

**Caso Clínico**

# Plan de cuidados en Enfermería del Trabajo

## Caso práctico: trabajador con depresión

**Autores**

Reyes, JF

Enfermero UGC Salud Mental del Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Especialista en Enfermería del Trabajo

Profesor asociado de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Diputación Provincial de Málaga

Universidad de Málaga

reyesrevuelta@hotmail.com

Aguilar, R

Residente 2º año de la Especialidad de Enfermería en Salud Mental

UGC Salud Mental Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Málaga

**Introducción**

La depresión se constituye en uno de los diagnósticos psiquiátricos más habituales entre la población general<sup>1</sup>, con una prevalencia-año estimada en España del 3,9% y una prevalencia-vida del 10,5%<sup>2,3</sup>. En su etiología intervienen diversos factores genéticos, biológicos y psicosociales<sup>4</sup>. La depresión es una enfermedad incapacitante que altera la calidad de vida percibida y ocasiona un incremento en la utilización de los recursos sanitarios. Su impacto económico es importante. Algunos estudios la califican como la segunda enfermedad mental con mayores costes. Algunos estudios evidencian que los costes indirectos asociados a las pérdidas de productividad laboral son mayores que los costes sanitarios directos<sup>5-9</sup>. La incidencia de la depresión es tan relevante que la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que para el año 2020 la depresión ocupará la segunda causa de discapacidad a nivel mundial<sup>10</sup>.

En 2012 una encuesta llevada a cabo en toda Europa por la Asociación Europea para la Depresión (EDA) para valorar el impacto de la depresión en el trabajo, mostró que sólo un tercio de los trabajadores con depresión en Europa contaron a algún compañero de trabajo su problema de salud. Las razones predominantes que dieron los trabajadores con depresión para no revelar su estado fueron la posibilidad de ser estigmatizados y el miedo a

poner en peligro su puesto de trabajo. Esta misma encuesta reveló que uno de cada 10 directivos en Europa admitía que ante un trabajador con depresión no sabría como reaccionar y un tercio de ellos dijeron no poseer ningún recurso, información, o apoyos para tratar con empleados con depresión<sup>11</sup>.

La depresión afecta proporcionalmente a muchos hombres y mujeres en edad de trabajar, produciendo un impacto significativo en la productividad de una empresa. Los trabajadores con depresión experimentan en más de un 94% de los casos síntomas cognitivos tales como problemas de concentración, indecisión, olvidos, reduciendo por tanto su nivel de desempeño por debajo del nivel esperado<sup>12</sup>. En términos de presentismo, (costes de productividad sin ausencia del trabajo) los trabajadores con depresión pierden una media de 5.6 horas de trabajo a la semana<sup>9</sup>. En términos de absentismo, los trabajadores que sufren depresión incurrir en absentismo con más frecuencia que otros trabajadores, y cuando están de baja, lo están durante más tiempo. La duración media de una baja por depresión en Europa es de 36 días<sup>13</sup>.

Desde un punto de vista preventivo, la detección precoz y una atención temprana se convierten en imperativos para reducir el impacto de la depresión en el trabajo y sus costes asociados. El tratamiento de la depresión es

más exitoso cuando la enfermedad se diagnostica y se trata precozmente, por lo que es importante identificar trabajadores en situación riesgo y estar alerta ante síntomas de enfermedad mental en el trabajo. Un adecuado tratamiento asegura un 76% de la remisión de los episodios de depresión<sup>14</sup>.

Es importante que el Especialista en Enfermería del trabajo, junto al Médico del Trabajo, como referentes de salud en las organizaciones, se involucren directamente en actuaciones preventivas y terapéuticas en la empresa, actuando como facilitadores, consejeros y terapeutas, para apoyar a los empleados con depresión o en riesgo de padecerla.

En estos últimos años la práctica enfermera ha ido cambiando con la aplicación del proceso enfermero como método de prestación de cuidados y la incorporación de sistemas estandarizados de lenguaje propio: diagnósticos (Taxonomía NANDA: North American Nursing Diagnosis Association)<sup>15</sup>, intervenciones (Nursing Interventions Classification, NIC)<sup>16</sup> y la última incorporación, la NOC (Nursing Outcomes Classification)<sup>17</sup>, que contiene criterios de resultado sensibles a la práctica enfermera con indicadores específicos.

## Objetivo

El presente artículo tiene como objetivo diseñar un plan de cuidados de un trabajador con depresión, en el ámbito de la actuación del Especialista en Enfermería del trabajo, a través de un caso práctico ilustrativo.

## Resultado

### Presentación del caso práctico

*C.R. es una cajera de 51 años, con más de 25 años de experiencia en el centro de trabajo, divorciada y desde hace más de 10 años, sin pareja y con dos hijas de 16 y 19 años que acude a la consulta de Enfermería del Servicio de Salud Laboral en la empresa que trabaja por insistencia de su jefe inmediato que la ha traído hasta nosotros. Le invito a pasar y sentarse. Permanece encogida, con ojeras, faz triste y llorosa. Nos desvía la mirada. Está despeinada, sin maquillar y su ropa está arrugada. Verbaliza con dificultad y en un tono muy bajo. Nos cuenta que lleva un tiempo que no come casi nada, que pasa todo el tiempo fuera del trabajo encerrada en su cuarto y acostada, dice sentirse muy sola y tener "ganas de morir". Refiere que hace seis meses falleció su her-*

*mana mayor y desde entonces está muy triste. Constatamos revisando su historia clínica que hace tres años ya tuvo una baja de un mes de duración por un proceso depresivo.*

*En el último mes ha tenido dos episodios de incapacidad temporal que sumaron un total de nueve días de absentismo. En su último episodio de incapacidad temporal nos cuenta que fue llevada por sus hijas y atendida por su médico de cabecera en su centro de salud, que instauró un tratamiento con antidepresivos, que está tomando y está pendiente de acudir a psicoterapia. Nos dice que nadie sabe lo mal que lo está pasando, que todo se debe a su mala suerte, al destino, que no quiere hablar con sus compañeras, ni salir con sus amigas porque no quieren que piensen que es una fracasada, una inútil o que está loca. Siente mucho que sus hijas tengan que ocuparse de las tareas domésticas que ella no puede realizar y dice que a veces la culpan y le reprochan por ello. No quiere que nadie sepa su situación ni quiere darse más de baja porque teme que ello le pueda hacer perder su trabajo. Le preguntamos por el consumo de sustancias y nos comenta que no fuma pero que bebe alcohol en ocasiones y toma diazepam para poder dormir y olvidarse de sus problemas.*

*El mismo día acude una compañera de sección de C.R. a la consulta por un antigripal y aprovecho para preguntarle qué tal ve a su compañera C.R. Me cuenta que lleva varias semanas con ánimo muy bajo, que ha adelgazado bastante, que permanece aislada y apenas habla ni se relaciona con los compañeras, a pesar de lo extrovertida que ella ha sido siempre, que olvida cosas, se distrae, está indecisa y desorganizada, irritable con los clientes y en una ocasión estuvo a punto de accidentarse al caer un bulto de mercancía que manejaba en la caja. Están preocupados por ella porque sus jefes comentan que su rendimiento ha bajado y temen que pueda afectarle a su trabajo. Ya este mes en una ocasión no le cuadró el cambio de la caja al final del turno y le llamaron la atención por ello.*

*Llamamos por teléfono a su hija mayor que nos comenta que están preocupadas por su madre, que permanece todo el día decaída, encerrada en su cuarto, triste y culpándose por todo, que no tiene ganas de nada, que apenas se relaciona con ella y su hermana. No atiende el cuidado de la casa, no se maquilla, apenas se lava y tienen que insistirle en que tome la medicación ya que han comprobado que ha habido días que no se la ha tomado, ella dice que para qué se la va a tomar si no tiene sentido vivir.*

## Marco conceptual elegido

La actuación enfermera se fundamenta en una serie de teorías y marcos o modelos conceptuales que orientan sus funciones y práctica profesional. En el ámbito de la salud mental el **Modelo de Relaciones Interpersonales de Hildegard Peplau** es uno de los más utilizados y que mejor ayuda a desempeñar el rol profesional en toda su amplitud. La piedra angular de este modelo radica en el establecimiento y mantenimiento de la relación enfermera-paciente. Sin ella no podría ser útil y los cuidados resultarían ineficaces.

Este modelo considera a la enfermera como elemento esencial para lograr un proceso interprofesional terapéutico. Considera también, que la función del individuo es desarrollarse y crecer y que la de la enfermería es seguir un proceso educativo destinado a proporcionar apoyo a este desarrollo y crecimiento para alcanzar el máximo potencial con el fin de funcionar independientemente dentro de la sociedad.

La enfermedad es considerada una experiencia potencial de aprendizaje, siendo a través de una relación significativa sanitario/paciente desde donde ambos pueden aprender, desarrollarse y crecer aún más como personas. La salud es vista como una cualidad dinámica, que permite a la persona la experiencia potencial del bienestar físico y social y que confiere a esa persona la oportunidad de vivir bien y en armonía con los demás. Sugiere que es posible ayudar a los pacientes a descubrir nuevas estrategias de afrontamiento a fin de promocionar la salud siempre que las enfermeras seamos capaces de relacionarnos de una manera efectiva y con buenos conocimientos sobre la salud.

### Valoración de Enfermería según patrones funcionales de M. Gordon

La valoración es el punto de partida y la base de todas las etapas siguientes de la actuación enfermera. Ha sido considerada un proceso continuo y dirigido hacia un fin que incluye diferentes acciones: obtención de información, interpretación de ésta y organización de toda la información reunida.

La organización de la información consiste en un ejercicio de síntesis para llegar a identificar el problema o problemas de la persona. Esta actividad puede ser muy compleja, debido que los profesionales de enfermería pueden poseer diferentes conocimientos, experiencia y marco teórico de referencia. Para evitar estas diferencias, es ne-

cesario disponer de una clasificación conceptual con operatividad en un formato de registro que unifique y proporcione uniformidad a la información recogida.

Entre las varias clasificaciones existentes elegimos la propuesta por **Marjory Gordon** a mediados de los 70 centrada en 11 patrones funciones de salud. Este modelo proporciona un formato de valoración estándar para los datos básicos, independiente de la edad, el nivel de cuidados o la enfermedad de la persona. La descripción y evaluación de estos patrones permite al enfermero determinar si la función de aquellos es positiva o, si por el contrario existe disfunción. Los problemas de salud detectados dan paso a los diagnósticos enfermeros sobre los cuales los enfermeros, en virtud de su formación y experiencia, están capacitados para tratar.

### Patrón 1. Percepción de la salud

C.R. muestra un aspecto descuidado, sin peinar ni maquillar y con la ropa arrugada.

Durante la entrevista su actitud es de desesperanza, impotencia y culpa. Se muestra encogida, con faz triste y llorosa. Se aprecian ojeras.

No sigue el tratamiento prescrito, pues no lo considera necesario puesto que para ella no tiene sentido vivir.

Abusa de benzodiacepinas y alcohol secundario a la necesidad de paliar el “dolor espiritual” resultado de una autoevaluación negativa.

### Patrón 2. Nutricional – metabólico

No presenta alteraciones en la deglución ni en la dentición.

Tampoco presenta náuseas, vómitos ni disfagia a sólidos o líquidos.

No tiene restricciones alimentarias ni alergia a ningún alimento.

Ha perdido 5 Kg. en los últimos dos meses, presentando un IMC de 19.3

Refiere haber perdido el apetito y sus hijas nos relatan que ya no hace de comer, y que cuando ellas lo hacen come, pero muy poco.

### Patrón 3. Eliminación

No presenta alteraciones en la eliminación vesical ni intestinal.

#### Patrón 4. Actividad - Ejercicio

Se aprecia un cambio en sus habilidades cognitivas (memoria, atención) Se observan también olvidos y distracciones que le han ocasionado algunos problemas en el trabajo.

Poco a poco ha ido asistiendo cada vez menos a las actividades que realizaba (costura y pilates), hasta abandonarlas por completo.

Su nivel de actividad es muy reducido, conducta motriz algo inhibida. Se pasa todo el día en la cama, haciendo caso omiso a las propuestas de sus hijas por salir a pasear. Ha dejado de realizar las tareas domésticas, originándole esto algunas disputas con sus hijas.

En cuanto a la higiene, cada vez es más deficitaria.

#### Patrón 5. Sueño - Descanso

Pasa mucho tiempo en la cama, pero refiere no tener un sueño reparador y despertarse mucho antes de la hora debida, siéndole imposible volver a coger el sueño por lo que se encuentra muy cansada durante todo el día.

Hace uso de medicación para dormir (Diazepam 5 mg.).

#### Patrón 6. Cognitivo – Perceptivo

Se encuentra orientada temporo-espacialmente.

Pérdida de memoria y concentración debido a la ansiedad y a su estado depresivo, lo cual le lleva a estar indecisa, olvidadiza y cometer errores.

Esto a su vez le provoca más ansiedad por temor a perder su trabajo.

Discurso enlentecido, pobre y parco en palabras, con tono de voz bajo.

#### Patrón 7. Autopercepción – Autoconcepto

Durante la entrevista se muestra con los hombros caídos, cabizbaja, llorosa.

Tono de voz muy bajo y escaso contacto ocular. Sus movimientos se muestran enlentecidos.

Muestra un autoconcepto muy negativo. No quiere salir con sus amigas porque cree que la tacharán de fracasada, inútil o loca.

Refiere tener ganas de morir y muestra una actitud de culpa e inferioridad.

Se aprecia aplanamiento afectivo.

- Reactividad emocional: Sentimientos escasos, tonalidad afectiva desagradable. Autoevaluación negativa, tradu-

ciéndose en una infravaloración.

-Sentimientos de su autoevaluación: inferioridad, culpabilidad, inutilidad, tristeza, impotencia, frustración y miedo a perder su trabajo.

#### Patrón 8. Rol relaciones

-Percepción sobre el rol y responsabilidades: insatisfactoria debida a la autoevaluación negativa de su competencial.

-Relaciones Familiares: percibidas de forma insatisfactoria. Aparecen sentimientos negativos y de culpa.

Divorciada desde hace más de diez años, sin pareja actual. Convive con sus hijas, de 16 y 19 años.

Su hermana mayor murió hace seis meses

-Relaciones Sociales: las actividades socioculturales y de ocio están disminuidas debido a una percepción personal distorsionada y a la valoración negativa de las capacidades personales. Apatía, pasividad.

-Condición laboral: problemas derivados de relaciones con compañeros y jefes inapropiadas, consecuentes a la falta de asertividad y seguridad en sí misma, lo cual conduce a relaciones insatisfactorias, comisión de errores y riesgo de accidentes. Teme perder el puesto de trabajo debido a ello y por eso no quiere darse de baja.

#### Patrón 9. Sexualidad – Reproducción

No valorable.

#### Patrón 10. Tolerancia al estrés

Episodios puntuales de tensión y ansiedad.

Sentimientos asociados negativos.

Estrategias de adaptación: inhibición, consumo de fármacos y alcohol para “olvidarse de sus problemas”.

#### Patrón 11. Valores – Creencias

No valorable.

#### TAXONOMÍA NANDA-NOC-NIC

Diagnóstico Enfermero:

**00055 DESEMPEÑO INEFECTIVO DEL ROL (laboral)  
R/C BAJA AUTOESTIMA**

**M/P VERBALIZACIONES DE JEFES Y COMPAÑEROS DE BAJO RENDIMIENTO LABORAL, COMI-**



**SIÓN DE ERRORES Y FALLOS, MOTIVACIÓN INADECUADA.**

NOC (Resultados Indicadores)

**1501 Ejecución del rol**

Indicadores:

- Capacidad para cumplir las expectativas del rol laboral.
- Desempeño laboral adecuado.
- Ausencia de fallos y errores.

NIC (Intervenciones)

**5370 Potenciación del rol**

Actividades:

- Identificar y recuperar su rol anterior.
- Enmarcar adecuadamente las características propias del rol de trabajadora para no mezclar otras actitudes que generen conflicto.
- Refuerzo positivo del mantenimiento de desempeño habitual anterior a la aparición del trastorno.
- Dialogar con la trabajadora sobre la importancia de la imagen en el trabajo y elaborar un plan para escoger la ropa, maquillaje y peinado adecuado a su condición de trabajadora de cara al cliente.
- Enseñar a compañeros y jefes a manejar la situación de la trabajadora, mostrando tolerancia y ofreciendo ayuda.
- Refuerzo positivo de las verbalizaciones de sentido de responsabilidad de la trabajadora.

Diagnóstico Enfermero:

**00052 DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL (POR DEFECTO)  
 R/C AUTOCONCEPTO NEGATIVO  
 M/P PERCEPCIÓN PESIMISTA DEL ENTORNO.  
 INFORMACIÓN DIRECTA DE COMPAÑEROS DE TRABAJO Y FAMILIARES DE UNA INTERACCIÓN SOCIAL INEFICAZ CON COMPAÑEROS DE TRABAJO, FAMILIARES Y AMIGOS.**

NOC (Resultados Indicadores)

**1503 Implicación social**

Indicadores:

- Interaccionar de forma adecuada con compañeros del trabajo.
- Mantener relaciones satisfactorias con familia y amigos.
- Participar en actividades de ocio.

**1502 Habilidades de interacción social**

Indicadores:

- Relacionarse de forma adecuada.

NIC (Intervenciones)

**5100 Potenciación de la socialización**

Actividades:

- Animar al paciente a restablecer relaciones.
- Orientar sobre técnicas en habilidades sociales para establecer relaciones positivas.
- Fomentar compartir problemas comunes con compañeros y familia.
- Animar al paciente a cambiar de ambiente, como salir a caminar o ir al cine.

**5400 Potenciación de la autoestima**

Actividades:

- Animar al paciente a identificar sus cualidades y puntos fuertes.
- Fomentar el contacto visual para comunicarse e interactuar.
- Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación.
- Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.
- Ayudar al paciente a que establezca objetivos realistas y acepte nuevos desafíos.
- Enseñar al paciente a realizar autoafirmaciones positivas con las que se encuentre cómodo.

Diagnóstico Enfermero:

**00078 MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO  
 R/C FALTA INTERÉS Y DE MOTIVACIÓN  
 M/P VERBALIZACIÓN DE LA PACIENTE DE NO HABER REALIZADO LAS ACCIONES NECESARIAS PARA INCLUIR EL RÉGIMEN TERAPÉUTICO EN SUS HÁBITOS DIARIOS. FALTA DE POGRESO.**

NOC (Resultados Indicadores)

**1609 Conducta terapéutica**

Indicadores:

- Cumple el régimen terapéutico recomendado.
- Cumple los tratamientos prescritos

**1813 Conocimiento del régimen terapéutico**



**Indicadores:**

- Conocimiento del régimen terapéutico.
- Descripción de la medicación prescrita.
- Descripción del proceso de enfermedad.
- Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual.

**NIC (Intervenciones)**

**5616 Enseñanza de medicamentos prescritos**

**Actividades:**

- Informar al paciente del propósito y acción de cada medicamento.
- Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación.
- Instruir al paciente acerca de la dosis, vía de administración y duración de los efectos de cada medicamento.

**5602 Enseñanza: proceso de enfermedad**

**Actividades:**

- Describir el proceso de enfermedad
- Describir las posibles complicaciones
- Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y controlar el proceso de enfermedad.

**Diagnóstico Enfermero:**

**00035 RIESGO DE LESIÓN  
R/C DIFICULTADES EMOCIONALES Y COGNITIVAS**

**NOC (Resultados Indicadores)**

**1902. Control del riesgo**

**Indicadores:**

- Supervisa los factores de riesgo laborales.
- Modifica sus hábitos de trabajo para reducir el riesgo.
- Adapta las estrategias de prevención y control del riesgo según es necesario.

**NIC (Intervenciones)**

**6654 Vigilancia: seguridad**

**Actividades:**

- Proporcionar el nivel adecuado de supervisión para vigilar a la trabajadora.

- Determinar la presencia y calidad de apoyo de compañeros de trabajo y jefes.

**Diagnóstico Enfermero:**

**00120 BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL  
R/C SENTIMIENTOS DE INUTILIDAD  
M/P EXPRESIONES DESESPERANZA Y VERBALIZACIONES AUTONEGATIVAS.**

**NOC (Resultados Indicadores)**

**1205 Autoestima**

**Indicadores:**

- Verbalizaciones de autoaceptación.
- Sentimientos positivos sobre su propia persona.
- Aceptación de las propias limitaciones.
- Mejora en la relación tanto con compañeros de trabajo como con familiares.

**1201 Esperanza**

**Indicadores:**

- Expresiones de confianza.
- Expresión de ganas de vivir.
- Expresión de creencia en sí mismo.
- Establecimiento de objetivos.

**NIC (Intervenciones)**

**5400 Potenciación de la autoestima**

**Actividades:**

- Animar al paciente a identificar sus cualidades y puntos fuertes.
- Fomentar el contacto visual para comunicarse e interactuar.
- Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación.
- Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.
- Ayudar al paciente a que establezca objetivos realistas y acepte nuevos desafíos.
- Enseñar al paciente a realizar autoafirmaciones positivas con las que se encuentre cómodo.

**5270 Apoyo emocional**

**Actividades:**

- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
- Proporcionar apoyo al paciente.
- Realizar afirmaciones enfáticas de apoyo.
- Animar al paciente a que exprese los sentimientos de tristeza o ansiedad. Identificar la función de utilidad que tiene la ira y la rabia.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.



Diagnóstico Enfermero:

**00002 DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO**

**R/C FALTA DE INTERÉS POR ALIMENTARSE  
M/P INGESTA INSUFICIENTE DE NUTRIENTES  
PARA SATISFACER LAS NECESIDADES METABÓLICAS**

NOC (Resultados Indicadores)

**1004 Estado Nutricional**

Indicadores:

- Relación peso / talla

NIC (Intervenciones)

**1100 Manejo de la nutrición**

Actividades:

- Consensuar el peso ideal a conseguir.
- Ayudar a proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos.
- Establecer dieta de preferencia, que se atenga a criterios de equilibrio nutricional.
- Establecer periodicidad de control de peso.
- Reforzar el aumento de peso, dentro de los límites.
- Reforzar autoimagen en la mejora del peso.
- Instruir sobre las características del trastorno depresivo en relación con la nutrición.

Diagnóstico Enfermero:

**00095 DETERIORO DEL PATRÓN DEL SUEÑO  
R/C BAJO ESTADO DE ÁNIMO  
M/P TIEMPO TOTAL DE SUEÑO INSATISFACTORIO**

NOC (Resultados Indicadores)

**0004 Sueño**

Indicadores:

- Duerme toda la noche ininterrumpidamente.
- Tiene un sueño eficiente y reparador.
- Se despierta descansado físicamente.
- Se despierta descansado mentalmente.

NIC (Intervenciones)

**1850 Mejorar el sueño**

Actividades:

-Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al sueño.

-Ayudar a eliminar situaciones estresantes antes de irse a la cama.

-Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño / vigilia del paciente.

-Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular u otras formas de inducción al sueño.

**Conclusiones**

Empezar a trabajar centrándonos en un modelo de enfermería y utilizando un lenguaje enfermero normalizado no es un reto inalcanzable para un especialista en Enfermería del Trabajo. Una vez familiarizados con él, veremos que no resulta tan complejo usar el lenguaje propio de nuestra profesión. Éste nos permitirá expresar exactamente qué hacemos y por qué lo hacemos. Nos ayudará a una aplicación más científica, estructurada y personalizada de los cuidados de enfermería, adecuándolos a las necesidades individuales de cada trabajador/paciente. Facilitará la investigación y nos dará más seguridad y satisfacción profesional propiciando tanto la autoevaluación del profesional como la evaluación de todo el proceso.

El Especialista en Enfermería del Trabajo trabaja con personas que en determinadas etapas de su vida pueden estar necesitadas de ayuda, siendo a través de la relación enfermera-paciente como esa enfermera, con una formación especializada, va a reconocer y responder adecuadamente a la necesidad de ayuda.

Practicar la relación interpersonal no solamente ayuda al trabajador sino que también ayuda a los profesionales a desarrollarnos y crecer.

**Bibliografía**

1. Thomas MR, Waxmonsky JA, Gabow PA et al. Prevalence of psychiatric disorders and costs of care among adult enrollees in a medicare HMO. *Psychiatr Ser*, 56 (2005), pp 1394-1401.
2. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Grupo ESEMeD-España, et al. Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study. *Med Clí (Barc)*. 126 (2006), pp 445-451.
3. ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. *Acta Psychiatr Scand*, 109 Suppl 420 (2004), pp. 38-46



4. Takahasi M, Tanaka K, Miyaoka H. Depression and associated factors of informal caregivers versus professional caregivers of demented patients. *Psychiatry Clin Neurosci*, 59 (2005), pp. 473-480.
5. Sobocki P, Lekander i, Borgstrom F, et al. The economic burden of depression in Sweden from 1997 to 2005. *Eur Psychiatry*, 22 (2007), pp. 146-152.
6. Shvartzman P, Weiner z, Vardy D, et al. Health services utilization by depressive patients identified by the MINI questionnaire in a primary care setting. *Scand J Prim Health Care*, 23 (2005), pp. 18-25.
7. Goetzel RZ, Hawkins k, Ozminkowski RJ, et al. The health and productivity cost burden of the "top 10" physical and mental health conditions affecting six large US employers in 1999. *J Occup Environ Med*, 45 (2003), pp. 5-14.
8. Sicras Mainar A, Navarro Artieda R, Rejas Gutiérrez J, et al. Comorbilidad y coste ambulatorio asociado a los pacientes con trastornos depresivos en un ámbito poblacional. *Fam Hosp*, 31 (2007), pp 101-105
9. Stewart WF, Ricci JA, Chee E. Cost of lost productive work time among US workers with depression. *JAMA* 289 (2003); 23: pp 3135-3144.
10. World Health Organization. The global burden of disease. Disponible en: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GBD\\_report\\_2004update\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf). Accesado el 1 de abril de 2015.
11. IDEA. Impact of Depression at Work In Europe Audit Final Report. Ipsos Healthcare (2012).
12. Conradi HJ, Ormel J, de Jonge P. Presence of individual (residual) symptoms during depressive episodes and periods of remission: a 3-year prospective study. *Psychol Med* (2011); 41: pp 1165-1174
13. Evans-Lacko S, Knapp M. Importance of social and Cultural Factors for Attitudes, Disclosure and Time off Work for Depressions: Findings from a Seven country European Study on Depression in the Workplace. *PLOS One* (2014).
14. OECD. Sick on the job? Myths and Realities about Mental Health and Work (2012).
15. NANDA Internacional. Diagnósticos de enfermería. Definiciones y clasificación. Madrid. Elsevier; 2012-2014.
16. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5º edición. Madrid. Elsevier; 2013.
17. Johnson M, Bulechek G, Butcher HK, Dochterman JM, et al. Clasificación de intervenciones de Enfermería. 6º edición. Madrid. Elsevier; 2013.