

FUNDACIÓN EMPLEO Y SALUD MENTAL

Mi compañero tiene un trastorno mental



netb|blo



**Mi compañero
tiene un
trastorno mental**





M^a ISABEL
RODRÍGUEZ
MONTES

Mi compañero
tiene un
trastorno mental



netbiblo

INAP
INSTITUTO NACIONAL DE
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

MI COMPAÑERO TIENE UN TRASTORNO MENTAL

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

QR code es una marca registrada por Denso Wave, inc.

DERECHOS RESERVADOS 2014, respecto a la primera edición en español, por

© INAP © Netbiblo, S. L.

NETBIBLO, S. L.
www.netbiblo.com

ISBN: 978-84-15562-76-4

ISBN formato papel: 978-84-7351-389-0

NIPO formato papel: 635-14-048-8

ISBN formato electrónico: 978-84-7351-390-6

NIPO formato electrónico: 635-14-049-3

Depósito Legal: M-30248-2014

Imagen interior: ©James Thew
Imagen cubierta: ©Hakki Arslan

La autora



M^a Isabel Rodríguez Montes es Terapeuta Ocupacional con amplia experiencia en Salud Mental. Desarrolla su trabajo en la Red de Salud Mental de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

Ha participado en numerosas acciones formativas en temas siempre relacionados con la integración social y laboral de las personas con enfermedad mental.

Ha publicado artículos y colaboraciones para distintas publicaciones y es coautora de la “Escala de Valoración del Desempeño Ocupacional para UMES de Castilla-La Mancha” (EVDO) y autora del libro *Algo de mi desde la enfermedad mental*.

Asimismo, es impulsora del movimiento Asociativo. En la actualidad es Secretaria de la Junta Directiva de AFAUS pro Salud Mental, secretaria del Patronato de Fundación Madre, Presidenta de Feafes Empleo y Presidenta de la Fundación Empleo y Salud Mental.

Innap Inserta



La Administración pública debe reflejar la complejidad, la diversidad y la pluralidad de la sociedad a la que sirve. Este principio, que se encuentra grabado con letras de fuego en el frontispicio de la misión del INAP como organización pública, no solo hace referencia a los mecanismos de participación democrática en los procesos de toma de decisiones, a la integración de los grupos en los que participan los ciudadanos para la defensa de sus intereses o a la potenciación de las relaciones intergubernamentales en Estados compuestos como el nuestro; hace referencia, sobre todo, a un modo de entender las relaciones de la Administración con su entorno, con la sociedad en su conjunto, con las personas a las que sirve y atiende, en ocasiones de forma un tanto deshumanizada y fría. En fin, una Administración socialmente responsable, en una expresión evidentemente tautológica, pleonástica, por cuanto o es socialmente responsable o no es.

Esa responsabilidad exige de nosotros un cambio de paradigma. La Administración tiene como fin la garantía de los derechos y libertades de los ciudadanos y el mantenimiento de la cohesión e integración social, y ese fin es indispensable: solo puede cumplirlo la Administración pública. Nadie más. Y para ello se requiere que todo el talento generado por la sociedad pueda revertir en el bien común, en el interés general. Esa gran tarea exige de los servidores públicos nuevas capacidades, nuevas habilidades, nuevas actitudes, algunas de las cuales se pusieron de manifiesto en la anterior colección editada en colaboración con Netbiblo, Innap Innova, marca

que ha supuesto una auténtica transformación en el modo de entender la misión de las organizaciones públicas en una sociedad en permanente y acelerada evolución. Necesitamos que todo el talento de la sociedad aflore, se comparta y se dirija al bien común. Esté donde esté y venga de donde venga. Pues el talento es talento y no requiere de adjetivos.

Una sociedad democráticamente avanzada como la española ha asumido que su progreso ético y moral sólo será factible si pone todo su potencial al servicio de la igualdad de oportunidades, la defensa de los derechos fundamentales, la protección del medio ambiente o la atención, protección y desarrollo de las personas más débiles de la sociedad. Y entre estas últimas se encuentra el amplio colectivo de las personas que tienen alguna discapacidad. La peor discapacidad que puede padecer una sociedad es no garantizar la igualdad de todos los ciudadanos. Y no solo la igualdad legal, por cuanto en la mayoría de las ocasiones no es la discapacidad la que dificulta la vida de muchas personas sino los pensamientos y actitudes de los demás hacia ellas.

La Administración debe desempeñar un papel determinante en el cambio de valores en relación con el conocimiento, tratamiento, protección y puesta en valor de la discapacidad ya no como factor no discriminatorio, sino como un potencial para el desarrollo de las organizaciones y del compromiso ético de las personas con sus semejantes. No hablamos de personas discapacitadas, sino de personas que cuentan con alguna discapacidad, con algún inconveniente que les impide hacer, decir, oír, ver, comportarse, reaccionar en situaciones concretas, pero que no les incapacita en otras.

Aproximadamente un 10 % de la población española cuenta con alguna discapacidad. La tasa de desempleo entre estas personas puede rondar el 40 %. Según recientes estudios, más

de dos tercios de las personas con diversidad funcional en edad laboral han renunciado, o quedado excluidas, de la forma de inserción económica más habitual y normalizada en esa etapa de la vida: el empleo remunerado¹. El INE, en su encuesta «El empleo de las personas con discapacidad 2011», destaca, entre otras conclusiones, que menos del 5 % de la población en edad laboral tiene certificado de discapacidad (4,1 %); que la tasa de actividad de este colectivo es casi 40 puntos inferior a la de la población sin discapacidad; que, además del sexo y la edad, la participación laboral está muy determinada por el tipo e intensidad de la discapacidad, siendo las personas con discapacidad asociada a deficiencia auditiva las más activas laboralmente y presentan una tasa de actividad que dobla la de las personas con trastorno mental, que resulta ser el grupo más inactivo (54,4 % frente a 25,5 %). Asimismo, destaca la importancia que tiene la formación como variable integradora en el entorno sociolaboral, por cuanto las tasas de actividad y empleo aumentan a medida que se incrementa el nivel de formación, hasta superar en más de 20 puntos a la media en el caso de personas con discapacidad y estudios superiores.

Precisamente, el logro de la inclusión social y laboral exige una intervención directa de los poderes públicos en términos de lucha contra la discriminación que estas personas sufren. La Administración —y la sociedad en su conjunto— no puede permitirse el lujo de desperdiciar todo el talento que estas personas atesoran, y no en términos económicos, sino en términos éticos.

Por ello, el INAP, como institución referencial en materia de discapacidad y empleo público —recordemos que el 89,22 % de las personas con discapacidad que han accedido a la Administración General del Estado entre 2003 y 2011 lo

¹ Colectivo Ioé (2013): "Diversidad funcional en España. Hacia la inclusión en igualdad de las personas con discapacidades", en Revista Española de Discapacidad, I (I): 33-46.

han hecho a cuerpos y escalas cuyos procesos de selección se encomendaron al Instituto Nacional de Administración Pública—, y como generadora de conocimiento transformador, ha asumido que debe poner todas sus capacidades, todo su conocimiento y toda su voluntad innovadora al servicio de la inclusión laboral de las personas con discapacidad, como proyecto propio y como valor que impregne a todos los organismos de la Administración española.

Fruto de este compromiso es esta colección Innap Inserta, cuyo objetivo primordial es dar a conocer determinadas discapacidades entre las personas que desempeñan su labor en la Administración y ofrecer mecanismos para una mayor comprensión del problema, herramientas para apoyar la inclusión laboral de las personas con discapacidad en los entornos de trabajo y conocimiento para poder reaccionar, atender, ayudar e integrar efectivamente a dichas personas desde diversas posiciones como compañero/a de trabajo, responsable o subordinado.

Para ello, seguimos el camino iniciado con la colección Innap Innova, con una opción por la elaboración de materiales eminentemente prácticos, disponibles en formato pocket que permiten acercarse al tema en un tiempo breve, ofreciendo opciones de profundización en la cuestión planteada, y susceptibles de generar materiales didácticos que sirvan de apoyo a posteriores acciones formativas.

En fin, el INAP, para cumplir con su misión de crear conocimiento transformador en el sector público en beneficio de la sociedad, con el fin de propiciar la cohesión social y una democracia de alta calidad, desea trasladar al conjunto de los empleados públicos que dichos objetivos no podrán lograrse hasta que la cultura de nuestras organizaciones no esté impregnada de valores como los que esta colección pretende

transmitir y de estrategias y sistemas de gestión que entiendan, e integren, la discapacidad de manera transversal.

Las empresas que están aplicando políticas de diversidad obtienen beneficios en términos de consolidación de los valores culturales en su organización; de mejora de la reputación de la empresa; de mayor capacidad para atraer y retener el talento; de aumento de motivación de las plantillas; de mayor capacidad de innovación y creatividad, o de mejora en la prestación de sus servicios. No olvidemos que las personas no son discapacitadas, sino que la discapacidad se manifiesta o no para según qué actividades y en según qué circunstancias. No se es discapacitado, sino que se tiene una discapacidad. Por ello, **si la discapacidad no limita, no lo hagas tú.**

Innovación, aprendizaje colaborativo, captación del talento, son principios que informan nuestra voluntad de cambio. Los empleados públicos podemos transformarnos. Esperamos que esta iniciativa ayude en dicha transformación.

Manuel Arenilla Sáez
Director del INAP

¿Qué debemos entender por discapacidad?

“Crear futuro es dar una oportunidad a quien va a saber aprovecharla.”

Fundación ONCE

“El futuro tiene muchos nombres, para los valientes es la oportunidad.”

Victor Hugo

“Conviene mirar al futuro porque es allí donde vas a pasar el resto de tu vida.”

Woody Allen

La Administración pública es una pieza clave tanto en la satisfacción de las necesidades de los ciudadanos, como en la cohesión y transformación social y la transformación social requiere grandes dosis de innovación y talento, porque innovar es algo tan sencillo, y tan complejo a la vez, como encontrar nuevas formas de hacer, nuevas y mejores cosas con los recursos de los que ya disponemos poniendo todo el talento al servicio de la organización. Pero, sin duda, el verdadero impacto de la innovación solo se conoce cuando sus efectos pueden trasladarse a la sociedad y son factores estratégicos en la transformación y el bienestar social. Así, la primera Revolución Industrial se produjo a mediados de 1770 con la mejora de la máquina de vapor impulsada por James Watt, pero los verdaderos cambios

sociales y económicos no se produjeron hasta 1829 cuando llegó la línea férrea. La verdadera revolución que supuso la aparición del ordenador a mediados de los años cuarenta, se comprobó, a su vez, cuarenta años más tarde con la expansión de Internet, etc.

Así, posiblemente, la revolución de la información en la que estamos inmersos en la actualidad no producirá verdaderos cambios económicos y sociales hasta que no redunde en un aumento de la participación y de la conexión de todo el talento y las necesidades de toda la ciudadanía, con su verdadera activación como *stakeholders* imprescindibles en la generación de valor compartido para toda la sociedad.

Y de ahí el papel vital de la Administración, capaz de convertir a una multitud en una organización, a los esfuerzos humanos en acciones y los resultados de dichas acciones en la satisfacción de los intereses y necesidades de los ciudadanos, y en transformación y bienestar social.

En este contexto, cada vez resulta menos discutible que las organizaciones de más éxito en el futuro serán aquellas que creen las condiciones necesarias para que todas las personas puedan canalizar sus capacidades, su experiencia y energía hacia el éxito de la organización, aquellas que conjuguen de manera eficaz la sostenibilidad social y económica con la generación de valor compartido.

La Constitución Española establece en su artículo 49 que *"los poderes públicos realizarán una política de integración de las personas con discapacidad"* con especial atención al derecho al trabajo. En este sentido, la Administración pública debe asumir su papel de liderazgo en el fomento de la igualdad, en la satisfacción de necesidades de los ciudadanos con discapacidad y en la incorporación de trabajadores con discapacidad. Pero, para abordar con éxito este proyecto, no solo

debe enfocarse como un mandato legal, sino como una fuente de innovación y captación de talento, y como una oportunidad de mejorar la competitividad, el desempeño, la motivación y la participación.

Así, la experiencia de las más de setenta empresas y entidades que participan en el programa INSERTA de la Fundación ONCE ha demostrado que contratar personas con discapacidad implicará incorporar talento, entusiasmo y espíritu de superación. Será, además, una manifestación clara del compromiso de la Administración pública con la sociedad, la mejor forma de entender y atender las necesidades de las personas con discapacidad, así como de todos aquellos ciudadanos con necesidades análogas por razones de edad avanzada o por otras cuestiones temporales o permanentes.

Por ello, la gestión de la diversidad y la incorporación del talento y las necesidades de las personas con discapacidad a la Administración propiciará la oportunidad de acceder al potencial talento de más de un 10 % de la población; conocer y satisfacer las necesidades de más de un 10 % de personas con discapacidad (y de un porcentaje infinitamente superior si tenemos en cuenta a sus familias y todos aquellos ciudadanos con necesidades análogas); configurar el diseño para todos como una fuente de competitividad e innovación, mejorar el conocimiento sobre la discapacidad y la diversidad, acercarse a las necesidades de la ciudadanía; conjugar la voluntad innovadora con la realidad social, configurar la Administración como un fiel reflejo de la sociedad; revelar la importancia del trabajo en equipo; reforzar la idea de que los grandes logros requieren que cada uno aporte sus mejores fortalezas y capacidades al servicio del proyecto; y consolidar la participación y el trabajo en red, como la mejor fórmula de innovar, mejorar y fomentar la cohesión y el progreso social.

Albert Einstein decía que “cuesta más desintegrar un átomo que desmontar un prejuicio”, pero que “no podemos pretender que las cosas cambien si siempre hacemos lo mismo”. Por ello la colección Innap Inserta se configura como una clara apuesta por el talento, la innovación y el rol vertebrador de la función pública, promoviendo el conocimiento de las personas con discapacidad, en general, y profundizando, de manera específica, en las particularidades que en su caso pudiera presentar cada una de las tipologías de discapacidad a través de cada uno de los libros que compondrán la colección, desde una perspectiva sencilla, práctica y normalizadora.

Contexto

Relevancia social

Se calcula que actualmente en el mundo viven más de 785 millones de personas con discapacidad. Si se incluye a los miembros de sus familias, el número de personas directamente vinculadas a la discapacidad asciende a más de 2.000 millones, un tercio de la población mundial, según estimaciones de Naciones Unidas.

En España, la Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia (EDAD), realizada por el Instituto Nacional de Estadística, determina que existen más de 4 millones de personas con discapacidad que, junto con sus familias, suponen alrededor de 10 millones de personas. Esta cifra se eleva exponencialmente teniendo en cuenta que personas con otras circunstancias como edad avanzada u otros motivos temporales o permanentes puedan tener necesidades especiales análogas.

Definición de discapacidad

El Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, y la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (OMS-CIF, 2001) definen la

discapacidad como “la desventaja que tiene una persona a la hora de participar, en igualdad de condiciones, en la vida social y económica de su comunidad, desventaja que puede ser debida a su discapacidad, como también, y muy especialmente, a los obstáculos restrictivos del entorno”.

Debemos utilizar la terminología adecuada; la expresión mayoritariamente aceptada es **“personas con discapacidad”**; en ámbitos más académicos a veces puede utilizarse la expresión “personas con diversidad funcional” o “personas con capacidades diferentes”, pero deben evitarse en todo caso expresiones como “discapacitados”, “minusválidos” y otras similares.

La [Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad](#), que entró en vigor en España el 3 de mayo de 2008, recoge en su [artículo 27](#) “...el [derecho de las personas con discapacidad a trabajar](#), en igualdad de condiciones con las demás; ello incluye el derecho a entornos laborales abiertos, inclusivos y accesibles a las personas con discapacidad”. Este principio implica la necesidad de que las empresas y Administraciones tengan en cuenta que, para que una persona con discapacidad pueda trabajar, [no basta únicamente con la voluntad de contratación](#), sino que, en su caso, puede [implicar poner en marcha un proceso que garantice un fomento de la igualdad de oportunidades real en el acceso](#), y que se den las condiciones adecuadas para que cualquier persona pueda poner todas sus capacidades al servicio de un trabajo en condiciones de normalidad.

Por todo ello, cuando hablamos de personas con discapacidad debemos tener presente que [la discapacidad es una](#)

característica más de la persona que no la define en sí misma, que podemos estar refiriéndonos a una tipología muy diversa y que, en ocasiones, las barreras no vienen asociadas a la propia discapacidad, sino a las barreras del entorno (del medio, relacionales y de comunicación). Estas barreras han de ser conocidas y tenidas en cuenta porque la persona con discapacidad necesitará de una ayuda diferente para lograr el mismo grado potencial de participación social que sus conciudadanos.

Pautas y recomendaciones

Como norma general, la integración de personas con discapacidad no suele requerir necesariamente de grandes cambios, pero sí, en algunos casos, de pequeños ajustes. A continuación, se detallan algunas recomendaciones generales que variarán en función de la discapacidad, de la persona y del entorno en el que se encuentre.

Al margen de estas recomendaciones generales, debemos recordar en todo momento que lo verdaderamente importante (como en cualquier relación personal y profesional, sea como ciudadano, usuario...) es la empatía y el sentido común que nos llevarán a ponerse en el lugar del otro, preguntar con naturalidad y tratar como a uno mismo le gustaría ser tratado.

Recomendaciones

- 1. No des por sentado que una persona necesitará ayuda solo porque tenga una discapacidad.** Si el entorno es adecuado, la persona con discapacidad se suele manejar sin dificultad. Ofrece tu ayuda únicamente si la persona parece necesitarla. Y si la acepta, pregunta con naturalidad cómo ayudar antes de actuar.
- 2. Dirígete siempre directamente a la persona con una discapacidad,** no a su acompañante, ayudante o intérprete de lengua de signos. Habla con ella con naturalidad como lo harías con cualquier otra persona.

3. **Adaptaciones y ayudas técnicas.** Valora siempre que pueden existir pautas, adaptaciones o ayudas técnicas que permiten que una persona con discapacidad, que *a priori* pueda parecer que no encaja en el puesto, realice su trabajo en condiciones de normalidad. Recuerda que existen ayudas económicas para las adaptaciones al puesto y que, en ocasiones, estas adaptaciones podrán beneficiar también a clientes y usuarios.
4. **Cultura.** Trata de fomentar un entorno en el que las personas se sientan lo suficientemente cómodas como para exponer lo que necesitan, nunca entiendas esas peticiones como algo complejo, ni como quejas o exigencias.
5. **La discapacidad es una característica más de la persona** que no la define en sí misma; es por ello que ninguna persona con discapacidad es igual a otra. La discapacidad no es una característica homogénea que automáticamente influye en todas las personas de la misma manera.
6. **Evita generalizaciones o estereotipos vinculados a la discapacidad.** Así, no vincules el proyecto al éxito o fracaso de una experiencia previa de incorporación de una persona con discapacidad, ya que puede que esta incorporación haya sido exitosa o no en función de múltiples factores que nada tienen que ver con la discapacidad.
7. Recaba **asesoramiento experto** de las organizaciones del sector de la discapacidad.
8. **Normalización.** En un contexto laboral, la clave está siempre en la adecuación persona-puesto. La discapacidad puede implicar una incompatibilidad para el desempeño de ciertos trabajos, pero una idoneidad absoluta para otros muchos.
9. **La DISCAPACIDAD genera CAPACIDAD.** La discapacidad puede generar el desarrollo de otras capacidades, como el afán de superación o la capacidad de adaptarse a situaciones complejas y trabajar con recursos limitados, capacidades que esa persona podrá aportar a la organización.
10. **Oportunidad de aprendizaje y enriquecimiento personal.** Afronta este proyecto como una oportunidad aprendizaje y enriquecimiento bidireccional, que sin duda mejorará las condiciones de vida de las personas con discapacidad, pero también será una fuente de mejora de la organización y aportará un enriquecimiento personal y profesional a las personas sin discapacidad que participen.

Tipos de discapacidad

A continuación, se incluye la definición de cada tipología de discapacidad y un cuadro en el que se reflejan posibles particularidades o algunos aspectos y recomendaciones generales a tener en cuenta en función de cada tipología.

Una vez más, debemos recordar que:

Son solo pautas generales.

Lo verdaderamente importante es la empatía y el sentido común que te llevará a preguntar con naturalidad, a ponerte en el lugar del otro y a tratar como a ti te gustaría ser tratado.

La discapacidad también genera nuevas capacidades; por ello, lo que *a priori* puede implicar alguna dificultad se complementa, en ocasiones, con la adquisición de ciertas competencias que a su vez pueden representar ventajas y fortalezas.

Discapacidad física:

La discapacidad física puede conllevar problemas de movilidad que pueden afectar a los desplazamientos o manipulación de objetos, como es el caso de las personas usuarias de sillas de ruedas, muletas o bastones.

También pueden estar afectadas otras áreas como el lenguaje.

En esta tipología se incluye también la discapacidad orgánica cuando son los órganos internos los que están afectados; por eso muchas veces se asocia a enfermedades que no son perceptibles. Algunos ejemplos conocidos son fibrosis quística, trasplantes de riñón o pulmón, cardiopatías, etc.

La discapacidad física favorece el desarrollo de la perseverancia, resistencia y constancia.

Discapacidad sensorial:

Es aquella que tienen las personas con problemas de visión, audición o habla, como la ceguera, la pérdida grave de visión, la sordera o la tartamudez.

La discapacidad visual incrementa el desarrollo de la capacidad de atención y de la memoria.

La discapacidad auditiva favorece la concentración y la meticulosidad.

Discapacidad intelectual:

Se caracteriza por limitaciones en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa, implica una limitación en las habilidades que la persona aprende para funcionar en su vida diaria y que le permiten responder en distintas situaciones y en lugares (contextos) diferentes.

La discapacidad intelectual aumenta la constancia y la resistencia a la monotonía.

Discapacidad psíquica mental:

Es aquella que tienen las personas con enfermedades o trastornos mentales o cognitivos. Pueden quedar afectados procesos psicológicos básicos, como la emoción, la motivación, la cognición, la conducta, el lenguaje, etc.

La discapacidad psíquica mental impulsa el desarrollo de la creatividad y potencia el rigor en la aplicación de normas y procedimientos.

Cuando hablamos de personas con discapacidad, no podemos olvidarnos de que hablamos de personas y de que somos muy diferentes unos de otros. Además, la discapacidad

es un concepto muy amplio en sí mismo, que engloba múltiples tipologías con sus diferentes implicaciones en la salud y funcionalidad de las personas. La combinación de persona y discapacidad genera tantos resultados como personas hay, a lo que habría que añadir una tercera variable que es el entorno, pues la accesibilidad del entorno influirá directamente en el nivel de autonomía de la personas con discapacidad.

Recomendaciones que deben tenerse en cuenta con una persona con discapacidad

	Dificultades	Elementos facilitadores
Física	<ul style="list-style-type: none"> • Desplazamientos. • Acceso al transporte. • Manipulación o alcance. • Lenguaje. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptar el entorno para facilitar la accesibilidad (apertura de puertas, botoneras de acceso, altura de mostradores, etc.). • Facilitar el alcance óptimo de objetos aplicando pautas de ergonomía. • Ofrecer ayuda a usuarios de bastones, muletas o sillas de ruedas para salvar las barreras (nunca coger del brazo a usuarios de muletas o bastones o empujar las sillas en pendientes, etc.). • Casos de dificultad para la emisión del lenguaje: ser pacientes, dejar terminar las frases, etc.
Sensorial auditiva	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación. • Acceso a la información (verbal y escrita). 	<ul style="list-style-type: none"> • No es necesario gritar, sino advertir de nuestra presencia tocando su hombro. • Si utiliza lectura labial, eliminar los obstáculos del rostro para facilitar la lectura. • Vocalizar claramente, sin exageraciones. • Ir modulando el tono de voz, según nos demande. • Acompañar el lenguaje oral de gestos aclaratorios. • Preguntar a la persona el sistema de comunicación que utiliza. • Si usa la lengua de signos, facilitar la labor del intérprete.

Recomendaciones que deben tenerse en cuenta con una persona con discapacidad

	Dificultades	Elementos facilitadores
Sensorial visual	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación. • Desplazamientos. • Acceso a la información. • Manipulación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a orientarse en el espacio a través del acompañamiento inicial y la verbalización de las referencias concretas. • Informar sobre las distintas situaciones que se producen para que el interlocutor conozca la realidad en la que se encuentra. • Identificarse siempre. • Utilizar su nombre o tocar su mano u hombro como llamada de atención. • Avisar oralmente cuando se entra o se abandona un lugar. • No dejar las puertas semiabiertas. • Si nos ausentamos, no dejar a la persona en medio de un espacio abierto.
Psíquica intelectual	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad cognitiva, memoria y atención. • Conducta social. • Autonomía en los desplazamientos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación de seguridad y empatía evitando la sobreprotección y dependencia. • Informar con claridad sobre qué se va a realizar, cuándo y dónde. <ul style="list-style-type: none"> • Explicar tareas utilizando un lenguaje sencillo y usando imágenes para establecer la secuencia de actividad. • Limitar actividades que requieran abstracción y la petición de múltiples tareas al mismo tiempo, o en su caso establecer el orden cronológico en su realización. • Explicar con exactitud y de manera sencilla. No dar nada por entendido ni sabido.
Psíquica mental	<ul style="list-style-type: none"> • Pensamiento y atención. • Conducta social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informarse sobre las enfermedades, así como las circunstancias asociadas para eliminar prejuicios y "miedos". • Debemos comprender para no juzgar y empatizar. • Muchas de las enfermedades son perfectamente compatibles con la incorporación laboral con el tratamiento clínico adecuado (farmacológico/ terapéutico).

Además de las pautas que aquí se exponen, la Fundación ONCE y el INAP han suscrito un convenio de colaboración para, entre otras cuestiones, fomentar la incorporación de personas con discapacidad a la Administración a través del cual existe un servicio gratuito de apoyo y asistencia en todas las fases del proceso (para solicitar información específica: inappinserta.

Mar Medeiros Cuiña

Directora del Programa y Foro Inserta.
Fundación ONCE

Fuentes

- *La igualdad de trato en el empleo*. Guía práctica. Red 2 Red Consultores y Fundación ONCE. Publicación de Fundación ONCE, 2007.
- *Protocolo accesible para personas con discapacidad*. María José Fluja Leal. Publicación de Fundación ONCE, 2006.
- *Guía abreviada de atención a personas con discapacidad*. Fundación ONCE, 2005.
- *De las palabras a los hechos*. Libro Blanco de incorporación de personas con Capacidades Diferentes en Repsol España. 2009.
- *Superando barreras*. Guía para facilitar la integración de personas con capacidades diferentes. Repsol, 2010.
- www.fundaciononce.es: web institucional de Fundación ONCE. Con información para promover la inclusión sociolaboral de las personas con discapacidad a través de la promoción del empleo, la formación y la accesibilidad.
- www.foroinserta.es: plataforma de trabajo en red e innovación social que posibilita a más de 70 empresas, compartir prácticas, herramientas y experiencias que favorezcan el eficaz desarrollo de las políticas de contratación de personas con discapacidad y RSE-D.
- www.portalento.es: el mayor portal de empleo especializado en personas con discapacidad. Inserta-Fundación ONCE. Tum moracie

Contenido

Introducción a este libro.....	31
--------------------------------	----

PARTE 1

Mi compañero/a tiene esquizofrenia

1. ¿Qué es la esquizofrenia?.....	35
1.1. Síntomas de la esquizofrenia.....	36
1.2. Instauración de la esquizofrenia.....	37
1.3. Causas de recaídas.....	37
1.4. Cómo prevenir recaídas.....	38
1.5. Causa de la esquizofrenia.....	38
1.6. Tipos de esquizofrenia.....	41
1.7. Datos epidemiológicos.....	42
2. Ser el superior de una persona con esquizofrenia.....	45
2.1. Algunas consideraciones sobre la elección del puesto o rol dentro de la empresa.....	46
2.1.1. Adaptando el puesto laboral. Algunas medidas efectivas.....	48
2.1.2. El papel del supervisor o superior.....	49
2.1.3. Ajustando expectativas. Qué debe esperar un superior.....	51



3. Tengo como compañero/a de trabajo a una persona con esquizofrenia	53
3.1. Conocer a mi compañero/a de trabajo.....	55
3.2 Las virtudes de mi compañero/a	56
4. El proceso de selección de personal: Claves a tener en cuenta.....	59
4.1. Acceso al empleo a través de una oposición	60
4.2. Gestión de acceso al empleo a través de un proceso de selección de personal.....	62
5. Experiencias personales	65
5.1. “El largo camino de Nerea hacia el empleo”	66
5.2. “Mi nueva compañera de trabajo”	67
5.3. “Un soplo de naturalidad”	68
5.4. “Mi incorporación al MUNDO laboral”	69



PARTE 2

Mi compañero/a tiene un trastorno bipolar

6. ¿Qué es el trastorno bipolar?	75
6.1. Síntomas del trastorno bipolar	77
6.2. Causa del trastorno bipolar	79
6.3. Causas de la recaída (cambios).....	80
6.4. Cómo prevenir las recaídas	81
6.5. Tipos de trastorno bipolar	83
6.6. Datos epidemiológicos.....	84
7. Ser el superior de una persona con trastorno bipolar?.....	85
7.1. Algunas consideraciones sobre la elección del puesto o rol dentro de la empresa.....	86
7.1.1. Adaptando el puesto laboral. Algunas medidas efectivas	89
7.2.2. El papel del supervisor o superior	90
7.2.3. Ajustando expectativas. Qué debe esperar un superior	90



8. Tengo como compañero/a de trabajo a una persona con trastorno bipolar.....	93
8.1. Conocer a mi compañero/a de trabajo.....	94
8.2. Las virtudes de mi compañero/a.....	95
9. El proceso de selección de personal: Claves a tener en cuenta.....	97
9.1. Acceso al empleo a través de una oposición.....	98
9.2. Gestión de acceso al empleo a través de un proceso de selección de personal.....	98
10. Experiencias personales.....	99
10.1. “Un largo camino”.....	100
Bibliografía.....	107



Introducción a este libro

Cuando hablamos de trastornos mentales, de enfermedades mentales, partimos de una información que nos ha llegado por distintas vías (medios de comunicación, un conocido, comentarios de la calle, un persona concreta...), información que no siempre coincide con la realidad y que suele tener muy poco de "científica". Esto lo que genera es que cuando nos encontramos con una persona con un trastorno mental, con una esquizofrenia, con un trastorno bipolar, mientras nos está diciendo su nombre, toda esa información que hemos ido recogiendo de forma involuntaria o voluntaria aparezca como un "pantallazo" en nuestra mente, creando ya una etiqueta con esa información de la persona... que aún no conocemos, que aún no ha abierto la boca...

Le colocamos una etiqueta, etiqueta que va unida a una información, sin darle ninguna opción a decirnos quién es, cómo es, qué piensa, cómo se siente... Eso vendrá tal vez después, pero para entonces ya estará distorsionado por esa primera impresión.

Costó muchos años ver a las personas con un trastorno mental, como puede ser la esquizofrenia o el trastorno bipolar, como *PERSONAS* y no como *ENFERMOS*, pero ¿entendemos que pueden llegar al mercado laboral?, ¿que tienen derecho a tener un trabajo?, ¿que tienen derecho a que se les dé la oportunidad y los apoyos en el caso de que los precisen?...

Las generalizaciones son malas, no ayudan a las personas, el pensar que todo el mundo necesita lo mismo alinea, anula, despersonaliza.

A través de estas páginas pretendemos cambiar ese primer “pantallazo”, que cuente con información veraz, científica y basada en el conocimiento de aquellos que ya tienen en sus plantillas trabajadores con este tipo de discapacidad y/o de las propias personas con trastorno bipolar o esquizofrenia y que ya están trabajando.

Deseamos que le pueda ser de utilidad y contribuya a que pueda dar oportunidades laborales a personas que puedan tener un trastorno mental.

M^a Isabel Rodríguez Montes

Presidenta de la Fundación Empleo y Salud Mental

PARTE 1

Mi compañero/a tiene esquizofrenia



Capítulo 1

¿Qué es la
esquizofrenia?



Actualmente existe un relativo consenso internacional sobre la definición y descripción de los trastornos mentales. Los sistemas de clasificación como el DSM-IV-R y la CIE 10 han contribuido notablemente a este logro.

Esto facilita en cierta manera la complejísima tarea de etiquetar las diferentes condiciones con las que los profesionales de la salud mental podemos encontrarnos en nuestra práctica diaria.

Los trastornos psicóticos engloban un conjunto de trastornos muy heterogéneos (esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno paranoide, psicosis reactiva breve...). E. Minkowsky señala como rasgo definitorio de las psicosis "la alteración del contacto vital con la realidad", las personas tienen dificultades para diferenciar entre su mundo interno y la realidad externa.

El diagnóstico más frecuente y podríamos decir que el más grave dentro de las psicosis es la **esquizofrenia**.

1.1. Síntomas de la esquizofrenia

La persona puede presentar en la fase aguda: delirios (creencias extrañas) y/o alucinaciones. A estos síntomas se les denomina **síntomas positivos** (por exceso).

La esquizofrenia se puede manifestar con **síntomas negativos** (por defecto), cuando están en condiciones normales: apatía, anhedonia, afecto plano, pobreza del lenguaje, dificultades de atención, aislamiento, pérdida de iniciativa.

Pero también puede aparecer **desorganización** del pensamiento y del lenguaje.

Con el tiempo tienden a desaparecer los síntomas positivos y agravarse los síntomas negativos.

1.2. Instauración de la esquizofrenia

El hecho de tener un brote no quiere decir que la persona ya tenga una esquizofrenia:

- Un 25 % tras un episodio único llegan a una recuperación completa.
- Un 15-20 % evolucionará de forma negativa grave y persistente, con gran deterioro, necesidad de hospitalización y cuidados.
- Un 60 % alcanza niveles de recuperación significativos, que le permitirán llevar una vida normalizada con los apoyos que pueda precisar.
- Un 10-15 % presentará riesgo de suicidio sobre todo en fase de remisión.

1.3. Causas de recaídas

Una de las principales causas de recaída tras la confirmación del diagnóstico suele ser:

- La falta de adhesión al tratamiento psicofarmacológico o tratamiento inadecuado.
- Falta de conciencia de enfermedad.
- Alta expresividad emocional por parte de la familia: críticas, hostilidad, rechazo, excesiva implicación, interacción excesivamente emocional, sobreprotección y/o comportamiento controlador
- Acontecimientos vitales estresantes.
- Estrés laboral (mal ajuste laboral, falta de adaptación al puesto o de adaptación del puesto a la persona; alto nivel de exigencia).
- Consumo de sustancias psicoactivas (especialmente cannabis).

- Comorbilidad (la presencia de otros trastornos o enfermedades que afectan al diagnóstico principal de esquizofrenia): ansiedad, alteraciones del estado de ánimo, insomnio.

1.4. Cómo prevenir recaídas

Como en otras enfermedades, cuanto más conozcamos de ella más nos ayudará a cuidarnos y prevenir recaídas, por ello es sumamente importante que la persona conozca qué aspectos o factores debe tener en cuenta para evitar la recaída. Estos aspectos también es importante transmitirlos a otras personas (familia, trabajo), porque el hecho de conocerlos les ayudará a la hora de apoyar a la persona que tiene una esquizofrenia.

- Reducir el estrés. Mejorar la capacidad de la persona para afrontar situaciones diferentes.
- Establecer estrategias que faciliten la continuidad del tratamiento.
- Restringir consumo de alcohol y/o drogas.
- Entrenamiento en la persona y el entorno en la identificación de signos que pueden predecir el inicio del brote y qué hacer ante su aparición.
- Tener hábitos de vida saludable: horarios regulares, alimentación equilibrada, ejercicio físico, descanso, ocio, patrones de sueño.
- Saber pedir ayuda cuando uno empieza a notar los primeros signos.

1.5. Causa de la esquizofrenia

Existe una clara **influencia genética** evidenciada en los estudios con familias y gemelos. Los hijos de padre y madre con

esquizofrenia tienen un 46 % de probabilidad de desarrollar la enfermedad. La probabilidad desciende al 17 % cuando sólo uno de los progenitores padece la enfermedad. En gemelos monocigóticos la probabilidad es del 48 %, lo que deja un porcentaje importante aún sin explicar que podría ser atribuible a causas ambientales.

En cuanto a las **causas orgánicas o estructurales** aún no existen datos definitivos aunque sí líneas de investigación.

Estructuralmente se ha evidenciado una reducción en la corteza cerebral de los lóbulos frontales y temporales y una dilatación ventricular que podría ser el origen de algunos de los síntomas.

Las teorías que apoyan la **causa bioquímica** que apuntan a los neurotransmisores en el desarrollo de la esquizofrenia se basan en la eficacia de los fármacos antipsicóticos en el tratamiento de los síntomas de la enfermedad.

Los síntomas negativos y cognitivos de la esquizofrenia parecen causados por una disminución del nivel de **dopamina** en la corteza prefrontal, esta tiene funciones de neurotransmisor del sistema nervioso central.

Esta hipofrontalidad, a su vez, provocaría un aumento de la actividad dopaminérgica en el **núcleo accumbens** (se le atribuye una función importante en la recompensa, la risa, el placer, la adicción y el miedo), lo que causa los síntomas positivos de la esquizofrenia. Los antipsicóticos clásicos bloquean los receptores dopaminérgicos, que disminuyen los síntomas positivos pero agravando los síntomas negativos. Los atípicos consiguen regular el grado de concentración del neurotransmisor en cada región, disminuyendo la concentración en el sistema límbico y aumentándola en la corteza prefrontal.

En el intento de explicar el origen de la esquizofrenia surge el **Modelo de Vulnerabilidad** (Zubin y Spring, 1977). Este

modelo apuesta por que la vulnerabilidad de un individuo puede definirse como la predisposición a desarrollar un episodio esquizofrénico cuando las circunstancias vitales (externas y/o internas) producen un grado de estrés tal que supera el umbral de tolerancia de dicha persona.

La hipótesis de la vulnerabilidad asume que el concepto de esquizofrenia no implica un desorden crónico, sino una permanente vulnerabilidad a desarrollar dicho desorden. En la mayoría de los casos la enfermedad se inicia antes de los 25 años, un poco antes en hombres (17-25 años) que en mujeres (23-32 años). En la adolescencia ocurren cambios madurativos en el cerebro que podrían ser la causa de la aparición de los síntomas de la esquizofrenia. Los cambios en esa etapa de la vida podrían causar la hipofrontalidad que provoca los síntomas negativos y cognitivos. Con el tiempo, la falta de estimulación prefrontal conllevará a un exceso de actividad dopaminérgica en otras áreas del cerebro que dan lugar a los síntomas positivos de la esquizofrenia.

En cuanto a las causas ambientales, unos acontecimientos vitales estresantes o un ambiente social, laboral o familiar poco favorecedor pueden contribuir a una agudización de la enfermedad.

Ayudará a prevenir recaídas y tener una mejor calidad de vida:

- Llevar una vida tranquila y ordenada.
- Cuidar el patrón del sueño.
- Tener hábitos de vida saludable.
- Cuidar las situaciones de sobreesfuerzo y/o competitividad.
- No consumir sustancias que puedan alterar los niveles de los neurotransmisores (alcohol, drogas).
- Y un buen seguimiento del tratamiento.

1.6. Tipos de esquizofrenia

Según el DSM-IV, existen varios subtipos de esquizofrenia:

a. Paranoide:

- Preocupación por uno o varios delirios o frecuentes alucinaciones auditivas.
- No existe predominio de los siguientes síntomas: habla desorganizada, conducta catatónica o desorganizada o afecto plano o inapropiado.

b. Desorganizada:

- Son predominantes todos los siguientes síntomas: habla y conducta desorganizada y afecto plano o inapropiado.
- Los criterios para el tipo catatónico no se cumplen.

c. Catatónica:

Al menos hay predominio de dos de los siguientes síntomas:

- Inmovilidad motora evidenciada por catalepsia o estupor.
- Actividad motora excesiva (aparentemente sin propósito y no influida por estímulos externos).
- Negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a cualquier indicación o mantenimiento de una postura rígida en contra de los intentos de ser movido) o mutismo.
- Movimiento voluntario peculiar, evidenciado por posturas extrañas (posturas puestas de forma voluntaria inapropiadas o bizarras), movimientos estereotipados, manierismos prominentes o muecas llamativas.
- Ecolalia o ecopraxia.

d. Indiferenciada:

Los criterios para el diagnóstico de los subtipos catatónico, paranoide o desorganizado no se cumplen a pesar de estar presentes en la actualidad los síntomas del primer criterio para el diagnóstico de esquizofrenia.

e. Residual:

- No son predominantes los siguientes síntomas: alucinaciones, delirios, habla desorganizada o comportamiento desorganizado o catatónico.
- Hay evidencia del trastorno dada la presencia de síntomas negativos o dos o más síntomas atenuados de los indicados en el primer criterio para el diagnóstico de esquizofrenia.

Podríamos decir que se trata de una misma enfermedad que cursa con diferentes manifestaciones.

1.7. Datos epidemiológicos

El riesgo de padecer esquizofrenia para la población general durante la vida es del 1 %. La incidencia (número de casos nuevos cada año) oscila entre el 0,01 % y el 0,06 %. La diferencia de proporciones se explica por la naturaleza de la enfermedad. Se trata de un trastorno de larga duración, por lo que la prevalencia (1 %) contemplaría tanto los casos diagnosticados antes de ese año como los nuevos casos.

- a. Diversos estudios han confirmado la existencia de síntomas y signos de la enfermedad en todas las culturas y etnias.
- b. Respecto a la clase social, se ha observado que existen tasas más elevadas de esquizofrenia en clases sociales bajas. Algunas teorías argumentan que en muchos casos la esquizofrenia es la causa y no la consecuencia del estatus de la persona. La presencia de la enfermedad contribuye al fracaso de los esfuerzos de la persona para mantener su nivel socioeconómico o ascender en el mismo.
- c. Igual prevalencia en hombres que en mujeres:
 - Con relación a la edad de inicio en hombres es más temprana (15-25 años) que en mujeres (25-35 años).

- El pronóstico es más favorable en las mujeres la aparición más tardía de la enfermedad permite el establecimiento y consolidación de un mayor número de factores de protección como la red social, el apoyo familiar, una mayor formación académica o el inicio de una trayectoria familiar.

Podríamos devolver la pregunta y hacernos la siguiente: ¿por qué no contratar a una persona con esquizofrenia?

Capítulo 2

Ser el superior de una persona con esquizofrenia



De entrada cuando una persona con esquizofrenia opta a un empleo, hay detrás una labor muy importante de trabajo personal, de autoconocimiento, de trabajo sobre los síntomas y de cómo cuidarse, por lo tanto no estamos hablando de una persona que esté en una fase aguda, ni una persona que no sepa que le está pasando.

Si como empresario, como empleador, tenemos claro que queremos para el puesto una persona con discapacidad, ya sea por cumplir con la ley o por responsabilidad social, lo primero sería ver si el perfil es el adecuado para el puesto que deseamos cubrir y no quedarnos en la etiqueta. Sin dar la oportunidad, tendrá muchas probabilidades de poder estar perdiendo un buen trabajador.

2.1. Algunas consideraciones sobre la elección del puesto o rol dentro de la empresa

La persona con esquizofrenia puede ser en algún momento más sensible a las situaciones estresantes, pudiendo favorecer que la persona esté más susceptible, más referencial, con sensación de que los demás hablan de él/ella (eso no quita que en ocasiones puede ser la realidad), estos podrían ser síntomas de reagudización.

Por eso es tan importante el mantener una buena comunicación, hablar directamente con la persona, de una forma clara y sin rodeos o dobles sentidos que puedan generar una mala comprensión de las indicaciones u órdenes. Permitiendo

siempre una línea de comunicación fluida que permita aclarar las dudas evitando así el poder generar malas interpretaciones, puentes o información tergiversada.

La elección del puesto tendrá mucho que ver con las capacidades o potencialidad de la persona, pero también será importante que tengamos en cuenta sus dificultades. Para ello nos puede ayudar el hacer una **análisis DAFO**, aunque normalmente se usa para el análisis de empresas o proyectos, también nos podría ser útil para resolver algunas cuestiones con la persona.

Ejemplo

Juan es un joven de 32 años con una esquizofrenia diagnosticada desde los 23 años. En esos momentos estaba estudiando 4º de Arquitectura.

Tras el primer brote, intentó continuar con los estudios, pero cada vez le resultaba más difícil, no podía concentrarse, tenía que leer varias veces el mismo texto para comprenderlo y conseguir retener los datos era un esfuerzo sobrehumano. Aun así continuó el curso, pero en el momento de los exámenes finales, las escasas horas de sueño, el exceso de horas sentado ante los libros, la mala alimentación y el propio estrés de los exámenes desembocó en un nuevo brote.

A partir de aquí, Juan decide organizar su vida, dejarse ayudar por profesionales. Primero, saber bien qué le estaba sucediendo, tarea nada fácil, que su familia también lo entendiese y, por último, y más difícil, **hacer un nuevo proyecto de vida**.

Además del itinerario que ha tenido que realizar para conocer y mantener “a raya” su enfermedad, comenzó a formarse en aquello que él creía que era bueno, se le daba muy bien dibujar y también la informática, también se dio cuenta de que precisaba de ambientes tranquilos y eso se lo ofrecía el

ordenador, por lo que se formó en manejos informáticos que tuviesen que ver con diseño de muebles, interiorismo, decoración, elaboración de presupuestos...

Ha hecho proyectos para amigos y familiares y, a pesar de cobrar una prestación económica, mantiene una búsqueda activa de empleo.

Análisis DAFO de Juan

	Fortalezas	Debilidades
Análisis Interno	<ul style="list-style-type: none"> • Constante • Buena capacidad de aprendizaje • Alta motivación 	<ul style="list-style-type: none"> • Influencia del ambiente • Dificultad ante el estrés • Sobreimplicación
	Oportunidades	Amenazas
Análisis Externo	<ul style="list-style-type: none"> • Nuevas tecnologías • Altos conocimientos previos • Demanda del mercado 	<ul style="list-style-type: none"> • Horarios muy prolongados • Alto nivel de exigencia • Rechazo/aislamiento

Estos datos deberían ayudar a saber:

- ¿Cómo se puede potenciar cada fortaleza?
- ¿Cómo se puede aprovechar cada oportunidad?
- ¿Cómo se puede proteger cada debilidad?
- ¿Cómo se puede evitar cada amenaza?

2.1.1. Adaptando el puesto laboral. Algunas medidas efectivas

Está claro que cualquier adaptación del puesto pasará por conocer las necesidades de la persona, sus capacidades y sus debilidades. A esto ayudará el mantener un buen nivel de

comunicación, el crear un espacio para el diálogo en el que el trabajador pueda decir cómo se siente y qué cosas le pudiesen estar generando un problema. Claro está que a todo esto habrá que añadir cuáles son las exigencias del puesto.

Ejemplo 1. Una persona que trabaja situada de espaldas a un espacio donde hay otras personas trabajando y observamos que esto le podría estar generando un mayor grado de estrés y desconfianza (no sé lo que pasa detrás de mí, podrían estar hablando de mí). La solución sería hablar con el trabajador para saber qué le inquieta y ofrecerle un cambio, este podría ser poner a la persona a trabajar al lado o detrás de los compañeros/as.

Ejemplo 2. Una persona trabaja en un departamento en el que hay diferentes mandos y no se deja claro de quién depende, pudiendo recibir órdenes de todos ellos, esta situación podría ser muy estresante y generar la sensación de no saber bien a quién debe atender. Esto se solucionaría con tener una persona de referencia directa para la organización y seguimiento de la tarea.

Ejemplo 3. Una persona cada día que llega al trabajo no sabe con qué se va a encontrar, se la utiliza como comodín y la tarea depende de las necesidades de cada día o de las personas que le distribuyen el trabajo. Esto podría generar en la persona gran desconcierto, dificultando el poder llegar a generar rutinas, o el secuenciar el ritmo de trabajo en la jornada laboral (como no sé si me mandarán algo más, tengo que hacerlo rápidamente).

El generar un plan de trabajo que el trabajador pueda conocer con antelación le producirá seguridad, confianza en sí mismo y evitará el estrés de la incertidumbre.

2.1.2. El papel del supervisor o superior

En muchas ocasiones el supervisor es la persona de referencia para dudas, necesidades, aunque perfectamente este papel también lo podría realizar un/a compañero/a.

El supervisor debe generar ese espacio de comunicación que permita conocer mejor al trabajador, sus necesidades, sus capacidades..., también deberá ser el responsable de que se hagan las adaptaciones necesarias del puesto, sabiendo que todo ello contribuirá en tener a un trabajador mucho más eficaz y eficiente.

El hecho de que el supervisor disponga de mayor información siempre dependerá de que el trabajador tenga el nivel de confianza suficiente para compartirla, y este deberá usarla solo como ayuda para el apoyo. Este tema es muy delicado ya que suele generar duda el poder confiar o no en esta persona.

Ejemplo. Una persona tras una recaída al regresar al trabajo decide confiar en su supervisor y contarle lo sucedido, pensando que así le comprenderá mejor y le puede ayudar en su incorporación.

- A.** El supervisor se queda con esta información y sin comentar nada le cambia de lugar de trabajo.
- B.** El supervisor le ofrece su ayuda solicitándole que le cuente si precisa algo que pueda ayudarle en su incorporación.

Está claro que en la opción A el trabajador se quedará sin saber si ha sido bueno contar lo que le sucede o no, y, dependiendo de cómo le vaya en el cambio, podrá incluso pensar que le ha querido perjudicar.

En la B el trabajador entenderá que puede contar con él en caso de necesidad.

2.1.3. Ajustando expectativas. Qué debe esperar un superior

Hemos repetido varias veces la palabra comunicación, pero en muchas ocasiones la comunicación no es algo espontáneo, sería un error pensar que siempre surge así y que la persona nos va contando cómo se siente, qué es lo que necesita o qué le está preocupando.

Para llegar a este punto tiene que haber un buen nivel de confianza, como sucede con cualquier persona, y esta tampoco tiene que ser con el supervisor, o exclusivamente con este, muchas veces es más fácil con los compañeros/as.

Por esta razón el supervisor debe tener una actitud proactiva, no esperar acontecimientos y, sobre todo, ofrecer al trabajador su apoyo si observa alguna dificultad.

Capítulo 3

Tengo como compañero/a de trabajo a una persona con esquizofrenia



Este hecho no debería producir ningún cambio a priori, como no lo produciría el hecho de tener un compañero/a hipertenso, diabético o con hipotiroidismo. No debería generar ningún cambio a nivel de tener que tratarle de una u otra manera, de tener alguna obligación de llevarse bien con él o aspectos similares, eso es algo al margen de la posible enfermedad de la persona, dependerá de nuestras afinidades, de la empatía o, también, de nuestra situación personal.

Pero lo que sí es cierto es que el saberlo nos puede ayudar a comprenderle mejor alguna situación, pero de la misma manera que nos ayudaría comprender, entender o conocer otras enfermedades.

Si tengo un compañero/a que nunca pide café, que en alguna ocasión ha sufrido mareos y que además veo que se toma una medicación, si hay el nivel de confianza suficiente como para que me cuente que es hipertenso esto me podrá ayudar a entender lo que le pasa y poder ofrecerle mi ayuda. Pero, claro está, esto dependerá de que mi compañero/a tenga ese nivel de confianza conmigo, única y exclusivamente.

Si tengo un compañero/a que en ocasiones está menos comunicativo, que cuando hay un exceso de trabajo y ese no ese ha planificado tiende a estresarse, que le cuesta pedir ayuda... ¿el hecho de saber que tiene una esquizofrenia me podría ayudar a entenderle?, la respuesta es que depende. Si seguimos el ejemplo del compañero/a con hipertensión la respuesta sería sí, sería lo normal, lo natural.

Pero hoy en día depende de la información que yo tenga de lo que es una esquizofrenia, depende de que sea la propia persona quien me lo haya contado, depende de que esa persona quiera que yo le ayude, depende del nivel de confianza que tengamos...

Es cierto que en muchas ocasiones tener que vivir siempre con ese secreto genera cierto aislamiento, pero también es cierto que solo debe depender de la persona el contarle o no y, de hacerlo, el decidir el cómo, el cuándo y a quién.

3.1. Conocer a mi compañero/a de trabajo

Si tiene la suerte de que su compañero/a le ha contado lo que le pasa, eso querrá decir que hay un buen nivel de confianza, pero también supone una responsabilidad (responsabilidad entendida no como carga, sino como reconocimiento, como confianza). Es importante huir de las preguntas morbosas y saber qué le suele pasar cuando está mal, cómo reconocer si comienza a estar mal y cómo se le puede ayudar.

Ejemplo 1. Un compañero/a con el que lleva trabajando un tiempo le cuenta que ha faltado al trabajo porque ha estado ingresado por una reagudización de su enfermedad, que es esquizofrenia.

Su reacción es pensar en toda la literatura que conoce, sobre todo del cine y comienza a hacerle preguntas para satisfacer su curiosidad: ¿cómo es la gente que está ingresada?, ¿qué cosas hacen?, ¿de qué iban sus alucinaciones?, ¿oía voces?...

Probablemente poca ayuda le estará prestando en ese momento y menos le podrá ofrecer en el futuro pues esa información no le está dando ningún dato de cómo se siente, ni de cómo le puede ayudar.

Ejemplo 2. Si una persona tras un periodo de baja decide contarle que ha estado ingresado, usted busca un lugar tranquilo, en el que haya las menores interrupciones, le pregunta

qué tal se encuentra y permite que él cuente lo que quiera y cómo quiera, sin cerrar las preguntas, haciendo las menos posibles pero sí mostrando interés por lo que le cuenta y permitiéndole hacerlo hasta dónde quiera. Probablemente este solo hecho ya le está sirviendo de ayuda, le está permitiendo comunicarse, compartir y, lo más importante, le está brindando la oportunidad de contar con alguien.

3.2. Las virtudes de mi compañero/a

Cuando una persona con esquizofrenia decide buscar trabajo y lo consigue, detrás hay un esfuerzo inimaginable, probablemente muchos de nosotros con la mitad hubiésemos tirado la toalla.

Dada la edad de comienzo de la enfermedad, en muchas ocasiones coincide con el periodo formativo o con las primeras experiencias laborales. El comienzo de la enfermedad supone una alteración en la vida cotidiana, por lo que se produce un periodo de pérdidas y fracasos (en los estudios, en las amistades, en la familia, en los planes de futuro...) hasta que se consigue estabilizar y rehacer su vida.

En muchas ocasiones la persona debe hacer un nuevo proyecto de vida, muy diferente al que tenía pensado antes de la enfermedad. Las estadísticas hablan que desde los primeros síntomas hasta que una persona es diagnosticada, transcurren unos dos años. Para considerar el diagnóstico hasta definitivo deberán haber un mínimo de dos brotes en un periodo de al menos dos años y desde este momento hasta que la persona se incorpore al trabajo pueden pasar una media de 8 años.

A la hora de acceder al trabajo, al principio debe graduar muy bien sus capacidades (como volver a coger el ritmo) y también luchar contra el estigma (decir o no lo que le sucede).

Al principio hemos hablado de los síntomas negativos y los síntomas positivos. La persona debe estar luchando en el periodo que está bien con esos síntomas negativos a los que se sumarán los efectos secundarios de la medicación (cansancio, somnolencia, aumento de peso...).

Si a pesar de todo esto una persona sigue deseando trabajar y lucha por llegar a un puesto de trabajo, está claro que va a pelear por mantenerlo. Tenemos a nuestro lado un luchador, un campeón... alguien que cree en el esfuerzo de levantarse cada mañana ¡no se lo pongamos más difícil!

Capítulo 4

El proceso de selección de personal: Claves a tener en cuenta



El proceso de selección es un momento clave para el trabajador y también para la empresa, el trabajador tiene que mostrar en poco tiempo todos sus conocimientos conseguir ser seleccionado y la empresa tiene que conseguir ver todas las potencialidades del candidato para conseguir hacer una buena selección.

Muchas veces habrán oído la expresión “sabe venderse muy bien”. Hay personas que consiguen venderse tan bien que nos resulta difícil ver posibles aspectos negativos. No es el caso de las personas con enfermedad mental, y en especial con esquizofrenia, en muchas ocasiones las habilidades sociales están afectadas, y suele haber un nivel de autoestima bajo, por lo que suelen “venderse mal”.

Será labor importante tener en cuenta estos aspectos para ajustar o adaptar el proceso de selección, pues de lo contrario no tendrán ninguna oportunidad.

4.1. Acceso al empleo a través de una oposición

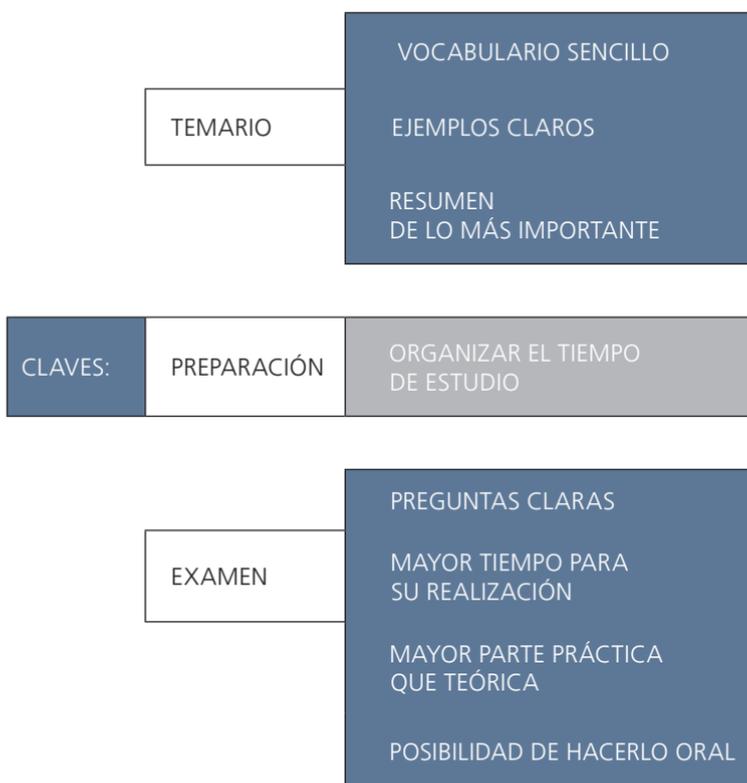
El acceso al empleo a través de una oposición da la posibilidad de margen de tiempo para prepararse, el poder organizarse para que no se convierta en una actividad estresante, pudiendo establecer horarios y planificar rutinas. En esta parte no está el problema, sino que lo encontramos en la parte de temario, normalmente este suele ser denso, en ocasiones una lectura espesa y de difícil comprensión con muchos datos a memorizar.

Pocas veces se encuentran con temarios adaptados, salvo en oposiciones ya convocadas específicamente para personas con discapacidad aunque no siempre se tienen en cuenta a las personas con enfermedad mental.

A esto se suma que, con la situación de desempleo, cuanto menor es el nivel de cualificación exigido para el puesto más personas se presentan y, con mucha frecuencia, con un nivel de cualificación mucho más alto del exigido, convirtiéndose en una tremenda competencia.

La adaptación del temario y el examen para una oposición pasa por intentar utilizar un lenguaje adaptado y aumentar la parte práctica en detrimento de la parte teórica.

Además, a la hora de hacer la prueba escrita, se debería facilitar más tiempo para su realización o, incluso en algunas personas, facilitar el hecho de poder hacerlo de forma oral.



4.2. Gestión de acceso al empleo a través de un proceso de selección de personal

El acceso a través de un proceso de selección personal permite al responsable de recursos humanos tener un contacto directo con la persona que se presenta al proceso de selección, pero también suele comportar una situación de mayor estrés, ya que la persona se juega todo en ese contacto.

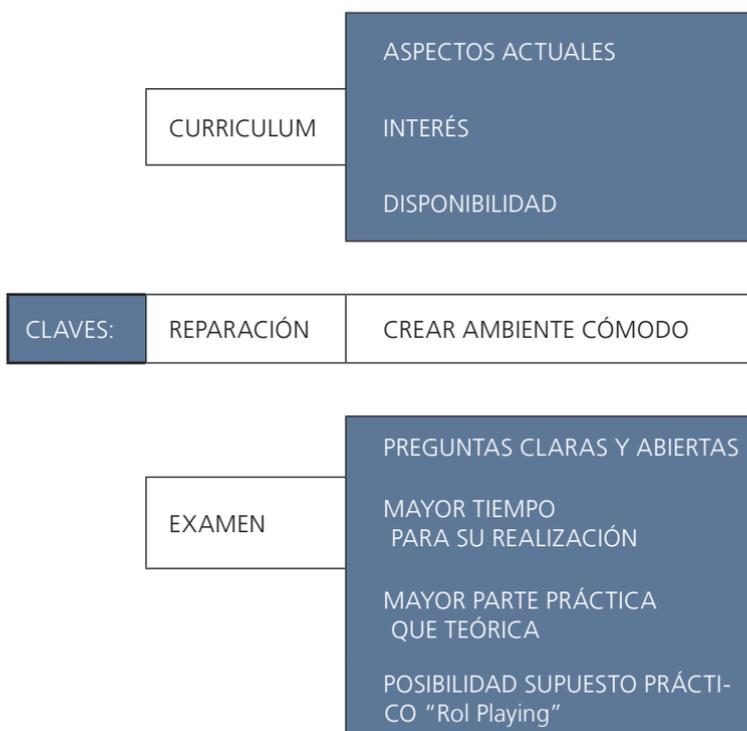
Por una parte, es importante la elaboración de un buen currículum en el que se pueda ver bien el desarrollo profesional de la persona. En ocasiones, en la lectura que puede hacer el seleccionador que tiene este currículum delante es que hay un largo periodo de tiempo en el que la persona no ha estado formándose ni tampoco ha tenido contacto con el empleo; o, por el contrario, que ha tenido un alto número de contratos pero de muy corta duración.

El responsable de recursos humanos podría interpretarlo como falta de interés o fracasos laborales y puede que en la entrevista pueda surgir esta pregunta, o que la persona que va a ser entrevistada esté pensando que le van a hacer algunas preguntas relacionada con este aspecto y esto sea lo que pueda llegar a generarle un dificultad para realizar una buena entrevista.

Es necesario crear un clima adecuado que nos permita conocer realmente el potencial de la persona que está en este proceso de selección. Para ello nos ayudará el poner a la persona en la situación del trabajo que deberá realizar (a través de Rol Playing, supuesto práctico, o incluso con la realización de una tarea *in situ*).

El responsable de recursos humanos podría interpretarlo como falta de interés o fracasos laborales y puede que en la entrevista pueda surgir esta pregunta, o que la persona que va

a ser entrevistada esté pensando que se le van a hacer algunas preguntas relacionada con este aspecto y esto sea lo que pueda llegar a generarle un dificultad para realizar una buena entrevista.



Es necesario crear en clima adecuado que nos permita conocer realmente el potencial de la persona que está en este proceso de selección. Para ello nos ayudará el poner a la persona en la situación del trabajo que deberá realizar (a través de Rol Playing, supuesto practico, o incluso con la realización de una tarea *in situ*).

Capítulo 5

Experiencias personales



5.1. El largo camino de Nerea hacia el empleo

Nerea es una joven que a los 24 años y, tras un viaje de cooperación internacional, se le desencadena un brote psicótico. En esos momentos de gran dureza para ella, por encontrarse fuera de España en un ambiente estresante y sin ningún tipo de apoyo, regresa a España sin saber muy bien lo que le estaba sucediendo.

En ese momento ya había finalizado sus estudios de Trabajadora Social y estaba comenzado a tener sus primeros contactos con el mundo laboral. Tras ese primer brote en el que la familia tampoco entiende muy bien lo sucedido, continúa con su vida normal, aunque ya comienzan a parecer algunos signos de la enfermedad.

Por su profesión acaba trabajando con personas en riesgo de exclusión social y comienza a mostrar una sobreimplicación que suele acabar con un alto nivel de estrés, generándole ansiedad y, con el tiempo, un nuevo brote. Cuando se confirma el diagnóstico de esquizofrenia, no lo acepta, ella tiene una idea previa de cómo debe ser una persona con esquizofrenia y no se identifica.

Este hecho hace que no consiga una buena adherencia al tratamiento y que sus hábitos de vida no ayuden a evitar recaídas. Continúa su vida laboral en distintos empleos todos relacionados con su profesión, pero generándole cada vez mayor estrés, más aislamiento y desconfianza.

Tras cerca de 10 años desde ese primer brote, ha pasado por varios tratamientos, no solo farmacológicos, sino también psicoterapéuticos que la han ayudado a tener una conciencia más clara de su trastorno, cómo conocer los síntomas y cómo pedir ayuda.

Ha tenido que hacer una nueva orientación laboral hacia trabajos que le generen menor nivel de estrés y de implicación emocional, tarea que no ha sido nada fácil pues suponía la renuncia a su vocación.

En estos momentos, tras aprobar una oposición trabaja en la Administración pública y ella misma ha elegido a dos compañeras de trabajo y un profesional de salud mental para que le den apoyo en el empleo.

5.2. “Mi nueva compañera de trabajo”

La llegada de Nerea al puesto de trabajo fue precedida de muchos comentarios entre los compañeros/as. Sabíamos que venía a través de unas plazas específicas que habían sacado para gente con algún tipo de enfermedad o discapacidad, pero no sabíamos mucho más. Personalmente, yo no sabía cuál era el problema de Nerea, y creo que, como yo, otros muchos compañeros/as tampoco. Pienso que en el caso de la enfermedad mental todavía hay miedos y reparos a la hora de decir esta persona tiene esquizofrenia, es depresiva, tiene trastorno bipolar... Esto se presta a que haya comentarios que no se ajustan a la realidad y no creo que ayuden a la integración de la persona con enfermedad mental.

La primera vez que me enteré de cuál era realmente su enfermedad ya había pasado bastante tiempo desde su llegada y fue la propia Nerea la que me lo contó. Me sorprendió la naturalidad con la que hablaba de su enfermedad, lo asumida e integrada que la tenía en su vida. Pienso que, por desconocimiento, este tipo de enfermedades nos dan más miedo al resto que a la propia persona.

Creo que no pensé nada en especial cuando me dijeron que venía Nerea y todos los prejuicios que pudiera tener

fueron desapareciendo a medida que la conocí. Nerea es una compañera estupenda, con una capacidad de trabajo enorme (a veces excesiva), y que cuando está de buen humor da gusto tenerla al lado. Como compañera ha aportado entrega y sensibilidad, además de una gran experiencia vital. En cuanto a las debilidades, destacaría una sensibilidad a veces extrema y cierta incapacidad para desconectar de los problemas en el trabajo.

En resumen, creo que el hecho de que Nerea esté entre nosotros ha enriquecido nuestro lugar de trabajo. Pues, si bien en ocasiones requiere una atención mayor y una dosis de paciencia superior a la que tenemos con otros compañeros/as, su presencia también ha despertado el compañerismo, la empatía y la intimidad entre todos los que trabajamos con ella.

5.3. “Un soplo de naturalidad”

Cuando Nerea llegó al trabajo, se produjeron los típicos grupillos, miradas y preguntas para saber quién era, de dónde venía... Sabíamos que provenía de una oposición para personas con discapacidad, y esto también era nuevo, por lo que generaba más curiosidad... Pero por ese trance también habíamos pasado los demás, y al igual que nos sucedió a todos, pasadas unas semanas ya a nadie le preocupaba.

El ser una de las personas en las que Nerea había decidido confiar me hizo sentir muy bien. En un principio tampoco sabía en qué podría ayudarla, pero me hacía sentir bien la posibilidad de que yo pudiese serle de ayuda.

La verdad es que ha sido al revés, creo que ella me ha ayudado a muchas cosas, a ser capaz de hablar de sentimientos, a sacar la coraza que muchas veces nos ponemos en el trabajo para dar una imagen y ser capaz de hablar desde dentro...

Nerea creo que nos aporta a todos los compañeros/as de trabajo un soplo de naturalidad, algo que se agradece.

5.4. “Mi incorporación al MUNDO laboral”

Podría decir, sin exagerar ni una pizca, que el motor de mi vida ha sido y sigue siendo el trabajo.

El trabajo es el eje sobre el que gira mi vida y cuando no lo tengo me siento como una brújula que no es capaz de localizar el norte.

Puedo decir que soy una mujer afortunada, trabajo en lo que me gusta y me pagan por ello. Pero también debo reconocer que llegar hasta este punto no ha sido nada fácil y que hay días que me cuestan... me cuestan una barbaridad.

Trabajo en un lugar muy agradable, es la biblioteca de una Universidad de Bellas Artes, estoy en contacto con libros, con exposiciones, con alumnos, con profesores. Se podría decir que mi trabajo es de todo menos aburrido.

Entre mis tareas está la de clasificar las donaciones, ver qué libros merecen la pena y deben ser mantenidos en la biblioteca y cuáles, por estar repetidos o ser de bajo interés, serán retirados o donados a otros lugares.

Estoy en la sección de arte, por lo que pasan todo tipo de libros, me fijo en los títulos, ojeo sus páginas, veo quién es el autor, o sus láminas... estarán pensando que pierdo mucho tiempo... les aseguro que no, soy capaz de hacer eso y mantener el ritmo, incluso en ocasiones demasiado acelerada, y mis compañeras me lo señalan.

También participo en la organización de exposiciones, momento súper creativo, y de trabajo en equipo, en el que cada uno aporta ideas y al final ves el resultado cuando empieza a llegar el público.

Pero llegar hasta aquí no ha sido nada fácil, ni todos los días en el trabajo son maravillosos.

Mi enfermedad comenzó cuando yo tenía 24 años, había finalizado ya mis estudios de Trabajadora Social, y había comenzado ya alguna actividad laboral.

Después de ese primer brote, la sensación era muy extraña, no sabía muy bien lo que me había sucedido, y mi familia menos, incluso tenía la sensación de que era algo que yo había provocado.

Continué mi vida, me fueron saliendo distintas oportunidades laborales, y yo no decía que no a nada, casi siempre trabajos de corta duración y con población de jóvenes en riesgo de exclusión social... mucho trabajo en la calle, situaciones personales y familiares muy complicadas; mucha implicación por mi parte... y un nuevo brote.

Como pude me rehíce y seguí buscando trabajo, y en aquel momento encontraba, la verdad es que me gustaba mucho, y creo que además era buena, me resultaba fácil empatizar con la gente con la que tenía que trabajar, pero también reconozco que me sobreimplicaba y eso me producía al final un estrés importante.

Mi forma de relajarme siempre ha sido las bibliotecas y el arte, tanto para observarlo como para crear, me gusta pintar. Por eso les decía lo afortunada que soy, a pesar de lo vivido.

Desde esos momentos a hoy en día, mi vida ha dado muchas vueltas, muchos momentos, decisiones, pérdidas, soledad, miedos...

Tras uno de los ingresos, el psiquiatra me planteó que era importante que pensase en un nuevo proyecto de vida laboral, parece que trabajar de Trabajadora Social me producía una sobre implicación y una carga emocional que en nada ayudaba a mi enfermedad..., perdón, no he dicho que me llamo Nerea y tengo una enfermedad llamada **esquizofrenia**. Alguno de los jóvenes con los que yo trabajaba también la tenían.

Reconozco que me cuesta decirlo, que me gustaría tener otro diagnóstico y que durante mucho tiempo me he resistido a aceptarlo. Pero esa era la realidad y debía pensar en cómo rehacer mi vida, buscar trabajo de nuevo y seguir adelante.

En ese momento me enteré de la convocatoria de unas oposiciones para personas con discapacidad, pensé que podía ser una oportunidad, una de las plazas era la de auxiliar de biblioteca. Comencé a preparar el temario, buscar documentación, preparar los temas, al principio me costaba un poco, pero pronto cogí el ritmo, siempre me ha gustado leer. Acudí a una asociación de personas con enfermedad mental, pues contaban con una profesora de adultos que me facilitó alguno de los temas. También me fui a una copistería donde alguna vez había acudido para hacer fotocopias y les pedí si me podían enseñar a utilizar las fotocopiadoras, el fax, la encuadernadora..., pues todo esto entraba en el temario. Lo cierto es que todo el mundo se portó fenomenal, yo tampoco me estaba parada.

Para el examen conté con adaptación del tiempo, para mí eso era importante pues a veces lo que me cuesta es fijar la atención, más cuando estoy nerviosa, pero lo cierto es que me resultó muy fácil.

Cuando salieron las notas, me lleve una gran alegría, ¡había aprobado con el número uno! No sabía aún donde me darían la plaza pero de nuevo volvería a tener trabajo, a tener la oportunidad de ser una persona activa, tener un salario, volver a vivir independiente... suponía un gran cambio en mi vida.

De eso han pasado ya dos años, al principio me costó un poco adaptarme al trabajo, el puesto no estaba bien definido, cada día tenía unas funciones distintas; dependía de demasiadas personas eso hacía que me sintiese como si todo el mundo me pudiese decir lo que tenía que hacer. Intentaba ir súper rápida, por si no me daba tiempo a acabar la tarea, y al final acababa agotada.

A eso se sumó que le conté a una compañera lo que me sucedía y esta pensó que era bueno mandar un correo a todos los compañeros/as para que “supieran lo que me pasaba y me entendiesen mejor”, fue horrible, cuando llegue al día siguiente al trabajo sentía que todo el mundo me miraba, me sentía expuesta, desnuda... ¡qué malos momentos!

Pero en este momento me alegro, pues después de esos momentos malos me di cuenta de que ya no tenía que dar ninguna imagen, ya podía ser yo misma, no estar pendiente de si me notarían algo.

Al final elegí a dos compañera y a mi terapeuta de apoyo para ver cómo podíamos reorganizar esto de nuevo, la verdad es que tengo mucha suerte de tenerlas como compañeras, desde el principio se ofrecieron para ayudarme en planificar las tareas, graduar el ritmo y a prevenir situaciones de estrés. Me sirven de espejo, ellas me dicen cómo me ven en el trabajo y eso unido a como yo me siento me ayuda a “afinar” mejor.

El trabajo me ofrece unos ingresos con los que he podido independizarme, pero también me ofrece volver a tener un círculo de amigos, contactos con personas fuera del ámbito de la salud mental y hacer una actividad que me gusta. Creo que mi vida sin él sería muy diferente, y mi salud mental también.

Capítulo 6

¿Qué es el
trastorno bipolar?



Todas las personas experimentamos en algún momento de nuestras vidas cambios en el estado de ánimo. La condición patológica viene determinada por la intensidad, duración e impacto de estos sentimientos sobre el funcionamiento de la persona.

El trastorno bipolar es una enfermedad que afecta a los mecanismos que regulan el estado del ánimo de la persona, la persona pierde el control, produciéndose fuertes oscilaciones que pueden ir desde la euforia a la depresión. Es una enfermedad crónica, episódica y recurrente, tratable con medicamentos pero en la que también hay que cuidar el ambiente.

Una persona con trastorno bipolar no tiene por qué tener afectada la parte cognitiva, es decir, el hecho de tener un trastorno bipolar no hace que la persona sea menos inteligente. Pero, al igual que nos puede pasar con otras enfermedades en las que cuando estamos mal no rendimos igual, en el trastorno bipolar cuando la persona está en una **fase maniaca**, puede que incluso trabaje más rápido, quiera hacer más cosas, dice que sí a todo sin medir las consecuencias... pero no suele poder prestar el mismo nivel de atención, utilizará menos el sentido común y le costará ver las consecuencias. Algunos síntomas de esta fase son la distraibilidad y la aceleración del pensamiento.

Durante la **fase depresiva** aparece una ralentización del pensamiento, hay problemas de atención e incluso de memoria; la persona parece más despistada, más insegura.

Nada de esto sucede cuando la persona está **asintomática**, aunque no debemos olvidar que en algunas personas sí puede quedar un pequeño déficit de atención y memoria que con apoyo podrá solucionar.

Tras un **episodio maniaco** es frecuente que aparezca un episodio de bajo ánimo o incluso depresivo, que en ocasiones es proporcional a lo importante que haya sido el episodio maniaco.

La persona se siente más feliz en la fase maniaca, se siente fuerte, capaz, con deseo de hacer... mientras que en la siguiente fase el abatimiento le hace sentirse frágil, sin fuerza... lo que, inevitablemente, le produce tristeza e infelicidad.

En esta fase es de suma importancia que la persona vaya recuperando sus hábitos:

- Regular las horas de descanso.
- Regular el sueño.
- Realizar alguna actividad física.
- Volver a las actividades normales de ocio.
- Ir incorporándose a la vida laboral.

En este momento, la incorporación a la vida laboral, puede producir miedo, la persona siente que le puede volver a pasar lo mismo, cree no poder y en ocasiones siente el temor de cómo lo verán los demás, sobre todo después de cómo se fue.

No hay que incorporarse antes de tiempo, pero tampoco posponerlo más de lo necesario, probablemente el primer día no estará al cien por cien y es bueno que el encargado lo sepa, pero poco a poco irá recuperando el ritmo y la confianza.

6.1. Los síntomas del trastorno bipolar

Al ser una enfermedad que funciona en diferentes fases, podríamos decir que en cada fase hay unos síntomas diferentes:

A. Fase depresiva, se caracteriza por un bajo estado del ánimo, los síntomas que podemos encontrar son:

- Inapetencia.
- Cansancio.
- Mayor número de horas de sueño, aunque también puede parecer insomnio.
- Ansiedad.
- Apatía.

- Pérdida de ilusión por las cosas.
 - Pesimismo.
 - Ideas de fracaso.
 - Ideas de muerte.
 - Sensación de vacío.
- B. Fase maniaca, se caracteriza por euforia, los síntomas que podemos encontrar son:
- Exceso de actividad.
 - Dificultad para descansar.
 - Dificultades para dormir.
 - Irritabilidad.
 - Aumento de la sociabilidad.
 - Mayor gasto de dinero.
 - Aumento del impulso sexual.
 - Aumento de la velocidad de pensamiento.
 - Cambio en la forma de vestir pudiendo ser extravagante y/o inadecuada.
 - Deseo de comenzar muchos proyectos.
 - Dificultad para estar quieto.
 - Podrían llegar a aparecer delirios y/o alucinaciones.
 - Distraibilidad.
- C. Fase mixta, tiene un poco de cada una de las fases anteriores. Esta fase puede aparecer en algunas personas con trastorno bipolar. Se aprecian síntomas como:
- Irritabilidad.
 - Dificultad para dormir.
 - Intolerancia.
 - Impaciencia.
 - Ansiedad.
 - Pensamientos negativos.
 - Aceleración del pensamiento.

D. Fase hipomaniaca, es como una fase maniaca pero mucho más discreta.

6.2. Causa del trastorno bipolar

La causa es fundamentalmente biológica. La parte de nuestro organismo que regula el estado del ánimo es el sistema límbico.

Este está compuesto por una serie de estructuras cuya función está relacionada con las respuestas emocionales, el aprendizaje, la memoria, la personalidad y los recuerdos.

Las personas que tienen un trastorno bipolar tienen un mal funcionamiento del sistema límbico, por lo que el estado del ánimo puede sufrir alteraciones bruscas.

Los neurotransmisores como la dopamina, la serotonina y la acetilcolina también juegan un papel importante:

- a. En la fase maniaca aparece un aumento de dopamina.
- b. En la fase de depresión aparece una disminución de la serotonina.
- c. También las hormonas intervienen, especialmente la tiroxina.

Por todo ello podemos decir que la **causa** del trastorno bipolar **es siempre biológica** y que los aspectos psicológicos (estrés, problemas, acontecimientos vitales...) van a desempeñar un papel importantísimo como desencadenantes.

Lo que está claro es que nadie tiene la culpa de tener un trastorno bipolar, ni el que lo tiene, ni la familia.

El trastorno bipolar es una enfermedad con un alto componente hereditario, aunque puede presentarse en personas sin ningún antecedente familiar.

Podríamos afirmar que es una enfermedad incurable, pero esto no quiere decir que no podamos hacer una vida normal teniendo determinados cuidados (como sucede en muchas otras enfermedades crónicas). Para ello es imprescindible to-

mar la medicación adecuada de por vida, aquí la voluntad va a tener un papel muy importante, al asumir la responsabilidad de tomar el tratamiento de forma adecuada o no, regular las horas necesarias de descanso y sueño; no consumir alcohol ni drogas y ajustar las actividades.

6.3. Causas de recaída (cambios)

Cuanto más sepamos de la enfermedad, de cuáles son los aspectos o situaciones que me afectan, cómo cuidarme y cómo dejarse cuidar, es decir, cómo prevenir, más se podrán evitar las recaídas. Por esa razón, una buena conciencia de enfermedad facilita que la persona con un trastorno bipolar pueda tener menos recaídas. Aun así habrá factores externos que a veces son difíciles de controlar.

La frecuencia con la que puedan aparecer los cambios puede variar, así puede haber:

- Lo que se llama una **ciclación rápida**, es decir la persona puede tener más de cuatro episodios en un año.
- O incluso lo que se llama **ciclación ultrarrápida**, en los que la persona puede tener los episodios o cambios en el mismo día.

Normalmente esto se debe a un tratamiento inadecuado, por lo que podemos decir que es una situación que podría ser reversible con el tratamiento adecuado.

También hay personas que estos episodios o cambios coinciden con los cambios de estación:

- Primavera y verano es más fácil que aparezca la manía.
- Otoño e invierno es más fácil que aparezca la depresión e hipomanía.

Se suele llamar **ciclación estacional** y tiene que ver con las horas de luz solar (por eso los datos nos dicen que se da más

en los países alejados del ecuador, en los que las diferencias de luz solar son mucho mayores).

Pero normalmente no es un solo factor el que influye, la suma de varios factores va a facilitar las recaídas. Un tratamiento inadecuado, o no tomar el tratamiento, está claro que aumenta y podríamos decir que incluso garantiza la recaída, pero puede haber otros factores que aun tomando de forma adecuada el tratamiento contribuyan a esa recaída:

Ejemplo. En el trabajo se pone de baja un compañero/a y tengo que cubrir su parte de tarea, esto me produce un alto nivel de estrés y pocas horas de descanso. No digo nada porque creo poder con todo. Además coincide con un cambio estacional.

Es fácil que se pueda en esta situación sufrir una recaída, se podría evitar el sobrecargarle, aunque él crea que puede con todo, también avisándole en el momento que veamos los primeros síntomas.

6.4. Cómo prevenir recaídas

Los avances en la investigación del trastorno bipolar, al igual que en otras enfermedades mentales, han hecho que el tratamiento haya cambiado mucho en los últimos años. Desde tratamientos agresivos que podrían mejorar algo la enfermedad pero que causaban secuelas importantísimas en la persona, hasta los tratamientos actuales ha habido un largo camino de trabajo.

Así nos encontramos con:

- La detección precoz.
- Un diagnóstico acertado.
- La aparición del litio.
- El apoyo de la psicoterapia.
- El ser el paciente parte de su tratamiento (saber qué me pasa).
- Mejor aceptación por parte de la familia y de la sociedad.

Todo ello ha logrado que la persona que tenga un trastorno bipolar pueda llevar una vida normalizada. Pero para eso es importante que la persona consiga estar estable, es decir, que el tratamiento y los ajustes en su vida, social, familiar, laboral, sean los adecuados para que esos episodios no se den y, de darse, se detecten lo suficientemente rápido como para poder hacer los ajustes necesarios.

“Fui al médico porque ya no podía más...”, “tenía que acabar un trabajo y no podía pedir la baja”... son situaciones que a veces se dan y que en nada ayudan a evitar un posible episodio, del que cuanto más fuerte sea más tardaremos en salir.

Es importante recordar que el tratamiento será para toda la vida, aunque pueda variar la dosis dependiendo de cómo se encuentre la persona, por eso el seguimiento de las citas médicas es tan importante.

Normalmente el tratamiento farmacológico se hace con litio, es el encargado de hacer una acción estabilizadora del ánimo, a través de corregir las alteraciones que produce la enfermedad. Al llegar a las neuronas del cerebro, actúa sobre los neurotransmisores consiguiendo regular la oscilación del ánimo.

Este tratamiento conlleva un seguimiento a través de analíticas que permiten al facultativo ver el nivel de litio en sangre y poder ajustar el tratamiento. Normalmente se hace cada seis meses, y después de cada ajuste de las dosis, aunque, claro está, esto dependerá de cada persona y de lo que considere su médico.

Además del litio, la persona puede tener que tomar otros fármacos, sobre todo en el momento que se produzca un episodio maniaco o depresivo: antidepresivos, antipsicóticos, ansiolíticos o somníferos. Esto puede hacer que en los primeros días del nuevo tratamiento la persona pueda presentar:

problemas digestivos, náuseas, cefaleas, disfunción sexual, dificultad para concentrarse o cansancio.

Síntomas que irán desapareciendo según pasan los días. Normalmente el tratamiento comienza a actuar pasados de 15 a 20 días, por eso en ocasiones la persona tiene la sensación de que el tratamiento no le está ayudando, este momento es muy peligroso, pues es fácil abandonarlo ya que incluso puede tener la sensación de encontrarse peor.

La incorporación al trabajo tras una recaída es un momento muy delicado, que deberá cuidarse mucho si se quiere evitar una nueva recaída.

Este momento es crucial, una incorporación antes de tiempo, un exceso de responsabilidad, de número de tareas o de nivel de exigencia puede ocasionar en un estado de fragilidad una nueva recaída, por eso esa incorporación debe ser progresiva y muy marcada. No debe dejarse al criterio de la persona, pues su necesidad de demostrar que “puede” podría ocasionar un derrumbe.

Tampoco se trata de decir “haz lo que quieras o lo que puedas”, pues puede hacer sentir a la persona perdida, sin saber por dónde empezar o incluso hiperprotegida, diferente. Es mejor sentarse con ella, preguntarle cómo se siente y establecer cuáles son las tareas que cree que podrá hacer, organizando las horas de trabajo y de descanso y con revisiones periódicas para poder ir ajustando las tareas hasta llegar a la situación normal.

6.5. Tipos de trastorno bipolar

Hay cuatro tipos de trastornos bipolares:

- **Ciclotimia:** se caracteriza por fluctuaciones leves del estado del ánimo. Se suele confundir con su propio carácter,

por lo que en numerosas ocasiones son personas que no llegan a acudir al psiquiatra.

- **Trastorno bipolar tipo I:** puede presentar los episodios de manía; depresión; mixto e hipomanía.
- **Trastorno bipolar tipo II:** se caracteriza por presentar únicamente hipomanía y depresión
- **Trastorno esquizoafectivo de tipo bipolar:** se parece mucho al bipolar tipo I, pero se añaden síntomas psicóticos incluso durante las fases de eutimia (fases sin manía ni depresión), mientras que en el bipolar tipo I los síntomas psicóticos solo aparecen cuando está en una fase maníaca o en una depresiva.

6.6. Datos epidemiológicos

Es una enfermedad más frecuente de lo que se piensa. Incluyendo las formas menos graves estaríamos hablando de que entre un 2 % y un 5 % de la población mundial tiene un tipo de trastorno bipolar (cerca de un millón de españoles vive con un trastorno bipolar).

- Podemos decir que existe por igual en todo el mundo, independientemente de la cultura, nivel económico...
- Hay estudios que afirman que se da más en mujeres que en hombres (1,4 mujeres por cada hombre).
- La edad de comienzo está entre los 15 y los 25 años (mayoritariamente antes de los 35).
- Puede aparecer en edades avanzadas, pero en esos casos suele haber otra enfermedad médica que actúa como precipitante.

Capítulo 7

Ser el superior de una persona con trastorno bipolar



De entrada uno no contrata a una persona por tener un trastorno bipolar o por tener una esquizofrenia. Lo normal, lo lógico, es que usted contrate a una persona porque reúna los requisitos que usted exige para ese puesto.

No se debe preguntar en una entrevista de trabajo por la salud mental del entrevistado, no sería ético, como no se pregunta por la orientación sexual; la ideología política o si practica alguna religión.

Y este, el entrevistado, es muy libre de decirlo o no, en cuyo caso estaría en su derecho. No olvidemos que hoy día sigue habiendo un alto estigma sobre los trastornos mentales, y esto en un proceso selectivo puede pesar tanto que conlleve el no ser seleccionado para el puesto, aunque no debiera ser así.

Un trastorno bipolar no incapacita para los estudios y tampoco para el trabajo.

7.1. Algunas consideraciones sobre la elección del puesto o rol dentro de la empresa

Es importante que sepa que una persona con trastorno bipolar de entrada podría hacer cualquier tarea. Realmente no podemos decir que haya profesiones que no puedan desarrollar las personas que tiene un trastorno bipolar, pero sí es cierto que todas aquellas que suponen muchos cambios horarios (trabajo a turnos, noches, mañana, tardes, festivos, fines de semana) son menos recomendables, no tanto por la profesión en sí (celador, médico, camarero, bombero...) sino por lo que supone en las rutinas del sueño, del descanso, que son factores de suma importancia para el mantenimiento de la estabilidad de la persona. Esto no quiere decir que la persona con trastorno bipolar nunca pueda ser camarero, bombero, médico, celador

o trabajador de una fábrica a turnos. Querrá decir que es necesario adaptar el puesto para que esa persona pueda desarrollar su trabajo y buscar aquel horario que le sea más beneficioso, esto es de suma importancia.

Es importante también el ritmo, aquellos empleos en los que hay días de muchísimo trabajo y un alto nivel de exigencia y otros nada, o incluso aquellos en los que a lo largo del día hay cambios importantes, tampoco ayudan pues ponen a la persona en situación de acelerar y desacelerar continuamente. Le será mucho más saludable conocer la tarea y poder secuenciarla o ajustarla al tiempo en que hay que realizarla, para ello ayuda la planificación calculando bien los márgenes de tiempo.

La elección del puesto tendrá mucho que ver con las capacidades o potencialidad de la persona, pero también será importante que tengamos en cuenta sus dificultades. Para ello nos puede ayudar el hacer una análisis DAFO que, aunque normalmente se usa para el análisis de empresas o proyectos, también nos podría ser útil para resolver algunas cuestiones con la persona.

Ejemplo. María es una trabajadora de la empresa que está en el puesto de auxiliar administrativo. Cuando entró a trabajar en la empresa no contó nada de su discapacidad, no fue hasta pasados 6 meses que decidió contárselo a su encargado. Lleva trabajando para la empresa 18 meses y en este tiempo no ha tenido ningún problema, salvo en un periodo en el que una compañera estuvo de baja y tuvo que realizar parte de su trabajo y en otra ocasión que le asignaron una alumna de prácticas y, además de su trabajo, tenía que supervisar el de su compañera. Realiza bien sus tareas, es puntual y las escasas ausencias siempre son justificadas (siempre aporta justificante médico).

María tiene una mayor cualificación de la que se exige en el puesto que ocupa, hizo administración y gestión de empresas. En este momento sabe que la empresa tiene una vacante de

administrativo y ha expresado a su supervisor su deseo de poder optar a la plaza.

El supervisor siente el temor de que al tener una mayor responsabilidad pueda no funcionar bien.

Análisis DAFO de María

		Fortalezas	Debilidades
Análisis Interno		<ul style="list-style-type: none"> • Constante • Buena capacidad de aprendizaje • Alta motivación 	<ul style="list-style-type: none"> • Influencia del ambiente • Dificultad ante el estrés • Sobreimplicación
		Oportunidades	Amenazas
Análisis Externo		<ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de ocupar el puesto • Altos conocimientos previos • Disponibilidad inmediata 	<ul style="list-style-type: none"> • Horarios • Alto nivel de exigencia • Responsabilidad

Estos datos deberían ayudar a saber:

- ¿Cómo se puede potenciar cada fortaleza?
- ¿Cómo se puede aprovechar cada oportunidad?
- ¿Cómo se puede proteger cada debilidad?
- ¿Cómo se puede evitar cada amenaza?

Esto nos puede dar alguna información, pero no la suficiente, es importante que tengamos claras cuáles son las competencias básicas de la empresa y cuáles son las competencias específicas del puesto de trabajo.

Ello, junto con el análisis DAFO, nos dará una información pero podremos añadir la entrevista, la observación, el relato e incluso, si se ve necesario, un Rol Playing sobre una posible situación de trabajo.

7.1.1. Adaptando el puesto laboral. Algunas medidas efectivas

Está claro que la persona con Trastorno Bipolar va a poder desarrollar el trabajo para el que ha sido seleccionado, pero es importante saber que puede haber momentos de mayor riesgo:

- Estrés o estimulación ambiental:
 - Momentos de mucha presión laboral.
 - Época de exámenes.
 - Cambios vitales importantes (boda).
 - Acontecimientos muy positivos (ascenso laboral, éxito social, tras el parto en las mujeres).
 - Acontecimientos muy negativos (muerte de un ser querido, ruptura sentimental).
- Tras una recaída:
 - Los seis meses siguientes a una recaída suele haber un mayor riesgo de sufrir un episodio similar, o el contrario.
- Hábitos poco saludables:
 - Las salidas nocturnas con las que no sea posible garantizar unas horas de descanso.
 - El consumo de alcohol.
 - El consumo de drogas.
 - El consumo de café en altas cantidades.
 - El consumo de tabaco en altas cantidades.

Es importante que la persona repase qué cosas le pueden estar ayudando a recaer y cuáles son los síntomas que aprecia, para con ello actuar cuanto antes y evitar la recaída. Con esa información, hablar con la persona responsable para ver qué ajustes se pueden hacer para adaptar el puesto. No es algo que tenga tanto que ver con la cantidad de trabajo, sino con la forma de realizar este trabajo. Cuanto más estructurado más ayudará a la persona a evitar recaídas.

Si el riesgo de recaída tiene que ver con el estrés laboral es bueno buscar una válvula de escape, como puede ser dedicar tiempo a alguna actividad de ocio significativo cada día.

7.1.2. El papel del supervisor o superior

El supervisor debe ser el facilitador, si la persona es capaz de decirnos qué cosas le están afectando, deberá ser el encargado de tenerlas en cuenta y ver cómo aplicarlas y ajustarlas al trabajo diario.

Es importante saber que cuando la persona está tratada no difiere de cualquier otra persona, de cualquier otro compañero/a de trabajo. Por lo que el trato debe ser igual que le daríamos a cualquier otro compañero/a.

Pero si la persona no se atreve a hacer esta reflexión es muy importante que genere un clima de confianza para que se pueda dar esa información facilitando lo máximo posible la comunicación.

Como comentamos hay momentos de mayor riesgo y es en esos momentos sobre todo en los que habrá que estar más atentos y hacer los ajustes y adaptaciones necesarios para evitar esa recaída.

7.1.3. Ajustando expectativas. Qué debe esperar un superior

Un supervisor deberá esperar lo que esperaría de cualquier otro trabajador, de no ser así sería que ya parte de un prejuicio, que seguramente en poco ayudará al trabajador

La comunicación es un factor clave, pero lo es más aún el uso que se hace con la información que recibimos del trabajador,

pues según cómo la utilice el supervisor podrá servir de ayuda o ese trabajador estará arrepintiéndose de habérsela confiado.

Ejemplo 1. Un trabajador con trastorno bipolar se incorpora al trabajo tras una baja, el médico le indica que haga una incorporación progresiva o que le puedan graduar el trabajo hasta que de nuevo pueda estar al cien por cien.

El trabajador decide dirigirse a su supervisor, este lo entiende y le organiza las tareas para que tenga menos, pero ya no le vuelve a preguntar cómo va, prolongando esto en el tiempo. A esto se suma que cada vez que hay una tarea nueva, o una oportunidad laboral cuenta con el resto de trabajadores pero con este no.

En esta ocasión el haber contado con el supervisor para confiar su situación no está ayudando al trabajador, más bien se está convirtiéndolo en una discriminación, aunque el supervisor puede creer que le está ayudando.

Ejemplo 2. Se produce la misma situación, pero esta vez el supervisor decide preguntarle al trabajador ¿en este momento qué tareas crees que serías capaz de realizar?, y ya ir fijando tiempos para poco a poco ir recuperando todas las tareas que realizaba normalmente y, llegados a este punto ya tenerle en cuenta como cualquier trabajador

Puede que se entienda más claro este ejemplo si hablamos de un problema físico:

Ejemplo 3. Un trabajador se incorpora al trabajo tras una fractura del tendón de Aquiles. El médico le indica que haga una incorporación progresiva o que le puedan graduar el trabajo hasta que de nuevo pueda estar al cien por cien.

El trabajador decide decírselo a su supervisor, este lo entiende y le organiza las tareas para que tenga menos, pero ya no le vuelve a preguntar cómo va, prolongando esto en el tiempo. A esto se suma que cada vez que hay una tarea nueva, o una

oportunidad laboral cuenta con el resto de trabajadores pero con este no.

Seguro que en esta situación no dudaríamos en comentarlo con el supervisor, y seguro que este tampoco entendería que tiene que hiperproteger a este trabajador o anularlo, pues le resulta fácil entender que poco a poco irá recuperándose y que llegará un momento que este episodio quede en el pasado.

Capítulo 8

Tengo como compañero/a
de trabajo a una persona
con trastorno bipolar



De entrada no tiene por qué afectar en nada al trabajo que compartan, ni debería afectar a la posible relación que tuviesen. Lo más frecuente es, primero, conocerle como compañero/a y ya cuando hay un buen nivel de confianza puede que nos lo cuente y esto no debería hacer que cambiase nada.

Lo mejor que puede hacer un compañero/a es informarse de qué es el trastorno bipolar, eso le hará tener una información real y no una serie de prejuicios que se han ido creando desde el desconocimiento y sin ninguna base científica.

Las personas que tiene un trastorno bipolar no llevan un letrero indicándolo, ni son diferentes de lo que podamos ser los demás. Como tampoco cambiaría la situación si un compañero/a con el que tenemos buena relación nos cuenta que es diabético, si acaso puede ayudarnos a entender mejor su situación o, en caso de que le pueda pasar algo, saber cómo ayudarle.

8.1. Conocer a mi compañero/a de trabajo

Como sucedería con cualquier otro compañero/a, la mejor forma de conocerse es hablando, y si él o ella nos quiere contar lo que le sucede, perfecto, pero también es importante saber que puede querer no hacerlo, todo dependerá del grado de confianza.

Como ya hemos dicho, es importante recordar que cuando la persona está tratada no difiere en mucho de cualquier otra

persona, de cualquier otro compañero/a de trabajo. Por lo que el trabajo debe ser igual al que le darían a cualquier otro compañero/a.

Es importante evitar la sobreprotección o el exceso de control, estar vigilante todo el rato por si notamos algún signo.

Tampoco convertirle en transparente, hacer como que no pasa nada, pues la persona siente que está pasando algo y se puede sentir ignorada, al igual que no lo haríamos si otro compañero/a un día vemos que se encuentra mal y le brindamos nuestra ayuda.

8.2. Las virtudes de mi compañero/a

Las personas con trastorno bipolar suelen ser muy exigentes consigo mismas, les gusta el trabajo bien hecho, eso en ocasiones las lleva a no sentirse satisfechas en cómo lo han hecho, eso le convierte en un compañero/a importante, pero que también es necesario cuidar para no sobrecargarle. Suele ser metódico y organizado, porque eso también le ayuda a mantenerse estable.

Capítulo 9

El proceso de selección de personal: Claves a tener en cuenta



Cualquier proceso de selección genera estrés, cuando este es a través de entrevista ese estrés suele aumentar pues la persona se lo juega todo en un momento, y desconoce el tipo de preguntas que le esperan. Les ayuda mucho el poder ofrecer pruebas que generen menos estrés y que al seleccionador también le permita ver cómo funcionaría la persona *in situ*.

9.1. Acceso al empleo a través de una oposición

El sistema de oposición funciona bien en las personas con trastorno bipolar, al conocer con antelación los temas que entrarán y poder organizarse con tiempo, aunque el examen podrá ser un agente estresante.

En esta fase es importante que la persona se organice muy bien y planifique las horas de estudio y las de descanso así como el reparto del temario.

A la hora de realizar las pruebas le ayudará el contar con adaptación del tiempo, pues en ocasiones la capacidad de concentración puede verse afectada.

9.2. Gestión de acceso al empleo a través de un proceso de selección de personal

Como ya comentamos, cuando la selección se hace a través de una única prueba como puede ser la entrevista, en la que la persona se lo juega todo, puede generar un alto nivel de estrés. Por lo que suele ayudar utilizar distintas pruebas que nos permitan conocer de verdad el potencial de la persona, esto es, si cuenta con las competencias necesarias para el puesto de trabajo al que opta, como puede ser el Rol Playing, entrevista por competencias, la realización de un supuesto práctico...

Capítulo 10

Experiencias personales



10.1. “Un largo camino”

Tengo 39 años y me diagnosticaron un trastorno bipolar a los 26. A esa edad, por fortuna, ya me había formado reglamentariamente y había conseguido una licenciatura en Ciencias de la Información. A pesar de este título universitario y hablar inglés e italiano, mi idilio con el sector laboral fue un duro peregrinar, muy frustrante, con picos altos y bajos acompasados al ritmo vertiginoso de las subidas y bajadas de ánimos propias y propiciadas por la enfermedad mental.

Si bien en el año 2000, cuando conseguí mi primer trabajo serio como periodista no había una crisis económica tan acuñante como ahora, en el mundo del periodismo sí la había y estaba lleno de profesionales de la información vocacionales ávidos por ocupar uno de los pocos puestos de empleo de periodista disponibles por salarios irrisorios o inexistentes con tal de redactar y aprender, y medrar después. El problema es que estos pocos puestos casi siempre eran para periodistas recién licenciados que tenían algún contacto dentro de la empresa o medio de comunicación al que accedían.

Estuve casi dos años trabajando en este primer empleo, pero el primer despido improcedente llegó con la aparición de la primera euforia o manía (esencialmente, la elevación patológica del estado del ánimo), que viví. Varios compañeros/as nos reunimos con los jefes. Habíamos quedado en pedir, unilateralmente, la subida de sueldo que se nos prometía desde hacía meses. Propio de una euforia es la seguridad inusitada en una misma y la imprudencia, la irreflexión y, justo por ello, fui yo la única en la sala que pidió el tan merecido aumento de sueldo, pero de forma unilateral. Nadie tuvo la valentía de secundarme, incluso habiéndolo acordado previamente y entre que mi voz fue la única discordante y que, seguramente, vieran durante los días anterior a esa reunión comportamientos algo

diferentes en mí, a las dos horas de la petición de aumento de sueldo tenía una carta de despido improcedente.

Un verano de por medio y desatada por esa primera euforia a la que ni mi familia ni conocidos ni yo misma poníamos nombre científico, me llevó a la consulta de una psiquiatra por mediación de una de mis mejores amigas y a un diagnóstico precoz y acertado desde un principio, que cambió absolutamente el rumbo de mi vida en todos y cada uno de los aspectos. Laboral también.

En principio no tenía mucha conciencia de enfermedad, algo que, por lo visto, es muy común en los pacientes con trastorno bipolar, pero esencial para el buen curso de la misma. Sin embargo, como impelida por una fuerza interna que sí era consciente, desde el principio mantuve el tratamiento farmacológico a raja tabla, excepto en las descompensaciones, que una pierde la noción de casi todo.

Por intermediación de otro amigo que conocí en un curso de postgrado relacionado con televisión y radio, comencé a trabajar como documentalista para un periódico de tirada nacional. La experiencia laboral duró seis meses, ya que se finalizaba la obra de documentación contratada por el rotativo. En un intento de vivir con normalidad, y no limitar personalidad y vida, decidí irme a Irlanda una temporada para mejorar mi nivel de inglés y vivir otra experiencia en otro país que me enriqueciera como lo había hecho vivir en Italia dos años antes de tener la primera euforia. Allí encontré trabajo fácilmente y me mantuve estable toda la estancia.

De vuelta a España, esperé un tiempo a una amiga que conocí en el país gaélico con la que había planeado, como tantos jóvenes, hacer un viaje enorme, mochila en mano, que habíamos planificado durante meses. Sin embargo, esta compañera nunca encontraba el momento oportuno para dejar de trabajar en Irlanda y comenzar la aventura, así que

decidí ponerme a estudiar nuevamente y sacarme el Curso de Adaptación Pedagógica y fue así como me convertí en profesora de Secundaria de Lengua y Literatura. Con el título y la enfermedad, pensé que lo mejor que podía hacer era sacarme una oposición y asegurarme un puesto fijo en el Estado de profesora. Con él podría enseñar valores a los adolescentes a través de la literatura.

Estudí un año entero con una disciplina férrea y una voluntad inquebrantable: ocho horas diarias, como si se tratara de un trabajo, y una cantidad de material comparable a la licenciatura completa de la carrera universitaria de Filología Hispánica. Sin embargo, el empeño y la dedicación no fueron suficientes para llegar estable al examen y poco antes, quizás por el estrés de la cercanía de las diferentes pruebas, me sobrevino una euforia. Tras el titánico esfuerzo desistí del propósito, lo sentía como una utopía y un suplicio al mismo tiempo. Tendría que estar dos años nuevamente detrás del pupitre, estudiando con la misma intensidad, pagando la carísima academia en la que me había estado preparando una vez por semana otros dos años, hasta la siguiente convocatoria. Y aun así no me aseguraba aprobar la oposición. Así que comencé a buscar empleo sin restringirme al mundo del periodismo y salir de casa.

Al poco tiempo contrató mis servicios, gracias a los idiomas, una multinacional dedicada a la informática. Hasta que viré nuevamente, es decir, hasta que volvió a darme otra euforia, casi un año después. Aunque no sabían lo que me pasaba y nadie preguntaba, de pronto, cuando fui compensándome por mí misma de nuevo (nunca había tenido ningún ingreso hospitalario) ocurrió algo novedoso para mí hasta entonces: no sabía cómo realizar mi trabajo. De la noche a la mañana me había bloqueado y ni mis propias compañeras se lo creían cuando les pedía ayuda y que me lo explicaran. Tampoco les expliqué nada de la enfermedad. Al poco tiempo me despidieron.

Después de aquello busqué un par de meses empleo y me contrataron como asistente personal de una persona muy reputada socialmente en España, aunque siempre pensé que yo no tenía la formación para desempeñar ese trabajo y que me venía grande, tal y como me aventuré a confesar a mi entrevistadora que, no sé porqué, tenía tanta fe en mí. Duré allí un suspiro: una formación amplia antes de unas vacaciones haciendo el Camino de Santiago y para cuando me incorporé, creo que mi mente ya había comenzado a dispararse. También en ese empleo me di cuenta de que no me encontraba bien. Lo dije antes de irme a comer un día y a mi vuelta me despedían improcedentemente tras haber compartido “erróneamente” esta vez mi diagnóstico.

Con mi experiencia vital y laboral, aún no me queda claro si es bueno o malo decir en el trabajo que una tiene un trastorno bipolar. Por aquel entonces, por prudencia o como protección, decidí no hacerlo a partir de ese momento. No lo hice en un curso de formación para crear páginas web ni en el siguiente empleo de teleoperadora, que me duró hasta fin de obra como a todos los demás compañeros/as.

A los tres días ya estaba trabajando anticipándome a ese fin de obra irremediable del anterior empleo. Esta vez también como teleoperadora en una entidad bancaria internacional. Fue en esta empresa cuando me dio otra euforia y, como me di cuenta, para evitar nuevamente ser una marioneta en las manos de insolidarios jefes, me fui al médico y me dio la baja con lo cual, por una vez, logré que no se me despidiera, lo que comenzaba a ser algo traumático para mí.

Esta última euforia fue la mayor que había tenido hasta entonces y requirió un ingreso hospitalario. Resulta que en las manías cuanto más subes, la caída también es más fuerte, así que, a pesar de no ser un caso de tener muchas depresiones, esta vez la desconfianza en la vida, la apatía y el cansancio

vital camparon a sus anchas y se hicieron dueñas de mi ánimo. En este periodo fue cuando pasé un tribunal médico que me otorgó un certificado del 33 por ciento de discapacidad. Me dijeron que consideraban darme ese porcentaje para que me ayudara a encontrar un trabajo en el que contrataran personas con discapacidad. Fue allí precisamente donde un terapeuta ocupacional mencionó un lugar donde contrataban a periodistas con discapacidad. Investigué, lo encontré, insistí varias veces telefónicamente y conseguí una entrevista de trabajo.

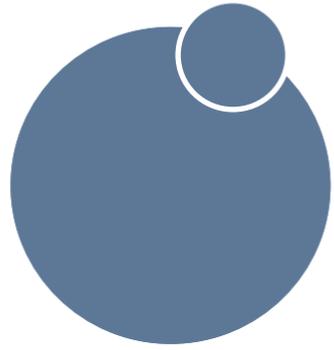
Llevo trabajando allí desde hace más de seis años. Conseguí mantenerme estable durante más de cinco, imagino, porque ordené mi vida en el plano laboral y también en el sentimental y el familiar. Era la primera vez que admitía al empleador y a todos los compañeros/as de trabajo mi enfermedad mental. Salir del armario me permitió terminar con el estrés de esconder mi dolencia, ser más yo misma, implicar a mis compañeros/as más cercanos a mantenerse atentos por si distinguen algún síntoma que a mí me pase inadvertido y se pueda actuar con antelación. Esto es realmente recomendable: saber que aunque la mayor responsabilidad de la auto observación de una misma recaiga en mí para evitar una recaída, tengo personas a mí alrededor que conocen la enfermedad y que también prestan atención a mi comportamiento y mi estado de ánimo.

La verdad es que es difícil saber si conviene siempre o no, o en qué lugar o situación sí o no, decir que padecemos una enfermedad mental, en mi caso un trastorno bipolar. Depende de cada uno y la decisión la tiene que tomar la persona afectada y será, sin duda, la acertada y por ello por la que tendrá que responder. Sin embargo, personalmente he de confesar que cuando la escondía, el trastorno bipolar no sólo era una enfermedad mental sino un enorme problema en mi cabeza. Un problema que, como otro de cualquier índole muy importante en la cabeza de otra persona, condicionaba mi

comportamiento en todo momento porque, entre otras cosas, no lo terminaba de digerir. Cuando por fin me enfrenté al “problema” que tenía en la cabeza, compartirlo o no y cómo, y no a la enfermedad mental, comencé a afrontarlo con normalidad, a hablar de lo que me ocurría con naturalidad. Fue cuando, por fin, conseguí ser libre porque dejó de importarme tanto lo que otros pensarán al respecto.

Hoy puedo hablar de que tengo un trastorno bipolar con normalidad y espontaneidad con quien quiero porque ha dejado de ser un problema en mi cabeza que me condiciona. Soy yo quien elijo contárselo a quien quiero y de la forma que quiero. “El contar o no que tengo un trastorno bipolar” ha pasado a ser un tema que no me inmoviliza, del que no me da miedo hablar porque no me preocupa lo que haga o piense el otro al respecto. Pero elijo yo cómo hablar del tema y con quién compartirlo, hasta aquí o hasta allí o nada en absoluto. Finalmente, soy yo quien trazo los límites en este argumento que me afecta a mí y lo sé hacer igual de bien o regular que lo hago con cualquier otro tema que no representa un problema en mi cabeza. Por ejemplo, sé perfectamente hasta qué punto quiero llegar a hablar sobre mi dinero y lo que gasto con un conocido, un compañero/a, un familiar o un desconocido.

Y alivia bastante desdramatizar la ya de por sí aparatosa y poco afamada enfermedad que tenemos y tomar el control de cómo explicarlo, cuándo, a quién y de qué modo. Y esto vale también para un trabajo. Cualquier decisión que tomemos es nuestra responsabilidad y tendremos que responder en función de ella, ser coherentes. Mi experiencia me dice que poder hablarlo con normalidad en la mayoría de los casos, y por normalidad me refiero hasta el punto que yo quiero, porque yo controlo a quién y a quién no y cuánto o de qué modo, adelgaza el peso de la conciencia, alumbra muchas de las propias sombras y libera si no del todo, mucho.



Bibliografía



Bibliografía:

- Arriaga Arrizabalaga, A. *Enfermedades mentales. Una guía para todos los públicos*. Editorial Quiasmo (2009).
- Carlson, Neil R. *Fundamentos de fisiología de la conducta*. Prentice Hall (2010).
- Rodríguez Montes, M.I. *Algo de mi desde la enfermedad mental*, Editorial Grupo 5 (2012).
- Varios Autores. *Rehabilitación psicosocial de personas con enfermedad mental crónica*. Editorial Grupo5 / Formación Grupo5 (2011).
- Vieta-Colom. *Convivir con el Trastorno Bipolar*. Editorial médica Panamericana, 2º Edición (2014).

Referencias web

<http://www.empleosaludmental.org>

<http://www.feafesempleo.org>

<http://www.esquizofrenia24x7.com>

<http://www.incorporasaludmental.org>

<http://www.personasque.es>

<http://www.respuestasalud.es>

<http://www.ehowenespanol.com>

<http://www.psicosocialart.es>

<http://www.vademecum.es>

Publicaciones

<http://www.esquizofrenia24x7.com/sites/stage-esquizofrenia24x7-com.emea.cl.datapipe.net/files/pdf/GUIAESQUIZOFRENIA.pdf>

http://esquizofrenia24x7.com/sites/stage-esquizofrenia24x7-com.emea.cl.datapipe.net/files/ebooks/ebook_impacto.pdf

http://esquizofrenia24x7.com/sites/stage-esquizofrenia24x7-com.emea.cl.datapipe.net/files/ebooks/ebook_trastorno_esquizoafectivo.pdf

http://www.incorporasaludmental.org/images/doc/D_CAS_INI+ENT+EMP_DOCU_GUIA_0047_Guia_Integ_Laboral.pdf

<http://www.personasque.es/trastorno-bipolar?gclid=C-JLow6LyzL0CFdShtAodlm8AJw>

Videos

<https://www.youtube.com/watch?v=WmNbFTPI81c>

<https://www.youtube.com/watch?v=LaCVh0VBJ4o>

https://www.youtube.com/watch?v=TBE6_sAES3U

<https://www.youtube.com/watch?v=MShqFuVxXmg>

Cuando hablamos de trastornos mentales, solemos partir de una información que no siempre coincide con la realidad y que suele tener muy poco de

“científica”. Se han necesitado muchos años para poder ver a las personas afectadas con un trastorno mental, como puede ser la esquizofrenia o el trastorno bipolar, como

personas y no como enfermos pero ¿entendemos que pueden integrarse en el mundo laboral?

La finalidad de este libro es derribar mitos y dar las claves para que las personas que trabajan con compañeros con este tipo de discapacidad puedan conocer y entender su particular forma de actuar en el trabajo.

Innap Inserta es una colección cuyo objetivo es dar las claves y factores de éxito en la inserción laboral de personas con alguna discapacidad psíquica o del desarrollo, como personas con capacidades diferentes que son, y, de esta forma, generar una Administración sintonizada con las necesidades de la sociedad.

«En una sociedad que lucha por ser cada vez más justa, este es un reto de todos.»



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE HACIENDA
Y ADMINISTRACIONES PÚBLICAS

INAP

INSTITUTO NACIONAL DE
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA



9 788415 562764