



# UNIVERSIDAD DE ALMERIA

Facultad Ciencias de la Salud  
Máster Oficial en Sexología

Curso Académico 2012/2013  
Trabajo de Fin de Máster

## **Valoración del deseo sexual en los pacientes de baja por accidente laboral**

Autora: María del Rocío Nuño Rodríguez.  
Tutora: Dra. Raquel Alarcón Rodríguez

Índice	pag
• <b>Introducción:</b>	
1. Introducción	4
1.1. Concepto y características de los accidente de trabajo	7
1.2. Tipos de accidentes de trabajo (at)	9
1.2.1. A.T. sufrido por el trabajador por cuenta ajena	9
1.2.2. A.T. con ocasión o por consecuencia del trabajo	13
1.2.3. Epidemiología de los accidentes de trabajo	15
2. Concepto de dolor	17
2.1.1. Clasificación según códigos del CIE MSSI	17
2.1.2. Clasificación del dolor según OMS	22
2.1.3. Tratamiento del dolor: analgesia	24
3. Deseo sexual	32
3.1.1. Clasificación de las alteraciones del deseo sexual según DSM IV	33
4. Revisión bibliográfica	34
4.1 Deseo sexual y tiempo libre	34
4.2 Deseo sexual y dolor	35
• <b>Objetivos</b>	38
• <b>Justificación</b>	39
• <b>Hipótesis</b>	42
• <b>Metodología</b>	43
• <b>Resultados</b>	47
Análisis Descriptivos	47
Análisis Bivariante	66
• <b>Discusión</b>	101
• <b>Conclusiones</b>	103
• <b>Bibliografía</b>	104
• <b>Anexos</b>	106

## AGRADECIMIENTOS

El desarrollo de este estudio de investigación ha necesitado que muchas personas dediquen parte de su tiempo, compartan sus conocimientos y apoyen en los momentos en los que perdía la voluntad para continuar, con lo cual deben tener una mención especial en este apartado.

En primer lugar agradecer a mi tutora Dra. Raquel Alarcón por su paciencia y tenacidad y por encontrar las palabras adecuadas para darme el empuje necesario en cada momento. Por compartir ilusión por este proyecto y animarme a seguir adelante.

A mis compañeros de trabajo por ayudarme en todo momento con el estudio de campo, por facilitarme la recogida de datos y por mostrar la seriedad adecuada en todo momento.

A mi pareja por estar ahí en todo momento, por darme los ánimos necesarios y apoyarme sin condiciones.

A las personas con las que he compartido dos años, esas con las que siempre puedo contar, las que te dan la mano y te ayudan cuando lo necesitas; Sergio, Aida, Pedro, Mari, Sandra... Y todos los que formamos la promoción 2011-2013 del máster de sexología. Siempre seremos especiales.

A mi familia por sus ánimos, por los esfuerzos que han realizado para que hoy pueda estar aquí. Porque sólo sea el principio.

A mis amigas en especial a Leticia por comprenderme en todo momento.

Y por supuesto a todos los pacientes que se han prestado su colaboración en el estudio y a MAPESS Fremap por permitirme realizarlo.

*“La vida no es significado; la vida es deseo.”*

*Charles Chaplin*

## INTRODUCCIÓN

El deseo sexual es un apetito y está estrechamente relacionado con la reproducción. Está dirigido por una compleja serie de influencias inhibitorias y estimulantes. Desde hace mucho tiempo, los médicos han reconocido que las alteraciones del deseo pueden estar relacionadas con otras disfunciones sexuales, incluyendo el trastorno de la excitación sexual, la dispareunia y las alteraciones de orgasmo. El deseo sexual está profundamente influido por la emoción. La ira, el miedo y la ansiedad inhiben el deseo sexual. Los temas de relación, las experiencias sexuales previas y la salud global mental y física pueden tener un impacto decisivo en el deseo sexual. Varios investigadores han comunicado la asociación entre las alteraciones del deseo sexual y otros factores de riesgo. La mayoría utiliza datos de las encuestas. Los factores de la relación, las actitudes frente al envejecimiento y la mala salud mental o física se asocian de forma consistente con una reducción del deseo. Las mujeres que han padecido múltiples abusos sexuales en la infancia tienen un mayor riesgo de presentar una alteración del deseo que aquellas que tuvieron un único incidente o ninguno. La reducción del deseo sexual se asocia con el paso de los años, la menopausia, la menopausia quirúrgica en comparación con la menopausia espontánea, con la paridad y con otros problemas sexuales. Varios investigadores han encontrado que el deseo sexual se relaciona con la raza y la etnicidad, de modo que las mujeres negras tienen menos problemas que las blancas o las asiáticas. (Carey J. 2006)

Las enfermedades crónicas pueden asociarse con una reducción de deseo sexual. Las alteraciones hipotalámicas/hipofisarias se asocian con disfunción sexual, tanto en hombres como en mujeres. Las mujeres con diabetes tipo I refieren más problemas con la excitación y la lubricación que los controles. La insuficiencia suprarrenal se asocia con una reducción del deseo y de la excitación. La insuficiencia renal crónica se asoció con una reducción del deseo en las mujeres. Las pacientes con esclerosis múltiple presentan una reducción del deseo sexual y otras disfunciones. La depresión se asocia de forma consistente con una reducción del deseo. La hiperprolactinemia se ha asociado con disfunciones sexuales incluyendo la reducción del deseo. (Carey J. 2006)

La excitación e inhibición del deseo sexual humano afecta múltiples áreas del sistema nervioso central, que incluyen la de la actividad sexual y la del procesamiento emocional. Existe un circuito neuronal común que incluye la corteza cingulada, corteza temporal, ínsula, núcleo caudado, hipotálamo y cerebelo con una lateralización hacia el hemisferio derecho ante estímulos motivacionales positivos y hacia el izquierdo con los negativos. Aunque las áreas activadas son comunes en el hombre y la mujer, existen diferencias cuantitativas intersexo, provocándose un mayor nivel de excitación a nivel del hipocampo y amígdala en los varones ante un estímulo motivacional visual común. Dos áreas del hipocampo, el área preóptica media y el núcleo paraventricular, desempeña un papel relevante en la activación del deseo sexual. La liberación de dopamina y oxitocina de estas áreas estimula el sistema parasimpático desencadenando un mecanismo neurovascular mediado por neurotransmisores como el óxido nítrico y la acetilcolina y caracterizado por la relajación de la musculatura lisa vascular genital y extragenital. La inhibición del deseo sexual está controlada por el núcleo paragigantonuclear, mediado por la serotonina y el sistema simpático que antagoniza la acción de los neurotransmisores proeréctiles. Múltiples enfermedades, neurológicas y sistémicas, así como sus tratamientos interfieren con el deseo sexual masculino. La prevalencia de sintomatología urinaria en varones mayores de 50 años y el impacto de la misma, especialmente la irritativa, en la función sexual obliga al profesional sanitario a replantearse el impacto de la enfermedad y de su tratamiento sobre la calidad de vida del paciente. (García F. 2005)

Factores que afectan al deseo sexual Existe una serie de factores fisiológicos, psicológicos y socio-lógicos que pueden afectar al deseo sexual. Los problemas relacionados con la pareja y la dinámica de la relación contribuyen a las disfunciones sexuales<sup>17</sup>. La asociación entre la actividad sexual y los factores conyugales como la capacidad de comunicarse con la pareja y la duración de la relación fueron evaluados durante una encuesta australiana realizada a 356 mujeres escogidas al azar entre 20 y 70 años<sup>18</sup>. En ella se demostró que las mujeres que no estaban

Deprimidas y que podan comunicar mejor sus necesidades sexuales a sus parejas tengan menos probabilidades de sufrir algún tipo de afección sexual. Las mujeres que declararon estar más satisfechas con sus relaciones de pareja, así como las que otorgaron mayor importancia al sexo, demostraron tener menos probabilidades de sufrir una disminución del deseo. Las mujeres que tenían una relación desde hacía 20 a 29 años tenían mayores probabilidades de experimentar una reducción de su deseo sexual respecto a las que tengan una relación inferior a 5 años 18. En una muestra de pacientes examinadas por el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología, se enumeraron los siguientes factores asociados al DSH por orden de frecuencia: problemas de pareja (en particular relacionados con la comunicación íntima), disfunciones sexuales previas (por ejemplo, la anorgasmia), factores des-conocidos, trastornos afectivos (como la ansiedad y la depresión), trastornos hormonales, drogas y medicamentos, enfermedades crónicas (como la diabetes) y otros factores. Los factores fisiológicos como la edad y la menopausia pueden ejercer también un efecto sobre el deseo sexual. Un análisis secundario a pacientes que participaron en el estudio WISHeS mostro' que la proporción de mujeres cuyo deseo disminuya aumentaba con la edad, mientras que la proporción de mujeres afectadas por la disminución de su deseo sexual descendía con la edad<sup>20</sup>. Los datos epidemiológicos demuestran también que la disminución preocupante del deseo sexual se halla directamente relacionada con afecciones médicas como la depresión, los problemas de tiroides y la incontinencia urinaria<sup>6</sup>. También hay algunos fármacos asociados a la disminución del deseo sexual, como los inhibidores selectivos de receptación de serotonina (ISRS), que suelen recetarse para la depresión. (Cabello F.2010)

## **1.1. CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS DE LOS ACCIDENTE DE TRABAJO**

El Real Decreto Legislativo 1/1994 de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, en su artículo 115 define el accidente de trabajo como “Se entiende por accidente de trabajo toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena”.

Tendrán la consideración de accidentes de trabajo:

- I. Los que sufra el trabajador al ir o al volver del lugar de trabajo.
- II. Los que sufra el trabajador con ocasión o como consecuencia del desempeño de cargos electivos de carácter sindical, así como los ocurridos al ir o al volver del lugar en que se ejerciten las funciones propias de dichos cargos.
- III. Los ocurridos con ocasión o por consecuencia de las tareas que, aun siendo distintas a las de su categoría profesional, ejecute el trabajador en cumplimiento de las órdenes del empresario o espontáneamente en interés del buen funcionamiento de la empresa.
- IV. Los acaecidos en actos de salvamento y en otros de naturaleza análoga, cuando unos y otros tengan conexión con el trabajo.
- V. Las enfermedades, no incluidas en el artículo siguiente, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo.
- VI. Las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente.

- VII. Las consecuencias del accidente que resulten modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación, por enfermedades intercurrentes, que constituyan complicaciones derivadas del proceso patológico determinado por el accidente mismo o tengan su origen en afecciones adquiridas en el nuevo medio en que se haya situado el paciente para su curación.

Se presumirá, salvo prueba en contrario, que son constitutivas de accidente de trabajo las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar del trabajo.

No obstante lo establecido en los apartados anteriores, no tendrán la consideración de accidente de trabajo:

- I. Los que sean debidos a fuerza mayor extraña al trabajo, entendiéndose por ésta la que sea de tal naturaleza que ninguna relación guarde con el trabajo que se ejecutaba al ocurrir el accidente.

En ningún caso se considerará fuerza mayor extraña al trabajo la insolación, el rayo y otros fenómenos análogos de la naturaleza.

- II. Los que sean debidos a dolor o a imprudencia temeraria del trabajador accidentado.

No impedirán la calificación de un accidente como de trabajo:

- I. La imprudencia profesional que es consecuencia del ejercicio habitual de un trabajo y se deriva de la confianza que éste inspira.

La concurrencia de culpabilidad civil o criminal del empresario, de un compañero de trabajo del accidentado o de un tercero, salvo que no guarde relación alguna con el trabajo. (Real Decreto Legislativo 1/1994).



## **1.2. TIPOS DE ACCIDENTES DE TRABAJO (AT)**

Normalmente, el término lesión se asimila a golpe o herida de consecuencias inmediatas, si bien la definición de lesión que da la Real Academia de la Lengua es la de «daño o detrimento corporal por herida, golpe o enfermedad», la cual ya no es normalmente parte de una acción súbita sino diferida en el tiempo.

Ciertamente, a raíz de la Ley de 1900 se suscitó la duda sobre si la enfermedad quedaba dentro o no del concepto de accidente de trabajo, que resultó aclarada con una Sentencia del Tribunal Supremo de 17 de junio de 1903, al considerar que el concepto de accidente incluía también la enfermedad profesional.

En consecuencia, la lesión corporal, no sólo se refiere al hecho que como el golpe, la herida o la quemadura, tienen un reflejo inmediato y directo en su producción, sino a otros que, como la enfermedad en toda su acepción, tanto física como psíquica, común o profesional, venga diferida en el tiempo por su lógica evolución, siempre que, por supuesto, se den en ella los requisitos determinados a nivel legislativo.

### **1.2.1. A.T. SUFRIDO POR EL TRABAJADOR POR CUENTA AJENA**

La Ley de Accidentes de Trabajo de 1955 y su Reglamento, recogían una definición de lo que debía entenderse por trabajador a los efectos de la misma, cosa que no ocurre de forma expresa en el Texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, si bien indirectamente podemos deducir su campo de aplicación, acudiendo a sus artículos 7, 10, 97, 98 y Disposición Adicional Vigésimoséptima.

El artículo 7º extiende el campo de aplicación del sistema de la Seguridad Social a:

- a) Trabajadores por cuenta ajena que presten sus servicios en las condiciones establecidas por el artículo

1.1. Del Estatuto de los Trabajadores en las distintas ramas de la actividad económica o asimilados a ellos, bien sean eventuales, de temporada o fijos, aun de trabajo discontinuo, e incluidos los trabajadores a domicilio, y con independencia, en todos los casos, de la categoría profesional del trabajador, de la forma y cuantía de la remuneración que perciba y de la naturaleza común o especial de su relación laboral.

- b) Trabajadores por cuenta propia o autónoma sean o no titulares de empresas individuales o familiares mayores de dieciocho años, que reúnan los requisitos que de modo expreso se determinen reglamentariamente.
- c) Socios, trabajadores de cooperativas de trabajo asociado.
- d) Estudiantes.
- e) Funcionarios públicos, civiles y militares.

Pudiera pensarse en una aparente contradicción de la Ley General al referir exclusivamente al accidente de trabajo a los trabajadores por cuenta ajena y sin embargo estimar incluidos en el sistema de la Seguridad Social a otros sujetos. No obstante, entendemos que no hay tal, por cuanto que el artículo 7º se refiere al campo de aplicación del sistema de la Seguridad Social y éste está integrado por Régimen General y Regímenes Especiales enumerados en el artículo 10.

En consecuencia, es claro que la definición de accidente de trabajo del artículo 115 viene referida al Régimen General puesto que está incluida dentro del Título II de la Ley correspondiente al mismo. Por tanto en los Regímenes Especiales debe estarse a su específica regulación y ello no obstante estar incluidos en el Sistema de la Seguridad Social y la tendencia a la unidad que debe presidir en el mismo, para lo que las Disposiciones Finales tercera y quinta de la Ley de Financiación de 21 de junio de 1972 y número 5 del artículo 10 de la Ley General de la Seguridad Social prevén la integración o equiparación de los Regímenes Especiales en el General, atendiendo a las características de aquéllos. Precisamente, el Real Decreto 2621/1986, de 24 de diciembre, estableció la integración de los Regímenes Especiales de trabajadores ferroviarios, jugadores de fútbol, representantes de comercio y artistas en el Régimen General.

Sin embargo, lo cierto es que esta equiparación aún no se ha producido de forma completa y por ello sólo serán asimilables en la medida en que hasta el momento está establecida; además, el apartado b) del artículo 98 excluye del Régimen General a los trabajadores incluidos en alguno de los Regímenes Especiales. Acorde con lo anterior es la Sentencia del Tribunal Supremo de 24 de mayo de 1976 (RA 3368), de 28 de marzo de 1994 y de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Navarra de 24 de abril de 1995.

Debemos acudir por tanto al artículo 97 de la Ley General donde se especifica el campo de aplicación del Régimen General, que se extiende obligatoriamente a:

- Los trabajadores por cuenta ajena o asimilados comprendidos en el apartado 1º del artículo 7º, lo que parece coherente con la idea antes expresada, pues al no estimar la obligatoriedad de la inclusión del resto de los trabajadores señalados en este artículo, se está remitiendo implícitamente a las disposiciones que regulan los diferentes regímenes.
- Señala a continuación quiénes se consideran expresamente comprendidos:

a) El personal de alta dirección a que se refiere el art. 2.1.a) del Estatuto de los Trabajadores, siempre que no forme parte del órgano de administración social desempeñando en el mismo funciones de dirección y gerencia de la sociedad.

b) Los conductores de vehículos de turismo al servicio de particulares.

c) El personal civil no funcionario dependiente de organismos, servicios o entidades del Estado.

d) El personal civil no funcionario al servicio de organismos y entidades de la Administración Local, siempre que no estén incluidos en virtud de una ley especial en otro régimen obligatorio de previsión social.

e) Los laicos y seglares que presten servicios retribuidos en los establecimientos o dependencias de las entidades o instituciones eclesiásticas. Por acuerdo especial con la jerarquía eclesiástica competente se regulará la situación de los trabajadores laicos y seglares que presten sus servicios retribuidos a organismos o dependencias de la Iglesia y cuya misión primordial consista en ayudar directamente en la práctica del culto.

f) Las personas que presten servicios retribuidos en las entidades o instituciones de carácter benéfico social.

g) El personal contratado al servicio de notarías, Registros de la Propiedad y demás oficinas o centros similares.

h) Los funcionarios en prácticas que aspiren a incorporarse a cuerpos o escalas de funcionarios que no estén sujetos al Régimen de Clases Pasivas y los altos cargos de las Administraciones Públicas que no sean funcionarios públicos, así como los funcionarios de nuevo ingreso de las comunidades autónomas.

i) Los funcionarios del Estado transferidos a las comunidades autónomas que hayan ingresado o ingresen voluntariamente en cuerpos o escalas propios de la comunidad autónoma de destino, cualquiera que sea el sistema de acceso.

j) Los miembros de las corporaciones locales que desempeñen sus cargos con dedicación exclusiva, a salvo de lo previsto en el artículo 74 de la Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases del Régimen Local. La Disposición Adicional Cuarta del Texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social permite a

los socios de las cooperativas de trabajo asociado la opción entre quedar integrados en el Régimen General como trabajadores por cuenta ajena o como trabajadores autónomos en el Régimen Especial correspondiente.

Igualmente, el número 2 de la Disposición Adicional primera de la Ley General de la Seguridad Social considera incluidos en el concepto de accidentes de trabajo los que sufran los emigrantes por las operaciones realizadas por la Dirección General de Migraciones, siempre que concurren las condiciones que reglamentariamente se determinen, y de idéntica consideración gozarán las enfermedades que tengan su causa directa en el viaje de ida o regreso, si bien las condiciones reglamentarias no han sido desarrolladas, por lo que puede considerarse en vigor la Orden de 23 de diciembre de 1971, que tiene similar contenido.

Por su parte, el Real Decreto 2765/1976, de 12 de noviembre, considera accidente de trabajo el que sufra el individuo sujeto a prestación personal obligatoria, de conformidad con las normas que regulan la Administración Local. Por el contrario el número 2 del artículo 7º de la Ley General de la Seguridad Social, no considera como trabajadores por cuenta ajena, salvo prueba en contrario, al cónyuge, los descendientes, ascendientes y demás parientes del empresario, por consanguinidad o afinidad y, en su caso por adopción hasta el segundo grado inclusive, ocupados en su centro, o centros de trabajo, cuando convivan en su hogar y estén a su cargo.

Además el artículo 98 de la Ley General de la Seguridad Social establece dos exclusiones del Régimen General.

a) los trabajos que se ejecuten ocasionalmente mediante los llamados servicios amistosos, benévolos o de buena vecindad –Sentencias del Tribunal Central de Trabajo de 15 de abril de 1975 (RA 1.845), y de 19 de noviembre de 1984 (RA 8.761).

b) a que ya hemos hecho mención y que se refiere a los trabajadores incluidos en alguno de los Regímenes Especiales.

### **1.2.2. A.T. CON OCASIÓN O POR CONSECUENCIA DEL TRABAJO**

Última de las características o elementos que componen la definición de accidente de trabajo y que se refiere a la relación de causalidad o causa a efecto entre la lesión corporal y el trabajo. Por la amplitud del concepto, da cabida a la consideración de cualquier hecho que ponga en conexión, aun escasamente, a la lesión con el trabajo.

La expresión «con ocasión» parece más bien referida a una relación de tipo inmediato o aparición inminente del efecto (golpe-herida), mientras que «por consecuencia» tiene una acepción mediata en el sentido de poder diferir en el tiempo sus efectos (enfermedad común o profesional) o en el hecho de no provocar directamente la lesión pero dar lugar a que se produzca.

No es suficiente, pues, que un trabajador sufra una lesión corporal, sino que ésta, para su consideración como accidente de trabajo, tiene necesariamente que estar en relación con el trabajo realizado. De producirse un hecho o circunstancia que rompa este nexo causal, el evento perderá la calificación de accidente de trabajo.

La Sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Valencia de 19 de julio de 1994 no considera que las lesiones padecidas por el trabajador fueran derivadas del accidente de trabajo sufrido, habida cuenta que padecía con anterioridad una enfermedad degenerativa por lo que obtuvo baja laboral por enfermedad común, no existiendo, por tanto, relación de causalidad entre lesión y accidente.

La Sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 19 de octubre de 1994, no considera derivada de accidente de trabajo la artrosis diagnosticada al trabajador, pues aun cuando hubiera existido accidente de trabajo, el cuadro clínico no es de etiología traumática, ni sufrió agravación por ello, ni fue la causa desencadenante.

La Sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía-Sevilla de 9 de

Diciembre de 1994, no considera accidente de trabajo el fallecimiento ocurrido a un trabajador que padecía una meningitis aguda y que cayó al suelo cuando prestaba sus servicios habituales en el centro de trabajo, falleciendo en la madrugada del mismo día, tras ser traslado al servicio de urgencias del hospital.

La Sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León-Valladolid de 4 de julio de 1995, no considera acreditada la relación de causalidad entre la lumbalgia aguda por esfuerzo debida a accidente de trabajo de la que fue dado de alta el trabajador y la lumbalgia aguda sufrida meses después.

La Sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía-Granada de 21 de mayo de 1996, no califica de accidente de trabajo la bronquitis crónica asmática intrínseca que padecía el actor, por la que había sido declarado afecto a una incapacidad permanente derivada de enfermedad común, por no haberse acreditado la relación de causalidad entre dicha bronquitis y el trabajo desarrollado en la empresa.

La Sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña-Barcelona de 3 de octubre de 1996 (CD 100/X/1996), no admite que el fallecimiento de un trabajador por asfixia por sumersión en lugar no próximo al centro de trabajo, ni a aquél en que podían encontrarse utensilios para reparar una avería que inicialmente no fue posible, tuviera la consideración de accidente de trabajo.

La Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Valencia de 29 de abril de 1997, declara la inexistencia de accidente de trabajo en el infarto de miocardio ocurrido al ir a entrar al trabajo, sin empezar la jornada y debido, no al trabajo, sino a un esfuerzo deportivo, tres días antes, al faltar el nexo con el trabajo.

### 1.3. EPIDEMIOLOGIA DE LOS ACCIDENTES DE TRABAJO

Se define el Índice de incidencia como el nº de accidentes de trabajo por cada 100.000 trabajadores con las contingencias profesionales cubiertas. Este índice permite relacionar el número de accidentes de trabajo con el número de trabajadores afiliados con las contingencias cubiertas, por lo que es un sistema más ajustado de seguimiento de la siniestralidad laboral que las cifras absolutas de accidentes de trabajo.

Índices de incidencia de los accidentes de trabajo con baja en jornada de trabajo por sector y gravedad, periodo de estudio de febrero de 2012 a enero de 2013. (Ministerio de empleo y seguridad social, 2013)

FEBRERO 2012 A ENERO 2013	Nº ACCIDENTES DE TRABAJO LEVES	INDICE DE INCIDENCIA TRABAJO LEVES	Nº ACCIDENTES DE TRABAJO GRAVES	INDICE DE INCIDENCIA TRABAJO GRAVES	NºACCIDENTES DE TRABAJO MORTALES	INDICE INCIDENCIA TRABAJO MORTALES	Nº ACCIDENTES DE TRABAJO TOTALES
Agrario	24.845	2367	422	40,2	59	5,6	25.326
Industria	85.428	4507	752	39,7	103	5,4	86.283
Construcción	46450	5797	635	79,2	69	8,6	47.154
Servicios	230.333	2186	1729	16,4	215	2,0	232.277
Total	387056	2710	3538	24,8	446	3,1	391040

#### ANDALUCIA

Avance de datos. Estimaciones. Evolución de la accidentalidad con baja en jornada de trabajo en Andalucía datos comparativos periodo: enero a diciembre 2011-2012

	AGRICULTUR A Y PESCA			INDUSTRIA			CONSTRUCCI ON			SERVICIOS			TOTAL SECTORES		
	20 11	20 12	% NC	20 11	20 12	% NC	20 11	20 12	% NC	20 11	20 12	% NC	20 11	20 12	% NC
LEVES	90 61	83 55	- 7. 79	14 13 6	10 75 1	- 23 .9 5	13 33 9	80 95	- 39 .3 1	46 92 8	38 74 1	- 17 .4 5	83 46 4	65 94 2	- 20 .9 9
GRAV ES	14 9	13 7	- 8. 05	15 8	14 3	- 9. 49	23 1	12 7	- 45 .0 2	50 7	48 4	- 4. 54	10 45	89 1	- 14 .7 4
MOR TALES	9	15	66 .6 7	16	15	- 6. 25	19	10	- 47 .3 7	43	42	- 2. 33	87	82	- 5. 75
TOTA L	92 19	85 07	- 7. 72	14 31 0	10 90 9	- 23 .7 7	13 58 9	82 32	- 39 .4 2	47 47 8	39 26 7	- 17 .2 9	84 59 6	66 91 5	- 20 .9 0

Accidentes: Número de accidentes declarados, según Ordenes del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales TAS/2926/2002 de 19 de noviembre y del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de 16 de diciembre de 1987, acumulado en el periodo considerado.



## ALMERÍA

Avance de datos. Estimaciones. Evolución de la accidentalidad con baja en jornada de trabajo en Almería datos comparativos periodo: enero a diciembre 2011-2012

	AGRICULTUR A Y PESCA			INDUSTRIA			CONSTRUCCI ON			SERVICIOS			TOTAL SECTORES		
	20 11	20 12	%I NC	20 11	20 12	%I NC	20 11	20 12	%I NC	20 11	20 12	%I NC	20 11	20 12	%I NC
LEVES	10 31	10 74	4.1 7	91 1	68 3	- 25. 03	81 6	54 1	- 33. 70	42 47	34 49	- 18. 79	70 05	57 47	- 17. 96
GRAV ES	8	15	87. 5	11	15	36. 36	12	8	- 33. 33	23	31	34. 78	54	69	27. 78
MORT ALES	0	2		4	1	- 75. 00	0	1		11	8	- 27. 27	15	12	- 20. 00
TOTAL	10 39	10 91	5.0 0	92 6	69 9	24. 51	82 8	55 0	- 33. 57	42 81	34 88	- 18. 52	70 74	58 28	- 17. 61

## **2. CONCEPTO DE DOLOR**

La International Association for the Study of Pain define el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño”. Esta es la definición hoy por hoy más aceptada.

El dolor es siempre subjetivo. Cada individuo aprende el significado de la palabra a través de experiencias relacionadas con un daño en las etapas iniciales de la vida. Desde un punto de vista biológico, el estímulo que produce el dolor indica que su causa podría dañar los tejidos, es por tanto una información del sistema nervioso sobre todo lo que suponga una amenaza para la vida. Pero no es solo una sensación subjetiva, sino que al ser esa sensación siempre desagradable se convierte en una experiencia emocional, en sufrimiento. Esta definición incluye el dolor no originado por un daño tisular o sin causa patológica, esto es, el dolor psicógeno, ya que al ser una sensación subjetiva, no se puede diferenciar de la provocada por daño tisular. (MSSI, 2012)

### **2.1. CLASIFICACION SEGÚN CODIGOS DEL CIE MSSI**

#### **1. Dolor agudo**

El dolor agudo es el desencadenado por la lesión de los tejidos y por la activación de los nociceptores en el sitio del daño local. El dolor agudo dura un lapso de tiempo relativamente limitado y por lo común desaparece cuando se resuelve la alteración que lo provocó. Se observa después de traumatismos, intervenciones quirúrgicas y algunos cuadros patológicos (ej. Inflammaciones). (Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Boletín numero 37, marzo 2012)

#### **2. Dolor Crónico**

El dolor crónico suele definirse como aquel que se mantiene durante más de tres meses (para algunos autores más de seis) o perdura más allá de su curso habitual. El dolor crónico es aquel que persiste y es desproporcionado al proceso que lo origina, no evolucionando a la curación. En el paciente con dolor crónico el síntoma es la enfermedad, con el tiempo el dolor no sólo no desaparece sino que se desarrolla un cuadro de sensibilización no existiendo a menudo una correspondencia entre el

sufrimiento experimentado y la magnitud de la lesión. No hay un tiempo claramente definido para que el dolor se convierta en crónico, debiendo estar documentada dicha condición en el informe clínico. (Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Boletín numero 37, marzo 2012.)

### 3. Dolor postraumático o debido a traumatismo

Es el dolor que resulta de traumatismos graves, como por ejemplo traumatismo, torácico, abdominal o pélvico, quemaduras, fracturas óseas. El dolor se encuentra habitualmente de manera constante desde el momento de la lesión hasta la corrección de la misma (a menudo por medios quirúrgicos) y desde el momento que comienza la rehabilitación hasta que se recupera el funcionamiento normal. Así pues existe una fase aguda o de recuperación y otra de rehabilitación o crónica. ( . Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Boletín numero 37, marzo 2012.)

#### Dolor postoperatorio

Es el dolor que se produce después de una cirugía. El dolor quirúrgico origina una respuesta endocrina que se traduce en una mayor secreción de corticoides, catecolaminas y otras hormonas propias de una respuesta de estrés, que puede influir en la morbilidad y la mortalidad perioperatoria. Por defecto, los dolores postoperatorios no especificados como agudos o crónicos, se codifican como agudos. (. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Boletín numero 37, marzo 2012.)

### 4. Dolor debido a dispositivos, implantes e injertos

El dolor asociado con dispositivos, implantes o injertos colocados en un lugar quirúrgico (por ejemplo prótesis de cadera dolorosa) precisa de dos códigos, uno el código del capítulo 17 para describir la complicación y se utilizará además un código de la categoría 338 para identificar el tipo de dolor. Debe añadirse además un código V para identificar la localización anatómica en la que se encuentra el dispositivo, prótesis etc. (Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Boletín numero 37, marzo 2012.)

## 5. Dolor oncológico o relacionado con neoplasia

El dolor oncológico es el producido por una neoplasia, cáncer o tumor. Incluye el dolor que depende de la evolución de la enfermedad y el debido a los tratamientos. El dolor documentado como relacionado, asociado o debido a una neoplasia maligna tanto primaria como secundaria (metástasis). (Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Boletín numero 37, marzo 2012.)

## 6. Dolor Neuropático

El dolor neuropático es el causado por una lesión o disfunción del sistema de transmisión del dolor, es decir del sistema nervioso, bien a nivel del sistema nervioso central, periférico o del sistema simpático. (Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Boletín numero 37, marzo 2012.)

Dolor neuropático de origen central Es el dolor iniciado o causado por una lesión primaria o disfunción del sistema nervioso central. La lesión se puede localizar a nivel de la médula espinal, denominándose dolor central por lesión medular o dolor mielopático, cuya causa puede ser por ejemplo una sección medular (apareciendo dolor por debajo de la lesión), una mielitis transversa en una esclerosis múltiple o una siringomielia.

También la lesión puede localizarse a nivel cerebral, por encima de la unión bulbomedular, tanto a nivel de la corteza como del tálamo (dolor talámico), cuya etiología suele ser vascular (ictus).

- Dolor neuropático de origen periférico Es el dolor iniciado o causado por una lesión primaria o disfunción del sistema nervioso periférico, es decir, raíces nerviosas, plexos nerviosos y nervios.
  - i. La radiculopatía o radiculitis es el dolor provocado por la distensión de las raíces cervicales o lumbares debido, por ejemplo, a la compresión de un disco o una prominencia ósea. Es un dolor distribuido por un dermatoma, se acentúa con las maniobras de estiramiento, se acompaña de hipoestesia y a veces de pérdida de fuerza.

- ii. La plexopatía hace referencia a la lesión de un plexo nervioso. A nivel de las extremidades, las ramas anteriores de los nervios espinales forman unas complejas redes nerviosas, llamadas plexos nerviosos, distinguiéndose el plexo cervical, braquial y lumbosacro. Aparece dolor en el territorio de inervación del plexo correspondiente, asociándose alteraciones sensitivas y motoras. La etiología puede ser postraumática, por compresión, post-radioterapia, entre otras.
- iii. La neuritis o neuralgia se define como el dolor en el territorio de distribución de uno o varios nervios. En general, si se afecta un solo nervio se habla de mononeuritis y si se afectan varios de polineuropatía o polineuritis.

#### 7. Síndrome de dolor crónico

Es el dolor crónico asociado con una disfunción psicosocial importante. Se caracteriza por: (Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Boletín numero 37, marzo 2012.)

- Persistente (+ de 6 meses) o recurrente
- Poca respuesta al tratamiento
- Provocar un deterioro significativo y progresivo de las capacidades funcionales y relacionales del paciente en sus actividades de la vida diaria, tanto en su domicilio o en el trabajo. No se debe confundir la expresión “dolor crónico”, con el Síndrome de dolor crónico. Esta entidad solo debe usarse cuando en el informe clínico se documente específicamente esta condición.

#### 8. Dolor Psicógeno

Se considera que existe dolor psicógeno cuando no es posible identificar un mecanismo nociceptivo o neuropático y hay suficientes síntomas psicológicos para cumplir con los criterios de afección con dolor somatiforme, depresión y otros de la categoría diagnóstica DSM-IV que se relaciona con las quejas de dolor. No hay que

olvidar que el dolor psicógeno es real y que precisa tratamiento específico. Una situación diferente es la presencia de dolor asociado con factores psicológicos, no atribuido exclusivamente a ellos. (Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Boletín numero 37, marzo 2012.)

Otros tipos de dolor Se describen a continuación algunos cuadros que aparecen en la práctica clínica y que no se han incluido en apartados anteriores.

- Dolor en cicatriz La cicatriz dolorosa
- Síndrome de dolor miofascial: Se caracteriza por la presencia de puntos hipersensibles, llamados “gatillo”, en el interior de uno o más músculos o en el tejido conectivo circundante, que se asocian a dolor a la palpación y espasmo, rigidez y limitación del movimiento. El dolor por lo general se irradia a una zona distante desde el punto gatillo.
- Fibromialgia: es un síndrome clínico que se caracteriza por dolor difuso (por encima y por debajo de la cintura, y de forma bilateral) de tipo crónico y puntos múltiples de sensibilidad. Asocia otros síntomas como fatiga, alteración del sueño, ánimo depresivo, ansiedad.
- Síndrome de la boca quemante o glosodinia Es el dolor urente de la mucosa intrabucal que no se asocia a ninguna enfermedad que lo provoque. .(MSSI, 2012)

## 2.2. CLASIFICACIÓN DEL DOLOR SEGÚN OMS

La clasificación del dolor la podemos hacer atendiendo a su duración, patogenia, localización, curso, intensidad, factores pronóstico de control del dolor y, finalmente, según la farmacología.

### 1. Según su duración

- Agudo: Limitado en el tiempo, con escaso componente psicológico. El paciente reacciona intentando eliminar la causa que lo provoca; Tiene un significado funcional de alarma y de protección del individuo. Es biológicamente útil ante una agresión. Tiene gran valor topográfico y de precisión de la agresión. Desaparece o disminuye cuando cesa la causa. Sin embargo, pueden existir situaciones graves que no se acompañan de dolor. Proporcional

(arrancamientos de miembros). El dolor agudo siempre debe ser estudiado, diagnosticado y tratado antes de que se complique o se cronifique. La respuesta al dolor agudo es adrenérgica. Puede desencadenar estrés, ansiedad, alteraciones cardio-vasculares, respiratorias y del sistema inmune. Hay menor componente psíquico frente al orgánico. (O.M.S. Dolor iatrogénico. Oncología (Barc.) v.28 n.3 Madrid mar. 2005)

- Crónico: Ilimitado en su duración, se acompaña de componente psicológico; definido como: “Aquella situación dolorosa de más de tres meses de duración” Es el dolor típico del paciente con cáncer. Persiste después de la lesión que la originó .Se valora como inútil y pernicioso para el individuo. Carece de misión protectora .Se asocia de forma frecuente a depresión y alteraciones del estado de ánimo y a agotamiento físico. La causa del dolor es el dolor en sí mismo. (O.M.S. Dolor iatrogénico. Oncología (Barc.) v.28 n.3 Madrid mar. 2005)

## 2. Según su patogenia

- Neuropático: Está producido por estímulo directo del sistema nervioso central o por lesión de vías nerviosas periféricas. Se describe como punzante, quemante, acompañado de parestesias y disestesias, hiperalgesia, hiperestesia y alodinia.
- Nocioceptivo: Este tipo de dolor es el más frecuente y se divide en somático y visceral
- Psicógeno: Interviene el ambiente psico-social que rodea al individuo. Es típica la necesidad de un aumento constante de las dosis de analgésicos con escasa eficacia. (O.M.S. Dolor iatrogénico. Oncología (Barc.) v.28 n.3 Madrid mar. 2005)

## 3. Según la localización

- Somático: Se produce por la excitación anormal de nocioceptores somáticos superficiales o profundos (piel, musculoesquelético, vasos, etc.). Es un dolor localizado, punzante y que se irradia siguiendo trayectos nerviosos. El más frecuente es el dolor óseo producido por metástasis óseas. El tratamiento debe incluir un antiinflamatorio no esteroideo (AINE.)

- Visceral: Se produce por la excitación anormal de nociceptores viscerales. Este dolor se localiza mal, es continuo y profundo. Asimismo puede irradiarse a zonas alejadas al lugar donde se originó. Frecuentemente se acompaña de síntomas neurovegetativos (O.M.S. Dolor iatrogénico. Oncología (Barc.) v.28 n.3 Madrid mar. 2005)

#### 4. Según el curso

- Continuo: Persistente a lo largo del día y no desaparece.
- Irruptivo: Exacerbación transitoria del dolor en pacientes bien controlados con dolor de fondo estable. El dolor incidental es un subtipo del dolor irruptivo inducido por el movimiento o alguna acción voluntaria del paciente (O.M.S. Dolor iatrogénico. Oncología (Barc.) v.28 n.3 Madrid mar. 2005).

#### 5. Según la intensidad

- Leve: Puede realizar actividades habituales.
- Moderado: Interfiere con las actividades habituales. Precisa tratamiento con opioides menores.
- Severo: Interfiere con el descanso. Precisa opioides mayores. (Cambero M. 2011)

### **2.3 TRATAMIENTO DEL DOLOR: ANALGESIA**

Según la intensidad del dolor, así serán las dosis y las características del analgésico a emplear. Siguiendo las recomendaciones de la OMS, el dolor de baja intensidad se trata con analgésicos antitérmicos, comenzando por el paracetamol, que tiene menos efectos adversos; si resulta ineficaz o la intensidad del dolor es mayor, se emplea la aspirina, y después las pirazonas. En un nivel mayor de dolor, puede optarse por un opiáceo débil como la codeína o propoxifeno asociado a un analgésico antitérmico o a otro AINE de más potencia como el ibuprofeno. Un nivel superior de intensidad de dolor precisará un opiáceo potente, primero por vía oral, e intravenosa después, si fuera preciso (Mosquera J. y Galdós P. 2001).



Si fracasara esta secuencia, sería necesario acudir a técnicas de anestesia-analgésia locorregional.

En principio los analgésicos permiten el control del dolor sin gran dificultad, siempre y cuando se establezcan las dosis y los intervalos adecuados para evitar que el dolor vuelva a aparecer.

Cuando se emplean mórnicos, existe una clara tendencia a analgesia poco por el miedo a los efectos adversos que se describen después. Debe recordarse que es excepcional la adicción de un paciente que realmente presente gran intensidad de dolores. La adicción solo se produce cuando las dosis son excesivas o el paciente no tiene dolor (Mosquera J. y Galdós P. 2001).

Cuando el dolor se prolonga durante semanas hasta hacerse crónico, ya no es un síntoma protector sino una enfermedad casi independiente de la causa que lo produce. Estos casos son lo suficiente frecuentes y difíciles de tratar como para crear una especialidad médica específica. En el dolor crónico no solo se emplean los analgésicos, son también técnicas quirúrgicas de la anestesia locorregional. Además, se utiliza un elevado número de fármacos coadyuvantes, como los antidepresivos o los neurolépticos para modificar la aceptación del dolor así como glucocorticoides y anticonvulsivos, en el dolor neuropático. Suelen ser tratamientos prolongados en los que se involucra al propio paciente para la autoadministración del fármaco y por tanto en el autocontrol del dolor (Mosquera J. y Galdós P. 2001)

#### Analgesicos narcoticos

Los analgésicos narcóticos se denominan también opiáceos, opioides o mórnicos. Estos fármacos proceden del jugo de la adormidera, primera preparación que demostró sus propiedades analgésicas, sedantes y euforizantes. Opio significa jugo en griego, y de ahí la utilización de los términos opiáceos opioides. El alcaloide natural más significativo obtenido del opio es la morfina, que se utiliza como referencia o patrón para comparar el resto de los fármacos mórnicos.

Se utilizan para el tratamiento del dolor de mediana a gran intensidad. Algunos son tan potentes que se usan de modo casi exclusivo en la anestesia general, como el fentanilo, el alfentanilo, el sufentanilo y el remifentanilo (Mosquera J. y Galdós P. 2001).

- Morfina

Actúa sobre los receptores específicos (opioides) que también se estimulan por sustancias de producción endógena, similares a los opiáceos, como las betaendorfinas y algunas encefalinas. Estos receptores se localizan irregularmente en muchos puntos del cerebro, medula, mesencéfalo, tálamo, sistema límbico y corteza. Su estimulación produce un efecto inhibitorio, de tal forma que atenúan la sensación dolorosa y anulan o reducen el carácter desagradable (Mosquera J. y Galdós P. 2001).

- Metadona

Sus efectos son los mismos que los de la morfina, aunque su potencia analgésica es ligeramente menor. No debe emplearse como analgésico porque se acumula. Sirve para atenuar el síndrome de abstinencia de paciente heroinómano, por su efecto prolongado (Mosquera J. y Galdós P. 2001).

- Codeína

Se utiliza como antitusígeno en la tos irritativa, no productiva. También se emplea como analgésico asociado a otros no narcóticos, como el paracetamol o la aspirina. Su efecto analgésico es menor que el de la morfina, pero mayor que el de los mencionados. El efecto narcótico es también escaso por lo que apenas produce adicción (Mosquera J. y Galdós P. 2001).

- Dextropropoxifeno

Es menos potente que la codeína. Se puede utilizar en dolores poco intensos. La adicción no es frecuente (Mosquera J. y Galdós P. 2001).

- Meperidina

Es un buen analgésico de uso frecuente. Produce taquicardia por efecto anticolinérgico: es la alternativa a la morfina cuando existe hiperestimulación vagal. También produce depresión respiratoria e hipotensión. En dosis altas puede ocasionar temblor, fasciculaciones y convulsiones, como efectos exclusivos de este fármaco.

Por lo general se administra por vía intramuscular, intravenosa muy lenta y subcutánea, en dosis de 50 mg para un individuo adulto. La duración de su efecto esta en torno a las cuatro horas.

Se emplea en pacientes politraumatizados y en postoperatorios de cirugía mayor. Sustituye a la morfina en el cólico biliar y la pancreatitis (porque no produce espasmo de la vía biliar), y en el infarto agudo de miocardio porque no produce bradicardia (Mosquera J. y Galdós P. 2001).

- Pentazocina

Tiene una potencia menor que la morfina y algo que mayor que la codeína.

Es un agonista con efecto antagonista débil; es decir, si se ha administrado un mórfico previamente, la pentazocina neutraliza las acciones del mismo.

Además de los efectos adversos característicos de los opiáceos, produce taquicardia, hipertensión grave y efectos centrales como cansancio, desorientación, mareo, ansiedad, pesadillas y alucinaciones. Por su acción cardiovascular está contraindicada en pacientes cardiópatas o hipertensos.

La idea de que este fármaco no produce adicción es errónea, aunque sí es cierto que lo hace con menos frecuencia que otros.

No se emplea porque presenta más inconvenientes que los demás (Mosquera J. y Galdós P. 2001).

- Bupemorfina

Es también un agonista-antagonista; puede contrarrestar los efectos de los mórficos previamente administrados por lo que no debe utilizarse junto con otros fármacos opiáceos.

Tiene una buena absorción por vía oral, sublingual o intramuscular. También puede emplearse por vía intravenosa.

Su potencia analgésica es algo menor que la de la morfina. La duración del efecto es de unas ocho horas.

Tiene pocos efectos adversos en las dosis habituales y carece de efecto cardiovascular (Mosquera J. y Galdós P. 2001).

- Tramadol

De potencia semejante a la codeína, la duración de su efecto es de unas 6 a 8 horas, y produce poco estreñimiento.

Como efectos adversos pueden aparecer mareo, sedación, euforia, náuseas y sequedad de boca. La depresión respiratoria es poco significativa. La dependencia física parece presentarse con muy poca frecuencia y escasa intensidad. En principio está contraindicado en el infarto agudo de miocardio, debido a que produce taquicardia.

Se emplea en dolores de moderada intensidad solo o asociado a AINE (Mosquera J. y Galdós P. 2001).

- Fentanilo

Es un fármaco con una potencia que es aproximadamente 100 veces superior a la de la morfina y de acción corta. Aunque por este motivo se estudia como fármaco empleado en la anestesia, también se usa como analgésico por vía intravenosa, suele emplearse cuando se practican intervenciones cortas pero dolorosas, como la cura de heridas, exploraciones, etc. (Mosquera J. y Galdós P. 2001)

#### Analgésicos no narcóticos antitérmicos

Este grupo, conocido como el de los analgésicos-antitérmicos, se incluyen aquellos fármacos que no tienen propiedades narcóticas, es decir, que no producen somnolencia, sedación ni euforia y que por tanto no causan adicción. Son menos potentes que cualquier opiáceo, pero tiene capacidad antipirética, pudiéndose utilizar como antitérmicos.

Se emplean en el tratamiento de dolores de escasa intensidad, habitualmente no viscerales, como las artralgias, las mialgias y las cefalalgias.

Este grupo incluye a su vez tres grupos de fármacos: el ácido acetilsalicílico y sus derivados, el paracetamol y las pirazolonas (Mosquera J. y Galdós P. 2001).

- **Ácido acetilsalicílico**

La aspirina se emplea como analgésico para el dolor no visceral de mediana o reducida intensidad. Normalmente, se dice que es eficaz en el tratamiento de

cefalalgias, mialgias y artralgias. También es útil en los dolores dentales, radiculares y postoperatorios de escasa intensidad.

Efectos adversos: es sin duda, el analgésico más utilizado para cualquier tipo de dolor, casi siempre sin prescripción ni control médico y con absoluto desconocimiento de los riesgos (Mosquera J. y Galdós P. 2001).

Suele producir irritación gástrica debido a la inhibición de la prostaglandina E2 que protege la mucosa gástrica. Aunque no son frecuentes, a veces surgen reacciones de hipersensibilidad, como urticaria, edema laríngeo y crisis asmáticas.

- Acetilsalicilato de lisina

Es similar a la aspirina en todos los efectos. Sin embargo, es un compuesto soluble que puede administrarse por vía intravenosa. Por vía oral, se absorbe más rápidamente que la aspirina y por tanto el efecto es más rápido.

- Diflunisal

Parece que tiene menos efectos gástricos que la aspirina. Su acción dura de 8 a 12 horas, pero su comienzo es lento, hasta de una hora. Por este motivo, se emplea poco analgésico (Mosquera J. y Galdós P. 2001).

- Fosfosal

Apenas produce irritación gástricas, pero tiene un escaso efecto analgésico (Mosquera J. y Galdós P. 2001).

- Paracetamol

Como analgésico, sus indicaciones son las mismas que las del ácido acetilsalicílico. Como analgésico y antitérmico es algo menos potente; sin embargo no produce irritación gástrica. Por este motivo, debería ser el primer analgésico a utilizar en el orden de tratamiento o preferencia. Como ya se ha señalado, carece de efecto antiinflamatorio.

Solo es tóxico en dosis alta; en este caso, produce necrosis hepática grave (Mosquera J. y Galdós P. 2001).

## **Pirazolonas**

Los fármacos de mayor utilización del grupo son la dipirona magnésica o metamizol y la propifenazona, que no presentan apenas diferencias. La fenilbutazona, que pertenece a este grupo, no se emplea como analgésico por ser el de máximo riesgo dentro de los AINE (Mosquera J. y Galdós P. 2001).

- Dipirona y propifenazona

Son muy semejantes. Producen menor irritación gástrica que los salicilatos, y en estos dos fármacos el riesgo de agranulociosis atribuido al grupo es bajo. Con el tratamiento prolongado pueden producirse leucopenia y trombocitopenia, que desaparecen tras la supresión del fármaco.

El metamizol o dipirona es un excelente analgésico y antitérmico, así como antiinflamatorio; más potente en sus tres acciones que los fármacos anteriores.

Se utiliza en el tratamiento de dolores de tipo medio y también dolores viscerales, porque tiene un efecto relajante sobre la fibra muscular lisa. . (Mosquera J. y Galdós P. 2001)

#### **Antiinflamatorios no esteroideos AINE**

En el grupo de los AINE se pueden incluir los salicilatos y las parolinas, ya que todos ellos tienen una acción antiinflamatoria, además de la analgésica y antitérmica. Sin embargo, el término AINE se aplica más bien a un grupo heterogéneo de fármacos que tiene propiedades básicamente antiinflamatorias, aunque tienen también efectos analgésicos y antitérmicos (Mosquera J. y Galdós P. 2001).

Efectos secundarios

Los AINE no selectivos son fármacos relativamente poco tóxicos, pero debido a su amplia utilización, el número absoluto de los efectos secundarios que provocan es muy elevado, sobre todo en personas mayores de 60 años.

No selectivos

- Derivados indolacéticos

Derivados indolaceticos	Derivados arilaceticos	Derivados arilpropionicos	Derivados del oxicam	Fenamatos	Otros	Selectivos de la COX-2
Acemetacina	Aceclofenaco	Butibufeno	Piroxicam	Ac. Meclofenamico	Isonixina	Celecoxib
Glucametacina	Diclofenaco	Ferbufen	tenoxicam	Ac. Mefenamico	Nabumetona	Rofecoxib
Indometacina	Fentizaco	Flubiprofeno		Ac. Niflumico	Oxipizona	
Oxametacina		Ibuprofeno		Morniflumado		
Sulidaco		Ibuproxan				
Tolmetina		naproxeno				

### 3. DESEO SEXUAL

En su obra Respuesta sexual humana, Master y Johnson desarrollan el primer y más importante estudio científico sobre los fenómenos que se observan en el organismo humano como respuesta al estímulo sexual, y en el distinguen 4 etapas sucesivas, tanto en la respuesta sexual masculina como femenina: excitación, meseta, orgasmo y resolución.

Pero este modelo de respuesta sexual no ha sido el único. Antes de la propuesta de Master y Johnson hubo otras propuestas de Eli y Kinsey, y después, Kaplan. Lo que ocurre es que resulta imposible delimitar la frontera entre la fase de excitación y de meseta, porque en realidad los fenómenos fisiológicos que ocurren durante las 2 fases son fundamentalmente los mismos, variando solo su intensidad. Además, cuando Kaplan habla de una fase de deseo tropezamos con 2 hechos que no permiten esta simplificación. El primero es que también resulta imposible diferenciar y delimitar los fenómenos fisiológicos que ocurren entre la fase de deseo y la de excitación. El segundo es que es errónea la simplificación del mismo concepto del deseo. (Lucas M. 2007)

Modelos de respuesta sexual humana

ELLIS(1906)	KINSEY(1953)	MASTER Y JOHNSON (1966)	KAPLAN (1979)
			DESEO
TUMESCENCIA	EXCITACIÓN	EXCITACIÓN	EXCITACION
		MESETA	
	ORGASMO	ORGASMO	ORGASMO
DESTUMESCENCIA	POSTEFECTOS	RESOLUCION	

Kaplan define el deseo sexual como conjunto de sensaciones específicas que llevan a las personas a buscar experiencias sexuales.

Se caracteriza por:

Presencia espontánea de pensamientos sexuales

Interés por iniciar o aceptar la actividad sexual

Búsqueda y reconocimiento de señales sexuales



### **3.1 clasificación de las alteraciones del deseo sexual según dsm iv**

#### **Deseo sexual hipoactivo**

- A. Disminución (o ausencia) de fantasías y deseos de actividad sexual de forma persistente o recurrente. El juicio de deficiencia o ausencia debe ser efectuado por el clínico, teniendo en cuenta factores que, como la edad, el sexo y el contexto de la vida del individuo, afectan a la actividad sexual.
- B. El trastorno provoca malestar acusado o dificultades de relación interpersonal.
- C. El trastorno sexual no se explica mejor por la presencia de otro trastorno (excepto otra disfunción sexual) y no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica.

#### **Trastorno por aversión al sexo**

- A. Aversión extrema persistente o recidivante hacia, y con evitación de, todos (o prácticamente todos) los contactos sexuales genitales con una pareja sexual.
- B. La alteración provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales.
- C. El trastorno sexual no se explica mejor por la presencia de otro trastorno (excepto otro trastorno sexual).

## 4. Revisión bibliográfica

### 4.1 Deseo sexual y tiempo libre

Un estudio con mujeres afectadas de cáncer ginecológico nos revela que a mayor tiempo libre en el tratamiento, mayor es la recuperación de la sexualidad.

Un tercio (34%) de las mujeres abandonaron las relaciones sexuales por causas relacionadas con el cáncer. Las mujeres activas sexualmente en el momento de la entrevista sufrían los siguientes síntomas: lubricación escasa (62,5%), baja frecuencia de relaciones (57,8%) y pobre deseo (57,8%); dificultades con la excitación (62,5%), el orgasmo (39,1) y la penetración (34,4%). El funcionamiento sexual disminuye con la depresión ( $p=0.002$ ) y la ansiedad. A mayor tiempo libre de tratamiento, mayor es la recuperación de la sexualidad ( $p=0.045$ ). No se detectan diferencias significativas en el funcionamiento sexual en función de la localización del tumor, el estadio de la enfermedad y la presencia de menopausia antes del diagnóstico de cáncer. (Palli C. 2010)

A más tiempo libre de tratamiento, mejor es el funcionamiento sexual ( $p=0,045$ ), siendo este factor más significativo que no el tiempo transcurrido desde el diagnóstico ( $p=0,108$ ). (Palli C. 2010)

Un estudio comparativo sobre los jóvenes turistas que pasan sus vacaciones en Mallorca e Ibiza refleja que aumentan las relaciones sexuales.

Respecto a la conducta sexual, un 50.4% informó haber veraneado acompañado por su pareja. De los que no lo hicieron así, un 19.8% mantuvo relaciones sexuales con dos o más personas durante las vacaciones, y un 13.6% reconoció haber mantenido relaciones sexuales sin protección con dos o más personas. Esto ocurrió con un 5.4% de la muestra en Mallorca [ $\chi^2(2)=9.742$ ;  $p<0.01$ ], mucho menos que en Ibiza (un 21.7%). En términos generales, no se hallaron diferencias por género. (Calafat A. 2010)

*Fundamentos:* Hay jóvenes que deciden pasar sus vacaciones en lugares turísticos con importante vida recreativa nocturna. Ello puede implicar mayores posibilidades de consumir alcohol y drogas, así como otras conductas de riesgo. *Método:* Un total de 986 turistas españoles (50.1% varones;  $\mu=25.46$  años; d.e. 4.42) fueron encuestados (verano de 2007) a través de un cuestionario anónimo y auto administrado en los aeropuertos de Mallorca e Ibiza, cuando retornaban a casa. *Resultados:* Los consumos de alcohol y drogas ilegales aumentan durante las vacaciones. Aparecen conductas

sexuales de riesgo: en Ibiza un 20.3% afirma haber mantenido relaciones sin protección (vs. 10.1% en Mallorca). La vida nocturna es motivo de elección del destino turístico: un 64.5% para Ibiza vs. 18.9% Mallorca. Los consumos de drogas ilegales fueron siempre más elevados en Ibiza que en Mallorca. Además en Ibiza, un 8.57% de jóvenes se iniciaron en el consumo de éxtasis y un 5.53% en el de cocaína. Un 2.3% se vio implicado en alguna pelea. La participación en peleas se relaciona con ser más joven (16-19 años) y consumir cocaína. *Conclusiones:* Acudir a destinos con oferta recreativa nocturna puede aumentar determinadas conductas de riesgo (consumo de alcohol y otras drogas, sexualidad de riesgo y violencia). Ello plantea, además de la responsabilidad individual de los turistas, la necesidad de compromiso de la industria y administraciones locales en la promoción de medidas para la protección de la salud de los visitantes respecto al consumo de drogas y otros problemas como la violencia o la sexualidad de riesgo. (Calafat A. 2010)

#### Otro estudio

La mayoría de los jóvenes (53,8%) tuvieron relaciones sexuales durante su estancia en Ibiza; el 26,2 % sin utilizar preservativo y el 23,2% con más de una pareja. En líneas generales, el 7,3% acudió a un hospital o a un médico durante su estancia en Ibiza, siendo los varones ( $p < 0.001$ ), de más edad ( $p < 0.05$ ) y en estancias más cortas ( $p < 0.005$ ), los factores claves de riesgo. (Bellis M. A. 2000)

#### 4.2 Deseo sexual y dolor

Un estudio sobre: La vivencia de la sexualidad en pacientes con fibromialgia: un estudio cualitativo

Este estudio tiene por objetivo describir la vivencia de la sexualidad en mujeres diagnosticadas de fibromialgia en España. Método: estudio cualitativo basado en entrevistas en profundidad individuales y en grupos focales. Se estudiaron veinticinco pacientes pertenecientes a la Unidad de Trastornos Somatomorfos del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza. Resultados: función sexual escasa y poco satisfactoria. El tema no se habla con los médicos. El problema afecta a la relación de pareja en los primeros momentos pero no a medio-largo plazo. La principal alteración

es la disminución de la libido por miedo al dolor osteomuscular durante los días posteriores al coito. Conclusiones: éste es el primer trabajo en la bibliografía internacional que aborda este tema. Existe una importante afectación de la función sexual por la fibromialgia. Se requieren nuevos estudios cualitativos y cuantitativos que definan mejor el problema y sus soluciones. (García J. 2004)

La universidad autónoma de Barcelona publica un trabajo sobre actividad sexual en personas con dolor de espalda donde describe:

El 80% de las personas afectadas por lumbalgia afirma que, en la esfera sexual, su vida se ha visto afectada por el dolor.

Las principales quejas de los afectados son dos:

- ☒ Tienen miedo de que el dolor les aumente durante o tras la actividad sexual.
- ☒ Sufren un descenso de su deseo.

Según qué tipo de actividad sexual puede provocar un aumento del dolor cuando se practica o tras la misma. Por este motivo, muchas personas tienden a evitar el sexo. La evitación es la peor estrategia para adoptar ya que fácilmente se puede caer en un círculo vicioso. Cuanto menos se practica el sexo, más miedo puede generar. Incluso en algunos casos, los afectados pueden evitar el roce, el cariño, las caricias por miedo a que les conduzca al sexo que tanto temen. Y al final, en casos extremos, puede conducir a un aislamiento.

La evitación del sexo es pues una nefasta opción. Lo que queremos evitar es el dolor y no el sexo. Para ello podemos tener en cuenta algunos aspectos que nos pueden ayudar a practicar el sexo sin dolor.

Crear situaciones relajadas para compartir nuestros miedos e ilusiones respecto al sexo con nuestro compañero puede resultar de gran ayuda para solucionar muchos temas. No basta con una conversación, sino que debe ser un compartir constante. Una conversación desde la tranquilidad puede desbloquear muchos miedos. Quizás pensemos que nuestro compañero no siente atracción por nosotros y se trata de que tiene miedo a aumentar nuestro dolor. Ideas como ésta pueden desaparecer si nos sinceramos.

Nuestro deseo se encuentra íntimamente ligado a nuestras emociones. Vivir acompañados por el dolor, nos puede traer tristeza, ansiedad, nos puede bajar la autoestima. En este caso, todo lo que hagamos para sentirnos mejor con nosotros podrá aumentar el deseo. Si realmente vivimos con estas emociones constantemente lo mejor será que acudamos a un psicólogo.(Moix J.)

Un estudio realizado en pacientes con enfermedad neoplasia ovárica refleja que:

La enfermedad neoclásica ovárica puede repercutir de forma directa e indirecta en la respuesta sexual, y, por ello, el presente trabajo tiene como objetivo identificar tales alteraciones. La muestra está constituida por 25 mujeres afectadas de cáncer de ovario y evaluadas a través de una entrevista clínica y un autoinforme específico de sexualidad. Los resultados arrojan los siguientes datos: casi la totalidad de la muestra fue diagnosticada en estadios precoces, presentando problemas ginecológicos previos, vasculares y endocrinos, así como trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, y mantienen una relación de pareja en el momento del diagnóstico. Además, y a pesar de haber recibido escasa o nula información a lo largo de su vida, no comparten los principales mitos sobre la sexualidad. Los tratamientos recibidos fueron en orden de frecuencia: cirugía, quimioterapia y entre los efectos secundarios derivados cabe citar: menopausia, disminución de la frecuencia sexual, sequedad vaginal, descenso del deseo sexual, estenosis vaginal y dolor genital coital. A pesar de ello, consideran satisfactoria su sexualidad, aunque implementarían algunos cambios en la misma. Respecto a las fases de la respuesta sexual sólo se identificaron alteraciones en el deseo, siendo éste escaso o nulo. Se observó una tendencia de relación entre el tiempo transcurrido desde el diagnóstico y el deseo de no introducir cambios en su actividad sexual, y entre la existencia de una disfunción sexual en el varón y el nivel de deseo, satisfacción y frecuencia de contactos sexuales post-tratamiento. En cuanto a la relación terapéutica, la mayoría considera excelente el trato recibido por su ginecólogo, aunque incorporarían mejoras respecto a aspectos organizativos más que asistenciales. (Olivares M. 2003)

## OBJETIVOS

Para llevar a cabo este estudio nos planteamos el siguiente objetivo general

- Observar cómo cambia el deseo sexual en los pacientes que están de baja laboral por accidente de trabajo

Para facilitar la consecución de dicho objetivo nos proponemos los siguientes objetivos específicos:

- Conocer si hay alteración del deseo sexual durante el proceso de baja laboral
- Conocer si influye algún tratamiento prescrito en el deseo sexual
- Valorar la modificación de la relación de pareja durante el proceso de baja laboral
- Valorar la satisfacción sexual durante el proceso de baja laboral

## JUSTIFICACIÓN

El deseo sexual es un apetito y está estrechamente relacionado con la reproducción. Está dirigido por una compleja serie de influencias inhibitorias y estimulantes. Desde hace mucho tiempo, los médicos han reconocido que las alteraciones del deseo pueden estar relacionadas con otras disfunciones sexuales, incluyendo el trastorno de la excitación sexual, la dispareunia y las alteraciones de orgasmo. El deseo sexual está profundamente influido por la emoción. La ira, el miedo y la ansiedad inhiben el deseo sexual. Los temas de relación, las experiencias sexuales previas y la salud global mental y física pueden tener un impacto decisivo en el deseo sexual.

Estudios relacionados con el dolor y el deseo sexual:

En un estudio sobre: La vivencia de la sexualidad en pacientes con fibromialgia refiere que la función sexual de la muestra es escasa y poco satisfactoria.

La universidad autónoma de Barcelona publica un trabajo sobre actividad sexual en personas con dolor de espalda donde describe que el 80% de las personas afectadas por lumbalgia afirma que, en la esfera sexual, su vida se ha visto afectada por el dolor. Las principales quejas de los afectados son dos: tienen miedo de que el dolor les aumente durante o tras la actividad sexual y sufren un descenso de su deseo.

Sufrir un accidente de trabajo es algo a lo que cualquier persona está expuesta a lo largo de su vida laboral. Los datos apuntan a un descenso en el índice de incidencia de un 19,9% de los accidentes de trabajo entre el periodo enero de 2011 a enero de 2012 y febrero de 2012 a enero de 2013 y esto puede ser debido tanto a la vigilancia de los servicios de prevención como al descenso en los números de persona afiliadas a la Seguridad Social que pasaría de 14.575.171 en el primer periodo a 14.282.229 en el segundo.

No importa al sector de actividad que pertenezcas, ninguno tiene un índice de incidencia 0, no existen ningún estudio sobre sexualidad en accidente

de trabajo, con lo cual estudiar el aumento del deseo sexual en los paciente de baja por accidente de trabajo es adecuado .....

La actuación de las mutuas en el accidente de trabajo goza de contar con todos los recursos posibles para el diagnóstico, tratamiento y recuperación, si fuese posible, del paciente en un plazo corto de tiempo y sin listas de espera. Presentan una red de hospitales propios para intervenciones quirúrgicas, abarcan todas las especialidades, UPS en todas las provincias, servicios de rehabilitación tanto en hospitales como en UPS. Todos estos servicios hacen que el paciente que sufre un accidente de trabajo espere un tiempo muy corto desde que sufre el accidente hasta que está diagnosticado y con un tratamiento adjudicado.

El dolor y el miedo a sufrir dolor es la causa más frecuente por lo que perder el deseo sexual aunque no hay ningún estudio que analice el deseo sexual en el dolor agudo, se centran en el dolor crónico que es el que peor pronóstico tiene ya que dura más de 3-6 meses dependiendo del autor y es desproporcionado a la patología que lo produce. El dolor crónico se relaciona también con problemas psicológicos como depresión, estrés, ansiedad.... Con lo cual los datos de los demás estudios no son extrapolables a todo tipo de dolor.

El dolor agudo presenta un pronóstico favorable, controlable en la mayoría de los casos con AINES y desapareciendo en un plazo corto de tiempo, sumado esto a la rapidez de las actuaciones en las mutuas con los pacientes que sufren accidente laboral hace que el estudio que presento tenga una posibilidad frente a todos los artículos en contra.

La rapidez con la que se comienza la rehabilitación en cualquier accidente de trabajo juega un papel en a favor del estudio que propongo, cualquier paciente que sufre un accidente de trabajo comienza la rehabilitación el mismo día que se prescribe por el médico que lo atiende con lo que las posibilidades de que el dolor desaparezca antes aumentan considerablemente.

Un accidente de trabajo se puede sufrir a cualquier edad, esto proporciona al estudio una población variable, pero también joven, en la que las



patologías previas que pueden sufrir es menor, con lo que la mayoría no se ven condicionadas por problemas endocrinos, psicológicos, cardíacos, etc.

Estudios que relacionan el deseo sexual y tiempo libre:

Cristina Palli en su estudio sexualidad, comunicación y emociones: estudio con mujeres afectadas de cáncer ginecológico describe como resultado que a mayor tiempo libre de tratamiento, mayor es la recuperación de la sexualidad

Varios estudios sobre jóvenes británicos y españoles que pasan sus vacaciones en Ibiza demuestran que durante la época de vacaciones aumentan las relaciones sexuales.

En base a los estudios encontrados consideramos que los pacientes que sufren un accidente laboral se encuentran en las dos situaciones; presentan un dolor agudo controlado con analgésicos, rehabilitación y controles médicos y además tienen más tiempo libre.

## HIPÓTESIS

Los pacientes que están de baja por accidente laboral durante periodos prolongados de tiempo tienen mayor deseo sexual que durante su periodo activo de trabajo.

## Metodología

- **Tipo de estudio**

Se trata de un estudio epidemiológico descriptivo transversal

- **Sujetos:**

EL estudio se ha realizado a pacientes que se encontraban de baja laboral en la mutua Fremap entre el los meses de abril, mayo y junio del año 2013, con una edad que va desde los 18 a 60 años con una edad media de 39,29 años.

- **Criterios de inclusión-exclusión**

- **Inclusión:**

Los criterios de inclusión son: pacientes hombre o mujer que están de baja laboral por accidente de trabajo en la mutua Fremap durante los meses de abril, mayo y junio del año 2013.

- **Exclusión:**

Los criterios de inclusión son: aquellos pacientes que aunque pasen por la consulta de la mutua Fremap no causen baja laboral.

- **Periodo de estudio**

EL periodo de estudio está comprendido entre los meses abril, mayo y junio del año 2013.

- **Materiales e instrumentos**

Para el estudio hemos utilizado una encuesta que recoge una serie de preguntas acerca del deseo sexual del paciente.

Se recogen los datos de sexo, edad patología y días de baja laboral y datos sobre deseo sexual en las siguientes preguntas:

1.-Antes de su accidente laboral, ¿tu nivel de deseo sexual era bueno y satisfactorio?

SI

No

2.-¿Cree que su deseo sexual ha variado desde que sufrió el accidente laboral?

SI No

3-Durante los primeros días de baja ¿ disminuyó su deseo sexual?

SI No

4.-Si ha indicado que si a la respuesta anterior, con que relaciona el descenso de su deseo sexual?

- Dolor
- Miedo
- Estrés
- Cansancio
- Medicación

5.-Cuando pasaron los días de dolor más intenso, ¿ aumentó su deseo sexual?

SI No

6.-Le apetece mantener relaciones sexuales con más frecuencia?

SI No

7.-Nota que alguna medicación interfiere en su deseo sexual?

SI NO

7.1 Cual:

- Inzitan
- Neuromade
- Nucleo CMP
- Nolotil
- Voltaren
- Ibuprofeno
- Valium

8.-¿El aumento de tiempo libre ha provocado que aumente su deseo sexual?

SI No

9.-Cuando ha notado mejoría en su patología,¿ ha aumentado su deseo sexual.?

SI No

10.-¿Ha mejorado la comunicación con su pareja desde que está de baja laboral?

SI No

11.-¿Cree que tiene más apego con su pareja que antes de su accidente?

SI No

12.-¿Mantiene relaciones sexuales con más frecuencia?

SI No

13.-¿Sus relaciones sexuales son más satisfactorias?

SI No

14.-¿ Se siente entendido por su pareja?

SI No

15.-¿Ha mejorado su sexualidad desde que está de baja laboral?

SI No

- Análisis estadístico

Para analizar los datos hemos utilizado el SPSS 19 donde hemos realizado diferentes análisis estadísticos.

Se han analizado los datos de la siguiente forma:

Análisis descriptivo:

Variables cuantitativas: media, máxima, mínimo y desviación típica.

Variables cualitativas, frecuencias y porcentajes:

ANALISIS bivalente:

Para la comparación de las variables cualitativas se realizara test de chi-cuadrado para un valor estadísticamente significativo de  $p < 0,05$

Para la comparación de medias previamente hay que hacer el test de normalidad de kormogorof-smirnov para comprobar si las variables siguen una distribución normal o no normal. Para las variables con distribución normal se utilizaran test paramétricos ( T de student) y para variables con distribución no normal se utilizaran pruebas no paramétricas (U de mannwhitney).

## RESULTADOS:

### Análisis descriptivo

Sexo:

**Tabla 1: distribución de la población por sexo**

	Frecuencia	Porcentaje
hombre	73	71,6
mujer	29	28,4
Total	102	100,0

La población de estudio se distribuye, el 71,6% eran hombres frente al 28,4% que eran mujeres.



Edad

**Tabla 2: distribución de la población de estudio por edad**

	edad	días
N	102	102
	0	0
Media	39,29	33,60
Desv. típ.	10,898	19,558
Mínimo	18	9
Máximo	60	96

La población de estudio tiene 39,29 años de media de edad con un máximo de 60 años y un mínimo de 18 y una desviación típica de 10,8.

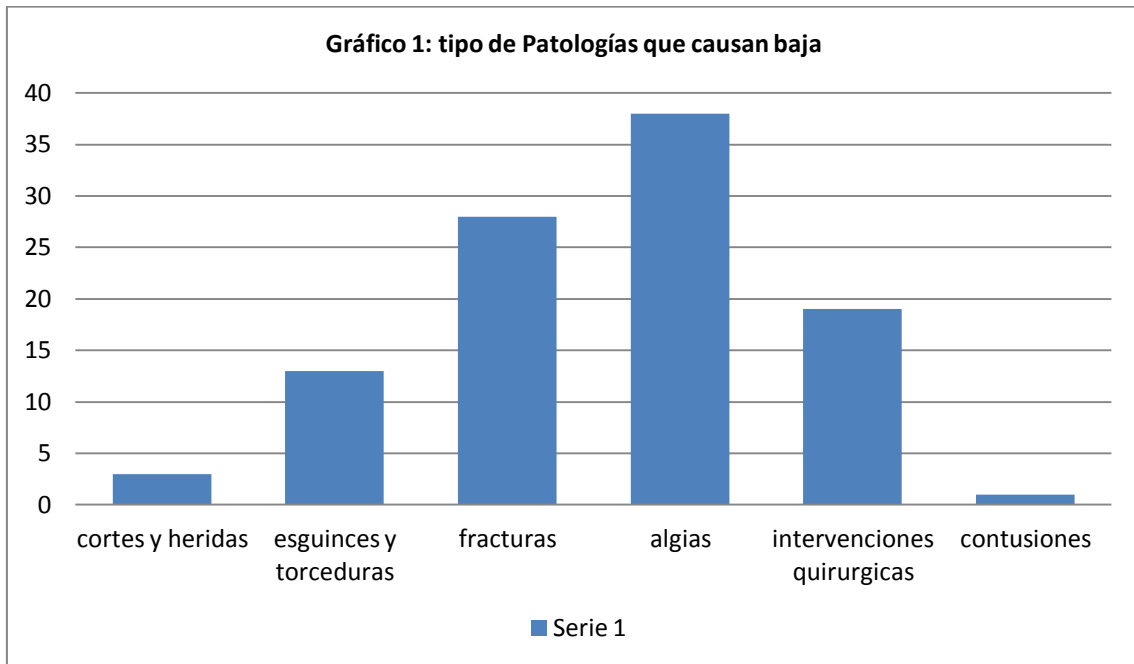


## Patología

**Tabla 3: distribución de la población de estudio por patología**

	Frecuencia	Porcentaje
cortes y heridas	3	2,9
esguinces y torceduras	13	12,7
fracturas	28	27,5
algias	38	37,3
intervenciones quirúrgicas	19	18,6
contusiones	1	1,0
Total	102	100,0

Respecto de la distribución de la población de estudio por la patología que presenta observamos que la patología más frecuente son las algias con un 37,3% seguido de las fracturas con un 27,5%, las intervenciones quirúrgicas con un 18,6%, los esguinces y torceduras con un 12,7%, los cortes y heridas con un 2,9% siendo la patología menos frecuente en nuestra población de estudio las contusiones con un 1%.



Nivel de deseo sexual antes del accidente

**Tabla 4: p.1.-**Antes de su accidente laboral, ¿tu nivel de deseo sexual era bueno y satisfactorio?

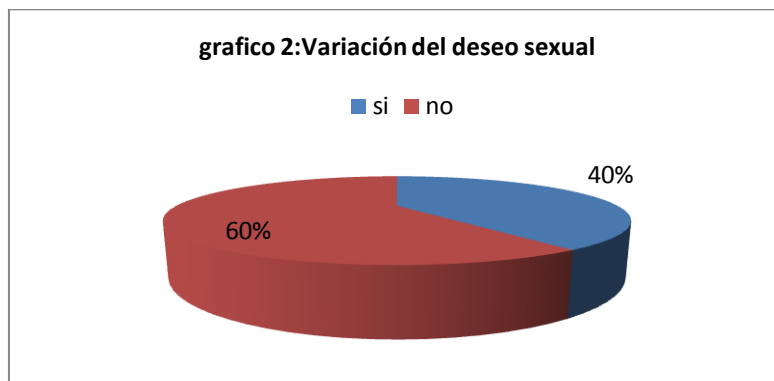
	Frecuencia	Porcentaje
Válidos si	102	100,0

El 100% de la población de estudio respondió que su nivel de deseo sexual era bueno y satisfactorio antes de su accidente laboral.

**Tabla 5: p.2.-¿Cree que su deseo sexual ha variado desde que sufrió el accidente laboral?**

	Frecuencia	Porcentaje
si	41	40,2
Válidos no	61	59,8
Total	102	100,0

En nuestro estudio el 40,2% de la población respondió que su deseo sexual había variado desde que sufrió el accidente laboral frente a un 59,8% que respondió que no había variado.

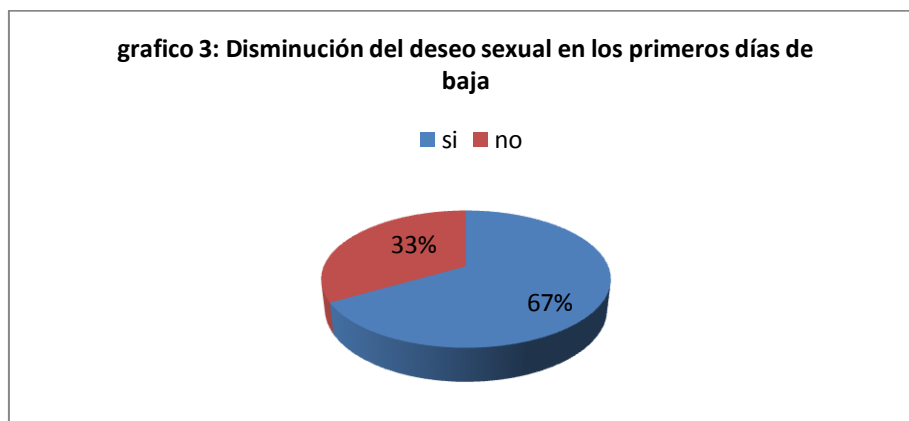


## Variación del deseo sexual

**Tabla 5: p3** Durante los primeros días de baja ¿ disminuyó su deseo sexual?

	Frecuencia	Porcentaje
si	68	66,7
no	34	33,3
Total	102	100,0

El 66,7% de la población de estudio respondió que su deseo sexual disminuyó durante los primeros días de baja frente al 33,3% que respondió que no.

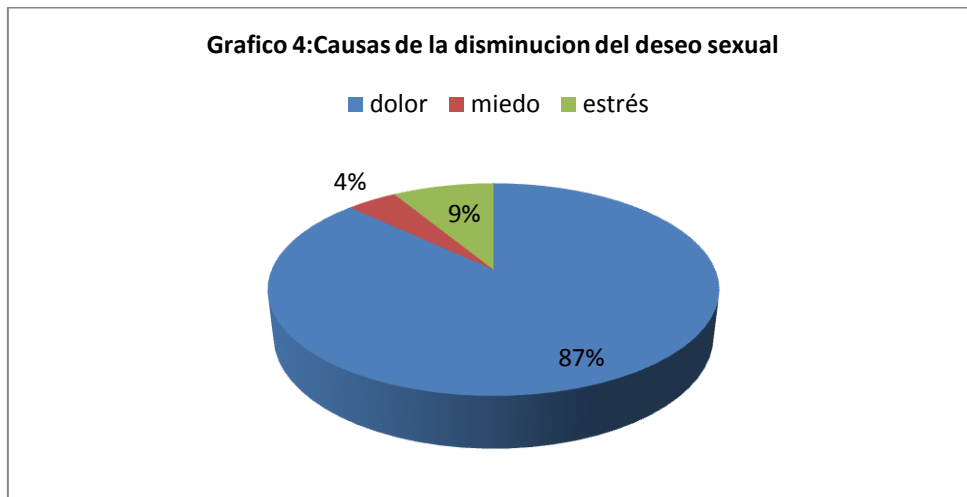


## Causas a las que atribuye el descenso de su deseo sexual

**Tabla 6: p.4** Si ha indicado que si a la respuesta anterior, con que relaciona el descenso de su deseo sexual?

	Frecuencia	Porcentaje válido
dolor	60	87,0
miedo	3	4,3
estrés	6	8,7
Total	69	100,0
Sistema	33	
Total	102	

El 87% de la población de estudio atribuye el descenso de su deseo sexual al dolor, el 4,3% al miedo y el 8,7% al estrés.

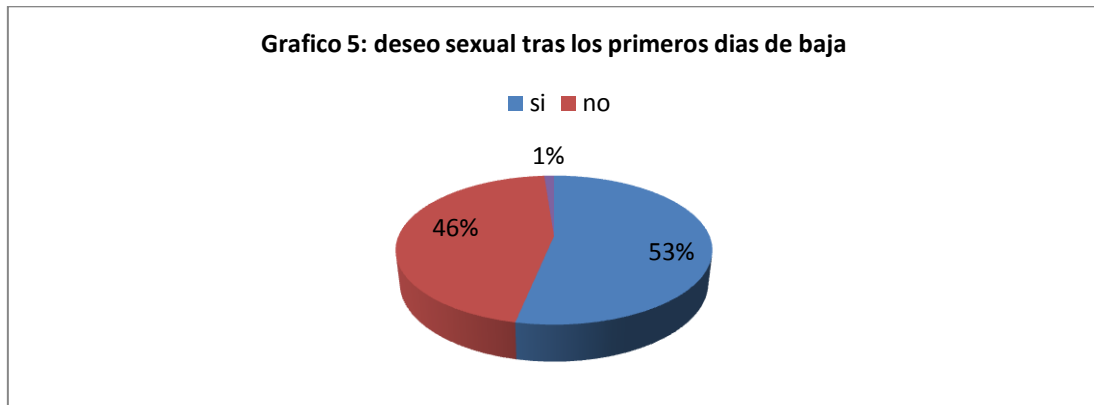


## Deseo sexual tras los primeros días de baja

**Tabla 7: p.5** Cuando pasaron los días de dolor más intenso, ¿aumentó su deseo sexual?

	Frecuencia	Porcentaje
si	55	53,9
no	47	46,1
Total	102	100,0

El 53,9% de la población de estudio refirió que su deseo sexual aumento tras los primeros días de baja frente al 46,1% que respondió que no.



¿Le apetece mantener relaciones sexuales con más frecuencia?

**Tabla 8: p.6** Le apetece mantener relaciones sexuales con más frecuencia?

	Frecuencia	Porcentaje
si	67	65,7
no	35	34,3
Total	102	100,0

Al 65,7% de la población de estudio le apetece con más frecuencia mantener relaciones sexuales frente un 34,3% que refiere que no le apetece más.

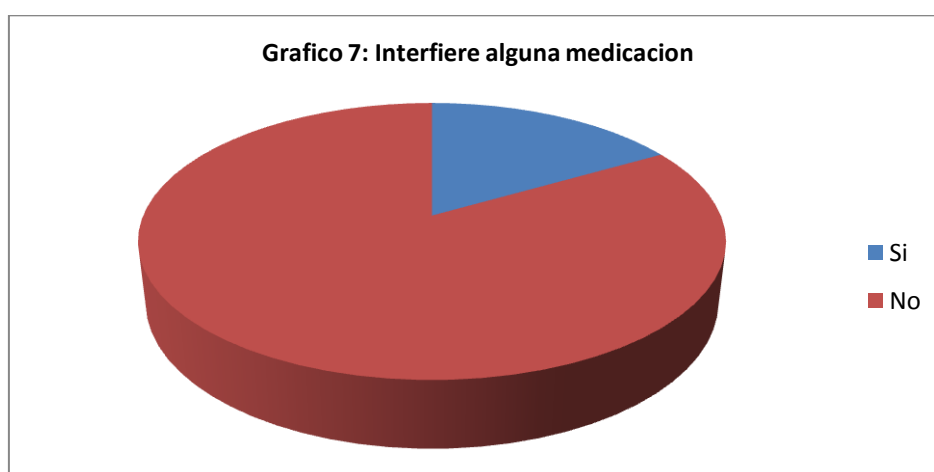


¿Nota que alguna medicación interfiere en su deseo sexual?

**Tabla 9: p.7 Nota que alguna medicación interfiere en su deseo sexual**

	Frecuencia	Porcentaje
si	17	16,7
no	85	83,3
Total	102	100,0

El 83,3% de la población no refiere que haya ninguna medicación que interfiera en su deseo sexual frente al 16,7% que refiere que sí.



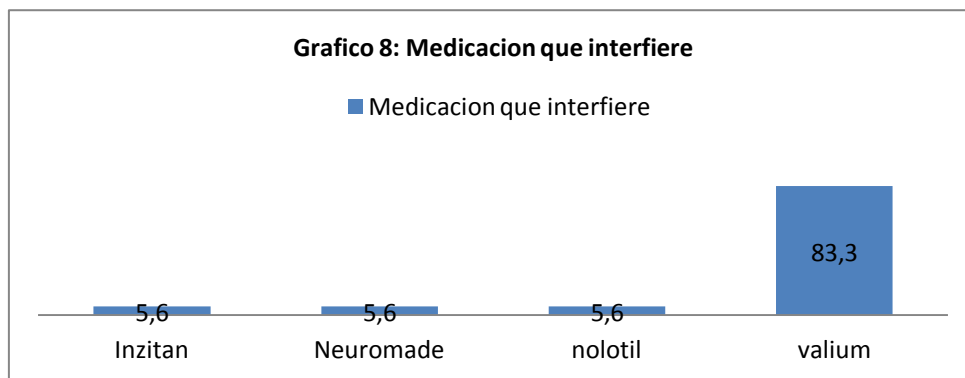


## Medicación que interfiere

**Tabla 10: p.7.1** Nota que alguna medicación interfiere en su deseo sexual?

	Frecuencia	Porcentaje válido
inzitan	1	5,6
neuromade	1	5,6
nolotil	1	5,6
valium	15	83,3
Total	18	100,0
Sistema	84	
Total	102	

El 83,3% de la población que notaba que alguna medicación interfirió en su deseo sexual lo atribuía al valium, y en una igualdad de porcentaje con un 5,6% los pacientes atribuyeron al resto de medicación, inzitan, neuromade y nolotil.



## Tiempo libre y deseo sexual

**Tabla 11:p8** El aumento de tiempo libre ha provocado que aumente su deseo sexual?

	Frecuencia	Porcentaje
si	64	62,7
no	38	37,3
Total	102	100,0

El 62,7% de los encuestados refieren que el aumento de tiempo libre provoco que aumentara su deseo sexual frente al 37,3% que dijeron que no.

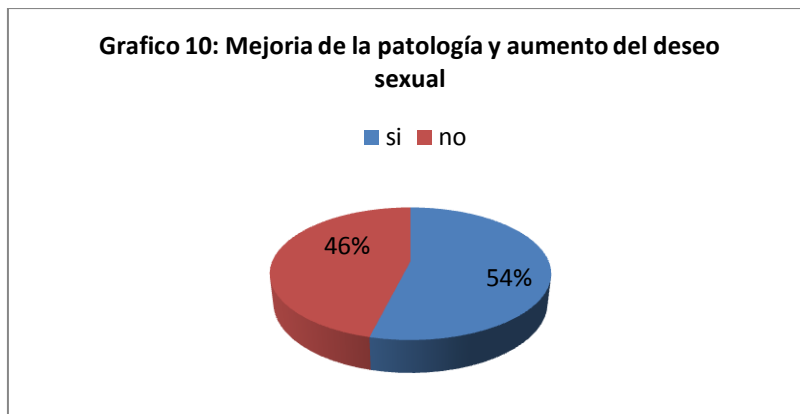


## Mejoría de la patología y aumento del deseo sexual

**Tabla 12:p9** ha notado mejoría en su patología,¿ ha aumentado su deseo sexual.?

	Frecuencia	Porcentaje
si	55	53,9
no	47	46,1
Total	102	100,0

El 53,9% de la población de estudio noto que aumento su deseo sexual cuando noto mejoría de su patología frente a un 46,1% que no noto aumento del deseo sexual.



Comunicación con la pareja y baja laboral:

**Tabla 13: p10 ¿mejorado la comunicación con su pareja desde que está de baja laboral?**

	Frecuencia	Porcentaje
si	60	58,8
no	42	41,2
Total	102	100,0

El 58,8% de la población respondió que mejoro la comunicación con su pareja frente a un 41,2% que no notó mejoría de la comunicación con su pareja desde que está de baja laboral.

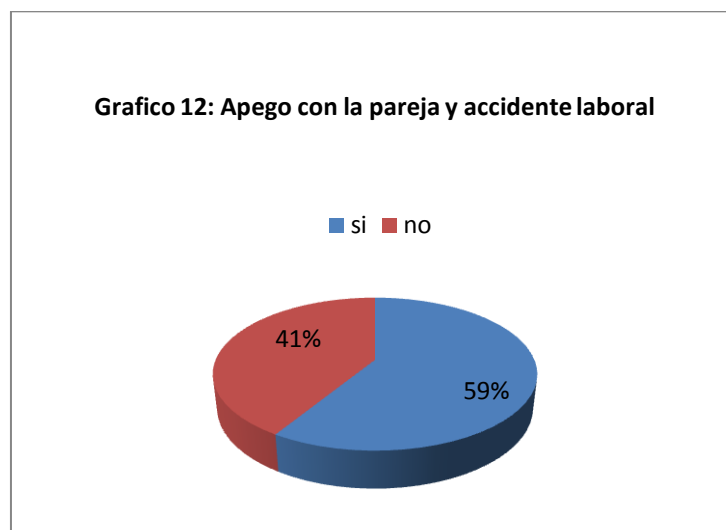


Apego con la pareja y accidente laboral:

**Tabla 14: p11** Cree que tiene más apego con su pareja que antes de su accidente?

	Frecuencia	Porcentaje
si	60	58,8
no	42	41,2
Total	102	100,0

El 58,8% de los encuestados refiere tener más apego con su pareja que antes de su accidente frente al 41,2% que respondieron que no tiene más apego.

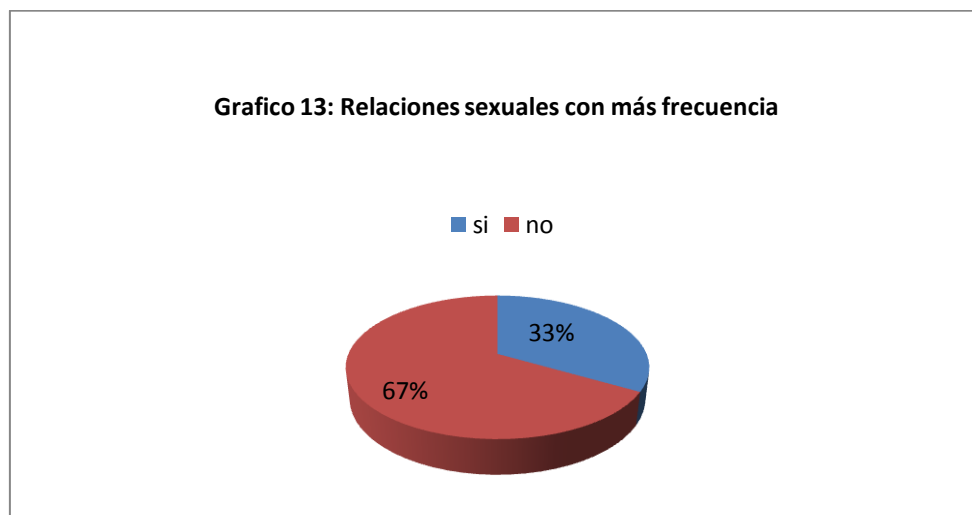


## Relaciones sexuales con más frecuencia

**Tabla 15:p12** Mantiene relaciones sexuales con más frecuencia?

	Frecuencia	Porcentaje
si	34	33,3
no	68	66,7
Total	102	100,0

El 33,3% refiere que mantiene relaciones sexuales con más frecuencia frente al 66,7% que no ha aumentado la frecuencia de sus relaciones sexuales.

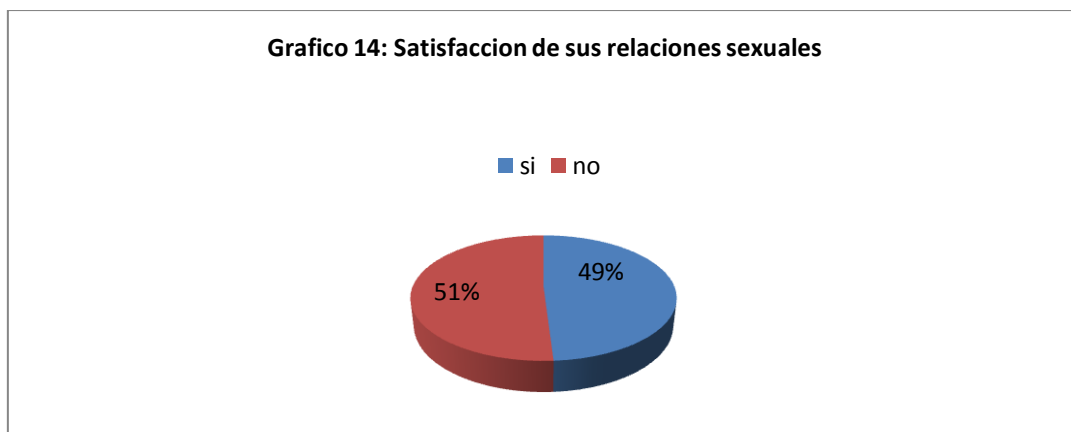


## Satisfacción de sus relaciones sexuales

**Tabla 16: p13** .-¿Sus relaciones sexuales son más satisfactorias?

	Frecuencia	Porcentaje
si	50	49,0
no	52	51,0
Total	102	100,0

El 51,0% de los encuestados refiere que sus relaciones sexuales son más satisfactorias frente al 49,0% que cuenta que no.



Entendido por su pareja

**Tabla 17:p14** ¿ Se siente entendido por su pareja?

	Frecuencia	Porcentaje
si	82	80,4
no	20	19,6
Total	102	100,0

El 80,4% de los encuestados se siente entendido por su pareja frente al 19,6% que no



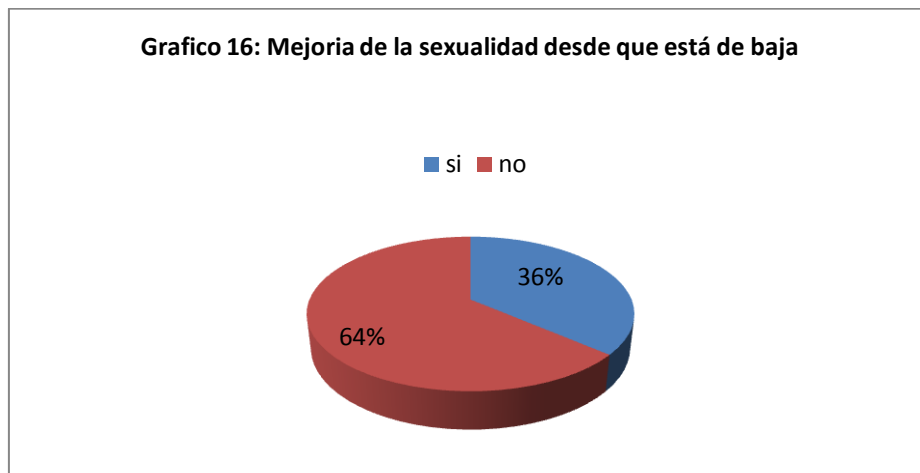


## Mejoría de la sexualidad desde que está de baja

**Tabla 18:p.15** Ha mejorado su sexualidad desde que está de baja laboral?

	Frecuencia	Porcentaje
si	37	36,3
no	65	63,7
Total	102	100,0

El 63,7% de la población de estudio refiere que su sexualidad no ha mejorado desde que está de baja laboral frente al 36,3% que refiere que si ha mejorado.



## ANÁLISIS BIVARIANTE

Relación entre sexo y los diferentes ítems

**Tabla 19: relación entre sexo y valoración de deseo sexual antes del accidente**

		p.1	Total
		si	
sexo	hombre	Recuento 73	73
		% del total 71,6%	71,6%
	mujer	Recuento 29	29
		% del total 28,4%	28,4%
Total	Recuento 102	102	
	% del total 100,0%	100,0%	100,0%

Valor de P obtenido mediante chi-cuadrado

El 100% de la población de estudio contestó que si su deseo sexual antes del accidente era bueno y satisfactorio independientemente sean hombres o mujeres.

**Tabla 20: relación entre sexo y variación del deseo sexual desde que sufrió el accidente**

		p.2		Total
		Si	no	
sexo	hombre	Recuento 31	42	73
		% del total 30,4%	41,2%	71,6%
	mujer	Recuento 10	19	29
		% del total 9,8%	18,6%	28,4%
Total	Recuento 41	61	102	
	% del total 40,2%	59,8%	100,0%	100,0%

Valor de P obtenido mediante chi-cuadrado

El 30,4% de los hombres refieren que su deseo sexual varió desde que sufrió el accidente frente al 9,8% de las mujeres que Respondieron que su deseo sexual también había variado no existiendo diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,458$ )

**Tabla 21: Relación entre sexo y disminución del deseo sexual en los primeros días de baja**

		p3		Total
		si	no	
sexo	hombre	Recuento 44	29	73
		% del total 43,1%	28,4%	71,6%
sexo	mujer	Recuento 24	5	29
		% del total 23,5%	4,9%	28,4%
Total		Recuento 68	34	102
		% del total 66,7%	33,3%	100,0%

Valor de P obtenido mediante chi-cuadrado

El 43,1% de los hombres del estudio refieren que disminuyo su deseo sexual en los primeros días de baja frente al 23,5% de las mujeres existiendo diferencias estadísticamente significativas ( $p=0.030$ )

**Tabla 22: Si ha indicado que si a la respuesta anterior, ¿con que relaciona el descenso de su deseo sexual?**

		p.4			Total	
		dolor	miedo	estrés		
sexo	hombre	Recuento	36	3	6	45
		% del total	52,2%	4,3%	8,7%	65,2%
sexo	mujer	Recuento	24	0	0	24
		% del total	34,8%	0,0%	0,0%	34,8%
Total		Recuento	60	3	6	69
		% del total	87,0%	4,3%	8,7%	100,0%

Valor de P obtenido mediante chi-cuadrado

De los pacientes que contestaron que sí disminuyo su deseo sexual el 52,2% de los hombres lo atribuyeron al dolor, el 4,3% al miedo y el 8,7% al estrés mientras que solamente un 34,8% de las mujeres atribuyen el descenso de su deseo sexual al dolor, existiendo diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,015$ )

**Tabla 23: Cuando pasaron los días de dolor más intenso, ¿aumento deseo sexual?**

		p.5		Total	
		si	no		
sexo	hombre	Recuento	39	34	73
		% del total	38,2%	33,3%	71,6%
sexo	mujer	Recuento	16	13	29
		% del total	15,7%	12,7%	28,4%
Total		Recuento	55	47	102
		% del total	53,9%	46,1%	100,0%

Valor de P obtenido mediante chi-cuadrado

El 15,7% de las mujeres junto con el 38,2% de los hombres concluyen que su deseo sexual aumento cuando pasaron los primeros días de baja no existiendo diferencias estadísticamente significativas ( $p=0.873$ )

**¿Le apetece mantener relaciones sexuales con más frecuencia?**

**Tabla 24: ¿Le apetece mantener relaciones sexuales con más frecuencia?**

		p.6		Total	
		si	no		
sexo	hombre	Recuento	54	19	73
		% del total	52,9%	18,6%	71,6%
sexo	mujer	Recuento	13	16	29
		% del total	12,7%	15,7%	28,4%
Total		Recuento	67	35	102
		% del total	65,7%	34,3%	100,0%

Valor de P obtenido mediante chi-cuadrado

El 52,9% de los hombres refieren que les apetece mantener relaciones sexuales con más frecuencia frente al 12,7% de las mujeres que también dicen que sí existiendo diferencias estadísticamente significativas ( $P=0.005$ )

**Nota que alguna medicación interfiere en su deseo sexual**

**Tabla 24: Nota que alguna medicación interfiere en su deseo sexual**

		p.7		Total
		si	no	
sexo	hombre	Recuento 4	69	73
		% del total 3,9%	67,6%	71,6%
sexo	mujer	Recuento 13	16	29
		% del total 12,7%	15,7%	28,4%
Total		Recuento 17	85	102
		% del total 16,7%	83,3%	100,0%

Valor de P obtenido mediante chi-cuadrado

Un 16,7% del total de la población estudiada refiere que alguna medicación interfiere en su deseo sexual dividiéndose esta en un 3,9% hombres y un 12,7% mujeres, existiendo diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,001$ )

**Medicación que interfiere en el deseo sexual**

**Tabla 26: medicación que interfiere en el deseo sexual**

		p.7.1				Total	
		Inzitan	neuromade	nolotil	valium		
sexo	hombre	Recuento	0	1	0	4	5
		% del total	0,0%	5,6%	0,0%	22,2%	27,8%
sexo	mujer	Recuento	1	0	1	11	13
		% del total	5,6%	0,0%	5,6%	61,1%	72,2%
Total		Recuento	1	1	1	15	18
		% del total	5,6%	5,6%	5,6%	83,3%	100,0%

Valor de P obtenido mediante chi-cuadrado

El 61,1% de las mujeres concluyen que el valium interfiere en su deseo sexual, el 5,6% de las mujeres refieren que el inzitan, el neuromade y el nolotil interfieren en su deseo sexual, frente al 22.2% de los hombres que refieren que es el valium el que interfiere en su deseo sexual y el 5,6% al neuromade, no existiendo diferencias estadísticamente significativas. (p=0.276)

**Tiempo libre y deseo sexual**

**Tabla 25: El aumento de tiempo libre ¿ha provocado que aumente su deseo sexual?**

		p8		Total	
		si	no		
sexo	hombre	Recuento	54	19	73
		% del total	52,9%	18,6%	71,6%
	mujer	Recuento	10	19	29
		% del total	9,8%	18,6%	28,4%
Total		Recuento	64	38	102
		% del total	62,7%	37,3%	100,0%

Valor de P obtenido mediante chi-cuadrado

Al 52,9% de la población de estudio masculina manifiesta que si aumentó su deseo sexual cuando aumentó el tiempo libre frente al 9,8% de las mujeres que también relataron que sí, existiendo diferencias estadísticamente significativas. (p=0.001)



### Apego con la pareja y accidente laboral

**Tabla 26: ha notado mejoría en su patología, ¿ha aumentado su deseo sexual?**

		p9		Total
		si	no	
sexo	hombre	Recuento 45	28	73
		% del total 44,1%	27,5%	71,6%
sexo	mujer	Recuento 10	19	29
		% del total 9,8%	18,6%	28,4%
Total		Recuento 55	47	102
		% del total 53,9%	46,1%	100,0%

Valor de P obtenido mediante chi-cuadrado

El 44,1% de los hombres encuestados refiere que sí han notado que aumenta su deseo sexual cuando han notado mejoría de su patología frente al 27,5% que refiere que no, mientras el 9,8% de las mujeres concluye que ha aumentado su deseo sexual cuando ha notado mejoría de su patología frente al 18,6% que refiere que no, existiendo diferencias estadísticamente significativas ( $p=0.013$ )

### Comunicación y baja laboral

**Tabla 27: ¿Ha mejorado la comunicación con su pareja desde que está de baja laboral?**

		p10		Total	
		si	no		
sexo	hombre	Recuento	45	28	73
		% del total	44,1%	27,5%	71,6%
	mujer	Recuento	15	14	29
		% del total	14,7%	13,7%	28,4%
Total		Recuento	60	42	102
		% del total	58,8%	41,2%	100,0%

Valor de P obtenido mediante chi-cuadrado

El 44,1% de los hombre refiere que la comunicación con su pareja ha mejorado frente al 14,7% de las mujeres que manifiestan que si, no existiendo diferencias estadísticamente significativas ( $p=0.358$ )

**Apego con su pareja y accidente laboral**

**Tabla 28: ¿Cree que tiene más apego con su pareja que antes de su accidente?**

		p11		Total	
		si	no		
sexo	hombre	Recuento	38	35	73
		% del total	37,3%	34,3%	71,6%
	mujer	Recuento	22	7	29
		% del total	21,6%	6,9%	28,4%
Total	Recuento	60	42	102	
	% del total	58,8%	41,2%	100,0%	

Valor de P obtenido mediante chi-cuadrado

El 37,3% de los hombres refieren que tienen más apego con su pareja que antes del accidente frente al 21,6% de las mujeres existiendo diferencias estadísticamente significativas ( $p=0.028$ )

### Relaciones sexuales con más frecuencia

**Tabla 29: ¿Mantiene relaciones sexuales con más frecuencia?**

		p12		Total
		si	no	
sexo	hombre	Recuento 24	49	73
		% del total 23,5%	48,0%	71,6%
sexo	mujer	Recuento 10	19	29
		% del total 9,8%	18,6%	28,4%
Total		Recuento 34	68	102
		% del total 33,3%	66,7%	100,0%

Valor de P obtenido mediante chi-cuadrado

Sólo el 9,8% de las mujeres encuestadas refiere mantener relaciones sexuales con más frecuencia frente al 23,5% de los hombre que también dicen mantener relaciones sexuales con más frecuencia, no existiendo diferencias estadísticamente significativas (p=0,877)

### Satisfacción de las relaciones sexuales

**Tabla 30: ¿Sus relaciones sexuales son más satisfactorias?**

		p13		Total	
		si	no		
sexo	hombre	Recuento	35	38	73
		% del total	34,3%	37,3%	71,6%
sexo	mujer	Recuento	15	14	29
		% del total	14,7%	13,7%	28,4%
Total		Recuento	50	52	102
		% del total	49,0%	51,0%	100,0%

Valor de P obtenido mediante chi-cuadrado

El 34,3% de los hombres manifiestan que sus relaciones sexuales son más satisfactorias frente al 37,3% que dicen que no, mientras el 14,7% de las mujeres concluyen que sus relaciones sexuales son más satisfactorias frente al 13,7% que refieren que no, no existiendo diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,731$ )

**Entendido por su pareja**

**Tabla 31: .- ¿Se siente entendido por su pareja?**

		p14		Total	
		si	no		
sexo	hombre	Recuento	62	11	73
		% del total	60,8%	10,8%	71,6%
	mujer	Recuento	20	9	29
		% del total	19,6%	8,8%	28,4%
Total	Recuento	82	20	102	
	% del total	80,4%	19,6%	100,0%	

Valor de P obtenido mediante chi-cuadrado

El 60,8% de los hombres y el 19,6% de las mujeres si se siente entendido por su pareja mientras el 10,8% de los hombres y el 8,8% de las mujeres refiere que no se siente entendido por su pareja, no existiendo diferencias estadísticamente significativas (p=0,067)

### Sexualidad desde la baja laboral

**Tabla 32: Ha mejorado su sexualidad desde que está de baja laboral**

		p.15		Total	
		si	no		
sexo	hombre	Recuento	27	46	73
		% del total	26,5%	45,1%	71,6%
	mujer	Recuento	10	19	29
		% del total	9,8%	18,6%	28,4%
Total	Recuento	37	65	102	
	% del total	36,3%	63,7%	100,0%	

Valor de P obtenido mediante chi-cuadrado

El 26,5% de los hombres refieren que su sexualidad ha mejorado desde que está de baja laboral mientras solo un 9,8% de las mujeres refieren que ha mejorado, no existiendo diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,812$ )

## Análisis bivariante

Relación entre patología y diferentes items

### Nivel de deseo sexual antes del accidente

**Tabla 35: antes de su accidente laboral, ¿tu nivel de deseo sexual era bueno y satisfactorio?**

		p.1	Total
		si	
Patología	cortes y heridas	Recuento	3
		% del total	2,9%
	esguinces y torceduras	Recuento	13
		% del total	12,7%
	fracturas	Recuento	28
		% del total	27,5%
	algias	Recuento	38
		% del total	37,3%
	intervenciones quirurgicas	Recuento	19
		% del total	18,6%
	contusiones	Recuento	1
		% del total	1,0%
	Total	Recuento	102
		% del total	100,0%

Valor de P obtenido mediante chi-cuadrado

Todos los pacientes sin diferencias entre patologías han respondido que su nivel de deseo sexual era bueno y satisfactorio antes del accidente



### Variación del deseo sexual desde el accidente

**Tabla 36: ¿cree que su deseo sexual ha variado desde que sufrió el accidente laboral?**

		p.2		Total	
		si	no		
patología	cortes y heridas	Recuento	0	3	3
		% del total	0,0%	2,9%	2,9%
	esguinces y torceduras	Recuento	4	9	13
		% del total	3,9%	8,8%	12,7%
	fracturas	Recuento	10	18	28
		% del total	9,8%	17,6%	27,5%
	algias	Recuento	23	15	38
		% del total	22,5%	14,7%	37,3%
	intervenciones quirurgicas	Recuento	4	15	19
		% del total	3,9%	14,7%	18,6%
	contusiones	Recuento	0	1	1
		% del total	0,0%	1,0%	1,0%
	Total	Recuento	41	61	102
		% del total	40,2%	59,8%	100,0%

Valor de P obtenido mediante chi-cuadrado

El 2,9% de los pacientes que presentaron como patología cortes y heridas refieren que no ha variado su deseo sexual desde el accidente laboral, así como el 1% de los pacientes con diagnóstico de contusión, el 14,7% de a los que se le practico una intervención quirúrgica, el 14,7% de los que sufrían algias, el 8,8% de los diagnosticados con esguince y torceduras y el 17,6% de los pacientes que sufrieron una fractura, presentando diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,013$ ) en cuanto a variaciones en el deseo sexual según el tipo de patología que causa la baja.

Disminución del deseo sexual durante los primeros días de baja

**Tabla 37: durante los primeros días de baja ¿disminuyó su deseo sexual?**

		p3		Total
		si	no	
cortes y heridas	Recuento	2	1	3
	% del total	2,0%	1,0%	2,9%
esguinces y torceduras	Recuento	3	10	13
	% del total	2,9%	9,8%	12,7%
Fracturas	Recuento	21	7	28
	% del total	20,6%	6,9%	27,5%
Algias	Recuento	33	5	38
	% del total	32,4%	4,9%	37,3%
intervenciones quirurgicas	Recuento	8	11	19
	% del total	7,8%	10,8%	18,6%
Contusiones	Recuento	1	0	1
	% del total	1,0%	0,0%	1,0%
Total	Recuento	68	34	102
	% del total	66,7%	33,3%	100,0%

Valor de P obtenido mediante chi-cuadrado

La tabla se distribuye así: el 2% de los cortes y heridas, el 2,9% de esguinces y torceduras, el 20,6% de fracturas, el 32,4% de las algias el 7,8% de las intervenciones quirúrgicas y el 1% de las contusiones concluyeron que su deseo sexual disminuyó durante los primeros días de baja encontrándose diferencias estadísticamente significativas. (P=0,001)

Causas a las que atribuye el descenso de su deseo sexual

**Tabla 38: si ha indicado que si a la respuesta anterior, ¿con que relaciona el descenso de su deseo sexual?**

		p.4			Total
		dolor	miedo	estrés	
cortes y heridas	Recuento	2	0	0	2
	% del total	2,9%	0,0%	0,0%	2,9%
esguinces y torceduras	Recuento	3	0	0	3
	% del total	4,3%	0,0%	0,0%	4,3%
Fracturas	Recuento	21	0	0	21
	% del total	30,4%	0,0%	0,0%	30,4%
patología	Recuento	24	3	6	33
	% del total	34,8%	4,3%	8,7%	47,8%
intervenciones quirúrgicas	Recuento	9	0	0	9
	% del total	13,0%	0,0%	0,0%	13,0%
Contusiones	Recuento	1	0	0	1
	% del total	1,4%	0,0%	0,0%	1,4%
Total	Recuento	60	3	6	69
	% del total	87,0%	4,3%	8,7%	100,0%

Valor de P obtenido mediante chi-cuadrado

Los pacientes del estudio relacionan el descenso de su deseo sexual al dolor el 34,8% de las algias, 4,3% de los pacientes diagnosticados de algias que lo relacionan con el miedo y el 8,7% lo relacionan con el estrés, mientras que el resto de patologías lo relacionan solo con el dolor: 30,4% de los pacientes con fracturas, el 13% de las intervenciones quirúrgicas el 4,3 % de los cortes y heridas, el 4,3% de los esguinces y torceduras y el 1,4% de las contusiones, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas.(p=0.141)

Deseo sexual tras los primeros días de baja

**Tabla39: cuando pasaron los días de dolor más intenso ¿aumento su deseo sexual?**

		p.5		Total
		si	no	
cortes y heridas	Recuento	1	2	3
	% del total	1,0%	2,0%	2,9%
esguinces y torceduras	Recuento	13	0	13
	% del total	12,7%	0,0%	12,7%
fracturas	Recuento	11	17	28
	% del total	10,8%	16,7%	27,5%
algias	Recuento	24	14	38
	% del total	23,5%	13,7%	37,3%
intervenciones quirurgicas	Recuento	5	14	19
	% del total	4,9%	13,7%	18,6%
contusiones	Recuento	1	0	1
	% del total	1,0%	0,0%	1,0%
Total	Recuento	55	47	102
	% del total	53,9%	46,1%	100,0%

Valor de P obtenido mediante chi-cuadrado

El 23,5% de los pacientes diagnosticados de algia refirió que sí aumento su deseo sexual tras los primeros días de dolor frente al 12,7% de los esguinces y torceduras, el 10,8% de los pacientes diagnosticados de fracturas, el 4,9% de las intervenciones quirúrgicas y el 1% que comparten tanto cortes y heridas como contusiones presentando diferencias estadísticamente significativas.(P=0,001)

Le apetece mantener relaciones sexuales con más frecuencia

**Tabla 40: ¿le apetece mantener relaciones sexuales con más frecuencia?**

		p.6		Total	
		si	no		
patología	cortes y heridas	Recuento	0	3	3
		% del total	0,0%	2,9%	2,9%
	esguinces y torceduras	Recuento	12	1	13
		% del total	11,8%	1,0%	12,7%
	fracturas	Recuento	17	11	28
		% del total	16,7%	10,8%	27,5%
	algias	Recuento	28	10	38
		% del total	27,5%	9,8%	37,3%
	intervenciones quirurgicas	Recuento	9	10	19
		% del total	8,8%	9,8%	18,6%
	contusiones	Recuento	1	0	1
		% del total	1,0%	0,0%	1,0%
	Total	Recuento	67	35	102
		% del total	65,7%	34,3%	100,0%

Valor de P obtenido mediante chi-cuadrado

El 27,5% de los pacientes diagnosticados de algias refieren que les apetece mantener relaciones sexuales con más frecuencia seguido por el 16,7% de las fracturas, el 11,8% de los esguinces y torceduras el 8,8% de las intervenciones quirúrgicas y el 1% de las contusiones, teniendo un 0% cortes y heridas, encontrándose diferencias estadísticamente significativas.(P=0,005)

Nota que alguna medicación interfiere en su deseo sexual

**Tabla 41: ¿nota que alguna medicación interfiere en su deseo sexual?**

		p.7		Total
		si	no	
cortes y heridas	Recuento	0	3	3
	% del total	0,0%	2,9%	2,9%
esguinces y torceduras	Recuento	1	12	13
	% del total	1,0%	11,8%	12,7%
fracturas	Recuento	11	17	28
	% del total	10,8%	16,7%	27,5%
patología algias	Recuento	4	34	38
	% del total	3,9%	33,3%	37,3%
intervenciones quirúrgicas	Recuento	0	19	19
	% del total	0,0%	18,6%	18,6%
contusiones	Recuento	1	0	1
	% del total	1,0%	0,0%	1,0%
Total	Recuento	17	85	102
	% del total	16,7%	83,3%	100,0%

Valor de P obtenido mediante chi-cuadrado

El 10,8% de los pacientes que sufrían fracturas indicaron que había alguna medicación que influía en su deseo sexual, seguido del 3,9% de las algias y el 1% que comparten las contusiones y los esguinces y torceduras, las patologías cortes y heridas junto con las intervenciones quirúrgicas no reflejaron que ninguna medicación interfería en su deseo sexual encontrándose diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,001$ ).

## Medicación que interfiere en el deseo sexual

**Tabla 42: ¿qué medicación?**

			p.7.1				Total
			inzitan	neuromade	nolotil	valium	
Patología	esguinces y torceduras	Recuento	0	0	0	1	1
		% del total	0,0%	0,0%	0,0%	5,6%	5,6%
	fracturas	Recuento	1	0	0	10	11
		% del total	5,6%	0,0%	0,0%	55,6%	61,1%
	algias	Recuento	0	0	0	4	4
		% del total	0,0%	0,0%	0,0%	22,2%	22,2%
	intervenciones quirurgicas	Recuento	0	1	0	0	1
		% del total	0,0%	5,6%	0,0%	0,0%	5,6%
	contusiones	Recuento	0	0	1	0	1
		% del total	0,0%	0,0%	5,6%	0,0%	5,6%
	Total	Recuento	1	1	1	15	18
		% del total	5,6%	5,6%	5,6%	83,3%	100,0%

Valor de P obtenido mediante chi-cuadrado

De los pacientes que contestaron que alguna medicación interfería en su deseo sexual el 5,6% de las fracturas lo atribuye al inzitan mientras que 55,6% de las fracturas dijo que era el valium el que lo hacía junto con el 22.2% de las algias el 5,6% de los esguinces y torceduras, mientras el 5,6% de las contusiones lo atribuye al nolotil, el 5,6% de las intervenciones quirúrgicas lo atribuye al neuromade no encontrándose diferencias estadísticamente significativas. (p=0,186)

Tiempo libre y deseo sexual

**Tabla 43: ¿el aumento de tiempo libre ha provocado que aumente su deseo sexual?**

		p8		Total	
		si	no		
patología	cortes y heridas	Recuento	1	2	3
		% del total	1,0%	2,0%	2,9%
	esguinces y torceduras	Recuento	13	0	13
		% del total	12,7%	0,0%	12,7%
	Fracturas	Recuento	17	11	28
		% del total	16,7%	10,8%	27,5%
	Algias	Recuento	22	16	38
		% del total	21,6%	15,7%	37,3%
	intervenciones quirúrgicas	Recuento	10	9	19
		% del total	9,8%	8,8%	18,6%
	Contusiones	Recuento	1	0	1
		% del total	1,0%	0,0%	1,0%
	Total	Recuento	64	38	102
		% del total	62,7%	37,3%	100,0%

Valor de P obtenido mediante chi-cuadrado

De los cortes y heridas, el 1% refiere que el tiempo libre no ha aumentados su deseo sexual con el aumento de tiempo libre frente al 2% que refiere que sí. En los esguinces y torceduras el 12,7% refiere que si ha aumentado su deseo sexual, los pacientes diagnosticados de fractura refieren el 16,7% que si aumenta frente al 10,8% que dice que no, los pacientes con algias, el 21,6% refiere que si aumenta si deseo sexual frente a un 15,7% que dice que no, las intervenciones quirúrgicas el 9,8% dice que si aumenta su deseo sexual frente al 8,8% que no y las contusiones el 1% refiere que si aumente, encontrándose diferencias estadísticamente significativas ( $p=0.009$ )



Mejoría de la patología y aumento del deseo sexual.

**Tabla 44: Cuando ha notado mejoría de su patología ¿ha aumentado su deseo sexual?**

		p9		Total	
		si	no		
patología	cortes y heridas	Recuento	1	2	3
		% del total	1,0%	2,0%	2,9%
	esguinces y torceduras	Recuento	13	0	13
		% del total	12,7%	0,0%	12,7%
	fracturas	Recuento	9	19	28
		% del total	8,8%	18,6%	27,5%
	algias	Recuento	23	15	38
		% del total	22,5%	14,7%	37,3%
	intervenciones quirurgicas	Recuento	8	11	19
		% del total	7,8%	10,8%	18,6%
	contusiones	Recuento	1	0	1
		% del total	1,0%	0,0%	1,0%
	Total	Recuento	55	47	102
		% del total	53,9%	46,1%	100,0%

Valor de P obtenido mediante chi-cuadrado

El 1% de los cortes y heridas, el 12% de los esguinces y torceduras, el 8,8% de las fracturas, el 22,5% de las algias, el 7,8% de las intervenciones quirúrgicas y el 1% de las contusiones refieren que si han notado n aumento de su deseo sexual encontrándose diferencias estadísticamente significativas (p=0,009)

Comunicación con la pareja y baja laboral

**Tabla 44: ¿ha mejorado la comunicación con su pareja desde que está de baja laboral?**

		p10		Total
		si	no	
cortes y heridas	Recuento	1	2	3
	% del total	1,0%	2,0%	2,9%
esguinces y torceduras	Recuento	13	0	13
	% del total	12,7%	0,0%	12,7%
fracturas	Recuento	14	14	28
	% del total	13,7%	13,7%	27,5%
patología algias	Recuento	24	14	38
	% del total	23,5%	13,7%	37,3%
intervenciones quirurgicas	Recuento	8	11	19
	% del total	7,8%	10,8%	18,6%
contusiones	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,0%	1,0%
Total	Recuento	60	42	102
	% del total	58,8%	41,2%	100,0%

Valor de P obtenido mediante chi-cuadrado

El 1% de los cortes y heridas manifestaron que sí ha mejorado la comunicación con la pareja desde que está de baja laboral junto con el 12,7% de los esguinces y torceduras, el 13,7% de las fracturas, el 23,5% de las algias, el 7,8% de las intervenciones quirúrgicas siendo las contusiones la única patología que no refiere mejoría en la comunicación con su pareja desde la baja laboral, encontrándose diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,001$ )

### Apego con la pareja y accidente laboral

Tabla 46: ¿cree que tiene más apego con su pareja que antes del accidente?

		p11		Total
		si	no	
cortes y heridas	Recuento	1	2	3
	% del total	1,0%	2,0%	2,9%
esguinces y torceduras	Recuento	13	0	13
	% del total	12,7%	0,0%	12,7%
fracturas	Recuento	10	18	28
	% del total	9,8%	17,6%	27,5%
Algias	Recuento	28	10	38
	% del total	27,5%	9,8%	37,3%
intervenciones quirurgicas	Recuento	8	11	19
	% del total	7,8%	10,8%	18,6%
contusiones	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,0%	1,0%
Total	Recuento	60	42	102
	% del total	58,8%	41,2%	100,0%

Valor de P obtenido mediante chi-cuadrado

El 27,5% de las algias refieren tener más apego con su pareja que antes del accidente, junto con el 1% de los cortes y heridas, el 12,7% de los esguinces y torceduras el 9,8% de las fracturas y el 7,8% de las intervenciones quirúrgicas, existiendo diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,001$ )

Relaciones sexuales con más frecuencia

**Tabla 47: ¿mantiene relaciones sexuales con más frecuencia?**

		p12		Total	
		si	no		
patología	cortes y heridas	Recuento	1	2	3
		% del total	1,0%	2,0%	2,9%
	esguinces y torceduras	Recuento	4	9	13
		% del total	3,9%	8,8%	12,7%
	fracturas	Recuento	6	22	28
		% del total	5,9%	21,6%	27,5%
	algias	Recuento	12	26	38
		% del total	11,8%	25,5%	37,3%
	intervenciones quirurgicas	Recuento	10	9	19
		% del total	9,8%	8,8%	18,6%
	contusiones	Recuento	1	0	1
		% del total	1,0%	0,0%	1,0%
	Total	Recuento	34	68	102
		% del total	33,3%	66,7%	100,0%

Valor de P obtenido mediante chi-cuadrado

El 1% de los pacientes diagnosticados con cortes y heridas refieren mantener relaciones con mas frecuencia junto con el 3,9% de los esguinces y torceduras, el 5,9% de las fracturas, el 11,8% de las algias , el 9,8% de las intervenciones quirúrgicas y el 1% de las contusiones, no existiendo diferencias estadísticamente significativas (p=0,206)

## Satisfacción de sus relaciones sexuales

**Tabla48: ¿sus relaciones sexuales son más satisfactorias?**

		p13		Total
		si	no	
cortes y heridas	Recuento	1	2	3
	% del total	1,0%	2,0%	2,9%
esguinces y torceduras	Recuento	13	0	13
	% del total	12,7%	0,0%	12,7%
fracturas	Recuento	13	15	28
	% del total	12,7%	14,7%	27,5%
algias	Recuento	15	23	38
	% del total	14,7%	22,5%	37,3%
intervenciones quirurgicas	Recuento	8	11	19
	% del total	7,8%	10,8%	18,6%
contusiones	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,0%	1,0%
Total	Recuento	50	52	102
	% del total	49,0%	51,0%	100,0%

Valor de P obtenido mediante chi-cuadrado

EL49 % de la población estudiada respondió que sus relaciones sexuales eran más satisfactorias, dividiéndose entre patologías de este modo: cortes y heridas 1%, esguinces y torceduras 12,7%, fracturas 12,7%, algias 14,7% e intervenciones quirúrgicas un 7,8% encontrándose diferencias estadísticamente significativas (p=0,001)

Entendido por su pareja

**Tabla 49: ¿se siente entendido por su pareja?**

		p14		Total
		si	no	
cortes y heridas	Recuento	3	0	3
	% del total	2,9%	0,0%	2,9%
esguinces y torceduras	Recuento	13	0	13
	% del total	12,7%	0,0%	12,7%
fracturas	Recuento	23	5	28
	% del total	22,5%	4,9%	27,5%
algias	Recuento	29	9	38
	% del total	28,4%	8,8%	37,3%
intervenciones quirurgicas	Recuento	13	6	19
	% del total	12,7%	5,9%	18,6%
contusiones	Recuento	1	0	1
	% del total	1,0%	0,0%	1,0%
Total	Recuento	82	20	102
	% del total	80,4%	19,6%	100,0%

Valor de P obtenido mediante chi-cuadrado

El 80% de la población estudiada se siente entendido por su pareja dividiéndose esta en: 2,9% de los cortes y heridas, el 12,7% de esguinces y torceduras, el 22,5% de las fracturas, el 28,4% de las algias, el 12,7% de las intervenciones quirúrgicas y el 1% de las contusiones, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas (p=0,095)

Mejoría de la sexualidad desde que está de baja laboral

**Tabla 50: ¿Ha mejorado su sexualidad desde que está de baja laboral?**

		p.15		Total	
		si	No		
patología	cortes y heridas	Recuento	1	2	3
		% del total	1,0%	2,0%	2,9%
	esguinces y torceduras	Recuento	13	0	13
		% del total	12,7%	0,0%	12,7%
	fracturas	Recuento	7	21	28
		% del total	6,9%	20,6%	27,5%
	algias	Recuento	7	31	38
		% del total	6,9%	30,4%	37,3%
	intervenciones quirurgicas	Recuento	8	11	19
		% del total	7,8%	10,8%	18,6%
	contusiones	Recuento	1	0	1
		% del total	1,0%	0,0%	1,0%
	Total	Recuento	37	65	102
		% del total	36,3%	63,7%	100,0%

Valor de P obtenido mediante chi-cuadrado

El 1% de los cortes y heridas refiere que su sexualidad ha mejorado desde que está de baja laboral, seguido por el 12,7% de los esguinces y torceduras, el 6,9% de las fracturas, el 6,9% de las algias, el 7,8% de las intervenciones quirúrgicas y el 1% de las contusiones, encontrándose diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,001$ )

## ANALISIS BIVARIANTE:

### U de Mannwhitney

Previamente hay que hacer el test de normalidad de kormogorof-smirnov para comprobar si las variables siguen una distribución normal. Como las variables de estudio siguen una distribución no normal para la comparación de la media se utilizaran pruebas no paramétricas (U de mannwhitney) para variables independientes

Tabla: 51: Relación entre los días de baja y ¿cree que su deseo sexual ha variado desde que sufrió el accidente laboral?

	p.2	N	Media	Desviación típ.	p
días	si	41	36,68	20,013	,193
	No	61	31,52	19,132	

Valor de p obtenido a través de U de Mannwhitney

Los pacientes que llevan más días de baja laboral (36.68 días) refieren que sí ha variado su deseo sexual desde el accidente laboral respecto de los pacientes que llevan una media menor (31.52 días) no existiendo diferencias significativas.

Tabla 52: relación entre los días de baja y durante los primeros días de baja ¿disminuyo su deseo sexual?

	p3	N	Media	Desviación típ.	p
días	Si	68	36,49	21,112	0,018
	No	34	27,82	14,638	

Valor de p obtenido a través de U de Mannwhitney

Los pacientes que llevan más días de baja laboral (36,49) refieren que sí disminuyo su deseo sexual durante los primeros días de baja respecto de los pacientes que llevan menos días de baja (27,82), existiendo diferencias significativas.



Tabla 53: relación entre los días de baja y ¿con qué relaciona el descenso de su deseo sexual?

	p.4	N	Media	Desviación típ.	p
días	dolor	60	38,53	21,742	,149
	miedo	3	20,00	8,660	

Valor de p obtenido a través de U de Mannwhitney

Los pacientes que llevan más días de baja laboral (38,53 días) relacionan el descenso de su deseo sexual con el dolor respecto de los pacientes que llevan menos días de baja (20 días) no existiendo diferencias significativas.

Tabla 54: relación entre días de baja laboral y cuando pasaron los días de dolor más intenso ¿aumento su deseo sexual?

	p.5	N	Media	Desviación típ.	p
días	si	55	36,64	20,988	0,09
	no	47	30,04	17,287	

Valor de p obtenido a través de U de Mannwhitney

Los pacientes que llevan más días de baja laboral (36,64 días) manifiestan que su deseo sexual aumento cuando pasaron los primeros día de dolor más intenso frente a los pacientes que llevan menos días de baja laboral (30,04 días) no existiendo diferencias significativas.

Tabla 55: relación entre días de baja laboral y ¿le apetece mantener relaciones sexuales con más frecuencia?

	p.6	N	Media	Desviación típ.	p
días	si	67	32,60	19,043	0, ,477
	no	35	35,51	20,655	

Valor de p obtenido a través de U de Mannwhitney

Los pacientes que llevan menos días de baja laboral (32,6 días) refieren que les apetece mantener relaciones sexuales con más frecuencia frente a los pacientes que llevan más días de baja laboral (35,51 días) no existiendo diferencias significativas.

Tabla 56: relación entre días de baja laboral y ¿nota que alguna medicación interfiere en su deseo sexual?

	p.7	N	Media	Desviación típ.	p
días	si	17	32,35	15,423	0,775
	no	85	33,85	20,353	

Valor de p obtenido a través de U de Mannwhitney

Los pacientes que llevan menos días de baja laboral (32.35 días) refieren que alguna medicación interfiere en su deseo sexual frente a los pacientes que llevan más días de baja laboral (33,85 días), no existiendo diferencias significativas.

Tabla 57: relación entre días de baja y ¿el aumento de tiempo libre ha provocado que aumente su deseo sexual?

	p8	N	Media	Desviación típ.	p
días	si	64	34,84	20,468	0,407
	no	38	31,50	17,989	

Valor de p obtenido a través de U de Mannwhitney

Los pacientes que llevan más días de baja laboral (34,84 días) manifiestan que el aumento de tiempo libre ha provocado que aumente su deseo sexual frente a los pacientes que llevan menos días de baja laboral (31,5 días) no existiendo diferencias significativas.

Tabla 58: relación entre días de baja y cuando ha notado mejoría de su patología ¿ha amentado su deseo sexual?

	p9	N	Media	Desviación típ.	p
días	si	55	35,73	20,979	0,236
	no	47	31,11	17,648	

Valor de p obtenido a través de U de Mannwhitney

Los pacientes que llevan más días de baja laboral (35,73 días) refieren que cuando notaron mejoría de su patología aumento su deseo sexual frente a los pacientes que llevan menos días de baja laboral (31,11 días), no existiendo diferencias significativas.

Tabla 59: relación entre días de baja y ¿ha mejorado la comunicación con su pareja desde que está de baja laboral?

	p10	N	Media	Desviación típ.	p
días	Si	60	35,40	20,437	0,268
	No	42	31,02	18,159	

Valor de p obtenido a través de U de Mannwhitney

Los pacientes que llevan menos días de baja laboral (31,02 días) manifiestan que no ha mejorado la comunicación con su pareja desde que está de baja laboral frente a los pacientes que llevan una media mayor de días de baja laboral (35,40 días), no existiendo diferencias significativas.

Tabla 60: relación entre días de baja laboral y ¿cree que tiene más apego con su pareja que antes del accidente?

	p11	N	Media	Desviación típ.	p
Días	si	60	35,98	20,317	0,142
	no	42	30,19	18,112	

Valor de p obtenido a través de U de Mannwhitney

Los pacientes que llevan más días de baja laboral (35,98 días) refieren que tienen más apego con su pareja que antes del accidente respecto de los pacientes que llevan una media menor de días de baja laboral ( 30,19), no existiendo diferencias significativas.

Tabla 61: relación entre días de baja laboral y ¿mantiene relaciones sexuales con más frecuencia?

	p12	N	Media	Desviación típ.	p
días	Si	34	38,62	21,367	0,067
	No	68	31,09	18,237	

Valor de p obtenido a través de U de Mannwhitney

Los pacientes que llevan más días de baja laboral (38,62días) refieren que mantiene relaciones sexuales con más frecuencia que antes del accidente respecto de los pacientes que llevan una media menor de días de baja laboral ( 31,09), no existiendo diferencias significativas.

Tabla 62: relación entre días de baja laboral y ¿sus relaciones sexuales son más satisfactorias?

	p13	N	Media	Desviación típ.	p
días	si	50	36,18	21,921	0,193
	no	52	31,12	16,824	

Valor de p obtenido a través de U de Mannwhitney

Los pacientes que llevan más días de baja laboral (36,18días) refieren que sus relaciones sexuales son más satisfactorias que antes del accidente respecto de los pacientes que llevan una media menor de días de baja laboral (31,12), no existiendo diferencias significativas.

Tabla 63: relación entre los días de baja laboral y ¿se siente entendido por su pareja?

	p14	N	Media	Desviación típ.	p
días	Si	82	34,21	19,669	0,527
	No	20	31,10	19,388	

Valor de p obtenido a través de U de Mannwhitney

Los pacientes que llevan más días de baja laboral (34,21días) refieren que se siente entendido por su pareja respecto de los pacientes que llevan una media menor de días de baja laboral (31,10), no existiendo diferencias significativas.

Tabla 64: relación entre los días de baja laboral y ¿ha mejorado su sexualidad desde que está de baja laboral?

	p.15	N	Media	Desviación típ.	p
días	Si	37	37,32	23,701	0,190
	No	65	31,48	16,586	

Valor de p obtenido a través de U de Mannwhitney

Los pacientes que llevan más días de baja laboral (37,32 días) refieren que ha mejorado su sexualidad respecto de los pacientes que llevan una media menor de días de baja laboral (31,48), existiendo diferencias significativas.

## DISCUSIÓN

Hablaremos de las limitaciones que nos hemos encontrado a la hora de realizar nuestro estudio de investigación.

Sabíamos desde el principio que queríamos centrar nuestro estudio en un análisis del deseo sexual en los pacientes que sufren dolor agudo a causa de un accidente de trabajo que curse con una baja laboral en la MAPESS de Fremap El Ejido.

La primera limitación que nos encontramos en el momento de realizar nuestro estudio es el sesgo de información, ya que 2 pacientes se negaron a realizar la encuesta y 3 no la rellenaron por completo, con lo que la muestra se vio reducida. El nivel cultural de los sujetos de estudio entraría dentro de este sesgo y es posible que aunque se definió deseo sexual en el cuestionario y realicé personalmente todas las encuestas algunos de los sujetos no comprendiese términos. (Piedrola 2008)

En segundo lugar aparece el sesgo de memoria puesto que en nuestro cuestionario se hacía una pregunta que decía: ¿antes de su accidente laboral su deseo sexual era bueno?, hace referencia a un estado pasado con lo cual depende de la memoria que tenga el paciente.

Cabe destacar la escasa bibliografía que hay sobre deseo sexual y dolor agudo, así como sobre deseo sexual y accidente de trabajo.

Describiremos ahora la comparativa de los estudios encontrados

Cristina Palli en su estudio con mujeres que sufren cáncer ginecológico nos revela que a mayor tiempo libre de tratamiento, mayor es la recuperación de la sexualidad y que a más tiempo libre de tratamiento, mejor es el funcionamiento sexual, siendo este factor más significativo que no el tiempo transcurrido desde el diagnóstico, frente a nuestro estudio que pone de manifiesto que el aumento de tiempo libre no hace que aumente el deseo sexual en mujeres, tampoco aumenta la frecuencia de las relaciones sexuales ni consideran que su sexualidad haya mejorado desde que sufrieron el accidente de trabajo.

J García en 2004 realizó un estudio a veinticinco mujeres con diagnosticadas de fibromialgia de la unidad de trastornos somatomorfos del hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza obteniendo como resultados: función sexual escasa y poco

satisfactoria coincide con nuestro estudio donde se explica que en los primeros días de dolor más intenso el deseo sexual desciende. Las mujeres relacionan un descenso de su deseo sexual con el dolor agudo propio de la patología.

El dolor es sin duda uno de los pilares básicos para el descenso del deseo sexual como refleja la universidad de Barcelona en su estudio sobre pacientes diagnosticados de lumbalgia donde un porcentaje muy alto de la muestra refiere que el dolor y el miedo a sufrir dolor es lo que afecta a su sexualidad, coincidiendo con nuestro estudio que manifiesta que el descenso del deseo sexual se debe al dolor.

No se han encontrado más estudios para relacionar el aumento o descenso del deseo sexual y el tiempo libre y dolor.

## **Conclusiones**

- 1.** A los hombres le ha variado el deseo sexual desde que sufrió el accidente laboral.
- 2.** Tanto hombres como mujeres disminuyen su deseo sexual en los primeros días de baja laboral por accidente de trabajo por miedo al dolor.
- 3.** A los hombres les apetece mantener relaciones sexuales con más frecuencia que antes del accidente de trabajo.
- 4.** Tanto hombres como mujeres niegan que alguna medicación interfiere en su deseo sexual
- 5.** A los hombres les aumenta el deseo sexual cuando ha aumentado el tiempo libre
- 6.** Tanto hombres como mujeres creen que tienen más apego con su pareja que antes de su accidente laboral
- 7.** En todas las patologías presentes cuando pasan los días de dolor más intenso aumenta su deseo sexual
- 8.** Cuando hay mejoría de la patología que presentan aumenta el deseo sexual
- 9.** Ha mas días de baja laboral por accidente de trabajo mejor es la sexualidad.

## BIBLIOGRAFIA

- Clínica terapéutica/asesoramiento terapéutico 2005. disponible en URL [http://www.cochrane.ihcai.org/programa\\_seguridad\\_paciente\\_costa\\_rica/pdfs/34\\_Tratamiento-del-Dolor-Agudo.pdf](http://www.cochrane.ihcai.org/programa_seguridad_paciente_costa_rica/pdfs/34_Tratamiento-del-Dolor-Agudo.pdf)
- Gorguet I. 2008. Comportamiento sexual humano. Editorial oriente, Santiago de cuba.
- La calle P. 2006. Dificultades sexuales en la práctica ginecológica. Sexología integral 2006;3(4): 204-209
- Lucas M. 2007. Introducción a la sexología clínica
- MES 2013. Resumen de los últimos datos. Subsecretaría de empleo y seguridad social. Secretaria general técnica.
- Mosquera J. y Galdós P. 2001. Farmacología clínica para enfermería 3ª edición 2001 Mc Graw-Hill.
- MSSI 2012. Actualización en la codificación del dolor y de los procedimientos en la columna. Unidad técnica de la CIE-9-MC para el sistema nacional de salud. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Boletín numero 37, marzo 2012.
- Observatorio estatal de condiciones de trabajo. Ministerio de empleo y seguridad social, disponible en URL: <http://www.oect.es/portal/site/Observatorio/;VAPCOOKIE=lrTcRCLMWpJIBPC8CZJgn709Sty3yQ1LVJJ6rhmVq1Mq8d7ytj7F!1025482836!-1084560141>
- Palli C. 2010. Sexualidad, comunicación y emociones: estudio situacional con mujeres afectadas de cáncer ginecológico.
- Pérez T. Fisiopatología del dolor agudo: alteraciones cardiovasculares, respiratorias y de otros sistemas y órganos Tania Pérez- Castañeda Jorge, disponible en URL [http://bvs.sld.cu/revistas/scar/vol\\_11\\_1\\_12/ane04112.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/scar/vol_11_1_12/ane04112.htm)



- Piedrola 2008. Medicina preventiva y salud pública. Elsevier Masson
- Puebla F.T 2005. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico. Oncología (Barc.) v.28 n.3 Madrid mar. 2005
- REAL DECRETO 171/2004, de 30 de enero, por el que se desarrolla el artículo 24 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, en materia de coordinación de actividades empresariales. BOE nº 27 31/01/2004
- Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social
- Sierra J. 2002. Estudio psicométrico preliminar de test de deseo sexual inhibido en una muestra española no clínica. International Journal of Clinical and Health Psychology
- Todd W. 2007. Fisiopatología del dolor, PhD. Med Clin N Am 91 (2007) 1 – 12
- Cambero I 2011 .Manejo del dolor en urgencias. Curso Urgencias MIR Mayo-junio 2011

## Anexos

### Anexo I Cuestionario

Este cuestionario es voluntario.

Los datos extraídos se utilizarán únicamente para un estudio de la Universidad de Almería.

Lea atentamente las preguntas, si tiene alguna duda, pregunte al entrevistador. Por favor responda con sinceridad.

Nombre:

Edad:

Diagnostico:

1.-Antes de su accidente laboral, ¿tu nivel de deseo sexual era bueno y satisfactorio?

SI

No

2.- ¿Cree que su deseo sexual ha variado desde que sufrió el accidente laboral?

SI

No

3.-Durante los primeros días de baja ¿disminuyó su deseo sexual?

SI

No

4.-Si ha indicado que si a la respuesta anterior, con que relaciona el descenso de su deseo sexual?

- Dolor
- Miedo
- Estrés
- Cansancio
- Medicación

5.-Cuando pasaron los días de dolor más intenso, ¿ aumentó su deseo sexual?

SI

No

6.-Le apetece mantener relaciones sexuales con más frecuencia?

SI

No

7.-Nota que alguna medicación interfiere en su deseo sexual?

SI

NO

7.1 Cual:

- Inzitan
- Neuromade
- Nucleo CMP
- Nolotil
- Voltaren
- Ibuprofeno

▫ Valium

8.-¿El aumento de tiempo libre ha provocado que aumente su deseo sexual?

SI No

9.-Cuando ha notado mejoría en su patología,¿ ha aumentado su deseo sexual.?

SI No

10.-¿Ha mejorado la comunicación con su pareja desde que está de baja laboral?

SI No

11.-¿Cree que tiene más apego con su pareja que antes de su accidente?

SI No

12.-¿Mantiene relaciones sexuales con más frecuencia?

SI No

13.-¿Sus relaciones sexuales son más satisfactorias?

SI No

14.-¿ Se siente entendido por su pareja?

SI No

15.-¿Ha mejorado su sexualidad desde que está de baja laboral?

SI No