



Artículo especial

## El abordaje de la depresión en el ámbito del trabajo: recomendaciones clave

Enrique Castellón Leal<sup>a</sup>, Pere Ibern Regàs<sup>b</sup>, Margalida Gili Planas<sup>c</sup>, Guillermo Lahera Forteza<sup>d</sup>, Javier Sanz González<sup>e,g</sup> y Jerónimo Saiz Ruiz<sup>f,\*</sup>

<sup>a</sup> Cross Road Biotech, Madrid, España

<sup>b</sup> Universidad Pompeu Fabra, Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES), Barcelona, España

<sup>c</sup> Universidad de las Islas Baleares, Grupo de Investigación en Trastornos de Alta Prevalencia en Atención Primaria (TRAMAP), Palma de Mallorca, España

<sup>d</sup> Facultad de Medicina, Universidad de Alcalá, Centro de Investigación Biomédica en Red en Salud Mental (CIBERSAM), Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS), Madrid, España

<sup>e</sup> Instituto de Medicina Predictiva (IMP), Madrid, España

<sup>f</sup> Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Centro de Investigación Biomédica en Red en Salud Mental (CIBERSAM), Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS), Madrid, España

<sup>g</sup> Miembro de la Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, Madrid, España

### R E S U M E N

**Palabras clave:**  
Depresión  
Recomendaciones  
Expertos  
Trabajo  
Definición  
Tratamiento

La depresión en el ámbito del trabajo representa una de las primeras causas de pérdida de productividad, absentismo laboral, incremento de accidentes laborales, utilización de los servicios de salud y jubilación anticipada. Los costes totales atribuibles a la depresión constituyen más del 1% del PIB, por lo que su correcto abordaje repercutirá no solo en el bienestar emocional de los trabajadores sino también en la productividad de las empresas y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. La depresión no solo es un problema estrictamente sanitario, sino que hay que enmarcarlo en un contexto mucho más amplio vinculado al bienestar social. El presente documento es el resultado de un proceso de consulta y reuniones entre un grupo multidisciplinar de expertos y ofrece una serie de recomendaciones sobre la definición, detección y opciones de tratamiento de la depresión, con especial interés en el ámbito del trabajo. Entre otras medidas, se propone promover programas que permitan concienciar y ayudar a los empleados y empleadores a reconocer y manejar la depresión en los lugares de trabajo, así como mejorar las políticas y la legislación que les protegen. Esta estrategia multidimensional y efectiva, basada en un acercamiento holístico al problema, debe situar la depresión como un problema clave en las empresas, cuyo abordaje debe ser un objetivo estratégico prioritario.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Todos los derechos reservados.

### Management of depression in the work setting: Key recommendations

#### A B S T R A C T

**Keywords:**  
Depression  
Recommendations  
Experts  
Work  
Definition  
Treatment

Depression in the work setting is one of the leading causes of lost productivity, absenteeism, increased accidents, use of health services, and early retirement. As the total costs attributable to depression are more than 1% of GDP, the correct approach will impact not only on the emotional welfare of workers but also on business productivity and sustainability of the National Health System. Depression is not just a health problem, but should be framed it in a much broader context linked to social welfare. This document is the result of a process of consultation and meetings between a multidisciplinary group of experts, and offers a series of recommendations on the definition, detection and treatment options of depression, with special interest in the occupational setting. Among other measures, it intends to promote programs that should

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [jsaiz@psiquiatria.com](mailto:jsaiz@psiquiatria.com) (J. Saiz Ruiz).

raise awareness and help employees and employers to recognise and manage depression in the workplace, and to improve policies and legislation that protect them. This multidimensional and effective strategy, based on a holistic approach to the problem, places depression as a key problem in companies, for which the approach should be a priority strategic objective.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. All rights reserved.

## Introducción

La depresión constituye un reto importante para la salud pública ya que es una enfermedad con una prevalencia elevada y afecta significativamente al funcionamiento familiar, social y laboral de pacientes y cuidadores<sup>1-3</sup>. Supone la segunda causa global de discapacidad<sup>4</sup>. Aunque las tasas de prevalencia de depresión varían ampliamente en la mayoría de los países, el número de personas que la sufren a lo largo de su vida se sitúa entre el 8 y el 15%, estimándose que un total de 1.868.173 personas sufrieron esta enfermedad en 2013. Según datos recogidos en la *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*, España es el país europeo con las tasas más altas de síntomas depresivos en población de edad avanzada<sup>5</sup>.

En la actualidad, se considera la depresión como una enfermedad potencial y frecuentemente crónica, con una alta tendencia a la recurrencia. Los datos señalan que cada episodio depresivo incrementa la probabilidad de una recaída posterior: un 60%, aproximadamente, de los pacientes que han sufrido un episodio depresivo presentan al menos una recurrencia a lo largo de su vida. A esto hay que añadir los síntomas residuales que, tras los episodios, son frecuentes tanto en pacientes con respuesta incompleta al tratamiento como en los que logran la remisión parcial. La presencia de estos síntomas es clínicamente relevante y aumenta el riesgo de recaída, discapacidad social y pérdida de productividad.

Un correcto diagnóstico es el punto de partida para un tratamiento adecuado. Existen dificultades en el diagnóstico de la depresión que producen, en la práctica, pacientes no tratados o tratados inadecuadamente<sup>6-8</sup>. A ello contribuyen la escasez de tiempo en la entrevista clínica y la excesiva presión asistencial de los médicos de familia<sup>9</sup>, así como la aparición enmascarada de los síntomas a través de quejas somáticas o dolor. Los síntomas residuales de la depresión también son frecuentes, no solo entre los pacientes que no responden nada al tratamiento, sino también entre los que alcanzan una remisión parcial. La presencia de estos síntomas se considera clínicamente relevante y se asocia a un curso negativo de la depresión, ya que el riesgo de recaídas, recurrencias, suicidio y discapacidad social se ve incrementado<sup>10</sup>. En este sentido, se ha observado que los síntomas residuales están más presentes entre los pacientes que alcanzan más tarde la respuesta que entre los que responden antes. De ahí la importancia que tiene la detección y aplicación precoz del tratamiento.

En España, el 43% de los pacientes diagnosticados presentan una respuesta inadecuada al tratamiento debido, muchas veces, a la falta de adherencia al mismo<sup>11</sup>. Con independencia de la eficacia de los fármacos, los efectos adversos son una causa importante de abandono del tratamiento. Los efectos adversos más comunes asociados a los antidepresivos más comúnmente utilizados —los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN)— incluyen náuseas, insomnio, disfunción sexual y somnolencia. Además, se ha demostrado que la baja adherencia al tratamiento aumenta el riesgo de recaídas. Por consiguiente, alcanzar la remisión, minimizar los efectos adversos y, en consecuencia, reducir las recaídas sigue representando un reto en el tratamiento de la depresión. Por otro lado, los síntomas cognitivos son muy frecuentes en personas que sufren una depresión. Estos

pacientes suelen presentar problemas para concentrarse, distracciones y dificultades para llevar a cabo sus tareas habituales. Las alteraciones cognitivas más comunes en la depresión son la pérdida de capacidad en memoria, atención y concentración, dificultades en ejecución de acciones y pérdida de flexibilidad cognitiva. Estas alteraciones se mantienen una vez que los pacientes se recuperan, y tienen un claro impacto en la vida cotidiana y laboral de los pacientes al potenciar su dificultad para tomar decisiones adecuadas y obstaculizar su recuperación.

En lo estrictamente económico, la carga de la depresión es considerablemente alta, y esto se ha hecho mucho más evidente en las últimas décadas<sup>12</sup>. Un estudio realizado en 28 países europeos estimó que el coste de la depresión en 2004 fue de 118.000 millones de euros, significando un importe de 253 € por habitante, lo que representa un 1% del producto interior bruto (PIB) europeo<sup>13</sup>. Es importante destacar que solo el 30% del coste de la depresión en Europa y el 36% en España se atribuyen a costes directos, mientras que el resto se relaciona con los indirectos<sup>11</sup>. La estimación realizada sobre los recursos consumidos por trastornos de estado de ánimo se sitúa en España en 10.763 millones de euros. Se trata de la segunda causa después de la demencia<sup>14</sup>.

La depresión por tanto no solo es un problema estrictamente sanitario, sino que hay que enmarcarla en un contexto más amplio vinculado al bienestar social. Y ello es debido a que tiene profundas implicaciones que afectan negativamente en el bienestar de los pacientes, sus familias y la sociedad en su conjunto. Sin embargo, no debe olvidarse que la mayoría de trastornos mentales, y especialmente la depresión, son tratables y a menudo prevenibles<sup>15,16</sup>, lo que obliga a una actitud responsable y proactiva en el abordaje de la depresión laboral.

## Metodología

La elaboración de este documento se ha basado en un proceso de consulta a los integrantes del grupo multidisciplinar de expertos que debatieron en sucesivas reuniones sobre los principales aspectos relacionados con el tratamiento de la depresión en España y su incidencia en el ámbito laboral. En función de las conclusiones de cada una de las reuniones mantenidas, y a la luz de la evidencia científica actualizada disponible, se han consensado las recomendaciones emitidas en el presente trabajo.

## Depresión en el ámbito laboral: análisis de la situación

La depresión está asociada a un alto grado de discapacidad, con implicaciones sustanciales en la calidad de vida de estos pacientes y en sus entornos familiar, laboral y social. Abordar la depresión en la población en edad de trabajar se ha convertido en un tema clave para el mercado laboral y las políticas sociales. En Europa, el 86% de las personas con depresión están en edad de trabajar. Dentro de esta franja, el 10% sufre un episodio depresivo al año, con una duración media de 35,9 días por episodio<sup>17</sup>. En España, los trastornos mentales suponen la segunda causa de baja por incapacidad temporal. En 2010, se estimaron las bajas al año causadas por trastornos mentales en uno por cada 100 trabajadores, lo que supone un gasto por incapacidad temporal de 30 millones de euros<sup>18</sup>. Más

del 70% de esas bajas están causadas por ansiedad y depresión, con un coste de más de 20 millones de euros.

Se calcula que los costes totales de los trastornos mentales suponen el 3-4% del PIB de la Unión Europea, mientras que los de la depresión por sí sola constituyen más del 1% del PIB<sup>18</sup>. Se estima un gasto sanitario *directo* por trastornos mentales de entre 150 y 372 millones de euros, lo que supone un 0,24-0,58% del gasto sanitario en España<sup>19</sup>. Pero la depresión tiene un coste anual *indirecto* de 92.000 millones de euros al año en la Unión Europea debido, fundamentalmente, a la pérdida de productividad de los trabajadores y a los costes del absentismo laboral, que doblan, por ejemplo, a los causados por enfermedades cardiovasculares<sup>20-22</sup>. La baja por depresión supone un coste extra aproximado del 28% sobre el salario del empleado de baja<sup>23</sup>. Estos datos y la alta prevalencia que presenta en la población en edad de trabajar se amplían también con datos económicos sobre su impacto en la persona que la padece, las empresas, y la productividad laboral<sup>24,25</sup>. 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<sup>26</sup>. En España, el impacto económico de la depresión es aún más importante cuando los episodios se hacen recurrentes, y, además, varía según la respuesta del paciente al tratamiento recibido. En este sentido, se ha observado que un paciente con respuesta inadecuada tiene un coste asociado de casi el doble comparado con un paciente en remisión, tanto en costes directos (857,2€ vs. 443,2€, respectivamente) como en costes por pérdida de productividad laboral (1.842,0€ vs. 991,4€, respectivamente). Finalmente, algunos estudios señalan que los costes económicos, sociales y personales asociados a la depresión laboral han aumentado en las últimas décadas<sup>27-31</sup>.

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. La exclusión del mercado laboral, que con frecuencia provoca la depresión, potencia el estigma del paciente y la merma económica, así como rebaja su autoestima. Estos síntomas, unidos al aumento de incidencia del trastorno, sitúan la enfermedad como una de las principales causas de baja laboral por incapacidad temporal y permanente, y un problema capital para la economía. El malestar psicológico está muchas veces íntimamente vinculado con el desempleo, la reducción de la oferta laboral, el absentismo, las bajas laborales, la disminución de la productividad laboral y la reducción de beneficios. Así, la depresión se asocia con una reducción del 19% de la probabilidad de estar empleado o un descenso en 7-8 semanas de los días trabajados en un año. Según la OCDE, la tasa de empleo de las personas con trastornos mentales comunes, como la depresión, está en 10-15 puntos por debajo de las personas que no tienen estos trastornos (60-70% vs. 45-55%). Además, las personas con trastornos mentales graves tienen 6-7 veces más posibilidades de estar en paro que las personas que no tienen este trastorno, y entre las que sufren trastornos comunes la posibilidad es de 2 a 3 veces mayor.

Una parte importante de las personas con trastornos depresivos continúan en su puesto, a menudo con una importante reducción de la cantidad y calidad del trabajo realizado (presentismo). Según los datos del estudio sobre el impacto de la depresión en el trabajo en Europa, que aporta cifras de 7 países europeos (España, Francia, Alemania, Gran Bretaña, Italia, Turquía y Dinamarca), en España aproximadamente la mitad de los pacientes que han sufrido esta enfermedad han visto mermada su capacidad productiva<sup>32</sup>. Se calcula que aproximadamente un 80% de la pérdida de productividad debida a depresión pueda atribuirse a una mala ejecución del trabajo más que a la ausencia del mismo<sup>33</sup>. En este sentido,

se ha infravalorado la importancia de los aspectos cognitivos de la depresión. Las alteraciones de la función ejecutiva jugarían un papel relevante en la manera de realizar las tareas laborales. En especial el pensamiento abstracto, la memoria y la capacidad de planear una tarea serían esenciales para alcanzar un nivel óptimo en el trabajo. En cuanto a la capacidad de las empresas para abordar este problema, este trabajo revela que las grandes compañías cuentan con pocos programas de apoyo, promovidos por sus departamentos de recursos humanos, orientados a ayudar a los trabajadores que sufran depresión. Además, a pesar de la magnitud del problema, uno de cada 3 directivos reconoce que no disponen de apoyo formal ni recursos para afrontar las dificultades de los empleados con depresión y apoyan una mejora en la legislación y las políticas en materia de reinserción laboral de los pacientes que han sufrido una depresión. Por otro lado, un estudio europeo que incluyó una muestra de 21.425 pacientes de 6 países (Alemania, Bélgica, España, Francia, Holanda e Italia) mostró que aquellos que tenían episodios de depresión mayor pasaban un 25% de los días del mes de media sin poder realizar su actividad laboral con normalidad, comparado con un índice del 3% (2-4%) entre las personas sin ningún trastorno<sup>34</sup>. Por otro lado, de entre todas las enfermedades que generan discapacidad, los trastornos mentales graves, entre los que se incluye la depresión, son los que se asocian con las tasas más altas de desempleo.

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.

#### Recomendaciones

- Analizar, desde el punto de vista económico, los recursos que se lograrían ahorrar en costes indirectos (70%) si se invirtiera más en costes directos (30%). En otras palabras, cuál sería el beneficio neto para la sociedad de abordar intensivamente el tratamiento de esta enfermedad.
- Contrastar los costes y beneficios sociales y relacionarlos con la efectividad de los tratamientos.
- Promover iniciativas o programas que permitan concienciar y ayudar a los empleados y empleadores a reconocer y manejar la depresión en los lugares de trabajo, así como mejorar las políticas y legislación que les protegen.
- Situar la depresión como un problema clave en las empresas, cuyo abordaje debe ser un objetivo estratégico prioritario.
- Desarrollar una estrategia multidimensional y efectiva basada en un acercamiento holístico al problema: prevención, intervención precoz, tratamiento y rehabilitación.
- Sensibilizar sobre los numerosos beneficios que la prevención de la depresión y su correcto tratamiento tienen, no solo sobre las personas que la padecen, sino también sobre la productividad de las empresas y sus resultados.

#### Depresión en el ámbito laboral: obstáculos para un abordaje óptimo

Uno de los graves problemas a los que se enfrentan los pacientes con depresión es la naturaleza inespecífica de los síntomas, que dificulta su identificación en el trabajo por los propios afectados, compañeros o personas del entorno, y por los profesionales sanitarios. Tal y como ha resaltado la iniciativa *Depression in the Workplace* (2013), la mayoría de expertos en recursos humanos manifiestan que no se encuentran cualificados para afrontar la depresión ni disponen de recursos para ello<sup>35</sup>. Paradójicamente,

en la era de la comunicación, en la cual existen multitud de plataformas para informar de manera directa y rápida a los empleados, no se está ofreciendo información completa sobre la depresión y la existencia de tratamientos efectivos. El tabú sobre esta enfermedad sigue presente y la banalización del término «depresión», con el que muchas veces se denominan otros trastornos de menor intensidad o reacciones emocionales normales, no contribuye tampoco al correcto diagnóstico. Otro factor involucrado es el estigma de la depresión y los prejuicios asociados, que conducen a que muchos pacientes que la padecen no lo lleguen a reconocer. Esta situación se origina por falta de información científica de calidad, lo que provoca rechazo al paciente e impide que la persona afectada reciba una atención precoz.

Una de las claves del tratamiento adecuado de la depresión es su detección precoz, lo que contribuye a que los tratamientos sean más efectivos. En esta línea, la *US Preventive Services Task Force*, siguiendo las indicaciones de la Academia Americana de Médicos de Familia, recomienda la práctica de cribado para la depresión en la población general, siempre que existan sistemas adecuados para asegurar una correcta detección, un tratamiento efectivo y un seguimiento de la depresión en la población adulta<sup>36</sup>. Así mismo, en ese mismo informe, se recoge la propuesta de la Escuela Americana de Medicina Preventiva, que apunta que los médicos de familia dispongan de medios y trabajen en colaboración con los servicios de salud mental para un correcto diagnóstico y manejo de los pacientes.

El tratamiento integrado que incluye medicación y terapia psicológica se ha mostrado claramente coste-efectivo<sup>37</sup>. O dicho de otro modo: los costes de tratar la depresión son mucho menores que las consecuencias de no hacerlo<sup>38</sup>. Sin embargo, alrededor del 50% de los pacientes no llegan a ser tratados y, de los que siguen un tratamiento, solo el 42% (21% del total) recibe alguno que se ajusta a las guías de práctica clínica autorizadas<sup>39</sup>. Todo esto tiene consecuencias negativas también para el sistema de salud. El tratamiento inadecuado de la depresión laboral tiene un origen multifactorial: el infradiagnóstico, la dificultad de reconocimiento de los síntomas por parte del propio enfermo, la baja accesibilidad a los recursos asistenciales y terapéuticos, la insuficiente formación de los profesionales y, finalmente, los factores psicosociales desfavorables como comorbilidad, desempleo o bajo estatus social. Sin embargo, la mayoría de estos factores que contribuyen a un inadecuado abordaje de la depresión laboral son modificables. Una alternativa coste-efectiva a la situación actual descrita consiste en invertir en intervenciones de prevención, cribado, diagnóstico y tratamiento de la depresión en el medio laboral<sup>40-44</sup>.

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<sup>45-47</sup>. 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<sup>48</sup>.

#### Recomendaciones

- Crear un entorno laboral favorable a hablar de depresión para detectar las señales de alarma que permitan un diagnóstico temprano, y así reducir los elevados costes originados por la baja productividad, el absentismo, el presentismo y la atención sanitaria.
- Empoderar a los pacientes desde la dirección de las empresas (directamente o apoyándose en iniciativas sociales) para que

superen los tabúes que les condicionan y rompan la barrera de silencio que impide que sean diagnosticados y tratados.

- Fomentar programas dirigidos a médicos del trabajo para que puedan efectuar un diagnóstico precoz y una adecuada canalización de los trabajadores con depresión.
- Incluir el entorno laboral en el tratamiento integral de la depresión como elemento importante de la vida de los pacientes.
- Promover canales de interacción medicina del trabajo-atención psiquiátrica especializada.
- Incluir en la normativa la adaptación de las jornadas laborales al trastorno depresivo para evitar opciones extremas: validez total o invalidez.

#### Políticas públicas e iniciativas en las empresas

Hasta el momento, no existen programas nacionales efectivos que se hayan destinado a mejorar el problema de la depresión en el entorno laboral. Uno de los motivos es que no se habían tenido en cuenta los enormes costes sobre el número de personas afectadas, las empresas y la economía en su conjunto<sup>49</sup>. Sin embargo, parece evidente que las políticas públicas tienen un rol fundamental en combatir la depresión y el impacto social y económico que esta enfermedad provoca en la sociedad.

En Europa, se han desarrollado programas en empresas con resultados muy positivos. Entre otros ejemplos está el de Lundbeck, donde se han diseñado cursos sobre cómo crear ambientes positivos y gestionar el estrés, así como acuerdos con psicólogos clínicos para que los empleados puedan recibir apoyo psicológico cuando lo necesiten; Unilever, que ha desarrollado cursos de liderazgo para sus gerentes y un portal con las herramientas y recursos necesarios sobre depresión, o British Telecom, que centró sus acciones en 3 niveles: promover la salud mental, apoyar cuando esta puede estar en riesgo, y gestionar los problemas de salud mental cuando aparezcan.

España tiene un gran potencial para convertirse en un referente en el tratamiento de la depresión en el ámbito laboral. Pero para ello son necesarias medidas que comiencen con la sensibilización sobre el tema de dirigentes políticos, responsables sanitarios, empresarios y trabajadores. En este sentido, la *Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo (2015-2020)* establece que la mejora de las condiciones de trabajo contribuye a reducir el coste derivado de los accidentes laborales y las enfermedades profesionales y, así, debe servir como catalizador para aumentar la productividad de las empresas, el crecimiento económico, la generación de empleo y la mejora de la calidad de vida de los trabajadores<sup>5</sup>. Este objetivo puede aplicarse también a la depresión en el entorno laboral.

Desde 1997, con la entrada en vigor del real decreto que desarrolla los servicios de prevención externos, se ha producido una reducción general de los servicios de medicina del trabajo, con el distanciamiento claro y notorio entre el trabajador y los médicos. Sin embargo, el desarrollo de su artículo 38, en el que se fija la colaboración entre los servicios de prevención en el ámbito de las empresas y el sistema público de salud, contribuiría a dotar de una herramienta eficaz en el abordaje integral de la depresión. La promulgación de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales ha conducido a la externalización de servicios médicos. De este modo, la figura del médico del trabajo se ha ido percibiendo de una forma distante y poco empática por parte de los empleados en aquellas empresas que han optado por esta forma de gestión. Todo esto va en contra de la necesidad de generar la confianza necesaria entre el empleado y el médico del trabajo para que acuda al mismo ante los síntomas iniciales de un posible trastorno depresivo. En esta línea, se está generando una diferencia de atención significativa entre las empresas con medios y recursos médicos propios y aquellas que tienen externalizados estos servicios.



Los organismos de las administraciones públicas, como el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, los órganos técnicos competentes de las comunidades autónomas y la Inspección de Trabajo y Seguridad Social desempeñan un papel fundamental en el sistema preventivo con competencia en seguridad y salud en el trabajo. Su necesaria puesta en valor debe ir acompañada de una transformación y adecuación de sus estructuras organizativas y funcionales que mejoren su capacidad de respuesta a las demandas de la sociedad. Por todo ello, resulta fundamental identificar los principales obstáculos y ofrecer una imagen completa de los retos a los que se enfrentan las políticas públicas.

#### Recomendaciones

- Integrar de manera efectiva a todos los agentes implicados y promover acciones intersectoriales coordinadas para la elaboración de los planes.
- Implantar en las empresas intervenciones para mejorar la detección y gestión más efectiva de los trastornos depresivos incluyendo esquemas flexibles de reincorporación al trabajo.
- Explicitar en las políticas de salud la identificación de las condiciones adecuadas de trabajo, la gestión de las bajas laborales y las buenas prácticas de dirección.
- Fomentar un modelo de inserción laboral que facilite el acceso gradual, la permanencia y la rápida reincorporación de los trabajadores con depresión.
- Dar continuidad a los programas, así como dotarlos de los recursos necesarios.

#### Consideraciones finales

La depresión en el ámbito laboral es un tema del que se tiene que discutir y que estamos seguros va a ocupar un lugar destacado en los debates laborales en el futuro próximo. Como hemos mostrado a lo largo de este documento, existen datos concluyentes que muestran la magnitud de la enfermedad y la existencia de soluciones desde el punto de vista social, clínico o laboral. Pero para ello, las administraciones públicas y las empresas deben concienciarse de ello. Es fundamental crear mecanismos que ayuden a identificar la depresión y ofrecer apoyo a quienes la padecen, dado que ello contribuye a un mejor tratamiento y a una reducción de las consecuencias de la patología. Ha llegado la hora que los trastornos mentales se equiparen con el resto de enfermedades en la valoración y manejo de la salud en el puesto de trabajo. Ante este reto, pedimos a la sociedad en su conjunto una nueva sensibilidad y una forma más amplia y completa de considerar la depresión laboral.

#### Recomendaciones finales

- Promover una mayor sensibilización entre dirigentes políticos, responsables sanitarios y directivos de empresa. Esta iniciativa debe surgir de las administraciones públicas.
- Evitar el estigma hacia los problemas psiquiátricos y adquirir la misma sensibilidad que se tiene con las enfermedades somáticas.
- Producir y difundir estudios que ahonden en la conexión entre depresión, discapacidad y empleo.
- Impulsar una visión más amplia dentro de la empresa, que no se centre exclusivamente en los aspectos estrictamente económicos y la maximización de los beneficios, otorgando un papel más relevante al bienestar emocional de las personas.
- Fomentar planes dentro de las empresas y auspiciados por las instituciones para crear entornos laborales en los que la depresión pueda ser diagnosticada precozmente y manejada de manera apropiada.

#### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

#### Agradecimientos

Los autores quieren expresar su agradecimiento a Lundbeck por el patrocinio de las reuniones de trabajo, aunque el informe expresa únicamente la opinión de sus autores.

#### Bibliografía

1. Harvey SB, Henderson M, Lelliott P, Hotopf M. Mental health and employment: Much work still to be done. *Br J Psychiatry*. 2009;194:201-3.
2. Cattrell A, Harris EC, Palmer KT, Kim M, Aylward M, Coggon D. Regional trends in awards of incapacity benefit by cause. *Occup Med (London)*. 2011;61:148-51.
3. Murray CJL, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: A systematic analysis for workplace interventions for common mental disorders 695 the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380:2197-223.
4. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, Murray CJL, et al. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: Findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS Med*. 2013;10:e1001547.
5. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Estrategia Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020 [consultado 16 Sep 2016]. Disponible en: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/ESTRATEGIA%20SST%2015.20.pdf>
6. Lecrubier Y. Is depression under-recognised and undertreated? *Int Clin Psychopharmacol*. 1998;13 Suppl. 5:S3-6.
7. Aragonès E, Gutiérrez M, Pino M, Lucena C, Cervera J, Garreta I. Prevalence and characteristics of major depression and dysthymia in primary care. *Aten Primaria*. 2001;27:623-8.
8. Druss BG, Rosenheck RA, Sledge WH. Health and disability costs of depressive illness in a major US corporation. *Am J Psychiatry*. 2000;157:1274-8.
9. Mitchell AJ, Izquierdo de Santiago A. Prognosis of depression in the elderly in comparison with adult age. Is there a significant clinical difference? (Article in Spanish). *Actas Esp Psiquiatr*. 2009;37:289-96.
10. Roca M, Armengol S, Salvador-Carulla L, Monzón S, Salvà J, Gili M. Adherence to medication in depressive patients. *J Clin Psychopharmacol*. 2011;31:541-3.
11. Sicras-Mainar A, Mauriño J, Cordero L, Blanca-Tamayo M, Navarro-Artieda R. Costes y factores asociados a las respuestas óptima y subóptima al tratamiento del trastorno depresivo mayor en Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2012;44:667-75.
12. Goff VV. Depression: A decade of progress, more to do. *NHPF Issue Brief*. 2002;(786):1-14.
13. Sobocki P, Jönsson B, Angst J, Rehnberg C. Cost of depression in Europe. *J Ment Health Policy Econ*. 2006;9:87-98.
14. Parés-Badell O, Barbaglia G, Jerinic P, Gustavsson A, Salvador-Carulla L, Alonso J. Cost of disorders of the brain in Spain. *PLoS One*. 2014;9:e105471.
15. Harvey SB, Henderson M. Occupational psychiatry. *Psychiatry*. 2009;8:174-8.
16. Mykletun A, Harvey SB. Prevention of mental disorders: A new era for workplace mental health. *Occup Environ Med*. 2012;69:868-9.
17. Oortwijn W, Nelissen E, Adamini S, van den Heuvel S, Geuskens G y Burdorf, L. Social determinants state of the art reviews. Health of people of working age. Full Report. Luxembourg: European Commission Directorate General for Health and Consumers; 2011.
18. García Gómez M, Oliva Moreno J, Urbanos Garrido R, de la Cruz V, Castañeda López R. Costes laborales de las enfermedades mentales atribuibles al trabajo en España en 2010. UGT; 2010 [consultado 16 Sep 2016]. Disponible en: [http://portal.ugt.org/saludlaboral/observatorio/publicaciones/estudios/2012.\\_costes.Laborales.pdf](http://portal.ugt.org/saludlaboral/observatorio/publicaciones/estudios/2012._costes.Laborales.pdf)
19. Gabriel P, Liimatainen MR, International Labour Organization. Mental health in the workplace: Introduction: Executive summary. 2000 [consultado 16 Sep 2016]. Disponible en: <http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/gladnetcollect/223>.
20. Gustavsson A, Svensson M, Jacobi F, Allgulander C, Alonso J, Beghi E, et al. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2011;21:718-79.
21. Leal J, Luengo-Fernández R, Gray A, Petersen S, Rayner M. Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union. *Eur Heart J*. 2006;27:1610-9.
22. Evans-Lacko S, Knapp M. Importance of social and cultural factors for attitudes, disclosure and time off work for depression: Findings from a seven country European study on depression in the workplace. *PLoS One*. 2014;9:e91053.
23. Sainsbury Centre for Mental Health. Mental Health at Work: Developing the business case. Policy Paper 8. London: Sainsbury Institute for Mental Health; 2007.
24. Ekman M, Granström O, Omérov S, Jacob J, Landén M. The societal cost of depression: Evidence from 10,000 Swedish patients in psychiatric care. *J Affect Disord*. 2013;150:790-7.

25. Thomas CM, Morris S. Cost of depression among adults in England in 2000. *Br J Psychiatry.* 2013;183:514-9.
26. Olesen J, Gustavsson A, Svensson M, Wittchen HU, Jönsson B, CDBE 2010 study group, European Brain Council. The economic cost of brain disorders in Europe. *Eur J Neurol.* 2012;19:155-62.
27. National Occupational Health and Safety Commission. National Occupational Health and Safety Commission Annual Report 2002-2003. National Occupational Health and Safety Commission; 2003.
28. Knudsen AK, Øverland S, Aakvaag HF, Harvey SB, Hotopf M, Mykletun A. Common mental disorders and disability pension award: Seven year follow-up of the HUSK study. *J Psychosom Res.* 2010;69:59-67.
29. Knudsen AK, Skogen JC, Harvey SB, Stewart R, Hotopf M, Moran P. Personality disorders, common mental disorders and receipt of disability benefits: Evidence from the British National Survey of Psychiatric Morbidity. *Psychol Med.* 2012;42:2631-40.
30. Knudsen AK, Harvey SB, Mykletun A, Øverland S. Common mental disorders and long-term sickness absence in a general working population. The Hordaland Health Study. *Acta Psychiatr Scand.* 2013;127:287-97.
31. Harvey SB, Glozier N, Henderson M, Allaway S, Litchfield P, Holland-Elliott K, et al. Depression and work performance: An ecological study using web-based screening. *Occup Med (London).* 2011;61:209-11.
32. IDEA: Impact of Depression at Work in Europe Audit. Final report. Ipsos Health-care. October 2012.
33. Despiéglé N, Danchenko N, François C, Lensberg B, Drummond MF. The use and performance of productivity scales to evaluate presenteeism in mood disorders. *Value Health.* 2012;15:1148-61.
34. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004;(420):21-7.
35. European Parliament Report. Depression in the Workplace. Policy recommendations on how to tackle the leading cause of disability worldwide; 2013 [consultado 16 Sep 2016]. Disponible en: [http://www.enwhp.org/fileadmin/user\\_upload/pdf/Policy\\_recommendations\\_depression\\_at\\_the\\_workplace.pdf](http://www.enwhp.org/fileadmin/user_upload/pdf/Policy_recommendations_depression_at_the_workplace.pdf)
36. Siu AL, Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Baumann LC, Davidson KW, Ebell M, et al., US Preventive Services Task Force (USPSTF). Screening for depression in adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA.* 2016;315:380-7.
37. Koeser L, Donisi V, Goldberg DP, McCrone P. Modelling the cost-effectiveness of pharmacotherapy compared to CBT and combination therapy for the treatment of moderate to severe depression in the UK. *Psychol Med.* 2015;45:3019-31.
38. Layard R. Mental health: The new frontier for labour economics. *IZA J Labor Policy.* 2013;2:1-16.
39. González HM, Vega WA, Williams DR, Tarraf W, West BT, Neighbors HW. Depression care in the United States: Too little for too few. *Arch Gen Psychiatry.* 2010;67:37-46.
40. Goldberg RJ, Steury S. Depression in the workplace: Costs and barriers to treatment. *Psychiatr Serv.* 2001;52:1639-43.
41. Knapp M, McDaid D, Parsonage M. Mental health promotion and prevention: The economic case. London, UK: Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science; 2011.
42. McDaid D. Directorate-General for Health and Consumers. Mental health in workplace settings. Consensus paper. Luxembourg: European Communities; 2008.
43. Hamberg-van Reenen HH, Proper KI, van den Berg M. Worksite mental health interventions: A systematic review of economic evaluations. *Occup Environ Med.* 2012;69:837-45.
44. Evans-Lacko S, Koeser L, Knapp M, Longhitano C, Zohar J, Kuhn K. Evaluating the economic impact of screening and treatment for depression in the workplace. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2016;26:1004-13.
45. Stansfeld SA, Shipley MJ, Head J, Fuhrer R. Repeated job strain and the risk of depression: Longitudinal analyses from the Whitehall II study. *Am J Public Health.* 2012;102:2360-6.
46. Netterström B, Conrad N, Bech P, Fink P, Olsen O, Rugulies R, et al. The relation between work-related psychosocial factors and the development of depression. *Epidemiol Rev.* 2008;30:118-32.
47. Niuwenhuijsen N, Bruinvels D, Frings-Dresen M. Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review. *Occup Med (London).* 2010;60:277-86.
48. Joyce S, Modini M, Christensen H, Mykletun A, Bryant R, Mitchell PB, et al. Workplace interventions for common mental disorders: A systematic meta-review. *Psychol Med.* 2016;46:683-97.
49. OCDE. Sick on the job? Myths and realities about mental health and work; 2012 [consultado 16 Sep 2016]. Disponible en: <https://www.oecd.org/els/soc/49227189.pdf>