

# MEJORAR LA CAPACIDAD DE GESTIÓN MÉDICA EN LA PRIMERA VISITA PSIQUIÁTRICA

**Autor/res:**

Evelyn Uzcategui Artahona (C.A. Badalona), Jesús Galilea Echevarría (C.A. Hospitalet de Llobregat) y Josep Ignasi Boada Estivill (C.A. Sabadell)

**Correspondencia:**

Josep Ignasi Boada Estivill  
C.A. Sabadell  
C/ Ronda Ponent, 8 08201- Sabadell  
Tfno: 937 26 79 88  
e-mail: [jboadaestivill@asepeyo.es](mailto:jboadaestivill@asepeyo.es)

## RESUMEN

### Objetivos

Diseñar un cuestionario de respuesta breve para las consultas de los pacientes con patología psiquiátrica, que resulte práctico, rápido y que ayude al facultativo, a derivar al enfermo al especialista, si es necesario, para que emita un informe pericial, que nos servirá para enviarlo al EVI o al ICAM. De esta forma podemos disminuir el tiempo de baja y al mismo tiempo bajar los costes económicos.

Validar el cuestionario para su utilización por los facultativos de Contingencias Comunes, de los centros de Asepeyo

### Materiales y métodos

Revisamos distintos modelos de historia psiquiátrica, cuestionarios estructurados de uso habitual en psiquiatría y métodos de evaluación de la historia clínica

Con esos datos decidimos una primera plantilla con unos contenidos y unas conductas a seguir en la gestión del caso.

Analizamos el contenido de esos datos en las historias de los casos correspondientes a Cataluña en el año 2008.

Evaluamos 918 historias de un total de 1500 extraídas de la base de datos Qinfo por diagnóstico de depresión / o ansiedad según los códigos CIE 9

### Resultados

Los datos referentes a la población estudiada son similares a los de otros estudios; sexo femenino en más del 60%, entre los 30 y 40 años con un segundo grupo de prevalencia en jóvenes por debajo de los 30 años. En cuanto al tipo de actividad laboral se ven más afectados aquellos que se desempeñan en el campo administrativo y comercial seguidos de los trabajadores con ocupaciones manuales no calificadas. En más del 80% cotizaban al régimen general.

En cuanto al diagnóstico predomina la ansiedad que ocupa el 72%

En relación a los elementos de la historia clínica; los síntomas se registran en una gran proporción de los casos. Los antecedentes patológico o psiquiátricos previos aparecen en pocas historias, por contraste en más del 60% de los casos se menciona la presencia de estresantes externos (económicos, laborales...)

Más de un 60 % de los pacientes acuden a la primera visita sin informe médico, pero más del 80% reciben tratamiento farmacológico.

Finalmente y durante una parte del periodo de evaluación hemos aplicado el formulario en las visitas de primera, no son cuantitativos suficientes pero seguir este esquema es sencillo y los datos son muy útiles a la hora de gestionar los recursos.

### Conclusiones

Seguir un guión sencillo que a la hora de realizar la consulta del paciente con ansiedad /depresión es un esfuerzo justificado.

Podemos ser más eficientes en la gestión de una carga muy importante en el total de la IT.

## INDICE

1.- Índice .....	pag . 3
2.- Introducción .....	pag 4-5.
3.-. CONTENIDO.....	pag .5-9
4.- Objetivos .....	pag 9 .
5.- Fuentes utilizadas y materiales .....	pag .9-11
6.- Resultados y discusión .....	pag 11-24
7.- Conclusiones .....	pag 24-25
8.- Bibliografía .....	pag . 26-27

## INTRODUCCIÓN

Actualmente las enfermedades psiquiátricas son la segunda causa de incapacidad temporal en el ámbito laboral después de la patología ósteo-articular.

En nuestro ámbito de trabajo, las visitas relacionadas con la patología psiquiátrica nos comporta gran parte de nuestro tiempo, pero también la sobre-utilización de recursos sanitarios, ya que muchas veces se debe contratar psiquiatras-consultores ya sea por iniciativa del facultativo o a requerimiento de las Inspecciones de Incapacidades, (en Cataluña llamadas ICAM o EVI en el resto de España) para evaluar el proceso de incapacidad temporal del paciente.

Hay que destacar el aumento de visitas que en los últimos meses hemos asistido en nuestra consulta de contingencia común, con diagnósticos de crisis de ansiedad, depresión o patologías mixtas (ansiedad/depresión) secundarios a conflictos laborales, estando posiblemente relacionado con la situación de crisis económica a nivel general.

La actividad laboral para el trabajador es tanto un derecho como una obligación y la pérdida de su actividad laboral comporta una pérdida de autoestima ya que pierde el papel que la sociedad le otorga; pierde el sustento de su familia y secundariamente entra en un proceso de desánimo, apatía y de falta de relación con su entorno más íntimo.

Desde el punto de vista de nuestra Mutua, las bajas psiquiátricas derivadas de patología laboral ha ido en aumento en estos últimos meses, a las ya numerosas visitas sin desencadenante externo. Aparentemente, han aparecido gran cantidad de patologías psiquiátricas secundarias a un conflicto laboral con la empresa, desde **ERES**, despidos improcedentes, **mobing** ó cierres de empresas y lo más dramático para el trabajador, como la falta de pago o lo que es lo mismo la imposibilidad de dar de sustento a su familia o pagar su hipoteca. Nuestra trabajo se convierte en estos momentos de crisis, en una tarea difícil de ejecutar, por las presiones de nuestra Empresa, por los costes económicos que comportan los procesos de incapacidad, por las presiones que ejercen las empresas colaboradoras, solicitando información sobre el estado de su trabajador.

Ante todo lo expuesto, hemos intentado diseñar un cuestionario basado en preguntas cortas y sencillas, sin que ello suponga una inversión excesiva de tiempo en el momento de realizar la anamnesis de los pacientes. Esta se realizaría en la primera visita con diagnóstico psiquiátrico que nos llegue a nuestra consulta de contingencia comunes, con la finalidad de realizar un diagnóstico diferencial entre patología psiquiátrica de base y patología secundaria a conflictos laborales y así poder gestionar mejor los recursos económicos, tanto en visitas a psiquiatras-consultores (medios ajenos a la Mutua), como en la derivación al ICAM o EVI para propuestas de alta o propuestas de invalidez permanente.

Hemos de tener en cuenta que en muchas ocasiones, aunque el enfermo se derive al ICAM o al EVI, con el informe efectuado por los facultativos de ASEPEYO, de forma profesional y bien detallado, acompañado del informe pericial del

especialista, que confirma el motivo por el cual el paciente es derivado a inspección médica; estos emiten dictámenes que contradicen las propuestas realizadas por parte de los profesionales de contingencias. Esto provoca que las incapacidades transitorias se alarguen.

## CONTENIDO.

La depresión y los trastornos de ansiedad constituyen alrededor del 80% del global de enfermedades mentales que son atendidas por los médicos de Atención Primaria.

**ESEMED/MEDEA** (*European Study of Epidemiology of Mental Disorders/Mental Health Disability: a European Assessment in the year 2000*) efectúa una evaluación de la incidencia y abordaje de los trastornos mentales en varios países de Europa, entre ellos España, llegando a diversas conclusiones, entre las cuales merecen ser destacadas, en primer lugar, que el 14% de los europeos desarrollará una depresión mayor en algún momento de su vida y, en segundo lugar, que el 16% padecerá un trastorno de ansiedad.

Es interesante observar que un estudio realizado por una Mutua de Accidentes en el año 2005 sobre la sintomatología depresiva como causa de la incapacidad temporal en la Comunidad de Madrid, constató que en un 17,8% del total de enfermos de baja por algún trastorno mental éste estaba relacionado con el trabajo.

A continuación vamos a describir que es una depresión, un trastorno de ansiedad y una mezcla de los dos, ya que en muchas ocasiones nos resulta difícil etiquetar que tipo de enfermedad le corresponde al enfermo en cuestión. Por este motivo diversos autores, entre ellos **Clark y Watson** lo clasifican en tres campos principales:

- 1.- El **síndrome depresivo** que se caracteriza por desánimo e inhibición.
- 2.- el **síndrome ansioso** caracterizado por tensión, aprensión y activación autonómica.
- 3.- El síndrome de malestar emocional general con síntomas de irritabilidad, disforia e hipersensibilidad, que se correspondería con el **trastorno mixto ansioso-depresivo** caracterizado por:
  - a) alta prevalencia en Atención Primaria
  - b) de curso crónico
  - c) con significativo deterioro socio-familiar
  - d) su poca dependencia de los acontecimientos ambientales
  - e) frecuente comorbilidad con los trastornos de personalidad

## DEPRESIÓN

La sintomatología de la depresión se puede dividir en síntomas psicológicos y síntomas somáticos.

### **Síntomas psicológicos**

Se pueden diferenciar en afectivos, cognitivos y conductuales.

Los síntomas afectivos son los que tiene que ver en lo que el paciente siente. El enfermo nos refiere tristeza patológica, desánimo, desesperanza, apatía, desinterés y pérdida de confianza.

Los síntomas cognitivos son los que tienen que ver con lo que el paciente piensa. Déficit de atención y concentración que se manifiestan con pérdida de la memoria y dificultad para tomar decisiones.

Este hecho provoca ideas de culpa, baja autoestima e incapacidad, con visión negativa de uno mismo y del futuro.

Los síntomas conductuales son los referidos a lo que hace el enfermo. En la depresión existe un predominio a la conducta inhibitoria.

Uno de los síntomas más destacado es la anhedonia o incapacidad para poder disfrutar de las actividades placenteras.

También es muy importante la disminución progresiva del rendimiento en el trabajo y el abandono de las tareas habituales.

Tres hechos muy destacados nos advierten respecto al hecho de que el paciente presenta una depresión: la primera que durante la entrevista evita el contacto visual, la segunda es que el dialogo es lento y monótono y la tercera es su labilidad emocional.

Finalmente hemos de señalar que entre un 10 y un 15% de los pacientes pueden llegar a intentar el suicidio.

### **Síntomas somáticos**

Entre los más frecuentes destacan la astenia, anorexia, pérdida de peso, síntomas neurovegetativos, trastornos del sueño, algias en diversas partes del cuerpo y trastornos sexuales.

Con respecto a los trastornos del sueño puede presentarse insomnio de mantenimiento y de conciliación. Entre un 10-15% de los enfermos puede presentarse una hipersomnia.

Los trastornos sexuales son los más frecuentes en pacientes con depresión, como una disminución del deseo sexual, anorgasmia y disfunción eréctil.

La depresión suele iniciarse o reagudizarse en la primavera-otoño.

Y en a la depresión mayor se acompaña la melancolía.

En ocasiones es difícil realizar un buen diagnóstico, ya que los síntomas no son muy evidentes o acompañan algún proceso orgánico y efectuamos un infradiagnóstico.

## **ANSIEDAD**

Es la expresión de un estado emocional, por el cual el paciente se siente agitado, inquieto, tenso, en estado de alerta, con temores o profunda preocupación por cosas concretas o en ocasiones sin saber la causa.

Estas sensaciones se producen en el ámbito psíquico, que es lo que define la ansiedad. Cuando los síntomas de ansiedad tienen una expresión somática, se define como angustia.

Hemos de saber distinguir cuando el cuadro de **ansiedad** se puede considerar como **normal o patológico**.

La **ansiedad normal** es la que nos advierte o nos pone en alerta, sobre un posible cambio que puede representar una amenaza o un desafío, al cual podemos responder afrontando el cambio o mejorando nuestro rendimiento.

La **ansiedad patológica** es cuando una amenaza o un cambio, interfiere de forma negativa nuestras tareas habituales, como la vida familiar, social, laboral y académica. En estos casos se produce una disminución del rendimiento, la duración suele ser desproporcionada y la intensidad persistente y profunda.

### **TIPOS DE ANSIEDAD PATOLÓGICA**

Existe la **ansiedad patológica primaria** cuando la causa principal es la misma ansiedad y no existe ningún trastorno psicopatológico subyacente o un trastorno orgánico.

En cambio **la ansiedad patológica secundaria** puede tener un origen orgánico, un trastorno psíquico. Tampoco hemos de olvidar que en ocasiones las dietas y los medicamentos pueden provocar un cuadro de ansiedad.

#### **1 Tipos de ansiedad patológica primaria**

Hemos de destacar que todos los estudios coinciden que la etiología de los trastornos de ansiedad influyen factores genéticos, factores de aprendizaje y factores estresantes. También en algunos casos desconocemos la causa.

De la interacción de estos componentes clasificaremos la ansiedad patológica primaria en exógena y endógena

**Exógena**, cuando existe una causa externa como desencadenante, que altera la ansiedad normal favorecida por la existencia de una predisposición previa. Según los especialistas entraría el estrés postraumático y los trastornos adaptativos.

**Endógena**, cuando no encontramos una posible causa desencadenante y por lo tanto existen factores constitucionales o propios del sujeto. Los cuadros de ansiedad que se pueden asociar a este grupo son los trastornos de ansiedad generalizada, los trastornos obsesivos-compulsivos y las crisis de angustia o trastornos de angustia. En este tipo de ansiedad se ha podido demostrar un componente hereditario.

En muchas ocasiones no existe una delimitación clara con respecto si es de tipo **exógeno** o **endógeno**, pero su clasificación ayudará para poder efectuar una medicación farmacológica y psicoterapéutica, si es de tipo **endógeno** o efectuar planteamientos esencialmente ambientales o tratamientos farmacológicos o psicoterapéuticos más breves, si tienen un predominio **exógeno**.

## CLÍNICA DE LA ANSIEDAD

Para poder llegar a delimitar si el enfermo puede presentar un trastorno de ansiedad patológico, deben existir como mínimo un par de síntomas que puedan aparecer en las tres áreas que a continuación citaremos:

*Tensión motora.* Dificultad para relajarse, inquietud o agitación motriz, temblor, fatiga o dolores musculares.

*Hiperactividad neurovegetativa.* Palpitaciones, taquicardia, taquipnea, sudoración profusa, sequedad en la boca, diarreas, mareos, inestabilidad, etc.

*Hipervigilancia.* Insomnio de conciliación y mantenimiento, pesadillas, irritabilidad, sobresaltos, distracción.

Esto es lo que se llama **síndrome completo** el cual puede tener diferentes grados de intensidad

En una tercera parte de los casos pueden aparecer somatizaciones, en las que el enfermo atribuye sus manifestaciones clínicas a una enfermedad orgánica, las cuales dividiremos en tres grupos:

**Síntomas subjetivos, cognitivos o de pensamiento.** Formarían parte los enfermos que presentarán una excesiva preocupación, susceptibilidad, inseguridad, dificultad para conciliar el sueño, irritabilidad, aprensión, pensamientos negativos, dificultad de concentración y de memoria, dificultad para tomar decisiones, desrealización, despersonalización, sensación de perder el control, de volverse loco o miedo a morir

**Síntomas conductuales.** En este caso los síntomas los puede observar uno mismo y son objetivables. Verborrea, movimientos repetitivos, hiperactividad e impulsividad. En ocasiones los síntomas son inhibitorios, conducta de evitación, dificultades para expresarse, paralización motora. También podemos apreciar cambios en la voz, expresión facial de asombro, duda o crispación.

**Síntomas somáticos.** Están provocados por un estado anómalo de hipervigilancia que actuaría sobre el sistema nervioso central y periférico, provocando una activación del sistema endocrino, dando lugar a cambios hormonales. Estos pueden ser:

3.1 *Cardiovasculares:* Palpitaciones, taquicardias, hipertensión arterial, dolor precordial, extrasístoles.

3.2 *Respiratorios:* Disnea, taquipnea, opresión torácica, suspiros, espasmos faríngeos, tos nerviosa.

3.3 *Gastrointestinales:* Náuseas, vómitos, diarreas, estreñimiento, aerofagia, molestias digestivas inespecíficas, pirosis, alteraciones en la alimentación, nudo esofágico.

3.4 *Genitourinarios:* Poliuria, urgencia miccional, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia, amenorrea, menorragia.

3.5 *Neuromusculares*: Tensión muscular, temblor, hormigueo, cefalea tensional, fatiga excesiva, alteraciones sensoriales, dolores, rechinar de dientes, voz inestable.

3.6 *Neurovegetativos*: Sequedad de boca, midriasis, mareos, sudoración excesiva, sofocos, visión borrosa, acúfenos.

El 41% de los paciente presenta más de un síntoma somático y en un 59% sólo uno de ellos. Hemos de remarcar que un enfermo con un trastorno de ansiedad con patología somática remarcable es un factor de riesgo.

## OBJETIVOS.

### Objetivo principal

#### 1. Objetivo principal

Diseñar un cuestionario de respuesta breve para las consultas de los enfermos con patología psiquiátrica por diagnosticar.

Validar el cuestionario para su utilización por los facultativos de Contingencias Comunes, de los centros de Asepeyo

#### 1. Objetivos secundarios.

Emitir un diagnóstico diferencial de las patologías psiquiátricas basales o laborales desde la primera visita

Rentabilizar los recursos económicos

Disminuir el tiempo de baja laboral, agilizando la derivación a psiquiatras consultores o al ICAM

## FUENTES UTILIZADAS Y MATERIALES.

### Metodología

Se trata de un estudio observacional sobre casos con diagnóstico de ansiedad y depresión.

El período estudiado ha sido 2008.

La fuente las historias correspondientes a los pacientes con estos diagnósticos visitados en las consultas de los centros asistenciales de ASEPEYO en Cataluña. Las historias son obtenidas a través del sistema Qinfo y seleccionadas por los diagnósticos de ansiedad, depresión, trastorno ansioso depresivo según la CIE 9.

Para su realización se elaboró una plantilla de recogida de datos con 11 preguntas de respuesta múltiple o dicotómica.

Para elaborar la plantilla se tomaron en consideración los aspectos contenidos en las escalas más utilizadas para el diagnóstico y evaluación de ansiedad y depresión (Goldberg, Hamilton ...) y los síntomas más característicos descritos clásicamente para cada patología. Los datos se han recogido en una base elaborada para este estudio y el tratamiento estadístico se ha realizado con el programa SPSS para obtener media, moda e intervalo de confianza.

El estudio garantiza seguir las normas éticas de la investigación biomédica en humanos. En cuanto a los aspectos relativos a la confidencialidad los datos, seguirán las regulaciones establecidas según la ley orgánica 15/99 de protección de datos de carácter personal.

## **PLANTILLA DE RECOGIDA DE DATOS**

### **1. Edad**

Respuestas:

- Menos de 20
- Entre 21 y 30
- Entre 31 y 40
- Entre 41 y 50
- Entre 51 a 65
- Más de 65

### **2. Sexo**

Respuestas:

- Varón
- Hembra

### **3. Profesión**

Respuestas:

- Manuales no calificados
- Manuales calificados
- Transportistas
- Administrativos y comerciales
- Construcción Sanitarios
- Enseñanza
- Otros

### **4. Régimen**

Respuestas:

- Autónomo
- Régimen General

## 5. Diagnóstico

Respuestas:

- Ansiedad
- Crisis Ansiedad-Depresión
- Depresión
- Otro (Por favor especifique)

## 6. Antecedentes Patológicos: Enfermedades sistémicas

Respuestas:

- Si
- No

## 7. Antecedentes Patológicos: Enfermedades Psiquiátricas

Respuestas:

- Si
- No

## 8. Antecedentes Patológicos: Factores Externos

Respuestas:

- Si
- No

## 9. Síntomas

Respuestas:

- Si
- No

## 10. Pruebas Complementarias

Respuestas:

- Informe Cabecera
- Informe Psiquiatra
- No aporta informes

## 11. Tratamiento

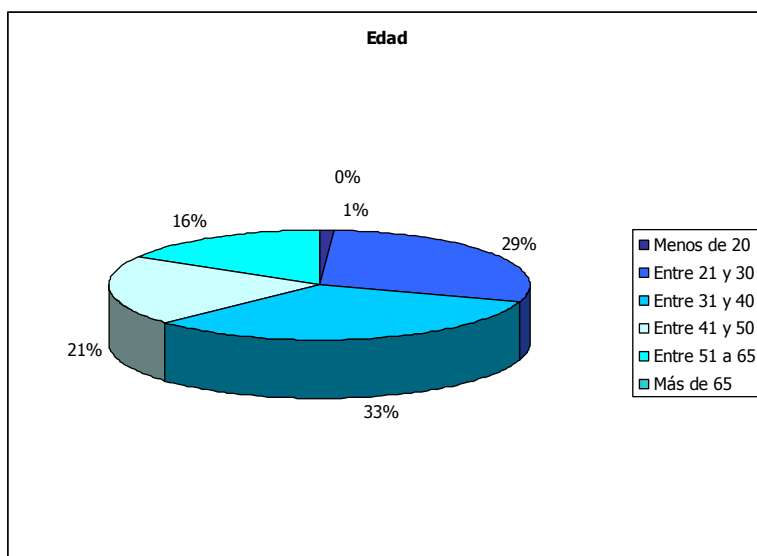
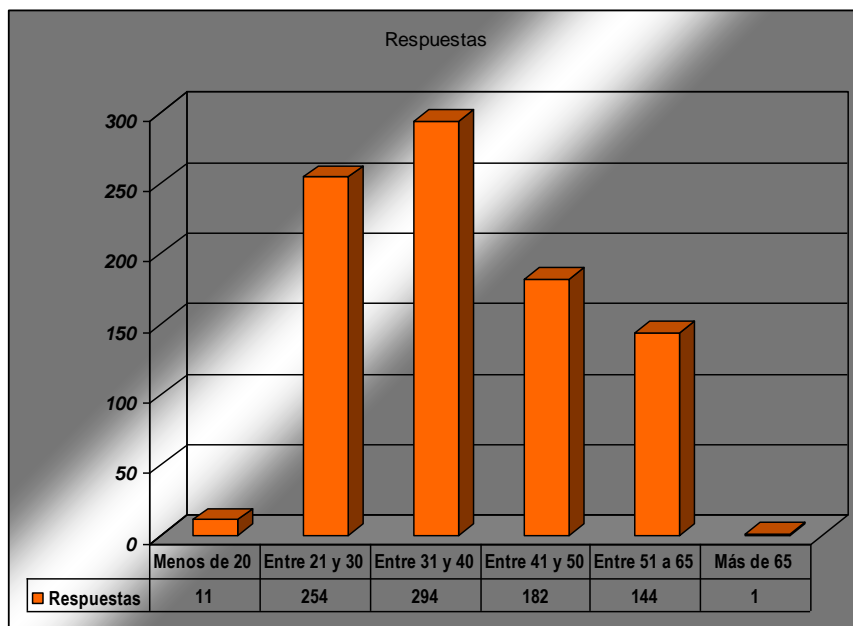
Respuestas:

- Farmacológico
  - Alternativo
  - Sin tratamiento
-

# RESULTADOS Y DISCUSIÓN

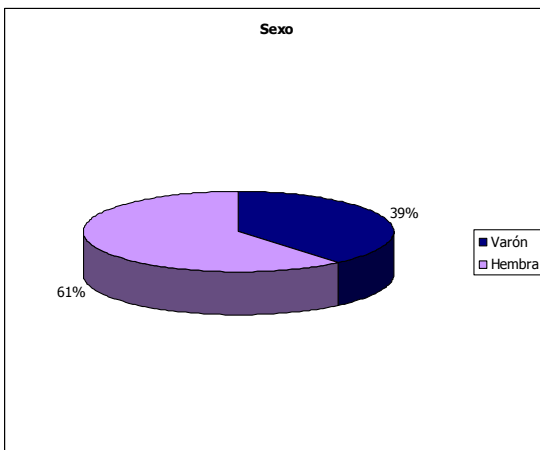
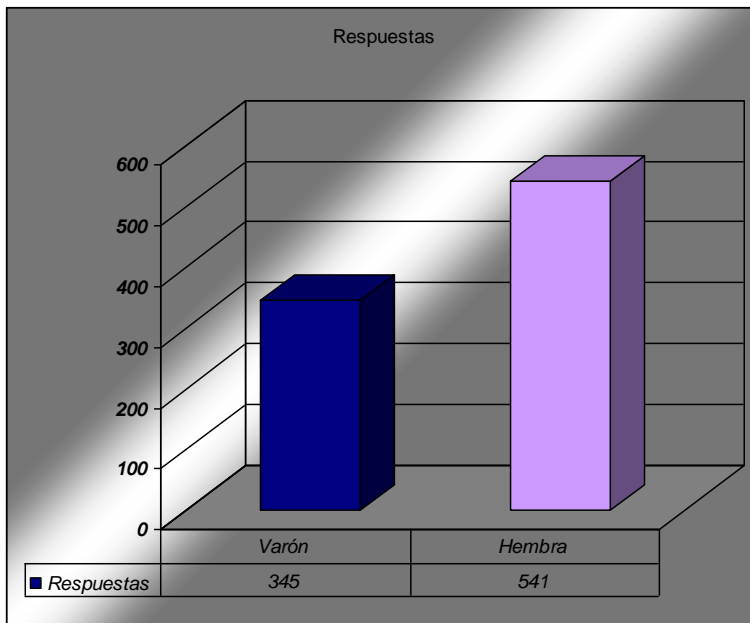
## RESULTADOS

### 1- Variable del estudio: EDAD



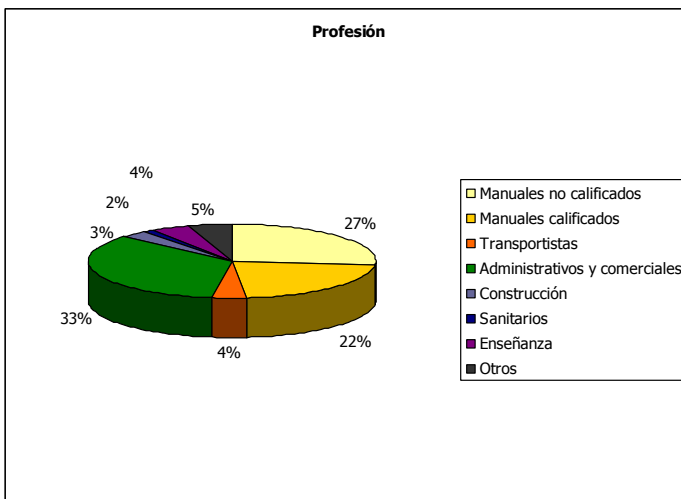
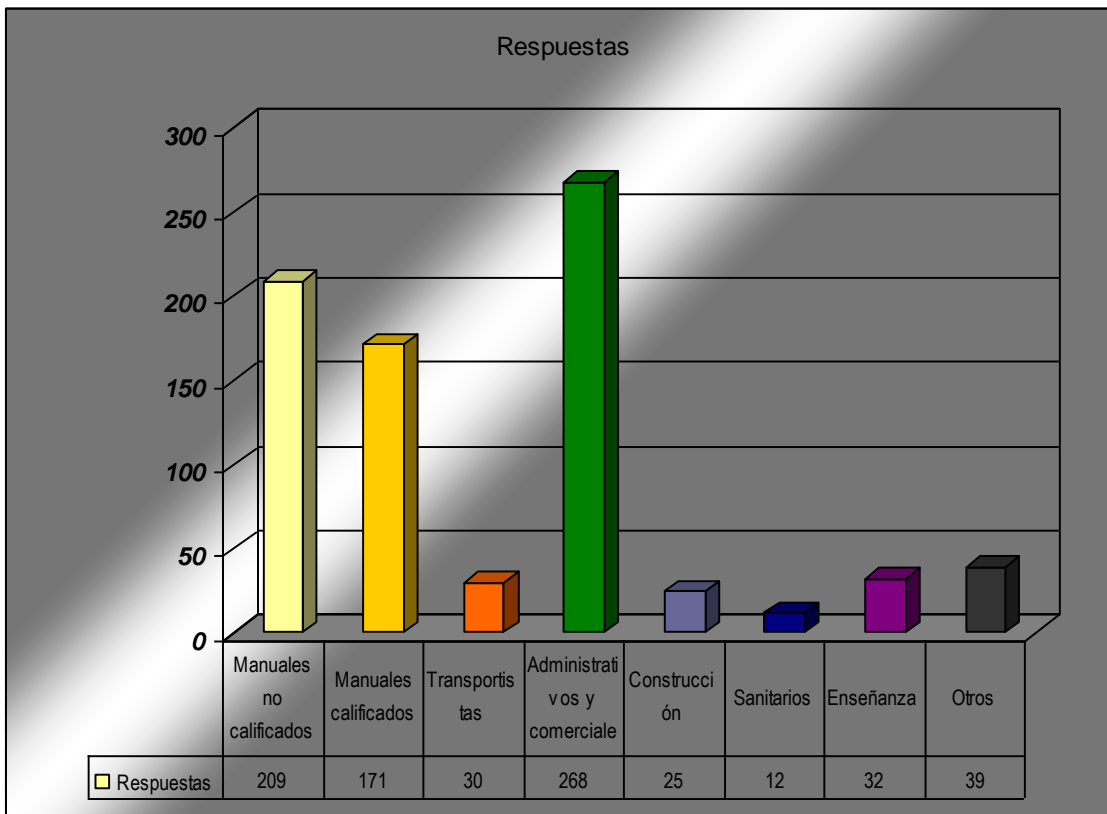
Más del 30 % de los pacientes estaban en el grupo de edad entre los 30-40 años, similar a lo hallado en otros estudios. La franja de 21 a 30 años es la siguiente en importancia; esta proporción mayor de la descrita habitualmente, puede obedecer a que son un grupo con escasa calificación laboral, más afectado por la precariedad del empleo y la inestabilidad.

## 2- Variable del estudio: SEXO



La patología mental afecta al sexo femenino mayoritariamente, coincidiendo también con lo ya descrito en otros estudios. Se ha valorado sin que se llegue a conclusiones claras si las causas son por una mayor predisposición biológica o por factores culturales. El predominio femenino y la edad de mayor prevalencia hace necesario considerar como factores asociados el período reproductivo y el reparto de las cargas familiares.

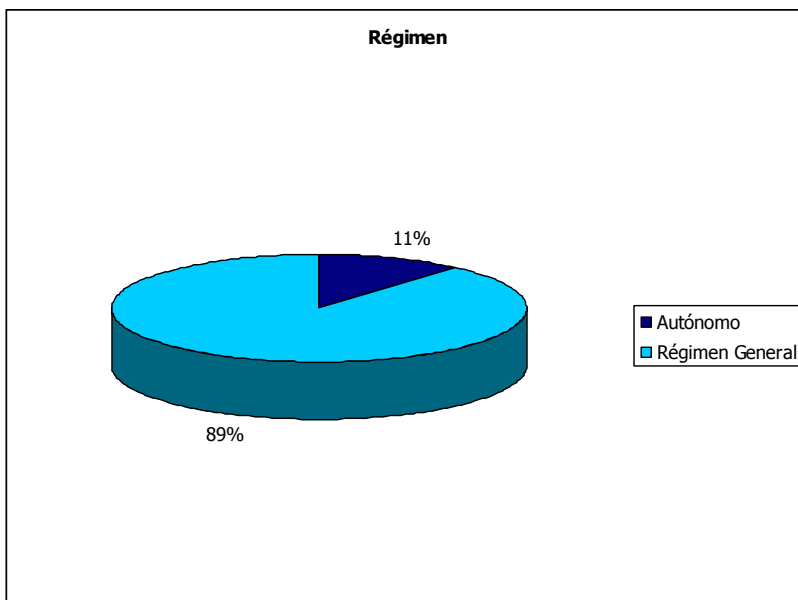
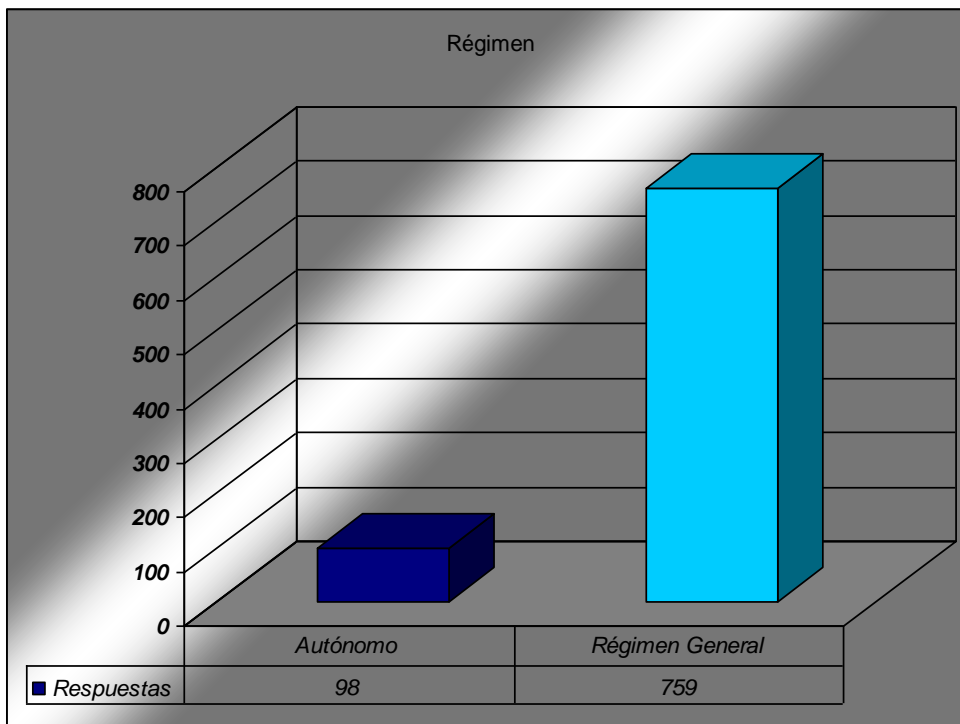
### 3- Variable del estudio: PROFESIÓN



La clasificación laboral no es exhaustiva pero los datos coinciden igualmente con lo ya descrito previamente. En primer lugar los que desempeñan trabajos administrativos y comerciales seguidos de los definidos como trabajadores manuales no calificados.

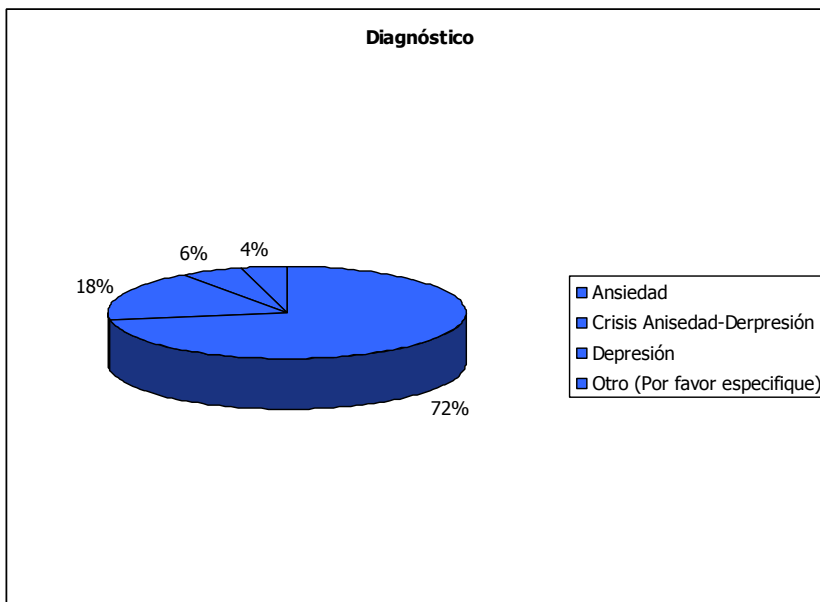
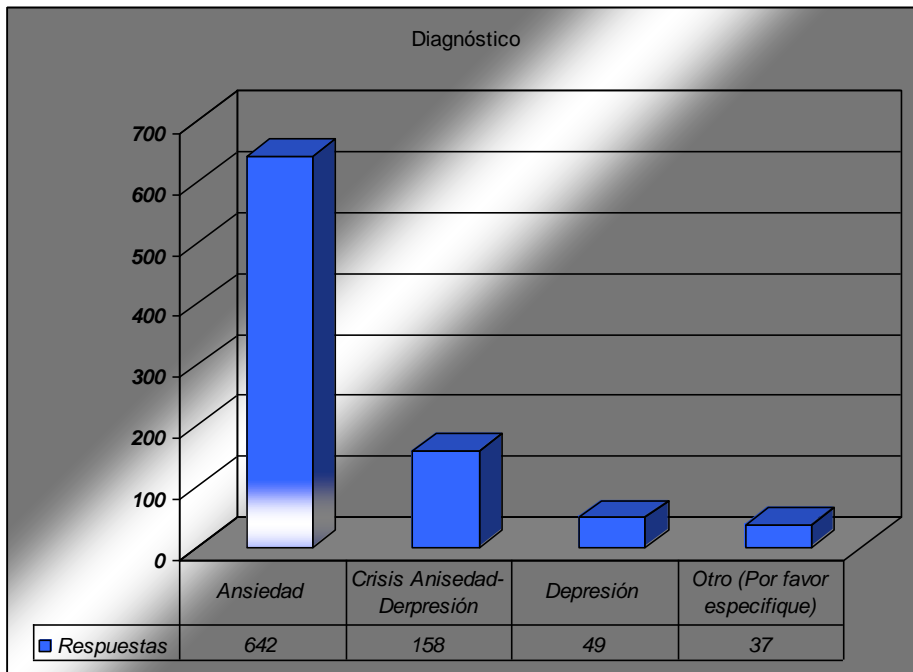
En parte puede obedecer a los cambios en mercado laboral de Cataluña del sector industrial al sector servicios y en parte a las exigencias de este tipo de trabajo por ser muy rutinarios, o muy exigentes en cuanto a carga mental.

#### 4- Variable del estudio: RÉGIMEN



La mayoría de los pacientes está en el régimen general de la seguridad social coincidiendo con la distribución de la población activa. Seguramente también por el tipo de trabajo que desempeña y en parte a que las cobertura por It en estos casos es mejor.

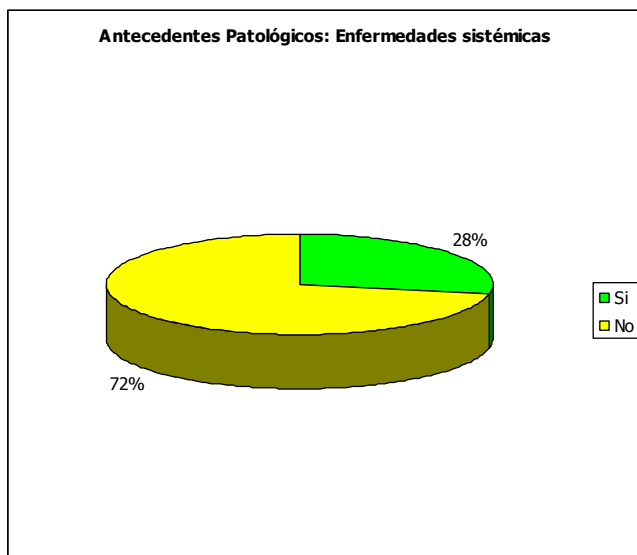
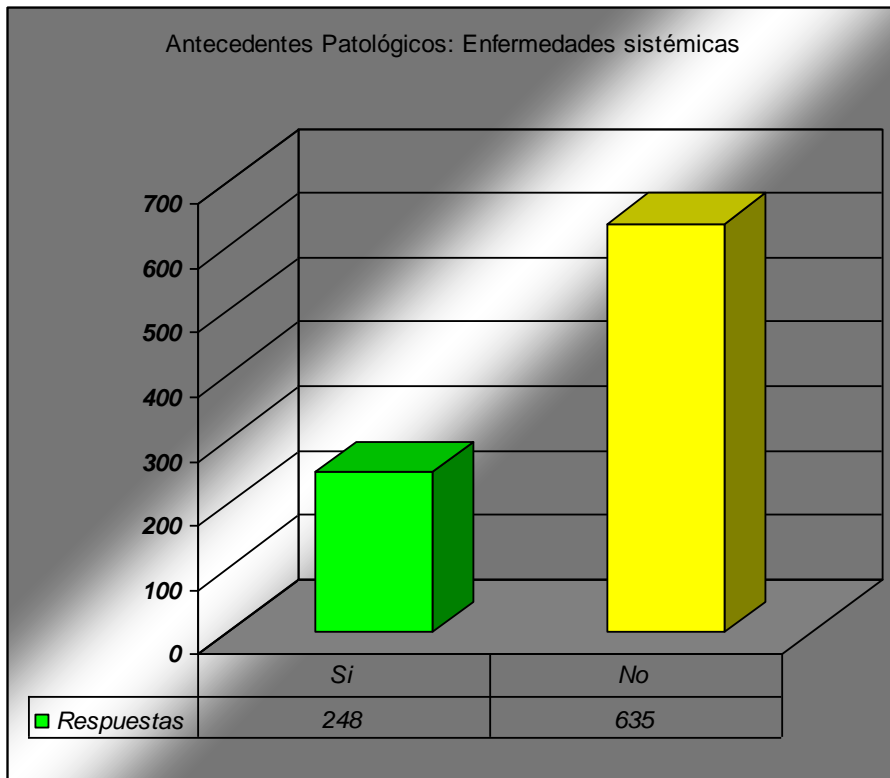
## 5- Variable del estudio: DIAGNÓSTICO



En este caso el diagnóstico predominante es la ansiedad. Muchos estudios encuentran una mayor presencia de trastornos depresivos en mujeres y de ansiedad en hombres cuando se discrimina el diagnóstico por sexo. En nuestro caso la mayoría de las afectadas es femenina y eso puede obedecer en parte a la anamnesis insuficiente.

## 6- Variable del estudio:

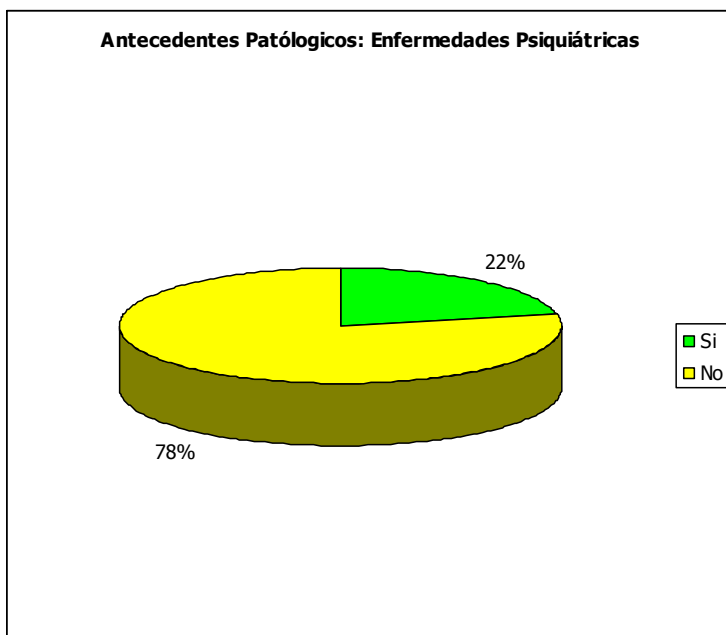
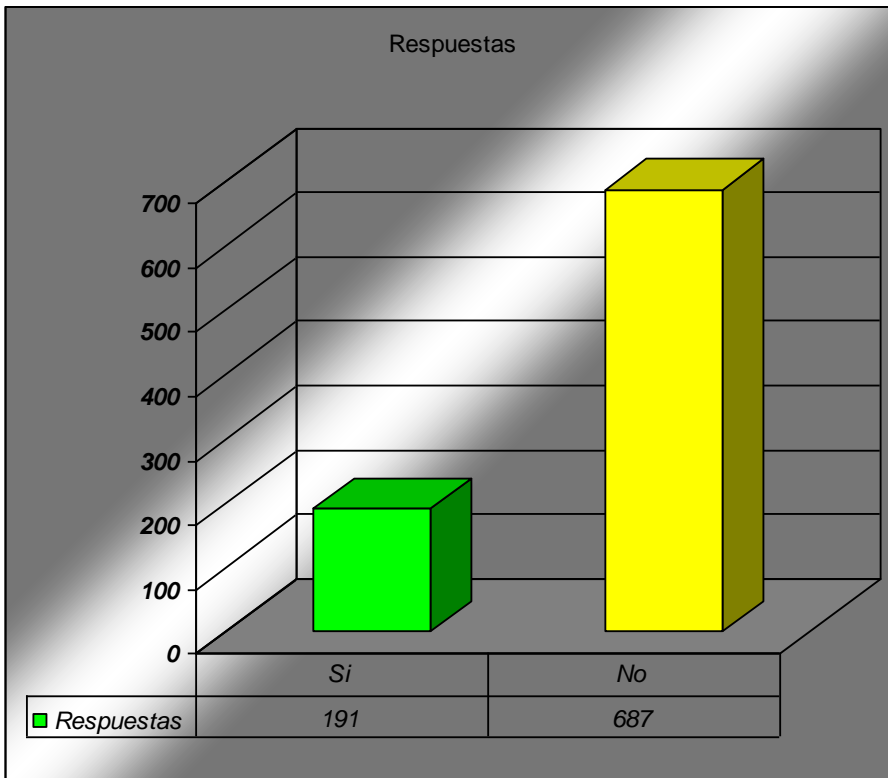
### ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: ENFERMEDADES SISTÉMICAS



Menos del 30% de las historia no reflejaban antecedentes patológicos. Aunque es posible que obedezca en parte a la edad de los pacientes mayoritariamente jóvenes. También es cierto que en muchos casos este dato no se menciona específicamente y puede considerarse una omisión del registro y no ausencia de los mismos

7- Variable del estudio:

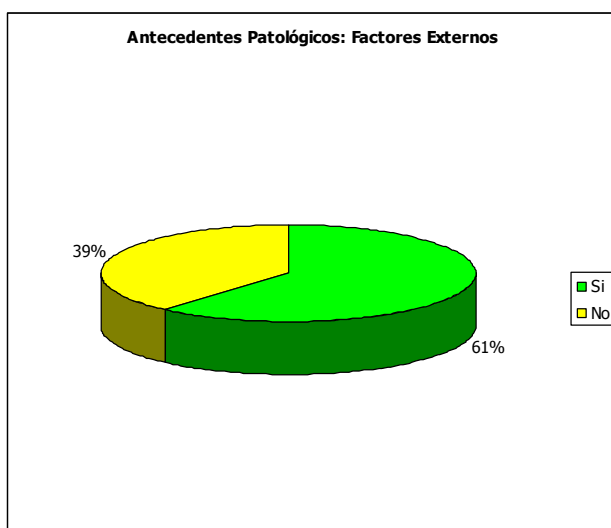
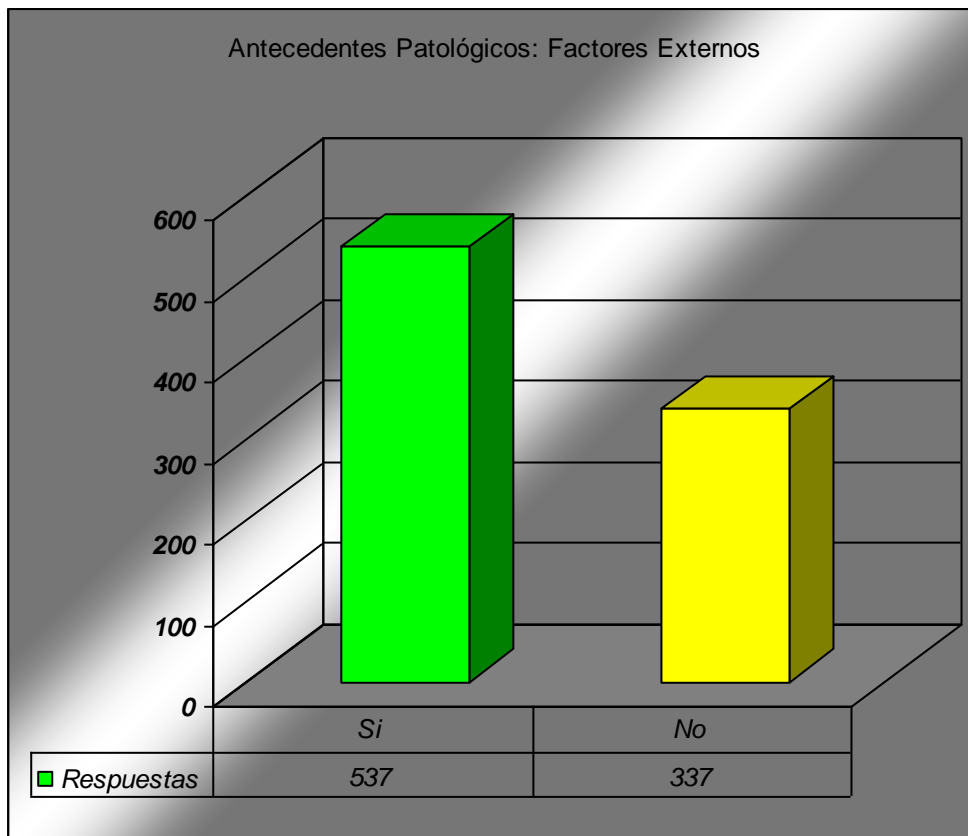
**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS**



Escasos también son los antecedentes de enfermedad mental. Puede deberse a que la patología que estudiamos es menos grave y a la ya mencionada juventud de la población.

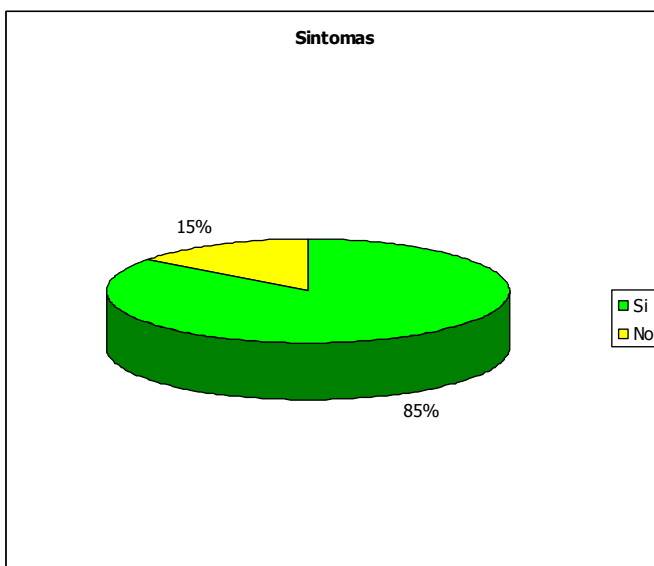
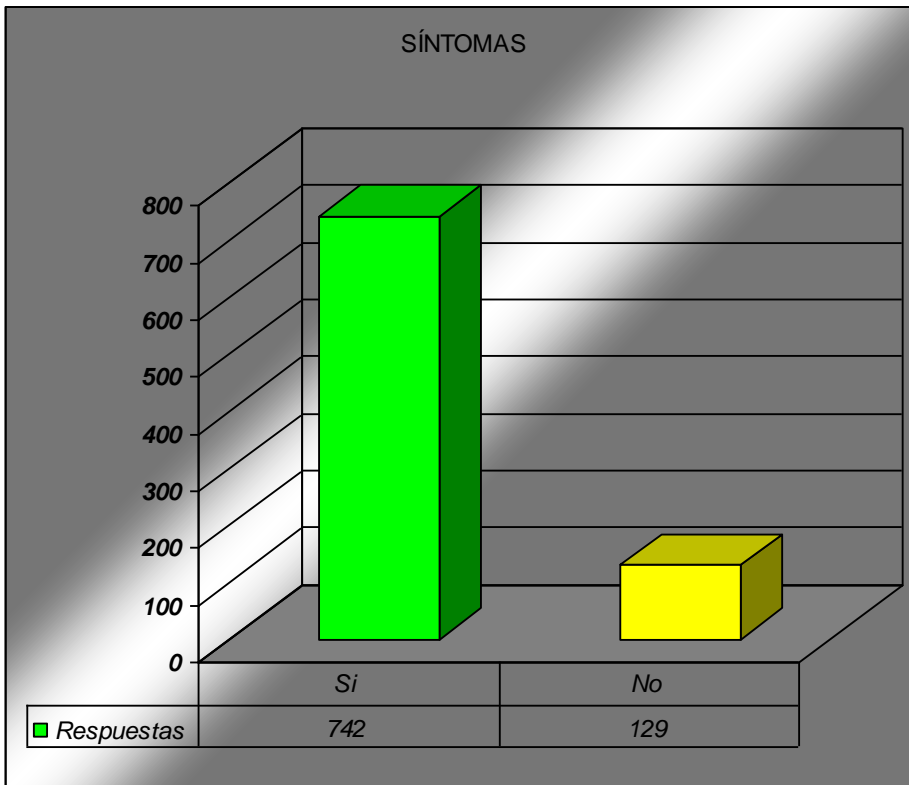
## 8- Variable del estudio:

### ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: FACTORES EXTERNOS



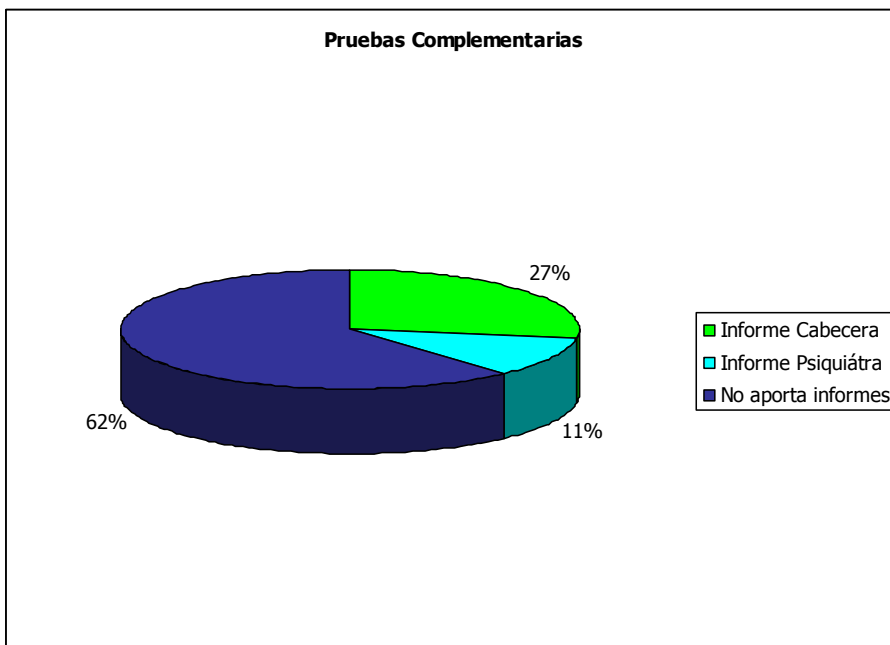
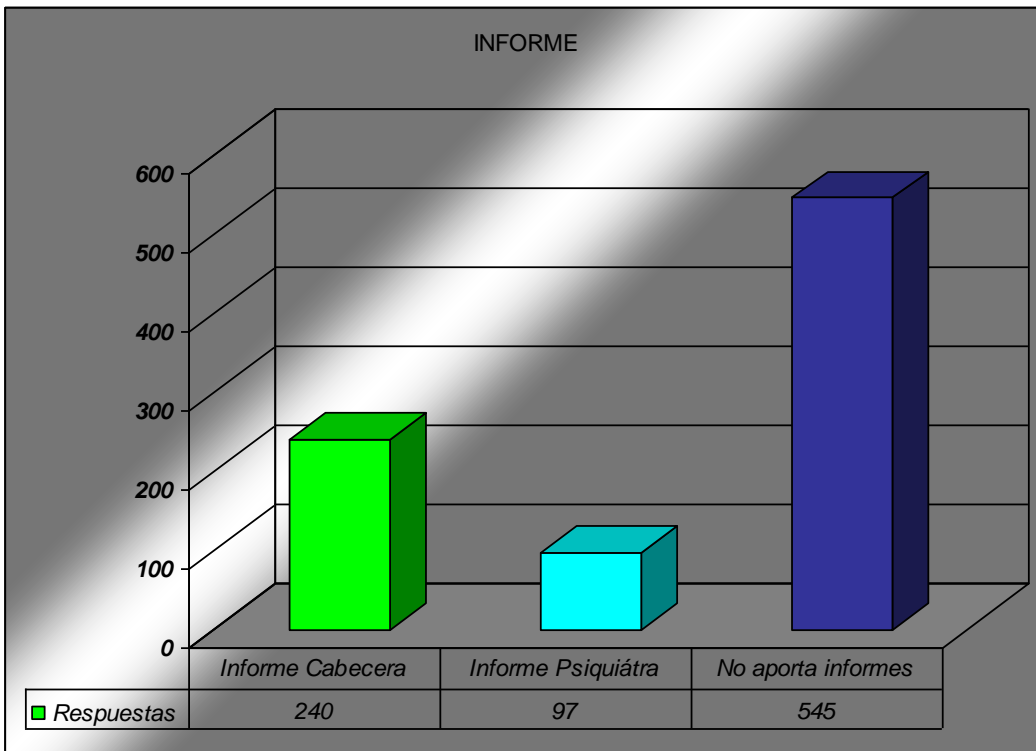
En el caso de los factores externos un 60% de las historias lo contenían. Tomando en cuenta que no es una pregunta en la historia, posiblemente se refleja porqué el paciente lo describe de entrada o porqué es parte del motivo de la baja. Es un aspecto que podría estudiarse con más detalle.

## 9- Variable del estudio: SÍNTOMAS



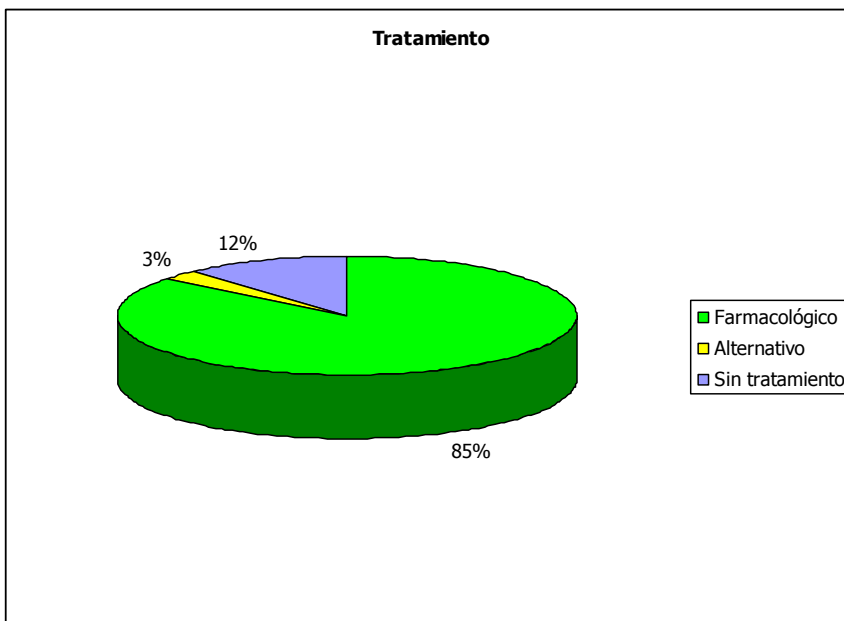
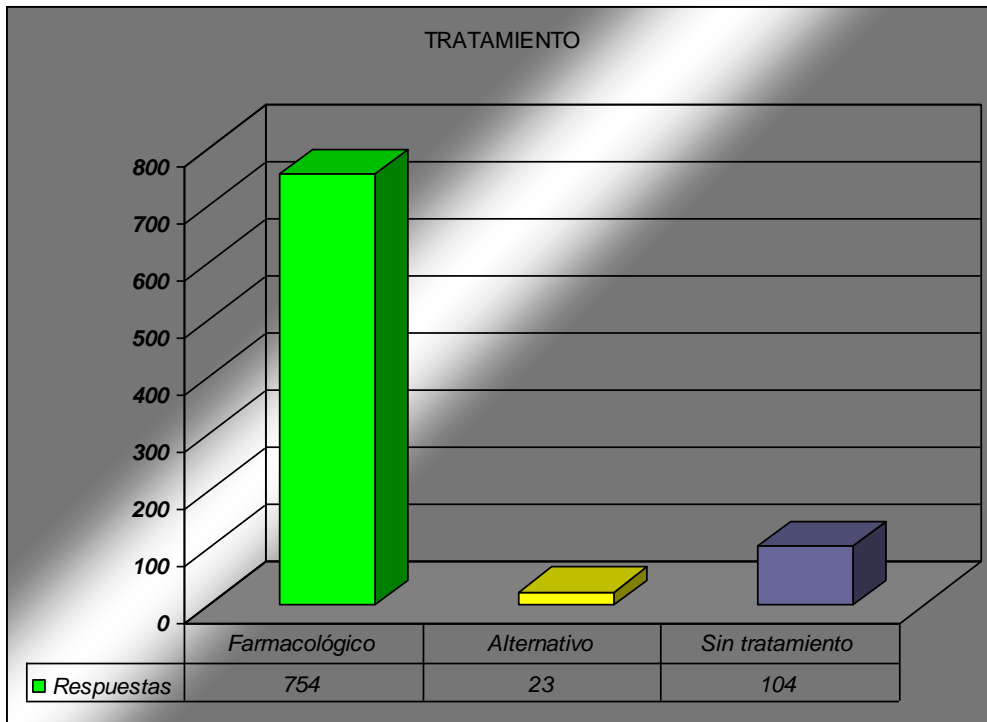
En casi todas las historias los síntomas están consignados, hemos considerado que si a todas aquellas que describen al menos 3 síntomas propios de la patología afectiva. En la mayoría de las historias la descripción se limita a lo más típico tensión física o mental

## 10- Variable del estudio: INFORME



Otro aspecto que llama la atención es la ausencia en más de la mitad de los casos de un informe médico. Sólo el 11 % acude con uno realizado por el especialista.

## 11- Variable del estudio: TRATAMIENTO



Reciben tratamiento farmacológico más del 80 % del paciente. Es llamativo tomando en cuenta que el diagnóstico más frecuente es ansiedad y que el paciente- dada la baja proporción de informes de especialistas- es controlado por el cabecera

## DISCUSIÓN

---

En relación a los aspectos propios de la población estudiada no existen variaciones muy significativas con respecto a lo encontrado en la bibliografía publicada.

El paciente tipo sería mujer alrededor de los 35 años con tareas administrativas o manuales con poca calificación.

La presencia de ansiedad como diagnóstico mayoritario puede deberse en parte a las clasificaciones que se manejan en el programa informático. Mejorar el uso de la codificación, hará más precisos los diagnósticos y favorecerá una toma de decisiones más oportuna, individual y colectiva.

Los aspectos centrales del estudio era valorar si esos contenidos que definimos como esenciales eran registrados en las historias habitualmente:

-Los síntomas que se registran en las historias de **CHAMAN** son de una alta proporción, pero estos se repiten y habitualmente son sólo 2 ó 3. La anamnesis es breve y normalmente se limita a la presencia de los que reflejan tensión somática o emocional.

-Escasa presencia de antecedentes patológicos o psiquiátricos, en parte explicable por la edad de los pacientes. Estos datos ya están contemplados en el formato de la primera visita en **CHAMAN**, pero la gestión de ese formato es muy variable y así se refleja en la evaluación realizada. Hacerlo constar específicamente, en lugar del espacio en blanco, garantiza que se ha interrogado este aspecto y puede hacer aflorar detalles importantes

-Los factores externos - un dato que no forma parte del formato- están presentes en muchas historias, esto puede deberse a que el paciente asocia su patología como la situación laboral o económica que está enfrentado. También hemos de señalar que al no estar descrito en el programa de **CHAMAN**, puede dar lugar a que no conste en la anamnesis y este hecho de lugar a una mala orientación del proceso, provocando que se alargue y produzca un aumento de los costes económicos.

Creemos de gran importancia incluir los factores externos en la primera visita para intentar la posible derivación a la consulta psiquiátrica

Un factor externo muy frecuente en el momento actual, son los conflictos laborales. Estos provocan trastornos adaptativos mixtos, que en su mayor parte no les impide poder efectuar sus tareas habituales, hedónicas o interponer denuncias laborales. Este punto es de extrema importancia, para poder acortar el proceso. Hemos de tener en cuenta que las denuncias representan un esfuerzo y por lo tanto no les impide su vuelta al trabajo.

Otro factor importante son los problemas económicos derivados de la crisis actual. Este hecho repercute de forma especial en el régimen de los autónomos, los cuales pierden una parte sustancial de sus ingresos. Consiguen la incapacidad transitoria, este factor no les impide poder seguir trabajando por su propia cuenta, aun estando de baja laboral. Hemos de remarcar que hoy en día no se aceptan los informes de

seguimiento por parte de agencias de detectives, en las visitas realizadas al ICAM o el EVI.

-En la primera visita más de la mitad no aporta ningún informe escrito sobre su patología. Es llamativo si consideramos que es solicitada cuando se cita al paciente. Creemos que el no aportar un informe médico, sea del de cabecera o del psiquiatra, nos obliga, según la anamnesis realizada en la primera visita, enviarlo al especialista para que emita un informe pericial y al mismo tiempo proceder a una propuesta de alta. En un alta proporción nos confirma la sospecha de que el enfermo puede volver sin ningún tipo de problema, al mundo laboral.

-Muchos pacientes están recibiendo tratamiento farmacológico, lo que no parece por sí sólo contribuir a la más rápida reincorporación laboral. Hemos de destacar que la mayor parte de los pacientes están de baja por procesos diagnosticados de ansiedad y tratados por su médico de cabecera. Es sabido que en una gran proporción de los enfermos, no precisarían de tratamiento farmacológico, seguramente con psicoterapia o ningún tipo de tratamiento, bastaría para resolver de la forma más eficaz y rápida la incapacidad transitoria. La causa de que se produzca este hecho, se debe a la saturación existente en las visitas a psiquiatría, por la falta de especialistas.

Dar psicofármacos puede alargar el proceso o agravarlo.

A partir de la revisión que hemos efectuado de las historias clínicas realizadas por facultativos de **ASEPEYO** en el ámbito de Catalunya; el incluir el protocolo realizado por nuestra parte e integrarlo en **CHAMAN**, ayudará a que se puedan derivar el mayor número de pacientes a inspección médica, mejor estudiados y con informes periciales más precisos, lo que comportará una reducción del tiempo de baja y lo que es más importante, una reducción de los costes económicos.

## CONCLUSIONES

Realizar clasificaciones de los trastornos del estado de ánimo y de los trastornos de ansiedad no corresponde a los médicos de Contingencias Comunes, este campo pertenece al especialista en psiquiatría.

Nuestro objetivo es –con la historia clínica, los antecedentes personales, los antecedentes familiares, la exploración y los síntomas del paciente- poder dilucidar al grupo que pertenece, de la forma más precisa, rápida y económica.

Dada la situación económica actual, consideramos importante reflejar en la primera visita los factores externos desencadenantes de la situación laboral transitoria.

El tiempo de que dispusimos para evaluar prospectivamente el formulario propuesto, no fue suficiente para generar datos. Pero en estas últimas semanas lo hemos usado y el resultado ha sido satisfactorio en cuanto al objetivo marcado.

Otro punto importante sería poder disponer de psiquiatras consultores en todas las Comunidades Autónomas. Seguramente aportaría a la institución una reducción de costes económicos. Hemos de tener en cuenta que es la segunda causa de bajas laborales y que en un futuro cercano puede llegar a ser la primera.

Con esta plantilla aprovecharíamos el peritaje del consultor para la propuesta de alta o invalidez permanente. También serviría para obtener información o recomendaciones para el Servicio Público de Salud, así ayudaríamos al paciente en su recuperación y en la pronta reincorporación laboral.

Indirectamente esto provocaría que el médico de Contingencias Comunes de Asepeyo, tendría una mayor consideración por parte del paciente y la MUTUA ganaría en confianza y prestigio entre las empresa colaboradoras.

Incluyendo en el **CHAMAN** el cuestionario de once preguntas, propuesto por nuestra parte, mejorará la gestión sanitaria y económica de los procesos psiquiátricos.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: ED panamericana 2000
- 2- Disability Evaluation Under social Security (Also known as the “Blue Book”) Social Security Administration Office of Disability Programs. SSA Pub No 64-039 ICN 468600 January 2003
- 3- Herrera López S, Gutiérrez rojas I, Leal Leturia I, Martínez Martín N, Ortigosa Luque M, Sin Cabrero M, Zavala Fernández M., Torres Hernández P Editor. Urgencias en psiquiatría: Jaén ED Formación Alcalá, 2006
- 4- Nieuwenhuijsen K, Bültmann U, Neumeyer-Gromen A, Verhoeven AC, Verbeek JHAM, van der Feltz-Cornelis CM. Intervenciones para mejorar la salud ocupacional en personas con depresión (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).  
Fecha de la modificación más reciente: 24 de octubre de 2007  
Fecha de la modificación significativa más reciente: 20 de noviembre de 2007.
- 5- Renau J, Pérez Salinas I. Evaluación de la calidad de las historias clínicas. Formación continuada. Papeles Médicos 2001;1032-40
- 6- Rodríguez Ortiz de Salazar B, Gómez Galligo A, García Parra A, López Gómez Sintomatología depresiva asociada al trabajo como causa de incapacidad temporal en la comunidad de Madrid MAPFRE Medicina 2005.16(3):32-42
- 7- Sánchez Pérez JA, López Cárdenas A  
Escala diagnóstica y de evaluación que se utilizan en atención primaria para depresión y ansiedad en salud global Año V 2005. En: salud global. 2005 Número 3 Madrid <http://www.grupoaulamédica.com>
- 8- Trujillo Cubas A Valoración de la incapacidad laboral en “patología psiquiátrica” En Ojeda Gil J. Valoración de la incapacidad laboral Madrid: ED Díaz de Santos 2005

9- Vallejo Ruiloba Julio. Evaluación de los trastornos mentales en “Master en Medicina Evaluadora” Universidad de Barcelona Virtual.2004 .

10- Wang Philip, Patrick A, Avorn J, Azocar F, Ludman E, Mc c Culloch J, Gregory S, Kessler R. The cost and benefits of enhanced depression care to employers. Archives General Psychiatry 2006; 63:1345-1353.