



Evento Híbrido
Virtual / Presencial

51

SEMANA
de la SALUD
OCUPACIONAL

Aprendizaje, experiencia y empatía
en un mundo intergeneracional

Organiza:

CSOA
CORPORACIÓN DE SALUD
OCUPACIONAL Y AMBIENTAL

www.corporacionsoa.co

45° Congreso de Ergonomía, Higiene,
Medicina y Seguridad Ocupacional.

Hotel Intercontinental Medellín - Colombia
29, 30 y 31 de octubre de 2025

Trastornos mentales en el trabajo

Dr. Felipe Villegas

Médico Psiquiatra

Especialista en seguridad y salud en el trabajo

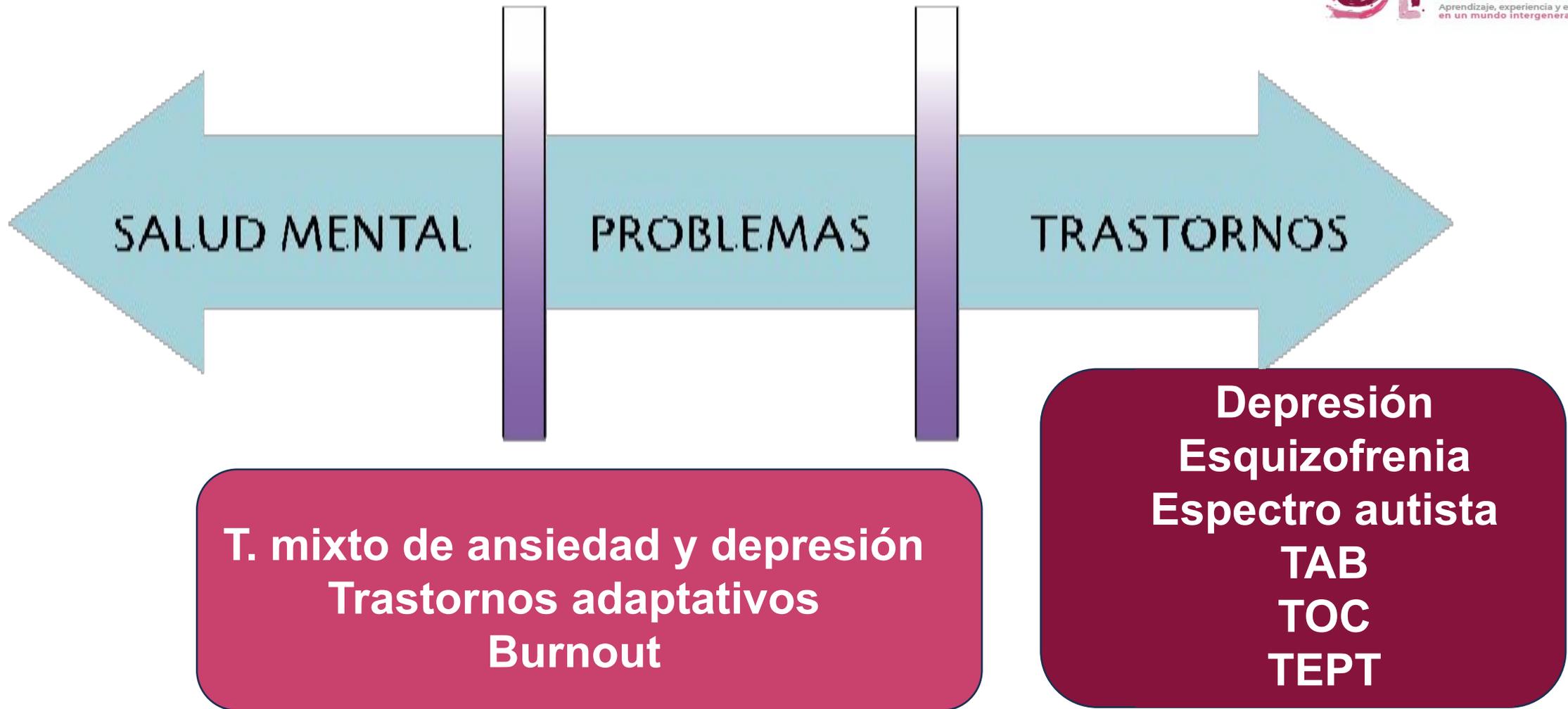


Organiza:

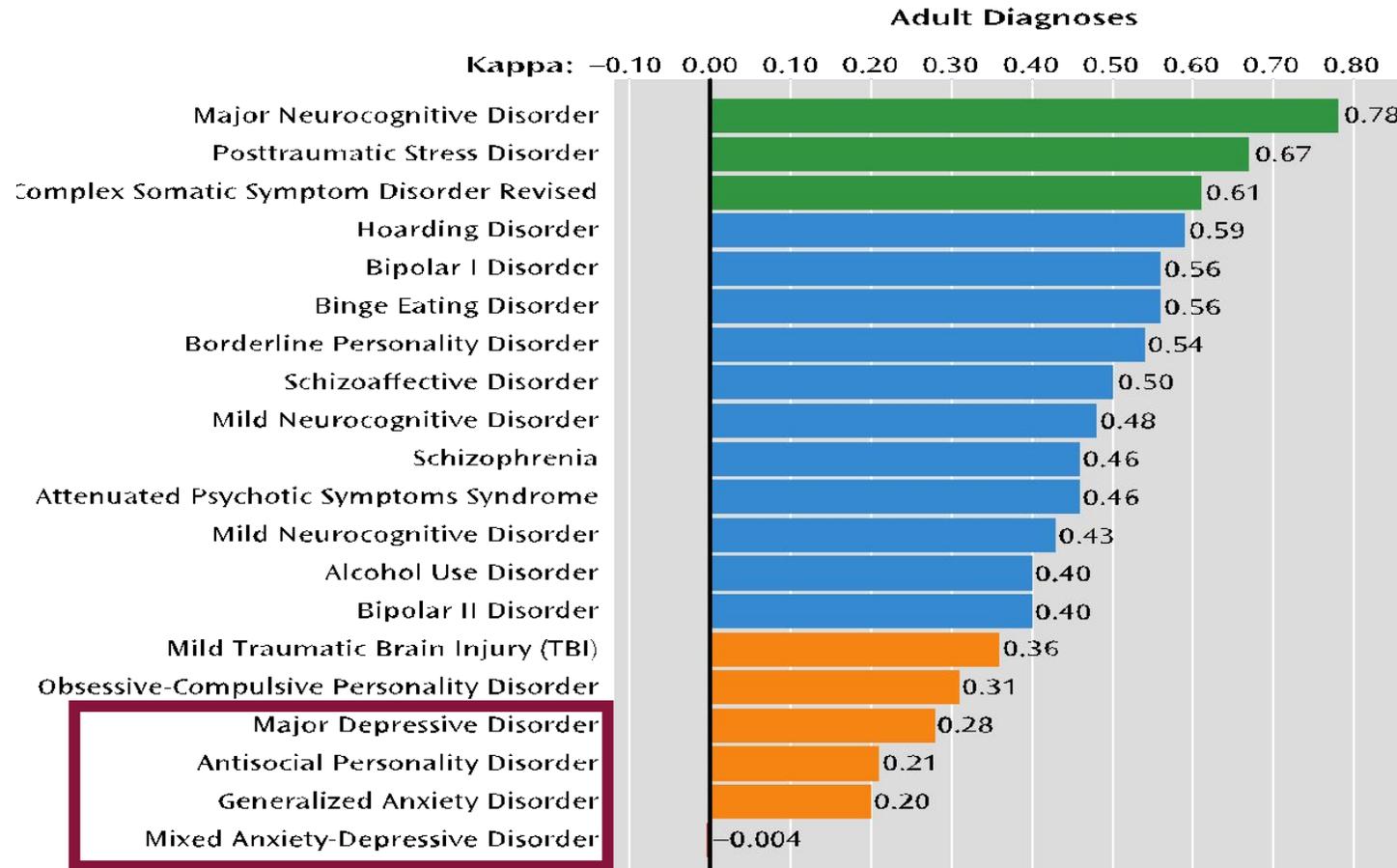
CSOA CORPORACIÓN DE SALUD
OCUPACIONAL Y AMBIENTAL

31 SEMANA
de la SALUD
OCUPACIONAL
Aprendizaje, experiencia y empatía
en un mundo intergeneracional

GENERALIDADES

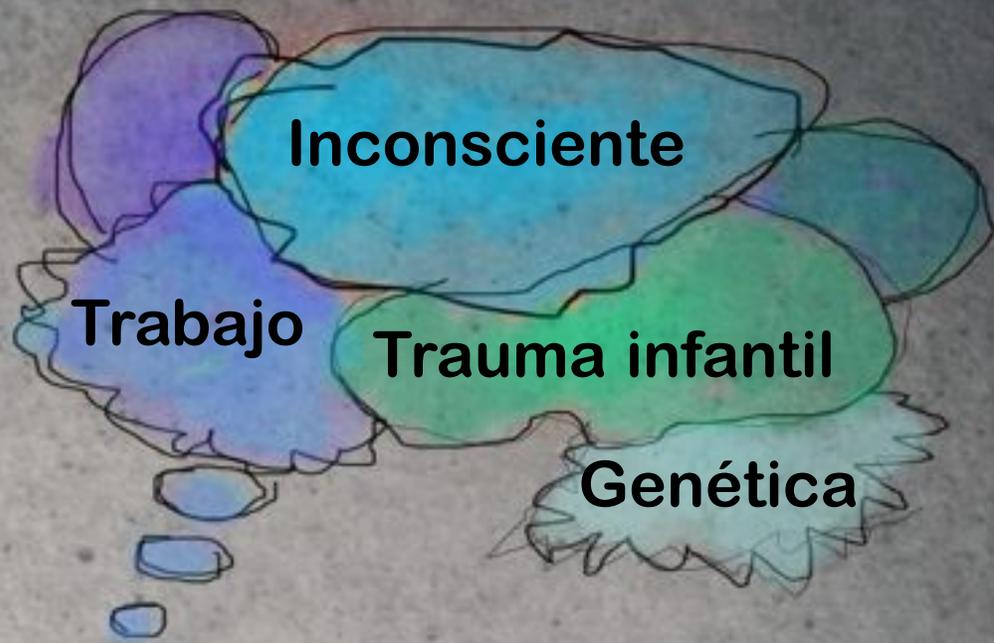
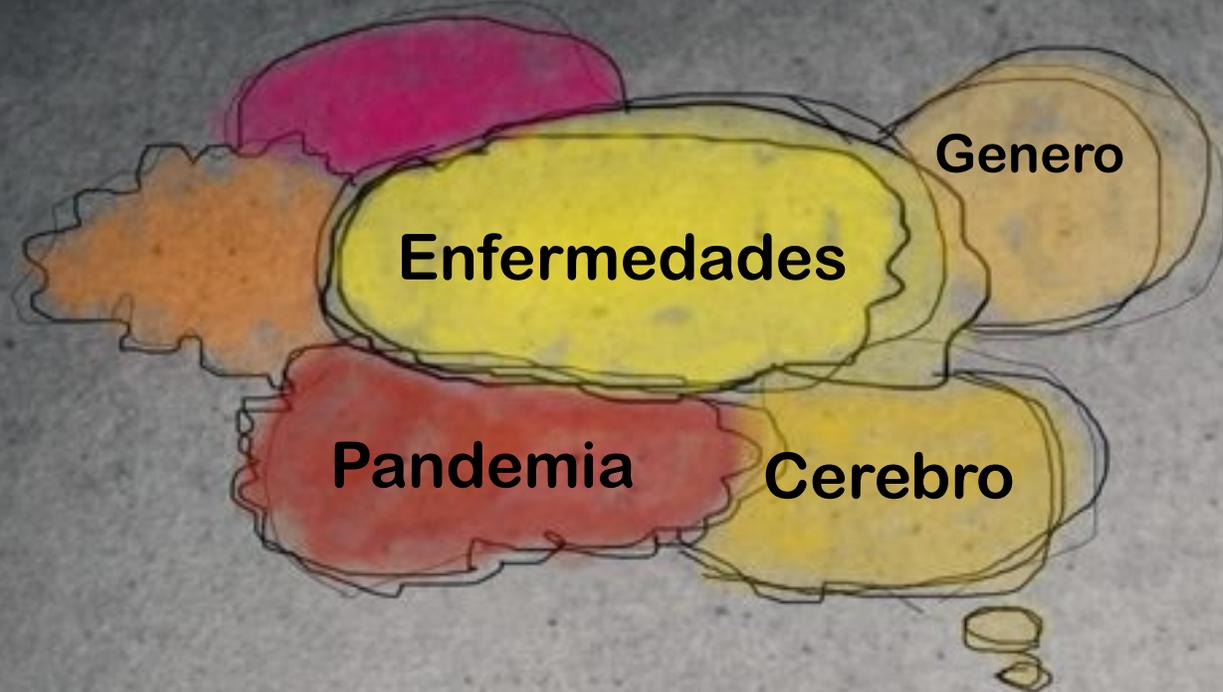


Valores Kappa en psiquiatría



Very good agreement
Good agreement

Questionable agreement
Unacceptable agreement



Las enfermedades mentales

Son multifactoriales



Trastornos mentales en Colombia

31 SEMANA
de la SALUD
OCUPACIONAL
Aprendizaje, experiencia y empatía
en un mundo intergeneracional

Prevalencias trastornos mentales en adultos
Depresión mayor
Depresión menor
Distimia
Cualquier trastorno depresivo
Trastorno bipolar I
Trastorno bipolar II
Cualquier trastorno afectivo
Fobia social
Trastorno de pánico
Trastorno de ansiedad generalizada
Cualquier trastorno de ansiedad
Cualquier trastorno menta.

Total

4.3%

1%

0,5%

5.4%

1.3%

0,2%

6.7%

2.7%

0.2%

1.3%

3.9%

9.1%

Cualquier trastorno mental: 9.1%

(8.2 vs 10.1)



3.2%



5.4%

Trastorno depresivo mayor

Trastornos mentales en Colombia

Prevalencias trastornos mentales en adultos
Depresión mayor
Depresión menor
Distimia
Cualquier trastorno depresivo
Trastorno bipolar I
Trastorno bipolar II
Cualquier trastorno afectivo
Fobia social
Trastorno de pánico
Trastorno de ansiedad generalizada
Cualquier trastorno de ansiedad
Cualquier trastorno menta.

Total

4.3%

1%

0,5%

5.4%

1.3%

0,2%

6.7%

2.7%

0.2%

1.3%

3.9%

9.1%

1. Trastorno adaptativo

2. Trastorno mixto de ansiedad
depresión

3. T. estrés posttraumático



Municipio

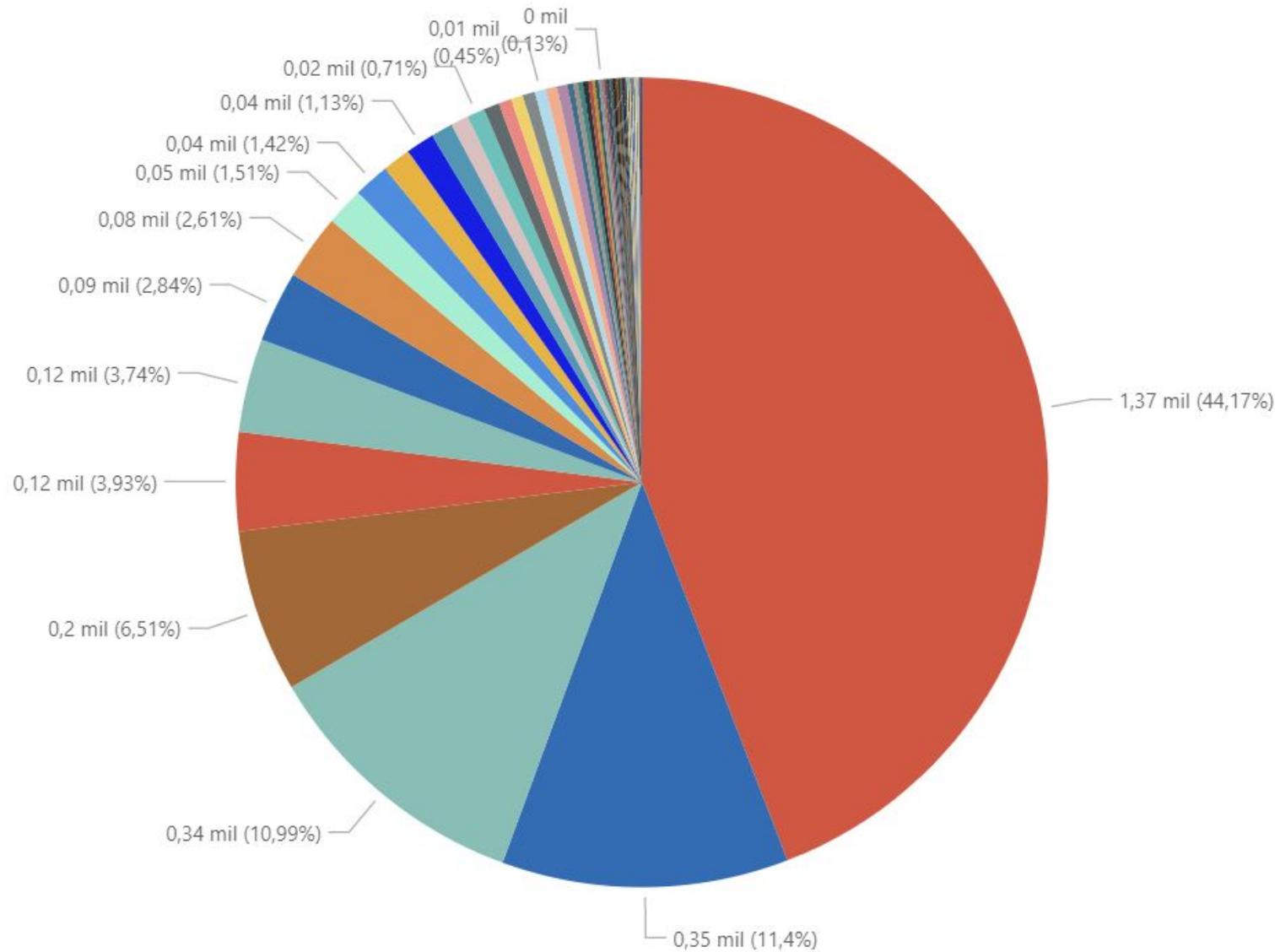
- Bogotá, D.C.
- Piedecuesta
- Cali
- Medellín
- Santa Marta
- Cúcuta
- Popayán
- Tunja
- Pereira
- Pasto
- Barranquilla
- Villavicencio
- Cartagena
- Ibagué
- Manizales
- Neiva



**3104 pacientes
atendidos entre
enero y marzo de
2023**

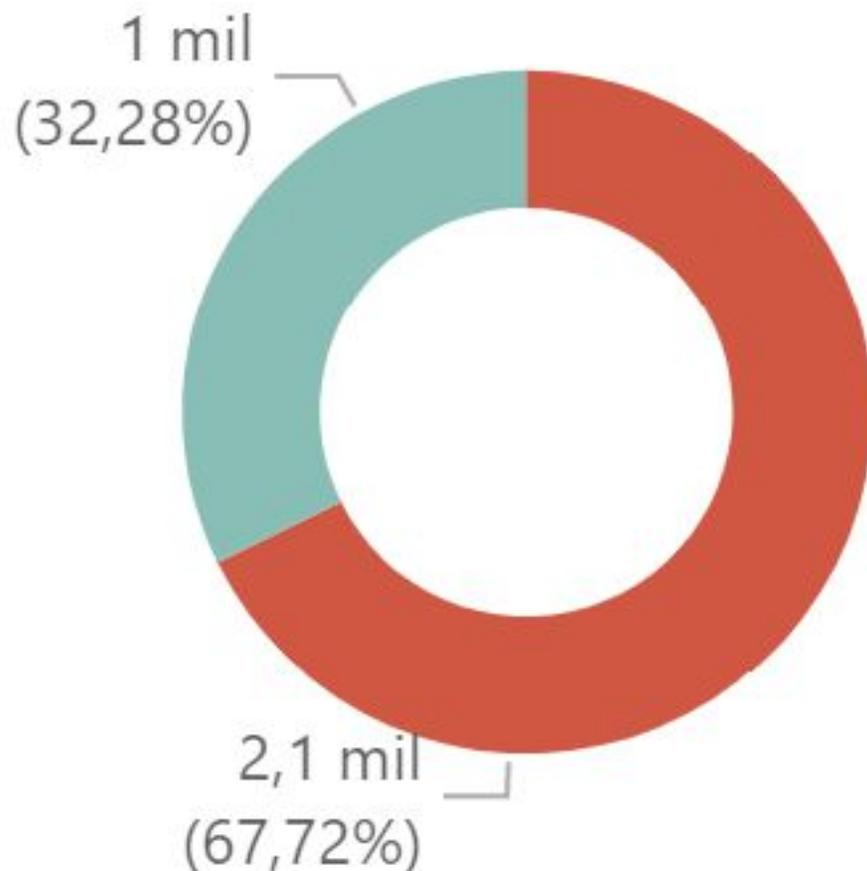
Nombre Diagnóstico

- TRASTORNOS DE ADAPTACION
- TRASTORNO MENTAL NO ESPECIFICADO DEBIDO A LESION Y DISFU...
- TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION
- TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMATICO
- TRASTORNO DE ANSIEDAD , NO ESPECIFICADO
- EXAMEN PSIQUIATRICO GENERAL, NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE
- TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO MODERADO PRES...
- EPISODIO DEPRESIVO MODERADO
- (En blanco)
- TRASTORNO COGNOSCITIVO LEVE
- TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA
- TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE ACTUALMENTE EN REMISION
- EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS
- OTROS TRASTORNOS DEPRESIVOS RECURRENTE
- TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO LEVE PRESENTE
- REACCION AL ESTRÉS AGUDO
- TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, NO ESPECIFICADO
- TRASTORNO DE PANICO [ANSIEDAD PAROXISTICA EPISODICA]
- TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO DEPRESIVO GRAV...
- EPISODIO DEPRESIVO, NO ESPECIFICADO
- OTROS TRASTORNOS MENTALES ESPECIFICADOS DEBIDOS A LESIO...
- TRASTORNOS DEL INICIO Y DEL MANTENIMIENTO DEL SUEÑO [INS...
- OTROS EPISODIOS DEPRESIVOS
- EXAMEN MEDICO GENERAL
- PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL AJUSTE A LAS TRANSICIONES...
- TRASTORNO SOMATOMORFO, NO ESPECIFICADO
- TRASTORNO DE DOLOR PERSISTENTE SOMATOMORFO
- EPISODIO DEPRESIVO LEVE



3104 pacientes atendidos entre enero y marzo de 2023

Distribución por sexo



- Masculino
- Femenino



3104 pacientes atendidos entre enero y marzo de 2023

- 1** Trastornos adaptativos **44.1%**
- 2** Trastorno mental y del comportamiento secundario a lesión cerebral **12%**
- 3** Trastorno mixto de ansiedad y depresión **11%**
- 4** Trastornos depresivos **9%**
- 5** Trastorno de estrés postraumático **7%**

Total paciente por diagnóstico



TOTAL: 5.101 (enero a julio de 2025)

Enfermedad mental: multifactorial



Predisposición genética Vs factores ambientales

Curso de la enfermedad mental: laboral

¿Evaluar el riesgo intralaboral y
extralaboral de los últimos 12
meses?



Predisposición genética Vs factores ambientales

Episodio depresivo calificado como laboral y.....



Predisposición genética Vs factores ambientales



Normativa colombiana

toda enfermedad exacerbada por el trabajo se considera común, salvo aquellas probadas como de origen laboral.

Evolución natural de la enfermedad

La mayoría de las enfermedades calificadas como laborales tendrán estresores comunes (ejemplo: duelos, enfermedades graves, dificultades económicas, crisis familiares).



Multicausalidad

Las patologías de la esfera mental, suelen ser multifactoriales.

Dilema

Si toda enfermedad exacerbada por el trabajo es común, qué ocurre con aquellas previamente calificadas como laborales que luego, en el tiempo, se ven influidas por estresores comunes.

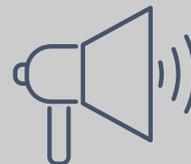


Continuidad laboral



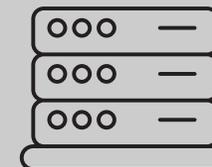
Una enfermedad que fue calificada como laboral debe **mantener su origen laboral** en todo el curso clínico, independientemente de la aparición posterior de estresores comunes, dado que su génesis y reconocimiento inicial fue laboral.

Mutación del origen



Una enfermedad calificada como laboral podría **“convertirse” en común** si en su evolución predominan estresores extralaborales, bajo la premisa de que la exacerbación actual ya no es atribuible al trabajo.

Mixta



El origen laboral se mantiene reconocido, pero en la práctica de atención y prestaciones debe hacerse una **diferenciación por episodios**: lo atribuible al trabajo se reconoce como laboral, y lo atribuible a estresores comunes se maneja como común.

Psiquiatría laboral ¿Cómo estamos?

1. **Ganancia secundaria:** en prácticamente todos los pacientes
2. Decisiones **legales** sobre las médicas
3. ¿Quién toma las **decisiones** el juez o el especialista?
4. Demostrar la **ausencia de enfermedad o patología preexistente** difícil en la práctica.
5. ¿Quién es el **cliente**?
6. Humanización de la salud Vs decisiones administrativas/legales
7. **Frustración** de equipos tratantes
8. ¿**Cuando calificamos** la patología como laboral?

La medicina laboral y la
psiquiatría laboral **NO** son
compatibles con la realidad clínica
de las patologías

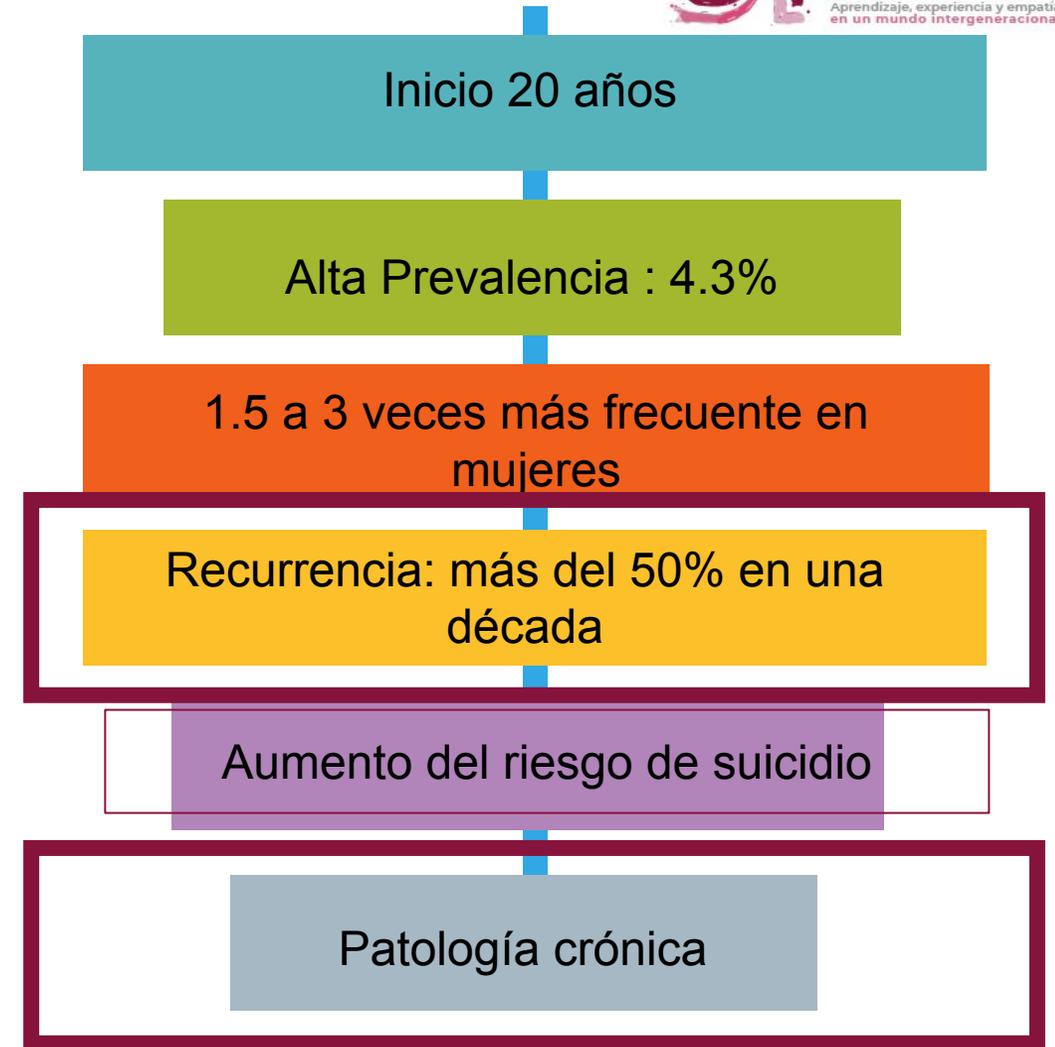
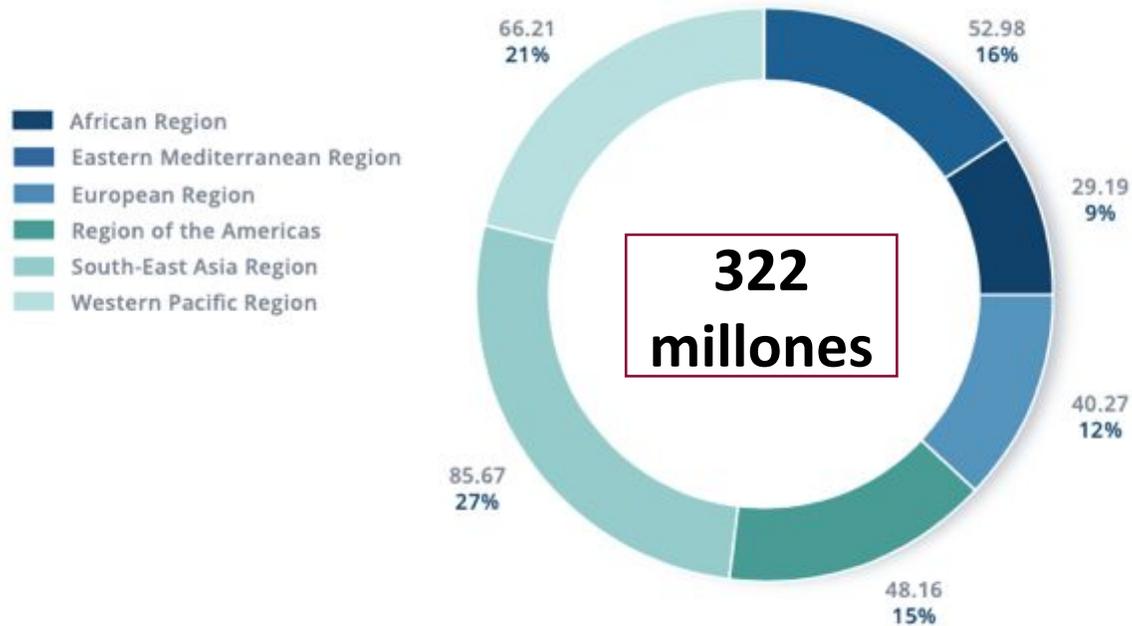
Organiza:

CSOA CORPORACIÓN DE SALUD
OCUPACIONAL Y AMBIENTAL

31 SEMANA
de la SALUD
OCUPACIONAL
Aprendizaje, experiencia y empatía
en un mundo intergeneracional

Trastornos depresivos

Depresión en el mundo



Diagnósticos diferenciales

● Demencias

● Hipotiroidismo, Hipertirodismo

● Cáncer de páncreas

● Enfermedad de Addison



● Tumores cerebrales

● Fibromialgia, Síndrome de fatiga crónica

● Avitaminosis

● Trastorno afectivo bipolar y abuso de sustancias

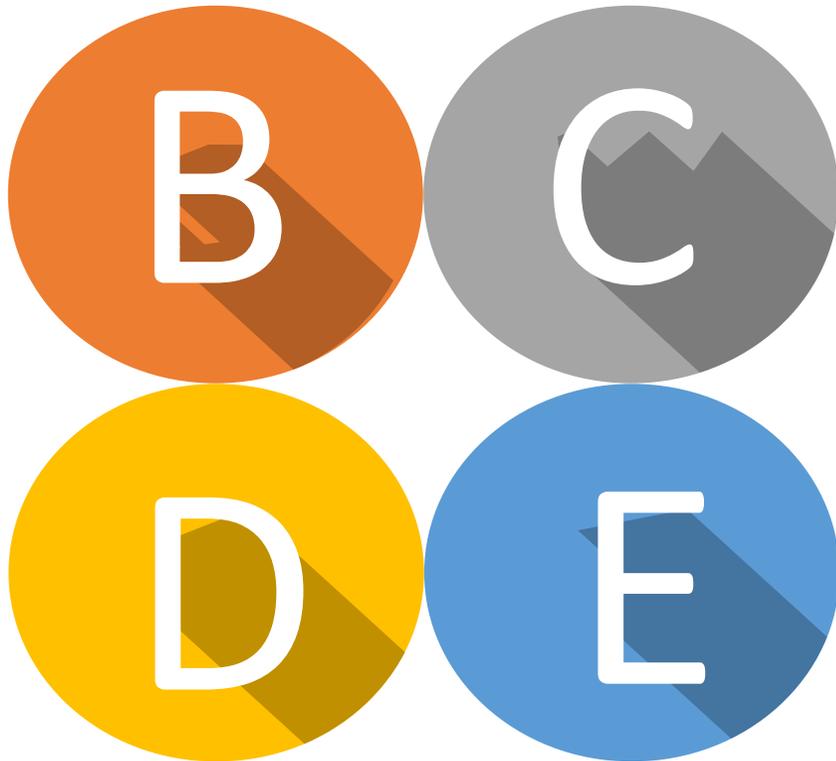
Diagnóstico del trastorno depresivo mayor



A. Cinco (o más) de los síntomas por dos semanas



Diagnóstico del trastorno depresivo mayor



B
Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

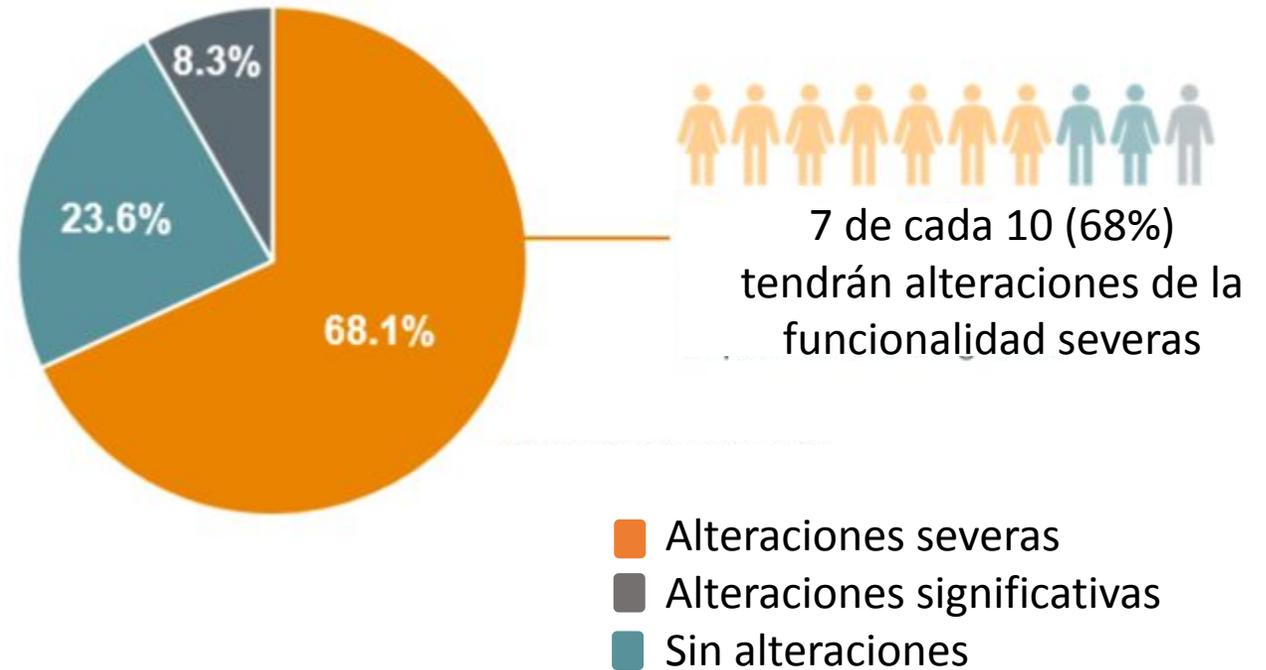
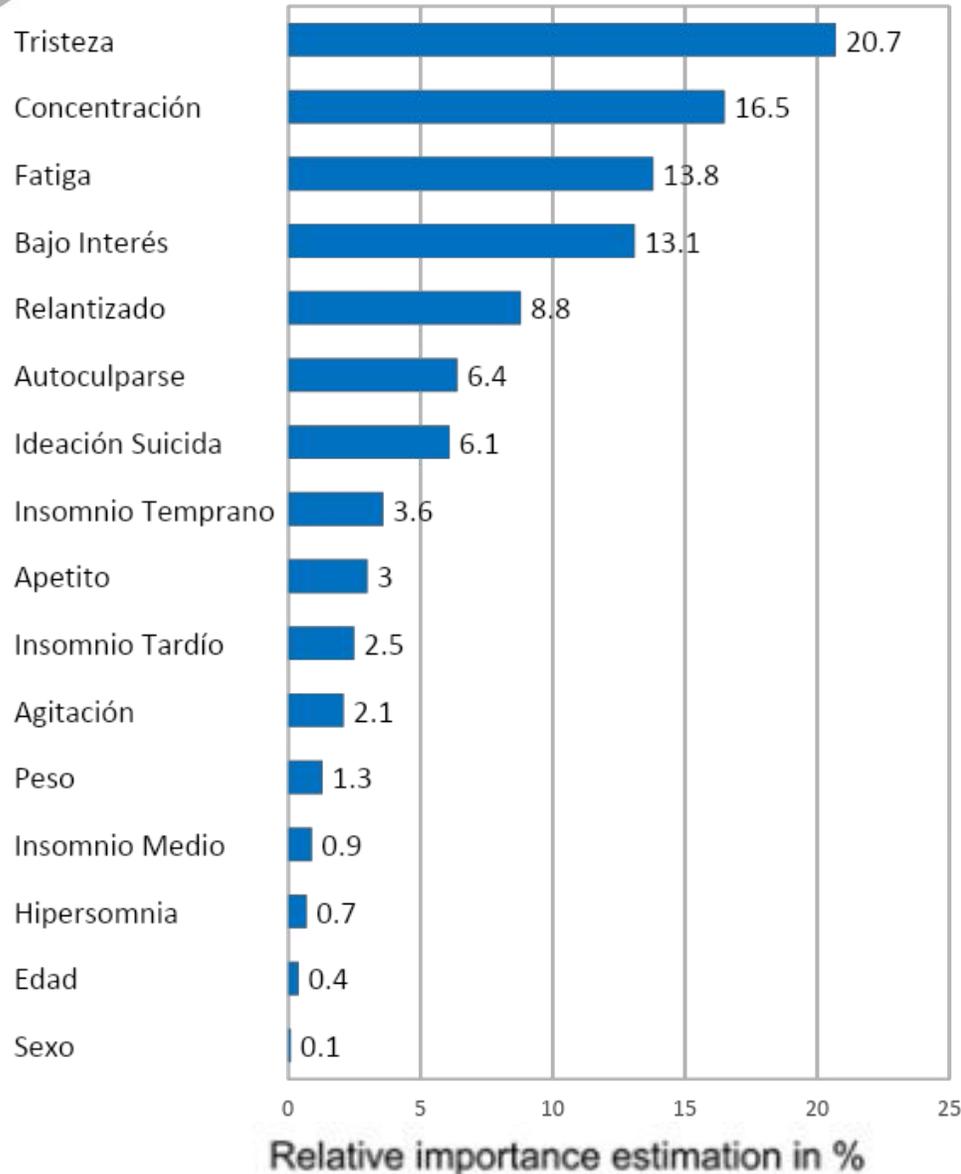
C
El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección medica.

D
No se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E
Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

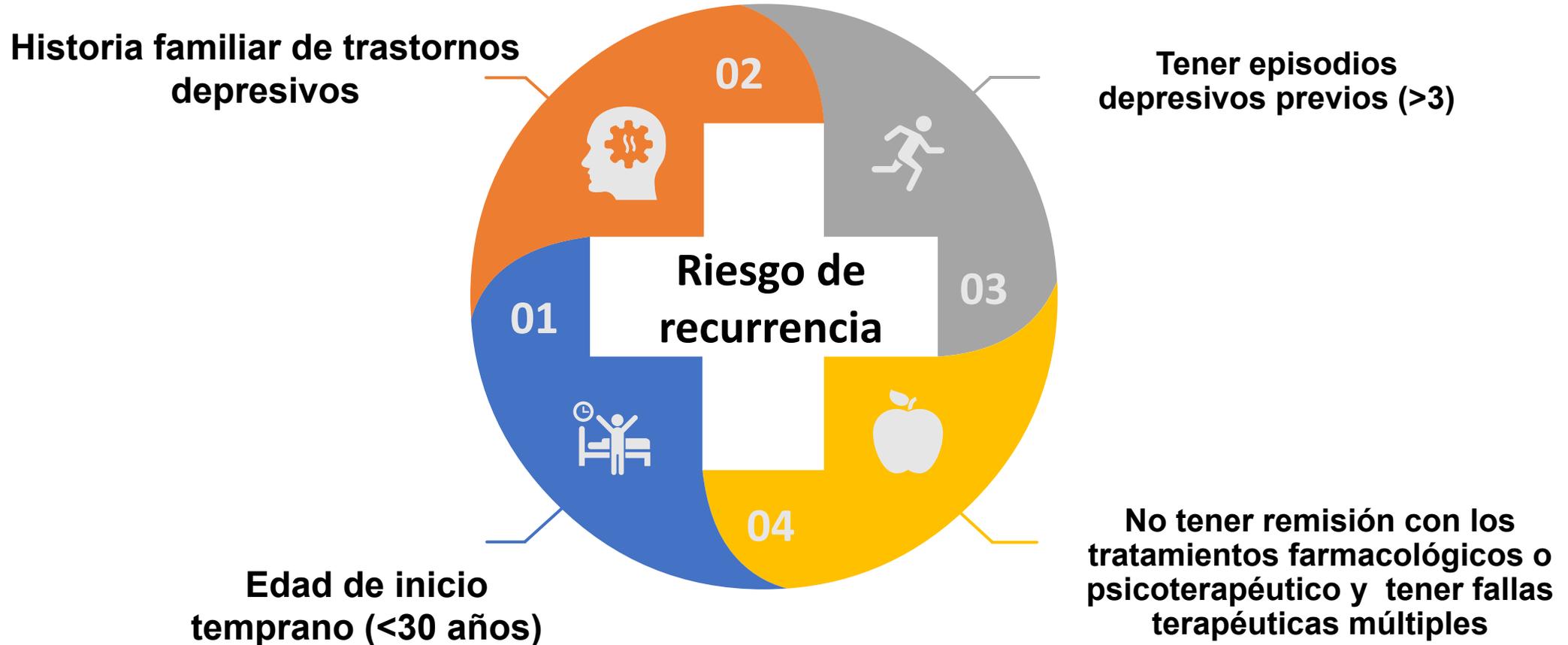
Nota: Duelo como exclusión

Disminución de la funcionalidad



The Impact of Individual Depressive Symptoms on Impairment of Psychosocial Functioning Eiko I. Fried^{1,2*}, Randolph M. Nesse³. PLOS ONE 1 February 2014, Volume 9, Issue 2.

50% de los ptes tendrán nuevos episodios



Presentación heterogénea

**Episodio único
(leve,
moderado o
severo)**



**TD recurrente: dos
episodios
diferentes
separados por un
periodo de dos
meses en los
que no se
cumplen criterios
de trastorno
depresivo.**



**TD en remisión:
2 meses sin
síntomas
significativos o
disminución de la
funcionalidad**

**Puntaje de
Hamilton <7**



**trastorno
depresivo
persistente**

Antes Distimia

Trastornos depresivos

EPISODIO MODERADO, TRASTORNO RECURENTE EN REMISION, EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS, EPISODIO DEPRESIVO GRAVE CON SINTOMAS OTROS TRASTORNOS DEPRESIVOS RECURRENTE PSICOTICOS , TRASTORNOS DEPRESIVOS RECURRENTE, EPISODIO LEVE, TRASTORNOS DEPRESIVOS RECURRENTE, NO ESPECIFICADO



152



139

**9,4% del total del paciente
(4TO DX en frecuencia)**

3104 pacientes atendidos entre enero y marzo de 2023

Tabla 6
Depresión mayor (F32.x) factores de riesgo a evaluar

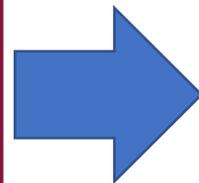
Definición Patológica	Factores de riesgo	Definición del factor de riesgo*	Fuente de información del factor de riesgo
<p>Trastorno caracterizado por la presencia de un episodio depresivo mayor. Entendiendo por tal que la persona que lo padece "sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo". También son síntomas de este trastorno los siguientes: disminución de la atención, ideas de culpa y de inutilidad, la pérdida de apetito, los trastornos del sueño, los pensamientos y actos suicidas, entre otros (CIE 10).</p>	Antecedentes heredo - familiares	Presencia o antecedencia del trastorno respectivo en familiares en primer grado.	Historia clínica del trabajador, entrevista psicológica o psiquiátrica.
	Sexo	Femenino.	Historia clínica del trabajador, entrevista psicológica o psiquiátrica.
	Rasgos de personalidad	Se consideran rasgos de personalidad predisponentes, una especial sensibilidad o hipersensibilidad, la pasividad, la dependencia, la introversión y la poca actividad (poca energía).	Entrevista y valoración psicológica o psiquiátrica. Resultados de pruebas psicodiagnósticas aplicadas previamente a la presentación de la patología.
	Patología previa o comorbilidad	Historia de trastornos mentales previos (usualmente de tipo ansioso o depresivo), en remisión o activos.	Historia clínica del trabajador, valoración psicológica o psiquiátrica.
	Factores psicosociales ocupacionales	Se puede tratar de múltiples eventos vitales o situaciones crónicas de aparición progresivas como bajos niveles de apoyo social por parte de jefes, compañeros y/o subordinados, inestabilidad laboral, ambigüedad de rol, subcarga o sobrecarga cualitativa de trabajo, entre otros.	Evaluación de riesgo psicosocial intralaboral.

Patología: Episodio Depresivo (F32) / Otro Episodio Depresivo (F32.8)			
Códigos CIE-10: (F32) (F32 - F32.8)			
Definición Patológica	Factores de riesgo a evaluar	Definición del factor de riesgo	Fuente de información del factor de riesgo
Para hacer el diagnóstico de episodio depresivo, CIE-10 utiliza una lista de 10 síntomas depresivos y divide el cuadro depresivo en leve, moderado o grave (con o sin síntomas psicóticos).	Antecedentes heredo – familiares.	Presencia o antecedencia del trastorno respectivo en familiares en primer grado.	Historia clínica.
En los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:	Patología mental previa.	Historia de trastornos mentales previos de tipo ansioso, depresivo, dependencia de alcohol o marihuana, en remisión o activos.	Historia clínica del trabajador, valoración psicológica o psiquiátrica.
a) La disminución de la atención y concentración. b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad. c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en las episodios leves). d) Una perspectiva sombría del futuro. e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones. f) Los trastornos del sueño. g) La pérdida del apetito.	Rasgos de personalidad.	Se consideran rasgos de personalidad predisponentes : Individualismo, Introversión, Intuición, Retraimiento, Vacilación, Discrepancia, Sometimiento, Insatisfacción. Esto se correspondieron con estilos personales considerados menos adaptativos, caracterizados por una menor capacidad para relacionarse con su entorno de una manera flexible, adaptativa y satisfactorio.	Entrevista y valoración psicológica o psiquiátrica. Resultados de pruebas psicodiagnósticas aplicadas previamente a la presentación de la patología.

Patología: Episodio Depresivo (F32) Otro Episodio Depresivo (F32.8)			
Códigos CIE-10: (F32) (F32- F32.8)			
Definición atológica	Factores de riesgo a evaluar	Definición del factor de riesgo*	Fuente de información del factor de riesgo
La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.	Eventos vitales negativos.	Familiares, de salud, sociales (incluye violencia doméstica y sexual).	Historia clínica del trabajador, entrevista psicológica o psiquiátrica.
Se utiliza el diagnóstico "Otros episodios depresivos (31.8) para aquellos episodios que no reúnan las características de los episodios depresivos, pero que por la impresión diagnóstica de conjunto indican que son de naturaleza depresiva.	Factores psicosociales Laborales.	Se puede tratar de múltiples eventos vitales o situaciones crónicas de aparición progresivas relacionadas con la gestión organizacional, las características de la organización del trabajo, las características del grupo social de trabajo, las condiciones de la tarea, la carga física, las condiciones del medio ambiente de trabajo, la interfase persona-tarea y la jornada de trabajo.	Evaluación de riesgo psicosocial intralaboral.

F32 Episodios depresivos.

F32.0 Episodio depresivo leve.
F32.1 Episodio depresivo moderado.
F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos. F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
F32.8 Otros episodios depresivos.



F32 Episodios depresivos.

F32.0 Episodio depresivo leve.
F32.1 Episodio depresivo moderado.
F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos. F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. F32.8 Otros episodios depresivos.
F32.9 Episodio depresivo sin especificación.

F33 Trastorno depresivo recurrente.

F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve.
F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado.
F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos. F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos. F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión.
F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes.
F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificación.

F34 Trastornos del humor persistentes.

F34.0 Ciclotimia.
F34.1 Distimia.
F34.8 Otros trastornos del humor (afectivos) persistentes.
F34.9 Trastorno del humor (afectivo) persistente sin especificación.

F38 Otros trastornos del humor (afectivos)

F38.0 Otros trastornos del humor (afectivos) aislados. F38.1 Otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes. F38.8 Otros trastornos del humor (afectivos).
F39 Trastorno del humor (afectivo) sin especificación

Controversias

1. ¿Es diferente un episodio de un trastorno depresivo?
2. ¿Es viable un trastorno depresivo que no mejora nunca?
3. ¿Es la calificación de PCL un predictor de exacerbación de síntomas?
4. ¿Qué impacto tiene decirle a un paciente que tiene un adaptativo o un depresivo?
5. ¿Desde un punto de vista de calificación de PCL, tiene diferencias tener un adaptativo o un depresivo?

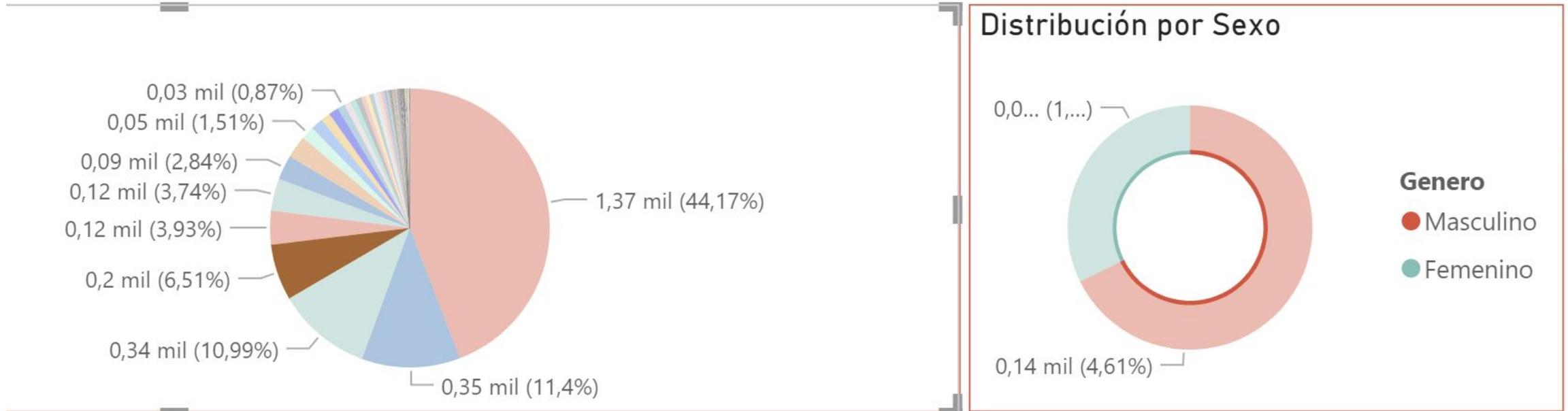
Organiza:

CSOA CORPORACIÓN DE SALUD
OCUPACIONAL Y AMBIENTAL

31 SEMANA
de la SALUD
OCUPACIONAL
Aprendizaje, experiencia y empatía
en un mundo intergeneracional

Trastorno de estrés postraumático y REA

Estrés postraumático



6.51% del total dx en Mutalis: 202 (Dx #5)

MUJERES: 59: 29,2%
HOMBRES: 143: 70.7%

3104 pacientes atendidos entre enero y marzo de 2023

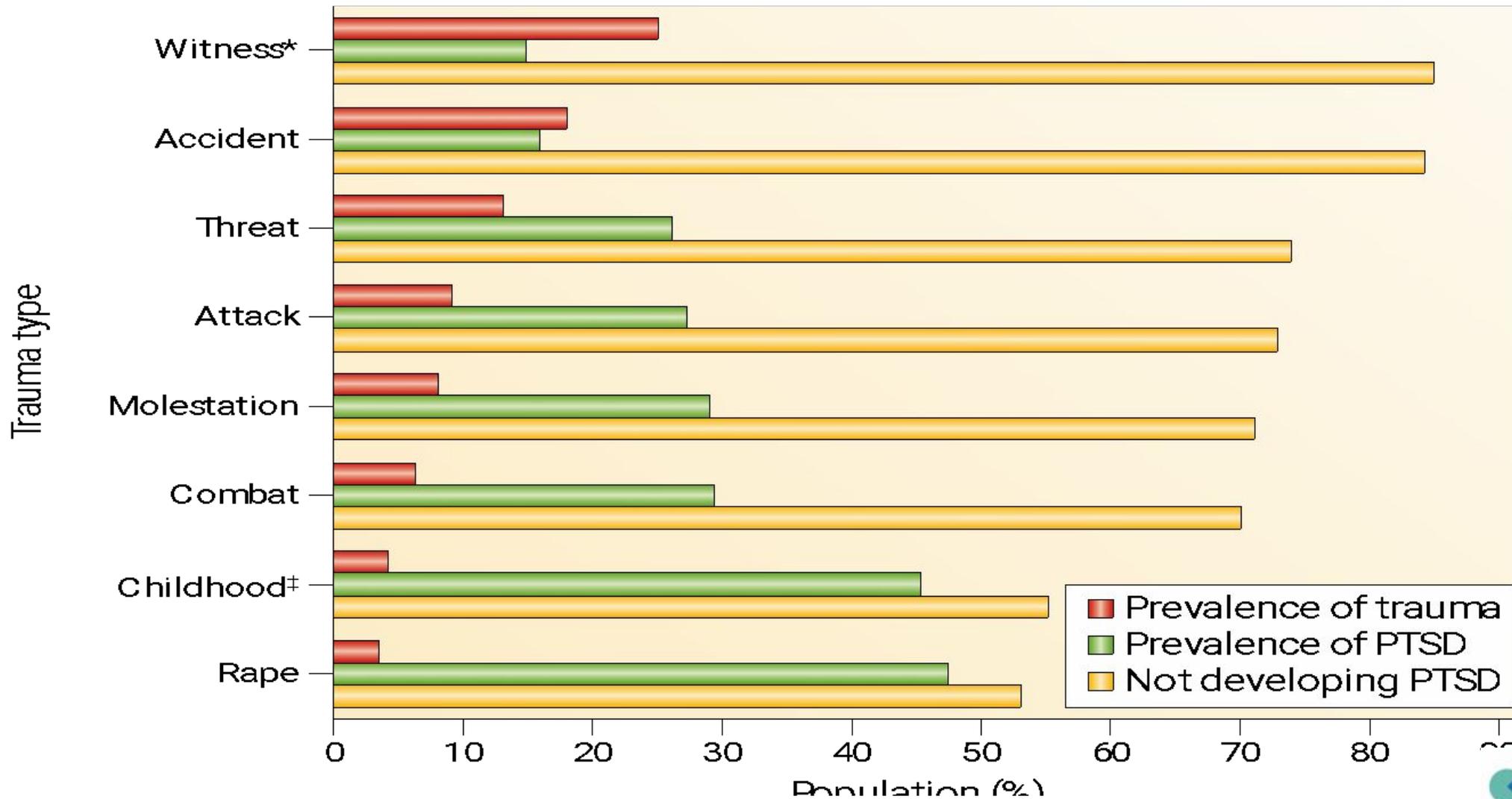
Estructura tripartita

**El elemento unificador
“fenómeno traumático o
estresante”**

- 1 Reexperimentación**
- 2 Evitación/ adormecimiento**
- 3 Hiperalertamiento**



Traumas que producen TEPT



Trastorno de estrés postraumático

Reacción a
estrés agudo

1 mes

Trastorno de estrés
postraumático

Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza,

1. Experiencia directa del suceso traumático
2. Presencia directa del sucedido ocurrido a otros
3. Conocimiento de que el suceso traumático ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos de sucesos traumáticos

Nota: no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté **relacionada con el trabajo**



Trastorno de estrés postraumático

Para cumplir con los criterios completos para el diagnóstico de PTSD, se requiere durante más de 1 mes (antes se requería 6 meses):

Al menos (1) síntoma de **intrusión**.

Al menos (1) de **evitación**.

Al menos (2) síntomas de estado de **ánimo negativo, activación y reactividad alteradas**.

Los síntomas deben generar **disfuncionalidad**



Controversias

1. Cambio del diagnóstico de REA a otro diagnóstico.
2. Presentaciones diferidas cuando llegan de EPS.
3. Entrenamiento por parte de redes externas sobre el diagnóstico
4. Definición estricta Vs laxa.
5. ¿Cuándo remito a psiquiatría?
 - a. Proporcionalidad y tipo de evento
 - b. Síntomas severos tempranos
 - c. Ideación suicida

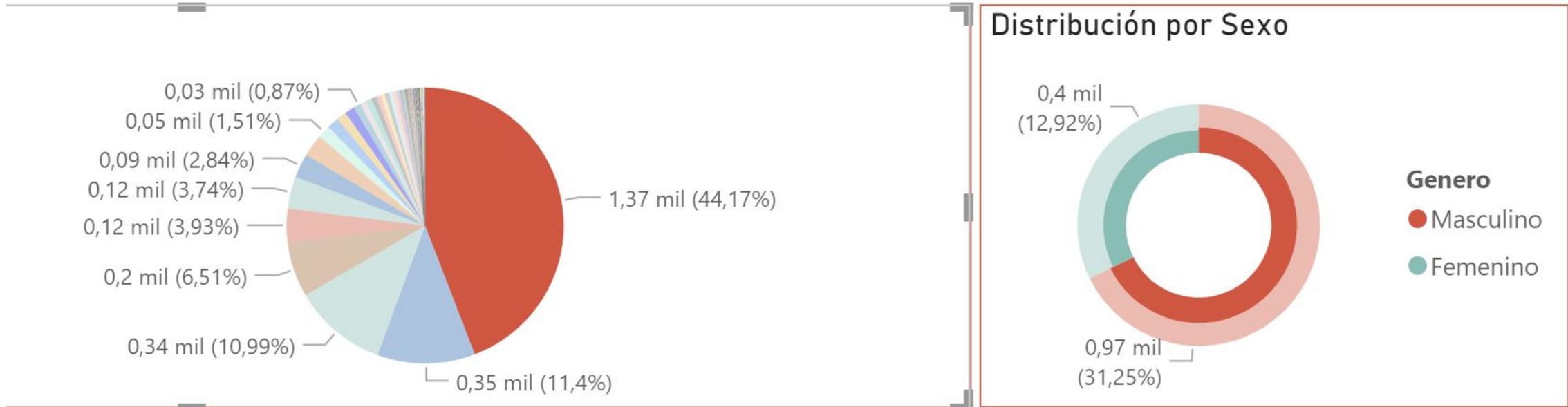
Organiza:

CSOA CORPORACIÓN DE SALUD
OCUPACIONAL Y AMBIENTAL

31 SEMANA
de la SALUD
OCUPACIONAL
Aprendizaje, experiencia y empatía
en un mundo intergeneracional

Trastornos adaptativos

Trastornos adaptativos



44.1% del total de dx en Mutalis: 1,371 (DX #1)

MUJERES: 401: 29,2%
HOMBRES: 970: 70.7%

3104 pacientes atendidos entre enero y marzo de 2023

Trastornos adaptativos



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

- B. Estos síntomas o comportamientos son **clínicamente significativos**:
 - 1. Malestar intenso **desproporcionado a la gravedad o intensidad del factor de estrés**, teniendo en cuenta el contexto externo y los factores culturales que podrían influir en la gravedad y la presentación de los síntomas.
 - 2. Deterioro significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes del funcionamiento.

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

- D. No corresponden a una reacción de duelo.

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

Controversias

1. ¿6 meses ya no es un adaptativo?
2. Proporcionalidad y temporalidad del cuadro
3. ¿Cuándo mejora?
4. ¿Es mejor que otros diagnósticos del eje I?
5. ¿A qué le doy peso al manejo temprano o al origen?

Organiza:

CSOA CORPORACIÓN DE SALUD
OCUPACIONAL Y AMBIENTAL

31 SEMANA
de la SALUD
OCUPACIONAL
Aprendizaje, experiencia y empatía
en un mundo intergeneracional

Trastorno mixto de ansiedad y depresión

Trastorno mixto de ansiedad y depresión



11% del total de dx en Mutalis: 341 paciente (Dx #3)

MUJERES: 221 : 63%
HOMBRES: 129 : 37%

3104 pacientes atendidos entre enero y marzo de 2023

DEPRESIÓN

ANSIEDAD

DEPRESIÓN

85% de los ptes con depresión tienen síntomas significativos de ansiedad.

hasta los 70's, la ansiedad y la depresión como diferentes **manifestaciones de un T. afectivo**

ANSIEDAD

90% de los pacientes con ansiedad presentan síntomas de depresión

Kraepelin: ansiedad fundamental en todas las enfermedades psiquiátricas y **no un trastorno independiente**

Psicofarmacología: dicotomiza la depresión y ansiedad.

F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo

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

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

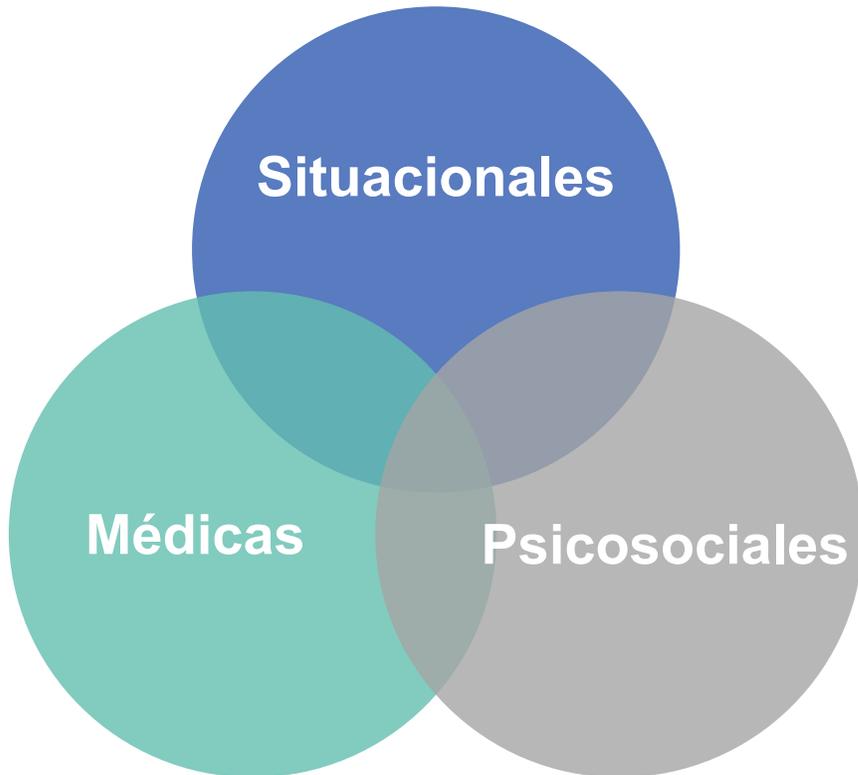
Organiza:

CSOA CORPORACIÓN DE SALUD
OCUPACIONAL Y AMBIENTAL

31 SEMANA
de la SALUD
OCUPACIONAL
Aprendizaje, experiencia y empatía
en un mundo intergeneracional

Trastorno mental y del comportamiento secundario a lesión cerebral

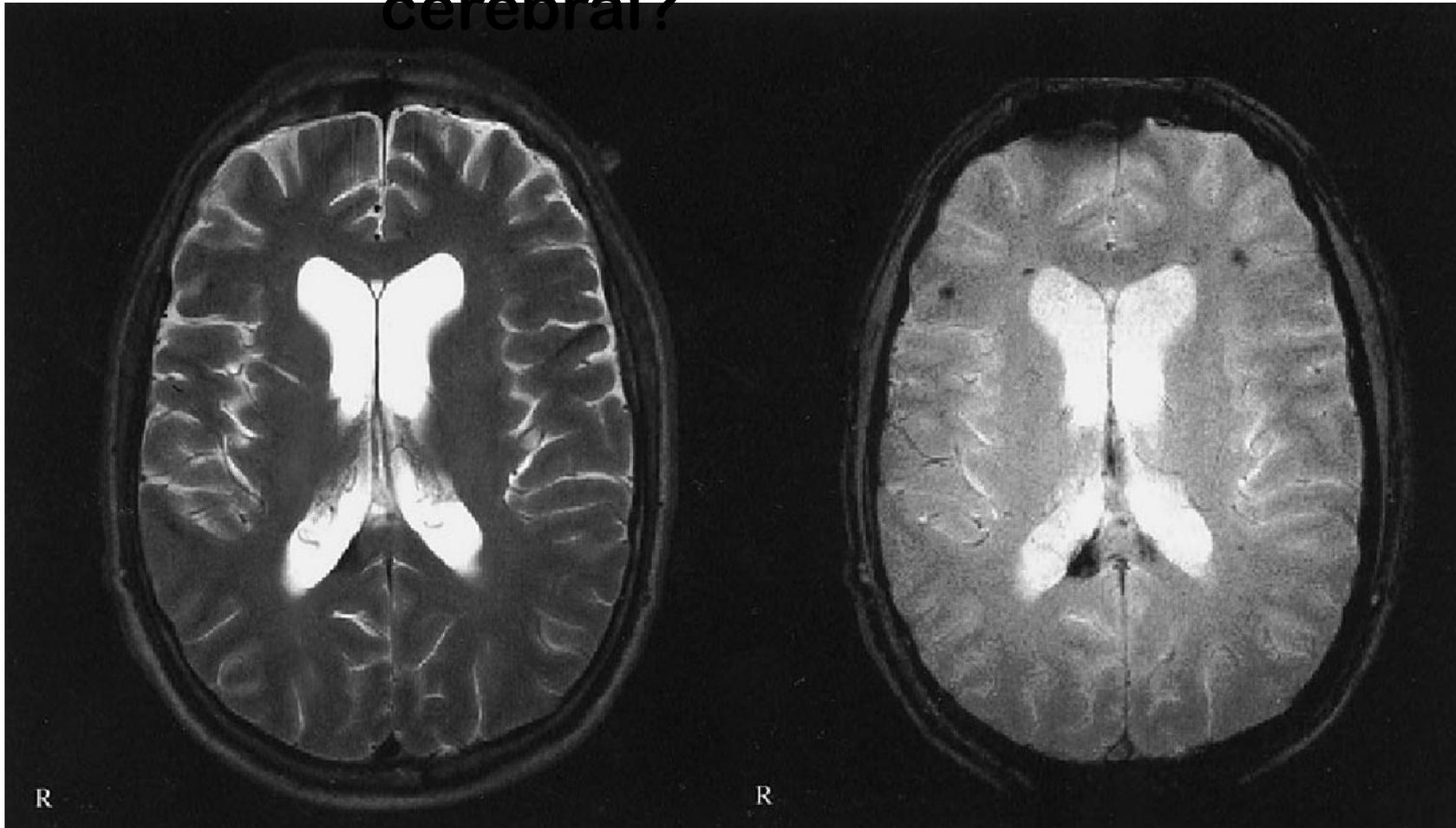
¿Cuál es la evolución del un TCE leve?



Situacionales	Médicas	Psicosociales
<ul style="list-style-type: none">• Litigio• Compensación• Calificación de origen o PCL	<ul style="list-style-type: none">• Otras secuelas secundarias al accidente• Historia previa de TCE leve• Otras enfermedades comórbidas.• Patologías neurodegenerativas	<ul style="list-style-type: none">• Pobre soporte social.• trastorno de la personalidad.• Enfermedad psiquiátrica premórbida.• Consumo de SPA

Depresión y ansiedad después de un TCE leve (12-44%)

¿TAC VS RMN cerebral?



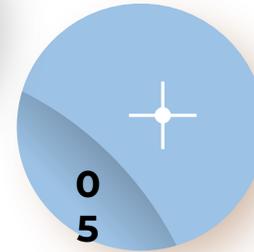
**30% TAC normal con
presencia de alteraciones
en la RMN cerebral.**

Pruebas neuropsicológicas

Velocidad de pensamiento

Validez

Detección simulación o bajo esfuerzo

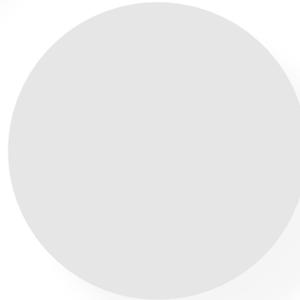
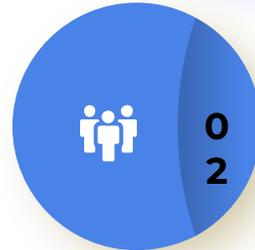


Lenguaje

Expresivo,
receptivo, denominación.

Funcionalidad

¿Cuál es el impacto en su autonomía?

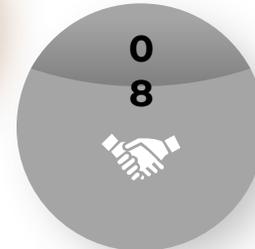
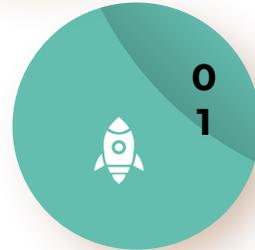


Función ejecutiva

Flexibilidad cognitiva,
memoria de trabajo,
control inhibitorio,
fluidez verbal.

Atención

Sostenida, selectiva,
dividida, alternante.



Memoria

Verbal, visual
semántica, autobiográfica.

Praxias

¿Qué tener en cuenta?

1. **TEC leve: revisar historia, inconsistencias, imágenes, temporalidad y pruebas**
2. **Cuando hacer las pruebas neuropsicológicas?**
3. **Rehabilitación neuropsicológica**
4. **Contar con pruebas neuropsicológicas fiables**
5. **Mutismo, ausencia de lesión cerebral, síntomas atípicos, trauma eléctrico.**
6. **Junta de salud mental**

Organiza:

CSOA CORPORACIÓN DE SALUD
OCUPACIONAL Y AMBIENTAL

31 SEMANA
de la SALUD
OCUPACIONAL
Aprendizaje, experiencia y empatía
en un mundo intergeneracional

Trastorno de ansiedad generalizada
Trastorno de pánico
Trastorno de ansiedad no
especificado

Trastorno de pánico



1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o de “volverse loco.”
13. Miedo a morir.

Trastorno de ansiedad generalizada



T de ansiedad o depresivo no especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de (ansiedad o depresivo) que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad y no cumplen los criterios del trastorno de adaptación con ansiedad o del trastorno de adaptación con ansiedad mixta y ánimo deprimido.

La categoría del trastorno de **(ansiedad o depresivo) no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno de ansiedad específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico** (p. ej., en servicios de urgencias).

Organiza:

CSOA CORPORACIÓN DE SALUD
OCUPACIONAL Y AMBIENTAL

31 SEMANA
de la SALUD
OCUPACIONAL
Aprendizaje, experiencia y empatía
en un mundo intergeneracional

Burnout

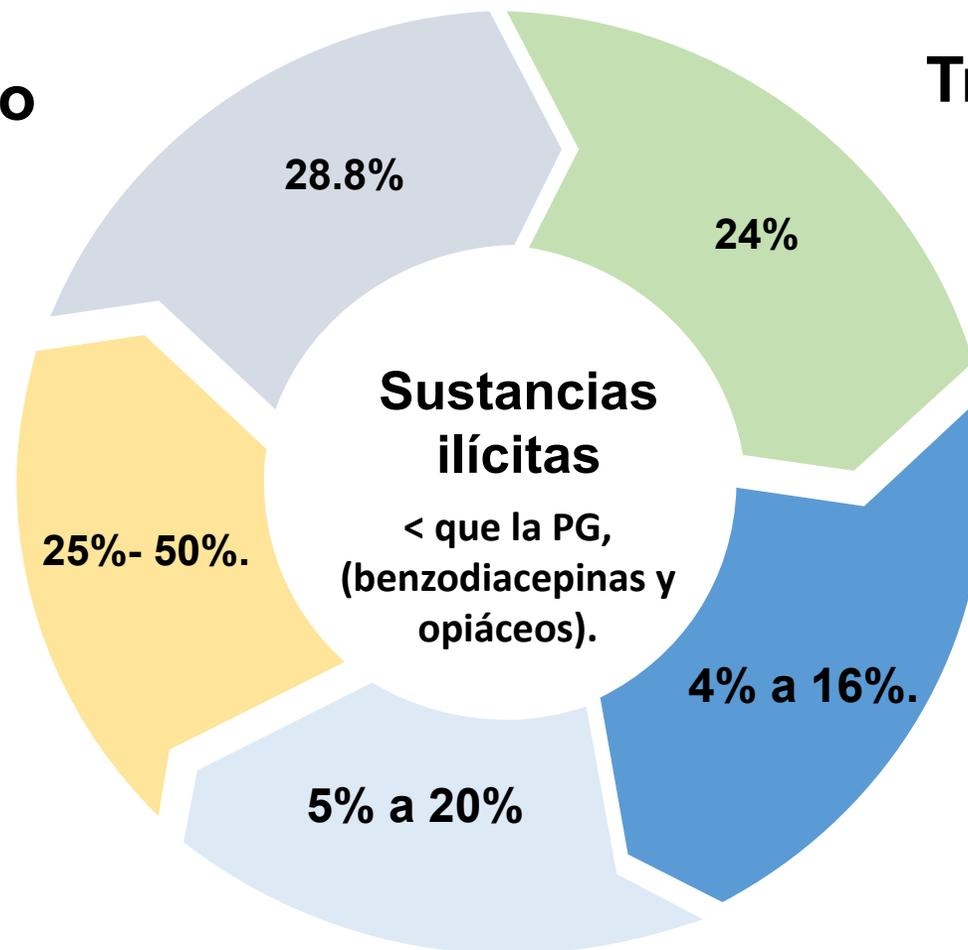
Enfermedad mental en médicos

Trastorno depresivo

**Trastorno de ansiedad
generalizada**

Burnout

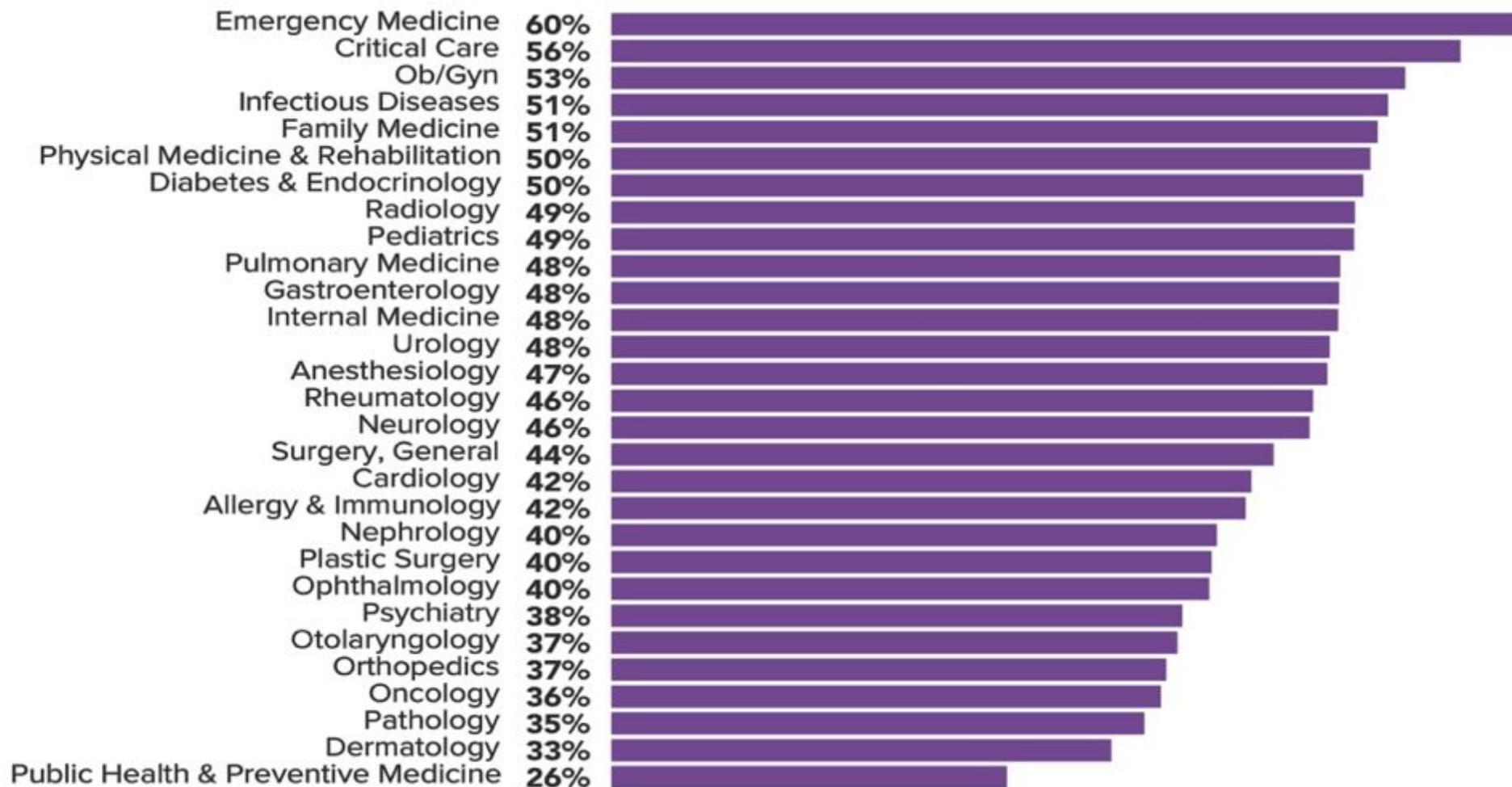
Estrés postraumático



Consumo de alcohol problemático

76.9% sienten que este abuso no es problemático

Prevalencia del Burnout



Maslach Burnout Inventory

1

Cansancio emocional

sentimientos de no poder dar más de uno mismo, al tiempo que disminuyen los propios recursos emocionales

2

Despersonalización

indiferencia y actitudes distantes respecto a los objetivos y utilidad del trabajo. No hay una implicación personal positiva en el proceso de la tarea.

3

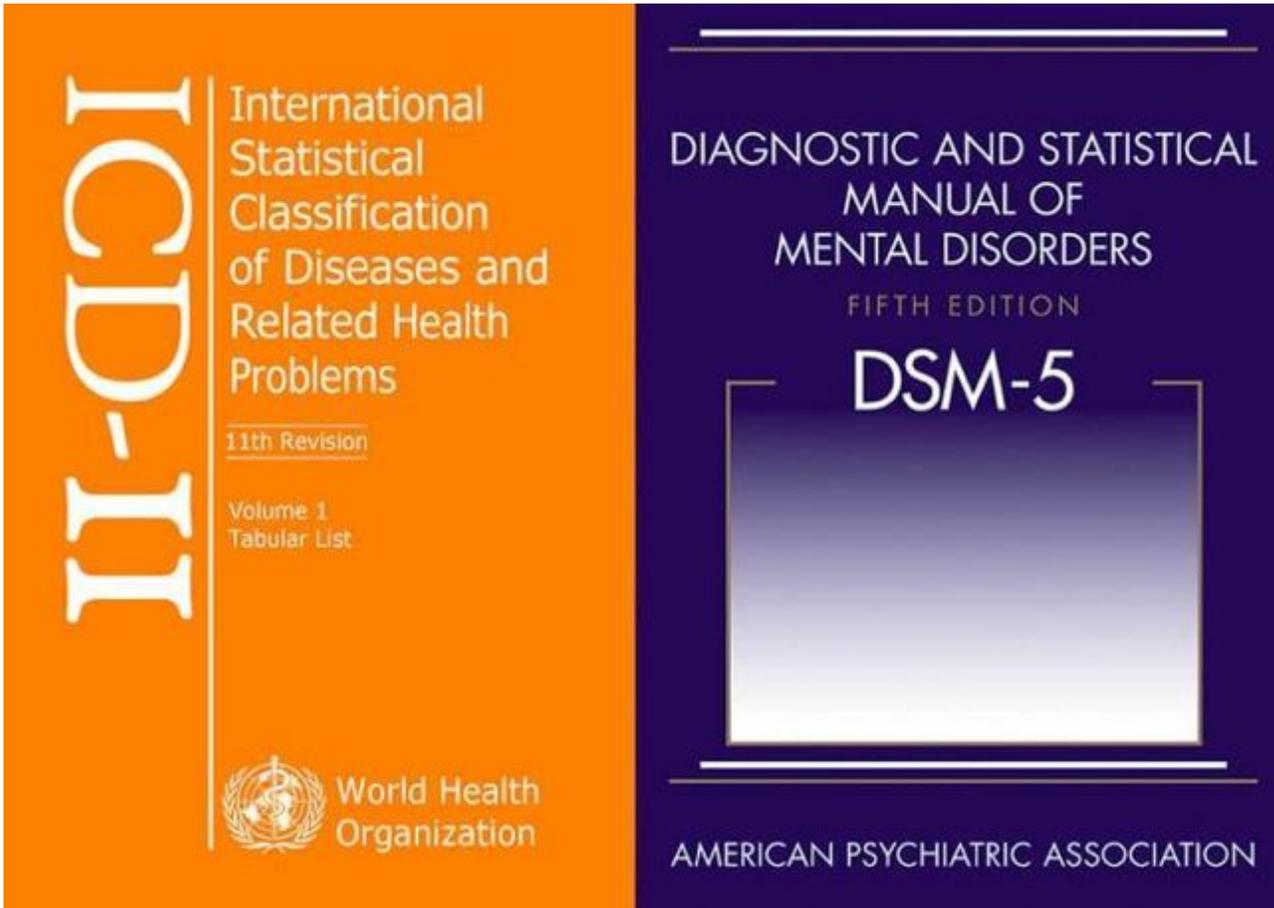
Dificultad para el logro/realización personal

sentimientos de disminución de competencia y logro en el trabajo



Maslach Burnout Inventory

Diagnóstico Burnout



1. Evidencia
2. Etiología

Problemas asociados con el empleo o el desempleo

- “Es un síndrome conceptualizado como resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito.
- Se caracteriza por tres dimensiones:
 - 1) sentimientos de falta de energía o agotamiento;
 - 2) aumento de la distancia mental con respecto al trabajo, o sentimientos negativos o cínicos con respecto al trabajo; y
 - 3) eficacia profesional reducida.
- El síndrome de desgaste ocupacional se refiere **específicamente a los fenómenos en el contexto laboral** y no debe aplicarse para describir experiencias en otras áreas de la vida.



Burnout en Colombia

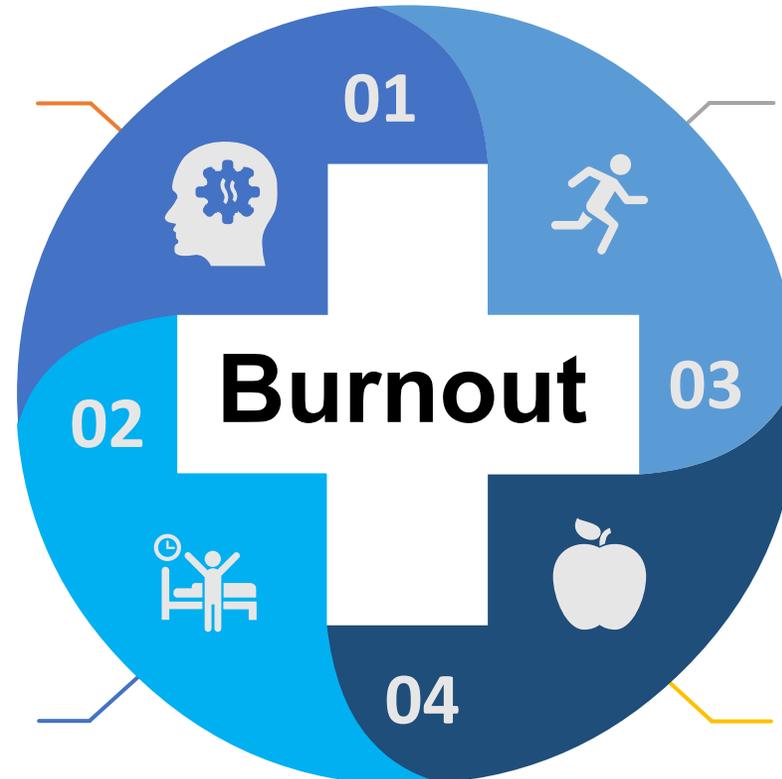
Factores de riesgo ocupacional	Ocupaciones/ Industrias	Enfermedades (CIE 10)
<p>Condiciones de la tarea: demandas de carga mental (velocidad, complejidad, atención, minuciosidad, variedad y apremio de tiempo); el contenido mismo de la tarea que se define a través del nivel de responsabilidad directo (por bienes, por la seguridad de otros, por información confidencial, por vida y salud de otros, por dirección y por resultados); las demandas emocionales (por atención de clientes); especificación de los sistemas de control y definición de roles.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Actividades del sector educativo, servicios sociales y de salud.• Atención a niños y adolescentes en circunstancias de vida difíciles, a personas privadas de la libertad, a farmacodependientes.• Atención a usuarios.• Atención a víctimas, personas con discapacidad, pacientes terminales, personas que trabajan en levantamiento de cadáveres.	<p>Síndrome de <i>burnout</i> (Z73.0).</p>

Fuente: Decreto 1477 de 2014. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia.

Controversias del Burnout

90 % de pacientes cumplen
criterios para depresión

¿Es una enfermedad
laboral directa?



■ Inconsistencias del
constructo de Burnout

el **53%** de los individuos en el grupo de
"alto" agotamiento / depresión,
informaron al menos niveles medios de
satisfacción laboral.

Es un diagnóstico de exclusión



45° Congreso de Ergonomía, Higiene,
Medicina y Seguridad Ocupacional.

Hotel Intercontinental Medellín - Colombia
29, 30 y 31 de octubre de 2025

31

SEMANA
de la SALUD
OCUPACIONAL

Aprendizaje, experiencia y empatía
en un mundo intergeneracional

GRACIAS

Organiza:

CSOA
CORPORACIÓN DE SALUD
OCUPACIONAL Y AMBIENTAL



www.corporacionsoa.co

