizar se dará las gracias por la participación.

✓ Se implementará terapia familiar para las personas que estén interesadas, esto dependerá de las necesidades encontradas.

Por la naturaleza del programa la intervención tomará en cuenta diferentes temas que coinciden entre sí y que son factores causantes o que necesitan ser fomentados y fortalecidos por su asociación directa e indirecta en la problemática, en el ambiente laboral:

Tabla 10

Temática de intervención

TEMÁTICA DE INTERVENCIÓN

Depresión: La depresión afecta el sistema de pensamiento del paciente, alterando los procesos cognitivos y/o distorsionándolos en mayor o menor medida. De igual manera se debe considerar el contexto en el cual se desarrolla esta problemática dentro del ambiente laboral, debido a que los trabajadores se enfocan en realizar sus actividades.

La visión de la depresión desde esta perspectiva permite ver la depresión en lugar de como una enfermedad como un problema de aprendizaje manejable. Esto no significa que no pueda haber alguna vez que se dé una depresión debida a una enfermedad que provoque un desequilibrio en los neurotransmisores sin que se dé un cambio en el contexto social. Pero también es cierto que, cuando ha aparecido una depresión, el contexto social cambia, fundamentalmente por los cambios en el comportamiento de la persona y los neurotransmisores se desequilibran para ajustarse a la conducta depresiva de la persona

Relaciones interpersonales: En el ámbito laboral, los efectos cognitivos, motivacionales y emocionales de la depresión reducen la capacidad para trabajar eficazmente. No obstante, aunque a veces esto puede aumentar también el estrés en otras ocasiones el hecho de trabajar puede ser un componente crucial para ayudarte en el proceso de recuperación.

La influencia de los pensamientos y emociones en la forma de actuar y Pensamientos irracionales y distorsiones en el pensamiento: A menudo las personas con tendencias o padecimientos asociados a la depresión son personas cuyos pensamientos son negativos, sus valoraciones de la realidad y la veracidad de las situaciones se ven distorsionadas, dándoles sentido de estar en desventaja, frustrados y tristes. estos pensamientos no pueden ser comprobados ya que generalmente no son comprobados, solo son suposiciones exageradas y carecen de lógica. Además, es necesario tomar en cuenta el papel recíproco de las emociones, como un pensamiento negativo genera tristeza y la tristeza alimenta a otra idea irracional, detonando una conducta desadaptada, como el llanto, falta de apetito o comer demasiado sin preocuparse de su salud, dejar de bañarse, entre otras.

Expresión y reconocimiento de emociones propias y de los demás: Siguiendo la villa de lo emocional, algo que es completamente desadaptado en personas con dificultades asociadas a la depresión, es el hecho de tener dificultad para expresar emociones de

forma adecuada, porque generalmente se sienten inferiores a los demás y les dan más valor y eso también les molesta y les entristece. Por otro lado, cuando alguien quiere darles o mostrarles un afecto, o expresarles emociones, suelen tomarlo con escepticismo o desconfianza y creer que no es real lo que les muestran, afectando también a otros. Aunque también, podría suceder que las otras personas solo desean una amistad, pero ellos rápidamente crean una idea irracional que los envuelve en una dependencia emocional.

Gestión de pensamientos y alternativas: Es importante poder gestionar los pensamientos, para lo cual es necesario aprender a detenerlos debatiendo de forma interna la veracidad, la lógica y la utilidad de esos pensamientos para luego descartar, pero también hay que generar un pensamiento diferente del que se desvalidado, un pensamiento positivo y útil. Sin embargo, en ocasiones no se puede detener el pensamiento por lo cual dentro de la gestión de pensamientos es bueno evitarlo, o más bien distraerlo y evadirlo.

Manejo de emociones y Autoestima: Fundamental abarcar el tema del control emocional, ya que, en estos casos, hay episodios de desbordes emocionales, y la tristeza está presente constantemente, además de abordar la autoestima en conjunto ya que un control bajo de emociones y una autoestima bajo suelen propiciar dependencias emocionales e inestabilidad, que al ver sus relaciones frustradas los puede hacer caer en episodios depresivos más graves. por eso es de apostar por aumentar la autoestima y el control emocional.

El Autocuidado: Podremos decir que se trata del conjunto y puesta en práctica de actividades que las personas emprenden en relación con su salud para mantenerla, prolongar el desarrollo personal, conservar el bienestar, con la finalidad de seguir viviendo y llevar una buena vida. El autocuidado permite alcanzar una mejor calidad de vida, a través del fortalecimiento del potencial de autonomía y de la responsabilidad en sí mismos, Constituye el primer escalón en el mantenimiento de la calidad de vida de cada persona.

El área Familiar: La familia constituye el contexto social más importante donde la depresión permite que se genere y se resuelve. La familia es así un espacio en el cual se puede apoyar el proceso de cambio, donde los afectados de manera positiva son

todos, incluso el propio terapeuta. Esto ocurre ya que siempre, a pesar de ser un elemento externo a la familia, este tercer elemento comienza a estar en una interacción especial que ayuda a la mejoría de todos y para todos.

CAPITULO VIII. BENEFICIARIOS DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Debido a que el programa está diseñado para el ámbito laboral, la población beneficiada dependerá del tiempo de ejecución del Programa de Intervención Psicolaboral, la disponibilidad de recursos económicos y la cantidad de grupos terapéuticos que se manejen.

Se pretende que cualquier empresa, institución, organización o institución, que tenga personal laborando pueda ser beneficiada y el programa está diseñado para beneficiar a personas mayores de edad, entre los 21 y los 60 años, sin exclusión por sexo, que presenten síntomas depresivos, fatiga laboral, falta de motivación en el trabajo, ansiedad, bajo control emocional o cualquier otro síntoma relacionado con la depresión, para su manejo o para su prevención.

CAPITULO IX. METODOLOGÍA

Diseño de actividades a realizar

- ❖ En octubre, se realizó el contacto de los integrantes del equipo de trabajo de grado.

- ❖ A finales de octubre se realizó una reunión donde oficialmente se conformó el equipo de trabajo de grado y la búsqueda/elección del asesor de trabajo de grado.
- ❖ En noviembre el equipo se reunió para tratar de construir y proponer temas de investigación.
- ❖ En enero se retomó, la reunión para poder definir las propuestas de tema a presentar.
- ❖ El 16 de enero se llevó a cabo la primera reunión con el asesor elegido para el trabajo de grado, ese día se abrió la universidad, en esa reunión se determinó el tema de investigación.
- ❖ El 22 de enero se reunió el equipo de trabajo de grado y se inició la elaboración del anteproyecto de investigación.
- ❖ El 5 de febrero, se continuó con la construcción del anteproyecto de investigación en reunión de equipo de trabajo.
- ❖ El 6 de febrero se llevó a cabo la reunión con el asesor del trabajo de grado.
- ❖ El 13 de febrero se realizaron visitas a empresas e instituciones que desearan participar de la investigación e intervención que el equipo de trabajo tiene como propuesta.
- ❖ El 21 de febrero se sostuvo la reunión del Grupo de egresados con la coordinación de Procesos de grado, para dar las indicaciones iniciales.
- ❖ El 28 de febrero se entregó el protocolo de tema de investigación a la coordinación de procesos de grado, el protocolo se trabajó en línea con el equipo de trabajo de grado.
- ❖ El 11 de marzo se sostuvo una reunión con el docente asesor de trabajo de grado, acerca de orientaciones de la investigación.

- ❖ El 18 de marzo se suspenden todas las actividades académicas, por emergencia mundial por Pandemia del Covid 19.
- ❖ Se inició, por determinar el tipo de trabajo de grado que se realizaría, de acuerdo a los lineamientos establecidos por la AGU y tomando en cuenta la situación de pandemia que atraviesa en la actualidad del país y el mundo entero.
- ❖ El 30 de abril el equipo de trabajo se reunió, en la nueva modalidad a través de dispositivos digitales, para adaptar el tema de investigación en forma de propuesta de programa de intervención.
- ❖ El 02 de mayo el equipo de trabajo de grado se reunió de manera virtual y se pasó a la definición del área de aplicación, la cual sería, principalmente, en el ámbito laboral, donde antes e incluso durante y después de la situación de pandemia habrá más personas afectadas con síntomas relacionados al trastorno de ansiedad generalizada, estrés agudo o depresión.
- ❖ Seguidamente, el 13 de mayo en modalidad de reunión virtual, el equipo de trabajo pasó, a la construcción de los objetivos que rigen el programa de intervención, así también, se llevó a cabo la elección de los modelos de intervención más adecuados, en los que, cabe resaltar, que no se puede elegir sólo uno, ya que, en la actualidad, es mejor elegir un tipo de intervención multimodal, que permita la versatilidad y la variedad de técnicas, en función de la efectividad del programa.
- ❖ A continuación, en el periodo que comprende del 21 de mayo en adelante, se procedió a la búsqueda de información para la elaboración de la fundamentación teórica y luego, en una reunión virtual, el equipo construyó el instrumento que se utilizará como medida pre y post tratamiento, el cual será, una entrevista que permita encontrar síntomas relacionados a la depresión y evaluar la intensidad en que estos síntomas afectan a los participantes del programa.

- ❖ Así también, el 27 de mayo, se procedió a la valoración y elección de una prueba psicométrica que diera datos puntuales y que no fuese tan extensa para poder medir la afectación y síntomas relacionados a la depresión, se toma la decisión que la misma entrevista y la misma prueba psicológica debe ser aplicada como medida pre y como medida post tratamiento, para poder tener una valoración más confiable, acerca de los efectos del programa de tratamiento en los participantes del programa y se determinó utilizar la misma que ya se había valorado cuando el trabajo era investigativo.

- ❖ El 7 de junio Nuevamente, en una reunión virtual, el equipo de trabajo compartió la gama de técnicas que, podrían ser útiles para intervenir las diferentes áreas que abarcaría el programa de intervención, para tratar la depresión, así pues, se seleccionó las técnicas que se consideran más idóneas, para posteriormente pasar a la elaboración de la propuesta de intervención y la construcción del plan operativo.

- ❖ Del 12 al 29 de junio se elaboraron los planes operativos del programa de intervención psicolaboral.

- ❖ Para finalizar el trabajo de grado, el 30 de junio se establecieron las fuentes bibliográficas utilizadas en la elaboración del programa de intervención y luego se pasó a la revisión de dicho trabajo, por el equipo de trabajo, previo a compartirlo con los encargados del proceso. A continuación, se presentó se presentará se presenta el trabajo al asesor de trabajo de grado para la revisión y que el equipo haga la corrección.

- ❖ El 2 de julio se realizó una reunión virtual del equipo de trabajo, para ordenar los anexos y estructura del trabajo.

- ❖ El 4 de julio se continuó la reunión virtual, revisando aspectos que aún faltan en la estructura del Programa de intervención.

- ❖ Luego, se presentará el trabajo a la coordinación de procesos de grado para la respectiva revisión y corrección, si lo fuese necesario, para finalmente pasar a la fase de defensa del trabajo de grado ante un Jurado, de acuerdo con la modalidad que la coordinación defina.

Ver cronograma (Anexo 2)

Modelo de intervención.

Cada modelo de intervención ofrece una perspectiva de la forma en que se debe abordar la depresión, sin embargo, al revisar la propuesta de intervención y las técnicas utilizadas, la intervención de todas se centra en tres puntos fundamentales: los pensamientos, las emociones y la autoestima. Se agregan otras áreas a trabajar que son importantes y que se retoman en la propuesta que se plantea en este trabajo.

Se había pensado en no utilizar un modelo en específico para diseñar este Programa, pero, teniendo en cuenta lo anterior, de las similitudes en las áreas de abordaje con otros modelos y abonando a esto que, las técnicas con las que se han provisto los programas propuestos por otros modelos psicológicos son en su mayoría, técnicas corresponden al modelo Cognitivo y conductual. Por tal razón al final se decidió regir el Programa de intervención bajo el Modelo Conductual Cognitivo, en una variante Multimodal como lo es el CASIIC.

CASIIC: es una modalidad de la Intervención conductual cognitiva, tiene a su base una intervención multimodal, que abarca las áreas más comunes e importantes de intervención y permite adaptación de técnicas de acuerdo con la problemática abordada, a pesar de ser un modelo de intervención basado en el enfoque Conductual-Cognitivo, las áreas propuestas obedecen a las siglas del nombre y son las siguientes:

Cognitiva, la cual abarca los pensamientos y su influencia en la problemática; Afectivo, en el que se pretende tocar la manera adecuada de dar y recibir afectos y más importante y el pilar de la intervención el cual está dirigido hacia el control de las emociones; Somático, en el que se intenta disminuir, los síntomas físicos generados por la situación problemática, Inter e Intrapersonal, donde se aborda los problemas derivados de lo que los demás dicen y cómo esto nos hace sentir y así también lo que uno piensa y siente con respecto a sí mismo (Autoestima y

autocuidado); y por último pero no menos importante, El área Conductual, que aborda todas aquellas conductas que afectan e imposibilitan una forma adecuada de vida incluyendo la organización del tiempo libre y actividades cotidianas.

Técnicas

Para poder lograr una intervención más efectiva se han retomado algunas técnicas que aun siendo del modelo cognitivo han sido adaptadas de diferente forma para esta intervención y que a su base poseen también influencia de los modelos Gestalt y Posracional, a continuación, se presentan las técnicas a utilizar:

De las propuestas para la reestructuración cognitiva y la terapia racional emotiva.

- ❖ Modelo ABC + DE de Albert Ellis.
- ❖ Diálogo Socrático.
- ❖ Parada del pensamiento.
- ❖ Búsqueda de pensamientos alternativos.
- ❖ Técnica de distracción del pensamiento (adaptada a técnica de visualización del modelo Gestáltico).
- ❖ Ventilación emocional (adaptada de técnica proyectiva con influencia del modelo Gestáltico).
- ❖ Desensibilización y reprocesamiento por movimiento ocular - originalmente de las técnicas de Desensibilización, utilizada en el modelo cognitivo, para disminuir los efectos de traumas, sin embargo, el procesamiento parte del vínculo que existe entre los ojos y su movimiento está ligado al hipotálamo, por lo que el modelo conductual y el posracional consideran que estimula al procesamiento de las emociones y a tener un mejor control de ellas.
- ❖ Ritual para el resentimiento.
- ❖ El árbol de logros.
- ❖ Técnicas proyectivas de autoestima.
- ❖ Rol Playing.
- ❖ Relajación a través de la respiración por el diafragma.

- ❖ Autorregistros.
- ❖ Terapia familiar Estructural:
 - Reencuadre
 - Reestructuración
 - Realidades
 - Búsqueda de lados fuertes

Diseño de los instrumentos

Los instrumentos por utilizar son una entrevista y una prueba pre y post tratamiento a continuación se detalla las características:

Entrevista: la entrevista no estructurada debido a su carácter abierto en la opción de respuesta será de selección para poder determinar la población que presenta los síntomas de depresión y que pueden formar parte del grupo de atención, esta entrevista consta de 20 ítems. *(Ver anexo 3)*

Prueba psicológica pre y post: es una encuesta de autoevaluación diseñada para ser aplicada en el campo de la atención primaria, y que no sólo permite realizar la pesquisa de pacientes con trastorno depresivo, sino que es útil además, para definir la severidad de dicho cuadro y optimizar el seguimiento durante el tratamiento, se ha seleccionado debido a su fácil aplicación y la validez de los resultados para poder evaluar el nivel de gravedad al iniciar el programa y que posteriormente nos permita contrarrestar los datos proporcionados al finalizar el programa completo siendo estos el Cuestionario PHQ-9 *(Ver Anexo 4)* y la Escala de satisfacción de conducta objetivo *(Ver Anexo 5)*.

Diseño de las intervenciones

Las intervenciones son bajo la modalidad de terapia de grupo y está valorado para ser aplicado como un programa de intervención psicolaboral para grupos de trabajadores o

colaboradores. Además, el diseño de cada sesión debe ser de dos horas y estará distribuida de la siguiente manera:

Fase inicial: para aplicar contención emocional y revisar las tareas en un tiempo aproximado de 15 min.

Fase 2: Dinámica de ambientación, en aproximadamente 15 min.

Fase 3: Psicoeducación, un aproximado de 15 min.

Fase 4: Desarrollo de 2 o 3 técnicas centrales, tiempo aproximado 50 min.

Fase 5: Aclaraciones y asignación de tareas, aproximadamente 20 min.

Fase 6: Cierre y despedida, tiempo aproximado 5 min.

Evaluación de los elementos y resultados

Los resultados se evaluarán con una medida pretratamiento y postratamiento, para lo cual se ha decidido aplicar los mismos instrumentos, con el fin de lograr una medida comparativa que permita corroborar los instrumentos de los cuales son, una entrevista dirigida y la prueba psicométrica PHQ-9 para conocer los síntomas que adolecen los participantes y la intensidad con la que les afecta.

Además, se sugiere antes de terminar cada sesión, realizar una evaluación PIN, para que los participantes escriban de forma anónima en un trozo de papel lo Positivo, lo interesante y lo negativo de la sesión, para poder tener una noción del impacto de cada sesión y si hay algo que se pueda mejorar.

CAPITULO X. LOCALIZACIÓN FÍSICA Y COBERTURA ESPACIAL

La empresa o institución donde se realice el programa de intervención debe comprometerse a brindar un lugar idóneo y que cumpla con los requisitos necesarios para facilitar el desarrollo de las sesiones de forma adecuada y eficaz, ya que es necesario que los miembros sientan privacidad y el ambiente generado les permita involucrarse de forma activa.

Para que la implementación del programa se lleve de la forma más adecuada posible, es necesario contar con un espacio acorde a las necesidades del grupo tanto así que tenga capacidad suficiente para todos los miembros que lo conformen. Es necesario que este lugar se encuentre aislado de posibles distractores que disminuyan el efecto de las sesiones y que puedan interferir con las reuniones ya que cada sesión es importante y lleva una secuencia que permitirá que el tratamiento sea más efectivo.

Se debe tomar en cuenta la naturaleza de las actividades debido a que se pueden realizar en un ambiente cerrado o abierto, esto deberá ser considerado por el encargado de ejecutar las sesiones al identificar las necesidades del grupo y la forma en que el abordaje puede ser más dinámico.

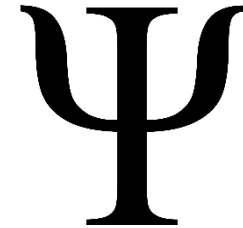


**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN
PSICOLABORAL ORIENTADO A
DISMINUIR GRADUALMENTE
LOS SÍNTOMAS DE LA
DEPRESIÓN**

CAPITULO XI. PLANES OPERATIVOS



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA



PLAN OPERATIVO 1

Modelo propuesto: Cognitivo-conductual

Temática: “Altibajos del día, ¿Cómo hacer que sean más altos que bajos?”

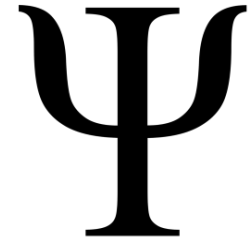
Objetivo general: Que los participantes conozcan los aspectos generales básicos sobre el programa de intervención psicolaboral.

Objetivo específico	Técnicas	Responsable	Recursos materiales	Evaluación
Brindar la bienvenida a los asistentes y presentar a los encargados del programa	Rapport y Bienvenida Técnica de presentación “Canasta de frutas”	Profesional de psicología encargado de implementar el programa	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diapositivas ✓ Cañón ✓ Gafetes (para los nombres) ✓ Cartel con el nombre de programa 	Participación y escucha activa.
Explicar la naturaleza del programa y la temática a abordar	-Exposición. -Lluvia de idea (<i>Ver anexo 6</i>)		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Laptop ✓ Proyector ✓ Bocinas 	Escucha activa y participación a las preguntas realizadas.

Firmar el acuerdo de consentimiento informado	Explicar y solicitar la firma del consentimiento informado		<ul style="list-style-type: none"> ✓ -Páginas impresas (<i>Ver anexo 7</i>) ✓ Lapiceros 	Aceptación del acuerdo grupal e individual que se va a realizar.
Elaboración en conjunto de las normas de convivencia	Realizar las normas a partir de las aportaciones del grupo		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Páginas de colores (<i>Ver anexo 8</i>) Cartulina Plumones Tirro 	Aporte que realizan de las normas que quieren poner en práctica.
Aplicación de la prueba psicológica	Pruebas Pre-tratamiento		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prueba psicológica (<i>Ver anexo 4 y 5</i>) ✓ Lapicero 	Participación y llenado de la prueba preevaluación.
Conocer las dudas de los miembros del grupo y finalizar la sesión	Retroalimentación y cierre de la sesión		Refrigerio	



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PLAN OPERATIVO 2



Modelo propuesto: Cognitivo - Conductual

Temática: “La influencia de los pensamientos y emociones en la forma de actuar.”

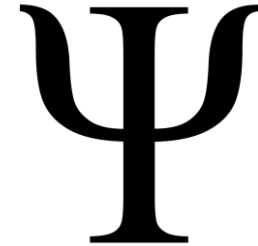
Objetivo general: Que los participantes logren identificar la influencia recíproca entre las situaciones que experimentan cotidianamente, como influye el sistema de creencias de cada uno, para generar pensamientos y emociones que determinan la forma de actuar de cada uno.

Objetivo específico	Técnicas	Responsable	Recursos materiales	Evaluación
Brindar la bienvenida a los asistentes y presentar a los encargados del programa	Rapport y Bienvenida	Profesional de psicología encargado de implementar el programa		
Que generen la percepción que la dificultad es solucionable.	Técnica Lluvia de ideas		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuarto de pliego de papel bond ✓ Plumones ✓ Recortes ✓ Tirro o Tape ✓ Pegamento 	Participación en la técnica
Lograr un mejor sentido de autoconciencia de pensamientos y efectos. Generar aprendizaje sobre formas de identificar pensamientos nocivos	Aplicación del Modelo ABC.		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Medio pliego de cartulina o Cuarto de pliego de papel bond 	Mediante auto-registros

			<ul style="list-style-type: none"> ✓ Plumones ✓ Recortes ✓ Tirro o Tape ✓ <i>(Ver anexo 9)</i> 	
Poner en práctica lo aprendido y evidenciar la forma en que se está realizando la actividad, para que los participantes mejoren su situación llevando a cabo mejores formas de afrontar y comprender las situaciones.	Asignación de tareas		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Auto-registro del modelo ABC <i>(Ver anexo 10)</i> ✓ Recortes ✓ Cartel explicativo ✓ Plumón 	Llenado de los auto-registros.
Facilitar la comprensión a través de la retroalimentación. Fomentar la Facilitador/a encargado de implementar el programa motivación a continuar con el programa.	Aclaraciones y cierre		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Refrigerio 	



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PLAN OPERATIVO 3



Modelo propuesto: Cognitivo – Conductual

Temática: “Expresando y reconociendo mis emociones y de los demás”

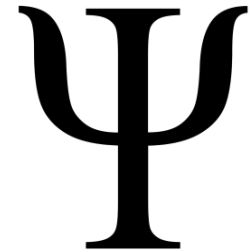
Objetivo general: Lograr que los participantes desarrollen mejores formas de gestionar las diferentes emociones.

Objetivo específico	Técnicas	Responsable	Recursos materiales	Evaluación
Brindar la bienvenida a los asistentes y presentar a los encargados del programa y comprensión de tarea	Rapport y Bienvenida Revisión de tareas	Profesional de psicología encargado de implementar el programa	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Paleógrafo de la agenda del día ✓ Hoja de auto-registro 	Llenado correcto de auto-registros.
Generar un ambiente más cálido y de confianza para los participantes.	Dinámica de “Carrera de túneles”		<ul style="list-style-type: none"> ✓ 2 pelotas de plástico, o cualquier material liviano. 	Participación
Generar en los participantes el reconocimiento de las emociones propias y expresarlas y Desarrollar empatía ante las emociones de los demás.	Ventilación emocional a través de la expresión artística o proyectiva		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hoja o trozo de papel bon. ✓ Lápices de colores, pilops, plumones y/o crayolas. ✓ Lapicero 	Elaboración de un dibujo. Comentar de forma escrita los dibujos de los demás.
Entrenar a los/as participantes para conseguir estados de relajación a través de la respiración controlada y adecuada.	Técnica de relajación: “Respiración Diafragmática”		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cartel para psicoeducación 	Desarrollar la práctica y comentar.

Practicar y evidenciar la forma en que se está realizando lo aprendido, para que los participantes mejoren su situación llevando a cabo mejores formas de identificar y comprender las situaciones.	Asignación de tareas		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tarjetas para auto-registro (<i>Ver anexo II</i>) ✓ Cartel explicativo ✓ Plumón 	Participación
Facilitar la comprensión a través de la retroalimentación y fomentar la motivación a continuar con el programa.	Aclaraciones y cierre		Refrigerio	La asistencia de las participantes a la siguiente sesión.



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PLAN OPERATIVO 4



Modelo propuesto: Cognitivo - Conductual

Temática: ¿Qué son los pensamientos irracionales y distorsiones en el pensamiento?

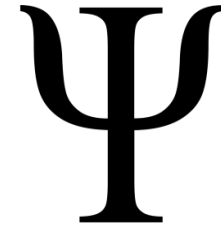
Objetivo general: Desarrollar en los participantes autoconsciencia de que hay pensamientos que carecen de lógica y no poseen fundamento comprobable para poder darlos por válidos.

Objetivo específico	Técnicas	Responsable	Recursos materiales	Evaluación
Brindar la bienvenida a los asistentes y presentar a los encargados del programa	Bienvenida y Revisión de tareas	Profesional de psicología encargado de implementar el programa	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Paleógrafo de la agenda del día ✓ Hoja de auto-registro 	Llenado correcto de auto-registros.
Generar un ambiente más alegre y de confianza para los participantes.	Dinámica de "Canasta Revuelta".		Participación	
Que los participantes sean conscientes de la falta de lógica en algunos de sus pensamientos que más les afectan y que tengan comprensión de que algunos pensamientos no poseen fundamento para darles validez.	Técnica: Pensamientos irracionales/Las distorsiones cognitivas.		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Medio pliego de cartulina o Cuarto de pliego de papel bond ✓ Plumones ✓ Recortes ✓ Tirro o Tape 	Participación activa

Que los participantes pongan en práctica lo aprendido en su cotidianidad.	Asignación de tareas		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Copia o impresión de auto-registro (<i>Ver anexo 12</i>) ✓ Cartel explicativo ✓ Plumón 	Participación
Facilitar la comprensión a través de la retroalimentación. Fomentar la motivación a continuar con el programa.	Aclaraciones y cierre		Cualquiera utilizado anteriormente durante la sesión	Asistencia a la próxima sesión



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PLAN OPERATIVO 5



Modelo propuesto: Cognitivo - Conductual

Temática: “Gestionando nuestros pensamientos y encontrando alternativas”.

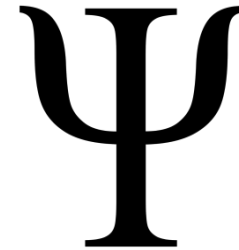
Objetivo general: Generar en los miembros del grupo habilidades y herramientas psicológicas que les permita una adecuada administración en los pensamientos.

Objetivo específico	Técnicas	Responsable	Recursos materiales	Evaluación
Brindar la bienvenida a los asistentes y presentar a los encargados del programa	Bienvenida y Revisión de tareas	Profesional de psicología encargado de implementar el programa	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Paleógrafo de la agenda del día ✓ Hoja auto-registro 	Llenado correcto de auto-registros.
Generar un ambiente más cálido y de confianza para los participantes.	Dinámica de “Envío de Mensajes”.		Participación	
Desarrollar en los/as participantes herramientas psicológicas que les permitan comprobar la inutilidad de los pensamientos negativos y elegir un pensamiento más positivo/racional.	Técnico: Dialogo socrático/Rol paying/Búsqueda de pensamientos alternativos.		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Laminas ilustrativas ✓ Carteles educativos ✓ Plumones ✓ Recortes ✓ Tirro o Tape 	Aporte de ideas y participación
Que los participantes aprendan y pongan en práctica formas para detener un pensamiento.	Parada del pensamiento/dinámica en círculo.		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Laminas ilustrativas ✓ Carteles educativos ✓ Hule o elásticos. 	Participación

Generar en los/as participantes alternativas para que eviten que los pensamientos negativos e irracionales invadan su mente.	Técnica de distracción de los pensamientos. (Visualización)			Desarrollar la práctica y comentar.
Practicar y evidenciar la forma en que se está realizando lo aprendido, para que los participantes mejoren su situación llevando a cabo mejores formas de identificar y comprender las situaciones.	Asignación de tareas		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Impresión o copia de auto-registro ✓ Cartel explicativo ✓ Plumón 	Participación
Facilitar la comprensión a través de la retroalimentación. Fomentar la motivación a continuar con el programa.	Aclaraciones y cierre		Refrigerio	Consulta de dudas. Asistencia a la próxima sesión



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PLAN OPERATIVO 6



Modelo propuesto: Cognitivo-Conductual

Temática: “Aprendiendo a cuidarme para ser más fuerte”

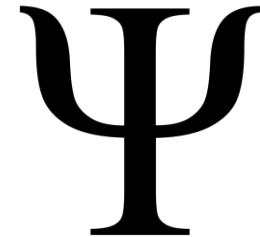
Objetivo General: Sensibilizar a los miembros del grupo sobre la importancia del autocuidado y cómo influye en el funcionamiento físico y mental y las consecuencias por no cuidarse.

Objetivo específico	Técnicas	Responsable	Recursos materiales	Evaluación
Que los participantes se sientan en confianza e importantes en el proceso psicolaboral.	Rapport y Bienvenida	Profesional de psicología encargado de implementar el programa	✓ Paleógrafo de la agenda del día	La actitud que muestren los participantes en la sesión y actividades.
Identificar y corregir las problemáticas que presentaron en la realización de las tareas.	Revisión de tareas		✓ Hoja del auto-registro	Verificar si completaron la tarea, preguntar si hubo alguna dificultad
Generar un clima apropiado dentro del grupo terapéutico para una adecuada comunicación entre ellos.	Dinámica lúdica: “De persona a persona”		✓ Fichas (<i>Ver anexo 13</i>) ✓ Caja	Realizar preguntas como: ¿Qué les gusto de la dinámica?, ¿Que no les gusto? Y observar la actitud hacia la dinámica antes y durante
Que Adquieran conocimiento sobre el autocuidado.	Exposición		✓ Paleógrafo de las ideas centrales del tema ✓ Hoja informativa (<i>Ver anexo 14</i>)	Realizar preguntas generadoras sobre el tema a abordar y evaluar respuestas si comprendieron sobre lo expuesto.

Que pueda reforzar y llevar a la práctica lo aprendido en la sesión y a su vez desarrollar sus habilidades para modificar esas ideas irracionales y sustituirlas por unas adecuadas.	Asignación de tareas		✓ Hoja de auto-registro (<i>Ver anexo 15</i>)	Preguntar si alguno tiene duda o pedir a un miembro del grupo terapéutico que explique de qué trata la tarea.
Se agradecerá sobre la asistencia a la sesión y se hará la invitación para que asistan el siguiente jueves a la misma hora.	Cierre y despedida		✓ Refrigerio	Actitud de los participantes hacia la jornada psicolaboral



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PLAN OPERATIVO 7



Modelo propuesto: Cognitivo-Conductual

Temática: “Como me cuido, como me enfermo”

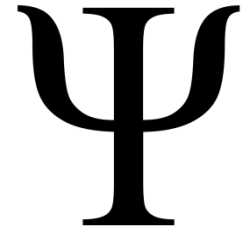
Objetivo General: Concientizar a los trabajadores la importancia de dejar de realizar hábitos que perjudican la salud física y mental y fortalecer las actividades que ayudan en el autocuidado.

Objetivo específico	Técnicas	Responsable	Recursos materiales	Evaluación
Que los participantes se sientan en confianza e importantes en el proceso psicolaboral.	Establecimiento de rapport:	Profesional de psicología encargado de implementar el programa	✓ Papelógrafo de la agenda del día	La actitud que muestren los participantes en la sesión y actividades.
Generar un clima apropiado dentro del grupo terapéutico para una adecuada comunicación entre ellos.	Dinámica lúdica: “Tres verdades y una mentira”		✓ Hojas de papel bond ✓ Lápiz o lapiceros	Realizar preguntas como: ¿Qué les gusta de la dinámica?, ¿Qué no les gusta? Y observar la actitud hacia la dinámica antes y durante
Analizar la problemática que presentaron en la realización de las tareas como también si se alcanzó la meta por las razones que se propusieron.	Revisión de tareas		✓ Hoja del auto-registro	Verificar si completaron la tarea, preguntar si hubo alguna dificultad
Que adquieran los consultantes las bases teóricas del autocuidado y a su vez que obtengan herramientas para mantener una adecuada salud física.	Exposición		✓ Papelógrafo de las ideas centrales del tema ✓ Hoja informativa (<i>Ver anexo 16</i>)	Realizar preguntas generadoras sobre el tema a abordar y evaluar respuestas si comprendieron sobre lo expuesto.

Que pueda reforzar y llevar a la práctica lo aprendido en la sesión y a su vez desarrollar sus habilidades para modificar esas ideas irracionales y sustituirlas por unas adecuadas.	Asignación de tareas		✓ Hoja de auto-registro (Ver <i>anexo 17</i>)	Preguntar si alguno tiene duda o pedir a un miembro del grupo terapéutico que explique de qué trata la tarea.
Se agradecerá sobre la asistencia a la sesión y se hará la invitación para que asistan el siguiente jueves a la misma hora.	Cierre y despedida		✓ Refrigerio	Actitud de los participantes hacia la jornada psicolaboral



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PLAN OPERATIVO 8



Modelo propuesto: Cognitivo - Conductual

Temática: “Autoestima, una versión de mi a través de un espejo”

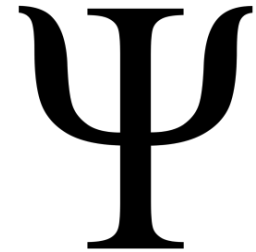
Objetivo general: Fomentar en los/as participante formas de reconocer las cualidades positivas en otros y otras y aceptar las cualidades que los/as demás ven en ellos/as.

Objetivo específico	Técnicas	Responsable	Recursos materiales	Evaluación
Que los participantes se sientan en confianza e importantes en el proceso psicolaboral.	Bienvenida y Revisión de tareas	Profesional de psicología encargado de implementar el programa	✓ Papelógrafo de la agenda del día	Forma en que se ha Llenado los auto-registros.
Generar un ambiente más alegre y de confianza para los participantes.	Dinámica de “Los tipos de abrazos”.		Participación	
Identificar en los participantes valoraciones propias y hacia otros de cualidades y características.	Técnico Psicoeducación: Construyendo la imagen		✓ Pliegos de papel bond ✓ Recortes de colores, diarios y/o revistas ✓ Plumones ✓ Pegamento ✓ Tirro/tape ✓ tijeras	Participación
que los participantes practiquen formas de reconocer cualidades y habilidades en otros, así como	Técnico: El Árbol de logros		✓ Cartel explicativo ✓ Copias o impresiones <i>(Ver anexo 18)</i>	Comenta y participa.

aceptar lo que los demás identifican en ellos/as			<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recortes ✓ Lapiceros ✓ Pegamento 	
Que los participantes pongan en práctica lo aprendido en su cotidianidad.	Asignación de tareas		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Copia o impresión de auto-registro (<i>Ver anexo 19</i>) ✓ Cartel explicativo ✓ Plumón 	
Facilitar la comprensión a través de la retroalimentación. Fomentar la motivación a continuar con el programa.	Aclaraciones y cierre		Cualquiera utilizado anteriormente durante la sesión	Asistencia a la próxima sesión



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PLAN OPERATIVO 9



Modelo propuesto: Cognitivo - Conductual

Temática: “Manejando mis emociones y autoestima”

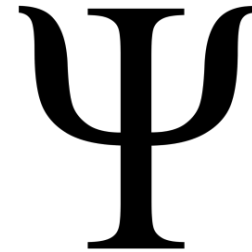
Objetivo general: Que los participantes logren expresar y reconocer emociones que generalmente no pueden o solo lo hacen en privado.

Objetivo específico	Técnicas	Responsable	Recursos materiales	Evaluación
Que los participantes se sientan en confianza e importantes en el proceso psicolaboral.	Bienvenida y Revisión de la tarea.	Profesional de psicología encargado de implementar el programa	✓ Papelógrafo de la agenda del día ✓ Hoja de auto-registro	Llenado correcto de auto-registros.
Generar un ambiente más cálido y de confianza para los participantes.	Dinámica de “Espalda con espalda”		Participación	
Evocar en los/as participantes recuerdos de persona o personas a las que le guardan resentimiento, incluso a ellos mismos/as y las razones de esto.	Técnica: Visualización guiada		✓ Música de relajación de mar	Desarrollar la práctica.
Generar en los participantes estados de relajación a través de la respiración controlada para que se concentren en la técnica.	Relajación guiada.		Participación	
Facilitar el proceso de liberación de emociones negativas.	Ritual de los resentimientos.		✓ Papel, lapicero,	Desarrollar la práctica. Participación.

Generar fluidez en el fortalecimiento de la autoestima a través del perdón propio.			✓ Cazuela, sartén u olla, fósforos o encendedor	
Que los participantes pongan en práctica lo aprendido en su cotidianidad.	Elaboración de carta de perdón. Fotografía personal			Participación. Exposición de dudas
Facilitar la comprensión a través de la retroalimentación. Fomentar la motivación a continuar con el programa.	Aclaraciones y cierre		Refrigerio	La asistencia de las participantes a la siguiente sesión.



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PLAN OPERATIVO 10



Modelo propuesto: Cognitivo - Conductual

Temática: “Definiendo mi autoestima y lograr control emocional”.

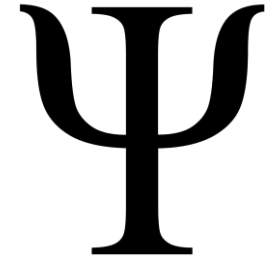
Objetivo general: Promover en los/as participante autoestima saludable y control de las emociones.

Objetivo específico	Técnicas	Responsable	Recursos materiales	Evaluación
Que los participantes se sientan en confianza e importantes en el proceso psicolaboral.	Bienvenida y Revisión de tareas	Profesional de psicología encargado de implementar el programa	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Papelógrafo de la agenda del día ✓ Hoja de auto-registro 	Elaboración de la carta
Fortalecer lo realizado en la sesión anterior.	Repetir el final del ritual.		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cazuela, sartén u olla, fósforos o encendedor 	
Generar un ambiente más alegre y de confianza para los participantes.	Dinámica Lúdica: Gusanito			Participación
Identificar en los participantes valoraciones propias y hacia otros de cualidades y características.	Técnica: ¿Quién soy?		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tarjetas de cartulina ✓ Recortes de colores, diarios y/o revistas ✓ Plumones ✓ Pegamento ✓ Fotografía personal. 	Participación
Permitir que los participantes practiquen formas de reconocer cualidades y habilidades en otros, así	Técnica Psicoeducación: Movimiento ocular		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cartel explicativo 	Comenta y participa.

como aceptar lo que los demás identifican en ellos/as				
Que los participantes pongan en práctica lo aprendido en su cotidianidad.	Asignación de tareas		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Copia o impresión de auto-registro (<i>Ver anexo 19</i>) ✓ Cartel explicativo ✓ Plumón 	Compresión de la tarea
Facilitar la comprensión a través de la retroalimentación y fomentar la motivación a continuar con el programa.	Aclaraciones y cierre		Refrigerio	Asistencia a la próxima sesión



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PLAN OPERATIVO 11



Modelo propuesto: Cognitivo-conductual

Temática: “Identifiquemos nuestras actividades”

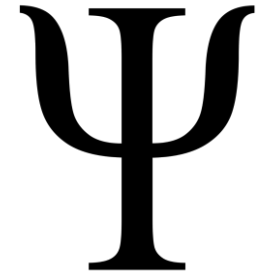
Objetivo general: Desarrollar herramientas que permitan a los miembros del grupo conocer e identificar los patrones de conducta que afectan y que no les permiten optimizar su tiempo.

Objetivo específico	Técnicas	Responsable	Recursos materiales	Evaluación
Brindar la bienvenida a los asistentes y a través de una técnica de animación.	Rapport y Bienvenida Técnica: “Doña Pancha”	Profesional de psicología encargado de implementar el programa	✓ Papelógrafo de la agenda del día ✓ Tarjetas de estado de ánimo (<i>Ver anexo 20</i>)	Participación.
Identificar si los miembros del grupo realizaron la tarea asignada en la sesión anterior	Revisión de la tarea		✓ Hoja de auto-registro	Comprobar la realización de la tarea.
Fomentar la importancia de establecer un horario mensual, semanal y diario optimo que ayude en la organización	Técnica: “Mi horario”		✓ Páginas impresas (<i>Ver anexo 21 y 22</i>) ✓ Lapiceros	Participación y completar la actividad de acuerdo con las indicaciones.

Brindar herramientas para que practiquen durando la semana lo aprendido durante la sesión	Asignación de tarea		✓ Hojas de auto-registro (<i>Ver anexo 23</i>)	Escucha activa.
Se brinda las últimas indicaciones y se finaliza la sesión.	Finalizar la sesión		Refrigerio	Actitud de los presentes



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PLAN OPERATIVO 12



Modelo propuesto: Cognitivo-conductual

Temática: “Las ventajas de organizar mi tiempo”

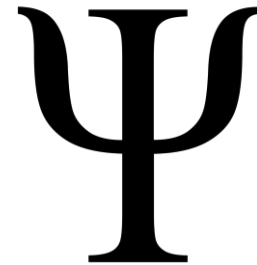
Objetivo general: Fomentar en los miembros del grupo el manejo de tiempo adecuado que permita un desarrollo oportuno de las actividades que realizan los trabajadores en el ámbito laboral, familiar o social.

Objetivo específico	Técnicas	Responsable	Recursos materiales	Evaluación
Brindar la bienvenida a los asistentes y a través de una técnica de animación.	Rapport y Bienvenida Técnica de animación “El globo de la vida”	Profesional de psicología encargado de implementar el programa	✓ Papelógrafo de la agenda del día ✓ Globos de diferentes colores	Participación
Identificar si los miembros del grupo realizaron la tarea asignada en la sesión anterior	Revisión de la tarea		✓ Hoja de auto-registro	Cumplimiento de tarea
Realizar una representación de una situación hipotética, para que	Técnica: “La línea de la vida” (<i>Ver anexo 24</i>)		✓ Páginas impresas	Participación y reflexión al leer

reflexionen sobre el peso de su conducta en la vida diaria.			<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sobres con las situaciones hipotéticas ✓ Lapiceros 	las situaciones y brindar su aporte.
Lograr que los participantes puedan identificar situaciones diarias que son urgentes o importantes y la mejor forma de organizarlas.	Técnica: “Urgente vs. Importante”		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Páginas de colores ✓ Cartulina ✓ Plumones ✓ Tirro 	Participación.
Brindar un registro donde puedan poner en práctica lo aprendido durante la sesión.	Asignación de tarea		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hoja de auto-registro (<i>Ver anexo 25</i>) 	
Se procede con el cierre de las actividades	Finalizar la sesión		Refrigerio	



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PLAN OPERATIVO 13



Modelo propuesto: Cognitivo-Conductual (Cierre)

Temática: “Mis esfuerzos, mis logros”

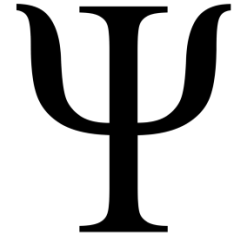
Objetivo General: Realizar un cierre adecuado con los miembros del grupo donde se pueda corroborar a través de la práctica.

Objetivo específico	Técnicas	Responsable	Recursos materiales	Evaluación
Que los participantes se sientan en confianza e importantes en el proceso psicolaboral.	Establecimiento de rapport: Revisión de tareas	Profesional de psicología encargado de implementar el programa	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Papelógrafo de la agenda del día ✓ Hoja del auto-registro 	Actitud del participante y realización de la tarea
Generar un clima apropiado dentro del grupo para una adecuada comunicación y confianza en los miembros del programa de intervención	Dinámica lúdica: “Dando regalos”		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Regalos de tamaño pequeño ✓ Hojas de papel bond ✓ Lapiceros 	Y observar la actitud hacia la dinámica antes y durante
Que los trabajadores refuercen las herramientas aprendidas en el proceso psicolaboral.	Técnica central: “El tren de las Crónicas” y “Bolsita del recuerdo”		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tren ✓ Fichas (<i>Ver anexo 26</i>) ✓ Bolsitas, Objetos que simbolizan las técnicas 	Realizar preguntas generadoras sobre el tema a abordar y evaluar respuestas si comprendieron sobre lo expuesto e identificación de las técnicas.

			aprendidas en la intervención.	
Conocer el impacto que ha tenido el programa psicolaboral en los síntomas somáticos de la depresión que presentaban los trabajadores	“Aplicación de los instrumentos” (postratamiento)		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuestionario PHQ-9 (<i>Ver anexo 4</i>) ✓ Escala de satisfacción de conducta objetivo (<i>Ver anexo 5</i>) ✓ Lápiz y borrador 	Comprensión de las preguntas planteadas.
Conocer la perspectiva de los participantes como también las fortalezas y debilidades del programa de intervención en la problemática de la depresión	Evaluación del programa		✓ Instrumento de Factores terapéuticos grupales (<i>Ver anexo 27</i>)	Que puedan expresar libremente sus opiniones y expresen en que les ayudo en su problemática
Que los participantes se sientan satisfechos y gratificado por haber completado la terapia	Entrega de diploma		✓ Diplomas (<i>Ver anexo 28</i>)	Aceptación del diploma
Se agradecerá sobre la asistencia a la sesión y se hará la invitación para que comente sobre el proceso psicoterapéutico	Cierre y despedida		✓ Refrigerio	Actitud de los participantes hacia la jornada psicolaboral
Aviso				



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PLAN OPERATIVO 14
“TERAPIA FAMILIAR”



Modelo propuesto: Estructural

Temática: “Mi familia, mi apoyo”

Objetivo General: Concientizar a todos los miembros de la familia sobre la necesidad de una red de apoyo para el miembro con depresión.

Objetivo específico	Técnicas	Responsable	Recursos	Evaluación
Que los miembros de la familia se sientan en confianza e importantes en el proceso de la terapia familiar.	Establecimiento de rapport:	Profesional de psicología encargado de implementar el programa	Recursos humanos: ✓ Familia y terapeuta.	Actitud de los participantes
Establecer los roles de cada uno de los miembros dentro del núcleo familiar.	Técnica: “La estructura familiar”		✓ Cuadro de registro familiar (<i>Ver anexo 29</i>). ✓ Lapiceros	Y observar la actitud hacia la técnica antes y durante
Conocer las alianzas, jerarquías, las coaliciones y los triángulos formados dentro de la familia.	Técnica: “El diagnóstico y sus elementos”		Recursos humanos: ✓ Familia y terapeuta.	Actitud de los participantes

Facilitar a los miembros cambiar el mapa de la realidad que la familia había trazado se puede ampliar o modificar y así que permita la disminución de los síntomas de la persona con depresión.	Técnica: “Reencuadre”		✓ Guía de preguntas según la dinámica familiar	Cambios mínimos de la Conducta Objetivo
Cuestionar la estructura familiar, los límites, la forma en que se hacen las cosas, sus interacciones y la forma de solucionar los problemas que causa la depresión.	Técnica: “Reestructuración”		Recursos humanos: ✓ Familia y terapeuta.	Actitud de los participantes
Ofrecer a la familia una realidad diferente a la que han construido, también puede trabajar un cambio de cognición en la familia no cambiando la realidad, si no modificarla o enseñar una nueva forma de ver y tratarla la depresión.	Técnica: “Realidades”		Recursos humanos: ✓ Familia y terapeuta.	Actitud de los participantes
Se agradecerá sobre la asistencia a la sesión y se hará la invitación para que comente sobre el proceso psicoterapéutico	Cierre y despedida		Recursos humanos: ✓ Familia y terapeuta.	Actitud de los participantes hacia la sesión

Nota: Las técnicas se pueden realizar en varias sesiones dependiendo de la disposición de la familia.

CAPITULO XII. CONCLUSIONES

- ❖ Las empresas del país no presentan el interés para el bienestar de la salud mental de los trabajadores a pesar de que esta problemática presenta costos económicos y sanitarios.
- ❖ Mientras más consciente sea el participante del problema de la depresión, tendrá mayor capacidad para mejorar.
- ❖ Los empleados que presenta depresión están más propenso a presentar problemas de salud física.

CAPITULO XIII. RECOMENDACIONES

- ❖ Que Recursos Humanos concienticé a los trabajadores de alto y bajo mandos sobre la necesidad de implementar programas de intervención psicoterapéuticos a personas que presentan depresión.
- ❖ Que los profesionales dentro de las organizaciones sean autodidactas en técnicas psicoterapéuticas con el fin de disminuir las problemáticas que presentan en los trabajadores.
- ❖ Sensibilizar a los empleados de la problemática de la depresión y la relación que tiene en el ámbito laboral y su efecto en las relaciones.

CAPITULO XIV. FUENTES DE INFORMACIÓN CONSULTADA

Alberdi, J., Taboada, O., Castro, C. & Vázquez, C. (2006). Depresión. España: s.ed. Recuperado de <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf>

American Psychiatric Association (APA) (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV*. Barcelona: Masson. Recuperado de <http://www.mdip.edu.ar/psicologia/psico/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf>

Bogaert, H. (2012). La depresión: etiología y tratamiento. *Ciencia y Sociedad*. 37(2), pp. 183-197. Recuperado de <http://repositoriobiblioteca.intec.edu.do/bitstream/handle/123456789/1390/CISO20123702-183-197.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Casquero, R. (2006). Diagnóstico de la depresión. En (s.a.), *Foco en la clínica* (pp. 19-25). Madrid. Recuperado de <file:///C:/Users/jeportillo/Downloads/X113835930690814X.pdf>

Castaño, G. (07 de marzo de 2019). Breve historia de la Depresión: Depresión y tristeza. *TnRelaciones*. Recuperado de <http://www.tnrelaciones.com/informacion/breve-historia-de-la-depresion/>

Castellón, E., Ibern, P., Gili, M., Lahera, G., Sanz, J. & Saiz, J. (2016). El abordaje de la depresión en el ámbito del trabajo: recomendaciones clave. *Psiquiatría Biológica*, 23(3), 112-117. Recuperado de http://www.semst.org/archsubidos/20170619_3f01_INFORMEDEPRESIONLUGARDET_RABAJO.PDF

- Corey, G. (1995). *Teoría y práctica de la terapia grupal*. California: Editorial Desclee De Brouwer. Recuperado de file:///C:/Users/chico/Downloads/Teoria_y_practica_de_la_terapia_grupal.pdf
- Da Silva, A., Lopes, C. S., Susser, E. & Menezes, P. (2017). *Depresión relacionada con el trabajo en personal de equipos de atención primaria en Brasil*. Am J Public Health. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/aab0/cf1878caeed95a033f40c5cb8b2f00a6ea6e.pdf>
- Farré, J. M. (s.f.). ¿Cuál es el tratamiento de la Depresión?. *PsicoDex*. Recuperado de <https://www.psiquiatriapsicologia-dexeus.com/es/unidades.cfm/ID/1102/ESP/-cual-es-tratamiento-depresion-.htm>
- Gázquez, M. (s.f.). ¿En qué consiste la intervención psicológica?. *Mindic Psicología y Salud*. Recuperado de <https://www.mindicalud.com/en-que-consiste-la-intervencion-psicologica>
- González, M. (1998). *La Depresión: como superarlo*. Madrid: EDIMAT LIBROS.
- Gutiérrez, J. R. y Portillo, C. B. (junio del 2013). La ansiedad y la depresión como indicadores de problemas de salud mental en los salvadoreños. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 16(2), p. 533-553. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2013/epi132l.pdf>
- Hernández, M. A. (2010). *Tratamiento cognitivo conductual de la depresión, un análisis de caso* (Tesis de pregrado). Universidad Autónoma, Mexico. Recuperado de <https://amapsi.org/Imagenes/TratamientoCognitivoDepresion.pdf>

Korman, G. P. y Sarudiansky, M. (2011) Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *UCES*. 15(1), pp. 119-145. Recuperado de <file:///C:/Users/chico/Downloads/Dialnet-ModelosTeoricosYClinicosParaLaConceptualizacionYTr-5205687.pdf>

Ley General de Prevención de Riesgos en los lugares de Trabajo, Decreto N° 254 (2010). Recuperado de http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/ley/Ley_prevencion_riesgos_lugares_trabajo.pdf

MINSAL (06 de abril de 2017). MINSAL, ISSS y OPS conmemoran el Día Mundial de la Salud. Boletín de prensa. p. 1-2. Recuperado de https://www.salud.gob.sv/archivos/comunicaciones/archivos_comunicados2017/pdf/boletin_prensa06042017.pdf

Organización Mundial de la Salud (1994). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. s.l: Editorial Médica Panamericana. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud (2019). Salud mental: Depresión. Recuperado de http://origin.who.int/mental_health/management/depression/es/

Organización Mundial de la Salud (mayo de 2019). Salud mental: Salud mental en el lugar de trabajo. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/es/

Organización Panamericana de la Salud (28 de mayo de 2017). "Depresión: hablemos", dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad. Recuperado de

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es

Pérez, J. y Gardey, A. (2015). Definición de recidiva. *Definicion.de*. Recuperado de <https://definicion.de/recidiva/>

Puerta, J. V. y Padilla, D. E. (diciembre de 2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*. 8(2), pp. 251-257. Recuperado en file:///C:/Users/chico/Downloads/Dialnet-TerapiaCognitivaConductualTCCComoTratamientoParaLa-3903329.pdf

Ramírez, M. V., Capdevila, L. M., Terradillo, M. J., Vicente, M. & Aguilar, E. (2018). *Guía-protocolo para El Manejo del Paciente con Depresión en el mundo del Trabajo, Documento Depresión y Trabajo: Aspectos Clínico-laborales*. España: Grupo de Trabajo Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo. Recuperado de <http://www.aeemt.com/web/wp-content/uploads/2018/05/GUI%CC%81A-PROTOCOLO-TRABAJADOR-CON-DEPRESIO%CC%81N-EN-SALUD-LABORAL-Grupo-de-Trabajo-AEEMT.pdf>

Real Academia Española (2019). *Depresión*. Madrid. Recuperado de <https://dle.rae.es/depresi%C3%B3n>

Ruiz, M. A., Díaz, M. I. & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclée De Brouwer. Recuperado de file:///C:/Users/chico/Desktop/referencia%20bibliografica%20tesis/MANUAL_DE_TECNICAS_DE_INTERVENCION_COGNITIVO.pdf

Zoch, C. E. (2002). *Depresión*. Costa Rica. Recuperado de <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/depresion2005.pdf>

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. Cuestionario de control de síntomas neurotóxicos crónicos

ANEXO 2. Cronograma de actividades

ANEXO 3. Entrevista no estructurada

ANEXO 4. Cuestionario PHQ-9

ANEXO 5. Escala de satisfacción de conducta objetivo

ANEXO 6. Técnica lluvia de ideas

ANEXO 7. Contrato de atención psicoterapéutica

ANEXO 8. Normas de convivencia

ANEXO 9. Autorregistro para practicar el modelo ABC.

ANEXO 10. Autorregistro de la técnica A-B-C

ANEXO 11. Autorregistro de la aplicación de la respiración diafragmática o entrenamiento autógeno.

ANEXO 12. Registro de la identificación de distorsiones cognitivas.

ANEXO 13. Dinámica lúdica “De persona a persona

ANEXO 14. Brochure u hoja informática.

ANEXO 15. Autorregistro de la técnica autocuidado

ANEXO 16. Lista de actividades para el autocuidado positivas como negativas

ANEXO 17. Autorregistro de la técnica de autocuidado parte 2

ANEXO 18. Figuras para trabajar el árbol de logros.

ANEXO 19. Registro de las técnicas utilizadas y su efectividad.

ANEXO 20. Técnica “Doña Pancha”

ANEXO 21. Lectura corta

ANEXO 22. Técnica “Mi horario”

ANEXO 23. Autorregistro.

ANEXO 24. Técnica Línea de vida

ANEXO 25. Autorregistro

ANEXO 26. Fichas para “El tren cronológico”

ANEXO 27. Evaluación de los factores terapéuticos grupales

ANEXO 28. Diploma para los participantes

ANEXO 29. Cuadro de registro familiar

ANEXO 1. Cuestionario de control de síntomas neurotóxicos crónicos

Lista de control de síntomas neurotóxicos crónicos		
Señale los síntomas que haya experimentado en el último mes	Si	No
1. ¿Se cansa con más facilidad de lo esperado para el tipo de actividad que realiza?		
2. ¿Se ha sentido mareado o con vértigo?		
3. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
4. ¿Se ha sentido confuso o desorientado?		
5. ¿Ha tenido problemas para recordar las cosas?		
6. ¿Han notado sus familiares que le cuesta recordar las cosas?		
7. ¿Ha tenido que anotar las cosas para recordarlas?		
8. ¿Le cuesta entender lo que dicen los periódicos?		
9. ¿Se ha sentido irritable?		
10. ¿Se ha sentido deprimido?		
11. ¿Ha notado palpitaciones incluso sin hacer ejercicio?		
12. ¿Ha tenido convulsiones?		
13. ¿Ha dormido más de lo habitual?		
14. ¿Ha tenido dificultad para conciliar el sueño?		

15. ¿Ha notado falta de coordinación o pérdida de equilibrio?		
16. ¿Ha notado pérdida de fuerza en piernas o pies?		
17. ¿Ha notado pérdida de fuerza en brazos o manos?		
18. ¿Ha notado dificultad para mover los dedos de las manos o coger cosas?		
19. ¿Ha notado acorchamiento u hormigueo en los dedos de las manos de más de 1 día de duración?		
20. ¿Ha notado acorchamiento u hormigueo en los dedos de los pies de más de 1 día de duración?		
21. ¿Ha tenido dolor de cabeza frecuente (más de 1 vez por semana)?		
22. ¿Ha tenido dificultad para conducir del trabajo a su casa porque se ha sentido mareado o cansado?		
23. ¿Se ha sentido eufórico cuando utiliza algún producto químico en su trabajo?		
24. ¿Se emborracha con más facilidad que antes?		

ANEXO 3. Entrevista no estructurada



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA



Tema: La influencia de la depresión en el desempeño laboral y en las relaciones interpersonales

Objetivo: identificar posibles manifestaciones que se encuentran presentes en la población encuestada y como afecta en el desempeño laboral y las relaciones con sus compañeros.

ENTREVISTA PARA EMPLEADOS

I. Datos Generales

Cargo que desempeña:	Tiempo dentro de la empresa:
Edad:	Sexo:
Estado Civil:	Fecha de aplicación:

II. Contenido de la entrevista

1. ¿Se siente decaído, sin ganas de realizar cualquier actividad?

2. **¿Últimamente ha sentido dificultad para tomar decisiones?**

Sí _____ No _____

¿Podría mencionar porque?

3. **¿Constantemente siente dificultad para concentrarse?**

Sí _____ No _____

4. **¿Con frecuencia desea solo estar dormido?**

5. **¿Considera que su sueño es interrumpido?**

Sí _____ No _____

6. **¿Habitualmente siente usted que las horas de dormir no son suficientes?**

Sí _____ No _____ **¿Cuántas horas duerme al día? _____**

7. **¿Con frecuencia se siente triste durante el día?**

Muchas _____ Pocas _____ Nada _____

¿En qué momento del día es más frecuente?

8. **¿Ha dejado de disfrutar actividades que antes le eran placenteras?**

Sí _____ No _____

9. **¿Siente que su apetito ha disminuido en los últimos meses?**

Sí _____ No _____

10. **¿Con frecuencia se siente fatigado y pesado sin haber realizado actividad física?**

Sí _____ No _____

11. ¿Con frecuencia se siente desmotivado para realizar sus actividades laborales? Mucha ____ Poca ____ Nada ____

¿Por qué?

12. ¿Con frecuencia siente ganas de llorar sin motivo aparente?

Sí ____ No ____

13. ¿Se siente satisfecho con las metas que ha alcanzado hasta el día de hoy?

Sí ____ No ____

14. ¿Actualmente siente que su vida tiene sentido?

Sí ____ No ____

¿Por qué?

15. ¿Con frecuencia piensa que las ideas y opiniones de los demás valen más que las tuyas?

Muchas ____ Pocas ____ Ninguna ____

Explique porque:

16. ¿Generalmente se siente afectado por las opiniones de los demás?

Sí ____ No ____

¿Por qué?

17. ¿Me siento cómodo al relacionarme con las personas en mi trabajo?

Sí ____ No ____

¿Por qué?

18. ¿Siento que soy bueno en lo que hago?

Sí _____ No _____

¿Por qué?

19. ¿Tengo dificultades para cumplir con mis actividades diarias?

Sí _____ No _____

¿Por qué?

ANEXO 4. Cuestionario PHQ-9

PHQ-9: Lista de verificación de nueve síntomas

Nombre del paciente _____

Fecha _____

1. Indique con qué frecuencia le han afectado los siguientes problemas durante las últimas dos semanas. Lea atentamente cada inciso y encierre en un círculo su respuesta.
 - a. Poco interés o agrado al hacer las cosas.

Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
-------	-------------	-----------------------------	---------------------
 - b. Se ha sentido triste, deprimido o desesperado.

Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
-------	-------------	-----------------------------	---------------------
 - c. Ha tenido problemas para dormir, mantenerse despierto o duerme demasiado.

Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
-------	-------------	-----------------------------	---------------------
 - d. Se siente cansado o tiene poca energía.

Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
-------	-------------	-----------------------------	---------------------
 - e. Tiene poco o excesivo apetito.

Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
-------	-------------	-----------------------------	---------------------
 - f. Se ha sentido mal consigo mismo, ha sentido que usted es un fracaso o ha sentido que se ha fallado a sí mismo o a su familia.

Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
-------	-------------	-----------------------------	---------------------
 - g. Ha tenido problemas para concentrarse en actividades como leer el periódico o ver televisión.

Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
-------	-------------	-----------------------------	---------------------
 - h. Se mueve o habla tan despacio que otras personas pueden darse cuenta. Está tan inquieto o intranquilo que da vueltas de un lugar a otro más que de costumbre.

Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
-------	-------------	-----------------------------	---------------------
 - i. Ha pensado que estaría mejor muerto o ha deseado hacerse daño de alguna forma.

Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
-------	-------------	-----------------------------	---------------------
2. Si marcó alguno de los problemas antes indicados en este cuestionario, ¿cuánto le han dificultado al realizar su trabajo, atender su casa o compartir con los demás?

Nada difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil
--------------	-----------------	-------------	------------------------

PHQ-9: Hoja de registro de puntuación

Nombre del

paciente _____

Fecha _____

- 1. Indique con qué frecuencia le han afectado los siguientes problemas durante las últimas dos semanas. Lea atentamente cada inciso y encierre en un círculo su respuesta.**

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
	0	1	2	3
a. Poco interés o agrado al hacer las cosas.				
b. Se ha sentido triste, deprimido o desesperado.				
c. Ha tenido problemas para dormir, mantenerse despierto o duerme demasiado.				
d. Se siente cansado o tiene poca energía.				
e. Tiene poco o excesivo apetito.				
f. Se ha sentido mal consigo mismo, ha sentido que usted es un fracaso o ha sentido que se ha fallado a sí mismo o a su familia.				
g. Ha tenido problemas para concentrarse en actividades como leer el periódico o ver televisión.				
h. Se mueve o habla tan despacio que otras personas pueden darse cuenta. Está tan inquieto o intranquilo que da vueltas de un lugar a otro más que de costumbre.				
i. Ha pensado que estaría mejor muerto o ha deseado hacerse daño de alguna forma.				
Totales				

- 2. Si marcó alguno de los problemas antes indicados en este cuestionario, ¿cuánto le han dificultado al realizar su trabajo, atender su casa o compartir con los demás?**

Nada difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil
0	1	2	3

ANEXO 5. Escala de satisfacción de conducta objetivo**ESCALA DE SATISFACCION DE CONDUCTA OBJETIVO**

Nombre: _____ Fecha: _____

Indicaciones: señale el grado de mejora de las conductas objetivo que se plantearon al inicio del proceso, así como los aspectos que hacen falta para mejorar dichas conductas

CONDUCTAS		GRADO DE AFECTACION (1-10)	¿QUE HACE FALTA PARA MEJORAR?
CONDUCTA 1			
CONDUCTA 2			
CONDUCTA 3			

CONDUCTA 4			

ANEXO 6. “Técnica Lluvia de ideas”

LLUVIA DE IDEAS

ANEXO 7. Contrato de atención psicoterapéutica

CONTRATO DE ANTECION PSICOTERAPEUTICO

En _____, _____ a las _____ horas y _____ minutos del día _____ del mes _____ del año _____, quien se presenta como _____, de _____ años de edad, de ocupación, oficio o profesión _____ con domicilio en _____. Al cual se le brindara servicio terapia psicolaboral en este caso se compromete a participar activamente en el grupo terapéutico los días _____ con la finalidad de buscar alternativa de solución a la problemática, así como asistir puntualmente en las reuniones terapéuticas, en este caso de _____ a _____ como también cumplir con las tareas que se le programen, evitar las interrupciones de celular (ponerlo en estado silencio), y además por este medio se autoriza que se le aplique pruebas psicológicas que se consideren necesarias y que se utilicen como instrumento idóneo por ejemplo grabadora.

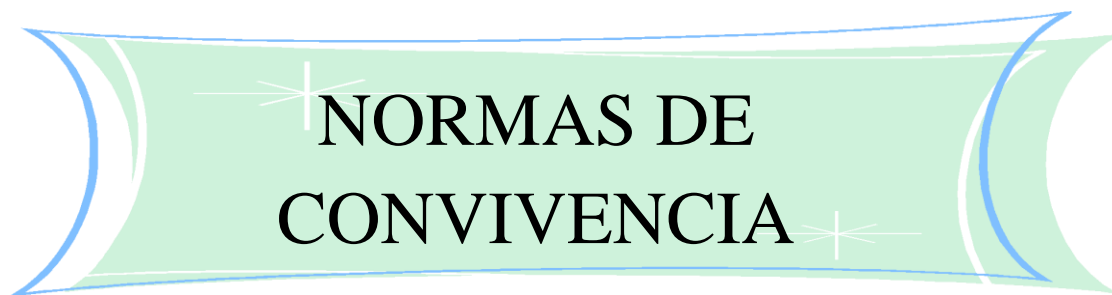
Por su parte los terapeutas expresan: que se compromete a proporcionar 13 sesiones que duren _____ horas, también se comprometen a proporcionar un servicio profesional con responsabilidad, puntualidad y ante todo implementando el secreto profesional.

También se conviene que la primera comparecencia ni pagara cantidad alguna por los servicios prestados por la segunda comparecencia. Finalmente, si la primera no lo cumple con sus tareas terapéuticas, la segunda queda en libertad de suspender la atención psicoterapéutica.

Consultante

Terapeutas

ANEXO 8. Normas de convivencia



**NORMAS DE
CONVIVENCIA**



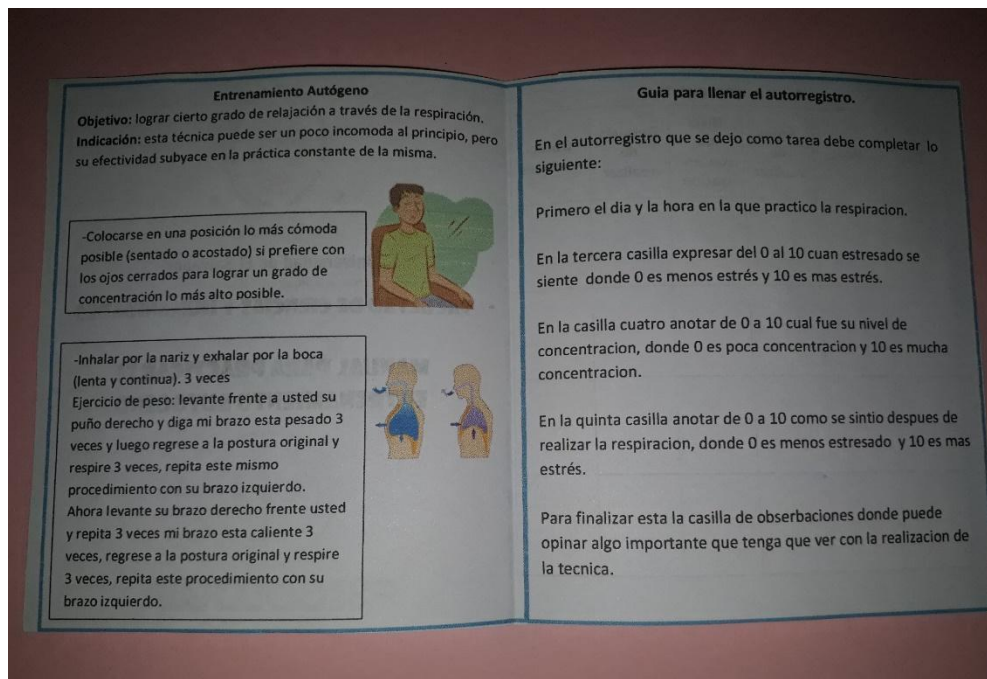
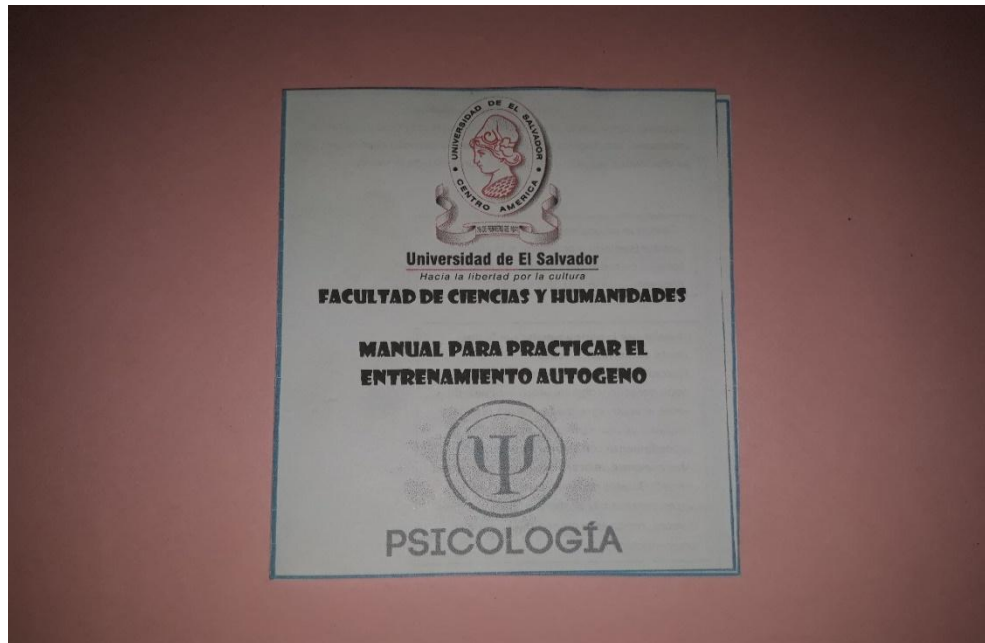
ANEXO 9. Autorregistro para practicar el modelo ABC.

ANEXO 10. Autorregistro de la técnica A-B-C

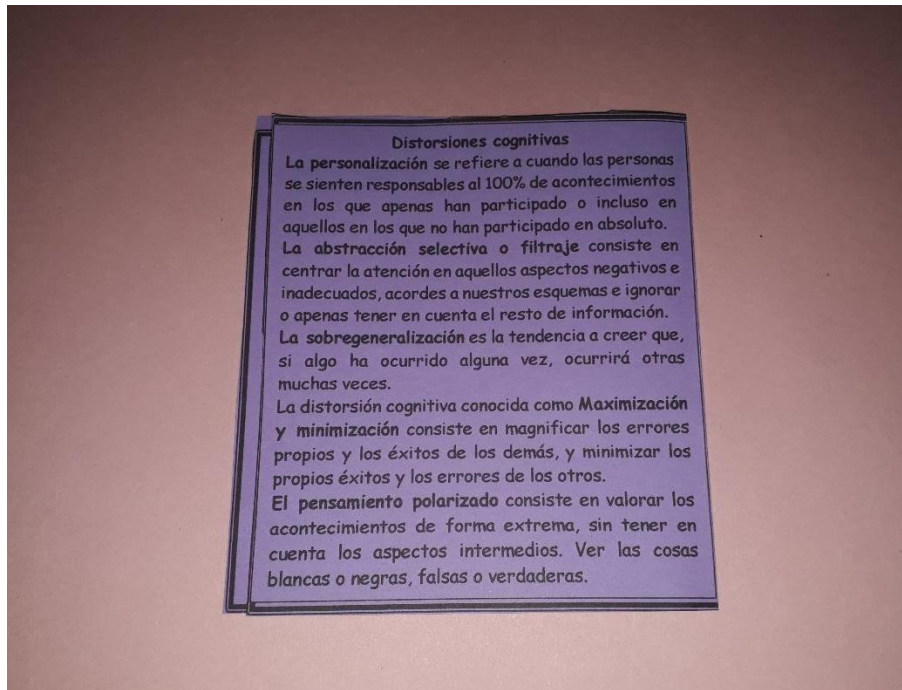
AUTORREGISTRO BASADO EN EL MODELO ABC

DÍA/HORA	A SITUACIÓN/ACONTECIMIENTO	B PENSAMIENTO/IDEA	C EMOCIÓN/CONSECUENCIA

ANEXO 11. Autoregistro de la aplicación de la respiración diafragmática o entrenamiento autógeno.



ANEXO 12. Registro de la identificación de distorsiones cognitivas.



AUTORREGISTRO BASADO EN EL MODELO ABC				
DÍA/ HORA	A	B	C	DISTORSIÓN

ANEXO 13. Dinámica lúdica “De persona a persona”

“De cabeza a rodilla”

“De espalda a espalda”

“De oreja a oreja”

“De pie a pie”

ANEXO 14. Brochure u hoja informática

¿QUE ES AUTOCUIDADO?

El autocuidado personal y emocional se define como el conjunto de acciones que emprende una persona en beneficio de su salud y bienestar. En realidad, se trata de una cualidad innata al ser humano cuyo objetivo principal es garantizar su supervivencia y, con ello, la de su familia y grupo social. Al conjunto de acciones que realizamos en torno a nuestro cuidado personal los denominamos "hábitos de vida". Los hábitos que adoptemos condicionarán nuestro estado de salud general. Interaccionan entre ellos condicionando nuestro estado físico, mental y emocional. Podemos diferenciar entre hábitos de vida saludables versus hábitos de vida tóxicos.

Hábitos saludables

- Dieta equilibrada
- Consumo de sustancias tóxicas moderado o nulo
- Ejercicio físico moderado
- Descanso reparador
- Prevención y/o reducción de la contaminación ambiental del entorno
- Higiene personal adecuada
- Equilibrio mental y emocional
- Relaciones sociales positivas
- Practicar actividades de ocio
- Contacto con la naturaleza

Hábitos perjudiciales para la salud

- Dieta desbalanceada
- Consumo habitual o excesivo de sustancias tóxicas
- Sedentarismo
- Insomnio o sueño excesivo
- Entorno con contaminación ambiental
- Falta de higiene personal
- Estrés y emociones negativas crónicas
- Relaciones personales negativas o inexistentes
- No disponer de actividades de ocio
- Desatender el contacto con la naturaleza


Los sistemas sociales en los que vivimos actualmente, si bien nos han aportado grandes avances tecnológicos y de desarrollo humano, han supuesto una criba en lo que respecta al respeto de nuestras necesidades básicas de cuidado personal. Los ritmos de vida acelerados; las multitareas en las que nos vemos inmersos; la dependencia del sistema económico; el fomento de la vida urbana como sinónimo de éxito personal y social; etc., nos han llevado a desarrollar muchos hábitos de vida insanos que atentan contra nuestro bienestar físico, psicológico y espiritual.

Cómo hacer un plan de autocuidado personal y emocional?

Los pasos necesarios para concretar un plan de acción que promueva y mantenga nuestra *salud física y emocional* requiere los siguientes pasos:


1. **Tomar conciencia**
2. **Discernimiento**
3. **Estrategia de acción**
4. **Red de apoyo**

TIPOS DE AUTO CUIDADO




FÍSICO

- Dormir
- Elongar
- Caminar
- Ejercitar
- Yoga
- Descansar




EMOCIONAL

- Manejo de stress
- Madurez emocional
- Perdón
- Compasión
- Amabilidad



SOCIAL

- Límites
- Sistemas de apoyo
- Redes sociales positivas
- Comunicación
- Tiempo juntos
- Pedir ayuda



ESPIRITUAL

- Tiempo a solas
- Meditación
- Yoga
- Conexión
- Naturaleza
- Escribir
- Espacio sagrado


Universidad de El Salvador

Equipo de Terapéutico

DOMÍNGUEZ SARAVIA, CRUZMARÍA
GRANILLO MARTÍNEZ, DAMARIS ABIGAIL
HERNÁNDEZ MORALES, EDWIN APARKIO

EMPRESA

Temática:
“Aprendiendo a cuidarme para ser más fuerte”



ANEXO 15. Autorregistro de la técnica autocuidado

AUTORREGISTRO TÉCNICA “AUTOCAUIDADO”

Nombre: _____

Indicaciones: Al finalizar cada día de la semana marque una X la actividad que haya realizado para fomentar su cuidado personal.

Actividad	Jueves	viernes	sábado	domingo	Lunes	Martes	Miércoles
Agradecer por un día nuevo							
Dieta equilibrada y variada							
Beber de 6 a 8 vasos con agua al día							
Reducción del consumo de café							
Dormir entre 7 a 8 horas en la noche							
Respiración diafragmática							
Ejercicio físico							
Salir a pasear al aire libre							
Hacer una lista de actividades que se deben hacer durante el día							
Hacer un pasatiempo							
Tener una actitud positiva							
Otra actividad							
Las cuales son:							

ANEXO 16. Lista de actividades para el autocuidado positivas como negativas**Nombre:** _____**Indicaciones:** Escriba en los espacios en blanco del cuadro de forma puntual.

Conductas de Autocuidado	Como mantenerlas
Conductas negativas	Como eliminarlas

Indicaciones: Luego de la realización de la actividad “Collage de Conductas de Autocuidado y de conductas negativas”. Conteste lo siguiente:

Mencione 3 conductas que usted realiza para cuidarse:

- 1) _____

- 2) _____

- 3) _____

Mencione 3 conductas que contribuyen a que a futuro usted pueda enfermarse:

- 1) _____

- 2) _____

- 3) _____

ANEXO 17. Autorregistro de la técnica de autocuidado parte 2

AUTORREGISTRO TÉCNICA “AUTOCUIDADO: PONIENDO EN PRÁCTICA UN NUEVO COMPORTAMIENTO”

Nombre: _____

Indicaciones: Buscar estrategias para llevar a cabo actividades que ayuden al autocuidado y luego plasmarlo en el autorregistro.

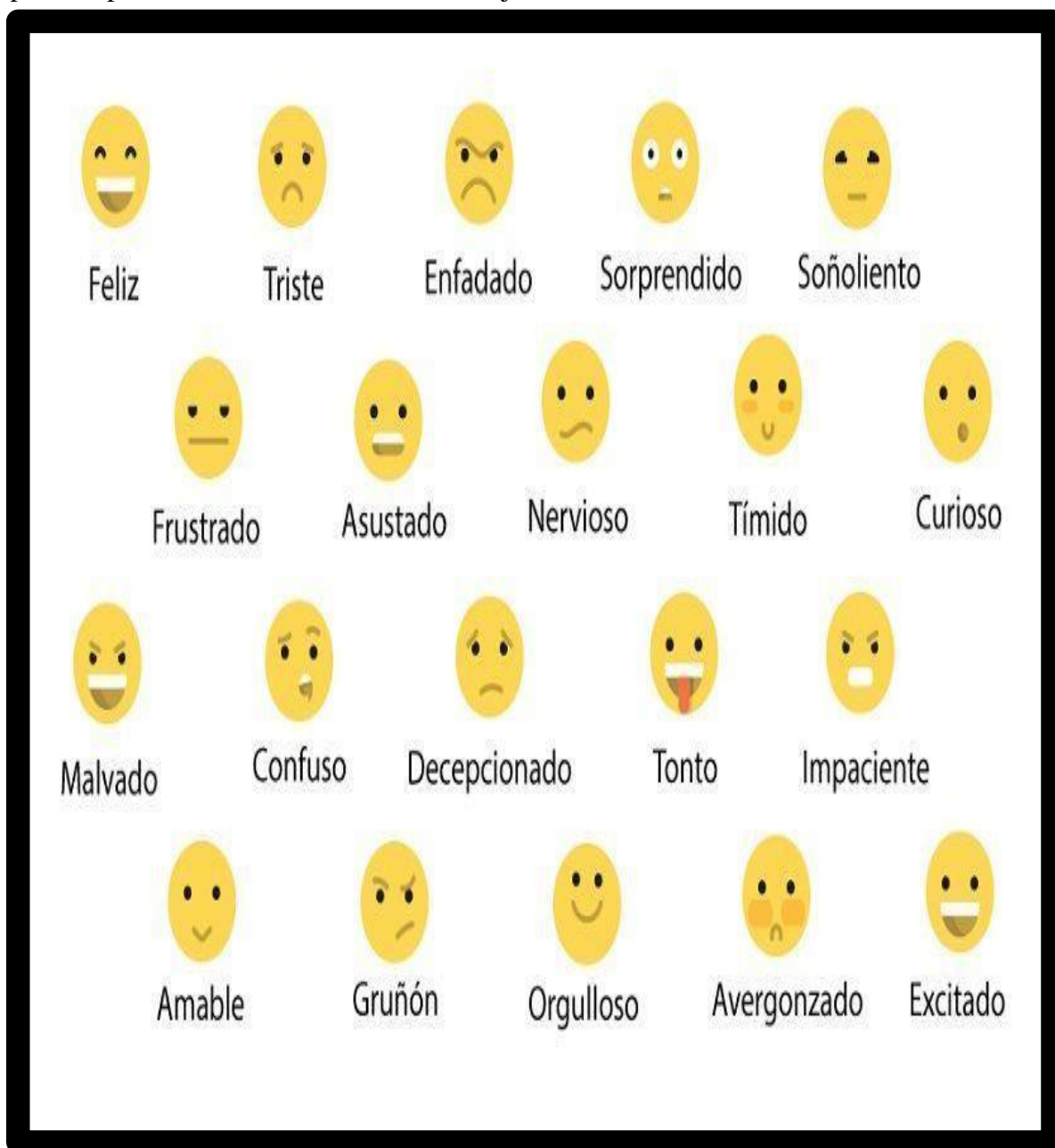
¿Qué objetivo o quiere lograr?	¿Qué va a hacer?	¿Cómo lo va a hacer?	¿Cuáles son las ventajas de hacerlo de esta manera?	¿Cuánto tiempo voy a dedicar para este nuevo comportamiento ?	Día que lo puso en practica

ANEXO 18. Figuras para trabajar el arbol de logros.



ANEXO 20. Técnica “Doña Pancha”**Técnica “Doña Pancha”**

Para esta técnica se debe tener diferentes tarjetas con diferentes tipos de emociones las cuales se reparten a cada participante, se hace un círculo y se dice la frase “Se murió la niña Pancha”, cada uno debe repetir la frase, pero con la emoción que fue asignada. Esto se puede repetir varias veces al cambiar de tarjetas.



ANEXO 21. Lectura corta*Lectura: “El tiempo perdido”*

De un jardín en el pozo solía divertirse cierto mozo horas pasando enteras y mortales e subir y bajar sus dos jarras su objeto era llenarlos de dicho pozo en el profundo abismo, y subirlos arriba y derramarlos, no en el jardín sino en el pozo mismo.

Llego a verlo un anciano, y con su voz machucha le dijo:

-¿Sabes joven, que no entiendo ese tu afán tremendo en fatigar la sogá y la garrucha? Si al verte sacar agua en tal manera te viese al menos arrojarla fuera, vería yo algún fin a tu trabajo; pero ¿a qué es esperar ansia tan viva en subir y subir el agua arriba para luego otra vez volverla abajo?

-Yo me divierto-el mozo le contesta-con este rudo afán que a usted molesta: mas ya que usted se pone a reprenderlo ¿Sabrá decirme lo que pierdo en ello?

El viejo le replica-¡Joven loco, pierdes el tiempo!¿Te parece poco?

ANEXO 22. Técnica “Mi horario”

“Mi horario”

DIAS DE SEMANA

Actividades	Mañana	Tarde	Noche	Evaluación

FIN DE SEMANA

Actividades	Mañana	Tarde	Noche	Evaluación

ANEXO 23. Autorregistro**HOJA DE AUTOREGISTRO**

Indicaciones: llenar el autorregistro con la información solicitada durante el transcurso de la semana.

Hora	Día	Actividad	Evaluación

ANEXO 24. Línea de vida

Línea de la Vida ¿Cómo podría ser Diferente?

Objetivo: Facilitar a los participantes pensar más profundamente en algunos de sus deseos y aspiraciones y lo que están haciendo para lograrlos.

Tiempo: Duración 50 a 60 Minutos.

Materiales:

- Un salón amplio y bien iluminado acondicionado para que los participantes puedan escribir.
- Hojas de colores (para que puedan escribir)
- Lapiceros para cada participante.
- Papelote y Plumones (para el expositor)
- Embalaje y Cinta adhesiva para pegar el papelote en la pared.
- Tarjetas de papel y sobres de carta (para cada Participante) ver anexo 1.

Procedimiento:

- I. Dinámica de Animación: Un juego motriz (sin materiales)
- II. Instrucciones del ejercicio:

Después de enseñarles lo que significa la línea de tiempo, se les reparte a cada participante una tarjeta con una enfermedad terminal y el tiempo de vida que les queda. Entonces se les dice...

"Su médico les ha mandado a cada uno información confidencial, con respecto a su salud y al tiempo de vida que les queda, ustedes están convencidos de que el diagnóstico es correcto. Describan cómo cambiaría su vida esta noticia".

Se da tiempo a que los participantes piensen y escriban sobre la pregunta anterior.

Luego se les menciona lo siguiente:

"Si ustedes desean cambiar su vida en esa dirección, ¿Qué los detiene para hacerlo ahora mismo?".

- III. Se integra subgrupos de 4 personas y les pide que comenten sus respuestas a la pregunta anterior.
- IV. En grupo se hacen comentarios sobre el ejercicio y como se sintieron.
- V. Finalmente se les guía en un proceso, para que el grupo analice, como se puede aplicar lo aprendido en su vida.

Usted tiene un tumor cerebral, podrá vivir 4 meses con calidad de vida, luego el tratamiento será intensivo por 2 meses más, luego Ud. Morirá

Usted ha sido diagnosticado con VIH – SIDA, y lamentamos informarle que su enfermedad está muy avanzada, aún con un tratamiento muy riguroso, en donde se verá privado de muchas actividades que solía practicar, lamentamos decirle que tiene 72 semanas.

Usted tiene Diabetes, y está en una fase bastante avanzada, sin embargo con los adecuados cuidados y tratamientos, Ud. Podrá tener calidad de vida y vivir cómodamente por unos 10 años aproximadamente.

Usted ha sido evaluado rigurosamente, los resultados indican que Ud. Tiene una enfermedad degenerativa, es un caso que nunca ha ocurrido, y experimentará los siguientes síntomas: olvidará todo, perderá el lenguaje y luego Ud Morirá; el tiempo de vida es de 27 días.

Después de una evaluación muy rigurosa, lamentamos informarle que Ud. Tiene un Cáncer, el tiempo de vida que le queda es de aproximadamente 3 meses, sin embargo otras personas con el mismo diagnóstico han podido llegar hasta 1 año.

Usted ha sido diagnosticado con Lepra, y en el país actualmente no hay tratamiento efectivo. Por esta razón nos vemos en la obligación de comunicar al Ministerio de Salud su condición, para que sea enviado a una comunidad de Leprosos, Ud. Recibirá visitas y morirá en sólo en 2 años aproximadamente.

Usted tiene Leucemia, no existe cura para esta enfermedad, pero si un tratamiento muy costoso que le garantiza 5 meses más de vida. Tendrá que privarse de actividades físicas y trabajos que demanden movimientos corporales.

Lamentamos informarle que usted tiene una enfermedad desconocida, en la cual podrá realizar sus actividades normalmente, pero Ud. morirá de forma inesperada en un tiempo no mayor a 2 meses. No existe una explicación científica aún, pero seguimos investigando para solucionar su caso.

Felicitaciones, Ud goza de muy buena salud, tiene sus defensas altas, una hemoglobina de 16. Puede seguir sus actividades sin ninguna molestia por el resto de su vida. 😊

Lea con atención, tenga listo el teléfono y el número de sus seres queridos, ya que lamentamos informarle que sólo le queda 5 horas de vida; Ud ha adquirido un virus producto de la contaminación ambiental, el cual irá consumiendo las células cerebrales hasta que muera.

ANEXO 25. AutorregistroHoja de Autorregistro

Objetivo: llenar el autorregistro con la información solicitada durante el transcurso de la semana.

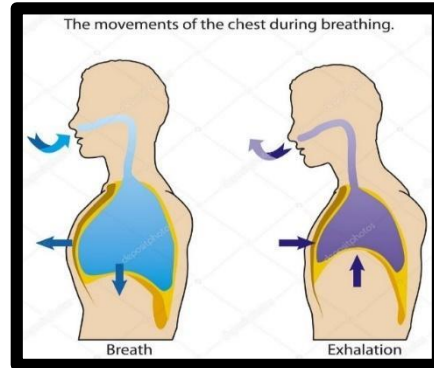
Día	Hora	Actividad	Tiempo	Contenido	Triste

ANEXO 26. Fichas para “El tren cronológico”

FICHAS

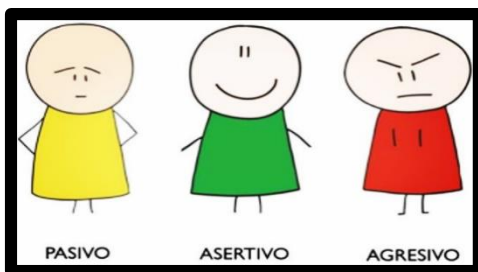
10 DISTORSIONES COGNITIVAS

- PERSONALIZACIÓN:** POR MI CULPA PATY ES INFELIZ... (Icon: Sad face)
- VISIÓN CATASTRÓFICA:** ¿Y SI VOY DE VIAJE, PERO ME PASA ALGO? (Icon: Brain)
- SORREGENERALIZACIÓN:** SIEMPRE SUFRO POR AMOR (Icon: Broken heart)
- FALACIA DE CAMBIO:** SI ME ASCIENDEN MI JEFE ME TRATARÁ MEJOR (Icon: Glasses)
- RAZONAMIENTO EMOCIONAL:** SIEMPRE QUE MI JEFE TIENE ALGO CONTRA MÍ (Icon: Sad face)
- ETIQUETACIÓN:** SOY UNA TONTA (Icon: Girl)
- LOS DEBERÍAS:** DEBO SER EL MEJOR SIEMPRE (Icon: Sad face)
- RECOMPENSA DIVINA:** SI HAGO EL TRABAJO MIS AMIGOS LUEGO ME AYUDARÁN (Icon: Lightbulb)
- INFERENCIA ARBITRARIA:** NO ME INVITAN A SU EQUIPO PORQUE LES CAIGO MAL (Icon: Sad face)
- PENSAMIENTO POLARIZADO:** SOLAMENTE PASAN COSAS MALAS (Icon: Crying face)



TIPOS DE AUTOCUIDADO

- FÍSICO:** dormir, descansar, comer bien, hacer deporte.
- EMOCIONAL:** autoperdón, positividad, autocompasión, resiliencia.
- SOCIAL:** saber pedir ayuda, ser escuchado/a, dar afecto, recibir afecto.
- COGNITIVO:** meditar, disfrutar del silencio, leer, estudiar.



ANEXO 27. Evaluación de los factores terapéuticos grupales**FACTORES TERAPEUTICOS GRUPALES**

Nombre: _____ Fecha: _____

A continuación, se le presentan algunos elementos que en un grupo terapéutico son esenciales, marque con una X los factores que estuvieron presente. Y explique el porqué de ellos

No.	FACTOR	SI	NO	¿POR QUÉ?
1	En el grupo se ha promovido la aceptación de los miembros			
2	En el grupo he sentido de expresar hechos de mi vida sin reprimir las emociones que experimente.			
3	En el grupo terapéutico se ha experimentado un sentimiento de unión por un objetivo común			
4	He estado motivado a participar.			
5	Me he sentido identificado con las temáticas abordadas.			
6	Los terapeutas reflejaron el manejo de los temas impartidos			
7	Las experiencias y las expresiones emocionales de parte de los compañeros ayudaron en comprender mi situación actual y concientizarme en mis propias emociones.			

ANEXO 28. Diploma para los participantes



ANEXO 29. Cuadro de registro familiar

CRITERIOS NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESTADO CIVIL	OCUPACION	ESCOLARIDAD	RELIGIÓN

Lugar de residencia: _____

Celular: _____

