

Texto Post

A les que no se nos nombra:

La ejecutiva de Lambda sigue centrando su argumentario en les extrebaadoras sancionades y despedides y en la falsa afirmación de que nunca se les ha denunciado, pero no menciona en ningún momento a todes les que hemos tenido que recurrir a bajas médicas por cuestiones de salud mental.

Conociendo su argumentario sobre esta cuestión adelantamos que, aunque en el informe de baja médica que recibían desde la Seguridad Social no aparece el motivo de la misma, la ejecutiva y les compañeres estaban al tanto de los problemas de salud mental derivados del contexto laboral y de que estos eran el motivo de las bajas (se verbalizó e incluso se les mostró informes).

Invitamos a la ejecutiva a proteger su honorabilidad y la de la entidad de forma coherente y responsable haciéndose cargo de las consecuencias de sus actos mediante la dimisión y la asunción de responsabilidades de la actual ejecutiva, así como a detener la violencia que sigue generando al negar los hechos con el único argumento de que no les denunciemos.

Denunciar es una ELECCIÓN, y depende de innumerables factores, entre ellos el miedo.

**LA REALIDAD QUE LA
EJECUTIVA DE LAMBDA
QUIERE SILENCIAR:**

**Numerosas bajas por
cuestiones de **salud
mental****

Ansiedad, insomnio, cefalea tipo migrañoso. Tratamiento farmacológico.

MOTIVO DE CONSULTA / MOTIU DE CONSULTA

Seguimiento de TRASTORNO DE ANSIEDAD, NO ESPECIFICADO
Seguimiento de CEFALEA TENSIONAL

ANAMNESIS / ANAMNESI

Paciente en situación de incapacidad laboral por cuadro de ansiedad que le originaba insomnio y cefalea tipo migrañoso, que ha requerido el inicio de tratamiento farmacológico, mejorando con dicho tratamiento y alejado de los factores estresantes .
Entrego dicho informe para presentar en su empresa

DIAGNÓSTICOS/PROCEDIMIENTOS / DIAGNÒSTICS/PROCEDIMENTS

CEFALIA TENSIONAL (CIE-10 G44.209)
TRASTORNO DE ANSIEDAD, NO ESPECIFICADO (CIE-10 F41.9)

BAJAS MÉDICAS SALUD MENTAL
EXTRABAJADORIS LAMBDA

Enfermedad actual / Malaltia actual

que acude a urgencias por cuadro de ansiedad, nerviosismo, ánimo decaído, aislamiento de casi dos años de evolución debido a problemas laborales, con mucha situación estresante y mucha presión por parte de compañeros. Disminución de la ingesta debido a la angustia que presenta. Ha abandonado relaciones sociales. Tiene miedo, con ideas muy negativas en cuanto a futuro.

BAJAS MÉDICAS SALUD MENTAL
EXTRABAJADORIS LAMBDA

Transtorno de ansiedad

PARTE DE CONFIRMACIÓN / COMUNICAT DE CONFIRMACIÓ

Contingencias comunes - Enfermedad común

DATOS DEL TRABAJADOR / DADES DEL TREBALLADOR

Situación / Situació: **ACTIVO**

Nombre y apellidos / Nom i cognoms:

[REDACTED]

Núm. tarjeta sanitaria:
Núm. targeta sanitària:

[REDACTED]

Núm. afiliación a la S.S.:
Núm. afiliació a la S.S.:

[REDACTED]

Número DNI:
Número DNI:

[REDACTED]

Nombre de la empresa / Nom de l'empresa:

LAMBDA COLECTIVO LGTBI

Ocupación del trabajador / Ocupació del treballador:

[REDACTED]

Código CNO:

Codi CNO:

[REDACTED]

DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL / DESCRIPCIÓ DE LA LIMITACIÓ DE LA CAPACITAT FUNCIONAL

	Diagnóstico de baja / Diagnòstic de baixa:	Código /
	TRASTORNO DE ANSIEDAD, NO ESPECIFICADO	CIE-10 F41.9
	Diagnóstico de confirmación / Diagnòstic de confirmació:	
	TRASTORNO DE ANSIEDAD, NO ESPECIFICADO	CIE-10 F41.9

DATOS DE LA BAJA / DADES DE LA BAIXA

Fecha de la BAJA: [REDACTED] /2022
Data de la BAIXA: [REDACTED] /2022

Tipo de proceso: **Medio**
Tipus de procés: **Medio**

Número de parte de confirmación: **2**
Nombre de comunicat de confirmació:

Fecha del parte de confirmación: [REDACTED] /2022
Data del comunicat de

Duración estimada: [REDACTED] días / dies
Duració estimada: [REDACTED] dies / dies

Fecha siguiente reconocimiento: [REDACTED] /2023
Data següent reconeixement:

Fecha de cumplimiento de los 365 días de IT: [REDACTED] /2023
Data de compliment dels 365 dies d'IT:

BAJAS MÉDICAS SALUD MENTAL
EXTRABAJADORIS LAMBDA

Transtorno de ansiedad

Nombre y apellidos / Nom i cognoms: [REDACTED]	Núm. tarjeta sanitaria: Núm. tarjeta sanitària: [REDACTED]	Núm. afiliación a la S.S.: Núm. afiliació a la S.S.: [REDACTED]	Número DNI: Número DNI: [REDACTED]
Nombre de la empresa / Nom de l'empresa: Colectiu Lambda	Ocupación del trabajador / Ocupació del treballador: [REDACTED]	Código CNO: Codi CNO: [REDACTED]	
DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL / DESCRIPCIÓ DE LA LIMITACIÓ DE LA CAPACITAT FUNCIONAL			
Diagnóstico de baja / Diagnòstic de baixa: TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA		Código / CIE-10 F41.1	
Diagnóstico de confirmación / Diagnòstic de confirmació: TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA		Código / CIE-10 F41.1	
DATOS DE LA BAJA / DADES DE LA BAIXA			
Fecha de la BAJA: Data de la BAIXA: [REDACTED] 2023	Tipo de proceso: Tipus de procés: Largo	Número de parte de confirmación: Nombre de comunicat de confirmació: 6	
Fecha del parte de confirmación: Data del comunicat de [REDACTED] 2024	Duración estimada: Duració estimada: [REDACTED] días / dies	Fecha siguiente reconocimiento: Data següent reconeixement: [REDACTED] /2024	
		Fecha de cumplimiento de los 365 días de IT: Data de compliment dels 365 dies d'IT: [REDACTED] /2024	
		Último parte de confirmación por traslado: Últim comunicat de confirmació per trasllat:	

BAJAS MÉDICAS SALUD MENTAL
EXTRABAJADORIS LAMBDA

Agorafobia con transtorno de pánico

Nombre y apellidos / Nom i cognoms : [REDACTED]		Núm. tarjeta sanitaria: Núm. targeta sanitària: [REDACTED]	Núm. afiliación a la S.S.: Núm. afiliació a la S.S.: [REDACTED]	Número DNI: Número DNI: [REDACTED]	
Nombre de la empresa / Nom de l'empresa: LAMBDA	Ocupación del trabajador / Ocupació del treballador: [REDACTED]			Código CNO: Codi CNO: [REDACTED]	
DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL / DESCRIPCIÓ DE LA LIMITACIÓ DE LA CAPACITAT FUNCIONAL					
		Diagnóstico de baja / Diagnòstic de baixa:		Código /	
		AGORAFOBIA CON TRASTORNO DE PANICO		CIE-10	
				F40.01	
		Diagnóstico de confirmación / Diagnòstic de confirmació:			
		AGORAFOBIA CON TRASTORNO DE PANICO		CIE-10	
				F40.01	
DATOS DE LA BAJA / DADES DE LA BAIXA					
Fecha de la BAJA: Data de la BAIXA:	[REDACTED]/2022	Tipo de proceso: Tipus de procés:	<input checked="" type="checkbox"/> Largo	Número de parte de confirmación: Nombre de comunicat de confirmació:	9
Fecha del parte de confirmación: Data del comunicat de	[REDACTED]/2023	Duración estimada: Duració estimada:	[REDACTED] días / dies	Fecha siguiente reconocimiento: Data següent reconeixement:	[REDACTED]/2023
			Fecha de cumplimiento de los 365 días de IT: Data de compliment dels 365 dies d'IT:		[REDACTED]/2023
			Último parte de confirmación por traslado: Últim comunicat de confirmació per trasllat:		

BAJAS MÉDICAS SALUD MENTAL
EXTRABAJADORIS LAMBDA

Transtorno distímico

Localidad / Localitat: [REDACTED]	Provincia / Província: [REDACTED]	CP / CP: [REDACTED]	Móvil / Mòbil: [REDACTED]	Teléfono / Telèfon: [REDACTED]
Nombre de la empresa / Nom de l'empresa: LAMBDA	Ocupación del trabajador / Ocupació del treballador: [REDACTED]	Código CNO: Codi CNO: [REDACTED]		

DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL / DESCRIPCIÓ DE LA LIMITACIÓ DE LA CAPACITAT FUNCIONAL

Diagnóstico de baja / Diagnòstic de baixa: TRASTORNO DISTIMICO		Código/Codi: CIE-10 F34.1
Fecha de AT o EP: Data d'AT o MP: [REDACTED]	Tipo de asistencia: Tipus d'assistència: [REDACTED]	Parte del cuerpo dañada / Part del cos afectada: [REDACTED]
Nivel de gravedad: Nivell de gravetat: [REDACTED]	Código de enfermedad profesional / Codi de malaltia professional: [REDACTED]	

DATOS DE LA BAJA / DADES DE LA BAIXA

Fecha de la BAJA / Data de la BAIXA: [REDACTED]/2023	Tipo de proceso / Tipus de procés: Largo
Recalda / Reaiguda: No	Duración estimada / Duració estimada: [REDACTED] días / dies
Fecha proceso inicial: Data procés inicial: [REDACTED]	Fecha siguiente revisión médica: Data següent revisió mèdica: [REDACTED]/2023

DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS / DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR
DADES DEL FACULTATIU-CIES / DADES DEL METGE INSPECTOR

BAJAS MÉDICAS SALUD MENTAL
EXTRABAJADORIS LAMBDA

Otros trastornos de ansiedad

DATOS DEL TRABAJADOR / DADES DEL TREBALLADOR		Situación / Situació: ACTIVO	
Nombre y apellidos / Nom i cognoms: [REDACTED]	Núm. tarjeta sanitaria: Núm. targeta sanitària: [REDACTED]	Núm. afiliación a la S.S.: Núm. afiliació a la S.S.: [REDACTED]	Número DNI: Número DNI: [REDACTED]
Nombre de la empresa / Nom de l'empresa: LAMBDA VALENCIA	Ocupación del trabajador / Ocupació del treballador: [REDACTED]	Código CNO: Codi CNO: [REDACTED]	
DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL / DESCRIPCIÓ DE LA LIMITACIÓ DE LA CAPACITAT FUNCIONAL			
		Diagnóstico de baja / Diagnòstic de baixa: OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD ESPECIFICADOS	Código / CIE-10 F41.8
		Diagnóstico de confirmación / Diagnòstic de confirmació: OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD ESPECIFICADOS	CIE-10 F41.8
DATOS DE LA BAJA / DADES DE LA BAIXA			
Fecha de la BAJA: Data de la BAIXA: [REDACTED]/2023	Tipo de proceso: Tipus de procés: Largo	Número de parte de confirmación: Nombre de comunicat de confirmació: 9	
Fecha del parte de confirmación: Data del comunicat de [REDACTED]/2023	Duración estimada: Duració estimada: [REDACTED] días / dies	Fecha siguiente reconocimiento: Data següent reconeixement: [REDACTED]/2024	
		Fecha de cumplimiento de los 365 días de IT: Data de compliment dels 365 dies d'IT: [REDACTED]/2024	
		Último parte de confirmación por traslado: Últim comunicat de confirmació per trasllat:	

**BAJAS MÉDICAS SALUD MENTAL
EXTRABAJADORIS LAMBDA**

Episodios de ansiedad paroxiticos, insomnio, síntomas digestivos limitantes...

MOTIVO DE CONSULTA / MOTIU DE CONSULTA

Seguimiento de ANSIEDAD
Seguimiento de INSOMNIO

DIAGNÓSTICOS/PROCEDIMIENTOS / DIAGNÒSTICS/PROCEDIMENTS

(CIE-10) G47.00 - INSOMNIO, NO ESPECIFICADO
(CIE-10) F41.9 - TRASTORNO DE ANSIEDAD, NO ESPECIFICADO

OBSERVACIONES / OBSERVACIONS

██████████ encuentra en seguimiento por parte de psicología clínica del Centro de Salud ██████████. Actualmente se encuentra con elevado grado de ansiedad con presencia de episodios de ansiedad paroxísticos, síntomas digestivos limitantes, pérdida de apetito, problemas de sueño. Esta sintomatología interfiere significativamente en su funcionalidad personal, social y laboral.
Se recomienda mantenimiento baja laboral.

BAJAS MÉDICAS SALUD MENTAL
EXTRABAJADORIS LAMBDA

Trastorno distímico

Nombre y apellidos / <i>Nom i cognoms</i> : [REDACTED]	Núm. tarjeta sanitaria: <i>Núm. targeta sanitària</i> : [REDACTED]	Núm. afiliación a la S.S.: <i>Núm. afiliació a la S.S.</i> : [REDACTED]	Número DNI: <i>Número DNI</i> : [REDACTED]
Nombre de la empresa / <i>Nom de l'empresa</i> : LAMBDA COLECTIVO LGTBI	Ocupación del trabajador / <i>Ocupació del treballador</i> : [REDACTED]	Código CNO: <i>Codi CNO</i> : [REDACTED]	
DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL / <i>DESCRIPCIÓ DE LA LIMITACIÓ DE LA CAPACITAT FUNCIONAL</i>			
Diagnóstico de baja / <i>Diagnòstic de baixa</i> : TRASTORNO DISTIMICO		Código / CIE-10 F34.1	
Diagnóstico de confirmación / <i>Diagnòstic de confirmació</i> : TRASTORNO DISTIMICO		CIE-10 F34.1	
DATOS DE LA BAJA / <i>DADES DE LA BAIXA</i>			
Fecha de la BAJA: <i>Data de la BAIXA</i> : [REDACTED]/2023	Tipo de proceso: <i>Tipus de procés</i> : Medio	Número de parte de confirmación: <i>Nombre de comunicat de confirmació</i> : 3	
Fecha del parte de confirmación: <i>Data del comunicat de</i> [REDACTED]/2023	Duración estimada: <i>Duració estimada</i> : [REDACTED] días / <i>dies</i>	Fecha siguiente reconocimiento: <i>Data següent reconeixement</i> : [REDACTED]/2023	
		Fecha de cumplimiento de los 365 días de IT: <i>Data de compliment dels 365 dies d'IT</i> : [REDACTED]/2024	
		Último parte de confirmación por traslado: <i>Últim comunicat de confirmació per trasllat</i> :	

BAJAS MÉDICAS SALUD MENTAL
EXTRABAJADORIS LAMBDA

Trastorno adaptativo con otros síntomas

Nombre y apellidos / Nom i cognoms: [REDACTED]		Núm. tarjeta sanitaria: Núm. targeta sanitària: [REDACTED]	Núm. afiliación a la S.S.: Núm. afiliació a la S.S.: [REDACTED]	Número DNI: Número DNI: [REDACTED]		
Domicilio / Domicili: [REDACTED]		Núm: 16	Bloq:	Esc:	Pis: 1	Pla: 3
Localidad / Localitat: [REDACTED]	Provincia / Província: [REDACTED]	CP / CP: [REDACTED]	Móvil / Mòbil:	Teléfono / Telèfon: [REDACTED]		
Nombre de la empresa / Nom de l'empresa: COLECTIVO LAMBDA	Ocupación del trabajador / Ocupació del treballador: [REDACTED]		Código CNO: Codi CNO: [REDACTED]			
DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL / DESCRIPCIÓ DE LA LIMITACIÓ DE LA CAPACITAT FUNCIONAL						
[REDACTED]		Diagnóstico de baja / Diagnòstic de baixa: TRASTORNO ADAPTATIVO CON OTROS SINTOMAS			Código/Codi: CIE-10 F43.29	
Fecha de AT o EP: Data d'AT o MP:	Tipo de asistencia: Tipus d'assistència:	Parte del cuerpo dañada / Part del cos afectada:				
Nivel de gravedad: Nivell de gravetat:	Código de enfermedad profesional / Codi de malaltia professional:					
DATOS DE LA BAJA / DADES DE LA BAIXA						
Fecha de la BAJA / Data de la BAIXA: [REDACTED] / 2023	Recaída / Reaiguda: No		Tipo de proceso / Tipus de procés: Muy corto		Duración estimada / Duració estimada: [REDACTED] días / dies	
Fecha proceso inicial: Data procés inicial:	Fecha siguiente revisión médica: Data següent revisió mèdica:					

**BAJAS MÉDICAS SALUD MENTAL
EXTRABAJADORIS LAMBDA**