

7.1. DERIVACIÓN.

Del total de 77 casos objeto del estudio, 38 de ellos no están afectados por factores psicosociales nocivos en su entorno laboral. El 100% de los casos que no están afectados, han sido derivados por Mutua.

7.2. EDAD.

28,95% de los casos tienen entre 31 y 40 años. El 26,32% entre 20-30 años y 41-50 años, respectivamente. El 18,42% entre 51 y 60 años.

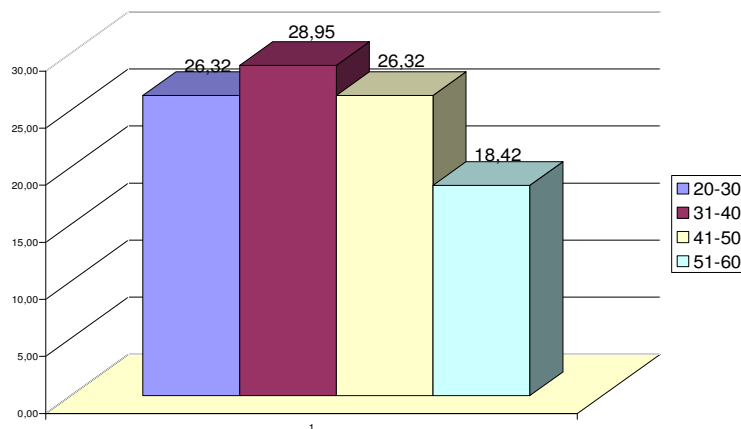


Figura 43.- Grupos de edad

7.3. GÉNERO.

De los treinta y ocho casos no afectados por factores psicosociales nocivos en su entorno laboral, el 65,79% son Mujeres y el 34,21% son Hombres.

Capítulo 7. Casos no afectados por factores psicosociales nocivos

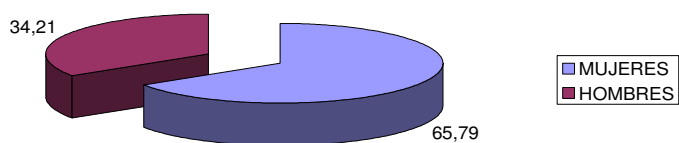


Figura 44.- Género

7.4. ESTADO CIVIL.

El 39,47% de los casos son personas casadas y el 23,68% viven en pareja. El 18,42% son personas solteras. El 10,53% son personas separadas. El 5,26% personas viudas y el 2,63% están divorciadas.

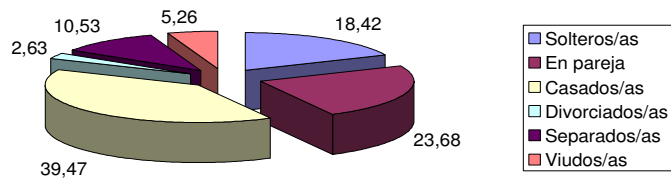


Figura 45.- Estado Civil

7.5. SECTOR DE LA ACTIVIDAD.

El 39,47% de los casos pertenece al Sector Servicios y el 28,95 a la Industria. El 10,53% al Sector Comercio y el 7,89% al Sector Alimentación y No consta, respectivamente. El 2,63% al Sector de la Enseñanza y a Sanidad/Farmacia, respectivamente.

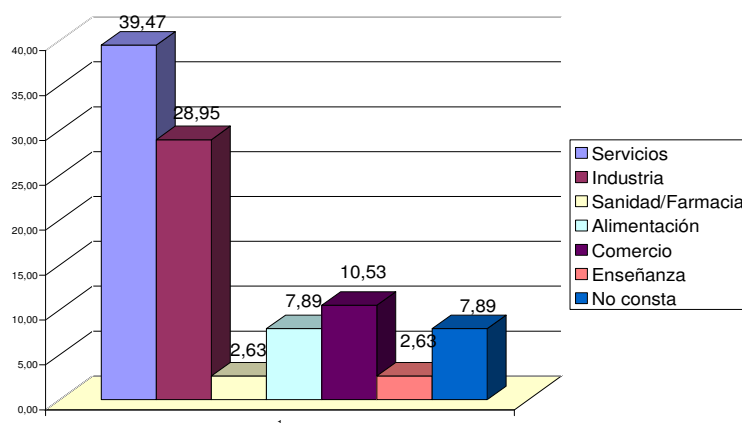


Figura 46.- Sector Actividad

7.6. PUESTO DE TRABAJO.

El 28,95% de los casos ocupa el puesto de Operario y el 15,79% el puesto de Administrativo. El 13,16% trabajan como Vendedores. En un 7,89% de los casos es personal de Limpieza y en el 5,26% Cocinero, Mando Intermedio o No consta, respectivamente. El 2,63% de los casos ocupa puestos de Educador, Autónomo, Camarero, Jardinería, Peluquero, Pescador y Técnico, respectivamente.

Capítulo 7. Casos no afectados por factores psicosociales nocivos

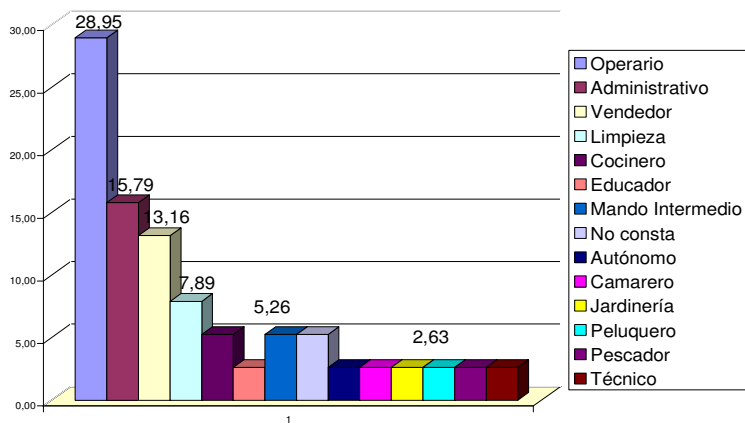


Figura 47.- Puesto de trabajo

7.7. ANTIGÜEDAD.

El 26,32% de los casos tiene hasta 1 año de Antigüedad. El 23,68% de 1 a 5 años. El 10,53% tiene una antigüedad de 5 a 10 años. El 5,26% presenta una antigüedad en la Empresa de 35 a 40 años. El 2,63% de 15 a 20 años de antigüedad y de 20 a 25, 25 a 30 años y 30 a 35 respectivamente. En el 23,68% de los casos no constan los años de antigüedad.

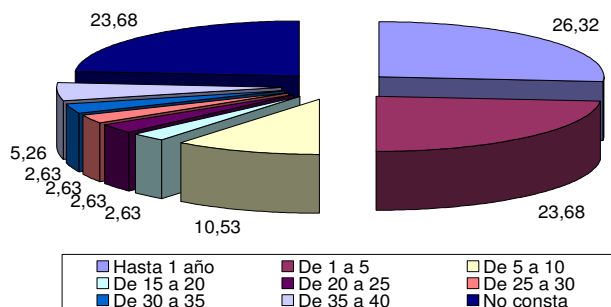


Figura 48.- Antigüedad

7.8. MOTIVO DE CONSULTA.

El 47,37% de los casos presenta sintomatología depresiva. El 26,32% refiere problemas familiares. El 13,16% de los casos muestra estado depresivo tras accidente. El 10,53% tienen sintomatología depresiva por enfermedad/operación. El 2,63% de los casos padece sintomatología depresiva con antecedentes previos. Ninguno de los casos presenta problemas en el trabajo.

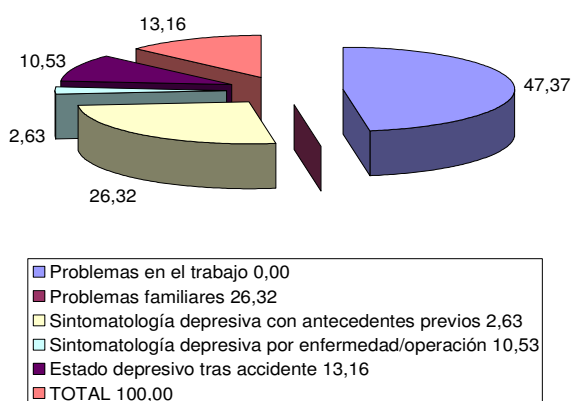


Figura 49.- Motivo de consulta

7.9. DIAGNÓSTICO.

El 23,68% de los casos han sido diagnosticados como Trastornos depresivos. El 21,05% como Síndrome ansioso-depresivo y Reacciones adaptativas, respectivamente. El 10,53% de los casos como Estrés. El 7,89% como Trastorno depresivo por accidente/enfermedad, Histeria y Trastorno de ansiedad, respectivamente.

Capítulo 7. Casos no afectados por factores psicosociales nocivos

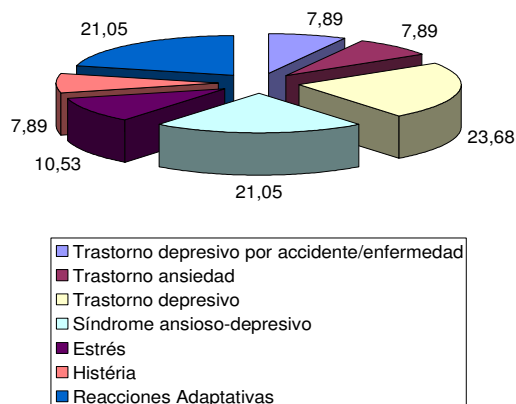


Figura 50.- Diagnóstico médico y/o psiquiátrico

7.10. DÍAS DE BAJA.

El 31,58% de 20 a 40 días de baja. El 15,79% de los casos presenta de 40 a 60 días y de 80 a 100 días, respectivamente. El 13,16% de los casos tiene de 1 a 20 días de baja. El 7,89% de 100 a 120 días de baja. El 5,26% de 140 a 160 días y el 2,63% de 160 a 180 días, de 180 a 200 días, de 200 a 220 días y de 260 a 280 días de baja respectivamente.

El total de días de baja acumulados por la totalidad de los 38 casos es de: 2.780 días. Esto representa un promedio de 73,16 días por persona.

El total de días de baja acumulados por las 25 Mujeres es de 1.889 frente a los 891 días acumulados por los 13 Hombres. El promedio es de 68,54 días para los hombres y de 75,56 días para las Mujeres.

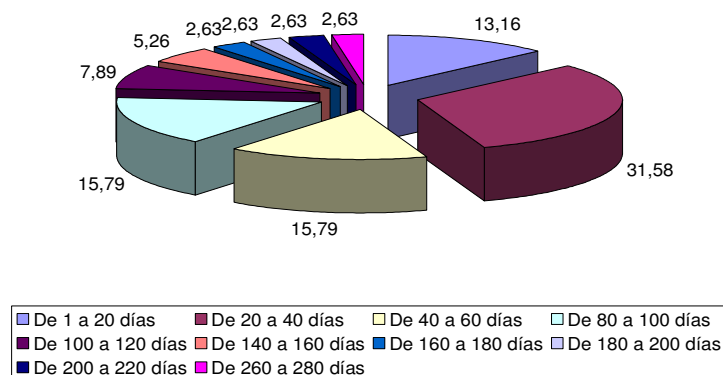


Figura 51.- Días de baja

7.11. SINTOMATOLOGÍA MANIFIESTA.

Del 50 al 100% de los casos presentan síntomas psíquicos. Los síntomas físicos son trastornos del sueño y dificultades respiratorias. El resto de casos presentan de forma mayoritaria síntomas físicos.

Tabla 27.- Sintomatología manifiesta.

SINTOMATOLOGÍA MANIFIESTA	SI %	Nº CASOS
Bajo estado de ánimo	97,37	37
Ansiedad	94,74	36
Angustia	92,11	35
Inseguridad/Baja autoestima	92,11	35
Labilidad emocional	92,11	35
Apatía	84,21	32
Desmotivación	84,21	32
Miedo	84,21	32
Trastornos del sueño	81,58	31
Soledad/Aislamiento	76,32	29
Fallos de atención/memoria	71,05	27
Dificultades Respiratorias	65,79	25
Desconfianza	55,26	21
Irritabilidad	44,74	17
Dolores musculares y articulares	39,47	15
Culpabilidad	36,84	14
Pérdidas de control	34,21	13
Dolor de espalda	28,95	11
Vértigos	28,95	11
Trastornos digestivos	18,42	7
Taquicardias	15,79	6
Arritmias	10,53	4
Otros	65,79	25

Capítulo 7. Casos no afectados por factores psicosociales nocivos

7.12. DSM IV

Se hacen constar los resultados superiores al 10% de casos. Más del 80% de casos presentan: Factores psicológicos que afectan al estado físico, Trastorno depresivo, Trastorno de angustia sin agorafobia y Trastorno de ansiedad generalizada.

Tabla 28.- DSM-IV.

DSM-IV	SI %	Nº CASOS
17 - Factores psicológicos que afectan al estado físico	97,37	37
6 - Trastornos depresivos	86,84	33
7 - Trastornos de angustia sin agorafobia	84,21	32
7 - Trastorno de ansiedad generalizada	81,58	31
15 - Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo	60,53	23
15 - Trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y del comportamiento	47,37	18
17 - Problemas de relación no especificado	47,37	18
7 - Trastorno por estrés agudo	36,84	14
13 - Trastornos primarios del sueño: Disomnias	26,32	10
6 - Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica	23,68	9
17 - Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica: Problema laboral	21,05	8
14 - Trastorno del control de los impulsos no especificado	18,42	7
6 - Trastorno del estado de ánimo no especificado	18,42	7
7 - Trastorno por estrés post-traumático	15,79	6
7 - Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica	15,79	6
14 - Trastorno explosivo intermitente	15,79	6
13 - Trastornos primarios del sueño: Parasomnias	13,16	5

Factores psicológicos que afectan al estado físico (DSM-IV - 17)

Lo presenta el 97,37% de los casos.

A. Presencia de una enfermedad médica.

B. Los factores psicológicos afectan negativamente a la enfermedad médica en alguna de estas formas:

1. los factores han influido el curso de la enfermedad médica como puede observarse por la íntima relación temporal entre

los factores psicológicos y el desarrollo o la exacerbación de la enfermedad médica, o el retraso de su recuperación.

2. los factores interfieren en el tratamiento de la enfermedad médica

3. los factores constituyen un riesgo adicional para la salud de la persona

4. las respuestas fisiológicas relacionadas con el estrés precipitan o exacerban los síntomas de la enfermedad médica

Trastornos depresivos (DSM-IV - 6)

Lo presenta el 86,84% de los casos.

A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.

B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Trastornos de angustia sin agorafobia (DSM-IV - 7)

Lo presentan el 84,21% de los casos.

A. Se cumplen 1 y 2:

1. crisis de angustia inesperadas recidivantes

2. al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:

- (a) inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis
- (b) preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej. perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco")
- (c) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis

B. Ausencia de agorafobia.

C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej. hipertiroidismo).

D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej. aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej. el exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej. al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej. en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad de separación (p. ej. al estar lejos de casa o de los seres queridos).

Trastorno de ansiedad generalizada (DSM-IV - 7)

Lo presentan el 81,58% de los casos.

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).

Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

1. inquietud o impaciencia
2. fatigabilidad fácil
3. dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
4. irritabilidad
5. tensión muscular
6. alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p.

ej. hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo (DSM-IV - 15)

Lo presenta el 60,53% de los casos.

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.

Trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y del comportamiento (DSM-IV - 15)

Lo presenta el 47,37% de los casos.

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.

Problemas de relación no especificado (DSM-IV - 17)

Lo presenta el 47,37% de los casos.

Los problemas de relación incluyen patrones de interacción entre miembros de una unidad relacional que están asociados a un deterioro de la actividad clínicamente significativo, o a síntomas de uno o más miembros de una unidad relacional, o a deterioro de la unidad relacional misma. Se incluyen los siguientes problemas de relación, porque con frecuencia son objeto de atención clínica por parte de los profesionales de la salud (paterno-filiales, conyugales, etc.). Estos problemas pueden exacerbar o complicar el tratamiento de un trastorno mental o de una enfermedad médica en uno o más miembros de la unidad relacional, pueden ser el resultado de un trastorno mental o de una enfermedad médica, pueden ser independientes de otros trastornos presentes o pueden aparecer en ausencia de cualquier otro trastorno. El objeto de atención clínica se centra en los problemas de relación que no son clasificables en ninguno de los problemas

específicos mencionados antes (p. ej. dificultades con los colaboradores).

Trastorno por estrés agudo (DSM-IV - 7)

Lo presenta el 36,84% de los casos.

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos

B. Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:

1. sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional
2. reducción del conocimiento de su entorno (p. ej. estar aturdido)
3. desrealización
4. despersonalización
5. amnesia disociativa (p. ej. incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma)

C. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.

D. Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej. pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).

E. Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (p. ej. dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).

F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.

G. Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.

H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve.

Trastornos primarios del sueño: Disomnias (Insomnio primario)
(DSM-IV - 13)

Lo presenta el 26,32% de los casos.

A. El síntoma predominante es la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o no tener un sueño reparador, durante al menos 1 mes.

B. La alteración del sueño (o la fatiga diurna asociada) provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

C. La alteración del sueño no aparece exclusivamente en el transcurso de la narcolepsia, el trastorno del sueño relacionado con la respiración, el trastorno del ritmo circadiano o una parasomnia.

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (p. ej. trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, delirium).

E. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de sustancia (p. ej. drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica
(DSM-IV - 6)

Lo presenta el 23,68% de los casos.

A. En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo, caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes estados:

1. estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades.
2. estado de ánimo elevado, expansivo o irritable

B. A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio, hay pruebas de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej. un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo en respuesta al estrés de tener una enfermedad médica).

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica:

Problema laboral (DSM-IV - 17)

Lo presenta el 21,05% de los casos.

El objeto de atención clínica es un problema laboral que no se debe a un trastorno mental o que, si se debe a un trastorno mental, es lo bastante grave como para merecer una atención clínica independiente. Los ejemplos incluyen la insatisfacción laboral y la incertidumbre sobre la elección profesional.

Trastorno del control de los impulsos no especificado (DSM-IV - 14)

Lo presenta el 18,42% de los casos.

- A. Varios episodios aislados de dificultad para controlar los impulsos agresivos, que dan lugar a violencia o a destrucción de la propiedad.
- B. El grado de agresividad durante los episodios es desproporcionado con respecto a la intensidad de cualquier estresante psicosocial precipitante.
- C. Los episodios agresivos no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej. trastorno antisocial de la personalidad, trastorno límite de la personalidad, trastorno psicótico, episodio maníaco, trastorno disocial o trastorno por déficit de atención con hiperactividad) y no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. drogas, medicamentos) o a una enfermedad médica (p. ej. traumatismo craneal, enfermedad de Alzheimer).

Trastorno del estado de ánimo no especificado (DSM-IV - 6)

Lo presenta el 18,42% de los casos.

El trastorno depresivo no especificado se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).

Trastorno por estrés post-traumático (DSM-IV - 7)

Lo presenta el 15,79% de los casos.

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma
2. sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible
3. el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la

sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico

4. malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

5. respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático

2. esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma

3. incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma

4. reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas

5. sensación de desapego o enajenación frente a los demás

6. restricción de la vida afectiva (p. ej. incapacidad para tener sentimientos de amor)

7. sensación de un futuro desolador (p. ej. no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. dificultades para conciliar o mantener el sueño
2. irritabilidad o ataques de ira
3. dificultades para concentrarse
4. hipervigilancia
5. respuestas exageradas de sobresalto

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica (DSM-IV - 7)

Lo presenta el 15,79% de los casos.

A. La ansiedad prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.

B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

C. Estas alteraciones no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej. trastorno adaptativo con ansiedad en el que el agente estresante es una enfermedad médica grave).

D. Estas alteraciones no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Trastorno explosivo intermitente (DSM-IV - 14)

Lo presenta el 15,79% de los casos.

- A. Varios episodios aislados de dificultad para controlar los impulsos agresivos, que dan lugar a violencia o a destrucción de la propiedad.
- B. El grado de agresividad durante los episodios es desproporcionado con respecto a la intensidad de cualquier estresante psicosocial precipitante.
- C. Los episodios agresivos no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej. trastorno antisocial de la personalidad, trastorno límite de la personalidad, trastorno psicótico, episodio maníaco, trastorno disocial o trastorno por déficit de atención con hiperactividad) y no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. drogas, medicamentos) o a una enfermedad médica (p. ej. traumatismo craneal, enfermedad de Alzheimer).

Trastornos primarios del sueño: Parasomnias (DSM-IV - 13)

Lo presenta el 13,16% de los casos.

- A. Despertares repetidos durante el período de sueño mayor o en las siestas diurnas, provocados por sueños extremadamente terroríficos y prolongados que dejan recuerdos vividos, y cuyo contenido suele centrarse en amenazas para la propia supervivencia, seguridad o autoestima. Los despertares suelen ocurrir durante la segunda mitad del período de sueño.
- B. Al despertarse del sueño terrorífico, la persona recupera rápidamente el estado orientado y despierto (a diferencia de la confusión y desorientación que caracterizan los terrores nocturnos y algunas formas de epilepsia).

Capítulo 7. Casos no afectados por factores psicosociales nocivos

C. Las pesadillas, o la alteración del sueño determinada por los continuos despertares, provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Las pesadillas no aparecen exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (p. ej. delirium, trastorno por estrés postraumático) y no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

7.13. CIE 10

Se hacen constar los resultados superiores al 10% de casos. El 81,58% de los casos presenta Trastornos de ansiedad generalizada, el 76,32% Trastornos mixtos de ansiedad y depresión mientras que el 44,74% de los casos presenta Episodio depresivo leve. El 42,11% Trastorno de adaptación y el 34,21% presenta Reacción al estrés agudo y Episodio depresivo moderado, siendo el 18,42% los casos afectados por Trastornos de Estrés post-traumático.

Tabla 29.- CIE-10.

CIE-10	SI %	Nº CASOS
F41 - 41.1 - Trastornos de ansiedad generalizada	81,58	31
F41 - 41.2 - Trastornos mixto de ansiedad y depresión	76,32	29
F32 - 32.0 - Episodio depresivo leve	44,74	17
F43 - 43.2 - Trastorno de adaptación	42,11	16
F43 - 43.0 - Reacción al estrés agudo	34,21	13
F32 - 32.1 - Episodio depresivo moderado	34,21	13
F43 - 43.1 - Trastorno de estrés post-traumático	18,42	7

Trastornos de ansiedad generalizada (CIE-10 - F41 - 41.1)

Lo presenta el 81,58% de los casos.

La característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera

predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una "angustia libre flotante"). Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o un familiar vaya a caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico.

Pautas para el diagnóstico

El afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de:

- a) Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse "al límite", dificultades de concentración, etc.).
- b) Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).
- c) Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.).

En los niños suelen ser llamativas la necesidad constante de seguridad y las quejas somáticas recurrentes.

La presencia transitoria (durante pocos días seguidos) de otros síntomas, en particular de depresión, no descarta un diagnóstico principal de trastorno de ansiedad generalizada, pero no deben satisfacerse las pautas de episodio depresivo (F32.-), trastorno de ansiedad fóbica (F40.-), trastorno de pánico (F41.0) o trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-).

Incluye: Estado de ansiedad. Neurosis de ansiedad. Reacción de ansiedad. Excluye: Neurastenia (F48.0).

Trastornos mixto de ansiedad y depresión (CIE-10 - F41 - 41.2)

Lo presenta el 76,32% de los casos.

Están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado. Una ansiedad grave, acompañada de depresión de intensidad más leve hace que deba utilizarse cualquiera de las categorías de trastorno de ansiedad o de ansiedad fóbica. Cuando ambas series de síntomas, depresivos y ansiosos, estén presentes y sean tan graves como para justificar un diagnóstico individual deben recogerse ambos trastornos y no debería usarse esta categoría. Si por razones prácticas de codificación sólo puede hacerse un diagnóstico, debe darse prioridad al de depresión. Algunos síntomas vegetativos (temblor, palpitaciones, sequedad de boca, molestias epigástricas, etc.) deben estar presentes aunque sólo sea de un modo intermitente. No debe utilizarse esta categoría si sólo aparecen preocupaciones respecto a estos síntomas vegetativos. Si síntomas que satisfacen las pautas de este trastorno se presentan estrechamente relacionados con cambios biográficos significativos o acontecimientos vitales estresantes, debe utilizarse la categoría F43.2, trastornos de adaptación.

Este tipo de enfermos con una mezcla de síntomas comparativamente leves se ve con frecuencia en atención primaria y su prevalencia es aún mayor en la población general, pero la mayoría de los afectados rara vez demandan cuidados médicos o psiquiátricos.

Incluye: Depresión ansiosa (leve o no persistente). Excluye: Depresión ansiosa persistente (distimia F34.1).

Episodio depresivo leve (CIE-10 - F32 - 32.0)

Lo presenta el 44,74% de los casos.

Pautas para el diagnóstico

Ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente (en F32.-, página 152). Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos:

F32.00 Sin síndrome somático

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve y están presentes pocos síndrome somático o ninguno.

F32.01 Con síndrome somático

Se satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y también están presentes cuatro o más de los síndrome somático (si están presentes sólo dos o tres, pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

Trastorno de adaptación (CIE-10 - F43 - 43.2)

Lo presenta el 42,11% de los casos.

Estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren con la actividad social y que aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante. El agente estresante puede afectar la integridad de la trama social de la persona (experiencias de duelo, de separación) o al sistema más amplio de los soportes y valores sociales (emigración, condición de refugiado). El agente estresante puede afectar sólo al individuo o también al grupo al que pertenece o a la comunidad.

Las manifestaciones clínicas del trastorno de adaptación son muy variadas e incluyen: humor depresivo, ansiedad, preocupación (o una mezcla de todas ellas); sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente y un cierto grado de deterioro del cómo se lleva a cabo la rutina diaria. El enfermo puede estar predispuesto a manifestaciones dramáticas o explosiones de violencia, las que por otra parte son raras. Sin embargo, trastornos disociales (por ejemplo, un comportamiento agresivo o antisocial) puede ser una característica sobreañadida, en particular en adolescentes. Ninguno de los síntomas es por sí solo de suficiente gravedad o importancia como para justificar un diagnóstico más específico. En los niños los fenómenos regresivos tales como volver a tener enuresis nocturna, utilizar un lenguaje infantil o

chuparse el pulgar suelen formar parte del cortejo sintomático. Si predominan estas características debe recurrirse a F43.23.

El cuadro suele comenzar en el mes posterior a la presentación del cambio biográfico o del acontecimiento estresante y la duración de los síntomas rara vez excede los seis meses, excepto para el F43.21, reacción depresiva prolongada.

Pautas para el diagnóstico

- a) La forma, el contenido y la gravedad de los síntomas.
- b) Los antecedentes y la personalidad.
- c) El acontecimiento estresante, la situación o la crisis biográfica.

Incluye: "Shock cultural". Reacciones de duelo. Hospitalismo en niños. Excluye: Trastorno de ansiedad de separación en la infancia (F93.0).

Reacción al estrés agudo (CIE-10 - F43 - 43.0)

Lo presenta el 34,21% de los casos.

Trastorno transitorio de una gravedad importante que aparece en un individuo sin otro trastorno mental aparente, como respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional y que por lo general remite en horas o días. El agente estresante puede ser una experiencia traumática devastadora que implica una amenaza seria a la seguridad o integridad física del enfermo o de persona o personas queridas (por ejemplo, catástrofes naturales, accidentes, batallas, atracos, violaciones) o un cambio brusco y amenazador del rango o del entorno social del individuo (por ejemplo, pérdidas de varios seres queridos, incendio de

la vivienda, etc.). El riesgo de que se presente un trastorno así aumenta si están presentes además un agotamiento físico o factores orgánicos (por ejemplo, en el anciano).

También juegan un papel en la aparición y en la gravedad de las reacciones a estrés agudo, la vulnerabilidad y la capacidad de adaptación individuales, como se deduce del hecho de que no todas las personas expuestas a un estrés excepcional presentan este trastorno. Los síntomas tienen una gran variabilidad, pero lo más característico es que entre ellos se incluya, en un período inicial, un estado de "embotamiento" con alguna reducción del campo de la conciencia, estrechamiento de la atención, incapacidad para asimilar estímulos y desorientación. De este estado puede pasarse a un grado mayor de alejamiento de la circunstancia (incluso hasta el grado de estupor disociativo) o a una agitación e hiperactividad (reacción de lucha o de huida). Por lo general, están presentes también los signos vegetativos de las crisis de pánico (taquicardia, sudoración y rubor). Los síntomas suelen aparecer a los pocos minutos de la presentación del acontecimiento o estímulo estresante y desaparecen en dos o tres días (a menudo en el curso de pocas horas). Puede existir amnesia completa o parcial para el episodio.

Pautas para el diagnóstico

Debe haber una relación temporal clara e inmediata entre el impacto de un agente estresante excepcional y la aparición de los síntomas, los cuales se presentan a lo sumo al cabo de unos pocos minutos, si no lo han hecho de un modo inmediato. Además los síntomas:

- a) Se presentan mezclados y cambiantes, sumándose al estado inicial de "embotamiento", depresión, ansiedad, ira, desesperación, hiperactividad o aislamiento, aunque ninguno

de estos síntomas predomina sobre los otros durante mucho tiempo.

b) Tienen una resolución rápida, como mucho en unas pocas horas en los casos en los que es posible apartar al enfermo del medio estresante. En los casos en que la situación estresante es por su propia naturaleza continua o irreversible, los síntomas comienzan a apagarse después de 24 a 48 horas y son mínimos al cabo de unos tres días.

Incluye: Crisis aguda de nervios. Reacción aguda de crisis. Fatiga del combate. "Shock" psíquico.

Episodio depresivo moderado (CIE-10 - F32 - 32.1)

Lo presenta el 34,21% de los casos.

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (F32.0) así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síndrome somático:

F32.10 Sin síndrome somático

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y no están presentes síndromes somáticos.

F32.11 Con síndrome somático

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y están también presentes cuatro o más de los síndrome somático (si están presentes sólo dos o tres pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

Trastorno de estrés post-traumático (CIE-10 - F43 - 43.1)

Lo presenta el 18,42% de los casos.

Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen). Ciertos rasgos de personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos) o antecedentes de enfermedad neurótica, si están presentes, pueden ser factores predisponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su curso, pero estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del mismo.

Las características típicas del trastorno de estrés post-traumático son: episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de "entumecimiento" y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de

anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma. En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez.

Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas. El consumo excesivo de sustancias psicótropas o alcohol puede ser un factor agravante.

El comienzo sigue al trauma con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses). El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos. En una pequeña proporción de los enfermos, el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad (ver F62.0).

Pautas para el diagnóstico

Este trastorno no debe ser diagnosticado a menos que no esté totalmente claro que ha aparecido dentro de los seis meses posteriores a un hecho traumático de excepcional intensidad. Un diagnóstico "probable" podría aún ser posible si el lapso entre el hecho y el comienzo de los síntomas es mayor de seis meses, con tal de que las manifestaciones clínicas sean típicas y no sea verosímil ningún otro diagnóstico alternativo (por ejemplo, trastorno de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo o episodio depresivo). Además del trauma,

deben estar presentes evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes durante la vigilia o de ensueños reiterados. También suelen estar presentes, pero no son esenciales para el diagnóstico, desapego emocional claro, con embotamiento afectivo y la evitación de estímulos que podrían reavivar el recuerdo del trauma. Los síntomas vegetativos, los trastornos del estado de ánimo y el comportamiento anormal contribuyen también al diagnóstico, pero no son de importancia capital para el mismo. Incluye: Neurosis traumática.

7.14. MEDICACIÓN.

El 76,32% de los casos no afectados por factores psicosociales nocivos en su entorno laboral toman algún tipo de medicación. El 23,68% de los casos no toma ninguna medicación.

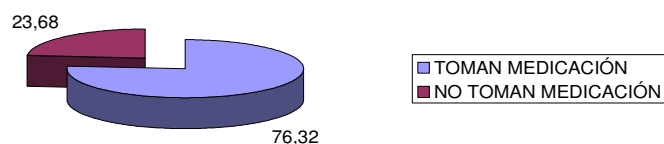


Figura 52.- Casos que toman medicación

De los 29 casos que ingieren algún tipo de medicamento el 89,66% son antidepresivos, el 48,28% son antiestresores y el 44,83% ansiolíticos, respectivamente, el 3,45% son hipnóticos y en el 13,79% son medicamentos relacionados con otro tipo de sintomatología.

Descripción y clasificación de pacientes afectados por factores nocivos en su ambiente laboral

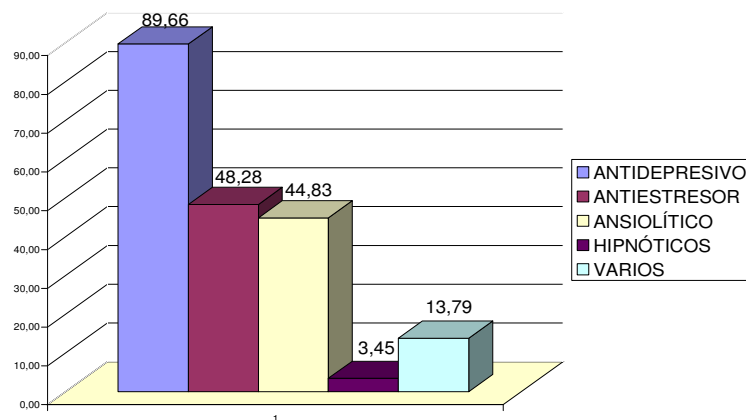


Figura 53.- Tipos de medicamentos

De los 29 casos, no afectados por factores psicosociales negativos en su entorno laboral, que ingieren medicación el 48,28% toma dos medicamentos, el 31,03% un medicamento, el 13,79% tres medicamentos y el 3,45% ingiere 4 o 5 medicamentos, respectivamente.

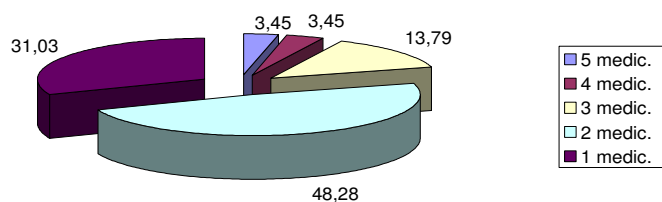


Figura 54.- Medicamentos por persona

Capítulo 7. Casos no afectados por factores psicosociales nocivos

Tabla 30.- Ingesta de medicación por individuo (29 casos).

Orfidal 1 mg. (antiestresor) Anafranil 75 mg. (antidepresivo) Arcalión 200 mg. (vitamina B1) Auxina 200 mg. (vitamina E) Provirón 25 mg. (andrógeno)	CASO 1
Trankimazin 0,5 - 1 - 2 y 3 mg. (ansiolítico) Loramet 1 o 2 mg. (antiestresor) Rexer 15 y 30 mg. (antidepresivo) Reneurón 20 mg. (antidepresivo)	CASO 2
Prisdal 30 mg. (antidepresivo) Espidifen 400 mg. (analgésico) Nopramin 50 mg. (antidepresivo)	CASO 3
Seroxat 20 mg. (antidepresivo) Myolastan 50 mg. (ansiolítico) Noctamid 2mg. (hipnótico)	CASO 4
Trankimazin 0,5 - 1 - 2 y 3 mg. (ansiolítico) Besitrán 50 mg.(antidepresivo) Idalprem 1 o 5 mg. (ansiolítico)	CASO 5
Trankimazin 0,5 - 1 - 2 y 3 mg. (ansiolítico) Idalprem 1 o 5 mg. (ansiolítico) Prozac cáp. 20 mg. (antidepresivo)	CASO 6
Trankimazin 0,5 - 1 - 2 y 3 mg. (ansiolítico) Vestirán 50 mg.(antidepresivo)	CASO 7
Trankimazin 0,5 - 1 - 2 y 3 mg. (ansiolítico) Vandral 75 y 150 mg. (antidepresivo)	CASO 8
Trankimazin 0,5 - 1 - 2 y 3 mg. (ansiolítico) Prozac cáp. 20 mg. (antidepresivo)	CASO 9
Seroxat 20 mg. (antidepresivo) Vincosedan 5 y 10 mg. (ansiolítico)	CASO 10
Diazepán 2 o 5 mg. (antiestresor) Casbol 20 mg.(antidepresivo)	CASO 11
Besitrán 50 mg.(antidepresivo) Rexer 15 y 30 mg. (antidepresivo)	CASO 12
Paroxetina 20 mg. (antidepresivo) Loramet 1 o 2 mg. (antiestresor)	CASO 13
Diazepán 2 o 5 mg. (antiestresor) Paroxetina 20 mg. (antidepresivo)	CASO 14
Diazepán 2 o 5 mg. (antiestresor) Seroxat 20 mg. (antidepresivo)	CASO 15
Fluoxetina 20 mg.(antidepresivo) Vestirán 50 mg.(antidepresivo)	CASO 16
Diazepán 2 o 5 mg. (antiestresor) Fluoxetina 20 mg.(antidepresivo)	CASO 17
Orfidal 1 mg. (antiestresor) Mutabase 40 mg. (antidepresivo)	CASO 18
Orfidal 1 mg. (antiestresor) Fluoxetina 20 mg.(antidepresivo)	CASOS 19 Y 20
2 de ellas toman Trankimazin 0,5 - 1 - 2 y 3 mg. (ansiolítico)	CASOS 21 Y 22
2 de ellas toman Diazepán 2 o 5 mg. (antiestresor)	CASOS 23 Y 24
Orfidal 1 mg. (antiestresor)	CASO 25
Fluoxetina 20 mg.(antidepresivo)	CASO 26
Prisdal 30 mg. (antidepresivo)	CASO 27
Vincosedan 5 y 10 mg. (ansiolítico)	CASO 28
Lexatin Roche 1,5 o 3 mg. (ansiolítico)	CASO 29

En el 27,59% de los casos se receta Trankimazín. En el 20,69% se receta Diazepán. En el 17,24% de los casos se receta Orfidal y Fluoxetina, respectivamente. En el 13,79% Besitrán y 10,34% Seroxat, respectivamente. En el 6,90% de los casos se ha recetado: Paroxetina, Idalprem, Loramet, Prisdal, Prozac, Rexer y Vincosedan, respectivamente.

En el 3,45% de los casos se recetan los siguientes medicamentos: Anafranil 75 mg. (antidepresivo), Arcalión 200 mg. (vitamina B1), Auxina 200 mg. (vitamina E), Casbol 20 mg.(antidepresivo), Espidifen 400 mg. (analgésico), Lexatin Roche 1,5 o 3 mg. (ansiolítico), Myolastan 50 mg. (ansiolítico), Mutabase 40 mg. (antidepresivo), Noctamid 2mg. (hipnótico), Nopramin 50 mg. (antidepresivo), Provirón 25 mg. (andrógeno), Reneurón 20 mg. (antidepresivo) y Vandral 75 y 150 mg. (antidepresivo).

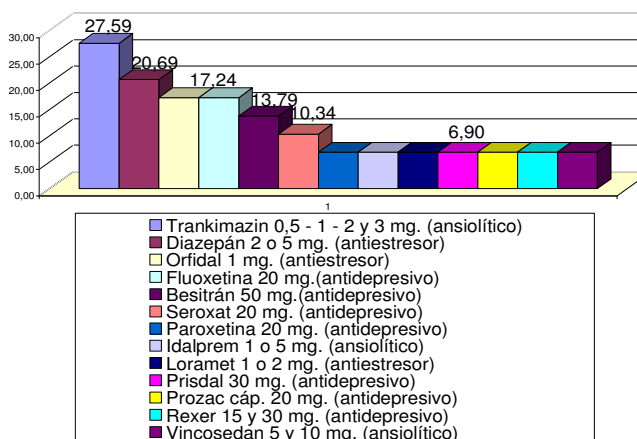


Figura 55.- Medicación recetada