

TRASTORNOS DE ANSIEDAD-DEPRESIÓN EN EL ENTORNO DE LA CONTINGENCIA COMÚN

Autor/res: Myriam González Klett. Médico de CC en CA de Madrid. ASEPEYO
Inmaculada Mata Hernández. Médico de CC en CA de Madrid. ASEPEYO.
Eva Mena García. Médico de CC en CA de Madrid. ASEPEYO

Correspondencia:
Myriam González Klett.
Paseo de la Chopera, 28-30 .28100. Alcobendas. Madrid
Tefno: 916610612

MASTER UNIVERSITARIO EN MEDICINA EVALUADORA - Edición 2006-2007

RESUMEN

Las patologías psiquiátricas tienen repercusiones importantes desde el punto de vista laboral y del gasto sanitario. En España actualmente son la segunda causa de baja laboral porcentual y la primera en bajas prolongadas en términos absolutos. Resulta difícil cuantificar las alteraciones de la capacidad laboral en psiquiatría debido a la escasez de métodos objetivos. Existe subjetividad al valorar las vivencias y el ámbito de la vida de relación. También se deben tener en cuenta los mecanismos de ganancia secundaria que se ven potenciados en el ámbito laboral.

Hemos realizado un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes que han presentado incapacidades temporales de duración superior a 15 días durante el año 2006 por las patologías de Trastorno de ansiedad y depresión en los centros asistenciales de Asepeyo de la Comunidad Autónoma de Madrid, tomando una muestra de 600 pacientes.

Los diagnósticos han sido agrupados en tres grupos: depresión con ansiedad, trastorno de ansiedad y depresión.

Los objetivos planteados son: valorar la duración media de estas patologías en ITCC comparándolo con los tiempos estándar de incapacidad temporal del Insalud, relacionar diagnósticos según la edad, profesión y sexo de los pacientes, repercusión de la valoración realizada por el Especialista de la Mutua, repercusión de las propuestas de alta y/o de incapacidad realizadas por el médico de la Mutua.

Las conclusiones principales del estudio son las siguientes:

- Estas patologías son más frecuentes en mujeres de edad comprendida entre 30-40 años.
- Existe gran incidencia en los profesionales de atención al público.
- Destaca la escasa frecuencia de estas patologías en nuestro estudio en los profesionales sanitarios y los dedicados a la formación si lo comparamos con otros estudios, pero hay que tener en cuenta que la muestra de población elegida puede estar sesgada.
- Las propuestas de alta realizadas por los médicos de la mutua tienen un efecto favorable en un alto porcentaje de los casos.
- Un 25% de los pacientes que presentan estos diagnósticos son remitidos a valoración por el Especialista consultor de la Mutua. Cuanto antes son valorados menor es la duración del proceso.
- La mayoría de los pacientes valorados por el Especialista consultor son diagnosticados de Trastorno Adaptativo.
- La duración media real de las bajas de los pacientes que presentan estas patologías es significativamente mayor que las de referencia estándar del listado del Insalud.

INDICE

| | |
|---|-------------|
| 1.- Índice | pag . 3 |
| 2.- Introducción | pag . 4 – 7 |
| 3.- Descripción de cuadros patológicos: T. de Ansiedad y Depresión. Otras patologías psiquiátricas | pag . 8 -21 |
| 4.- Objetivos | pag . 22 |
| 5.- Fuentes utilizadas y materiales | pag . 22-23 |
| 6.- Resultados y discusión | pag . 24-35 |
| 7.- Conclusiones | pag . 36-37 |
| 8.- Bibliografía | pag . 38 |
| 9.- Agradecimientos | pag. 39 |

INTRODUCCIÓN

Las patologías Psiquiátricas tienen repercusiones importantes desde el punto de vista laboral y del gasto sanitario. En EEUU por ejemplo, son el 30.7% de las solicitudes de Incapacidad Permanente, se reconocen como incapacidades el 36.8% de ellas. El 40% se solicitan en pacientes que presentan Trastornos del Estado de ánimo y el 7.5% Trastornos de ansiedad.

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.

Existen dos cuestiones en las relaciones laborales de interés psiquiátrico:

1.-Referente a materia de despido, exige un incumplimiento grave y culpable de sus obligaciones por parte del trabajador.

2.-La capacidad laboral, puede estar mermada o totalmente abolida debido a diversas enfermedades incapacitantes de tipo mental

Llegamos así al concepto de incapacidad que es: ***“la imposibilidad para realizar una actividad o tarea determinada, como consecuencia de un menoscabo. Es decir es la distancia que existe entre lo que una persona puede hacer y lo que quiere o necesita hacer”***.

Enfermedad en sentido amplio es cualquier entidad nosológica o proceso patológico que disminuya la salud de una persona, ya sea de manera temporal definitiva o progresiva.

Menoscabo es una desviación de la normalidad en una parte del cuerpo, órgano, sistema o en su funcionamiento. Por tanto toda enfermedad provoca una alteración, disminución o pérdida de una función o de una estructura anatómica.

Dichas incapacidades pueden ser: transitorias o temporales y permanentes en cuanto a su duración. En cuanto a su concepto pueden ser:

a) **INCAPACIDAD LABORAL TRANSITORIA:**

Es aquella situación en la que un trabajador por causa de una enfermedad o accidente, se encuentra imposibilitado para el desarrollo de su trabajo y recibe asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

Alteraciones reversibles que pueden llegar a tener una remisión casi completa de los síntomas o una curación. Incapacitan temporalmente para el trabajo habitual pero permiten la reincorporación del paciente al mejorar los síntomas o curar el proceso.

b) **INCAPACIDAD LABORAL PERMANENTE:**

Trastornos psíquicos que por su intensidad, gravedad o porque específicamente contraindican una determinada actividad laboral. La alteración es definitiva y conlleva la imposibilidad del trabajador de ejercer funciones de su puesto de trabajo e incluso de cualquier actividad laboral.

La legislación actual (LGSS 1/94) contempla 4 grados fundamentales de invalidez

1.-Incapacidad permanente parcial para la profesión habitual: el paciente presenta un menoscabo mayor al 33% del total, no limitación de las tareas básicas. Hay pocas enfermedades psiquiátricas que lo produzcan, por ejemplo las fobias con crisis de pánico ocasionales, algunas neurosis o depresiones con mermas que no llegan a producir incapacidad absoluta.

2.-Incapacidad permanente total para la profesión habitual: el enfermo está inhabilitado para todas o las más fundamentales tareas de su profesión habitual o dificultad en la interrelación con las personas que le rodean pero puede seguir

trabajando en otras ocupaciones distintas. Por ejemplo la patología paranoide para trabajos en los que se llevan armas, síndromes vertiginosos severos asociados a ansiedad o depresión para trabajos de riesgo físico.

3.-Incapacidad permanente absoluta: para todo tipo de trabajo: patología que ocasiona limitaciones sociales graves e imposibilidad para trabajar en cualquier actividad laboral. Por ejemplo las psicosis crónicas y las demencias graves.

4.-Gran invalidez : precisa asistencia de una tercera persona para las actividades de la vida cotidiana y está incapacitado para toda actividad laboral, altera la autonomía personal y social.

5.-Lesiones permanentes no invalidantes: sólo aplicables para las contingencias profesionales. Pueden reconocerse secuelas definitivas que son baremables y permiten realizar las tareas fundamentales de la profesión. Se indemnizan mediante una cantidad económica a tanto alzado.

VALORACION DE LA CAPACIDAD LABORAL DE LA ENFERMEDAD MENTAL

Resulta difícil cuantificar las alteraciones de la capacidad laboral en psiquiatría debido a la escasez de métodos objetivos, existe subjetividad al valorar las vivencias y el ámbito de la vida de relación.

Los mecanismos de “ganancia secundaria” se ven potenciados en el ámbito laboral, especialmente tendente a las reacciones reivindicativas o a la búsqueda de compensaciones económicas.

Las patologías que pueden producir incapacidad permanente en psiquiatría son en resumen:

- 1.- *Demencias orgánicas* de cualquier etiología.
- 2.- *Psicosis de curso crónico* y progresivamente deficitario.
- 3.- *Psicosis cíclicas o bipolares* muy recidivantes con tendencia a producir defectos o gran fragilidad de la personalidad en los breves periodos intercríticos.
- 4.- *Depresiones graves crónicas* de cualquier etiología.
- 5.- Algunas *neurosis graves cronificadas* (neurosis obsesivas malignas, dolor psicógeno, estrés postraumático). Siempre que sean graves y sin respuesta al tratamiento.
- 6.- *Alcoholismo y otras drogodependencias graves*, por afectación severa de la personalidad y las secuelas neurológicas.

Excepto en los casos de las demencias en los que se puede plantear la solicitud de una incapacidad desde el principio, en los demás casos es preferible no precipitarse ya que puede limitar la mejoría o la curación de las patologías.

Para evaluar la **Capacidad Funcional Residual** se tienen en cuenta varios aspectos.

- *Comprensión y memoria*: localizaciones y procedimientos de tipo laboral.
- *Concentración mantenida y persistencia*: actividades dentro de un esquema, asistencia regular, puntualidad.
- *Interacción social*: conducta social, aseo.
- *Adaptación a los cambios en el ámbito laboral*.

Los **factores que influyen** principalmente en la disminución de la capacidad funcional de los pacientes con enfermedades psiquiátricas son:

- Limitación de las *capacidades cognitivas*.
- *Inestabilidad afectiva* del sujeto.
- *Falta de apoyo familiar* de los pacientes.

DESCRIPCIÓN DE CUADROS PATOLÓGICOS: TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN. Y OTRAS PATOLOGIAS PSIQUIATRICAS

En Psiquiatría los límites entre normalidad y anormalidad son imprecisos.

Es importante diferenciar entre los síntomas y las limitaciones funcionales que éstos producen.

El diagnóstico se basa en aspectos subjetivos que el propio paciente describe y los que interpreta y observa el Médico encargado de realizarlo.

Existen diferentes orientaciones teóricas para el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes.

Hay varios factores que influyen tanto en la precipitación como en el mantenimiento de los cuadros clínicos, factores sociales ,familiares y ambientales.

EVALUACION FUNCIONAL

Para la evaluación funcional de las 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. Se tienen en cuenta 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.

.-DSM-IV de la Asociación Psiquiátrica Americana.

Utiliza la Escala de Evaluación de Actividad Global, la puntuación va de 1 a 100, 100 significa 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 utiliza diferentes 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.

.-La OMS utiliza la clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías.

CIE -10

F00-09 Trastornos mentales orgánicos

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

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

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.

1 TRASTORNOS DE ANSIEDAD –NEUROSIS

En datos recientes del ECA (Epidemiologic Carthment AREA, Weissman-Merikangas 1986) indican una prevalencia de ansiedad generalizada del 2.5 al 6.4 %, el Trastorno de pánico del 0.4 al 1.2 % y la agorafobia del 2.5 al 5.8 %. Hay algunas estadísticas en las que se indica que las fobias específicas y la ansiedad generalizada pueden afectar al 19 % de la población general.

Son mas frecuentes en mujeres entre 20 y 40 años.

La ansiedad y la angustia son sensaciones experimentadas por todas las personas a lo largo de su existencia.

La ansiedad está mas relacionada con el comportamiento psíquico y la angustia con el componente físico o somático.

Aparece frecuentemente en los Trastornos depresivos, puede ser secundaria a patologías médicas orgánicas (hipertiroidismo), consumo de tóxicos (cannabis) o por fármacos (hipoglucemiantes, corticoides)

Podríamos diferenciar entre ansiedad:

Neurótica : síntomas ansiosos 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 fobia, trastornos por crisis de angustia, somatomorfos, distimias y otros.

Psicótica : relacionada con las vivencias propias de los delirios y alucinaciones, y de las vivencias de irrealidad.

DEFINICION

Respuesta emocional compleja potencialmente adaptativa y pluridimensional, en la que coexisten una percepción de amenaza al organismo con una activación biológica orientada a reaccionar a esa percepción.

Esta respuesta puede ser:

- *fisiológica* (síntomas físicos o somáticos)
- *cognitiva* (los pensamientos giran entorno a algún peligro)
- *conductual* (afrontamiento o evitación)

CARACTERISTICAS GENERALES

- 1.- No son enfermedades en el sentido médico, su etiopatogenia es fundamentalmente psicológica, excepto en la crisis de angustia y en los trastornos obsesivos.
- 2.- Su naturaleza es dimensional, es un factor de la personalidad que varia cuantitativamente.
- 3.- La clínica es cuantitativa, los síntomas pueden aparecer en cualquier sujeto normal, si se intensifican o se estructuran es cuando pueden considerarse patológicos.
- 4.- El pronóstico es variable y depende de variables personales, sociales y terapéuticas.
- 5.- Curso crónico con fluctuaciones.
- 6.- El tratamiento es principalmente psicológico excepto en las crisis de angustia y el trastorno obsesivo.

CLASIFICACIÓN

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

- 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 sin agorafobia
- Trastorno de angustia con agorafobia
- Agorafobia sin trastorno de angustia
- Fobia específica
- Fobia social
- Trastorno obsesivo compulsivo
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastorno por estrés agudo
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad debido a enfermedades médicas
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias
- Trastorno de ansiedad no especificado

TRASTORNO DE ANGUSTIA.

Se pueden diferenciar dos aspectos:

1.- Psíquico: nerviosismo, inquietud, sentimiento de amenaza, fragilidad y malestar social.

Todo les preocupa y progresivamente llega a afectar a su rendimiento profesional, lo que les hace sentirse incapacitados, miedo por el futuro, restricción de la relación social, tensión diurna, insomnio, mal humor, irritabilidad, lloro por impotencia y por la sobrecarga emocional, miedo.

2.-Somático: palpitaciones, taquicardia, disnea, ahogo, miedo a morir, mareo o sensación de inestabilidad, temblor, sacudidas musculares, sudación, algias y dolores precordiales, escalofríos, náuseas, molestias abdominales, debilidad muscular, parestesias, miedo a perder el control, inquietud psicomotora, despersonalización, sequedad de boca, cefaleas .

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Estado persistente de ansiedad al menos durante 6 m. con curso fluctuante.

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

Suelen tener una alteración clínica significativa que produce deterioro social, laboral y otros.

Si se cronifica, aparecen síntomas como tristeza, apatía, astenia intensa, desinterés, pérdida de impulso vital. Todo esto dificulta el diagnóstico diferencial con la depresión

Hay que hacer el diagnóstico diferencial de estas patologías con:

1.-Trastornos orgánicos: hipertiroidismo, taquicardia paroxística supraventricular, feocromocitoma, crisis hipoglucémicas, crisis comiciales parciales complejas ,patologías respiratorias, síndrome vertiginoso.

2.-Trastornos psíquicos: estados depresivos, fobias, histerias de conversión.

El **TRATAMIENTO** combina la Psicoterapia que es fundamental con el tratamiento farmacológico. Ansiolíticos (benzodiazepinas , sulpiride) y antidepresivos (ISRS , velanfaxina) E

En las crisis de angustia el tratamiento es Imipramina o clorimipramina.

FOBIA

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

AGORAFOBIA

Miedo irracional a lugares abiertos, a las multitudes y a la dificultad a poder escapar inmediatamente a un lugar seguro, puede existir temor a salir del hogar, entrar en tiendas y almacenes, a los lugares públicos y a viajar solo en los trenes y autobuses.

Es un miedo a la indefensión en determinadas situaciones más que temor a la situación en sí misma.

FOBIA SOCIAL

Temor acusado y persistente por una o mas 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.

FOBIAS ESPECIFICAS (SIMPLES)

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

El **TRATAMIENTO** de las fobias es farmacológico (betabloqueantes y ansiolíticos). La fenelcina es muy efectiva y terapias cognitivo-conductuales.

2 TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO-AFECTIVOS

La prevalencia de depresión en la población enferma general oscila entre el 10-20 %, y de los pacientes psiquiátricos representa aproximadamente el 50 %. De ellos solo serán tratados por el Especialista el 10 % ya que habitualmente se presenta de forma enmascarada y no se realiza un diagnóstico de la enfermedad.

La frecuencia de depresión en la población general es de un 5 % y la prevalencia / vida de un 17 %.

La historia familiar predice endogenicidad y se usa para diferenciar varios tipos de depresiones unipolares.

Los trastornos afectivos no bipolares predominan en mujeres, el suicidio consumado es mas frecuente en varones. El postparto y el periodo premenstrual son épocas de mas alto riesgo.

Los trastornos bipolares comienzan mas pronto que los no bipolares.

La escasa relación interpersonal, especialmente con la pareja, es un factor de vulnerabilidad y mal pronóstico para la depresión.

Los acontecimientos de la vida son antecedentes frecuentes en todos los tipos de depresión tanto endógenos como en los que no lo son.

DEFINICION

Síndrome caracterizado por tristeza, inhibición, culpa, minusvalía y pérdida del impulso vital.

CARACTERISTICAS

Existe una clínica depresiva común a todos los tipos: tristeza, apatía, indiferencia, anestesia afectiva, pensamiento negativo, pérdida de autoestima, desesperanza, ideas de suicidio, déficit de concentración, abandono personal, hipotonía general, aislamiento, llanto frecuente, intentos de suicidio, alteraciones del sueño, trastornos digestivos, algias, disfunciones sexuales.

Suele ir asociado a alteraciones de la concentración, atención y de la memoria que mejoran cuando mejora la sintomatología depresiva.

Cuanto mas graves son los síntomas se produce mayor afectación del componente emocional y afectivo que del funcional. Tiene que ser muy intensa para afectar al funcionamiento laboral del paciente.

Si las recaídas son frecuentes, será determinante a largo plazo para limitar la capacidad laboral.

Hay otros síntomas y signos clínicos que diferencian varios tipos de trastornos :

1.-ENDOGENOS:

Anhedonia, enlentecimiento del pensamiento, personalidad premórbida adecuada, no factores psicogenéticos desencadenantes, tristeza profunda y persistente, despertar precoz, insomnio de mantenimiento, pérdida de peso, variaciones diurnas y estacionales del humor (mejoría vespertina y empeoramiento en otoño y primavera), inhibición psicomotriz, ideas de culpa y ruina, hipocondría, curso fásico

Tiene un pronóstico favorable con el tratamiento farmacológico.

Se diferencian dos tipos:

- **DEPRESION MAYOR**: mas frecuentes las somatizaciones y la ansiedad. Cambio de peso importante, suelen ser procesos prolongados (3-8 m) .

El 70 % remiten con el tratamiento . El 30 % restante se cronifica y suele precisar la tramitación de una Incapacidad permanente .

En el 10 % aparecen síntomas psicóticos y hay que tramitar también la Incapacidad

- **TRASTORNO BIPOLAR**: mas frecuentes los actos suicidas. Cursan con brotes cíclicos en los que alternan picos maniacos con periodos de depresión mayor. Se manifiestan mas precozmente, son episodios mas cortos y presentan recaidas mas frecuentes, periodos entre crisis mas cortos y menos frecuentes.

2.-EXOGENOS – REACTIVOS- PSICOGENAS – TRASTORNO ADAPTATIVO:

Existen factores externos psicopatogénicos desencadenantes, rasgos neuróticos de la personalidad, ansiedad, irritabilidad, agravamiento por la tarde, variaciones anárquicas de los síntomas, curso prolongado no estacional, insomnio de conciliación, no repercusión importante en el peso del paciente.

Pronóstico más desfavorable, menor respuesta al tratamiento farmacológico y mayor con la psicoterapia.

Si se prolonga mas de 3 m tiende a cronificarse y empeora el pronóstico, por lo que sería conveniente no prolongar las incapacidades temporales mas de ese tiempo.

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

CLASIFICACION

CIE-10

Episodio maníaco

Trastorno bipolar

Episodio depresivo

- Leve
- Moderado
- Grave sin síntomas psicóticos
con síntomas psicóticos

Otros episodios depresivos

Trastorno depresivo recurrente

Trastornos del humor persistentes

- Ciclotimia
- Distimia
- Otros

Otros trastornos del humor

Trastornos del humor sin especificar.

DSM-IV-TR

Trastornos depresivos

- Trastorno depresivo mayor, episodio único
- Trastorno depresivo mayor, recurrente
- Trastorno distímico

Trastornos bipolares

- Bipolar I, episodio maníaco único
- Bipolar I, episodio hipomaníaco actual
- Bipolar I, Episodio maníaco actual
- Bipolar I, episodio mixto actual
- Bipolar I, episodio depresivo actual
- Bipolar II
- Trastorno ciclotímico
- Bipolar no especificado

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Tristeza normal
- Neurosis-angustia
- Psicosis exógenas
- Psicosis esquizofrénicas
- Demencias.

TRATAMIENTO

En las endógenas el tratamiento fundamental es Farmacológico, la psicoterapia es específica de las no endógenas para el reajuste de las relaciones interpersonales. El tratamiento farmacológico disminuye los síntomas y las recaídas.

Los fármacos más utilizados son:

- Antidepresivos tricíclicos, IMAO, litio en las endógenas.
- ISRS y otros (mirtazapina, velanfaxina), no endógenas.

3 TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Personalidad se puede definir como la forma de ser de un individuo, es característica y persiste a largo plazo. Cambia poco a lo largo de la vida de los individuos, desde la infancia hasta la edad adulta.

Está configurada por unos rasgos, unas características propias que configuran al sujeto, es su estilo de vida.

En el Trastorno de la personalidad, estos rasgos están exagerados.

Según la Asociación Americana de Psiquiatría son un patrón persistente de forma de pensar, sentir y comportarse, estable a lo largo del tiempo, y que provoca malestar, déficit o dificultad significativa en las principales áreas del funcionamiento del individuo (laboral, familiar y social)

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

En la DSM-IV se dividen en:

- **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.

- **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.
- Narcisita

- **CLUSTER C** (por ansiedad o neuróticos)

- Dependientes : suelen ser mas fáciles de tratar, rara vez es incapacitante.
- Evitadores : tímido, no conflictivo, difícil el trabajo en equipo.
- Obsesivo compulsivo: perfeccionistas, se puede asociar con depresión mayor. Suelen ser subsidiarios de Incapacidad permanente.

4 PSICOSIS

Puede ser :

- **Psicosis breve** : brote con duración de 1 d a un mes .
- **Esquizofrenia** : duración de mas de 6 m .

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.

Los trastornos de la personalidad tipo Cluster A pueden tener brotes psicóticos si se someten a estrés.

Se pueden desencadenar brotes psicóticos en pacientes con hipertiroidismo, neoplasias , epilepsia , migrañas .

También pueden aparecer por hábitos tóxicos por Cannabis, cocaína o anfetaminas.

Se puede clasificar en:

- E. Desorganizada
- E. Catatónica.
- E. Paranoica
- E. Residual

Según la intensidad o gravedad de los síntomas puede producir un deterioro de varios grados:

- grado **leve** : un tercio del total, susceptible de tratamiento, recuperación y alta laboral .
- grado **medio** : un tercio del total, bajas intermitentes recurrentes, por lo que tienen dificultad para mantener un empleo .
- grado **grave** : un tercio del total, subsidiario de Incapacidad permanente .

5 OLIGOFRENIA

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

Pacientes inmaduros y con importantes limitaciones para la actividad laboral.

6 ENFERMEDADES ORGANICAS –DEMENCIAS

Criterios que deben cumplir:

A. Manifestaciones:

- Deterioro de la memoria, alteración del aprendizaje.
- Alteraciones cognoscitivas (una o mas): afasia (alteración del lenguaje), apraxia (incapaz de realizar acciones motoras sin alteración de la función motora), agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos , sin alteraciones sensoriales) , alteración de la capacidad constructiva .

B. Los déficit cognoscitivos provocan deterioro significativo de la actividad laboral y/o social.

C. Signos y síntomas neurológicos, pruebas de laboratorio.

D. Los déficits no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

7 TRASTORNOS SOMATOMORFOS

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 que los explique completamente.

Los síntomas están asociados a factores psicológicos o al estrés.

Pueden ser:

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

8 TOXICOMANIAS

Suelen estar asociados a trastornos de la personalidad severos subyacentes.

Provocan incapacidades laborales temporales de larga duración

OBJETIVOS.

- Valorar duración media de estas patologías en ITCC y compararlo con los tiempos estándar de incapacidad temporal del manual del Insalud.
- Relacionar diagnósticos según la edad, profesión y sexo de los pacientes.
- Repercusión de la valoración por el Especialista de la Mutua.
- Repercusión de la propuesta de alta efectuada por el médico de la Mutua.
- Repercusión de la propuesta de Incapacidad realizada por el médico de la Mutua.

FUENTES UTILIZADAS Y MATERIALES.

Hemos realizado un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes que han presentado incapacidades temporales de duración superior a 15 días durante el año 2006, por las patologías de Trastorno de Ansiedad y Depresión, en los centros asistenciales de ASEPEYO de la Comunidad Autónoma de Madrid. La muestra tomada ha sido de 600 pacientes.

La obtención de datos se ha realizado a través del sistema informático Q-info, solicitando la relación de trabajadores que presentaban estas patologías durante el año 2006.

Los diagnósticos especificados en dicha solicitud son los siguientes:

1. Estado de Ansiedad
2. Depresión neurótica
3. Reacción de adaptación
4. Trastorno neurótico
5. Otros estados de ansiedad.
6. Trastorno depresivo
7. Reacción aguda de stress
8. Trastorno afectivo bipolar
9. Otra psicosis maniaco-depresiva
10. Trastorno depresivo grave
11. Trastorno de ansiedad generalizado.
12. Trastorno depresivo mayor

Los datos clínicos se han obtenido de la base de datos de ASEPEYO (programa Chamán). En la recogida de datos, se han dividido los diagnósticos en Tres grandes grupos:

- **Depresión con Ansiedad** (incluye T. Adaptativo mixto ansioso-depresivo, etc) (**Grupo 1**)
- **Trastorno de ansiedad** (incluye Ansiedad generalizada, Trastorno de pánico, etc) (**Grupo 2**)
- **Depresión** (incluye Depresión Mayor. T. Afectivo bipolar, etc) (**Grupo 3**)

Las duraciones medias estándar del Insalud las hemos adaptado a estos tres grupos diagnósticos, calculando una media entre las diferentes patologías del listado del Insalud que hemos incluido en cada grupo.

Hemos estudiado todos los expedientes con esos diagnósticos durante el periodo comprendido desde el 1 de Enero de 2006 al 31 de Diciembre de 2006, por lo que hay pacientes que iniciaron el proceso en años anteriores al 2006 y otros cuya baja se prolonga después de finalizado el 2006.

Los datos recogidos para este estudio son los siguientes:

- diagnóstico
- sexo
- edad
- profesión
- número de días de baja
- consulta especialista
- propuesta de alta
- propuesta de incapacidad
- motivo del alta después de la propuesta realizada (por propuesta de IP o por mejoría)
- nº de días desde la realización de la propuesta de alta hasta el alta efectiva
- valoración por el especialista de la Mutua antes o después de los 3 primeros meses de baja
- coincidencia o no entre el diagnóstico inicial del paciente y el diagnóstico dado por dicho especialista
- tiempo que pasa desde la fecha de la valoración por el especialista y el alta del paciente
- respuesta de inspección a las propuestas de IP realizadas

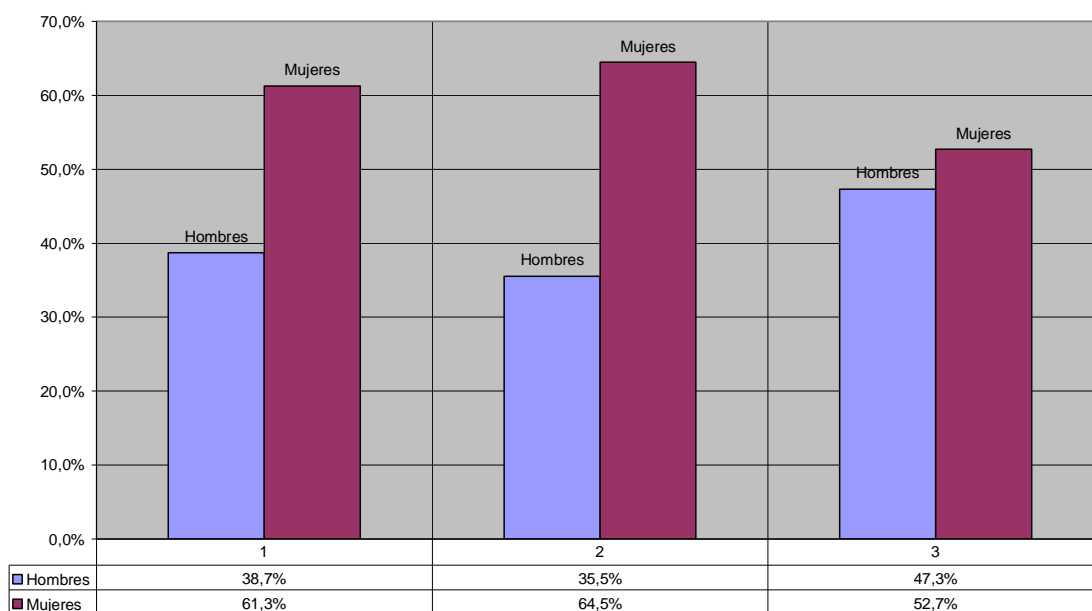
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

Estadísticas (para los tres diagnósticos en estudio)

1/ Por sexo

| | Diagnóst tipo 1 | Diagnóst tipo 2 | Diagnóst tipo 3 | Total |
|---------|-----------------|-----------------|-----------------|---------------|
| Hombres | 38,7% | 35,5% | 47,3% | 38,7% |
| Mujeres | 61,3% | 64,5% | 52,7% | 61,3% |
| | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Estadísticas por sexo / diagnósticos



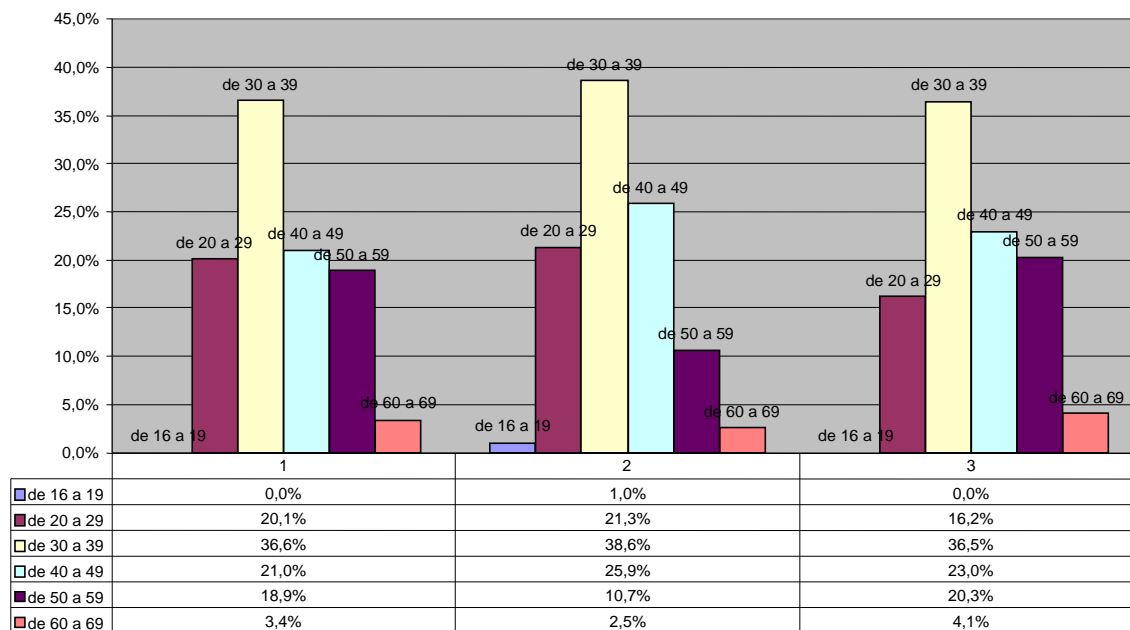
Los cuadros de Depresión con ansiedad y los Trastornos de ansiedad son más frecuentes en mujeres, suponen más de un 60% del total.

En la Depresión se aproximan los porcentajes en ambos sexos.

2/ Por edad:

| | | | | |
|------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| de 16 a 19 | 0,0% | 1,0% | 0,0% | 0,3% |
| de 20 a 29 | 20,1% | 21,3% | 16,2% | 20,0% |
| de 30 a 39 | 36,6% | 38,6% | 36,5% | 37,2% |
| de 40 a 49 | 21,0% | 25,9% | 23,0% | 22,9% |
| de 50 a 59 | 18,9% | 10,7% | 20,3% | 16,4% |
| de 60 a 69 | 3,4% | 2,5% | 4,1% | 3,2% |
| | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Estadística por edad / diagnósticos



Los tres grupos de patologías son más frecuentes entre los 30 – 39 años. Siguen en frecuencia los comprendidos entre 40 – 49 años.

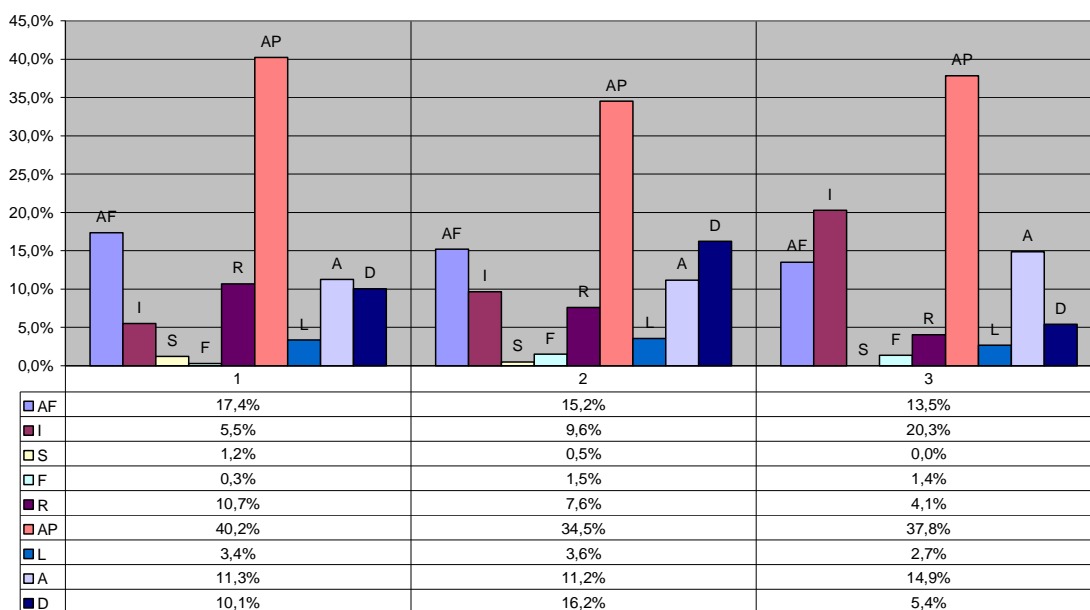
A partir de los 60 años la frecuencia disminuye de forma significativa.

3/ Por profesión:

- a) Trabajos con gran actividad física (construcción, canteros, minas, mozos de almacén etc). (**AF**)
- b) Trabajos intelectuales (Ingenieros, Informáticos, Investigadores, periodistas, escritores, etc) (**I**)
- c) Trabajos sanitarios (médicos, enfermeros, auxiliares, psicólogos, logopedas) (**S**)
- d) Trabajos dedicados a la formación (profesores, monitores de autoescuela, guarderías) (**F**)
- e) Trabajos en puestos de responsabilidad (Dirección de empresa, jefe de taller, Jefe departamento, etc) (**R**)
- f) Trabajos con atención al público (dependientes, comerciales, hostelería, teleoperadores) (**AP**)
- g) Administrativos (**A**)
- h) Limpieza (**L**)
- i) Desconocida (**D**)

| | | | | |
|----|---------------|---------------|---------------|---------------|
| AF | 17,4% | 15,2% | 13,5% | 16,2% |
| I | 5,5% | 9,6% | 20,3% | 8,7% |
| S | 1,2% | 0,5% | 0,0% | 0,8% |
| F | 0,3% | 1,5% | 1,4% | 0,8% |
| R | 10,7% | 7,6% | 4,1% | 8,8% |
| AP | 40,2% | 34,5% | 37,8% | 38,1% |
| L | 3,4% | 3,6% | 2,7% | 3,3% |
| A | 11,3% | 11,2% | 14,9% | 11,7% |
| D | 10,1% | 16,2% | 5,4% | 11,5% |
| | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Estadísticas por profesión / diagnóstico



Destacan los trabajos de Atención al Público por la mayor frecuencia en los tres grupos de patologías, siendo aproximadamente el doble que para el resto de las profesiones.

Los trabajos de tipo Intelectual se encuentran en segundo lugar de frecuencia con el diagnóstico de depresión.

Los terceros en frecuencia en los tres grupos de patologías son los Administrativos.

En los grupos de Depresión con ansiedad y Trastornos de ansiedad, los segundos en frecuencia son los trabajadores con Gran actividad física.

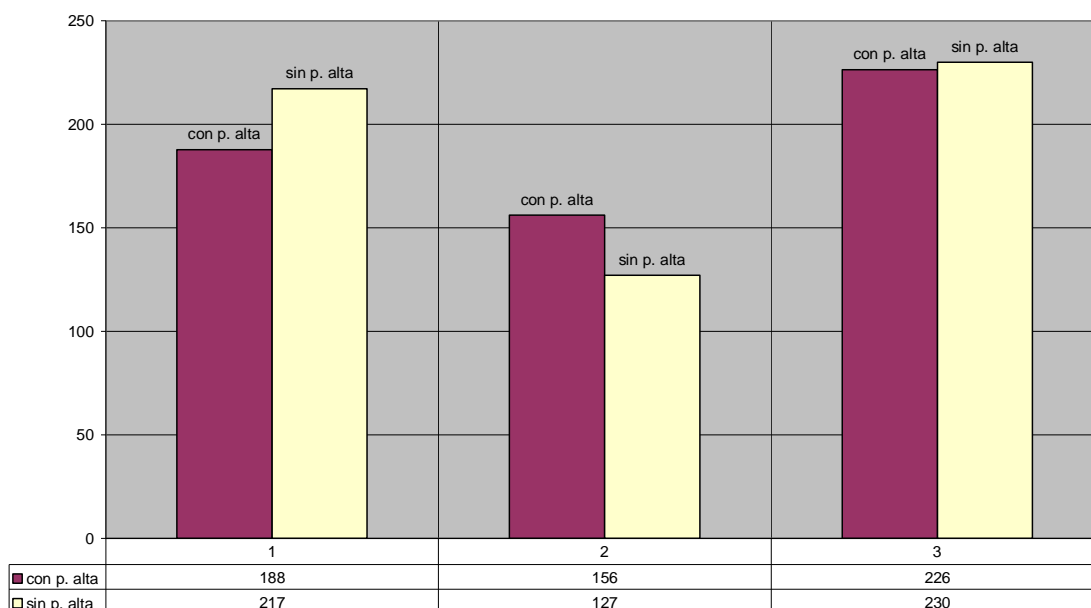
Resalta la escasa incidencia en Sanitarios y en los dedicados a la Formación.

4/ Pacientes con propuesta de alta previa

- alta por propuesta antes de 30 días
- alta por propuesta después de 30 días
- sin respuesta de Inspección.

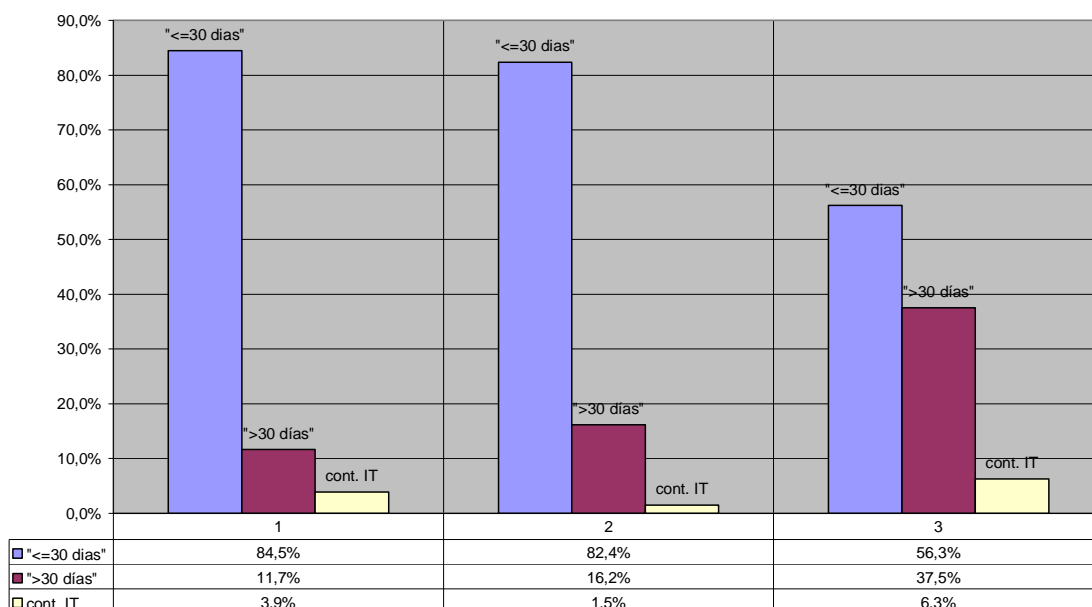
| | | | |
|--------------------|-----|-----|-----|
| con p. alta | 188 | 156 | 226 |
| sin p. alta | 217 | 127 | 230 |

Comparativa de media de días de baja con y sin propuestas de alta



| | | | | |
|-----------------------------------|--------|--------|--------|--------|
| Nº pac. Prop. Alta | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| "<=30 días" | 84,5% | 82,4% | 56,3% | 81,3% |
| ">30 días" | 11,7% | 16,2% | 37,5% | 15,5% |
| cont. IT | 3,9% | 1,5% | 6,3% | 3,2% |

Estadísticas de resultado de las propuestas de alta / diagnósticos



Después de realizar una Propuesta de alta el Médico de la Mutua, más del 80 % de los pacientes son dados de alta antes de 30 días en los pacientes de los grupos de Depresión con ansiedad y Trastornos de ansiedad. Entre un 10-20 % de los pacientes de estos grupos también son alta pasados esos 30 días.

En los pacientes del grupo Depresión disminuye la proporción, pero es mayor al 50 %.

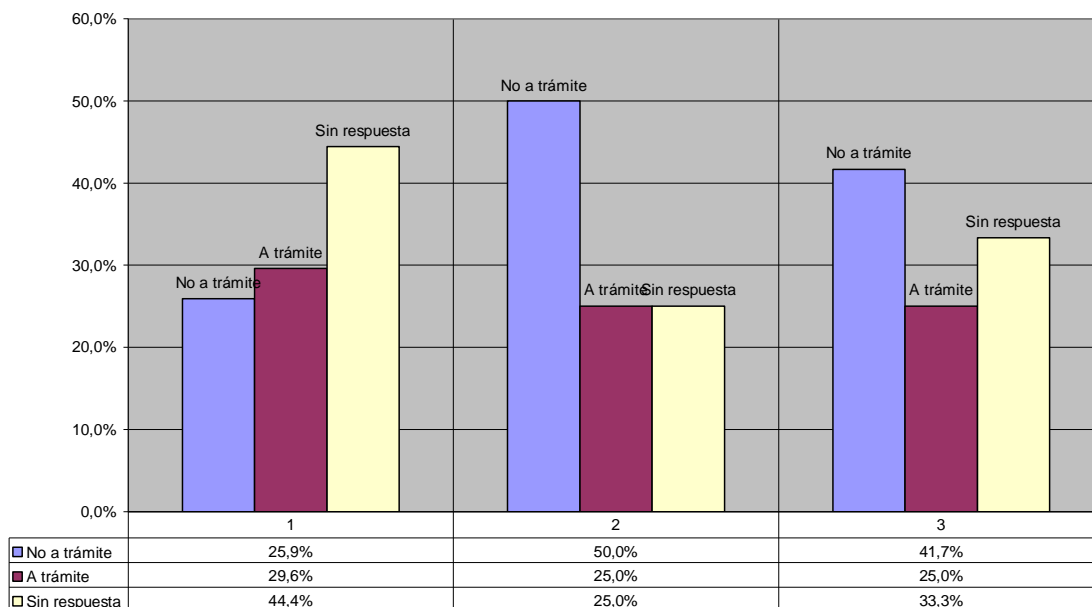
La duración media de las bajas es menor en los pacientes a los que se les ha realizado una Propuesta de alta, excepto en los Trastornos de ansiedad en los que aumentan los días de baja.

5/ Pacientes con propuesta de IP

- alta por propuesta
- no alta por propuesta.
- sin respuesta de Inspección

| | | | | |
|-----------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Nº Prop. Incapacidad | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| No a trámite | 25,9% | 50,0% | 41,7% | 32,6% |
| A trámite | 29,6% | 25,0% | 25,0% | 27,9% |
| Sin respuesta | 44,4% | 25,0% | 33,3% | 39,5% |

Estadísticas de resultados de las propuestas de incapacidad / diagnósticos



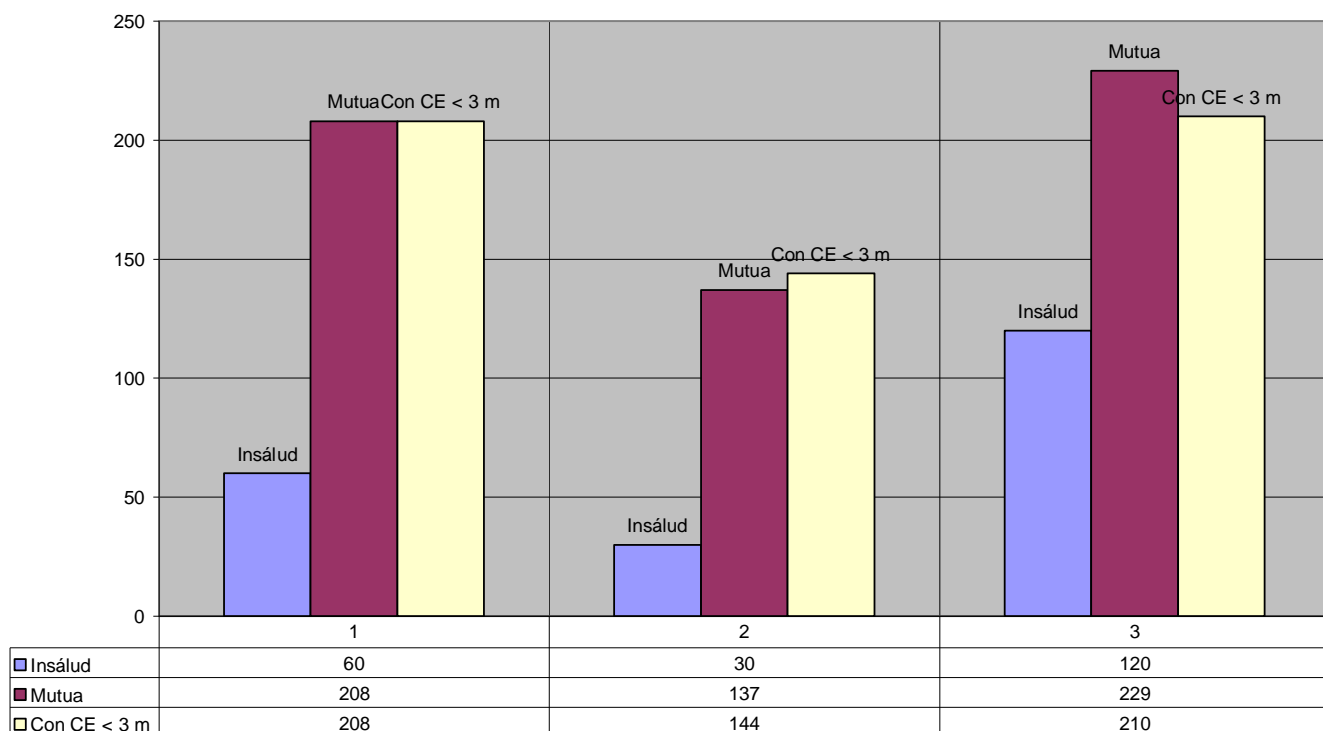
De las Propuestas de Incapacidad Permanente realizadas por los Médicos de la Mutua, se inician los trámites en el SPS aproximadamente en el 25 % de los casos, en los tres grupos de patologías.

No tenemos respuesta de Inspección Médica entre el 25 y el 44 % dependiendo del diagnóstico.

6/ Comparación entre la duración de las bajas en ITCC en ASEPEYO de los pacientes no valorados por el especialista y los valorados antes de los 3 m de baja, con las duraciones estándar del Insalud.

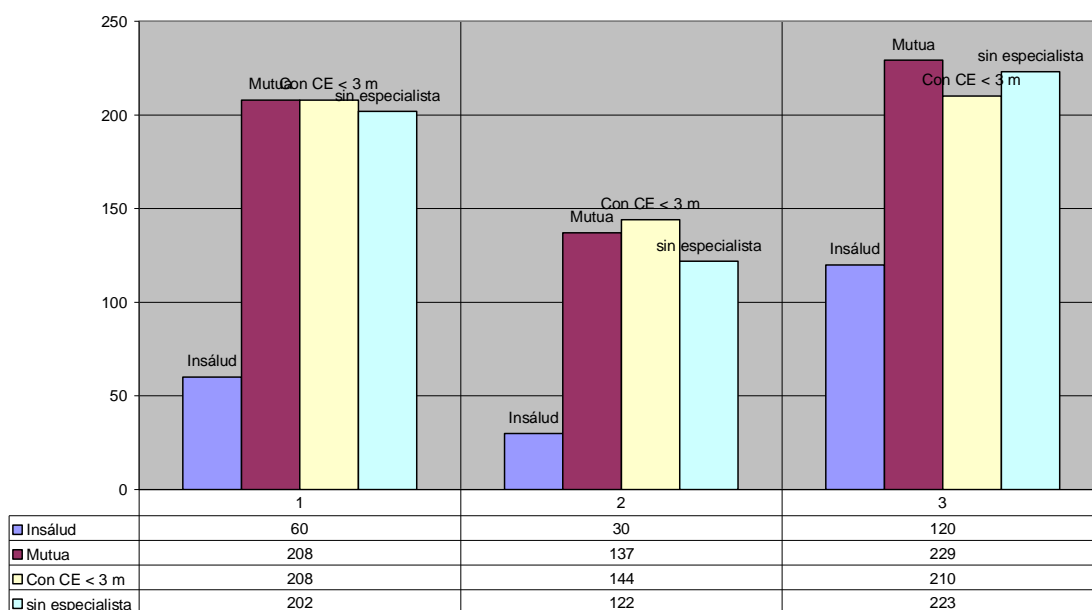
| | | | | |
|---------------------------------------|------------------------|------------|------------|------------|
| Duración media de días de baja | Insálud | 60 | 30 | 120 |
| | Mutua | 208 | 137 | 229 |
| | Con CE < 3 m | 208 | 144 | 210 |

Duración Media en días de baja por enfermo y patología



| | | | |
|-------------------------|------------|------------|------------|
| Insálud | 60 | 30 | 120 |
| Mutua | 208 | 137 | 229 |
| Con CE < 3 m | 208 | 144 | 210 |
| sin especialista | 202 | 122 | 223 |

Duración Media en días de baja por enfermo y patología



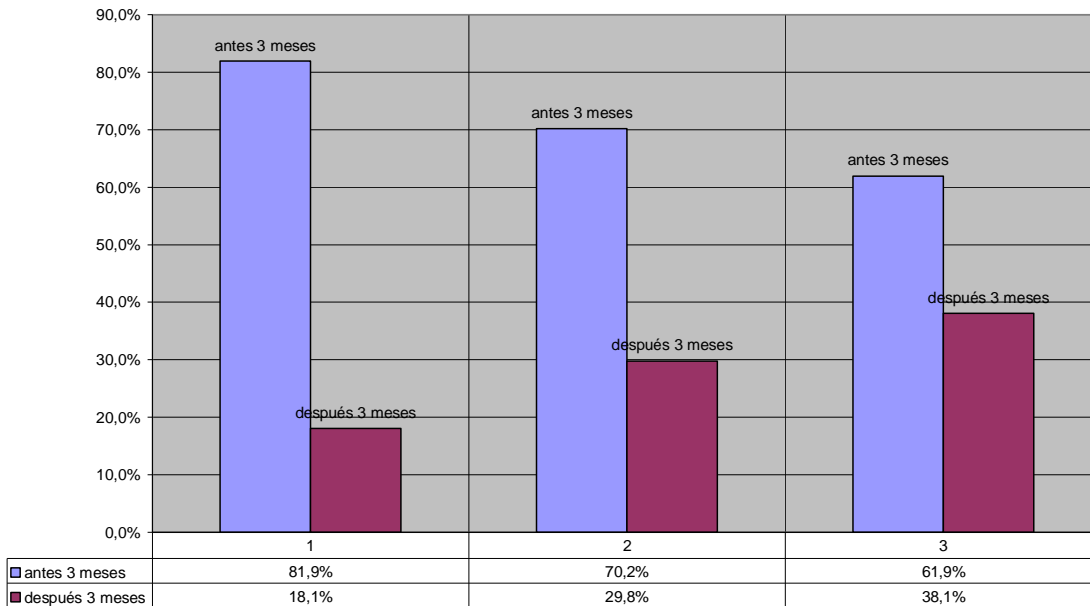
Se observa que la duración media de las bajas en los grupos de Depresión con ansiedad y Trastornos de ansiedad triplican la duración media estándar del listado del Insalud, tanto si son valorados por el Especialista como si no.

En el grupo de la Depresión casi se duplica dicha duración, pero disminuye en los pacientes valorados por el Psiquiatra Consultor antes de los 3 meses de baja.

7/ Estudio de los casos valorados por Especialista de la Mutua: antes de los 3 meses, comparar duración de la baja respecto al estándar del Insalud...

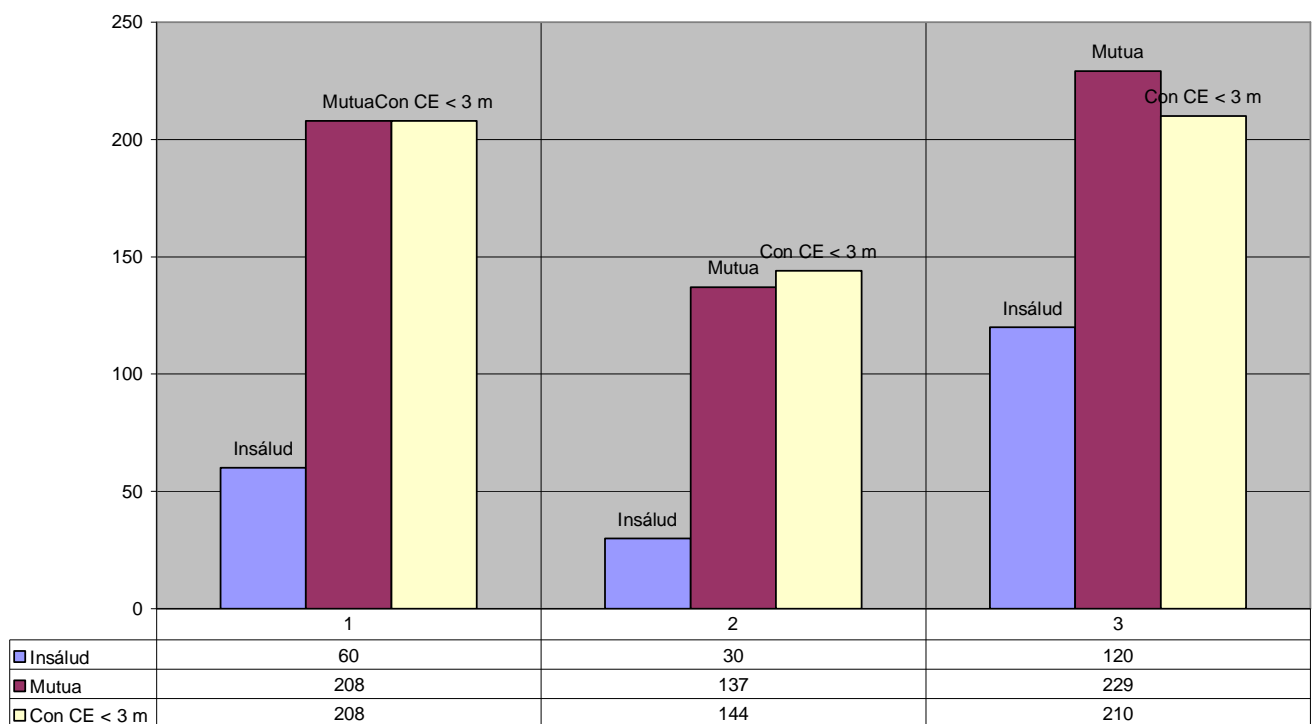
| | | | | |
|----------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Visita Especialista | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| No | 74,7% | 76,1% | 71,6% | 74,8% |
| Si | 25,3% | 23,9% | 28,4% | 25,2% |
| antes 3 meses | 81,9% | 70,2% | 61,9% | 75,5% |
| después 3 meses | 18,1% | 29,8% | 38,1% | 24,5% |
| | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Porcentaje de consulta antes de tres meses de iniciada la baja



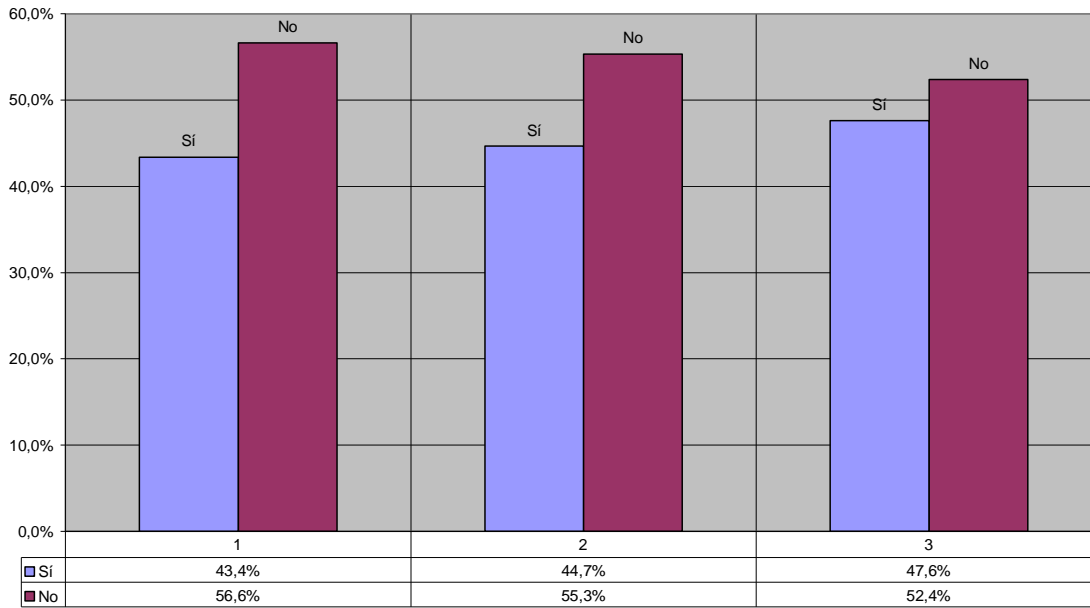
| | | | | |
|---------------------------------------|------------------------|------------|------------|------------|
| Duración media de días de baja | Insálud | 60 | 30 | 120 |
| | Mutua | 208 | 137 | 229 |
| | Con CE < 3 m | 208 | 144 | 210 |

Duración Media en días de baja por enfermo y patología



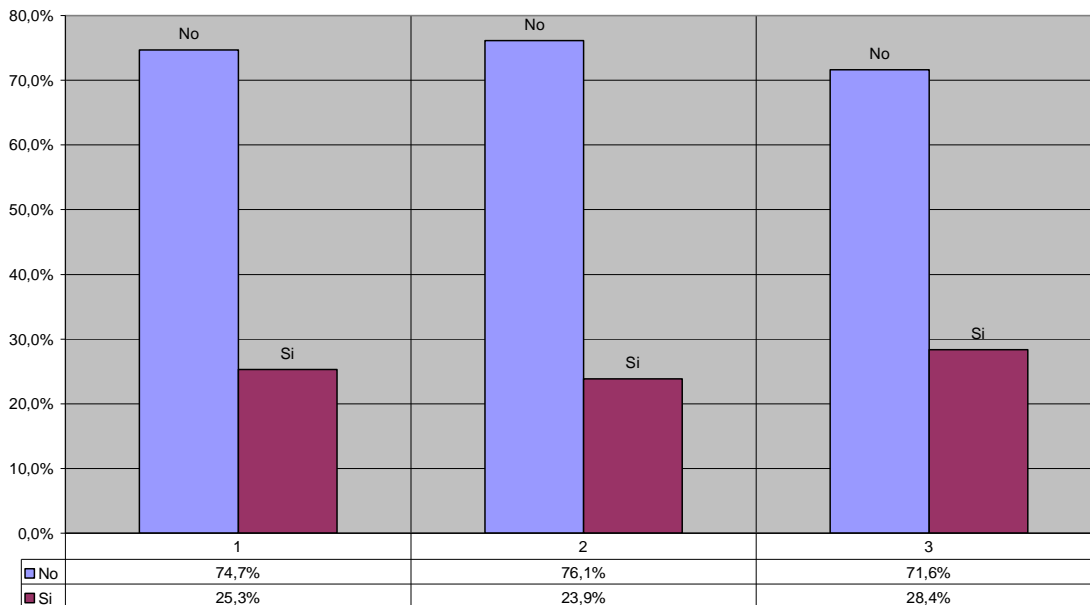
| | | | | |
|------------------------------------|-------|---------------|---------------|---------------|
| Coincidencia de diagnóstico | | | | |
| | | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| | Sí | 43,4% | 44,7% | 47,6% |
| No | 56,6% | 55,3% | 52,4% | 55,6% |

Coincidencia Diagnóstica



| | | | | |
|----------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Visita Especialista | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| No | 74,7% | 76,1% | 71,6% | 74,8% |
| Si | 25,3% | 23,9% | 28,4% | 25,2% |
| antes 3 meses | 81,9% | 70,2% | 61,9% | 75,5% |
| después 3 meses | 18,1% | 29,8% | 38,1% | 24,5% |
| | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Porcentajes de interconsulta a especialista / diagnósticos



Aproximadamente en 25 % de los pacientes de los tres grupos de patologías estudiadas son enviados al Especialista Consultor de la Mutua.

De ellos, aproximadamente el 75 % son remitidos antes de los 3 meses de baja, excepto en los del grupo de la Depresión en que disminuye la proporción a un 60 % aproximadamente.

En cerca del 50 % de los casos no coincide el diagnóstico indicado por nuestro Especialista, con el diagnóstico inicial visto por el Médico de la Mutua en la primera valoración del paciente.

CONCLUSIONES

1.- Estas patologías son mas frecuentes en mujeres de edad comprendida entre 30-40 años, la segunda franja de edad en frecuencia es entre 40-49 años.

Podría realizarse un estudio para conocer los factores de riesgo psicológicos, sociales, familiares y laborales de estas pacientes, y así poder establecer medidas de prevención para disminuir la incidencia de estas patologías.

2.- Dada la gran incidencia observada en los profesionales de Atención al Público, podría ser beneficioso hacer cursos de formación relacionados con los riesgos psicosociales a estos trabajadores desde el momento que pasan a formar parte de la plantilla fija de las empresas.

3.- Destaca la escasa frecuencia de estas patologías en nuestro estudio en los profesionales Sanitarios y los dedicados a la Formación si lo comparamos con otros estudios y/o encuestas realizadas por diferentes medios, aunque hay que tener en cuenta que la muestra de población elegida para el estudio puede estar sesgada ya que depende de las empresas que hayan contratado a la Mutua, por lo que habrá profesiones poco representadas (profesores de instituto y universitarias, trabajadores sanitarios)

4.- Las Propuestas de alta realizadas por los Médicos de la Mutua tienen un efecto favorable en un alto porcentaje de los casos, podría ser porque realmente se hacen razonadas y justificadas y/o porque son tenidas en consideración en el SPS cuando les llegan.

Podría deducirse que aumentando el número de Propuestas de alta razonadas y justificada, por parte de los Médicos de la Mutua, disminuiría la duración media de las bajas por estas patologías.

Referente a los Trastornos de ansiedad, aparentemente hay mayor duración de los procesos en los pacientes a los que se les ha realizado propuesta de alta, esto puede ser debido a que al ser episodios mas breves en general, las propuestas se realizan cuando los procesos parece que se van a prolongar.

5.- Si se consiguiera aumentar la proporción de respuestas de Inspección Médica a las Propuestas de Incapacidad Permanente realizadas por el Médico de la Mutua, podría ser que aumentase la efectividad de las mismas.

6.- Los Médicos de Contingencias Comunes, enviamos al Especialista Consultor de la Mutua a un 25 % de los pacientes que presentan estos diagnósticos, en un alto porcentaje lo hacemos antes de los 3 meses de baja. Se envían los casos más complejos o con sintomatología de mayor intensidad, por eso la duración media de los que enviamos al Especialista no es menor que la de los que no le enviamos

Posiblemente si no fueran remitidos a él, aumentarían las duraciones de las bajas.

7.- En los pacientes del grupo de Depresión disminuye la duración del proceso en los pacientes remitidos al Especialista de la Mutua antes de los 3 m de baja por lo que puede deducirse que deberíamos remitir mas pacientes con este diagnóstico a dicho Consultor y con bajas más incipientes.

Esto redundaría en beneficio de la salud y bienestar del paciente y de su entorno, y en disminución de costes económicos al sistema social y empresarial, además de la sobrecarga asistencial del sistema sanitario.

8.- En un alto porcentaje de los casos remitidos para valoración por el Psiquiatra de la Mutua , no coincide el diagnóstico que el nos da , con el que inicialmente presentaba el paciente en la primera valoración realizada por el Médico de CC .

Este diagnóstico fue en su mayoría Trastorno Adaptativo , no puede ser introducido en Chaman por no existir en las Clasificaciones que se manejan en dicho programa, a efectos de realización de estudios se complica la recopilación de datos y no se pueden concretar los diagnósticos . Se debería intentar subsanar el problema .

9.- La duración media real de las bajas de los pacientes que presentan estas patologías es significativamente mayor que las de referencia estándar del Listado del Insalud, por lo que podría deducirse que quizá sería conveniente una revisión de las mismas o que no son cumplidas por los Médicos y tendríamos que encontrar la causa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría. J Vallejo Ruiloba. Masson. 6ª edición.
2. Harrison, Principios de Medicina Interna. 16ª Edición. Mac Graw Hill.
3. Temario del Master a Distancia de Medicina Evaluadora de la Universidad de Barcelona Virtual. 2006-2007. Evaluación de los Trastornos mentales.
4. Apuntes de Jornada presencial del Master de Medicina Evaluadora 2006-2007 impartido por el Dr Borrás.
5. Trastornos somatomorfos. Ediciones Mayo S.A. Barcelona.
6. DSM-IV TR de la Asociación Psiquiátrica Americana Masson
7. Medicina Interna Farreras –Rozman. De Ciril Rozman, Ciril Rozman Borstnar, Valenti Farreras. Ed Medical 2004
8. Colaboración Institucional en la Incapacidad Temporal. Guía para el Médico. INMST. Madrid. ISBN 84-351-0375-7
9. Esquemas y guiones de Psiquiatría Clínica. Herminio Martinez Caro. Publicado 2004. Universidad Autónoma de Madrid.
10. Trastornos de Personalidad. Sociedad Española de Psiquiatría Biológica, Miquel Roca Bannasar. Publicado 2004 Ars Médica. Medical (Nursing)
11. Valoración de las discapacidades y del daño corporal. Baremo internacional de Invalidez. Autor Louis Melennec. Ed. Masson-2000
12. Manual de diagnóstico diferencial y tratamiento en Psiquiatría de Julio Vallejo Ruiloba. Ed Masson-2001
13. El consentimiento informado en Psiquiatría de Jesus Sanchez Caro. Medical – 2003. Ediciones Diaz de Santos.
14. Peña Sánchez de Rivera, Daniel. *Estadística Modelos y métodos. 1 Fundamentos*. Alianza Universidad Textos (Alianza Editorial). Madrid. 1986.
15. Peña Sánchez de Rivera, Daniel. *Estadística Modelos y métodos. 2 Modelos lineales y series temporales*. Alianza Universidad Textos (Alianza Editorial). Madrid. 1987.
16. Páginas Web:
 - www.fisterra.com
 - www.univadis.es

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

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

Águeda Mata Hernández. *Doctora en Informática y Profesora Titular de la Facultad de Informática en la Universidad Politécnica de Madrid.*

Francisco Cañas Mayordomo. *Psiquiatra Consultor de ASEPEYO.*