

Comunidad Nacional de Conocimiento:

En investigación de la
enfermedad laboral

PLAN NACIONAL
MULTIMODAL
DE EDUCACIÓN EN SST **2023**

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

Comunidad Nacional de Conocimiento en:

**Investigación de la
Enfermedad Laboral**



QUE ES LA NEUROSIS DE COMPENSACIÓN Y COMO AFECTA LOS PROCESOS DE REHABILITACIÓN



Experto Líder

de la comunidad, investigación de la enfermedad laboral

Cristian Alonso R. MD, ESO, ME

Correo: Cristianalonso_r@hotmail.com

Contacto: +57 3165292972

- Medicina Laboral y del Trabajo
- Medicina Universidad Laboral
- Postgrado Salud Ocupacional UJTL
- Maestría en Educación U Sabana.
- Promoción y prevención EVES U de Antioquia
- Calificación de Origen U del Rosario

Ruta de conocimiento

01

CALIFICACIÓN DE ORIGEN DE LA ENFERMEDAD LABORAL

02

SÍNDROME DE TÚNEL DEL CARPO, DIAGNÓSTICO, CALIFICACIÓN Y TRATAMIENTO

03

SÍNDROME DE MANGUITO ROTADOR, DIAGNÓSTICO, CALIFICACIÓN Y TRATAMIENTO

04

CALIFICACIÓN DE ORIGEN DE LAS PATOLOGÍAS MENTALES

05

QUÉ ES LA NEUROSIS DE COMPENSACIÓN Y COMO AFECTA LOS PROCESOS DE REHABILITACIÓN

06

EPICONDILITIS LATERAL Y MEDIAL, DIAGNÓSTICO, CALIFICACIÓN Y TRATAMIENTO

07

DOLOR LUMBAR, DIAGNÓSTICO, CALIFICACIÓN Y TRATAMIENTO

08

ENFERMEDAD MENTAL LABORAL O COMÚN

09

DECRETO 3050 MANUAL DE REHABILITACIÓN

10

SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y SU UTILIDAD EN LA CALIFICACIÓN DE ENFERMEDAD LABORAL

11

PROFESIOGRAMAS COMO PARTE DEL PROCESO DE CALIFICACIÓN DE ORIGEN DE LA ENFERMEDAD LABORAL

12

CÁNCER OCUPACIONAL, CALIFICACIÓN Y MANEJO

EVALUÉMONOS



“ La educación es el arma más poderosa que puede usar para cambiar el mundo. ”

Nelson Mandela



Tabla de contenidos



Definiciones
Etiopatología
Fisiología

Momento 1



Diagnóstico

Momento 2



Alternativas de
tratamiento

Momento 3

Objetivo general

Comprender que es, como se diagnóstica, se produce y como se trata la Neurosis de Compensación y como afecta los procesos de rehabilitación.



QUE ES LA NEUROSIS DE COMPENSACIÓN



NEUROSIS DE COMPENSACIÓN.

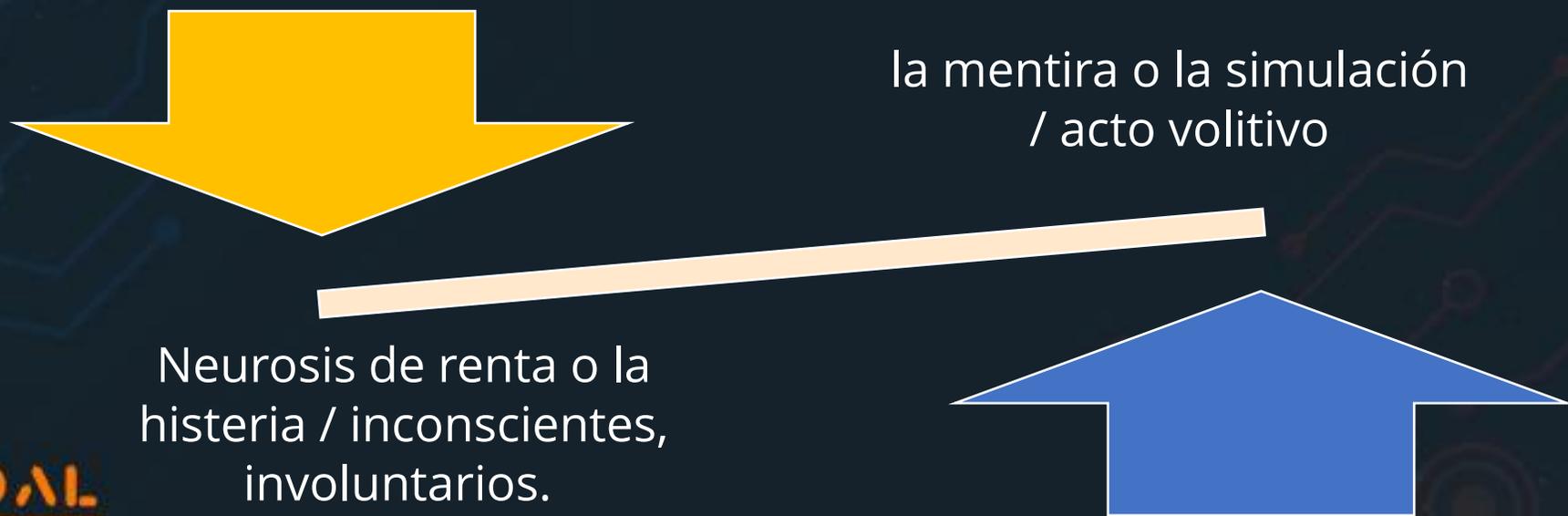
Sinónimo: Neurosis de compensación. Neurosis de Renta.
Se denomina así a los síntomas psíquicos que son desencadenados o mantenidos por una ganancia secundaria. Se encuentra con más frecuencia una exageración de los síntomas reales, presentes, para conseguir estas ganancias.

Es a partir de dichos antecedentes que un gran número de personas comenzó a reclamar por sus derechos en busca de ciertos beneficios económicos (asistencia) y que, al no presentar indicadores de organicidad ante la mirada de los examinadores, fueron denominados *buscadores de renta*. Es decir, como si estuviesen simulando para conseguir una compensación.

Busca de beneficios
económicos (asistencia)

No presenta organicidad

Es en este punto donde hallamos una coincidencia con la historia misma del psicoanálisis y del estudio freudiano, en donde resulta conocida la frase arrojada por el mismo S. Freud en una carta a Fliess de 1897 acerca de su estudio sobre la histeria: "mis histéricas me mienten". Más adelante, Freud explica los procesos inconscientes en juego. Aquí se abre una línea divisoria donde la mentira o la simulación son consecuencia de un acto volitivo, mientras que, la neurosis de renta o la histeria son procesos inconscientes, involuntarios.



Neurosis de compensación

Los autores americanos se interesan particularmente por los llamados trastornos ocupacionales. Kaplan utiliza el término de neurosis de compensación para referirse a la tendencia a mantener aquellos síntomas que nacen en el ambiente ocupacional originariamente como una defensa contra la posibilidad de perder las ganancias secundarias derivadas de los beneficios de la incapacidad u hospitalización. La etiqueta diagnóstica refleja la neurosis subyacente en el paciente al margen de los factores precipitantes



Es decir que aquí vamos a encontrar las consecuencias psíquicas de un accidente laboral, un siniestro vial, etc. Se forma como una consecuencia, por tanto, hay un nexo causal directo y el énfasis está colocado en el suceso, aquello que provocó el daño, ya que, si no hubiese ocurrido, no habría tal formación.



AT - ATT

En cambio, cuando hablamos de neurosis de renta, si bien hay un suceso que lo origina, el sujeto coloca el énfasis en el resultado del litigio o en el denominado beneficio secundario del síntoma (es decir que se obtiene un beneficio extra a partir de la enfermedad).

```
graph LR; A((Énfasis en el resultado del Litigio)) --> B[Beneficio Secundario];
```

Énfasis en el resultado del Litigio

Beneficio Secundario

El sujeto coloca toda su energía psíquica en lograr una compensación económica como reparación de un daño. Podemos pensar que queda ubicado subjetivamente en el lugar de víctima, en donde “alguien” le debe “algo”.

En este cuadro psicopatológico, denominado también *sinistrosis*, el sujeto se percibe a sí mismo como incapacitado. No obstante, dista mucho de una mera simulación.



Locus de Control Externo e Interno

Piensan que las consecuencias de su conducta son frutos del azar, dependen de las decisiones de otros o, simplemente, son impredecibles y suceden con independencia de su comportamiento (Rotter, 1990).



Interpretación desenfocada

Estos trastornos neuróticos se vinculan al hecho de vivir la existencia a partir de una interpretación desenfocada de uno mismo y esta misma interpretación, a menudo persistente, genera angustia y malestar.

Se trata de personas que se frustran y se culpan con facilidad, que se preocupan en exceso, que nunca se acaban de sentir preparadas, que posponen sus decisiones y se ven a sí mismas por la vertiente más perjudicial.



Interpretación desenfocada

La idea popular que tenemos de ello son los personajes de las películas de Woody Allen, esos excéntricos e hipocondriacos, obsesionados en exceso por cosas y situaciones ante las cuales todos podríamos sentirnos identificados: el sexo, la enfermedad, la muerte y la angustia por encontrar un sentido a la vida.

La neurosis hace referencia a un patrón de conducta repetitivo que suele producir relaciones inadaptadas con el otro, con su entorno y consigo mismo.

Cierta desesperación por no querer ser uno mismo, (y tener que serlo), o Desesperación por querer ser uno mismo, (y no poder serlo).

Todo ello puede potenciar la aparición de síntomas del espectro de la ansiedad o la depresión.



MANHATTAN

WOODY ALLEN
DIANE KEATON
MERYL STREEP

ALGO DE EPIDEMIOLOGÍA

Resultados: El grupo mayoritario estaba compuesto por mujeres, casadas, con escaso nivel de estudios, que desempeñaban trabajos poco cualificados en el sector servicios.

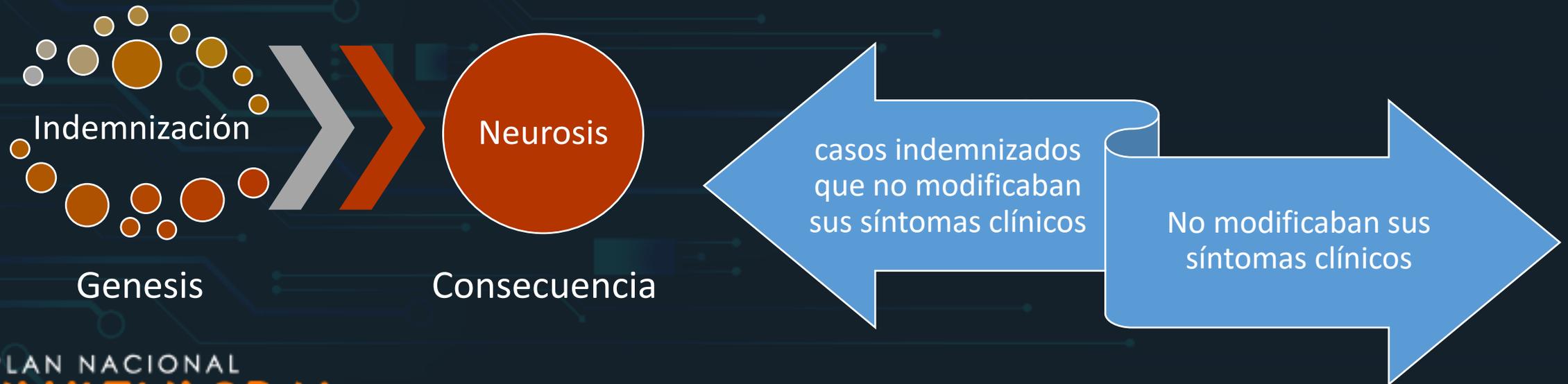
- 90,9% presentaban patología del aparato locomotor.
- El 100% de los pacientes manifestaban, en lo referente a síntomas clínicos, síntomas mixtos de ansiedad y depresión.
- 54,5% verbalizó claras expectativas de incapacidad laboral permanente y el tiempo de baja laboral obtuvo una media de 9,36 meses.

Conclusiones: En los pacientes diagnosticados de elaboración psicológica de síntomas somáticos (antiguas neurosis de renta), existe una elevada asociación de clínica ansioso-depresiva y enfermedades del aparato locomotor. Así mismo presentan un alto porcentaje de expectativas de incapacidad laboral permanente y una duración del tiempo de baja laboral inusual para el resto de los trastornos mentales.

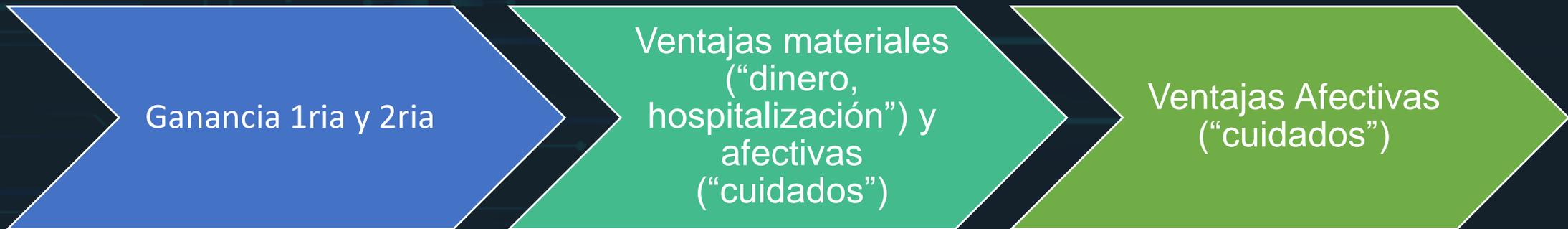
Diagnóstico



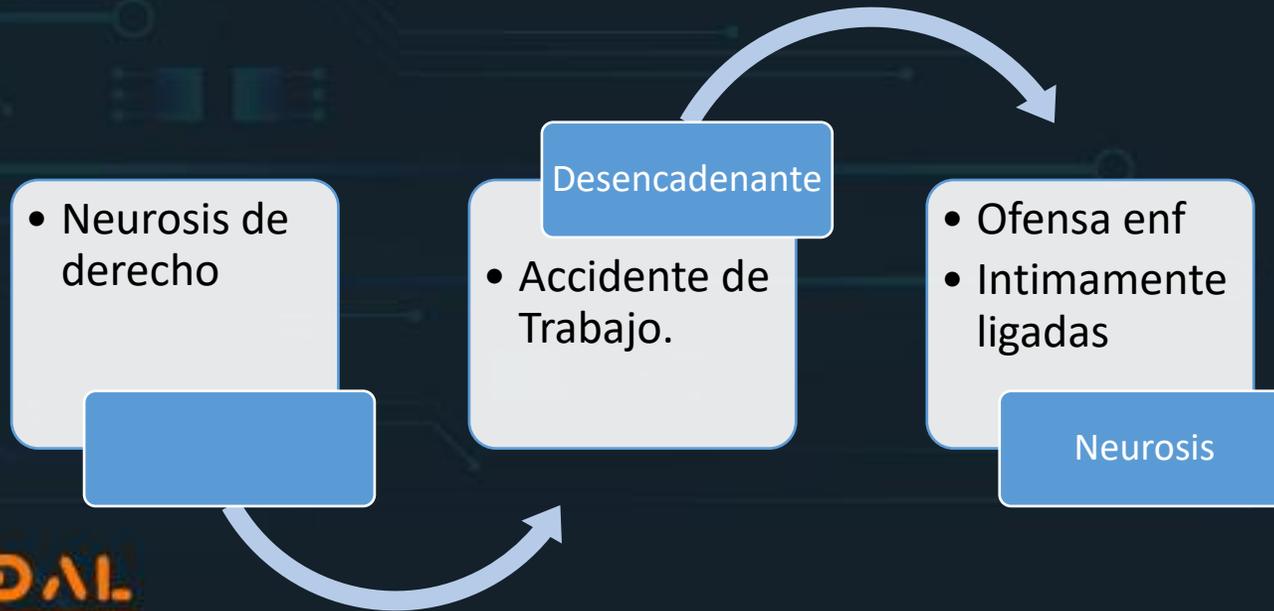
La idea de que en la génesis de las neurosis traumáticas desempeñaba un papel importante la condición de asegurado y el deseo de obtener una renta ya fue estimada por los médicos de finales del XIX. Gowers (1895), aunque consciente de la posible influencia de la indemnización en la génesis, informaba de casos indemnizados que no modificaban sus síntomas clínicos (1).



El planteamiento de la neurosis de renta desde una perspectiva psicoanalítica ayudó a una mejor comprensión y conocimiento. Los conceptos de ganancia primaria y secundaria de Freud ayudaban a su entendimiento. Las ventajas materiales (“dinero, hospitalización”) y afectivas (“cuidados”) obtenidas por el paciente a raíz del trauma eran consideradas desde el punto de vista psicoanalítico como ganancias secundarias que ayudarían a perpetuar el trastorno (1).



Von Weizsaecker (1929), constituye un hito importante en la evolución histórica del concepto de neurosis de renta. Weizseacker, influido por las teorías psicoanalíticas de Freud, consideraba la **neurosis de renta como una neurosis de derecho, una enfermedad social, desencadenada por el accidente de trabajo** u otro tipo de enfermedad. En la **neurosis de derecho, ofensa y enfermedad aparecen íntimamente vinculadas**. El enfermo es víctima del padecimiento, inocente con frecuencia de las causas que lo motivaron y cuando el médico se muestra escéptico o rechaza su trastorno, lo que hace es ahondar más en la ofensa y por consiguiente reforzar la lucha por el derecho (1).



Kraepelin (1865-1926) describía la neurastenia traumática como una “distimia depresiva o malhumorada, unida a una actitud quejumbrosa, a una debilidad de la voluntad y a toda suerte de manifestaciones patológicas somáticas.

- Los enfermos se quejan, por lo regular, de dificultades para pensar y de mala memoria.

Al examen objetivo no se pueden comprobar tales alteraciones y tan solo se manifiesta una lentitud del pensamiento.

- Cuando le son exigidos al paciente esfuerzos mentales o físicos, por ligeros que sean, los dolores aumentan, finalmente surgen palpitaciones y pulso rápido.

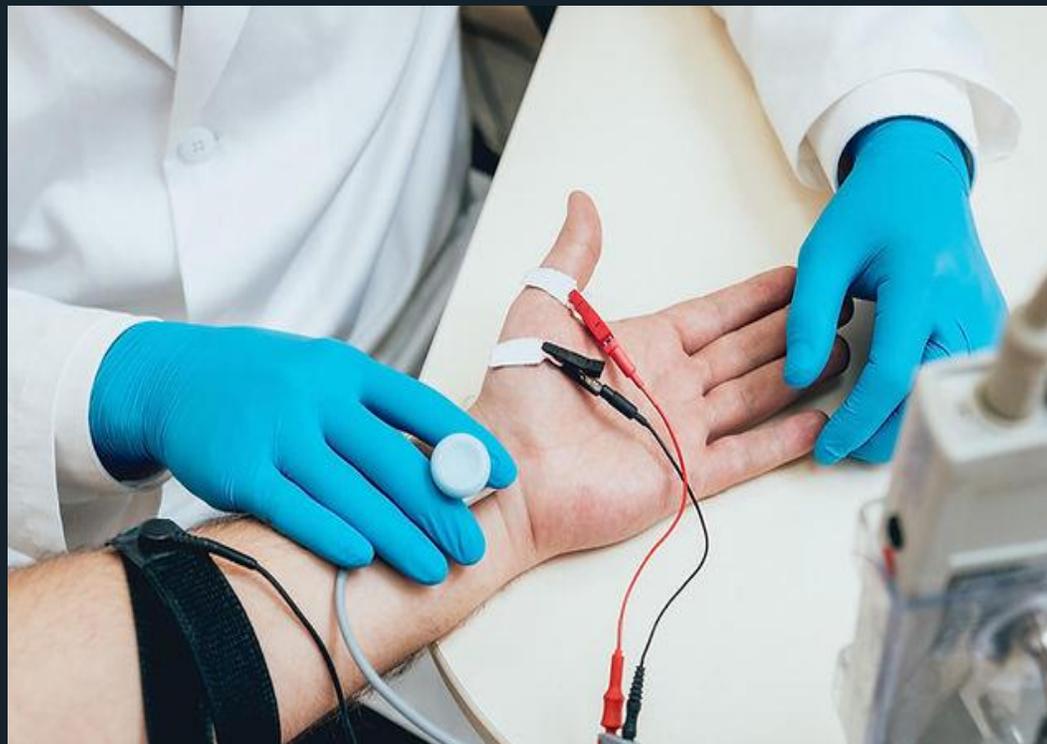
El paciente teme así toda tentativa de trabajo. Aparte de los trastornos vasomotores que le ocasionan vértigo, el paciente se ve torturado por el insomnio” (3).



Actitud quejumbrosa



Examen objetivo no se pueden comprobar tales alteraciones



Desde la década de 1980, A.P.A (American Psychiatric Association) publica DSM 3, (CIE 10) dentro de la elaboración psicológica de síntomas somáticos (F68.0)

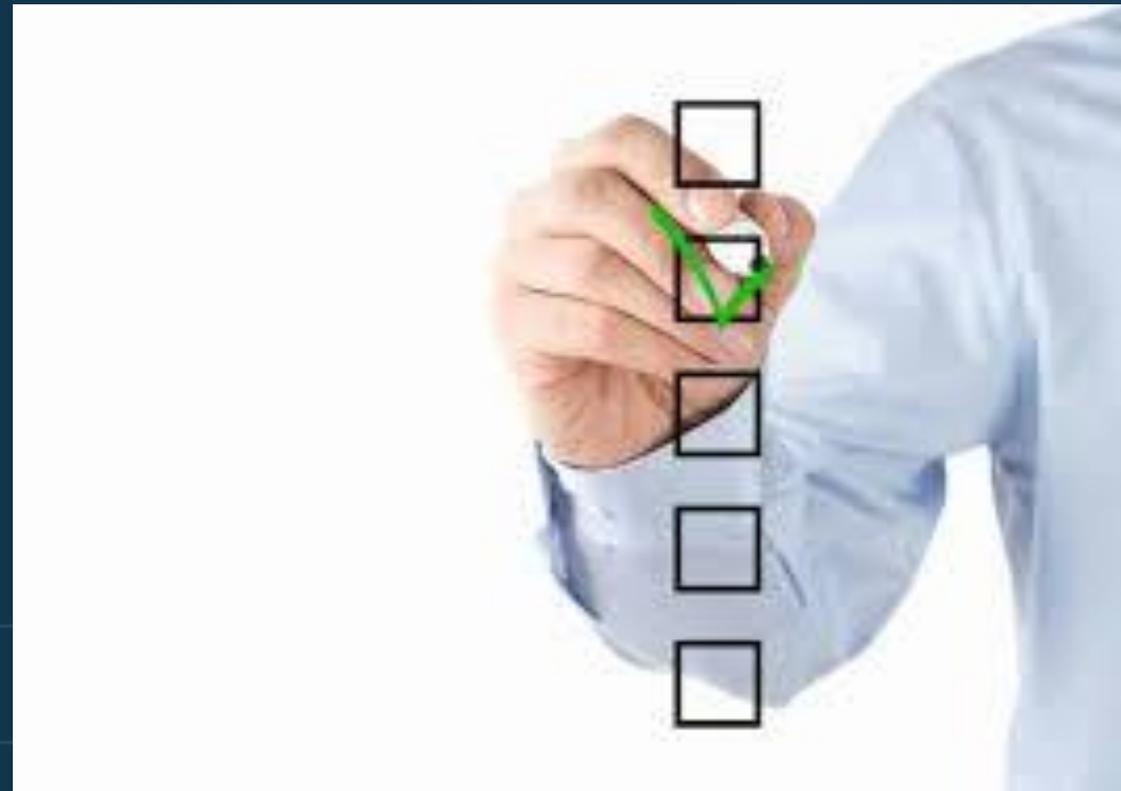
Trastorno en el que síntomas somáticos compatibles con un trastorno, enfermedad o incapacidad física confirmadas y originalmente debidos a uno de ellos, son exageradas o prolongadas debido al estado psicológico del enfermo.

Así se desarrolla un síndrome comportamental de búsqueda de atención (histriónico) que a menudo incluye también quejas que no son de origen somático (y por lo general no específicas).

El dolor o la incapacidad física producen malestar y a menudo preocupación, a veces justificada, por la posibilidad de padecer un dolor o incapacidad prolongados o progresivos.

El trastorno puede justificarse a ojos del que lo padece por la insatisfacción con el resultado del tratamiento o investigaciones realizadas o la decepción con el grado de atención personal recibida en medios sanitarios. En algunos casos parece existir una clara motivación derivada de la posibilidad de obtener indemnizaciones consecutivas a accidentes o lesiones. Sin embargo, el síndrome no remite necesariamente con rapidez cuando el litigio ha sido exitoso (CIE-10).

Diagnóstico



Trastornos Psicosomáticos

Síntomas Somáticos

Alteración Anatómica o fisiológica.

No hallazgos exploratorios o h incongruentes.

Control Voluntario de los Síntomas.

(Motivación económica o Legal) Simulación

(Motivación "psicológica") Trastorno facticio

Trastornos somatomorfos.

Ausencia de Control Voluntario.

Otros Trastornos psiquiatricos.

(Signos Objetivos) T Conversivo.

(Síntomas subjetivos exclusivamente) T por somatización T por Dolor.

(Preocupación por un defecto o Enfermedad) Hipocondria / Dismorfofobia.

Depresión.

Esquizofrenia

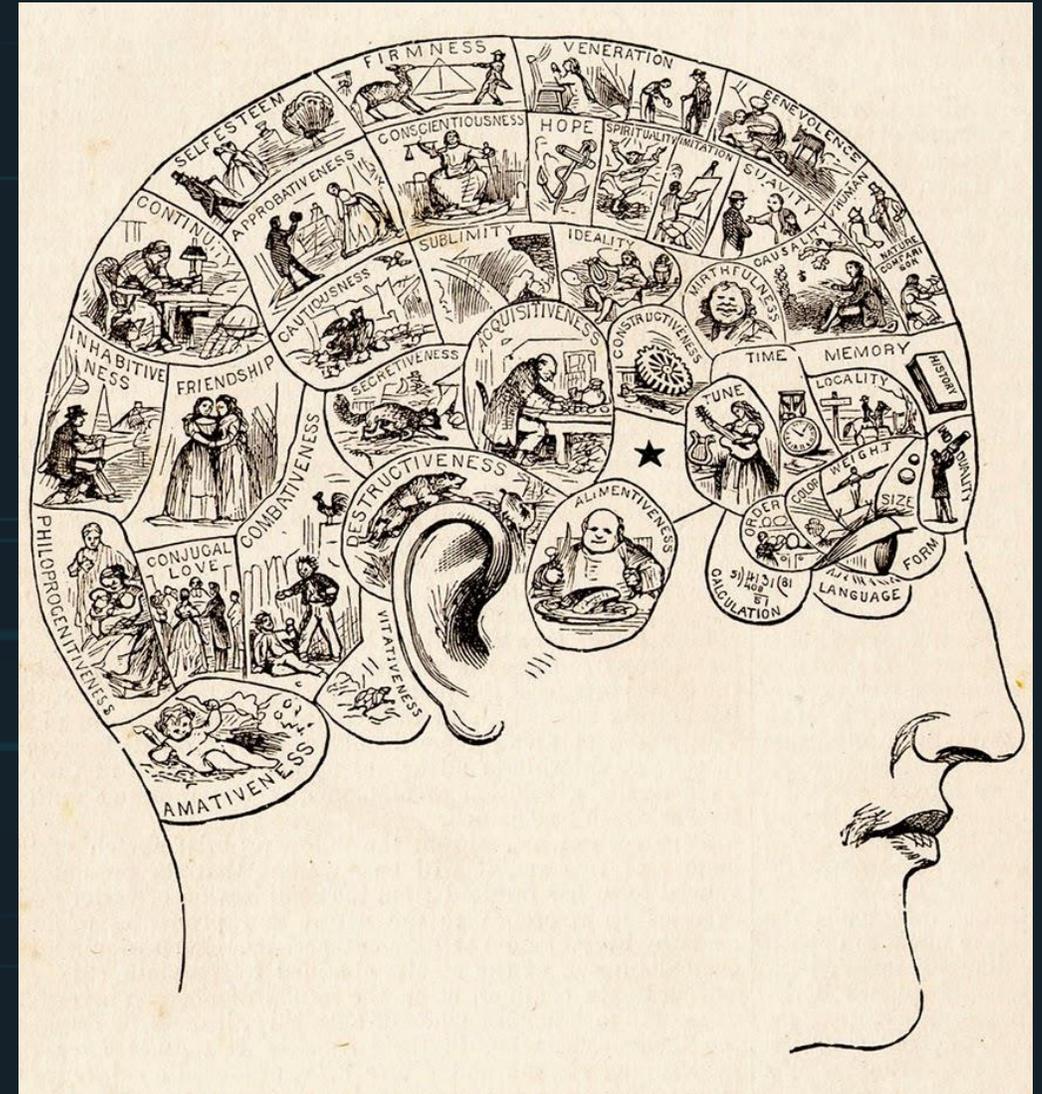
T Delirantes.

T Obsesivo.

T por Angustia.

Para realizar el diagnóstico de este tipo de afecciones es fundamental tomar en cuenta:

- La historia de vida del sujeto con la finalidad de localizar las causas de origen de su patrón de lectura desenfocado y así poder establecer un tratamiento que tenga en cuenta su singularidad y su historia



"El histórico habla este lenguaje de los órganos con una especial elocuencia. Vive las metáforas en vez de hablarlas y esto es lo esencial del fenómeno de conversión somática".



Manifestaciones Clínicas

Grupos:

Paroxismos o crisis neuropáticas,

Grandes ataques de histeria (casi desaparecidos en nuestra cultura actual), las crisis sincopales, la sintomatología extrapiramidal (accesos de hipo, bostezos, temblores, sacudidas musculares, movimientos coreiformes), las crisis tetaniformes, las fugas histéricas, la amnesia y los ataques catalépticos.

alteraciones de las funciones psicomotrices del SN

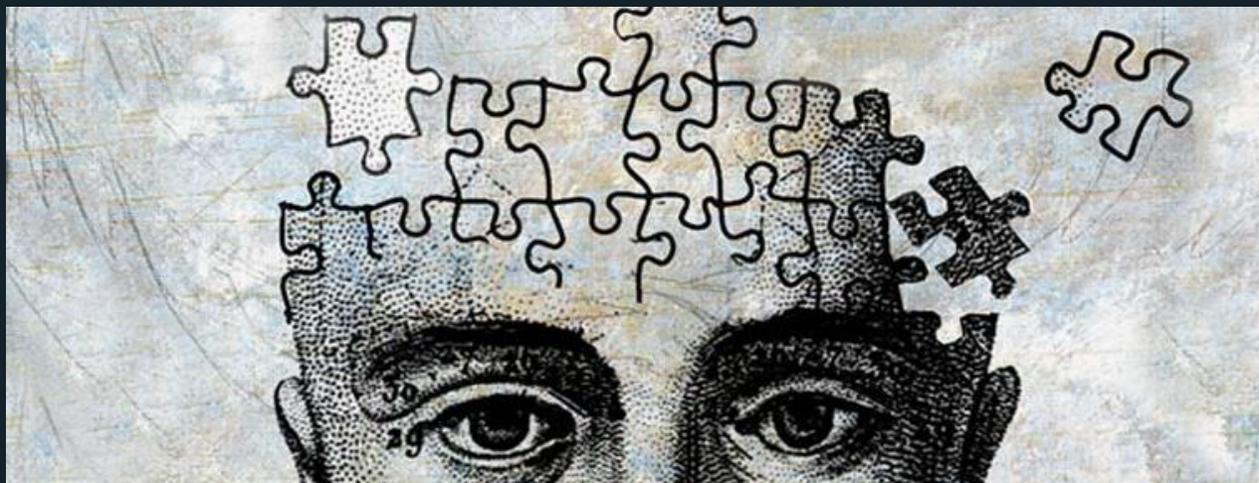
Todo tipo de parálisis y contracturas, los espasmos (hipo, vómitos, espasmos oculofaciales), las anestias y los trastornos sensoriales (ceguera, sordera, anosmia, etc.).

trastornos viscerales o titulares ("trastornos funcionales")

Entre los terceros incluimos la imposibilidad de tragar ("el famoso bolo histérico", sentido en el cuello o en el epigastrio), los espasmos cólicos y ciertas constipaciones. Trastornos urinarios y genitales (dispareunia), algias (todas las localizaciones y todos los tipos de dolor), crisis urticariformes.

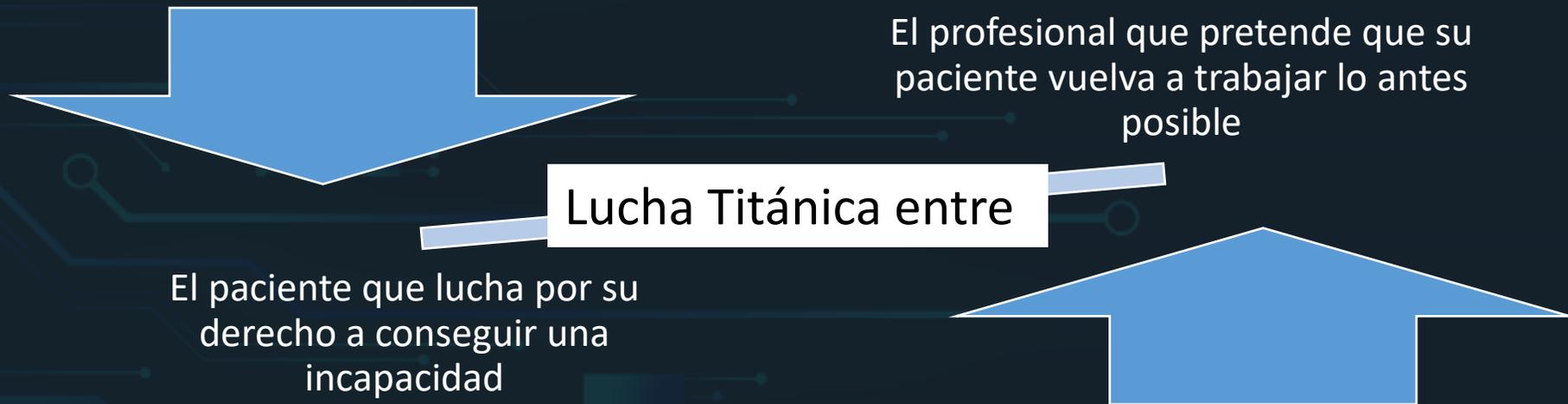
Causas Asociadas al Trabajo

- ACCIDENTES DE TRABAJO
- ENFERMEDAD LABORAL
- EVENTOS PSICOLOGICOS
- ACCIDENTES DE TRANSITO



Consecuencias sobre la Rehabilitación en el paciente con ATEL

“El intento por parte del paciente de la consecución de una remuneración o estatus social que le satisfaga modula sustancialmente el devenir clínico y en algunos casos la orientación terapéutica, llegando a provocar el establecimiento de una lucha titánica entre el profesional que pretende que su paciente vuelva a trabajar lo antes posible y el paciente que lucha por su derecho a conseguir una incapacidad”.



Sabemos que el interés o motivación por parte del enfermo hacia la incapacidad modula claramente la expresión clínica, **enmarañando en muchos casos los signos y síntomas (generalmente hipertrofiándolos)**



En todos los casos comparados se halló que existe una relación alta positiva significativa a un alfa de 0.05, en las correlaciones trabajadas.

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio soportan los hallazgos de Kraze (1987), sobre agotamiento crónico, locus de control y reducción de la fatiga nerviosa, con personas de tercera edad. En este se encontró que la gente de mayor edad con locus de control interno, tienen menor probabilidad de sufrir efectos de agotamiento en contraste a las personas con orientación de locus de control externo. Así mismo, los resultados concuerdan con el estudio de Sánchez y cols (1993), realizado con estudiantes universitarios, en el que se encontraron diferencias significativas en las áreas evaluadas, donde los sujetos con control externo aparecen como más vulnerables a factores de tensión en su vida cotidiana. (Leal y Rincón, 1999).

Locus de control

Interno: menor probabilidad de sufrir por la patología

Externo: más vulnerables a la tensión como la enfermedad

Tratamiento



Tratamiento

Patología de Base

Por psiquiatría.

iniciar lo antes posible para evitar el refuerzo de los síntomas, las ganancias secundarias y la regresión.

Es coherente pensar que el profesional de Atención primaria derive a este tipo de pacientes tras largos períodos de baja a la Unidad de Salud Mental con la esperanza de resolver el problema de incorporación laboral



Diagnóstico y tratamiento de las neurosis

.El tratamiento de base de la neurosis es psicológico, pero, según su nivel de gravedad, puede ser necesario un tratamiento combinado de psicoterapia y tratamiento farmacológico.

- La psicoterapia está dirigida a cambiar las cogniciones equivocadas y la interpretación desenfocada que el sujeto ha construido sobre sí mismo.
- El tratamiento farmacológico tiene un papel de apaciguador de los síntomas agudos, cuando estos sobrepasan el umbral de sufrimiento personal, y como corta fuegos, ya que los síntomas agudos actúan como potenciadores de las interpretaciones neuróticas.
- La neurosis nos ayuda a recordar que el tratamiento del malestar emocional no debe dirigirse solamente a la supresión de los síntomas agudos, sino que debe tener en cuenta la estructura de personalidad que es la causa de éstos.

PROCEDIMIENTO RHB Y REINCORPORACIÓN OCUPACIONAL EN EL SGRL ETAPAS

Riesgos laborales: plenamente identificado

ETAPA I:
Identificación casos a ingresar en el programa de RHB y reincorporación ocupacional.

Etapa II A.
Evaluación inicial del caso

ETAPA II B
Formulación del Plan de RHB I para la Reincorporación Laboral y Ocupacional

ETAPA III.
Desarrollo del Plan de Rehabilitación

ETAPA III A
Rehabilitación Funcional

ETAPA III B
Readaptación Laboral

Etapa III C
Readaptación Sociolaboral

Etapa III D
Reincorporación Laboral

ETAPA III E
Reconversión de Mano de Obra

ETAPA IV
Seguimiento del Sistema



BIBLIOGRAFIA

1

Neurosis de renta y expectativas de incapacidad permanente
Ordoñez Fernández M .P ;Arevalo J ; Carrasco Antuña M.A S. Psiquiatría - 21 MAYO 2012

2

Terrer M, Molins J, Fernández LJ. La incapacidad laboral en pacientes con trastornos psíquicos. An. Sis. Sanit. Navar, 1999;22 (1); 71-79

3

<https://www.topdoctors.es/articulos-medicos/las-neurosis-tipos-diagnostico-y-tratamiento#>

4

ORDONEZ FERNANDEZ, M. Prado. ¿Histeria, Simulación o Neurosis de Renta?. *Rev Clin Med Fam* [online]. 2010, vol.3, n.1, pp.39-45. ISSN 2386-8201..

EVALUÉMONOS



PLAN NACIONAL
MULTIMODAL
DE EDUCACIÓN EN SST **2023**



PREGUNTAS

PLAN NACIONAL
MULTIMODAL
DE EDUCACIÓN EN SST **2023**



Disponemos para ti los
canales de atención del:

PLAN NACIONAL
MULTIMODAL
DE EDUCACIÓN EN SST **2023**



Educación virtual
+1.000 cursos virtuales y
Curso obligatorio cumplimiento

educavirtual@positiva.gov.co



**Educación presencial y
talleres web**
Congresos Nacionales

Positiva.educa@positiva.gov.co

Todo lo tienes con Positiva

Entra aquí, y descubre lo

<https://posipedia.com.co/>



Presentaciones
Técnicas



Juegos
Digitales



Ludo
Prevención

Positiva siempre contigo

La magia comienza aquí

<https://posipedia.com.co/>



Audios



Videos



Mailings

