



Institute for LifeLong Learning  
Institut de Formació Contínua  
Instituto de Formación Continua  
Universitat de Barcelona



**ASEPEYO**

MUTUA DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y  
ENFERMEDADES PROFESIONALES  
DE LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 151

# Trastorno de ansiedad-depresión en contingencia común en la ciudad de Málaga

**Autor/res:** Dra. Dolores M<sup>a</sup> Vilariño Rodríguez. Médico AT en CA Asepeyo en Málaga.  
Dr. Francisco J. Vicaria Arroyo. Médico CC en CA Asepeyo en Málaga

**Correspondencia:**

Dr Francisco J. Vicaria Arroyo  
Centro Asistencial Málaga  
C/ Héroe Sostoa, nº 25. 29002. Málaga  
Tfno: 952 326 400  
E mail: [fvicariaarroyo@asepeyo.es](mailto:fvicariaarroyo@asepeyo.es)

MASTER UNIVERSITARIO EN MEDICINA EVALUADORA - Edición 2008-2009

## RESUMEN

**Objetivo:** Proporcionar un análisis epidemiológico de los pacientes atendidos por contingencias comunes en los Centros Asistenciales de Asepeyo de Málaga y Guadalhorce bajo el diagnóstico de Trastorno Mixto ansioso-depresivo. Hemos hecho un breve repaso de la patología objeto de este estudio.

**Método:** Se realiza estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes atendidos por Trastorno ansioso-depresivo por contingencia común durante un período de 2 años, entre el 1 de Enero de 2007 hasta el 31 de Diciembre de 2008. El estudio abarca 670 pacientes. Se usa la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) en la identificación de la patología.

**Resultados:** El 69,10% de los casos se trataba de mujeres. El 30,14% de los afectados se encontraba entre los 26 y los 35 años. El diagnóstico más frecuente es el estado de ansiedad (51,79%). La profesión con más riesgo son las relacionadas con la atención al público (47,16%). La duración media de la baja es de 136,12 días. El total de días de trabajo perdidos son 91.201.

**Conclusiones:** El prototipo es una baja por estado de ansiedad en una mujer de entre 26-35 años que trabaja de cara al público, cuya baja dura 136 días y es pago delegado. El seguimiento por el especialista de mutua reduce la duración de la baja.

**Palabras claves:** incapacidad temporal, contingencias comunes, Trastorno ansioso-depresivo, absentismo.

## **SUMMARY:**

**Objectives:** To provide an epidemiological analysis based on patients observed in the Care Centres for Work Accidents in Málaga and Guadalhorce under the diagnosis of Mixed Anxiety-Depression Disorder. We have produced a brief overview of the pathology which is the subject matter of this study.

**Methods:** A descriptive retrospective study of all the patients presenting Mixed Anxiety-Depression Disorder during the two years period between January 2007 and December 2008. The study includes 670 patients. International Classification of Diseases (ICD-10) codes are used for identification of the relevant pathology.

**Results:** 69.10% of the patients were female. 30.14% of the patients were between 26 and 35 years old. The commonest diagnosis refers to anxiety situations (51.79%). The most affected employment areas are those involving exposure to public/customers (44,87%). The average length or duration of the leave in these cases is of 136.12 days. The aggregate of work days which are lost is of 91.201.

**Conclusions:** The stereotype of an “anxiety-driven leave” relates to a woman of between 26-35 years of age, whose leave lasts 136 days and implies a delegated payment. The monitoring of this situation by the Care Centre specialist reduces the length of the leave.

**Key words:** Temporary inability, common contingencies, Mixed Anxiety-Depression Disorder, work absentism.

## INDICE

1.- Índice	pag 2
2.- Introducción	pag 4
3.-. Objetivos	pag 28
4.- Material y método	pag 29
5.- Resultados	pag 33
6.- Discusión	pag 41
7.- Conclusiones	pag 44
8.- Bibliografía	pag 45
9.- Agradecimientos	pag 48

## 2. INTRODUCCIÓN

### 2.1. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO:

La relación de las IT con el Absentismo Laboral, es un fenómeno que se viene produciendo desde que surgen las relaciones laborales basadas en el trabajo asalariado por cuenta ajena. Sus implicaciones económicas y sociales han dado lugar, en los países de mayor desarrollo industrial y donde se producen con creciente virulencia, a plantear reiteradamente la necesidad de aplicar medidas efectivas para paliar sus consecuencias y reducir su incidencia.

La alta tasa de de absentismo laboral supone una importante carga sociosanitaria para los países industrializados. La causa más frecuente de absentismo laboral en España es la enfermedad común. Dentro de las patologías que concentran el mayor número de incapacidades temporales y de mayor duración son los procesos oncológicos, las dolencias osteomusculares y las **enfermedades psiquiátricas**.

Según un **estudio** realizado por Hurrell y cols, durante la pasada década, los problemas relacionados con estrés laboral aumentaron considerablemente la demanda de consultas en las unidades de Atención primaria de salud.

De acuerdo con un estudio de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre la salud mental en el trabajo, se calcula que en **Alemania, Estados Unidos, Finlandia, Polonia y Reino Unido**, el gasto público para atender este problema es de tres y cuatro por ciento del Producto Interno Bruto (PIB).

En **España** la ITCC es la principal causa de absentismo laboral, especialmente la motivada por enfermedad común. Supone unas 20 millones de horas laborales perdidas al año y un gasto aproximado del INSS de unos 6.000 millones de euros al año (datos obtenidos de 2007). Consume un 6-16% del total presupuestario de los distintos sistemas de Seguridad Social.

La realidad es que el impacto económico provocado por IT es de difícil estimación, pues esto conlleva además de los días de trabajo perdidos, una serie de costos indirectos como son la disminución de productividad para la empresa, aumento del gasto sanitario, disminución de la competitividad, disminución en la calidad del servicio, etc.

La mayoría de los estudios llevados a cabo hasta la fecha refieren altas tasas de prevalencia de trastorno psiquiátricos en los trabajadores.

La problemática de las ITCC surge cuando algunos trabajadores tienden a prolongar la IT por motivos sociales, socio-familiares, laborales o por puro rentismo.

## **2.2. MARCO LEGAL DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL (IT):**

### Definición:

Situación de alteración de la salud del trabajador, cualquiera que fuese la causa, por la que se reciba asistencia sanitaria de la seguridad Social, le impida temporalmente el desempeño de su trabajo y tenga la duración máxima establecida por la ley.

Los elementos definatorios de la IT serían por tanto:

- Situación de enfermedad
- Necesidad de tratamiento por los Servicios Médicos Públicos
- Incapacidad para el trabajo.

Siendo la incapacidad para el trabajo el elemento clave en relación con la percepción de las prestaciones económicas del sistema de Seguridad Social.

De acuerdo con el artículo 128 de la Ley General de la seguridad Social (LGSS), tienen la consideración de situaciones determinantes de IT:

- Las debidas a enfermedad común o profesional y a accidente, sea o no de trabajo, mientras que el trabajador reciba asistencia sanitaria de la Seguridad Social y esté impedido para el trabajo, con una duración máxima de 12 meses, prorrogables por otros seis cuando se presuma que durante ese tiempo el trabajador pueda ser dado de alta.
- Los períodos de observación por enfermedad profesional

#### Beneficiarios:

Para ser beneficiario del subsidio por IT CC además de los requisitos explicados anteriormente es preciso que se haya cumplido un período de cotización de 180 días dentro de los 5 años inmediatamente anteriores al hecho causante.

#### Nacimiento del derecho:

En caso de enfermedad común o accidente no laboral, el subsidio se satisfará a partir del decimosexto día de baja. Hasta entonces desde el día cuarto al decimoquinto, ambos incluidos, estarán a cargo del empresario.

Si el proceso de IT es interrumpido por periodos de actividad laboral superiores a 6 meses, se iniciará otro nuevo, aunque se trate de la misma enfermedad. En los casos en los que dicho periodo sea inferior a 6 meses, la Inspección podrá decretar acumulación de ambos procesos.

#### Reconocimiento del derecho:

El reconocimiento del derecho corresponde al Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), a la mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS) desde 1995, o a la empresa autorizada a colaborar en la gestión, que tenga a su cargo la correspondiente contingencia.

Para que una empresa pueda asegurar la IT por contingencias comunes con una MATEPPS es necesario que previamente tenga aseguradas con dicha entidad las contingencias profesionales y además lo concierte por escrito y previa consulta a

los representantes de los trabajadores. La mutua está obligada a asumir la petición de la empresa

#### Prestación económica:

La cuantía de la prestación económica por IT derivada de enfermedad común será durante el período comprendido entre el cuarto y el vigésimo día, de un subsidio equivalente al 60% de la base reguladora correspondiente. A partir del vigésimo día, el subsidio será del 75% de la base reguladora.

#### Pago de la prestación:

Lo efectúa la empresa en pago delegado, por cuenta de quien haya reconocido el derecho (INSS o MATEPPS) y lo deducirá de la liquidación de cuotas del mes correspondiente.

#### Baja médica:

La declaración de baja médica por contingencia común se formulará en el correspondiente parte médico de baja expedido por el médico del Servicio Público de Salud que haya efectuado el reconocimiento del trabajador afectado. El parte médico de baja es el acto que origina el inicio de las actuaciones que conducen al subsidio. El parte de baja se debe extender, independientemente del tiempo que se prevea que vaya a durar dicha situación, y por tanto hay que desterrar la idea de que cuando esta situación vaya a durar menos de 3 días el trabajador no necesita parte de baja.

El parte de baja consta de original y tres copias, de las cuales el trabajador recibe dos copias. El destino de los cuatro ejemplares es el siguiente:

- *Original:* se remite por el facultativo al médico inspector del área sanitaria correspondiente.
- *Copia para la empresa:* se entrega al trabajador para su presentación en la

misma en el plazo de cinco días, contados a partir del siguiente al de su expedición. En este ejemplar, la empresa consignará los datos sobre cotización relativos al trabajador para determinar la base reguladora de la prestación económica y lo remitirá al INSS o a la MATEPSS.

- *Copia para el trabajador:* se entrega al mismo para su información.
- *Copia para los Servicios médicos del INSS o a la MATEPSS*

#### Seguimiento y control de la prestación económica:

Las MATEPSS ejercerán el control y seguimiento de la prestación económica de IT objeto de la cobertura, pudiendo realizar a tal efecto aquellas actividades que tengan como objetivo comprobar el mantenimiento de los hechos y de la situación que originaron el derecho al subsidio, a partir del momento en que corresponda a éstas asumir la gestión del gasto de la prestación económica por IT.

Cuando la MATEPSS considera que el trabajador puede no estar impedido para el trabajo, podrán formular propuestas motivadas de alta médica a través de los médicos adscritos. Si la propuesta de alta médica por parte de la MATEPSS no se resuelve en los plazos establecidos, la mutua puede optar por reiterar dicha propuesta ante el Servicio Público de salud o plantear el alta médica ante los Servicios médicos del INSS.

#### Requerimientos a los trabajadores:

Las entidades gestoras podrán disponer que los trabajadores que se encuentran en situación de IT sean reconocidos por los médicos adscritos a éstas. Igual facultad corresponde a las MATEPSS.

### Finalización de IT:

Cuando se extinga la situación de IT por el transcurso del plazo máximo establecido, la Inspección sanitaria del respectivo Servicio Público de Salud formulará la correspondiente alta médica o bien por curación o bien por agotamiento de la prórroga. De ésta última puede derivar una IP

### Coste económico de la incapacidad temporal:

El coste económico de la IT para el trabajo ha ido incrementándose de forma muy significativa en los últimos años como indican los datos del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. En el año 1977 el gasto fue de 489 millones de euros, en 1990 de 2.487 y en 2000 de 3.176 millones de euros

## **2.3. LA REGULACIÓN DE LA IT Y EL PAPEL DE LAS MUTUAS**

La función principal de las Mutuas es la gestión de la IT por accidente laboral o enfermedad profesional. Las denominadas MATEPSS nacen a principios de siglo como asociaciones patronales para asegurar a las empresas ante los accidentes de trabajo. Desde su nacimiento como entidades privadas han evolucionado hasta tener un estatus semipúblico: en la actualidad son entidades colaboradoras de la Seguridad Social, tuteladas por el Ministerio de Trabajo, que gestionan cuotas públicas, aunque su patronato está constituido por empresarios. Las Mutuas están autorizadas para conceder altas y bajas, prestar asistencia sanitaria y gestionar el pago de la prestación económica en caso de accidente laboral o enfermedad profesional. Las empresas no están obligadas a asegurar esta contingencia con una Mutua (pueden hacerlo con el Instituto Nacional de Seguridad Social o, en determinados supuestos, autoasegurarse). Sin embargo, la práctica totalidad de empresas optan por las Mutuas, que cubren 10,5 millones de trabajadores de un total de 11 millones y recaudan a través de las cuotas públicas alrededor de 600.000 millones al año.

Hasta mediados de los noventa, las Mutuas no desempeñaban ningún papel en la gestión de la incapacidad transitoria por enfermedad común. La facultad para conceder altas y bajas laborales y la prestación de asistencia sanitaria correspondía al sistema público de salud; la gestión del pago de la prestación se efectuaba de forma directa por el Instituto Nacional de Seguridad Social. Pero desde 1995 y a iniciativa del gobierno se han ido introduciendo medidas que vienen a reforzar el papel de las Mutuas en este ámbito.

Las MATEPSS deberán asumir la cobertura de la prestación económica por IT derivada de contingencias comunes, a favor de los trabajadores empleados por sus empresarios asociados que hayan ejercitado esta opción. Así como de los trabajadores por cuenta propia adheridos a éstas, con igual alcance que las entidades gestoras de la Seguridad Social.

Las MATEPSS concederán la prestación económica por IT derivada de las contingencias comunes en la cuantía y demás condiciones que resulten de las normas aplicables al régimen de la Seguridad Social en el que estuvieran encuadrados los trabajadores de la empresas asociadas que hubieran ejercitado esta opción, o aquellos otros que hubieran formulado su adhesión, y dispensarán la prestación con igual alcance que las entidades gestoras de la seguridad Social.

Las MATEPPS asumirán el coste del subsidio de IT, el coste de la gestión administrativa que realicen en relación con estas prestaciones, y coste de los controles médicos de control de IT y de los controles de salud realizados a partir del 16º día de baja.

## **2.4. INTRODUCCIÓN A LA PATOLOGÍA PSQUIATRICA.**

### **BASES DE LA PSIQUIATRIA**

La mayor dificultad de la psiquiatría como disciplina es el problema para definir los límites de la misma. En cualquier otra especialidad médica el apartado dedicado a las bases es casi siempre bastante concreto, la razón es bien sencilla, la mayoría de las especialidades médicas se centran en alteraciones de un órgano o un sistema fisiológico. No puede haber un conocimiento fisiopatológico, en ninguna de estas especialidades, sin un previo dominio de la fisiología.

Con la psiquiatría las cosas no son tan fáciles.

Se suele definir la psiquiatría (del griegos psique, alma, e iatréia, curación) como la rama de la medicina que se especializa en la prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento, y rehabilitación de los trastornos mentales.

Siguiendo el razonamiento anterior las bases de la psiquiatría deberían ayudarnos, por tanto, a tener un conocimiento de cómo funciona la mente normal. Pero es aquí donde encontramos el principal obstáculo. Lo que denominamos "mente" es algo mucho más complejo y difícil de estudiar que cualquiera de los otros sistemas funcionales antes mencionados.

### **REPERCUSION LABORAL DE LA PATOLOGÍA PSQUIATRICA**

Las patologías psiquiátricas tienen una importante repercusión desde el punto de vista laboral, en el gasto sanitario, y en las actividades de la vida diaria del paciente. Su frecuencia ha ido aumentando en los últimos años, y actualmente ya es la segunda causa de baja laboral porcentual, y la primera causa en bajas prolongadas, en términos absolutos.

En EEUU representan el 30,7% de las solicitudes de IP y se reconoce como tales el 36,8 5 de ellas.

En España ha ido aumentando considerablemente en la última década, siendo en la actualidad la segunda causa de baja laboral porcentual y la primera en bajas prolongadas en términos absolutos.

Hay estudios que demuestran mayor prevalencia de estos cuadros en mujeres, aunque no hay diferencias significativas en el curso del proceso de la incapacidad, según el sexo.

## EXAMEN CLINICO Y EVALUACION FUNCIONAL

La entrevista clínica es el elemento básico de la evaluación del paciente psiquiátrico, tiene como objetivo la recogida de información con vistas a realizar la formulación del caso y a efectuar un diagnóstico.

La entrevista psiquiátrica presenta una gran peculiaridad, de forma frecuente, la información clínica más relevante, que permite la identificación de síntomas y síndromes, va insertada en una mezcla de quejas que pueden hacer referencia a problemas interpersonales, sociales, laborales, económicos, etc.

Es habitual que estas quejas desempeñen un papel central en el discurso del paciente, que las consideran el origen de su sintomatología.

Para la evaluación funcional de los Trastornos mentales se pueden utilizar varias clasificaciones:

### ***CIE -10 (10ª Clasificación Internacional de las Enfermedades)***

Utiliza una escala del 1 a 5, el 5 indica la máxima discapacidad.

Valorando varias áreas para la puntuación, cuidado personal, funcionamiento ocupacional (laboral, estudio, actividades domésticas), funcionamiento familiar y social.

Tiene las descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico, destinadas a uso clínico y administrativo, y los criterios diagnósticos para la investigación:

F00-09 Trastornos mentales orgánicos

F10-19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas.

F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.

F30-39 Trastornos de humor (afectivos).

F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

F50-59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.

F60-69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.

F70-79 Retraso mental.

F80-89 Trastorno del desarrollo psicológico.

F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de inicio habitual en la infancia y adolescencia.

F99 Trastorno mental sin especificación.

### ***DSM-IV de la Asociación Psiquiátrica Americana***

Utiliza la Escala de Evaluación de Actividad Global, la puntuación va de 1 a 100, siendo el 100 la actividad funcional satisfactoria. Tiene en cuenta los síntomas, la actividad psicosocial, social y laboral.

Se considera un sistema ateórico y sigue una orientación descriptiva. En cada trastorno se hace una descripción sistemática, evita la jerarquía entre trastornos y usa diferentes tipos de clasificación que proporcionan información adicional en cada caso.

Tiene 5 ejes:

Eje I: Síndromes psiquiátricos.

Eje II: Trastornos de la personalidad y desarrollo.

Eje III: Trastornos físicos.

Eje IV: Estrés psicosocial.

Eje V: Nivel más alto de adaptación en el último año.

- Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos.
- Trastornos mentales debidos a enfermedad médica, no clasificados en otros apartados.
- Trastornos relacionados con sustancias.
- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

- Trastornos del estado de ánimo.
- Trastornos de ansiedad.
- Trastornos somatomorfos
- Trastornos facticios
- Trastornos disociativos
- Trastornos adaptativos
- Trastornos sexuales y de la identidad sexual
- Trastornos de la conducta alimentaria
- Trastornos del sueño
- Trastornos de la personalidad
- Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados.
- Trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia.
- Otros problemas objeto de atención clínica.
- Códigos adicionales.

## **2.5 GRANDES SINDROMES PSIQUIATRICOS**

### **2.5.1 TRASTORNOS DE ANSIEDAD –NEUROSIS**

Es importante señalar que la ansiedad es un sentimiento normal ante determinadas situaciones y sólo cuando sobrepasa ciertos límites o la capacidad adaptativa del individuo se convierte en patológica.

En la revisión de Baumeister y Harter se recogen los datos más recientes de prevalencia anual de los trastornos mentales en la población general de países como Alemania, Holanda, Australia y EEUU; Las cifras sitúan la prevalencia anual del trastorno de ansiedad generalizada entre un 1,2%-3,1%, del trastorno de angustia con o sin agorafobia entre un 1,1%-2,7%, de la agorafobia sin historia de trastorno de angustia entre un 0,5%-1,6%, de la fobia social entre un 1,3%-6,8% y de la fobia específica entre un 7,1%-8,7%.

Hay estadísticas en las que se indica que las fobias específicas y la ansiedad generalizada pueden afectar al 19% de la población general.

En general, las mujeres son dos veces más proclives a padecer trastorno de angustia y de ansiedad generalizada que los hombres. La edad de inicio de ambos trastorno se sitúa entorno a los 20 y los 40 años.

Cabe recordar que la mayoría de cuadros de gran ansiedad de inicio en edades avanzadas son en realidad depresiones ansiosas. Además cabe comentar que existen potentes factores culturales capaces de modificar tanto la prevalencia como las manifestaciones clínicas de estos trastornos.

Así pues, podemos definir la ansiedad como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo.

En la ansiedad encontramos síntomas a cuatro niveles:

- 1) Cognitivo; miedo, irritabilidad, agobio, insomnio, etc.
- 2) Motor; Temblor, tensión muscular, etc
- 3) Vegetativo; palpitaciones, sudoración, náuseas, sequedad de boca, etc.
- 4) Conductual; Evitación o huída de determinadas situaciones.

No son enfermedades en el sentido médico, su etiopatogenia es fundamentalmente psicológica, excepto en la crisis de angustia y en los trastornos obsesivos.

Su naturaleza es dimensional, es un factor de la personalidad que varia cuantitativamente, con una clínica asimismo cuantitativa, que pueden aparecer en cualquier sujeto normal, y si se intensifican o se estructuran es cuando pueden considerarse patológicos.

Presenta un pronóstico variable y depende de variables personales, sociales y terapéuticas.

El tratamiento es fundamentalmente psicológico excepto en la crisis de angustia y el trastorno obsesivo.

Se pueden diferenciar dos tipos de ansiedad:

1) Neurótica : Síntomas ansioso ante un peligro psíquico inconsciente que no se neutraliza mediante los recursos de afrontamiento o mecanismos de defensa. La inseguridad es muy intensa. Aparece en las fobias, trastornos por crisis de angustia, somatomorfos, distimia y otros.

2) Psicótica : Relacionada con las vivencias propias de los delirios, alucinaciones, y de las vivencias de irrealidad.

***CIE-10 (Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos )***

- Trastorno de ansiedad fóbica:
- Agorafobia (con o sin pánico)
- Fobias sociales
- Fobias específicas
- Otros trastornos de ansiedad:
- Trastorno de pánico
- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Trastorno mixto ansioso – depresivo.
- Otro trastorno mixto de ansiedad.
- Otros trastornos de ansiedad.
- Trastorno obsesivo-compulsivo.
- Reacciones a Estrés grave y trastornos de adaptación
- Trastornos disociativos
- Trastornos somatomorfos
- Otros trastornos neuróticos

***DSM-IV-TR 2000 (Trastornos de ansiedad)***

- Trastorno de angustia con/sin agorafobia
- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Agorafobia sin historia de t. de angustia
- Fobia específica.
- Fobia social.
- Trastorno obsesivo-compulsivo

- Trastorno por estrés agudo
- Trastorno por estrés post-traumático
- Trastorno debido a enfermedad médica
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias.

### **a) Trastorno de angustia**

Su sintomatología se compone de dos tipos de elementos:

- 1) Psíquicos: nerviosismo, preocupación, agobio por el futuro, temor, amenaza, sentimiento de incapacidad, alerta permanente, progresiva restricción social, malhumor, irritabilidad, insomnio de conciliación, llanto que alivia.
- 2) Somáticos : Inquietud motora, astenia, palpitaciones, taquicardia, disnea, opresión torácica, sudoración, sequedad bucal, alteraciones del ritmo gastrointestinal, mareos, náuseas, vómitos, cefaleas, algias difusas, parestesias, temblores, alteraciones de la conducta alimentaria, disfunciones sexuales, etc.

### **b) Trastorno de ansiedad generalizada**

Se caracteriza por preocupación excesiva (expectación aprensiva) y la aparición de síntomas de angustia permanentes, aunque estos síntomas fluctúen según los acontecimientos de la vida diaria.

Los síntomas principales son: inquietud e impaciencia, fatigabilidad, dificultad de concentración, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño, con deterioro social, laboral, etc.

Si persiste, aparecen síntomas como tristeza, apatía, astenia intensa, desinterés, pérdida de impulso vital, asemejando una depresión, con la que habrá que realizar diagnóstico diferencial.

Para el tratamiento de estos procesos, combinaremos la psicoterapia, fundamental en este caso, con la farmacoterapia ansiolítica-antidepresiva.

### **c) Fobias**

Temor desproporcionado a la situación que lo crea, no puede ser explicado o razonado, fuera del control voluntario, conduce a la evitación.

### **d) Agorafobia**

Miedo irracional a lugares abiertos, a las multitudes y a la dificultad a poder escapar de forma inmediata a un lugar seguro, temor a salir del hogar, entrar en lugares concurridos, grandes almacenes, viajar en vehículos, etc.

Puede ser una situación tremendamente incapacitante.

### **e) Fobia social**

Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar, o a la posible evaluación por parte de los demás, temor a actuar de un modo humillante o embarazoso.

### **f) Fobias simples**

Temores acusados, persistentes, excesivos e irracionales, desencadenados por un objeto o situación específico.

## **2.5.2 TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO-AFECTIVOS**

El riesgo para el trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida en las muestras de la población general, ha variado entre un 10-25% en mujeres y entre el 5-12% en hombres.

La prevalencia de depresión en la población enferma general oscila entre el 10-20%.

Representan aproximadamente el 50 % de los pacientes psiquiátricos, y de ellos solo serán tratados por el especialista el 10%, ya que habitualmente se presenta de forma enmascarada sin un diagnóstico preciso de la enfermedad.

La historia familiar predice endogenicidad, hay estudios en gemelos con concordancia en monocigotos de hasta un 65% y de un 14% en dicigotos.

Los trastornos afectivos no bipolares predominan en mujeres, el suicidio consumado es más frecuente en varones.

El post-parto, y el período pre-menstrual son situaciones de mayor riesgo.

Los trastornos bipolares tienen un inicio más temprano que los unipolares.

Los procesos depresivos se presentan a modo de síndrome caracterizado por tristeza, inhibición, culpa, minusvalía y pérdida del impulso vital. Asimismo pueden aparecer apatía, indiferencia, anestesia afectiva, anhedonia, pérdida de autoestima, desesperanza, ideación autolítica, déficit de concentración, abandono personal, hipotonía general, aislamiento, llanto frecuente, alteraciones del sueño, trastornos alimentarios, algias, disfunciones sexuales, alteraciones de la concentración y de la memoria, etc.

Cuanto mas graves son los síntomas se produce mayor afectación del componente emocional y afectivo que del funcional.

### **a) Trastornos endógenos**

Se caracterizan fundamentalmente por aparición de anhedonia, enlentecimiento del pensamiento, personalidad pre-mórbida adecuada, sin factores psicogenéticos desencadenantes, tristeza profunda y persistente, despertar precoz, insomnio de mantenimiento, hiporexia con pérdida de peso, variaciones diurnas y estacionales del humor, con mejoría vespertina y empeoramiento en primavera y otoño.

Se diferencian dos tipos.

1) Depresión Mayor: Presentan mayor posibilidad de somatizaciones, con curso prolongado de varios meses de evolución.

Hay respuesta al tratamiento en un 70%, aunque existe riesgo de cronicidad.

2) Trastorno bipolar: mas frecuentes los actos suicidas. Cursan con brotes cíclicos, en los que se alternan picos maníacos con otros de depresión mayor.

Clasificación

**CIE-10**

Trastorno depresivo recurrente

Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve

Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado

Trastorno depresivo recurrente

Episodio maníaco

Trastorno bipolar

Episodio depresivo

- Leve

- Moderado

- Grave sin síntomas psicóticos  
con síntomas psicóticos

Otros episodios depresivos

Trastornos del humor persistentes

- Ciclotimia

- Distimia

- Otros

Otros trastornos del humor

Trastornos del humor sin especificar.

**DSM-IV-TR**

Trastorno depresivo mayor, episodio único

Trastorno depresivo mayor, recidivante.

Trastorno distímico.

Trastorno depresivo no especificado.

En las endógenas el tratamiento fundamental es Farmacológico, la psicoterapia es específica de las no endógenas, para el reajuste de las relaciones interpersonales específica de las no endógenas para el reajuste de las relaciones interpersonales.

## **b) Trastornos adaptativos y reacciones de estrés**

La categoría de “trastorno adaptativo” y las denominadas “reacciones de estrés” constituyen entidades únicas dentro de la nosología psiquiátrica, por cuanto son las únicas que se refieren a un agente etiológico, y no a la presencia de un síndrome. Recogen las múltiples reacciones posibles ante situaciones de cambio, amenaza o pérdida frente a las que no es posible adaptarse o cuando las personas se sienten subjetivamente sobrepasadas por los acontecimientos, se trata, en este sentido de una patología psicosocial.

El máximo exponente son las patologías psicosociales contemporáneas: acoso laboral o mobbing, acoso escolar o bullying, síndrome de estrés laboral o burnout, síndromes de cansancio crónico, etc.

El trastorno adaptativo es uno de los diagnósticos limítrofes entre patología y normalidad más frecuentemente usados por el personal de salud.

Diversos estudios han señalado en nuestro medio prevalencias del 25 al 29% de patología mental en atención primaria de salud.

Tanto para el DSM como la CIE-10 el trastorno adaptativo es un fenómeno dependiente del estrés, que debe tener un origen identificable, pero que carece de una lista de síntomas.

Para el diagnóstico DSM-IV-TR los síntomas deben aparecer en los tres meses siguientes a la aparición del agente estresor, y pueden durar de un modo indefinido.

Para el CIE-10 no es relevante cuando aparezca y deben durar menos de seis meses.

Todo ello conlleva a crear un clima de incertidumbre.

Existen factores externos psicopatogénicos desencadenantes, rasgos neuróticos de la personalidad, ansiedad, irritabilidad, agravamiento vespertino, curso prolongado no estacional, insomnio de conciliación, no pérdida de peso.

Presenta una respuesta inadecuada al tratamiento farmacológico y más favorable con la psicoterapia.

Si se prolonga más de 3 m tiende a cronificarse y empeora el pronóstico, por lo que no es conveniente prolongar la incapacidad temporal más de ese tiempo.

Si no remite en 2 a con tratamiento médico se denomina Distimia y es un trastorno depresivo cronicado.

## Epidemiología

El DSM-IV-TR distingue hasta nueve subtipos de trastorno adaptativo y la CIE-10 cinco, según predominen síntomas depresivos, ansiosos, del comportamiento o combinaciones mixtas de los anteriores.

Se trata de categorías derivadas empíricamente, para las que no existen suficientes estudios que avalen epidemiológicamente el carácter distintivo de cada uno como entidad nosológica.

El trastorno adaptativo no ha sido incluido en ninguno de los grandes estudios de la epidemiología psiquiátrica.

La epidemiología muestra que no todos los hechos traumáticos tienen un impacto similar, así se estima que entre un 5-10% de las personas desarrollan secuelas a un accidente de tráfico con riesgo vital, en el abuso sexual con violencia física, esta se eleva al 35 al 50%, y hasta un 65% si se produce por un familiar o amigo cercano.

El 60-80% de la población ha pasado por hechos traumáticos graves.

En el hecho traumático hay un cuestionamiento de los esquemas de la persona respecto a sí mismo y de sí mismo respecto al mundo.

### ***Trastorno adaptativo según el DSM-IV-TR***

**A.** La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.

**B.** Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo:

1. malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante
2. deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica)

**C.** La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente.

**D.** Los síntomas no responden a una reacción de duelo.

**E.** Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.

*Especificar si:*

**Agudo:** si la alteración dura menos de 6 meses.

**Crónico:** si la alteración dura 6 meses o más.

Los trastornos adaptativos son codificados según el subtipo, que se selecciona de acuerdo con los síntomas predominantes. El estresante específico puede señalarse en el Eje IV.

### **2.5.3. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD**

La personalidad se puede definir como la forma de ser de un individuo, es característica y persiste a largo plazo, a lo largo de la vida.

Se configura por unos rasgos, unas características propias, que en los trastornos de la personalidad se encuentran exagerados.

Son el resultado de una interacción compleja y dinámica de factores biológicos, psicológicos y sociales.

Según el DSM-IV se dividen en:

1) Cluster A (Prepsicóticos):

- Esquizoide: introvertido, pueden realizar trabajos en solitario sin limitaciones.
- Paranoide : conflictivo y agresivo en el entorno laboral.
- Esquizotípico : creencias místicas, mágicas. No conflictivos laboralmente.

## 2) Cluster B ( inestables y conflictivos )

- Antisociales. Psicópatas y sociópatas. Influidos por la sociedad.

- Límites : no saben frenar sus impulsos. Se asocian frecuentemente a depresión y

trastornos de la alimentación. Suelen tener bajas laborales prolongadas.

- Histriónicos : hay que descartar enfermedad orgánica e instar al alta.

- Narcisista

## 3) Cluster C (por ansiedad o neuróticos )

- Dependientes : suelen ser mas fáciles de tratar, rara vez es incapacitante.

- Evitadotes : tímido, no conflictivo, difícil el trabajo en equipo.

- Obsesivo compulsivo: perfeccionistas, se puede asociar con depresión mayor.

Pueden ser subsidiarios de Incapacidad permanente.

### **2.5.4. TRASTORNOS PSICÓTICOS**

- **Psicosis breve** : brote con duración desde un día hasta un mes .

- **Esquizofrenia** : duración mayor de 6 meses .

Es una alteración cualitativa de la forma de ser. Se pierde el sentido de la realidad, y carece de conciencia de enfermedad, presentan frialdad afectiva.

Se pueden desencadenar brotes psicóticos en pacientes con trastornos de la personalidad del tipo cluster A, hipertiroidismo, neoplasias, epilepsia, migrañas, o por consumo de tóxicos como el cannabis, cocaína o anfetaminas.

Hay varios tipos de esquizofrenia:

1) Desorganizada

2) Catatónica.

3) Paranoica

4) Residual

Según la intensidad o gravedad de los síntomas puede producir un deterioro de diversos grados, desde leve (con respuesta a tratamiento, y posibilidad de alta

laboral), medio (bajas intermitentes recurrentes), graves (subsidiarias de incapacidad permanente).

### **2.5.5. OLIGOFRENIA**

Se incluye en el eje II de la DSM-IV, provoca un trastorno de la personalidad muy intenso.

Son pacientes muy inmaduros con importantes limitaciones para la actividad laboral.

### **2.5.6. ENFERMEDADES ORGANICAS –DEMENCIAS**

Tal y como define la CIE-10 incluyen una serie de trastornos mentales que tienen en común una etiología demostrable, enfermedad o lesión causante de disfunción cerebral, ya sea primaria o secundaria.

En la población general se ha demostrado un 5% de prevalencia de demencias en mayores de 65 años; la demencia aumenta exponencialmente con la edad.

La demencia tipo alzheimer es la más frecuente, y supone un 55-75% de los casos, seguida de la vascular 15-30%.

Se deben cumplir una serie de criterios:

- 1) Manifestaciones a nivel de deterioro de la memoria, alteración del aprendizaje, alteraciones cognoscitivas, afasia, apraxia, agnosia, etc.
- 2). Los déficit cognoscitivos provocan deterioro significativo de la actividad laboral y/o social.
- 3) Signos y síntomas neurológicos, pruebas de laboratorio, y de imagen.
- 4) Los déficits no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

### **2.5.7. TRASTORNOS SOMATOMORFOS**

Se refieren a un grupo de enfermedades psiquiátricas que se caracterizan porque el paciente presenta síntomas corporales que sugieren un trastorno físico.

No existe ninguna causa orgánica demostrable, o mecanismo fisiopatológico conocido.

Se pueden agrupar en:

- Trastorno por somatización.
- Trastorno somatomorfo indiferenciado.
- Hipocondría.
- Trastorno por dolor.
- Trastorno dismórfico corporal

### **2.5.8. TOXICOMANIAS**

Se define droga como toda sustancia farmacológicamente activa sobre el sistema nervioso, sea prescrita o no, que modifica la conducta de quien la consume.

Todas las sustancias psicoactivas con alto potencial de abuso se caracterizan por alterar la función del sistema de neurotransmisión dopaminérgico mesocorticolímbico...

En España el consumo de sustancias ha aumentado en los últimos años paralelamente a la disminución de la percepción del riesgo y el incremento de la disponibilidad.

Suelen relacionarse a trastornos de la personalidad severos subyacentes. Provocan incapacidades laborales temporales de larga duración.

Los pacientes con otros trastornos psiquiátricos y consumo de sustancias presentan pero pronóstico.

## **OBJETIVOS.**

1. Determinar el impacto socio-económico de la IT por Trastorno Ansioso-depresivo en la población conformada por los trabajadores de las empresas afiliadas a la mutua Asepeyo en Málaga y Guadalhorce (sectores KJ y KN respectivamente).
2. Compararla con otros estudios.
3. Conocer la distribución de pacientes que han estado de baja por trastorno ansioso-depresivo según sexo, edad, trabajo, régimen del trabajador, diagnóstico.
4. Conocer la duración media de días de baja para dicha patología.
5. Repercusión de la valoración por el especialista de la Mutua.
6. Relación del factor “conflicto laboral” en el trastorno adaptativo mixto en la comunidad objeto del estudio.
7. Repercusión de la propuesta de alta efectuada por el médico de la mutua.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

### Ámbito de estudio

El presente estudio ha sido elaborado en la población de trabajadores afiliados en los centros asistenciales de la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional de la Seguridad social nº 151 en Málaga y Guadalhorce (sectores KJ y KN respectivamente)

### Período

Se han estudiado todos los expedientes correspondientes a todos los procesos de ITCC por Trastorno ansioso-depresivo durante el período de tiempo de 1 de Enero de 2007 a 31 de Diciembre de 2008, independientemente de cuando se iniciaron y de cuando finalizaron.

### Población

La población base del estudio la constituyen el total de trabajadores de las empresas afiliadas a Mutua Asepeyo. La muestra del estudio estaba constituida por todos los trabajadores en situación de IT por Trastorno ansioso-depresivo en las fechas indicadas.

En primer lugar se ha tenido en cuenta una población total de 860 casos por Trastorno Ansioso-depresivo obtenida a través del Sistema Q-info, durante los años 2007 y 2008 en los sectores de Málaga y Guadalhorce.

Entre estos 860 casos, como criterio de inclusión se seleccionaron los expedientes que presentaran incapacidades temporales de duración mayor a 15 días y que los diagnósticos emitidos por Q-info coincidieran con el diagnóstico real del paciente.

La muestra final obtenida es de 670 casos tras excluir 181 casos cuya duración de IT era menor o igual a 15 días y 9 casos donde los diagnósticos de Q-info no coinciden con el diagnóstico real tras la revisión de la historia y constatar que el motivo de IT no tiene relación con la patología estudiada. Así descartamos:

- 1 cólico nefrítico.
- 1 embarazo
- 2 casos sin diagnóstico codificado
- 1 Cialgia
- 1 depresión mayor
- 1 Anemia
- 1 Esquizofrenia
- 1 Talalgia

#### Material:

1. Programa "Microsoft Office Excel 2003" con el que se realizó base de datos, gráficos y tablas.
2. Programa "Microsoft Office Word 2003".
3. Ordenador conectado a Internet
4. Ordenador donde estaban registradas las historias clínicas
5. Programa de gestión sanitaria de la Mutua (Chaman)
6. Historias clínicas formato papel.
7. Programa Q-info

#### Método:

Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo.

La obtención de datos se ha realizado a través del Sistema Q-info, solicitando la relación de trabajadores que presentaban la patología objeto de estudio durante los años 2007 y 2008.

Los diagnósticos especificados en dicha solicitud han sido los siguientes:

1. Estado de ansiedad
2. Depresión neurótica
3. Trastorno neurótico
4. Otros estados de ansiedad
5. Trastorno de ansiedad generalizado
6. Depresión con ansiedad
7. Búsqueda-depresión
8. Reacción de ansiedad
9. Trastorno de ansiedad excesiva
10. Depresión reactiva
11. Neurosis con ansiedad

Las variables recogidas para el estudio son las siguientes y se han obtenido de la base de datos de Asepeyo, programa Chaman:

*Variables personales:*

- Sexo
- Edad

*Variable profesional:*

- Trabajo

*Variables propias del proceso:*

- Diagnóstico
- Régimen del trabajador
- Conflicto Laboral
- Propuesta de alta
- Propuesta de incapacidad

- Seguimiento por especialista
- Días de baja

*Variable sexo:*

- a) hombre
- b) mujer

*Variable Edad:* tomando once grupos de edades: de menos de 21, de 21 a 25 años, de 26 a 30 años, de 31 a 35 años, de 36 a 40 años, de 41 a 45 años, de 46 a 50 años, de 51 a 55 años, de 56 a 60 años y de más de 65 años.

*Variable trabajo:* que hemos agrupado en los siguientes grupos:

- a) Trabajos con actividad física como encofrador, peón, mozo de almacén, marmolista, etc.
- b) Trabajos intelectuales (ingenieros, periodistas, abogados, informáticos, etc.)
- c) Trabajos sanitarios
- d) Trabajos dedicados a la enseñanza
- e) Puestos de responsabilidad
- f) Atención al público (teleoperadores, comerciales, vendedores, etc)
- g) Administrativos
- h) Limpieza
- i) Desconocida

*Régimen del trabajador:*

- a) pago delegado
- b) pago directo
- c) RETA-REA

*Seguimiento por parte de especialista en psiquiatría y/o psicología:*

- a) se valora cuando durante el periodo de baja no ha tenido seguimiento por especialista;
- b) ha tenido seguimiento por especialista concertado con mutua
- c) seguimiento por especialista de Sistema Público de Salud (SPS)
- d) Seguimiento por especialista de SPS y mutua
- e) desconocido

## RESULTADOS

En los 2 años de estudio fueron computados según el sistema Q-info 860 casos en los Centros Asistenciales de Asepeyo en Málaga y Guadalhorce por patología ansioso-depresivo. De la muestra inicial de 860 casos, 670 cumplen los requisitos.

- Con respecto al **sexo** de los 670 casos, 463 eran mujeres, lo que supone un 69,10% y 207 eran hombres (30,89%).



Figura 1

SEXO	Nº SUJETOS	PORCENTAJE	DMB	DIAS DE IT
Mujer	463	69,1	126,4	58.527
Hombre	207	30,89	157,84	32.674

Tabla 1

- Dada las características de la población estudiada, el grupo de **edad** con mayor porcentaje es entre los 26-30 años alcanzando el 17,01%, que son 114 trabajadores, seguido muy cerca por el grupo comprendido desde los 31 a los 35 años (113 trabajadores). Si unificamos ambos grupos, obtenemos que la mayoría

de las bajas están localizadas desde los 21 a los 30 años (227 trabajadores), lo que supone un 33,87% del total. El menos frecuente es el grupo perteneciente a los mayores de 65 años (0,14% que se corresponde con 1 trabajador).

Los días medios de baja (DMB) se incrementan a medida que aumenta la edad del sujeto.

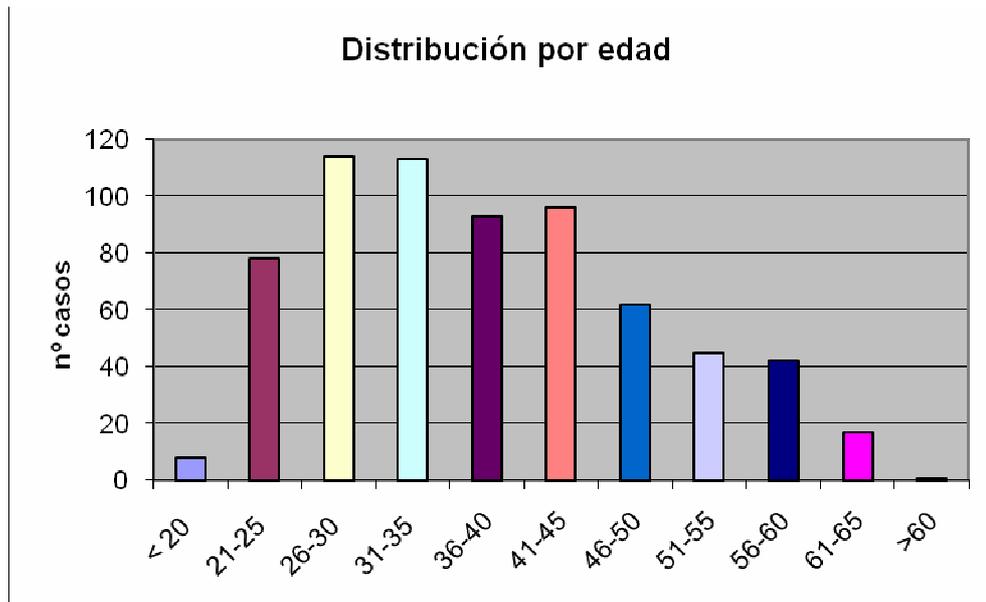


Figura 2

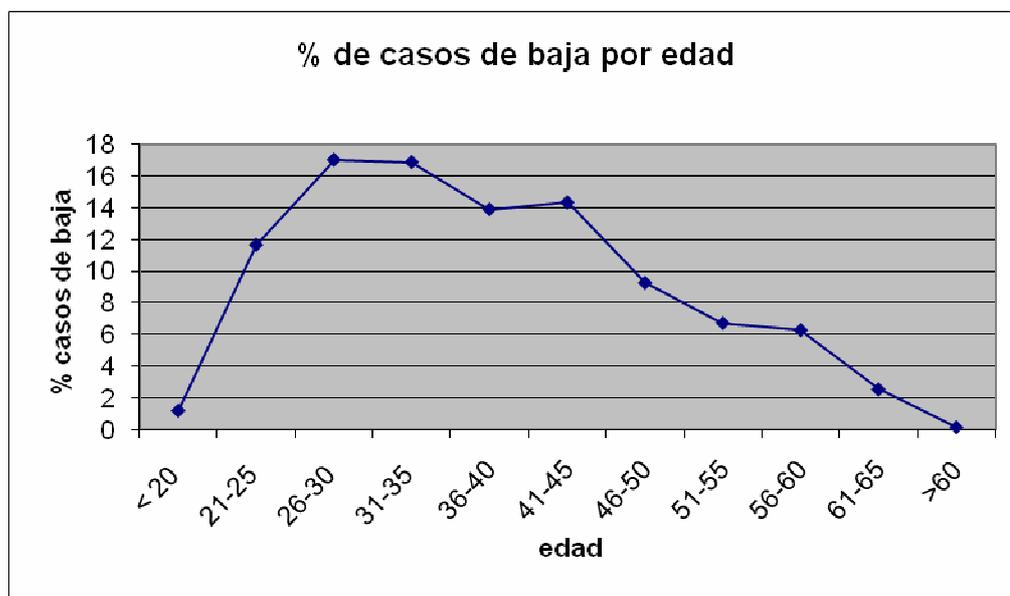


Figura 3

EDAD	Nº SUJETOS	PORCENTAJE	DMB
<21	8	1,19	132,37
21-25	78	11,64	102,46
26-30	114	17,01	103,14
31-35	113	16,86	125,37
36-40	93	13,88	156,82
41-45	96	14,42	146,18
46-50	62	9,25	128,95
51-55	45	6,71	143,97
56-60	42	6,26	203,28
61-65	17	2,53	243,88
>65	1	0,14	448

Tabla 2

● En cuanto a la **actividad del trabajador** tenemos que los más afectados por este trastorno son los trabajos relacionados con la Atención al Público, que se corresponde con el 47,16%, lo que supone 316 sujetos, existiendo una gran diferencia con el resto de las actividades. Seguido de los trabajos con Actividad Física (AF) (12,83%) y la limpieza (10,44%). Dentro de las menos afectados están la enseñanza, sanitarios y otras profesiones intelectuales con 1, 6 y 8 sujetos respectivamente.

Con respecto al sector sanitario podemos decir que encontramos un porcentaje bajo, el 1,19% (8 trabajadores) que se corresponden con 1 médico, 1 DUE y 6 auxiliares de clínica.

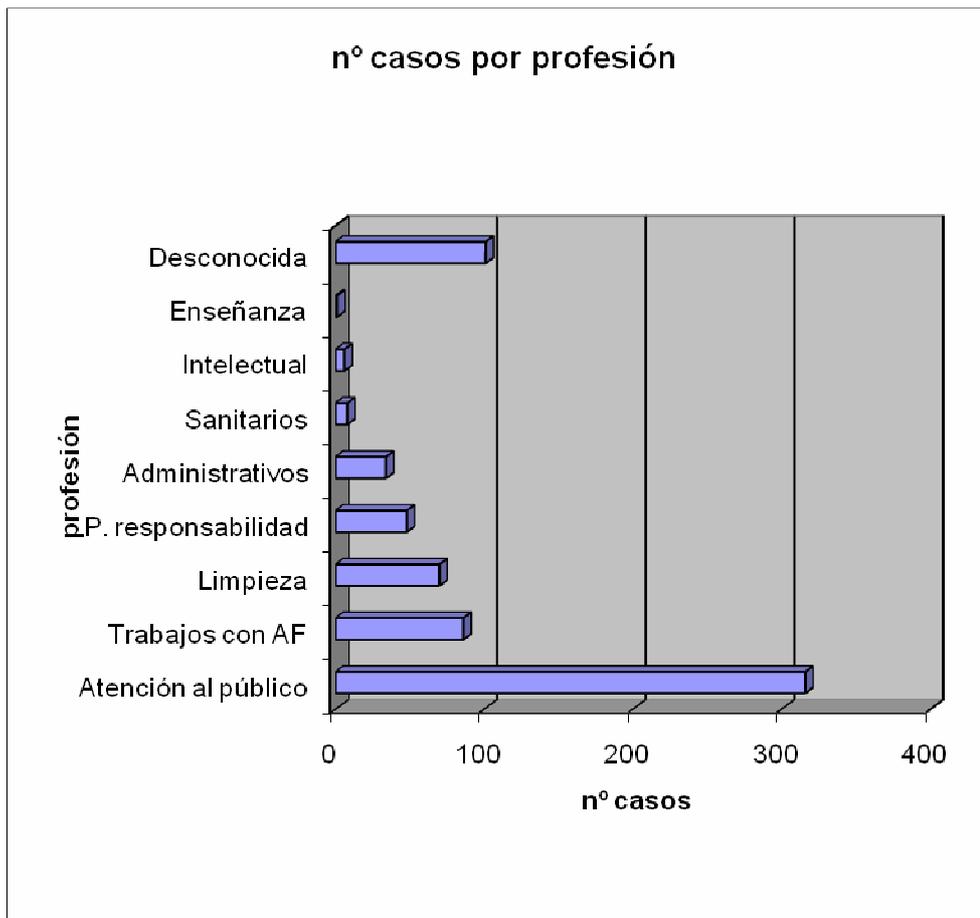


Figura 4

PROFESIÓN	Nº CASOS	PORCENTAJE
Atención al público	316	47,16%
Trabajos con AF	86	12,83%
Limpieza	70	10,44%
P. responsabilidad	48	7,16%
Administrativos	34	5,07%
Sanitarios	8	1,19%
Intelectual	6	0,89%
Enseñanza	1	0,14%
Desconocida	101	15,07%

Tabla 3

- Teniendo en cuenta el **diagnóstico** concluimos que es el “*Estado de Ansiedad*” con 347 sujetos (51,79%) es el más codificado, seguido de “*Búsqueda-depresión*” (13,28%), “*Depresión neurótica*” (12,23%), y la “*Depresión con ansiedad*” (9,8%).

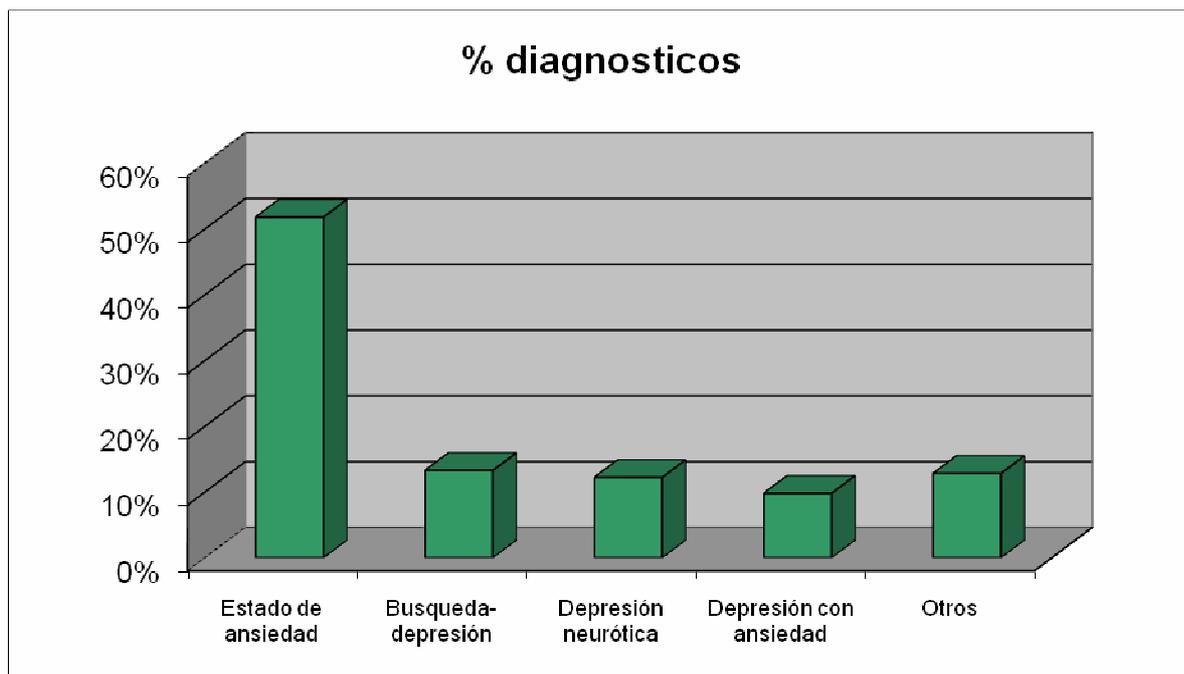


Figura 5

DIAGNOSTICO	Nº CASOS	PORCENTAJE	DIAS TOTAL IT	DMB
Estado de ansiedad	347	51,79%	36.400	104,89
Búsqueda-depresión	89	13,28%	17.350	194,94
Depresión neurótica	82	12,23%	13.183	160,76
Depresión con ansiedad	66	9,80%	10.489	158,92
Otros	86	12,83%	13.779	160,22

Tabla 4

• Respecto al **régimen del trabajador**, el más frecuente es el *pago delegado*, que conforma el 68,8% (que corresponde a 461 casos, casi 3 cuartas partes de la muestra estudiada), seguida del *pago directo* con 134 sujetos (20%). Y por último el *RETA-REA* con 75 casos (11,19%).

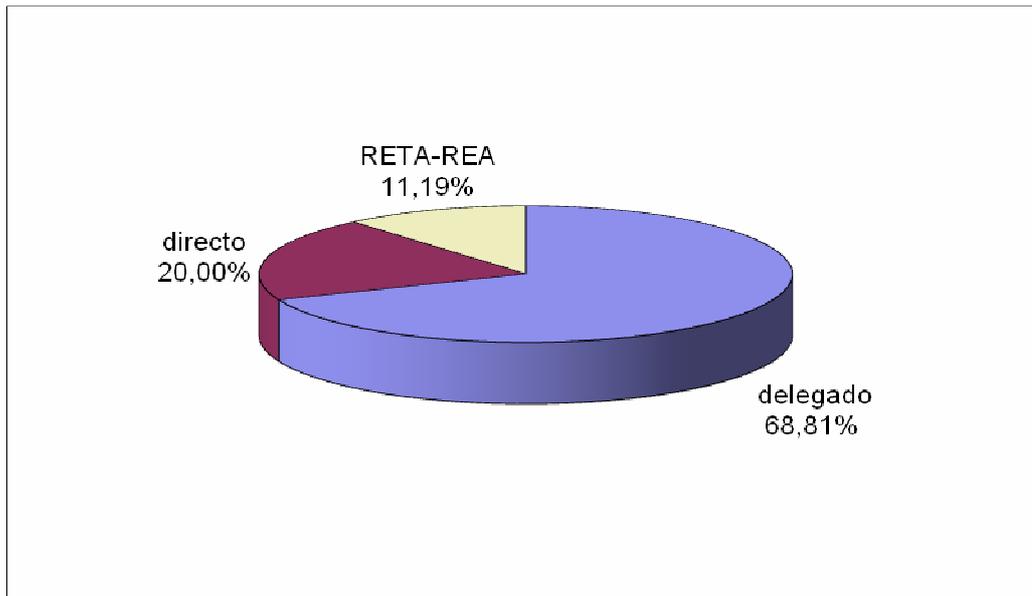


Figura 6. Régimen del trabajador.

REGIMEN	Nº SUJETOS	PORCENTAJE	DMB
Pago directo	123	20	234,99
RETA-REA	75	11,19	169,46
Pago delegado	461	68,8	101,95

Tabla 5

- En la valoración del **conflicto laboral**, los datos obtenidos fueron: 253 de los casos reconocían algún tipo de conflicto laboral, como causa directa, asociada o no a otras, de la patología psiquiátrica que presentan, lo que corresponde al 37,91% del total de los casos de la muestra.

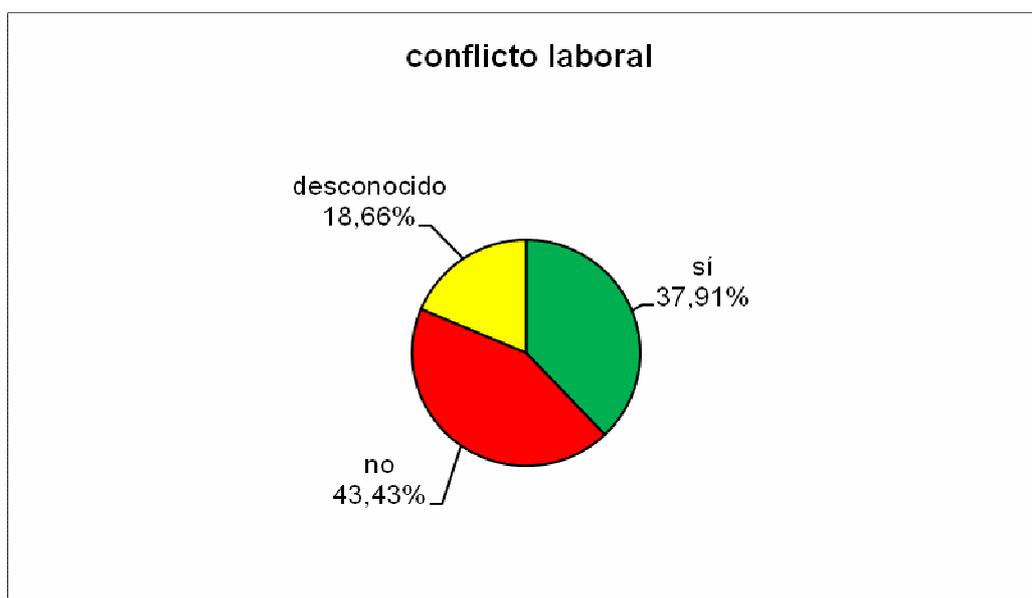


Figura 7.

CONFLICTO LABORAL	Nº SUJETOS	PORCENTAJE
Sí	254	37,91
No	291	43,43
Desconocido	125	18,66

Tabla 6

- En relación con las **propuestas**, en el 43,58% (292 sujetos) se ha realizado *propuesta de alta (PA)*, y *propuestas de incapacidad (PI)* en un 5,22%. No se ha realizado ningún tipo de propuesta en el 37,91% de los casos.

La duración media de la baja en los casos de PA es de 145,46 días y en los casos donde el médico de contingencias comunes de la mutua no ha intervenido, la media es de 129,87 días.

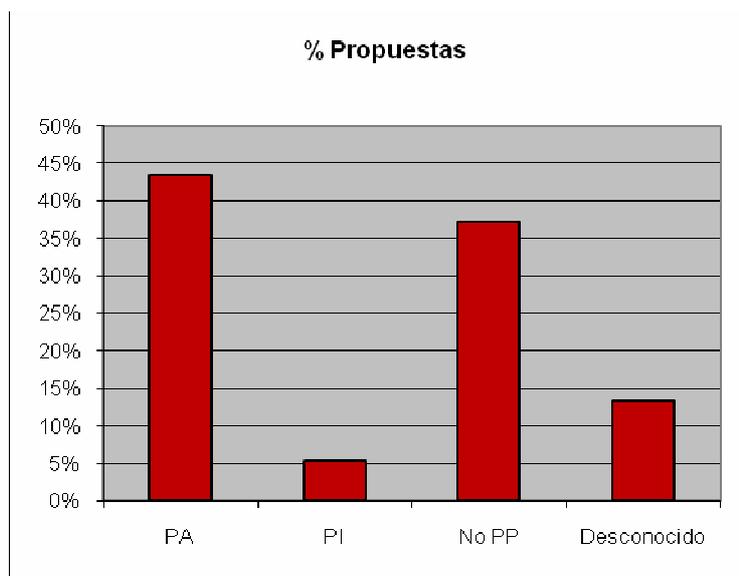


Figura 8

PROPUESTA	Nº SUJETOS	PORCENTAJE	DMB
PA	292	43,58%	145,46
PI	35	5,22%	398,68
No PP	254	37,22%	129,87
Desconocido	89	13,28%	20,01

Tabla 7

- En cuanto al **seguimiento** realizado, desde la mutua se han derivado a especialista en psiquiatría o psicología concertado con la mutua al 30,14% de los sujetos (202 casos), siendo la DMB de 172,50 días.

Cuando el seguimiento del especialista ha sido de la *mutua y del SAS* la duración media de la baja ha sido de 227,23 días. Cuando el seguimiento se ha realizado sólo por especialista del *Sistema Público de Salud* la duración de la baja es de 197,66 días. Y cabe destacar que cuando el seguimiento se ha realizado sólo por especialista concertado con *mutua*, la duración de la baja se reduce hasta alcanzar los 135,11 días.

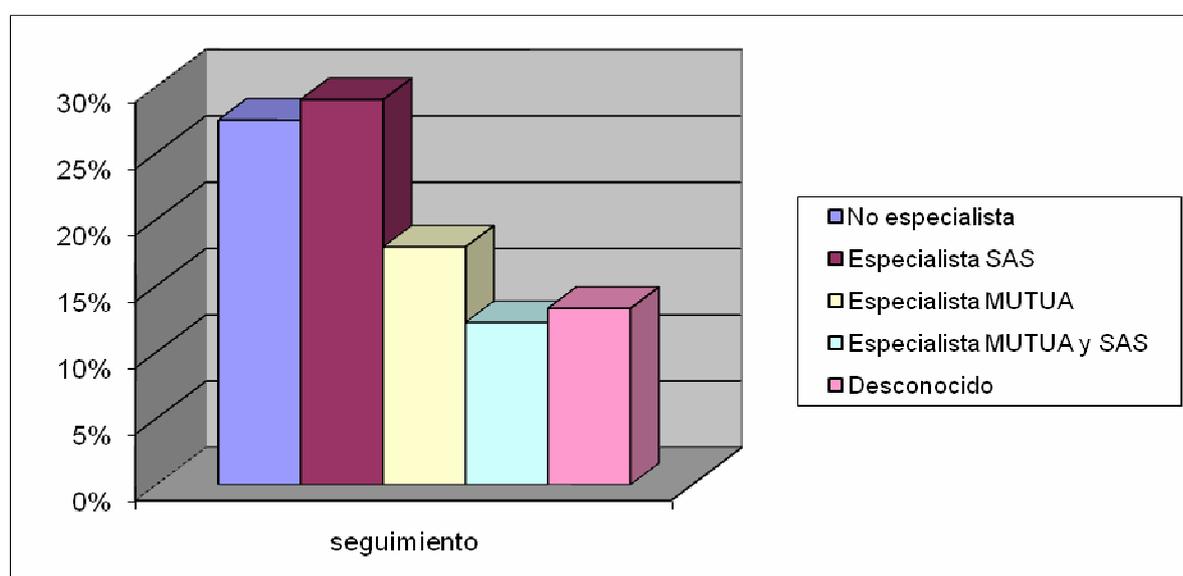


Figura 9

SEGUIMIENTO	Nº CASOS	PORCENTAJE	DMB	DIAS IT
No especialista	184	27,46	81,6	15.015
Especialista SAS	195	29,01	197,66	38.544
Especialista MUTUA	120	17,91	135,11	16.214
Especialista MUTUA y SAS	82	12,23	227,23	18.633
Desconocido	89	13,28	31,4	2.795

Tabla 8

## DISCUSIÓN

Son múltiples los estudios que señalan a la mujer como paciente prototipo de este cuadro ansioso-depresivo. Coincidiendo nuestros resultados con los de González Klett y Mata Hernández sobre trastorno ansioso depresivo en Madrid.

Además coincidimos con otros estudios, en que son pacientes del sexo femenino y con edades jóvenes, entre 25 y 40 años.

Y estamos de acuerdo con la opinión de De las Heras y de García Calleja al considerar que las mujeres son más propensas a este tipo de trastorno, dado que están sometidas a mayor estrés, porque además de sus funciones profesionales, deben realizar las tareas domésticas que tradicionalmente se les han imputado.

Sin embargo el promedio de la baja en el presente estudio es más alto en los hombres, obteniendo resultados similares a otros estudios como los de Carrión García.

Coincidimos con el estudio de González y Mata en que son los profesionales con Atención al Público sobre todo teleoperadores, vendedores y comerciales, el sector más afectado. Se podrían introducir programas en empresas destinadas a este sector del tipo de formación en las modificaciones de actitudes, entrenamiento en estrategias de solución de problemas o técnicas de relajación.

El sector de la enseñanza sólo afecta al 1% en nuestro estudio, siendo un porcentaje éste muy bajo en comparación con otros estudios como el de García Calleja, donde alcanza el 8,33 %. Es muy probable que se deba a que dentro de las empresas afiliadas a la mutua haya pocas relacionadas con la formación. Así mismo ocurre con las profesiones sanitarias, donde el bajo porcentaje de afectados se puede deber al sesgo por el tipo de población elegida.

Nos parece fundamental en la exploración del paciente psiquiátrico, la realización de una entrevista clínica bien efectuada; actualmente, nos consta, que desde los servicios médicos de Contingencias Comunes de la Mutua Asepeyo, existe una concienciación y esfuerzo en este sentido.

Como se recoge en la bibliografía, en esta anamnesis, toma gran relevancia la queja que el paciente expone, así, en nuestro trabajo hay un 37.91% de pacientes

que relacionan de manera directa su patología con el ámbito laboral, nos parece un porcentaje muy elevado, y habría que buscar estrategias de solución de los conflictos laborales, que deben ser independientes de un proceso de incapacidad temporal, que en realidad es un proceso de enfermedad.

Se han enviado al especialista consultor desde la mutua al 30,14% de los pacientes, consiguiendo en estos casos, una disminución de los DMB.

Además, y como se ha citado anteriormente, ésta derivación es más útil, si se hace precozmente, en los 3 primeros meses de IT, con objeto de evitar un proceso de neurosis de renta.

Nos llama la atención como la duración media de la baja es menor cuando el paciente es atendido únicamente por el Especialista concertado por Mutua, y es mayor cuando además del de la Mutua, hay un seguimiento del de los Servicios Públicos de Salud, si bien, pueda deberse, a que estos últimos son los casos más complejos, también nos parece que el especialista de Mutua se implica más, y le da mayor importancia a la situación de Incapacidad Temporal, que el de los Servicios Públicos de Salud.

Además hay un 27.46 % de casos que no reciben ningún seguimiento por parte de Especialista alguno, ya sea de Mutua, o de los Servicios Públicos de Salud, sería conveniente un esfuerzo desde los Servicios Médicos de Contingencias Comunes para disminuir este porcentaje, y por consiguiente hacer una mejor gestión de la IT.

Según el estudio realizado llegamos a la conclusión de que la PA no ha conseguido disminuir los DMB. Por ello invitamos al médico de CC de la Mutua a que, con las armas que tiene, realice antes las propuestas y en mayor número. No obstante, podemos aventurarnos a decir que una de las causas de que la duración sea mayor, en los que se ha realizado PA, es sencillamente porque la PA se realiza sobre todo en aquellos casos más cronificados o enquistados en el sistema. Además existen casos de baja de corta duración, a los que normalmente no se les realiza la PA, que disminuyen los DMB de los casos a los que no se ha realizado la propuesta.

Hemos encontrado dificultades a la hora de valorar ciertas variables, que no se han podido incluir en el estudio, como por ejemplo la respuesta a la PA, por la mala confección de las historias clínicas, en las que habitualmente éste campo no está

relleno, ya sea porque la UVMI no ha llegado a responder la propuesta, ó bien porque habiendo respuesta, ésta no ha sido incorporada posteriormente al programa sanitario.

En nuestro medio la ITCC se ha convertido en una aspiración social, sirviendo la IT para asegurar unos ingresos económicos, ó en una “baja social”, entendiendo por baja social escudar un problema bajo un diagnostico médico que no existe. Se debería estimular a la población a buscar otras salidas para evitar estas bajas, y para ello hay que fomentar la ley de dependencia y de la ley de igualdad.

Cuando el problema no es sanitario, el sistema tampoco puede darle una solución a ese problema, y lo único que se consigue es que el problema no se resuelva y aumenta los DMB.

Según Plana, las contingencias profesionales no presentan dudas sobre origen, pero no ocurre lo mismo en la contingencia común. Es el Médico de Atención Primaria el que cursa la baja como enfermedad común, por tanto recae sobre él la presión. Por tanto podemos decir que las bajas por ITCC pueden ser de mayor duración porque el Médico de Atención Primaria:

- (i) tiene una falta de concienciación de la repercusión real de la IT
- (ii) sobrecarga laboral
- (iii) visión burocrática de la IT
- (iv) desmotivación

Los resultados ponen de manifiesto que es fundamental para una buena gestión de la patología que las directrices vayan dirigidas a establecer relaciones triangulares y bidireccionales entre mutua, médico de atención primaria e inspección médica.

Estamos convencidos de la necesidad de realizar estudios sobre el trastorno ansioso-depresivo en el ámbito laboral para poder determinar medidas que disminuyan los DMB, lo que permitirá una evolución hacia una disminución de recursos económicos, sanitarios y productivos y una reducción del absentismo laboral.

## CONCLUSIONES

1. La categoría prevalente en situación de IT por Trastorno Ansioso-Depresivo en el periodo estudiado es la correspondiente a una mujer situada en el tramo entre los 26 y los 35 años, trabajadora con atención al público (teleoperadora, vendedora, etc.), diagnosticada de estado de ansiedad y cuya duración media de la baja 126,40 días.
2. La duración media de la baja es de 136,12 días, y aumenta en relación a la edad del sujeto.
3. El 37,91% de los casos relacionan su patología con la existencia de algún tipo de conflicto laboral que reconocen como desencadenante de la patología, asociado o no a otras causas.
4. El total de días naturales de trabajo perdidos es de 91.201 en 2 años, lo que genera a la entidad gestora un gasto en IT de 4.100.000 euros en este periodo, o lo que es lo mismo, un gasto anual de 2.050.000 euros. Resultando el 23,3% de los ingresos por cuotas por contingencias comunes en el ejercicio del año referido.
5. Las *Propuestas de Alta* realizadas por los Médicos CC de Mutua no han conseguido una disminución de la duración media de la baja.
6. La derivación a especialista consultor concertado por mutua ha conseguido la disminución en la duración media de la baja, especialmente si esta se produce al inicio del proceso, con objeto de que no se provoque un proceso de neurosis de renta.
7. Asimismo el especialista consultor resulta útil, para la elaboración de informes, en procesos largos de IT con objeto de solicitar una *Propuesta de Incapacidad* a la Inspección Médica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric association. DSM –IV. Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1995
2. Ballesteros Polo et al. Comparación del coste de la incapacidad temporal por contingencias comunes en 2006 entre las provincias de Madrid y Barcelona. Rev Esp Salud Publica 2009; 83 (3): 453-461
3. Baumeister H, Harter M. Prevalence of mental disorders based on general population surveys. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2007; 42: 537-46
4. Calleja Pascual JM, Pérez Urrutia E ,Iturralde Iriso J, Ruiz de Galarreta MA. Paciente asintomático que rechaza el alta laboral. Programa de formación en colaboración con la Sociedad Española de Médicos de Atención primaria (SEMERGEN). El Medico: 50-58
5. Carrión García MA. Descripción y clasificación de pacientes afectados por factores psicosociales nocivos en su entorno laboral. (Tesis doctoral). Universitat Rovira i Virgili; 2007.
6. Cruz Esteve I, Serna Árnaiz M, Torres Altisent M, Gascó Eguiluz E, Galván Santiago L, Martín Gracia E. Influencia del sexo en la incapacidad laboral por depresión. Psiquiatría Biológica. 2007 SEP; 14(5)
7. Domínguez Trujillo C, Dávila Quintana D. La incapacidad temporal por contingencias comunes en profesionales de enfermería de los centros asistenciales del servicio Canario de la Salud en la Isla de Gran Canaria. Economía y Salud 2002; 15 (43): 6
8. Fernandez Liria A, García Alvarez MJ. Medio laboral y salud mental. Rev Asoc Esp Neuropsiq 2004; 90
9. Gil F. Tratado de medicina del Trabajo. 1ª ed. Barcelona: Masson, 2005

10. González Klett M, Mata Hernández I, Mena García E. Trastorno de Ansiedad-depresión en el Entorno de la Contingencia Común. Master Universitario en Medicina Evaluadora 2007
11. González Klett M, Cañas Mayordomo F, García Barreiro A. Guía de Gestión Asistencial de los Trastornos de Ansiedad y Depresión en Contingencias Comunes. Asepeyo 2009
12. González Pinto A, López Peña P, Zorrilla Martínez I. Depresión unipolar y otras depresiones. En: Palomo T, Jiménez-Arriero MA editores. Manual de Psiquiatría. 1ª Ed Madrid: GlaxoSmithKline 2009
13. Lobo A, Launer LJ, Fratiglioni L et al. Prevalence of dementia and major subtypes in Europe : A collaborative study of population-based cohorts. Neurology 2000;54 Supl 5:4-9
14. Martín Pérez C. Prevalencia y Atención a los trastornos mentales en una comunidad rural. (Tesis doctoral). Universidad de Granada; 2005  
Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos mentales del Comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor, 1992
15. Pailhez Vindual G, Bulbena Vilarrasa A. Trastornos de ansiedad, fobias y crisis de angustia. En: Palomo T, Jiménez-Arriero MA editores. Manual de Psiquiatría. 1ª Ed Madrid: GlaxoSmithKline 2009
16. Pascual Pascual P, Villena Ferrer A et al. El Paciente Ansioso. Guías Clínicas Fistera 2005; 5(38)
17. Pérez-Sales P. Trastornos adaptativos y reacciones de estrés. En: Palomo T, Jiménez-Arriero MA editores. Manual de Psiquiatría. 1ª Ed Madrid: GlaxoSmithKline 2009

18. Plana P, Pages C, Pou M, Yetor A, Corominas J. La incapacidad temporal: un instrumento para la vigilancia de la salud de los trabajadores. Arch Prev Riesgos Labor 2001;4(2):61-66

19. Roncero Alonso C, Barral Picado C, Casas Brugué M. Alcohol y otras drogodependencias. En: Palomo T, Jiménez-Arriero MA editores. Manual de Psiquiatría. 1ª Ed Madrid: GlaxoSmithKline 2009

20. Saz P. Demencias y otros cuadros psico-orgánicos. En: Palomo T, Jiménez-Arriero MA editores. Manual de Psiquiatría. 1ª Ed Madrid: GlaxoSmithKline 2009

21 .Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C. Tratado de Psiquiatría 1ª ed Barcelona: Ars Médica 2005

22.Velázquez Martínez R, Guillen Gestoso C, Almorza Daza JM, Savador-Carulla L. Estudio sobre la relación entre morbilidad psiquiátrica y absentismo por incapacidad temporal en una gran empresa. Mapfre medicina 2002; 13 (1): 46-52

23.[www.fisterra.com](http://www.fisterra.com)

24. [www.mtas.es](http://www.mtas.es)

## AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer la gran ayuda prestada para la realización de este trabajo a :

**Dr. Antonio García Barreiro.** *Director de Proyectos Sanitarios de la Dirección de Asistencia Sanitaria de ASEPEYO.*

**Dr. Jose María García Alberca.** *Especialista en Psiquiatría y en Psicología Clínica, consultor de ASEPEYO.*

**D. Manuel Vaz Benítez.** *Director Adjunto CA Asepeyo Málaga.*

**D. Juan Pino Pino.** *Enfermería CA Asepeyo Málaga.*