UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA

TESIS DOCTORAL

LA PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN LA INCAPACIDAD PERMANENTE

Antonio Mª Puerto Barrio

Departamento de Terapéutica Médico-Quirúrgica

Conformidad de los Directores

Fdo. Laura Rodríguez Santos. *Fdo. Mariano Casado Blanco.*

Fdo: Francisco J Vaz Leal.

2017

AGRADECIMIENTOS

A los Directores de esta Tesis, sin cuya orientación y ánimo no habría llegado nunca a buen término.

Al Instituto Nacional de la Seguridad Social, cuya favorable disposición a la actividad investigadora en el ámbito de la incapacidad me ha permitido disponer de los datos necesarios y desarrollar el presente estudio.

RESULTADOS PRELIMINARES

Resultados preliminares de la presente Tesis Doctoral dieron lugar a la comunicación oral presentada en las *XXI Journées Internationales Méditerranéennes de Médecine Légale*, celebradas en Badajoz en abril de 2016.

Puerto Barrio AM, Rodríguez Santos L, Fernández Gómez E, Casado Blanco M. Los rasgos disfuncionales de personalidad en la calificación de la incapacidad permanente.

Cantaba Carlos Gardel que "veinte años no es nada". Veinte años después, vuelvo a la Facultad de Medicina.

A los que me precedieron, que allá donde estén, puedan hallar en estas palabras que siguen algo de lo que me dieron. A los que me sucederán.

A mi compañera, porque Carlitos Gardel mentía con el elegante descaro del tango.

No hay trabajo más duro que el propio
ni dolor más nimio que el ajeno.

ÍNDICE

ÍNDICE 7

LISTADO DE ABREVIATURAS. 13

RESUMEN. 15

SUMMARY. 16

1 INTRODUCCIÓN. 17

1.1 SALUD Y ENFERMEDAD: LOS EFECTOS SOBRE LA FUNCIONALIDAD DEL INDIVIDUO. LA SOCIEDAD Y SU RESPUESTA FRENTE A LAS CONSECUENCIAS DE LA ENFERMEDAD. 20

1.1.1 El modelo de la OMS: funcionamiento y discapacidad. Los factores contextuales. 22

1.1.2 La respuesta social frente a la discapacidad. 24
1.2.2.1 La protección contributiva. 25
1.2.2.2 La protección no contributiva. 26

1.1.3 La incapacidad laboral en el Ordenamiento Jurídico español. 27
1.1.3.1 La Seguridad Social pública en la Constitución Española de 1978. 28
1.1.3.2 La Ley General de la Seguridad Social y la protección de la incapacidad laboral. Configuración legal de la Seguridad Social pública. 31
1.1.3.3 La legislación en materia de prevención de riesgos laborales y la incapacidad laboral. 34
1.1.3.4 La causa de la incapacidad. Determinación de la contingencia. 36
1.1.3.5 La Incapacidad Temporal. 38
1.1.3.6 Incapacidad Permanente. 40

1.2 LA ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA COMO CAUSA DE INCAPACIDAD LABORAL. 59

1.2.1. Enfermedad mental, trastorno mental y psiquiatría. 59
1.2.1.1 El límite entre el trastorno y la ausencia de trastorno. 60
1.2.1.2 Trastorno mental grave. 63
1.2.1.3 Discapacidad asociada a los trastornos mentales. 66

1.2.2 De la enfermedad episódica a la cronicidad: la discapacidad derivada de los trastornos mentales. 67

1.2.3 La actividad laboral como elemento terapéutico en el trabajador con un trastorno mental. 68

1.2.4 La patogenia del trastorno mental. 70

1.2.4.1 La personalidad. 71
1.2.4.2 El factor individual: vulnerabilidad y resiliencia. 72
1.2.4.3 El trabajo en la patogenia de los trastornos mentales. 74

1.2.5 La repercusión funcional del trastorno mental en el trabajo. 77
1.2.5.1 Repercusión funcional y exigencias de la actividad. 78
1.2.5.2 Limitaciones y restricciones. 80

1.2.6 De la CIF al DSM: las alteraciones en la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento y su evaluación desde las deficiencias de las funciones mentales. 80
1.2.6.1 Las funciones mentales en la CIF. 81
1.2.6.2 ¿Qué experimenta el paciente con un trastorno mental? 82
1.2.6.3 Dificultades específicas en la valoración de la discapacidad derivada de los trastornos mentales. 85
1.2.6.4 Escalas de valoración del menoscabo psiquiátrico. 88

1.3 LA VALORACIÓN CLÍNICO-LABORAL EN EL SISTEMA ESPAÑOL DE SEGURIDAD SOCIAL. 99

1.3.1 El informe médico de síntesis. 100
1.3.1.1 El IMS en el procedimiento de evaluación de una IP. 100
1.3.1.2 Estructura y contenidos mínimos del IMS. 101
1.3.1.3 El informe médico de síntesis: las conclusiones. 106
1.3.1.4 El informe médico de síntesis en los procedimientos de revisión de grado de IP. 107
1.3.1.5 El problema de las “lesiones previas a la afiliación”: el estado anterior y su constatación en el IMS. 107

1.3.2 El dictamen – propuesta del Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI). 109

1.3.3 Criterios generales de evaluación clínico-laboral de la patología psiquiátrica. 110
1.3.3.1 Modelos para la evaluación de la discapacidad laboral en la enfermedad mental. 111
1.3.3.2 La evaluación de los requerimientos profesionales. 122

1.4 EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD LABORAL EN LAS DISTINTAS ENTIDADES DIAGNÓSTICAS. 125

1.4.1 Trastornos del humor (afectivos). 127
1.4.1.1 Trastornos bipolares. 128
1.4.1.2 Trastornos afectivos depresivos. El síndrome depresivo. 131
1.4.1.3 Trastorno depresivo mayor. Episodio depresivo. 134
1.4.1.4 Trastorno distímico. 136
1.4.1.5 Otros trastornos de la esfera depresiva. 138
1.4.1.6 Criterios de gravedad y especial gravedad. 139

1.4.2 Trastornos de ansiedad. 149
1.4.2.1 Trastorno de ansiedad generalizada. 150
1.4.2.2 Trastorno por crisis de angustia. 153
1.4.2.3 Trastorno obsesivo-compulsivo. 153

1.4.2.4 Criterios de gravedad y especial gravedad. 155

1.4.3 Trastornos somatomorfos. 162
1.4.3.1 Trastorno de somatización. 166
1.4.3.2 Trastorno somatomorfo indiferenciado. 167
1.4.3.3 Trastorno de conversión. 167
1.4.3.4 Trastorno por dolor. 167
1.4.3.5 Trastorno somatomorfo indiferenciado. 168
1.4.3.6 Criterios de gravedad y especial gravedad. 169

1.4.4 Trastornos de la personalidad. 169
1.4.4.1 Clasificación y diagnóstico de los trastornos de la personalidad. 172
1.4.4.2 Criterios de gravedad y de especial gravedad. 173

1.4.5 Trastornos psicóticos. 178
1.4.5.1 Esquizofrenia. 178
1.4.5.2 Trastorno esquizoafectivo. 181
1.4.5.3 Trastorno esquizofreniforme y trastorno psicótico breve. 181
1.4.5.4 Trastorno delirante. 182
1.4.5.5 Criterios de gravedad y especial gravedad. 182

1.4.6Trastornos por consumo de substancias. 185
1.4.6.1 Aspectos generales. 185
1.4.6.2 Criterios de gravedad y especial gravedad. 187

1.4.7 Otros trastornos. Trastorno mixto ansioso depresivo. 188

1.5 LOS TRASTORNOS MENTALES EN LA PROVINCIA DE BADAJOZ.191

1.5.1 Asistencia sanitaria de la Seguridad Social: estructura y dispositivos de atención a la salud mental. 193

1.5.2 Población protegida. 193

1.5.3 Actividad asistencial. 193
1.5.3.1 Actividad ambulatoria. 194
1.5.3.2 Actividad en régimen de hospitalización. 195

1.6 LA PROVINCIA DE BADAJOZ: POBLACIÓN Y DATOS SOCIOLABORALES. 200

1.6.1 Demografía. 200

1.6.2 Marco socioeconómico. 201

1.7 SÍNTESIS. 204

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS. 206

2.1 Objetivo general. 206

2.2 Objetivos específicos. 206

2.3 Hipótesis. 207

3 MATERIAL Y MÉTODO. 209

3.1 Consideraciones éticas y autorizaciones administrativas. 209

3.2 Fuentes bibliográficas. 210

3.3 Tipo de estudio. 210

3.4 Población y muestra. 210

3.5 Procedimiento. 214

3.6 Variables de estudio y recogida de datos. 215

3.7 Poblaciones de referencia. 219

3.8 Base de datos y análisis estadístico. 220

4 RESULTADOS. 221

4.1 La patología psiquiátrica en el contexto de la Incapacidad Permanente. 221
4.1.1 Total de casos analizados y calificación administrativa. 221
4.1.2 Los trastornos mentales en la Incapacidad Permanente calificada. 222
4.1.3 Previsión de mejoría. 223

4.2 Características sociodemográficas en los trastornos mentales considerados en los expedientes de trámite inicial de Incapacidad Permanente. 226
4.2.1 Edad y sexo. 226
4.2.2 Distribución geográfica. 239
4.2.3 Actividad laboral desempeñada y agrupaciones en sectores ocupacionales. 246
4.2.4 Situación de vinculación al mercado laboral. 249

4.3 Características de los trastornos mentales en los procedimientos de Incapacidad Permanente. 252
4.3.1 Los distintos trastornos y patrones de comorbilidad. 253
4.3.2 Cronicidad de los trastornos mentales. Antigüedad de los síntomas. 264
4.3.3 Los diagnósticos en el eje I y la duración de los síntomas. 270
4.3.4 Los diagnósticos en el eje II y la duración de los síntomas. Personalidad disfuncional. 271
4.3.5 Ingresos previos según diagnóstico. 272

4.4 Repercusión funcional derivada del cuadro psicopatológico. 273
4.4.1 Evaluación de la repercusión funcional del cuadro psicopatológico. 273
4.4.2 Repercusión funcional del cuadro psicopatológico según sea éste causa principal o secundaria de la discapacidad laboral evaluada en el caso. 273
4.4.3 Evaluación de las limitaciones orgánicas y funcionales y su traslación a las calificaciones de IP. 274
4.4.4 Calificación de IPT para la profesión habitual y repercusión funcional del cuadro psicopatológico según grupos de actividad laboral. 277

4.4.5 Calificación de No grado de IP y repercusión funcional del cuadro psicopatológico según grupos de actividad laboral. 278

4.5 Características de los procedimientos de Incapacidad Permanente por trastornos mentales. 278
4.5.1 Tipo de inicio. 279
4.5.2 Variables socio - demográficas y acceso al procedimiento desde situación de actividad o inactividad. 285
4.6.6 Calificaciones. 288

4.6 Personalidad disfuncional. 299
4.6.1 Personalidad disfuncional y calificaciones de Incapacidad Permanente. 299
4.6.2 Evaluación de la repercusión funcional en los casos con personalidad disfuncional. 302
4.6.3 Personalidad disfuncional y actividad laboral. 305

4.7 Trastornos relacionados con substancias o antecedentes del mismo. 310
4.7.1 Análisis de la muestra de casos con algún diagnóstico psiquiátrico. 310
4.7.2 Análisis de la muestra con diagnóstico psiquiátrico como causa principal de la discapacidad laboral evaluada en el caso. 311
4.7.3 Análisis de la muestra con diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de discapacidad laboral. 312
4.7.4 Trastornos relacionados con substancias y su relación con otras variables. 313

4.8 Deterioro cognitivo. 315
4.8.1 Análisis en la muestra en la que se ha determinado la existencia de un diagnóstico psiquiátrico como principal causa de la discapacidad laboral evaluada en el caso. 315
4.8.2 Análisis sobre la muestra con diagnóstico psiquiátrico como principal causa de la discapacidad laboral evaluada en el caso. 316
4.8.3 Análisis sobre la muestra con diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de la discapacidad laboral evaluada en el caso. 316

4.9 Comorbilidad en el Eje I. 317
4.9.1 Análisis sobre la muestra de casos que presenta algún diagnóstico psiquiátrico. 317
4.9.2 Análisis sobre la muestra con diagnóstico psiquiátrico como principal causa de la discapacidad laboral evaluada en el caso. 318
4.9.3 Análisis sobre la muestra con diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de la discapacidad laboral evaluada en el caso. 319

4.10 Ingresos psiquiátricos previos, calificación administrativa y repercusión funcional de las limitaciones psiquiátricas. 320
4.10.1 Análisis sobre la muestra de casos que presenta algún diagnóstico psiquiátrico. 320
4.10.2 Análisis sobre la muestra con diagnóstico psiquiátrico como principal causa de la discapacidad laboral evaluada en el caso. 321
4.10.3 Análisis sobre la muestra con diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de la discapacidad laboral evaluada en el caso. 322

4.11 Inclusión en el programa de Trastornos Mentales Graves. 322
4.11.1 Inclusión en el programa de Trastornos Mentales Graves; calificación administrativa y evaluación funcional. 323

4.11.2 Inclusión en el programa de Trastornos Mentales Graves y antigüedad de los síntomas. 324

4.12 Resumen de resultados. 325

5 DISCUSIÓN. 330

5.1 Aspectos epidemiológicos. 330
5.1.1 Edad y sexo. 330
5.1.2 Distribución geográfica. 332
5.1.3 Ocupación laboral. 334
5.1.4 La patología psiquiátrica en el conjunto de la IP. 335
5.1.5 Diagnósticos en el Eje I. 337

5.2 Evaluación de la repercusión funcional del cuadro psicopatológico. 340

5.3 Relevancia en cuanto a la calificación de la existencia de un diagnóstico psiquiátrico. 344

5.4 Variables clínicas y sociodemográficas: su relación con la repercusión funcional del cuadro psicopatológico y las calificaciones administrativas. 347
5.4.1 Comorbilidad en el Eje I. 347
5.4.2 Cronicidad. 349
5.4.3 Personalidad disfuncional. 354
5.4.4 Patología relacionada con substancias. 359
5.4.5 Deterioro cognitivo. 360
5.4.6 Antecedentes de ingreso psiquiátrico. 361
5.4.7 Inclusión en el Programa de Trastornos Mentales Graves. 362

5.5 Evaluación de los requerimientos laborales y su trascendencia en la calificación. 363

5.6 Acceso al procedimiento de calificación de una IP. 366

6 FORTALEZAS Y LIMITACIONES. 372

7 CONCLUSIONES. 374

BIBLIOGRAFÍA 377

ANEXOS 398

Listado de abreviaturas.

Art. Artículo.

CA. Comunidad Autónoma

CIDDM. Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías.

CIE. Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud.

CIF. Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud.

CMBD. Conjunto Mínimo de Datos.

CRPS. Centro de Rehabilitación Psicosocial.

DSM. Diagnostic and Statitiscal Manual (Manual diagnóstico y estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría).

ESM. Equipo de Salud Mental

EVI. Equipo de Valoración de Incapacidades.

GI. Gran Invalidez.

IMS. Informe Médico de Síntesis.

ISM. Instituto Social de la Marina.

INE. Instituto Nacional de Estadística.

INSS. Instituto Nacional de la Seguridad Social.

IT. Incapacidad Temporal.

ITSS. Inspección de Trabajo y Seguridad Social.

IP. Incapacidad Permanente.

IPA. Incapacidad Permanente Absoluta.

IPP. Incapacidad Permanente en grado de Parcial para la profesión habitual.

IPT. Incapacidad Permanente en grado de Total para la profesión habitual.

LPNI. Lesiones Permanentes no Invalidantes.

LPRL. Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales.

Les. Prev. Afil. Lesiones Previas a la Afiliación.

OIT.Organización Internacional del Trabajo.

OMS. Organización Mundial de la Salud.

PT. Pisos Tutelados.

RD. Real Decreto.

SES. Servicio Extremeño de Salud.

SPS. Servicio Público de Salud.

STC. Sentencia del Tribunal Constitucional.

STS. Sentencia del Tribunal Supremo.

STSJ. Sentencia del Tribunal Superior de Justicia. Sigue la abreviatura de la Comunidad Autónoma sede del Tribunal.

TMG. Trastorno Mental Grave.

TRLGSS. Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

Resumen.

Introducción. Los Sistemas de Seguridad Social comprenden mecanismos de sustitución de las rentas del trabajo que no puede desempeñarse por causa de los efectos de la enfermedad. Cuando la situación clínica del trabajador no resulta compatible con la actividad laboral rentable en el seno del mercado de trabajo y esta situación se prolonga en el tiempo la legislación española en materia de seguridad social prevé la figura jurídica de la Incapacidad Permanente (IP). Los trastornos mentales constituyen una causa muy importante de discapacidad, con trascendencia sobre la capacidad para desempeñar una actividad laboral.

Material y método. Se revisaron 2.090 expedientes iniciales de Incapacidad Permanente. Se determinó la existencia o no de patología psiquiátrica, así como la calificación o no de IP y las variables que podrían asociarse tanto con la calificación, como con la repercusión funcional derivada del cuadro psicopatológico. Se utilizaron pruebas descriptivas e inferenciales para el análisis.

Resultados y Conclusiones. La repercusión funcional del cuadro psicopatológico se relaciona directamente con la calificación de Incapacidad Permanente y su grado, identificándose como variables que se asocian con una mayor repercusión funcional del cuadro psicopatológico el sexo “hombre” y la inclusión del trabajador en el programa de trastornos mentales graves, así como la existencia de antecedentes de consumo de substancias psicoactivas o de ingresos psiquiátricos. Los trastornos afectivos y los trastornos psicóticos fueron los grupos diagnósticos más frecuentes en los casos que se calificaron como Incapacidad Permanente Absoluta.

Summary.

Introduction. Most Social Security Systems have mechanisms to protect financially workers who are unable to work due to illness or injury, such as incapacity benefits and early retirement. When a person's health condition becomes incompatible with a profitable work activity and this clinical status is likely to be long-term, the Spanish Social Security Law provides the legal concept of *ill-health retirement (IHR)*. Mental disorders are a very important cause of disability and impaired work capability, leading to premature retirement on health grounds.

Material and method. 2.090 ill-health retirement administrative case notes were reviewed. The presence or absence of a mental health disorder and IHR entitlement was determined. We examined which variables were associated with being granted IHR, as well as assessment methods for quantifying mental-health related disability.

Results and Conclusions. Mental disorders' related disability is directly associated with both IHR qualifying status and higher tier rate. Gender (male), and greater mental health disorder severity, as well as substance misuse or previous psychiatric hospitalization were associated with IHR. Both affective and psychotic disorders were the most frequent diagnostic groups in cases qualifying for *Incapacidad Permanente Absoluta.*

1 Introducción.

La protección de las situaciones de incapacidad laboral derivadas de la enfermedad es, sin duda, uno de los logros más importantes que se han alcanzado dentro de los principios del Estado Democrático, Social y de Derecho que rigen en las constituciones de la Europa Occidental. La persona que, por causa de su estado de salud se ve imposibilitada para acceder al mercado de trabajo, puede, a través de los mecanismos de protección social establecidos desde el Estado, mantener unos ingresos que alivian, al menos parcialmente, la situación de necesidad económica que surge al perderse los ingresos procedentes de las rentas del trabajo.

Si bien los distintos ordenamientos jurídicos han dado soluciones diferentes al mismo problema (en cuanto a la concreción del tipo de compensación que ha de recibir la persona que presenta una discapacidad con repercusión sobre su capacidad laboral), todos los mecanismos de protección, diseñados en torno a un sistema de Seguridad Social, asientan sobre una esencia común: la constatación de la alteración de la salud y la cuantificación del impacto funcional de la enfermedad en cuanto a la capacidad laboral de la persona se refiere. El sistema asienta pues sobre una base eminentemente médica; la determinación y evaluación de la enfermedad y su impacto funcional, pero con una trascendencia jurídica tal que hace que la actuación científico-médica haya de verse matizada por implicaciones jurídicas que la trascienden.

En nuestro Ordenamiento Jurídico, la actuación protectora estatal se ejerce por medio de la Administración de la Seguridad Social, que constituye un sector diferenciado en el conjunto de la Administración del Estado, y son los principios que rigen la actividad administrativa los que han de presidir también la actuación médica en el procedimiento de evaluación de la incapacidad laboral. Principios como el de igualdad o seguridad jurídica se introducen en la práctica médico - evaluadora para convertirse, junto a los principios de la Ética Médica que han de presidir la actuación profesional del médico, en las directrices que rigen la intervención del médico evaluador en estos procedimientos. Las valoraciones médicas, más allá de la variabilidad clínica y de las consideraciones que puedan hacerse en cuanto a la variabilidad biológica, han de ajustarse en este contexto a criterios tan objetivos como sea posible, de forma que se minimicen posibles variaciones de la práctica que, aunque pudieran responder a criterios con soporte científico demostrable, podrían vulnerar los referidos principios de igualdad de trato y seguridad jurídica del administrado. O lo que es lo mismo; diferencias valorativas que en la práctica científica podrían ser perfectamente admisibles podrían dejar de serlo en tanto en cuanto éstas se pretenden trasladar a la esfera jurídica en la cual tiene lugar la valoración de la incapacidad laboral.

Son estas consideraciones, unidas a la necesidad de que las valoraciones periciales se efectúen por profesionales distintos a los que dirigen el proceso clínico[1], las que justifican la existencia de unidades administrativas cuya función es la determinación, por personal médico debidamente entrenado, de la trascendencia de la enfermedad en lo que respecta a su efecto sobre la capacidad laboral de la persona.

En el presente Trabajo se pretende una aproximación a la evaluación médica de la incapacidad laboral derivada de un grupo de problemas de salud, los trastornos mentales, que constituyen una de las principales causas de discapacidad laboral y que, como veremos, resultan especialmente "incómodos" para el médico evaluador. Se trata además de trastornos cuyo impacto funcional puede ser muy grave, hasta el punto de poder generar, más allá de incapacidad para una determinada actividad laboral, una incapacidad que afecte incluso a la posibilidad de llevar a cabo actividades laborales sencillas, o comprometer incluso la autonomía de la persona hasta el punto de hacerla dependiente de cuidados externos.

En estos trastornos, las actuales evidencias en biomedicina han puesto de manifiesto que, más allá de criterios diagnósticos expuestos en manuales y de las frecuentes controversias diagnósticas, existe una realidad patológica, objetivable si bien no mediante técnicas usuales en la práctica clínica, que subyace a estas manifestaciones clínicas. Se puede constatar la existencia pues de una patología anatómica y funcional en el trastorno mental que se encuentra en el sustrato de la alteración de la conducta que muestra el paciente.

Las dificultades de la evaluación de los cuadros psicopatológicos en el ámbito de la Seguridad Social son objeto habitual de controversia, no sólo en los ámbitos médicos y médico - laborales, sino que trascienden a los tribunales de justicia en los procedimientos de revisión jurisdiccional de las calificaciones administrativas de incapacidad. La dificultad que tenemos en los trastornos psiquiátricos para obtener "pruebas gráficas", que sí son habituales en otras áreas de la medicina en las que el recurso a exploraciones complementarias facilita la objetivación de la enfermedad, hace que el proceso médico, de por sí complejo, lo sea aún más, considerando también que en esa tesitura se hace necesario trasladar las cuestiones médicas al ámbito jurídico, acostumbrado a una metodología distinta de la que le es propia a las ciencias biomédicas, a la que ahora se le demandará que verifique, además la consistencia científica inherente a toda valoración técnica, exigencias adicionales que resultan necesarias para que la actuación médica pueda producir efectos en la esfera jurídica con arreglo a los principios que han de regir la actuación administrativa. Es esta trascendencia jurídica de la cuestión la que impone, aún más si cabe en el caso de la enfermedad psiquiátrica, la necesidad de acudir a procedimientos

técnicos de valoración si no ya estandarizados, sí, al menos, que proporcionen base suficiente para efectuar unas evaluaciones lo más fundamentadas y homogéneas posibles, no sólo por cuanto precisan de un soporte científico común, sino porque, además, se le exige un tratamiento consistente con las exigencias del Ordenamiento Jurídico.

Se trata, en definitiva, de una cuestión que hace poner en juego aspectos médicos, jurídicos y sociales, cada uno con su peso específico, pero que han de ir necesariamente de la mano a la hora de plantear el problema concreto: concluir qué capacidad laboral mantiene una persona afectada por un trastorno mental para, con fundamento en esa conclusión, determinar si el trabajador es subsidiario de recibir la protección económica del sistema de Seguridad Social.

Se pretende en este Trabajo no ya dar una solución a la cuestión, cosa que queda desde luego muy lejos de las posibilidades de su planteamiento, sino acercarse al problema. Centrar el "*qué*" y el "*cómo*" (y acaso, preguntarse "*¿por qué?*") para plasmar una primera fotografía de la cuestión desde la revisión de la literatura sobre el tema y desde la casuística de una unidad administrativa dedicada a la valoración de la discapacidad laboral, la Unidad Médica de la provincia de Badajoz.

Es inevitable, por lo antes dicho, que esta primera aproximación deba hacerse desde dos perspectivas al menos; la médica, abordando los aspectos biomédicos del tema, y desde luego, la jurídica, ya que toda calificación de incapacidad en el ámbito de la Seguridad Social es, en definitiva, una cuestión jurídica. No debe por tanto extrañar que, junto al principal hilo conductor del Trabajo, que evidentemente gira alrededor de conceptos médicos, se traigan a colación las valoraciones jurídicas que, bien desde la Doctrina, bien desde la Jurisprudencia, se efectúan en relación con tales consideraciones médicas. No se tratará, desde luego, de efectuar una revisión sistemática doctrinal ni jurisprudencial sobre el tema, máxime cuando la propia Jurisprudencia huye de sentar criterios de aplicación general sobre la valoración de la incapacidad (apoyándose en el conocido aforismo de que "*no hay enfermedades sino enfermos*"), pero sí de exponer, si quiera a título de ejemplo, cómo los conceptos y valoraciones médicas son considerados desde el Derecho para ser traducidos en valoraciones jurídicas con sus correspondientes efectos. Sólo de esta forma considero que puede cumplirse el propósito guía de esta Tesis Doctoral.

1.1 Salud y enfermedad: los efectos sobre la funcionalidad del individuo. La sociedad y su respuesta frente a las consecuencias de la enfermedad.

El concepto de salud fue definido en 1946 por la Conferencia Sanitaria Internacional (Nueva York; del 19 de junio al 22 de julio de 1946), en el Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud la Salud (OMS), como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"[2]. Esta definición, que no ha cambiado desde entonces, resulta a la vez tremendamente ambiciosa y escasamente operativa; resulta ser más un desiderátum que una definición que resulte útil para el estudio epidemiológico.

La Declaración de Alma-Ata (1978)[3] otorga a la salud el estatuto de "derecho humano fundamental", resultando de tal consideración la exigencia política y social de lograr el mayor nivel posible de salud, y es probablemente esa consideración la perspectiva desde la que deba examinarse y considerarse la definición de "salud" pretendida por la OMS, de forma que más que una definición científico - operativa, deba considerarse como una declaración de principios políticos que ha de presidir la actuación de los estados en cuanto a que éstos deben pretender el mayor nivel posible de bienestar de sus ciudadanos.

Esta definición pues, más que en el ámbito científico, habría de estar ubicada en el campo de los principios políticos, y exige que acudamos a otros modelos conceptuales para afrontar desde la perspectiva médica el problema salud-enfermedad y sus implicaciones.

Ya en el ámbito de la epidemiología[4], mucho más cercano a nuestras necesidades, el problema salud-enfermedad se aborda desde la perspectiva del continuo dimensional más que desde una concepción categorial; es decir, se está más cerca de la consideración de "grados" de salud (y de enfermedad) que de una categoría absoluta "salud" como oposición a la "enfermedad". Además, desde este planteamiento de "graduación", ciertos "grados de enfermedad" podrían coexistir con otros "grados de salud", de forma que salud y enfermedad no serían aspectos excluyentes, sino que podrían coexistir en sus respectivas dimensiones. Pueden además diferenciarse dos aspectos fundamentales en la definición de los conceptos de salud y enfermedad:

a) Un elemento subjetivo, que focaliza la percepción de la persona sobre su estado; el "cómo se encuentra".

b) Un elemento objetivo, que transcribe la repercusión funcional de la situación de la persona, la interferencia que un determinado estado produce sobre su capacidad para desempeñar su actividad habitual.

Tanto salud como enfermedad tendrían elemento subjetivo (encontrarse bien vs. encontrarse mal) y elemento objetivo (funcionamiento vs. limitación en el funcionamiento); y todo ello dentro de un continuo en el que son posibles diferentes grados de encontrarse bien o mal y distintos grados de funcionamiento (Fig.1).

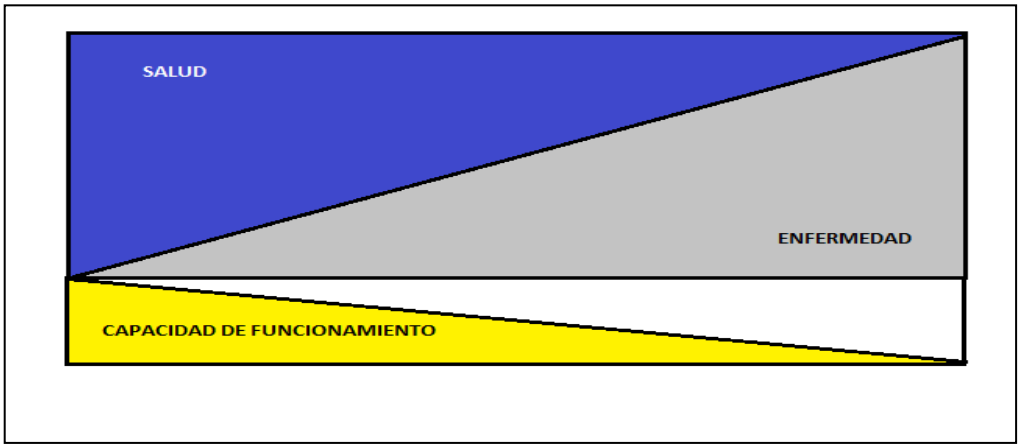


Fig.1. Los distintos "grados" de salud y enfermedad se presentan como un continuo "complementario", de forma que el mayor grado de salud se asociaría con la inexistencia de enfermedad. El grado máximo de funcionamiento se encuentra en el máximo posible de salud, de forma que el grado de limitación de funcionamiento aumentaría conforme aumenta la enfermedad. Elab. propia a partir de Terris M. Approaches to an Epidemiology of Health[4].

Aparece en este planteamiento un concepto nuevo a considerar en el debate conceptual salud-enfermedad; el de funcionamiento.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la OMS[5] entiende el funcionamiento del sujeto, más allá de la mera consideración de la "capacidad para llevar a cabo su actividad habitual" como un fenómeno complejo, y no determinado en exclusiva por la enfermedad (o más exactamente por "el grado" de enfermedad), sino que resulta de la interacción de la efectiva condición de salud-enfermedad del sujeto con factores externos, ambientales, de forma que estos últimos, factores contextuales en la nomenclatura de la CIF, pueden determinar un mayor o menor grado de capacidad funcional sobre una condición de salud determinada.

Por otra parte, todos estos conceptos han de entenderse desde un punto de vista dinámico, cambiante, de forma que los distintos grados de salud-enfermedad, así como su impacto funcional pueden ser, según la naturaleza del proceso, estables o no; será pues la historia natural de la enfermedad (o el curso clínico de la misma como "historia natural modificada por las actuaciones

terapéuticas") un elemento esencial a la hora de determinar el impacto funcional, de forma que cabe plantear una primera clasificación entre procesos que conllevan limitaciones del funcionamiento de las que cabe esperar evolución favorable (y por tanto limitadas en el tiempo; *temporales*) y, por el contrario, otros cuya repercusión funcional no es previsible vaya a mejorar y puedan por tanto preverse *permanentes*.

1.1.1 El modelo de la OMS: funcionamiento y discapacidad. Los factores contextuales.

Ante la necesidad de contar con un modelo que permitiera conceptualizar los efectos de la enfermedad, en particular de las que cursan con carácter crónico, la OMS publicó en el año 1980 la Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías CIDDM-1[6]. En este modelo, se definen tres dimensiones básicas: deficiencia, discapacidad y minusvalía, que presentan una relación lineal y causal. La deficiencia conduce a la discapacidad y ésta a la minusvalía:

a) Deficiencia. Problemas en la función o estructura corporal, como son la pérdida anatómica o funcional significativas; supone la exteriorización de las consecuencias de la enfermedad y se manifiesta tanto en los órganos del cuerpo como en sus funciones.
b) Discapacidad. Es la consecuencia directa de la deficiencia en el sujeto que la presenta, y traduce la repercusión de la misma en su capacidad de realizar actividades en los términos considerados "normales" para cualquier sujeto de sus características; supone una restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal.
c) Minusvalía. Traduce el efecto de la discapacidad sobre el rol social que ha de desempeñar el sujeto; representa pues la "desventaja" que presenta el sujeto para desempeñar ese rol social.

Este modelo deficiencia-discapacidad-minusvalía se criticó por cuanto se centra fundamentalmente en conceptos negativos, poniendo el acento en la diferencia negativa en cuanto al patrón que se considera "normal", así como por el planteamiento lineal y causal entre los conceptos sobre los que asienta el modelo conceptual: deficiencia, discapacidad y minusvalía, minorándose por ejemplo el efecto de los factores contextuales ("externos") sobre la capacidad funcional. Todo ello dio lugar al replanteamiento del modelo clásico y su sustitución por el propuesto en la ya citada CIF, que asienta sobre un marco conceptual distinto. Inicialmente, la CIF recoge:

a) Funciones corporales. Funciones fisiológicas de los sistemas corporales.
b) Estructuras corporales. Partes anatómicas.

Tanto sobre las funciones corporales como sobre las estructuras pueden acaecer problemas (pérdida anatómica o deterioro funcional), que se conceptualizan como “deficiencias”.

c) Actividad. Es el desempeño o realización de una tarea o acción por parte de un individuo; la limitación en la actividad es la medida de la dificultad que puede tener el sujeto en este desempeño o realización.

d) Participación es el acto de involucrarse en una situación vital; las restricciones en la participación son dificultades que el individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

e) Factores Ambientales constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que una persona vive y conduce su vida.

Estos conceptos se enlazan entre sí y dan lugar al nuevo modelo de la OMS para evaluar las consecuencias de la enfermedad (Fig.2). Así, el concepto funcionamiento aparece como un término para designar todas las funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades y la posibilidad de participación social del ser humano, mientras que la discapacidad aparece como un término genérico que recoge las deficiencias en las funciones y estructuras corporales. Las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y las restricciones en la participación social del ser humano; o en otras palabras, “funcionamiento” derivarían pues, inicialmente, de las alteraciones de funciones o estructuras corporales.

En este planteamiento, la salud queda configurada como el elemento clave que relaciona el funcionamiento y la discapacidad; es la enfermedad el elemento que lleva a la aparición de un deterioro en el funcionamiento, deterioro que se engloba bajo el término “discapacidad”.

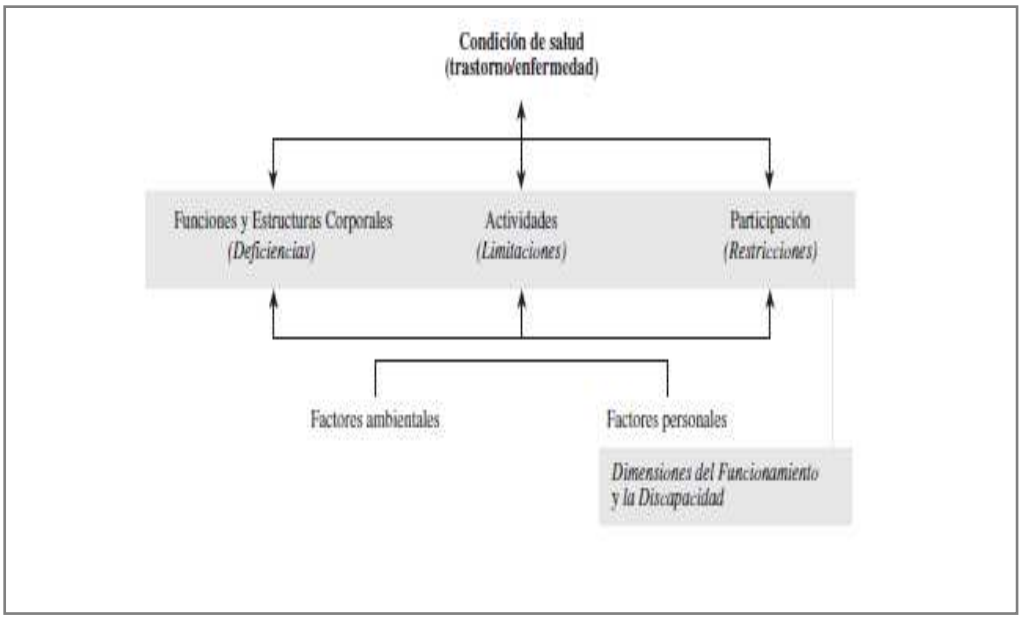


Fig. 2. Interacción de las condiciones de salud con los factores contextuales. El grado de deterioro funcional (discapacidad) es resultado de esa interacción más que del trastorno aisladamente considerado[7].De Fernández López el at. Funcionamiento y discapacidad: la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF)[7].

Bajo este modelo pues, la existencia de una determinada condición de salud por causa de un trastorno o enfermedad conlleva un deterioro del funcionamiento del sujeto (afecta a estructuras anatómicas o a funciones fisiológicas, con trascendencia sobre la capacidad del sujeto para desempeñar su actividad habitual y sobre su capacidad de involucrarse en determinadas situaciones sociales)[7]. Este deterioro funcional no sólo es explicable, en cuanto a su intensidad y amplitud de manifestaciones, por causa del propio trastorno, sino que han de considerarse además determinados factores contextuales que harán que el impacto funcional del trastorno sea variable en función de los mismos, ya sean éstos factores personales (como el nivel académico o el entrenamiento especial en determinadas técnicas) o externos, que representan las circunstancias en las que vive y se desenvuelve esa persona[8].

1.1.2 La respuesta social frente a la discapacidad.

La edificación política y social de los modernos estados europeos a lo largo de la historia tiene varios puntos de inflexión. Si se considera que el nacimiento del actual concepto de Estado tiene lugar en el paradigma liberal, nacido fundamentalmente de la Revolución Francesa de 1789 y de la Revolución Americana de 1776, la evolución de los modelos sociopolíticos, de la Europa occidental al menos, es la evolución desde los planteamientos liberales centrados en la libertad del individuo frente al Estado, libertad sobre la que se articula la primera "generación de derechos". El inicial Estado abstencionista, minimalista en su estructura y en lo que respecta a la intervención en la sociedad, eje del planteamiento liberal clásico, se mostró del todo insuficiente para dar respuesta a los problemas sociales que surgieron durante el siglo XIX e inicios del XX. De esta insuficiencia surgen dos respuestas políticas disfuncionales: los autoritarismos (fascismo italiano y nazismo alemán) y los estados comunistas de la Europa Oriental, y frente a ellas, la evolución, podríamos decir natural y adaptativa, del modelo liberal: el Estado Social[9].

El modelo de Estado Social plantea la posibilidad y la necesidad de que, desde las estructuras del Estado, se intervenga en la sociedad para ahondar en el clásico concepto liberal de igualdad; el Estado interviene para garantizar no ya la igualdad de los ciudadanos ante el Estado en una mera igualdad formal (igualdad de trato, igualdad en el punto de partida), sino que lo hace para, mediante los instrumentos necesarios y a través de un trato desigual ante la desigualdad, alcanzar la igualdad material; la "igualdad en el punto de llegada". Se introducen así desde el sistema sociopolítico medidas de trato favorable y discriminación positiva que permiten el trato desigual (y favorable) para aquéllos que se encuentran ante una situación de desventaja social. Surge así lo que se ha dado en llamar "segunda generación de derechos", los derechos socioeconómicos, entre los que se encuentran los derechos a la protección de la

salud o el derecho al acceso a los sistemas de protección social frente al infortunio[10]. Este planteamiento, con origen en la dignidad de la persona humana y su protección por parte del Estado, así como en la necesidad de garantizar al ciudadano las condiciones existenciales mínimas para una vida saludable, es la que lleva a los estados a intervenir en el ámbito de la enfermedad y la discapacidad mediante las correspondientes políticas de protección social, que incluyen desde la prestación (directa o indirecta) de servicios de asistencia sanitaria hasta la protección económica de las consecuencias desfavorables de la enfermedad.

Estos planteamientos de protección social llegaron hasta la constitucionalización de tales derechos en la Europa Occidental, si bien en su plasmación práctica se han construido desde de dos concepciones distintas y a la vez complementarias, que responden a los denominados "modelos contributivos" (bismarckianos) y empresarios "modelos no contributivos" (beveridgianos).

1.2.2.1 La protección contributiva.

Los modelos de protección social de base contributiva tienen su origen en la creación del seguro social obligatorio instaurado por el canciller Bismarck a finales del siglo XIX. Estos modelos asientan sobre la base de un aseguramiento con origen en la relación de empleo: empleadores y trabajadores constituyen un fondo a partir de aportaciones de ambos, fondo que permite el aseguramiento de los trabajadores ante la actualización de determinados riesgos, fundamentalmente la pérdida de ingresos por causa de enfermedad o vejez. El ámbito de la protección social contributiva se ha ido extendiendo progresivamente hasta abarcar un amplio abanico de contingencias protegidas, pero siempre, en este modelo, partiendo de la existencia de ese "fondo asegurador".

La protección de la discapacidad, desde el punto de vista contributivo, pretende paliar las consecuencias de la aparición de la enfermedad y de la discapacidad que de ella deriva mediante prestaciones, tanto en especie (la asistencia sanitaria que se recibe) como económicas (compensación en metálico por el salario que se deja de percibir ante la imposibilidad de trabajar). Así, la aparición de la enfermedad conlleva el incremento de unos gastos que han de ser asumidos por el propio enfermo o su entorno (asistencia médica, prestaciones farmacéuticas, necesidad de tratamientos específicos o transporte sanitario, por citar algunas), gastos que incidirían de forma negativa sobre una situación ya precaria ocasionada por la propia enfermedad. Por otra parte, la discapacidad derivada de la enfermedad puede conllevar la imposibilidad de desempeñar el trabajo habitual, con la consecuencia de dejar de percibir el salario por esta causa. El sistema de protección social contributiva permite, de una parte, que el enfermo (el trabajador enfermo; no olvidemos que estamos en

un ámbito de protección esencialmente relacionado con la actividad laboral) acceda a una asistencia sanitaria cuyos costes no ha de soportar (al menos en su integridad), así como a la percepción de prestaciones económicas que, en relación con la duración previsible de la situación de incapacidad para el trabajo, están dirigidas a paliar la pérdida de ingresos por esta causa. Se trata de las prestaciones económicas por incapacidad temporal o, cuando la incapacidad se prevé definitiva o con posibilidad de mejoría sólo previsible a largo plazo, de prestaciones económicas por incapacidad permanente, cuya finalidad es la sustitución de las rentas salariales que se dejan de percibir.

1.2.2.2 La protección no contributiva.

La realidad acerca de la existencia de personas que permanecen al margen de las relaciones de empleo llevó, a mediados del siglo XX, a diseñar sistemas de protección específicos que cubrieran situaciones de necesidad surgidas en personas que no tenían acceso al sistema de prestaciones contributivas, permitiendo así extender cierta protección a aquellos que no han contribuido (o lo han hecho de forma insuficiente) al sistema. Estas situaciones de necesidad social no pueden quedar sin cobertura en el esquema del Estado Social, ya que inciden negativamente en el buen funcionamiento social, exigiendo de la solidaridad del resto de la sociedad a la hora de abordar la situación de aquellos que las padecen, solidaridad que permita alcanzar un mínimo de suficiencia social de alcance universal[11].

Los antecedentes de este planteamiento han de remontarse al informe Beveridge, en 1942, que preveía la creación en el Reino Unido de un sistema de protección social que habría de cubrir “a todos los ciudadanos”. Se pasa pues de un sistema de protección basado en la relación de empleo (sistema contributivo) a un sistema universal, en el que el acceso a las prestaciones que protegen las distintas contingencias se basa en la condición de ciudadano, con todos los matices que se quiera al respecto, pero con un denominador común: la no exigencia de contribución alguna al sistema de protección social por parte del beneficiario de las prestaciones, siendo las prestaciones de un sistema de este corte expresión de la solidaridad de la sociedad para con el necesitado. La concepción beveridgiana supone pues el tránsito desde la protección que se deriva de un modelo de aseguramiento contributivo hacia una protección generalizada que procede de la solidaridad[12], solidaridad que se materializa a través de la redistribución de la riqueza, instrumentalizada ésta a través de la asignación a estos fines de recursos obtenidos por el Estado a través del sistema tributario. La enfermedad y sus consecuencias (la discapacidad) no se evalúan ya en esta concepción desde el punto de vista de su impacto sobre la pérdida de ingresos por la imposibilidad de obtener ingresos a través de las rentas del trabajo en el desempeño de una actividad laboral, sino que se relacionan más con la necesidad de proporcionar, a quien carece de medios

económicos y ve su situación empeorada por la aparición de una discapacidad, unos medios básicos que permitan su subsistencia, medios que comprenden tanto la asistencia sanitaria (prestaciones en especie) como prestaciones económicas. En este modelo de cobertura de necesidades, además de la protección de la enfermedad, es habitual proteger la edad avanzada y la concurrente carencia de medios de subsistencia mediante prestaciones por vejez con origen no contributivo.

1.1.3 La incapacidad laboral en el Ordenamiento Jurídico español.

La pérdida de la capacidad psico-física para el trabajo puede ser causa inmediata de pérdida de ingresos, emergiendo una situación de necesidad para el que la padece, situación ésta que es objeto de protección por parte del sistema de protección social. La aparición sobrevenida de una situación de incapacidad laboral lleva a que el trabajador no pueda desempeñar adecuadamente su actividad laboral; en otras palabras, pierda rentabilidad su aporte a la estructura productiva a la que esté incorporado, y ello puede conllevar (bajo determinadas premisas que no trae al caso analizar aquí; entre ellas la presunción de irreversibilidad de la situación), en aplicación de lo previsto en el artículo 52 del Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores[13], a la extinción del contrato de trabajo por causas objetivas, materializándose así una situación de pérdida de la salud y de los ingresos obtenidos del trabajo. Estas situaciones adversas gozan de una especial protección en las bases conceptuales del Estado Social, y en nuestro Ordenamiento Jurídico tal protección viene establecida ya a nivel constitucional, desarrollándose la misma, a nivel legal, a través de la regulación de prestaciones de asistencia sanitaria dirigidas a recuperar la salud perdida y, en su caso, de prestaciones económicas que vienen a mitigar la situación de fragilidad económica que se deriva de la pérdida de capacidad laboral y de la irrupción de una situación de enfermedad que, de por sí, genera un aumento de las necesidades económicas del que la sufre.

Esta protección de la “necesidad” se viene materializando a través de los sistemas de protección social, que en España se integraron inicialmente en un único bloque monolítico bajo el paraguas normativo de la legislación en materia de Seguridad Social. Las prestaciones sanitarias se han configurado, a lo largo de la evolución posterior del sistema normativo y fundamentalmente desde la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad[14], como prestaciones de carácter no contributivo, financiadas por tanto vía impuestos, de vocación marcadamente universal, y si bien los fenómenos de ajuste económico impulsados en los últimos años han supuesto una marcada restricción de esta “vocación universalista”, lo cierto es que las prestaciones sanitarias se mantienen en el marco de un título competencial específico, el de la asistencia

sanitaria, desgajado del sistema de prestaciones de la Seguridad Social propiamente dicho, y que no será objeto de más precisión en el presente Trabajo.

En relación a la asistencia sanitaria que se presta al trabajador enfermo, acaso merece especial atención aquí un matiz diferencial en lo que respecta a la asistencia sanitaria preventiva o recuperadora de la salud y que tiene íntima relación con el debate acerca del título competencial en el que se ha de considerar encuadrada la asistencia sanitaria. Así, el Decreto 2065/1974[15], de 30 de mayo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social (norma aún vigente si bien de forma parcial), establece en su artículo 98 que la finalidad de la "Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social" es "la prestación de los servicios médicos y farmacéuticos conducentes a conservar o restablecer la salud de los beneficiarios de dicho régimen, así como su aptitud para el trabajo"[15]. Este precepto, vigente en la actualidad junto a la legislación en materia de sanidad, extiende pues la asistencia sanitaria más allá de la mera pretensión recuperadora de la salud perdida para tener como objetivo la recuperación de la capacidad laboral del trabajador, lógicamente, en la medida en que esto sea posible. Se cierra así la íntima relación que siempre ha presidido la conceptualización de la asistencia sanitaria y el sistema de protección social mediante prestaciones económicas por incapacidad (es el sistema sanitario público el encargado de la gestión de las "bajas laborales", se requiere tratamiento bajo la asistencia sanitaria de la "Seguridad Social" para causar prestaciones económicas derivadas de la incapacidad para asumir una actividad laboral y es bajo este paraguas conceptual en el que se integran ciertas entidades colaboradoras, como lo son las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social en lo que respecta a la prestación de asistencia sanitaria en determinados casos, al margen de los servicios públicos de salud, pero dentro del ámbito de protección de la Seguridad Social).

Sin más precisiones por el momento en relación a estas prestaciones "en especie" (asistencia sanitaria), junto a ellas se sitúan aquellas otras, de carácter económico, que van dirigidas a proteger la situación de discapacidad, y que analizaremos en profundidad a lo largo de los siguientes párrafos.

1.1.3.1 La Seguridad Social pública en la Constitución Española de 1978.

La regulación normativa de la protección social de la incapacidad laboral trae causa en el mandato constitucional expresado en el artículo 41 de la Carta Magna[16]: "Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres."

La exigencia constitucional se plantea pues a “los poderes públicos” que constituyen la estructura de poder del Estado, que quedan obligados, por imperativo constitucional, a disponer una serie de mecanismos que se integran en el más amplio concepto de “Seguridad Social”, y que ha de llegar más allá del ámbito estrictamente contributivo, al recoger el texto constitucional la exigencia de que sean “todos los ciudadanos”, y no sólo los que efectúan sus aportaciones al sistema contributivo, los que cuenten con la asistencia de ese régimen de Seguridad Social público (STC 65/1987 de 21 de mayo[17]). La redacción de este precepto tuvo muy en cuenta lo recogido en el Derecho Internacional: la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, el Convenio nº 102 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre norma mínima de Seguridad Social, de 1952 o la Carta Social Europea de 1961 y el Código Europeo de Seguridad Social de 1964, ambos del Consejo de Europa, y ha de remontarse su antecedente en el constitucionalismo español a la Constitución Española de 1931[18], que en su artículo 46 establecía un claro mandato a los poderes del Estado: “la República asegurará a todo trabajador las condiciones necesarias para una existencia digna”.

La ubicación del referido artículo en la estructura del Título I de la Constitución de 1978[16] busca acomodo entre los denominados “Principios rectores de la política económica y social”. Esto supone que el precepto constitucional constituye un auténtico mandato para el conjunto de poderes del Estado, pero no otorga al ciudadano acción alguna a la hora de exigir su derecho “a la Seguridad Social pública”, derecho que, como tal, sólo será exigible con arreglo a lo establecido en las leyes. Es por tanto en la ley donde encontraremos definido el contenido y alcance de la acción protectora de la Seguridad Social, si bien es cierto que el precepto constitucional no puede quedar desposeído del valor que tiene, como se reconoce en la STC 37/1994, de 10 de febrero[19]: el precepto constitucional del artículo 41 supone una garantía institucional que hace que el Legislador encuentre un límite constitucional para su actuación, de manera que queda vedada cualquier actuación legislativa que pudiera desnaturalizar la esencia del régimen de protección social. El legislador tiene libertad para modular la acción protectora del sistema, pero siempre dentro de este límite constitucional. El Estado Constitucional consolida así, mediante la inclusión en el texto de la Constitución, un derecho del ciudadano ante el propio Estado.

En la evolución de las normas reguladoras de la Seguridad Social, serán fundamentalmente circunstancias de índole económica y social las que induzcan los cambios en la protección que se dispensa, tanto en lo que se refiere a la determinación de las contingencias protegidas como a la intensidad con la que éstas se protegen; el sistema de protección social no puede permanecer ajeno a realidades como los ciclos económicos, la mayor esperanza de vida o los

cambios demográficos que caracterizan a una población esencialmente envejecida y con clara tendencia a un mayor envejecimiento, por lo que precisa de mecanismos dinámicos que permitan adaptarse a estar circunstancias para garantizar (o al menos intentarlo) la viabilidad económica del sistema y su sostenibilidad social. Existe pues la necesidad de un auténtico "Pacto de Estado" en este sector de la actuación política, pacto que se escenificó en el denominado "Pacto de Toledo" (1995)[20]. La ponencia que sustenta el referido Pacto asienta sobre tres pilares fundamentales que, como no puede ser de otra manera, derivan del ya aludido artículo 41 de la Constitución[16], articulando un sistema de prestaciones económicas constituido por:

1º. Una modalidad de prestaciones económicas de carácter público y obligatorio, que constituye el núcleo esencial del sistema, asentado sobre el sistema contributivo y que tienen como finalidad la sustitución de las rentas procedentes del trabajo en los supuestos de cese de la actividad laboral por alguna de las contingencias protegidas: jubilación y enfermedad, fundamentalmente.

2º. Una modalidad no contributiva, dirigida a ciudadanos que se encuentren en situación de necesidad por razones de edad, enfermedad o cargas familiares y cuya función debe ser la de mitigar las consecuencias de los estados de necesidad, que se financiará a través de los Presupuestos Generales del Estado.

3º. Una serie de prestaciones complementarias de naturaleza libre y gestión privada, a las que pueden acceder quienes voluntariamente deseen completar las prestaciones del sistema público.

La pretensión de mantener la ya referida viabilidad del sistema y las diversas orientaciones políticas de los sucesivos gobiernos, amén de los muy intensos vaivenes económicos a los que se ha visto (y se ve) sometida la denominada "Caja Única" de la Seguridad Social, han impulsado las numerosas modificaciones en el ámbito de la acción protectora del sistema, además de reorientar la misma en ámbitos diversos como es la necesidad de tratamientos específicos de situaciones socio - laborales derivadas del género (como es el caso de las prestaciones por riesgo en el embarazo) o la discapacidad, pretendiendo, entre otros fines, constituir el sistema de Seguridad Social como un elemento vertebrador de la política social que facilite la plena inclusión de las personas con discapacidad (anticipación de la edad de jubilación de trabajadores con tipos de discapacidad que comporten menor esperanza de vida, asignaciones por hijo a cargo, orfandad o pensiones no contributivas, entre otras actuaciones)[21] y flexibilizar el régimen jurídico de las pensiones por incapacidad permanente para moderar la incompatibilidad entre pensión y

trabajo (en aras a favorecer que las personas con discapacidad desarrollen una actividad laboral acorde con sus circunstancias).

Si bien nos ceñiremos en el presente Trabajo al sistema público de Seguridad Social, la propia Constitución[16] ya establece la posibilidad de que, al margen del mismo, mediante la figura de las "prestaciones complementarias", pueda articularse la actuación del sector privado en el ámbito de la protección social. Encuentran así acogida en esta figuras los planes de pensiones o la constitución de seguros de asistencia sanitaria, complementarios a las prestaciones públicas garantizadas desde el Sistema de Seguridad Social, que son resultado de la libertad de contratación entre las empresas que los ofertan y los consumidores que demandan de estos servicios.

1.1.3.2 La Ley General de la Seguridad Social y la protección de la incapacidad laboral. Configuración legal de la Seguridad Social pública.

El vigente Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (TRLGSS), aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre,[22] establece una estructura heterogénea desde el punto de vista del ámbito subjetivo de la protección, organizando a los sujetos protegidos en distintos "regímenes" y, dentro de éstos, en "sistemas", recogiendo en cada uno de ellos a colectivos de trabajadores que, en relación a las particularidades de su actividad, precisan una consideración específica. Tal estructuración conlleva diferencias en la protección que se dispensa en función del régimen específico que se considera, circunstancia ésta que ha sido expresamente enjuiciada como constitucional y no atentatoria contra el principio de igualdad (SSTC 184/1993, de 31 de mayo[23] y 268/1993, de 20 de septiembre[24], entre otras), de forma que, a distintas situaciones en origen, la consideración legal de la desigualdad "en el punto de partida" conlleva, sin que ello constituya discriminación alguna, una solución distinta "en el punto de llegada".

La incapacidad para el trabajo ocasiona, a quien la sufre, una consecuencia inmediata: la pérdida de los ingresos que se percibían como contraprestación de ese trabajo que ahora, por causa de una alteración en la salud, no puede desempeñarse. Este planteamiento general es el mismo para todos los regímenes incluidos en el ámbito de la protección otorgada por la Seguridad Social pública, que se constituye como obligatoria para todas aquellas personas físicas que desempeñen una actividad económica ya sea como asalariado (incluyéndose en esta figura los empleados públicos sujetos a relación de empleo de carácter administrativo, como es el caso de los funcionarios, ya sean éstos civiles o militares) o como empresario.

Si bien los distintos regímenes en los que se agrupan los trabajadores en el seno de la legislación de la Seguridad Social (Régimen General, Régimen Especial de los Trabajadores Autónomos, Régimen Especial del Mar, Régimen

Especial de la Minería del Carbón) cuentan con textos legales específicos que regulan la respuesta protectora del sistema ante la incapacidad para el trabajo, lo cierto es que todos ellos asientan sobre los mismos criterios objetivos definidos en el RDL, 8/2015, de 20 junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (TRLGSS)[22].

1º. Existencia de enfermedad o lesión que impide el desarrollo de la actividad laboral del trabajador. Es el primer presupuesto que se exige a la situación de incapacidad. Ésta ha de deberse a que:

a) Existe una alteración de la salud del trabajador.

b) Esta alteración de la salud conlleva una repercusión funcional tal que no permite que éste desarrolle su actividad laboral. Lo relevante pues a la hora de determinar una incapacidad laboral no es la propia alteración de la salud, sino la trascendencia incapacitante de la misma (en relación a los requerimientos de la actividad laboral) y el momento en que se origina esta incapacidad, más allá del momento en que se diagnostica la alteración de la salud en cuestión.

En términos clínico-funcionales, la redacción legal puede trasladarse al "lenguaje CIF", de forma que el presupuesto legal exige que exista una deficiencia (alteración estructural - anatómica o bien fisiológica) que se traduce en una limitación de la actividad de tal entidad que supone una restricción en la participación del sujeto en cuanto al trabajo que éste desempeñaba. Con arreglo a estas exigencias, la existencia pues de una alteración en la salud es condición necesaria, pero no suficiente, para causar la protección del sistema, ya que es necesario, además, que esta alteración sea de tal entidad que tenga trascendencia sobre la capacidad del sujeto en lo que se refiere a mantener el desempeño de las actividades laborales que le son habituales. Hay además que añadir que estas alteraciones estructurales o funcionales, que suponen una discapacidad, y de las que se origina la limitación en la actividad deben de ser objetivas; médicamente constatables e identificables como tales alteraciones con arreglo a los conocimientos de la ciencia médica, cuestión ésta muy relevante a los efectos que nos ocupan en el presente Trabajo.

La protección de la incapacidad pues no puede circunscribirse a la constatación de un diagnóstico médico, sino que se exige que el cuadro clínico tenga trascendencia funcional en el ámbito laboral, cuestión ésta que, como hemos analizado más arriba, no sólo depende de la entidad patológica en sí, sino de otros factores que, englobados bajo el concepto de "factores ambientales", pueden actuar bien como facilitadores de la actividad laboral bien como barreras para el desarrollo de la misma. Toman por ello protagonismo en este aspecto medidas del ámbito de la prevención de riesgos laborales, como la

introducción de medidas de adaptación de puestos de trabajo que posibiliten la asunción de tareas laborales de las personas afectadas por algún tipo de discapacidad.

2º. Previsión clínica de la evolución del cuadro que ocasiona la incapacidad, entendida ésta en lo que se refiere a su potencial recuperación hasta una situación que permita reasumir la actividad laboral, ya que, en función de la potencial recuperación hasta una situación compatible con el desarrollo de su actividad laboral, se determina que la incapacidad sea:

a) Incapacidad Temporal (IT), cuando sea previsible su recuperación bajo el adecuado tratamiento; recuperación entendida en el sentido de que permita reasumir la actividad laboral.

b) Incapacidad Permanente (IP), cuando la previsión sea de irrecuperabilidad (desde el punto de vista laboral) o bien las posibilidades de recuperación sólo pueden plantearse a largo plazo, entendiendo como tal aquellos períodos de tiempo que exceden las previsiones legales en cuanto a duración de la IT, ya que la duración de la IT está legalmente acotada por el TRLGSS[22], que establece que ésta "tendrá una duración máxima de trescientos sesenta y cinco días, prorrogables por otros ciento ochenta días cuando se presuma que durante ellos puede el trabajador ser dado de alta médica por curación" (art. 169.1). Una vez transcurrido este período, se instruirá el oportuno expediente de IP que terminará con la Resolución que establezca si existe o no incapacidad permanente y el alcance de la misma en cuanto a su "intensidad".

El concepto de incapacidad permanente no obstante no debe ser interpretado en el sentido de "incapacidad definitiva", y así es preciso tener presente que toda situación que se califique como IP puede ser revisada con observancia de las prescripciones normativas al respecto, de forma que en función de la situación clínica y funcional que se determine en el procedimiento de revisión, ha de definirse el alcance de la acción protectora que, en su caso, sea necesaria en función de tal nueva situación, y si puede constarse que se he producido mejoría de la suficiente entidad en relación a la situación previa, el procedimiento de revisión puede incluso dar lugar a determinar que no existe ahora IP y determinar la extinción del derecho a percibir las prestaciones que derivaran de la previa calificación de IP.

Estas situaciones de incapacidad para el trabajo pueden derivar tanto de causas relacionadas con el trabajo en las denominadas contingencias profesionales como ajenas a él, entendiéndose estas últimas como contingencias comunes, variando el alcance de la intensidad de la protección en función de una u otra contingencia y precisándose, en el caso de la enfermedad

común, un período de cotizaciones previas a la instauración de la situación clínica de discapacidad que pueda constarse para que de ella derive el derecho a la percepción de las prestaciones correspondientes por IP. No nos extenderemos por lo demás al respecto por los motivos que analizaremos más adelante.

1.1.3.3 La legislación en materia de prevención de riesgos laborales y la incapacidad laboral**.**

El propósito del sistema jurídico de la Seguridad Social es claro: proporcionar, como ya se ha dicho, una protección al trabajador ante la pérdida o disminución de rentas del trabajo que se sufre, en el caso que nos ocupa, por causa de las consecuencias de una enfermedad o accidente que repercuten negativamente sobre la capacidad de ese trabajador para afrontar los requerimientos una actividad laboral y dan lugar a una determinada discapacidad; hemos expuesto, necesariamente con brevedad, su configuración constitucional y su desarrollo conceptual en el Ordenamiento Jurídico. No obstante, la existencia de una discapacidad no sólo disminuye la rentabilidad laboral del trabajador, sino que puede ser origen de una especial susceptibilidad a factores externos que agraven una salud ya deteriorada.

La legislación en materia de Seguridad Social no existe de forma aislada, sino que se integra en el conjunto sistemático del Ordenamiento Jurídico, coexistiendo con otras normas que desarrollan otros preceptos con protección constitucional; en especial, en lo que nos ocupa, el derecho a la protección de la salud, consagrado en el artículo 40. 2 de la Carta Magna[16], que encomienda a los poderes públicos, como uno de los principios rectores de la política social y económica, “velar por la seguridad e higiene en el trabajo”. No se trata pues, de nuevo, de un derecho inmediatamente exigible, sino que precisa de una concreta definición de sus términos en la legislación específica de desarrollo, cuestión ésta que se aborda desde la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales (LPRL)[25], estableciéndose mecanismos de respuesta legal dirigidos a procurar que el desempeño de una actividad laboral no conlleve un particular riesgo para la salud del trabajador, atendidas no únicamente las circunstancias del trabajo en sí, sino las particulares del trabajador que ha de desempeñarlo.

El trabajador afectado por una discapacidad, sea ésta física o psíquica, recibe una especial protección legal bajo el concepto de “*trabajador especialmente sensible*”, definido en el artículo 25 de la LPRL , protección que trae causa en el ya analizado concepto de igualdad en la Ley; la Sociedad responde a la discapacidad proporcionando herramientas específicas de actuación que están dirigidas a que la repercusión de la discapacidad sobre las oportunidades del ciudadano sean las menores posible, creando así

mecanismos de trato desigual ante situaciones desiguales con objeto de que atenuar los efectos de la discapacidad.

LPRL. Artículo 25. Protección de trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos.

1. El empresario garantizará de manera específica la protección de los trabajadores que, por sus propias características personales o estado biológico conocido, incluidos aquellos que tengan reconocida la situación de discapacidad física, psíquica o sensorial, sean especialmente sensibles a los riesgos derivados del trabajo. A tal fin, deberá tener en cuenta dichos aspectos en las evaluaciones de los riesgos y, en función de éstas, adoptará las medidas preventivas y de protección necesarias.

2. Los trabajadores no serán empleados en aquellos puestos de trabajo en los que, a causa de sus características personales, estado biológico o por su discapacidad física, psíquica o sensorial debidamente reconocida, puedan ellos, los demás trabajadores u otras personas relacionadas con la empresa ponerse en situación de peligro o, en general, cuando se encuentren manifiestamente en estados o situaciones transitorias que no respondan a las exigencias psicofísicas de los respectivos puestos de trabajo.

3. Igualmente, el empresario deberá tener en cuenta en las evaluaciones los factores de riesgo que puedan incidir en la función de procreación de los trabajadores y trabajadoras, en particular por la exposición a agentes físicos, químicos y biológicos que puedan ejercer efectos mutagénicos o de toxicidad para la procreación, tanto en los aspectos de la fertilidad, como del desarrollo de la descendencia, con objeto de adoptar las medidas preventivas necesarias.

Se introducen en esta referencia legal una serie de obligaciones que recaen, directamente sobre el empresario, que por tanto asume la responsabilidad al respecto. La primera es la de conocer los riesgos específicos de la actividad laboral mediante la oportuna evolución de riesgos, efectuada de forma genérica e inherente al puesto; y la segunda, una vez conocidos estos riesgos y la situación concreta del trabajador, no asignarle puestos en los cuales, por esta especial sensibilidad a ciertos riesgos que pudieran presentar, pudieran suponer una situación de riesgo para el propio trabajador o terceras personas. Aparece así otro concepto: el de adaptación del puesto y condiciones de trabajo, desarrollado en el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social[26].

Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social

Artículo 40. Adopción de medidas para prevenir o compensar las desventajas ocasionadas por la discapacidad como garantía de la plena igualdad en el trabajo.

1. Para garantizar la plena igualdad en el trabajo, el principio de igualdad de trato no impedirá que se mantengan o adopten medidas específicas destinadas a prevenir o compensar las desventajas ocasionadas por motivo de o por razón de discapacidad.

2. Los empresarios están obligados a adoptar las medidas adecuadas para la adaptación del puesto de trabajo y la accesibilidad de la empresa, en función de las necesidades de cada situación concreta, con el fin de permitir a las personas con discapacidad acceder al empleo, desempeñar su trabajo, progresar profesionalmente y acceder a la formación, salvo que esas medidas supongan una carga excesiva para el empresario.

Para determinar si una carga es excesiva se tendrá en cuenta si es paliada en grado suficiente mediante las medidas, ayudas o subvenciones públicas para personas con discapacidad, así como los costes financieros y de otro tipo que las medidas impliquen y el tamaño y el volumen de negocios total de la organización o empresa.

Este último párrafo tiene una importancia capital al determinar un límite a la adopción de medidas de adaptación del puesto de trabajo: la "carga" que la adopción de estas medidas supone para el empresario, de forma que, si ésta resulta ser "excesiva", no podrán exigirse al empresario, de forma que, unido a la imposibilidad (impuesta por la Ley) de que el trabajador desempeñe el puesto en ausencia de tales medidas (por el riesgo que ello conllevaría), el trabajador se verá afectado por una incapacidad sobrevenida que daría lugar a la extinción de la relación de empleo conforme al artículo 52 del Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores[13].

1.1.3.4 La causa de la incapacidad. Determinación de la contingencia.

Directamente ligado al alcance de la protección de la incapacidad para el trabajo está la causa de esa incapacidad; la denominada, en sentido abstracto, "*contingencia*".

El TRLGSS[22] agrupa, las distintas causas de incapacidad para el trabajo, en dos categorías: contingencias profesionales y contingencias comunes, utilizando

la exclusión como mecanismo de definición de las contingencias comunes, que serán “aquéllas que no son profesionales”. Así:

- Art. 156. 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.

  Si bien éste es el concepto “genérico”, la jurisprudencia ha ido ampliando históricamente el alcance del accidente de trabajo, de forma que se asimilan a él numerosas circunstancias que, aparentemente alejadas de este concepto, han acabado por incluirse como supuestos específicos en ese mismo art. 156.

- Art. 158.1. Se considera accidente no laboral el que no tenga el carácter de accidente de trabajo.
- Art. 157. Se entenderá por enfermedad profesional la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado *por cuenta ajena* en las actividades que se especifiquen en la relación aprobada por las disposiciones de aplicación y desarrollo de la Ley General de la Seguridad Social, y que esté provocada por la acción de los elementos y sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional.
- Art. 158.2. Se considera que constituyen enfermedad común las alteraciones de la salud que no tengan la condición de accidente de trabajo ni de enfermedades profesionales.

La categorización de la causa última de la incapacidad laboral en cuanto a su origen y relación directa con la actividad laboral tiene sentido desde la perspectiva de otorgar una mayor intensidad protectora a aquella incapacidad que trae causa en la actividad laboral (accidente de trabajo y enfermedad profesional) y a la no exigencia de período previo de cotización al sistema ante la misma, período que tampoco se exige en el caso de accidente no laboral.

Las referencia al “trabajo ejecutado por cuenta ajena” en relación a los conceptos de accidente de trabajo y enfermedad profesional es la que ofrece el TRLGSS[22]; el art. 3 del RD 1273/2003, de 10 de octubre, por el que se regula la cobertura de las contingencias profesionales de los trabajadores incluidos en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos y la ampliación de la prestación por incapacidad temporal para los trabajadores por cuenta propia[27] (en relación con el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos), recoge también estas contingencias para los trabajadores incluidos en este régimen siempre que los interesados hayan optado por incluir, dentro del ámbito de la protección voluntaria, la prestación económica por incapacidad temporal y opten por efectuar las cotizaciones

específicas que se establezcan para la cobertura específica de las contingencias profesionales, si bien, en determinados supuestos, esta cobertura deja de ser voluntaria para convertirse en obligatoria, según los dispuesto en la ley 20/2007, de 11 de julio, del Estatuto del Trabajo Autónomo[28,] según la cual la voluntariedad u obligatoriedad del aseguramiento de las contingencias profesionales por parte de los trabajadores autónomos ha de concluirse en función del régimen profesional (trabajador autónomo "común" o trabajador autónomo "económicamente dependiente") o bien de otras circunstancias (mayor siniestralidad o desempeño de actividad agraria, entre otras).

En cualquier caso, cuando concurran diversos procesos derivados de distintas contingencias, ha de efectuarse una valoración conjunta de todas ellas, sin que pueda predicarse, eso sí, una regla general y válida para la determinación de la contingencia de la que debe considerarse deriva la situación de incapacidad globalmente considerada[29].

1.1.3.5 La Incapacidad Temporal.

Si bien es cierto que la definición legal en cuanto a la IT es parca (se limita a presuponer, sin definirlo, el concepto de "incapacidad" para pasar a ponerlo inmediatamente en conexión con el hecho de que tal "incapacidad" conlleve la "necesidad de asistencia sanitaria de la Seguridad Social" y suponga que el trabajador "esté impedido para el trabajo"), a la hora de categorizar a la IP el propio TRLGSS[22] es mucho más explícito, de forma que, en su artículo 193, establece que será IP (contributiva) "la situación del trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral", requisitos éstos que sin dificultad pueden entenderse exigibles a los supuestos de IT en lo que respecta a la existencia de reducciones anatómicas o funcionales que sean susceptibles de determinación objetiva y que disminuyan o anulen su capacidad laboral, entendida ésta referida a la actividad laboral que desempeña el trabajador en el momento de aparecer la IT y con referencia a la "profesión habitual" en el caso de la IP, siendo en ocasiones difícil de determinar esta "profesión habitual", como veremos, en un mercado de trabajo en el cual los contratos en diferentes empresas y actividades se suceden en el tiempo.

La incapacidad temporal se origina, en lo que a la actuación médica se refiere, mediante la emisión de un parte de baja, documento médico - legal en el que el médico que lo emite efectúa un doble juicio:

1º. Afirma que existe una alteración en la salud del trabajador. Establece una base diagnóstica que es el elemento que exige la Ley como "primer presupuesto de hecho".

2º. Afirma que, como consecuencia de esta alteración diagnosticada, aparece en el trabajador una situación de incapacidad para llevar a cabo las actividades inherentes a su trabajo.

La emisión pues de un parte de baja supone que el médico puede constatar la existencia de un cuadro clínico (al menos en grado suficiente de presunción diagnóstica) con trascendencia funcional, cuestión ésta que no le es ajena a lo que todo el mundo puede considerar como parte del trabajo médico (diagnosticar y tratar) pero, además, implica que se realiza, por parte del médico que lo emite, una valoración sobre los requerimientos de la actividad laboral que desarrolla el trabajador, aspecto que muchas veces no le es tan sencillo al médico pero que no por ello debe considerarse menos relevante que la constatación del cuadro clínico.

A la concurrencia de estos dos supuestos de hecho en la esfera médica, siempre y cuando se verifiquen otra serie de requisitos de índole administrativo, se enlazan dos consecuencias jurídicas: la suspensión del contrato de trabajo (o el derecho a una licencia por enfermedad en el caso del personal funcionario sujeto a normas administrativas) y el nacimiento del subsidio (la prestación económica que sustituye al salario que se deja de percibir al suspenderse el contrato de trabajo o surgir la antes referida licencia por enfermedad en cuanto al personal funcionario).

Como ya se ha señalado anteriormente, si bien es preciso contar con un diagnóstico médico (al menos aproximado o de presunción para poder hablar de una circunstancia protegida al amparo del concepto de “incapacidad laboral”), lo que va a determinar los efectos jurídicos de tal incapacidad no es la mera existencia del diagnóstico (necesario, pero no suficiente como vimos), sino el efecto incapacitante del cuadro patológico (en relación a los requerimientos de la actividad laboral), efecto que puede incluso aparecer distante en el tiempo con respecto al momento en el cual, desde el punto de vista clínico, puede considerarse instaurada o diagnosticarse la enfermedad.

Uno de los elementos definitorios de la IT es precisamente la temporalidad; la duración máxima del proceso de IT está acotada por la Ley, de forma que se prevé que ésta tiene una duración de 365 días, que podrán prorrogarse por otros 180 días siempre que sea previsible que durante esta prórroga podrá el trabajador ser dado de alta por mejoría que permita reasumir su trabajo habitual. Se prevé además que, una vez haya transcurrido esta prórroga, si el trabajador no ha sido dado de alta, deberá determinarse la situación del trabajador en un procedimiento de IP; se abrirá un expediente de IP en el seno del cual habrá de concluirse si una vez agotada la máxima duración prevista para la IT subsiste incapacidad para reasumir la actividad laboral del trabajador.

1.1.3.6 Incapacidad Permanente.

La definición legal del concepto de IP la encontramos en el art. 193 del TRLGSS:

En la modalidad contributiva, es incapacidad permanente la situación del trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral. No obstará a tal calificación la posibilidad de recuperación de la capacidad laboral del inválido, si dicha posibilidad se estima médicamente como incierta o a largo plazo.

Las reducciones anatómicas o funcionales existentes en la fecha de la afiliación del interesado en la Seguridad Social no impedirán la calificación de la situación de incapacidad permanente, cuando se trate de personas con discapacidad y con posterioridad a la afiliación tales reducciones se hayan agravado, provocando por sí mismas o por concurrencia con nuevas lesiones o patologías una disminución o anulación de la capacidad laboral que tenía el interesado en el momento de su afiliación.

Sobre este concepto legal será preciso efectuar algunas consideraciones:

a) Reducciones anatómicas o funcionales graves. La doctrina científica más autorizada explica que por “reducción anatómica” se entiende la amputación de un miembro o parte del mismo o la extracción de un órgano, mientras que la “reducción funcional” implica la pérdida de la funcionalidad de una parte del cuerpo que afecte a la capacidad completa del individuo (STSJ AR 170/2014 de veintiséis de marzo de dos mil catorce; por todas), debiéndose considerar la “gravedad” desde la perspectiva “de su incidencia laboral, hasta el punto de que disminuyan o anulen su capacidad laboral en una escala gradual que va desde el mínimo de un 33% de disminución en su rendimiento para la profesión habitual (umbral de la incapacidad permanente parcial) a la que impide la realización de todas o las fundamentales tareas de la misma (constituyendo la definición de incapacidad permanente total) hasta la abolición del rendimiento normal para cualquier profesión u oficio que el mercado laboral pudiera ofrecer (incapacidad permanente absoluta)“, como se revisa en la STSJ EXT 523/2014 de veinticinco de marzo de dos mil catorce, por todas.
b) Susceptibles de determinación objetiva; es decir, que se puedan constatar médicamente de forma indudable, no basándose en la mera manifestación subjetiva del interesado (STSJ EXT 1276/2013 de nueve de julio, STSJ EXT 523/2014 de veinticinco de marzo de dos mil catorce). A este respecto, resulta pues exigible que el diagnóstico sea producto de la elaboración intelectual de la situación del trabajador en relación con los conocimientos de

la ciencia médica, resultando que la emisión de tal diagnóstico resulta competencia exclusiva de quien está legalmente habilitado para emitirlo, y resultando el diagnóstico el producto de un proceder con arreglo a la *"lex artis ad hoc".*

Merece la pena detenernos en este aspecto por cuanto a lo que es el objeto del presente trabajo suele constituir un problema: el establecimiento del diagnóstico en el ámbito de la patología psiquiátrica. Si bien resulta imprescindible que más adelante dediquemos a este tema la extensión adecuada, no podemos obviar en este punto al menos la necesidad de acudir a criterios científicamente aceptados a la hora de emitir el diagnóstico en psiquiatría. Resulta indiscutible que la formulación de criterios diagnósticos desde una perspectiva categorial de la enfermedad psiquiátrica, tal y como se plantean las actuales clasificaciones nosológicas, no proporciona una respuesta suficiente para las necesidades del modelo biomédico, pero sí permite establecer un lenguaje médico común y, además, dar cumplimiento a la exigencia de "constatación objetiva" que se hace por la Ley, de forma que la existencia del cuadro clínico se "objetiva" mediante la constatación de que se verifican los criterios científicamente admitidos para emitir un diagnóstico psiquiátrico.

Abundando en la cuestión, y más allá del recurso a los criterios diagnósticos usuales en la práctica habitual, no puede dejar de tenerse presente la cada día mayor producción científica sobre la patogenia de los trastornos mentales y la identificación de auténticas manifestaciones patológicas; anatómicas y funcionales, que explican las manifestaciones sintomáticas propias de los trastornos mentales. Puede desde luego ya hablarse de una patología psiquiátrica más allá de la constatación de unas determinadas manifestaciones sintomáticas o de la presencia de ciertos signos exploratorios que, integrados, llevan a concluir la presencia de un trastorno mental, si bien es cierto que aún queda mucho por conocer sobre cómo estas manifestaciones patológicas se traducen de una u otra forma en esos criterios clínicos que sirven de base para la elaboración del diagnóstico.

c) Previsiblemente definitivas, si bien no obstará a tal calificación la posibilidad de recuperación de la capacidad laboral del inválido si dicha posibilidad se estima como incierta o a largo plazo. Que sean "previsiblemente definitivas" ha de entenderse desde el punto de vista de que sean incurables, irreversibles, al menos desde el punto de vista de la recuperación de la capacidad laboral, siendo suficiente una previsión seria de irreversibilidad para fijar el concepto de invalidez permanente, ya que, al no ser la medicina una ciencia exacta, resulta difícil la absoluta certeza del pronóstico, que no puede emitirse sino en términos de probabilidad (STSJ EXT 523/2014 de veinticinco de marzo de dos mil catorce, STSJ AS 972/2014 de veintiuno de marzo de dos mil catorce).

El momento en el que la situación clínica debe considerarse definitiva y no susceptible de mejoría, y no antes, determinará la situación susceptible de ser calificada como incapacidad permanente; no cabe anticiparse a ese momento, resultando que, aquellos cuadros en relación con los cuales no se han agotado las medidas de tratamiento, deberían ser considerados en el ámbito de la incapacidad temporal (siempre que ésta no se haya extinguido por transcurso de su duración máxima), y no como causa de una incapacidad permanente. En cuanto a la importancia de este requisito en cuanto al momento de la pertinencia de la calificación de una IP, podemos citar la STSJ AR 1307/2013, de cuatro de diciembre de dos mil trece (Fundamento Jurídico cuarto) entre otras, en la que se confirma la denegación de IP porque "la incapacidad permanente solicitada se anticipa en el tiempo al momento en que estén fijadas las limitaciones derivadas de la patología actualmente en tratamiento, situación en la que podría valorarse la aptitud laboral de la actora que reste de modo previsiblemente definitivo".

En cualquier caso, es preciso concluir que la calificación de una IP es compatible con la posibilidad de "mejoría", siempre que ésta sea "médicamente incierta o previsible sólo a largo plazo, más allá de la duración máxima legalmente prevista para la IT; es preciso tener presente que la duración de la IT tiene un máximo legalmente acotado en 365 días, que podrán ser prorrogados, como máximo, por otros 180, Por tanto, cuando desde el punto de vista médico la eventual mejoría sea sólo previsible fuera de estos plazos, lo procedente sería, si se verifican el resto de exigencias, calificar una IP y, en su caso, plantear la revisión de la misma a largo plazo.

d) Que disminuyan o anulen su capacidad laboral. El carácter esencialmente profesional de la incapacidad laboral obliga a que toda situación clínico-laboral que redunde en un menoscabo funcional haya de ser puesto en conexión con los requerimientos de la actividad laboral que tenga que ser considerada en el caso concreto como referencia a la hora de calificar la incapacidad; la "profesión habitual" en el caso de la IP, a efectos de cuya determinación debe estarse a lo reglamentariamente dispuesto en el artículo 11.2 de la Orden de 15 de abril de 1969 por la que se establecen normas para la aplicación y desarrollo de las prestaciones por invalidez en el Régimen General de la Seguridad Social, según el cual:

"Se entenderá por profesión habitual, en caso de accidente, sea o no de trabajo la desempeñada normalmente por el trabajador al tiempo de sufrirlo, y en caso de enfermedad, común o profesional, aquella a la que el trabajador dedicaba su actividad fundamental durante los doce meses anteriores a la fecha en que se hubiese iniciado la incapacidad laboral transitoria de la que se derive la invalidez".

Por otra parte, toda situación de menoscabo funcional, de discapacidad en fin, se corresponde con un estado funcional residual, que no siempre se asocia con la existencia de una capacidad laboral residual "útil". Según reiterada jurisprudencia, esa aptitud laboral "residual" no puede interpretarse como la mera posibilidad de realizar alguna tarea esporádica, superflua, o marginal, sino que "ha de referirse a la posibilidad de realizar una actividad con el rendimiento normalmente exigible, así como con la habitualidad precisa" (STSJ CAT 1010/2014, de veintiuno de febrero; por todas) para que pueda considerarse que el trabajador mantiene capacidad para trabajar desde el punto de vista de la rentabilidad empresarial.

Muy didácticamente, la STSJ EXT 2278/2009 de doce de Noviembre de dos mil nueve, expone *"… No dudamos de la posibilidad teórica y abstracta de que pueda realizarse un trabajo sedentario que requiera un mínimo componente físico, pero ha de estarse a la realidad concreta del mercado de trabajo y de la capacidad residual del enfermo, pues la realización de una actividad laboral, aunque sea sedentaria o intelectual, sólo puede consumarse mediante la asistencia diaria al lugar de trabajo implicando no sólo la posibilidad de trasladarse al lugar de trabajo por sus propios medios y permanecer en él durante toda la jornada y efectuar allí cualquier tarea, sino la de llevarla a cabo con un mínimo de profesionalidad, rendimiento, asiduidad y eficacia (STS de veintitrés de febrero de mil novecientos noventa), actuando de acuerdo con las exigencias, de todo orden, que comporta la integración en una empresa, en régimen de dependencia de un empresario, dentro de un orden preestablecido y en interrelación con los quehaceres de otros compañeros (SSTS de doce de julio de mil novecientos ochenta y seis y de treinta de septiembre de mil novecientos ochenta y seis), salvo que se den un singular afán de superación y espíritu de sacrificio por parte del trabajador y un grado intenso de tolerancia en el empresario pues, de no coincidir ambos, no cabe mantener como relaciones laborales normales aquellas en las que se ofrezcan tales carencias*".

La incapacidad vendría pues definida por la pérdida de la aptitud psicofísica necesaria para poder desarrollar una profesión en condiciones de rentabilidad y, por tanto, con la necesaria continuidad, dedicación, eficacia y profesionalidad exigible a un trabajador, "fuera de todo heroísmo o espíritu de superación excepcional" por parte del trabajador y dentro de los límites de tolerancia exigibles al empresario en cuanto al rendimiento laboral del trabajador. Se requiere pues, para considerar que el trabajador puede llevar a cabo una actividad laboral con carácter de rentabilidad económica, y acudiendo a las consideraciones de la jurisprudencia, que la situación del trabajador le permita llevar a cabo tareas con profesionalidad y con unas exigencias mínimas de

continuidad, eficacia y rendimiento y con la posibilidad de un ejercicio razonable continuado, y no esporádico o intermitente, de sus labores (Tribunal Supremo en sentencias de dieciocho de enero de mil novecientos ochenta y ocho, de treinta de enero de mil novecientos ochenta y nueve y de trece de junio de mil novecientos ochenta y nueve).

Es en este planteamiento legal y delimitado por la Jurisprudencia en el que debe encuadrarse la situación funcional del trabajador, que inevitablemente debe ser examinada desde los requerimientos de la "actividad laboral que pueda considerarse económicamente rentable". Como ya se ha comentado anteriormente, la trascendencia de la discapacidad desde el punto de vista de su incidencia en el desempeño de la actividad ("limitación en la participación") viene matizada por la presencia de factores contextuales, de manera que podría atemperarse el impacto funcional de una discapacidad actuando sobre tales factores contextuales, en línea todo ello con las formulaciones de la CIF al respecto.

Desde el punto de vista de la discapacidad laboral, ésta ha de ser evaluada desde la interacción del trabajador que la presenta y su medio laboral[30]. No obstante, esta aproximación teórica, desde la consideración jurisprudencial de la definición de incapacidad para el trabajo, debe ser matizada, de forma que, siendo exigible que se lleven a efecto todas las previsiones aplicables al caso (aquellas que sean razonables desde el punto de vista de su exigibilidad al empresario) en materia de prevención de riesgos de trabajo y adaptación del puesto que se deriven de la legislación en materia de prevención de riesgos laborales (y que resultan ser la actuación sobre factores contextuales en el ámbito de la actividad laboral), serán la aptitud psicofísica residual del trabajador y el parámetro de rentabilidad del trabajo en el marco de los requerimientos de la profesión del trabajador los que determinen si, una vez aplicadas tales medidas de adaptación del puesto de trabajo, existe o no una incapacidad laboral en los términos en los que ésta está legalmente definida y jurisprudencialmente conceptualizada. De esta forma, ante una situación médica que requiera, para permitir la reincorporación laboral, una especial adaptación del puesto de trabajo por las eventuales empresas en las que el trabajador pudiera desempeñar su actividad, podría llevar a la consideración de que existe una incapacidad permanente cuando esta especial adaptación, por su intensidad, fuera tal que resultara "inexigible" al empresario, inexigibilidad que, por otra parte, había de entenderse en el marco de lo que puede considerarse rentabilidad dadas las circunstancias del mercado laboral, como viene a concluirse en STSJ CANT 1020/2004 de ocho de junio de dos mil cuatro; Fundamento Jurídico segundo).

1.1.3.6.1 Graduación de la Incapacidad Permanente.

Si el planteamiento de la IT es suplir la carencia de ingresos que se deriva de la incapacidad para trabajar durante el período en el que el trabajador, sometido a tratamiento, está en período de "recuperación funcional", y por tanto, con expectativa de reasumir su actividad laboral una vez se encuentre en condiciones para ello, la concepción de la IP es distinta; su objeto es sustituir las rentas del trabajo que ya no se va a poder desempeñar de forma efectiva en el futuro desde una perspectiva de irrecuperabilidad funcional o en casos en los que cualquier posibilidad de recuperación se presenta como improbable o a muy largo plazo. La pretensión de la protección social ante esta situación no puede pues circunscribirse a la sustitución de ingresos, sino que debe contemplar, al menos en un medio ideal, la necesidad de que el trabajador con discapacidad se reintegre al mercado laboral en otra actividad para la que sí conserve capacidad funcional suficiente. Incluso existe la previsión de que la incapacidad no sea de tal entidad como para suponer un menoscabo funcional que incapacite para la profesión de forma completa, si bien reconociendo cierto grado de repercusión funcional, como ocurre en el grado de Incapacidad Permanente Parcial (IPP) según veremos a continuación.

Tras la reforma operada por la Ley 24/1997, de 15 de julio[31], se modifica la del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, de forma que se imponía al Ejecutivo la exigencia de efectuar un desarrollo reglamentario de la Ley que comprendiera una lista de enfermedades y la valoración de las mismas, a efectos de la reducción de la capacidad de trabajo, así como la determinación de los distintos grados de incapacidad. Este desarrollo reglamentario no se ha llevado a cabo aún y, desde luego, considerada la sucesión de los avatares sufridos desde entonces por la normativa reguladora de las prestaciones de la Seguridad Social, no parece razonable esperar un pronto advenimiento de norma alguna al respecto (a pesar de que la propia Ley 24/1997[31] imponía la exigencia de que se elaborase la norma reglamentaria en el "plazo máximo" de un año, previsión evidentemente superada por la realidad de los hechos).

La IP, bajo estas consideraciones, se plantea, en el actual sistema jurídico vigente y en ausencia del referido desarrollo reglamentario, bajo un sistema de "graduación" de las capacidades residuales del trabajador. Así, se definen:

1. Incapacidad permanente total para la profesión habitual: la que inhabilite al trabajador para la realización de todas o de las fundamentales tareas de dicha profesión, siempre que pueda dedicarse a otra distinta.

2. Incapacidad permanente parcial para la profesión habitual: la que, sin alcanzar el grado de total, ocasione al trabajador una disminución no inferior al 33% en su rendimiento normal para dicha profesión, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de la misma.

3. Incapacidad permanente absoluta para todo trabajo: la que inhabilite por completo al trabajador para toda profesión u oficio.

4. Gran invalidez: la situación del trabajador afecto de incapacidad permanente y que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesite la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos.

5. Sin constituir incapacidad laboral, el TRLGSS[22] establece además que las lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo, causadas por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales (lesiones permanentes no invalidantes) que, sin llegar a constituir una incapacidad permanente, supongan una disminución o alteración de la integridad física del trabajador y aparezcan recogidas en el baremo anejo a las disposiciones de desarrollo de esta Ley, serán indemnizadas, por una sola vez, con las cantidades alzadas que en el mismo se determinen.

En el enunciado legal al que se recurre para describir la IP y sus grados se suceden una serie de conceptos jurídicos indeterminados: “inhabilite”, “tareas fundamentales” o “disminución del rendimiento en al menos un 33%”, que desde luego, han de ser tenidos en cuenta por la Administración a la hora de aplicar el derecho, y que obligan a que la actuación médico - evaluadora tenga que “rellenar” tales conceptos indeterminados para que puedan ser aplicados al caso concreto[32], cuestión ésta que hace recaer un peso significativo del procedimiento sobre la actuación médica. La posibilidad de que los márgenes de actuación médica al respecto sean excesivamente amplios se obviaría (o al menos se vería paliada) con la legalmente anunciada pero nonata “lista de enfermedades y la valoración de las mismas”, y en ausencia de la cual, parece necesario que tal actuación médico - evaluadora venga encauzada por alguna línea directriz, orientativa al menos, en aras a disminuir la posible variabilidad en la aplicación de criterios médicos, variabilidad que podría ser admisible en otras áreas de la medicina, cuya guía de actuación ha de venir presidida sólo por el estado del conocimiento científico en cada momento y la lex artis ad hoc que de él se derive, pero que, cuando se trata de una actuación médica dirigida a establecer límites al amplio margen que se deriva de un “concepto jurídico indeterminado”, debe desde luego contar con ciertas garantías en cuanto a la salvaguarda de los principios de igualdad y seguridad jurídica.

1.1.3.6.2 El concepto de profesión habitual.

El artículo 194 del TRLGSS[22], en la redacción vigente hasta que el reglamento previsto en la Ley 24/1997, de 15 de julio se promulgue y entre en vigor, establece la que ha de ser considerada “profesión habitual” del trabajador a efectos de la valoración de una situación de IP. Así, prevé que:

1. En caso de accidente, sea o no de trabajo, se considerará como profesión habitual la desempeñada normalmente por el trabajador al tiempo de sufrirlo.
2. En caso de enfermedad común o profesional, aquella a la que el trabajador dedicaba su actividad fundamental durante el período de tiempo, anterior a la iniciación de la incapacidad, que reglamentariamente se determine, determinación que se recoge en la ya aludida Orden de 15 de abril de 1969.

Ha de considerarse que el TRLGSS tiene dos redacciones para el artículo 194; la recogida anteriormente (en lo que respecta a la determinación de la profesión habitual), que es la vigente, pero que no se ubica en el articulado del texto legal sino en la disposición transitoria vigésima sexta, aspecto éste que puede llevar (y lleva de hecho) a confusión al entrar en conflicto con la redacción que se recoge en el articulado con el número 194, que recoge una redacción distinta, cuya redacción señala que la calificación de la incapacidad permanente se determinará en función del porcentaje de reducción de la capacidad de trabajo que reglamentariamente se establezca, para lo cual se tendrá en cuenta la incidencia de la reducción de la capacidad de trabajo en el desarrollo de la profesión que ejercía el interesado o del grupo profesional, en que aquella estaba encuadrada, antes de producirse el hecho causante de la incapacidad permanente. Aparece aquí el concepto, nuevo en el ámbito de la IP, de "grupo profesional", más amplio evidentemente que el de profesión, propuesto de forma alternativa a ésta como parámetro al que enfrentar las capacidades residuales del trabajador discapacitado para determinar la capacidad de afrontar los requerimientos de uno u otra; grupo profesional o profesión concreta.

Limitándonos sólo a la vigente redacción, y en espera del ya anunciado (pero no esperado) desarrollo reglamentario, sería no obstante preciso llamar la atención sobre la dificultad de determinar, en una situación como la que actualmente vive el mercado laboral, para determinar lo que ha de considerarse "profesión habitual" fuera de los claros casos derivados de accidente, y dada la frecuencia con la que nos encontramos trabajadores que han venido desarrollando su actividad laboral en múltiples ocupaciones temporales distintas. Probablemente sea más realista, bajo esta perspectiva, hablar de grupos profesionales[33], sin duda más amplios en sus límites de lo que pueda predicarse de los límites que definen una profesión (u oficio), pero estos planteamientos no tienen, hoy por hoy y bajo la redacción legal vigente, cabida alguna.

A la vista de lo expuesto, lo cierto es que el concepto de "profesión habitual" se aproxima más, de nuevo e hilando con el apartado anterior, a un concepto jurídico indeterminado que a una realidad constatable de manera objetiva; será la realidad material de la actividad desarrollada por el trabajador la que haya de ser valorada desde los criterios contenidos en disposiciones legales, reglamentarias y convencionales, así como a la luz de los criterios

jurisprudenciales, tal y como se recoge en la STSJ PV 3275/2015, de trece de octubre, para poder establecer qué profesión es la que ha de considerarse habitual y los requerimientos de la misma.

1.1.3.6.3 El procedimiento administrativo en la incapacidad permanente.

La evaluación de la capacidad funcional de un trabajador que presenta una eventual discapacidad, de cara a que se le reconozcan las prestaciones que pudieran corresponderle derivadas de una eventual IP, ha de determinarse en el seno de un procedimiento administrativo, procedimiento que tiene por objeto recopilar los hechos, tanto de naturaleza administrativa (cotizaciones efectuadas al sistema, situación de inclusión o exclusión del sistema de protección contributiva en relación a la situación de alta en el mismo, entre otras) como los referidos a la situación médica que presenta el trabajador que resulten relevantes para este propósito. Será esta "recopilación de hechos" la que fundamente, junto con el derecho aplicable, la posterior resolución, que cerrará el procedimiento estableciendo el parecer que la administración de la Seguridad Social tiene sobre el caso y recogiendo la voluntad de la Administración en lo que respecta a reconocer el derecho subjetivo a percibir tales prestaciones o, por el contrario, establecer que tal derecho no existe.

Como toda resolución administrativa, ésta ha de estar fundamentada en hechos y en el derecho aplicable al caso, fundamentación que habrá que buscar en los antecedentes que obren en el expediente administrativo que se conforme en el procedimiento. Ocurre así que las valoraciones médicas que se recogen en el expediente administrativo tienen, como ya se ha apuntado y como se verá más en detalle, unas especiales connotaciones por las consecuencias jurídicas que pueden derivarse de ellas, por lo que necesariamente han de sujetarse a las normas que regulan su emisión y, como no, a los principios generales del derecho que puedan ser aplicables.

El procedimiento, tal y como se sintetiza en la Tabla 1, puede iniciarse por tres vías diferentes en función de los sujetos legitimados para ello: de oficio (por propia iniciativa de la Entidad gestora (Instituto Nacional de la Seguridad Social o Instituto Social de la Marina), o como consecuencia de petición razonada de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social o del Servicio de Salud competente para gestionar la asistencia sanitaria de la Seguridad Social), a instancias del interesado (o su representante legal), por iniciativa de las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social o, en su caso, de las empresas colaboradoras, en aquellos asuntos que les afecten directamente[34].

Iniciación de un expediente de Incapacidad Permanente	
A instancias del interesado	Considera el interesado que verifica los requisitos legales para que sea calificada una IP
A instancias de la Entidad Gestora (INSS o, en su caso ISM); de oficio o ante requerimiento motivado de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social (ITSS).	En el procedimiento de control de una Incapacidad Temporal se establece la presunción de que el trabajador verifica los criterios legales para ser calificado en un grado de IP. Tal presunción se resolverá en el expediente de IP que se instruya al efecto. La ITSS podrá así mismo solicitar del INSS la instrucción de un expediente de IP.
A instancias del Servicio Público de Salud encargado de prestar la asistencia sanitaria de la Seguridad Social o, en su caso, de la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social igualmente encargada de prestar la asistencia sanitaria de la Seguridad Social	Considera el servicio sanitario que existe presunción de que el trabajador verifica los requisitos legales para que sea calificada una IP; se han agotado las medidas terapéuticas y se considera la situación funcional irreversible o, en todo caso, sólo reversible a largo plazo.
Por agotamiento de la duración máxima establecida para la IT y su prórroga: 545 días.	Ha de abrirse expediente de IP con el fin de determinar si verifica o no los criterios legales establecidos para ser calificado un grado de IP.

Tabla 1. Iniciación de un expediente administrativo de Incapacidad Permanente. Sujetos legitimados para la iniciación y circunstancias de la misma.

Serán las Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) o en su caso del Instituto Social de la Marina (ISM) y los Equipos de Valoración de Incapacidades (EVI) constituidos en las mismas (salvo en las provincias catalanas, que cuentan con un procedimiento diferenciado) las encargadas de la instrucción del expediente de incapacidad permanente, destacando (en lo que a nosotros nos atañe por cuanto se refiere a aspectos relevantes para las actuaciones médicas) en la fase de instrucción:

a) Aportación del historial clínico, del trabajador, remitido por el Servicio de Salud o, en su caso, por la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social o empresa colaboradora; en general, por quien está encargado de prestar la asistencia sanitaria de la Seguridad Social en el caso concreto. La disponibilidad de la historia clínica del trabajador permite que la evaluación clínico-funcional del trabajador sea completa, de forma que se puedan emitir conclusiones disponiendo del conjunto de información relevante al respecto. El adecuado conocimiento de los antecedentes clínicos, la evolución y las necesidades de tratamiento, aspectos éstos que pueden extraerse del análisis de la historia clínica y que deben permitir la emisión de un juicio completo de la situación médica del trabajador. A este respecto, la “aportación del historial” como tal “documento físico” es una cuestión superada por la realidad tecnológica, siendo lo habitual en nuestros tiempos el acceso a los datos clínicos de los servicios de salud vía telemática por parte del médico encargado de efectuar la evaluación clínico-laboral.
b) Emisión de informe de evaluación clínico-laboral. Es, sin duda, el elemento clave del procedimiento de evaluación de la incapacidad laboral. Conocido como “*informe médico de síntesis*” (IMS) o “informe de evaluación de

incapacidad". La norma define el mismo como preceptivo (ha de emitirse necesariamente) y redactado "en forma de síntesis", debiendo ser "comprensivo de todo lo referido o acreditado en el expediente".

Este informe de evaluación ha de dar soporte a un posterior dictamen-propuesta, elaborado por el Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI), que debe recoger, en esencia, el cuadro clínico que presenta el trabajador y las limitaciones que de él se derivan. La emisión del informe corre a cargo de funcionarios de la Escala de Médicos Inspectores del Cuerpo de Inspección Sanitaria de la Seguridad Social, y si bien no cuenta con una regulación normativa específica en lo que respecta a su estructura y contenidos (más allá de su carácter de "síntesis"), sí resulta evidente que debe atenerse a los principios generales con los que debe contar todo informe pericial. Más adelante profundizaremos en este tema.

c) Resolución. La Resolución administrativa pone fin al procedimiento, sin perjuicio de recurso contra la misma a través de la interposición de una reclamación previa a la vía jurisdiccional social. La Resolución corre a cargo del Director Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social (o del Instituto Social de la Marina en el caso de los trabajadores afiliados al Régimen Especial de los Trabajadores del Mar), según lo dispuesto en el art. 6 del RD 1300/1995[34] de 21 de julio por el que se desarrolla, en materia de incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social, la Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social, así como en el art. 13 de la Orden 18-01-1996 para la aplicación y desarrollo del Real Decreto 1300/1995[34], de 21 de julio, sobre incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social[35].

En su Resolución, el Director Provincial no se encuentra vinculado por ninguna de las actuaciones previas; ni por el IMS ni por el dictamen-propuesta del EVI. Cierto es que, como toda Resolución administrativa, precisa de un fundamento sobre hechos constatados, y parece difícil imaginar una situación en la que el sentido de la Resolución sea opuesto a la valoración de los hechos (de la situación de discapacidad en fin) que haya efectuado el EVI.

Sobre el dictamen-propuesta del EVI, no obstante, hay causas de denegación de IP que no estarán contenidas en ese Dictamen, y que se recogerán expresamente en la Resolución cuando hayan de ser apreciadas. Se trata en todo caso de causas "ajenas" a cuestiones susceptibles de valoración médica, como es el caso de la falta de período de carencia, la existencia de períodos de descubierto en las cotizaciones

efectuadas por los trabajadores autónomos o la no situación de alta o asimilada al alta en el momento del hecho causante.

d) Reclamación previa a la vía jurisdiccional social. La Resolución de la Dirección Provincial del INSS pone fin a la vía administrativa; no cabe por tanto recurso ante el órgano jerárquicamente superior. La regulación del procedimiento administrativo común ha hecho desaparecer, con carácter general, la reclamación administrativa previa a la vía jurisdiccional social aludiendo a la "escasa utilidad práctica que han demostrado hasta el momento", tal y como se recoge en el preámbulo de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas[36]. No obstante, la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social[37] mantiene viva esta figura de reclamación administrativa previa en ciertos procedimientos de seguridad social, como es el caso de los de calificación de IP, en aplicación de lo dispuesto en su artículo 71.

1.1.3.6.4 Los procedimientos de revisión del grado de Incapacidad Permanente.

Si desde luego puede sostenerse que el concepto de IT está ligado irremisiblemente a las expectativas de recuperación de la capacidad laboral dentro de unos márgenes de tiempo (la duración máxima legalmente prevista para esta situación), en lo que se refiere a la IP no puede ésta definirse desde un concepto absolutamente asociado a las permanencia de las limitaciones, y como se ha dicho, el propio TRLGSS prevé la posibilidad de efectuar una calificación de IP cuando, aunque la posibilidad de mejoría sea previsible, tal mejoría quede fuera de las previsiones médicas del curso clínico en el marco de la máxima duración legal para la IT. Puede por tanto producirse un cambio en la situación funcional del trabajador calificado en un grado de IP por mejoría de las capacidades del mismo a lo largo de la evolución clínica y hasta el punto incluso en que sea posible reasumir los requerimientos de la que se determinó era la profesión habitual para la que se calificó la IP. La actuación en estos casos, para poder determinar ese cambio en la situación funcional, se ha de instrumentalizar a través de un nuevo procedimiento administrativo, que habrá de iniciarse, instruirse y resolverse de forma en todo semejante al procedimiento descrito para la calificación inicial, pudiéndose iniciar el procedimiento de revisión bien de oficio, a instancias de la Entidad Gestora (el INSS ó el ISM) o bien a instancias del propio trabajador, pudiéndose encontrar legitimados otros sujetos par instar tal revisión de grado. La revisión, por otra parte, podrá iniciarse con el propósito de acreditar la existencia de un grado superior de IP. Se trata pues de un procedimiento cuyo objeto es determinar cambios en la situación clínico-funcional del trabajador; sea ésta hacia mejor o peor, si bien es cierto que cuando el expediente se inicia de oficio, el propósito es el de demostrar la existencia de mejoría, dejando aquellos casos en los que la mejoría no se prevé

por parte de la Administración que sea el trabajador el que inicie, en su caso, el procedimiento de revisión de grado.

Las causas por las cuales se puede iniciar de oficio un expediente de revisión del grado de IP previamente calificado son varias; puede preverse que el curso clínico para el caso concreto sea precisamente el de mejoría, puede ocurrir que se haya iniciado por el trabajador una nueva actividad laboral, puede haberse producido una denuncia de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social en relación con la constatación de que el trabajador está desempeñando actividad laboral en el seno de la economía sumergida, entre otras posibilidades. En cualquier caso, la iniciación de oficio de un expediente de revisión se hará bajo la consideración de que puede haberse producido una mejoría del trabajador y que, por tanto, pudiendo reasumir éste una actividad laboral (aquella para la que se calificó una Incapacidad Permanente en grado de Total o, en el caso de que se calificara una Incapacidad Permanente en grado de Absoluta, una actividad laboral que pueda considerarse económicamente rentable), ya no es preciso que el sistema de protección social sustituya la renta salarial que el trabajador dejó de percibir en su momento.

Mucho se ha discutido y se discute, tanto en instancias administrativas como en el ámbito jurisdiccional, cuándo procede efectuar una revisión de grado (con objeto de concluir mejoría de la situación del trabajador) y de qué forma se ha de sustentar, desde el punto de vista médico, la existencia de tal mejoría. No es objeto de este Trabajo entrar en estas precisas consideraciones, que abordaremos en este punto de forma genérica y, acaso más adelante, en relación a la casuística concreta que se presente con ocasión de los trastornos mentales cuando se haga referencia a ciertos aspectos a tener en cuenta en la evaluación médica.

Vaya por delante una consideración que no por obvia deja de ser necesario tener siempre presente: la mejoría clínica no siempre implica una mejoría de la funcionalidad de cara a afrontar los requerimientos de una actividad laboral. El tratamiento médico o quirúrgico en su caso puede conducir a una situación de estabilización que comprenda una mejoría funcional, pero debe tenerse siempre presente *si esta mejoría tendrá entidad bastante y será suficientemente persistente en el tiempo como para permitir una actividad laboral "en el seno del mercado laboral real"* en los términos jurisprudencialmente definidos y ya expuestos, así como si cabe esperar que la exposición a los requerimientos laborales pueda ser causa previsible de un nuevo agravamiento. Resulta aquí oportuno plantear dos cuestiones:

1. No parece procedente establecer que existe una mejoría de la situación funcional en el caso de cuadros que cursan de forma episódica, *con ocasión de que la revisión se produce en una de las fases de mejoría*, si con ello se

prevé que la repetición de períodos de agravamiento va a dar lugar a ausencias prolongadas y repetidas del trabajo, al menos hasta el punto de que estas ausencias *comprometan la continuidad* en el mismo al crear una situación en la que, para mantener en activo al trabajador, sería preciso un "grado de tolerancia inexigible" por parte del empresario, entrecomillando para emplear la expresión que ya recogimos más arriba en referencia a la valoración jurídica de estas, podríamos llamarlas así, "situaciones extremas".

2. No ha de perderse de vista la consideración añadida de que, si efectivamente puede establecerse que tras la reasunción de la actividad laboral resultante de una revisión de grado por mejoría se ha producido un empeoramiento que dé lugar a nuevos procesos (de IT o incluso una IP), y si se considera que en la aparición de dicho empeoramiento han incidido de forma decisiva los factores laborales sobre un estado anterior que convierte al trabajador en especialmente susceptible, el cuadro de incapacidad resultante podría ser calificado como accidente de trabajo a tenor de lo dispuesto en el art. 156 del TRLGSS, y desde luego, en aplicación de las normas de prevención de riesgos laborales, podría acarrear una sanción para la empresa, que además podría ser declarada responsable de un recargo de las prestaciones por incapacidad que pudiera causar el trabajador (art. 164 TRLGSS).

No es pues un asunto baladí la calificación de una mejoría en el grado de IP; tiene repercusiones para el trabajador, que desde luego pierde el derecho a la prestación económica y vuelve al mercado laboral, así como para el sistema de protección social, que deja de estar obligado al abono de la prestación por IP. Pero también puede tener consecuencias para la empresa que contrata a ese trabajador que "retorna" al mercado laboral con una calificación de mejoría en su situación funcional, pero que casi con toda seguridad mantiene unas condiciones psicofísicas que le convierten en un trabajador especialmente susceptible, y en relación con el cual deben extremarse las medidas de evaluación de posibles riesgos laborales en evitación de posibles responsabilidades por infracción de las normas al respecto, por no decir si en el estado residual en el que el trabajador se reintegra a la actividad laboral lo hace en una situación que condicione negativamente su capacidad productiva, descenso de productividad que recaería directamente sobre el empresario.

En cuanto al momento en el que se puede iniciar de oficio una revisión de grado, se pueden distinguir dos supuestos:

1. Aquellos casos en los que en la calificación inicial ya se previó que el curso clínico podría permitir llegar a una mejor situación funcional hasta el punto de que no fuera necesaria la sustitución de rentas. Serán supuestos en los que la fecha de revisión que se fije en la Resolución que califique el grado de IP

correspondiente ya contemple esta posibilidad y se determine tal fecha considerando el curso previsible en el caso concreto. Antes de esa fecha no podrá iniciarse el procedimiento de revisión.

2. Supuestos en los que se dan circunstancias ajenas al curso clínico que hagan suponer que se ha producido tal mejoría: que el trabajador haya reiniciado actividad, acta de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social en relación con actividad del trabajador en la economía sumergida, información fehaciente que haga suponer que se ha producido un error diagnóstico que ha conllevado a establecer un grado de IP que realmente no existía (como ocurre en el caso de informes de detectives privados que demuestran actividades que habrían de ser necesariamente incompatibles con el diagnóstico efectuado en el procedimiento de IP). En estos casos, el procedimiento de revisión, a la vista de esos antecedentes, podrá iniciarse en cualquier momento, independientemente de la fecha que al efecto de revisiones pudiera haberse fijado en la Resolución por la que se calificó la IP.

Y desde luego, como se dijo, si puede iniciarse un expediente de revisión para establecer que existe una mejoría en la capacidad funcional del trabajador, puede igualmente iniciarse para determinar que éstas han empeorado y es susceptible de ser calificado en un grado de IP superior al que previamente tenía calificado. Si bien es cierto que no es la práctica habitual que la Entidad Gestora inicie de oficio procedimientos de revisión con este objetivo, también lo es que si, iniciado con la pretensión inicial de constatar la mejoría se concluye finamente que la situación clínico-laboral es acreedora de un grado superior de IP, se calificará éste.

Lo habitual no obstante en el caso de los expedientes iniciados con la pretensión de calificar un grado superior de IP al inicialmente calificado es que se inicien a instancias del trabajador. En este caso, deben tenerse en cuenta dos consideraciones:

1. Si la pretensión de que se califique un agravamiento está basada en el mismo cuadro clínico que se determinó en la calificación inicial, no cabe instar la iniciación del expediente hasta que no haya transcurrido la fecha determinada al efecto en la Resolución inicial. No habrá sujeción a término alguno si el agravamiento es atribuible a un proceso clínico no contenido en la Resolución inicial y, por tanto, no evaluado en cuanto a su repercusión clínico–laboral.

2. Si iniciado un expediente a instancia del trabajador incapacitado en el que éste solicita se califique un grado superior de IP se constata que, por el contrario, lo que se ha producido es una mejoría, no podrá calificarse ésta; un principio básico del derecho administrativo veda expresamente la

"*reformatio in peius*"; o dicho en román paladino: si se pide un grado superior de IP por considerar el trabajador que su situación es peor que la previamente evaluada, no puede calificarse justamente lo contrario de lo que se pide, ya que ello supondría empeorar la situación del incapacitado en relación a lo solicitado. No obstante lo dicho, nada impide que, una vez que la Entidad Gestora ha tomado conocimiento de la existencia real de esta mejoría (a través del expediente que inició el propio trabajador incapacitado), se inicie de oficio un expediente de revisión, cuya Resolución sí podrá calificar, en su caso, una mejoría del grado de IP.

1.1.3.6.5 La Incapacidad Permanente tras el agotamiento de la duración máxima de la IT.

En aquellos supuestos en los que una situación de IT se prolonga en el tiempo más allá de la duración máxima prevista legalmente para la IT (365 días que pueden prorrogarse durante 180 días más), el procedimiento ha de abocar necesariamente ("*ope legis*") a la apertura de un expediente de IP. Ha de considerarse que la duración legal del período de IT máximo es una limitación que se formula *ex lege*, de forma abstracta y genérica; sin tener en cuenta la variabilidad entre procesos clínicos de distinta índole (se establece la misma duración máxima para una fractura que para un proceso oncológico o psiquiátrico, por plantear ejemplos claros y tangibles) ni, desde luego, la variabilidad interindividual que puede plantearse en cuanto a la evolución en distintos sujetos que presentan incluso el mismo cuadro clínico.

Esta "rigidez" en cuanto a la duración máxima de la IT y la necesidad de resolver en el seno de un expediente de IP la situación del trabajador al término de esta duración máxima ha encontrado diversas soluciones a lo largo de los vaivenes que ha experimentado la legislación en materia de Seguridad Social; desde la ya extinta figura de la "invalidez provisional", que permitía una situación intermedia en la duración de la IT y el concepto de IP en cuanto a "situación definitiva" a la configuración más actual de la imbricación de la IT agotada en su duración máxima con la IP, configuración que gira en tono a dos ejes:

a) La "demora de la calificación", que permite, una vez abierto el expediente de IP, "demorar" la calificación hasta un máximo de 180 días más desde que se produjo el agotamiento de la duración máxima de la IT. Esto supone, en la práctica, la posibilidad de mantener los efectos (en cuanto a prestación económica y suspensión de la relación de empleo) del proceso de IT hasta un máximo de 725 días. Esta opción sólo está prevista para aquellos casos en los que se prevé pueda ser dado de alta el trabajador durante esos 180 días de "demora".

b) La calificación de IP en alguno de sus grados, con la previsión de que pueda producirse una mejoría en la situación y que ésta tenga entidad tal

que pueda posibilitar la reincorporación laboral. Se prevé por tanto un proceso de revisión de grado que se iniciará de oficio por parte de la Entidad Gestora una vez vencido el plazo fijado en la Resolución para ello.

1.1.3.6.6 El estado anterior y la Incapacidad Permanente.

Resulta particularmente relevante para la evaluación médica de las situaciones de incapacidad y sus consecuencias jurídicas, en lo que respecta al nacimiento de determinados derechos para el trabajador, la consideración del estado anterior. Las situaciones de incapacidad, salvo las que derivan de acontecimientos súbitos, cursan de forma prolongada en el tiempo, de forma que la incapacidad no suele surgir "de un día para otro", sino que aparece, va creciendo en intensidad y llega un momento, en lo que al objeto de este trabajo atañe, en que interfiere con la actividad laboral hasta el punto de ser causa de incapacidad laboral, entendida ésta en los términos ya definidos en cuanto a capacidad de desempeño del trabajo "en condiciones de rentabilidad".

El propio artículo 193.1 del TRLGSS establece que "las reducciones anatómicas o funcionales existentes en la fecha de la afiliación del interesado en la Seguridad Social *no impedirán* la calificación de la situación de incapacidad permanente, cuando se trate de personas con discapacidad y con posterioridad a la afiliación tales reducciones se hayan agravado, provocando por sí mismas, o por concurrencia con nuevas lesiones o patologías, una disminución o anulación de la *capacidad laboral que tenía el interesado en el momento de su afiliación*". Nada obsta pues que pueda calificarse una IP sobre un estado anterior, si bien en este caso debe corregirse el criterio de "rentabilidad empresarial" en cuanto a la capacidad residual del trabajador que ve agravado su estado, de forma que el nuevo estado funcional, el resultante del agravamiento, debe ahora ponerse en conexión, además de con la actividad laboral correspondiente, *con la capacidad funcional que tenía el interesado en el momento de su afiliación,* de forma que será esta capacidad funcional "inicial" la que marque el parámetro de rentabilidad laboral. Sólo las patologías posteriores a la afiliación en el sistema de Seguridad Social pueden tomarse en consideración para calificar la situación de invalidez permanente de nivel contributivo, ya que *la incapacidad preexistente no es asegurable al faltar el imprescindible elemento de aleatoriedad*. Pero si después del inicio de la vida laboral esas dolencias previas experimentan una *agravación relevante* o por cualquier otras circunstancia, *o concurriendo con otras* que sobrevengan originan mayor menoscabo funcional, habrán de tenerse en cuenta a fin de determinar la existencia de incapacidad permanente de nivel contributivo (SSTS de veintiocho de noviembre de dos mil seis, de veintiséis de septiembre de dos mil siete, de veintiuno de febrero de dos mil ocho ; STSJ Cataluña de diecisiete de septiembre de dos mil nueve). Debería pues entenderse pues el "momento

de la afiliación" como aquél en el que se inicia la vida laboral con incorporación al sistema *de protección contributiva y al cual hay que referir cualquier situación funcional que se pretenda haya empeorado.*

1.1.3.6.7 La revisión jurisdiccional en materia de incapacidad laboral.

Ya se han proporcionado más que suficientes elementos de juicio como para razonar que el procedimiento de evaluación de la incapacidad trasciende al ámbito meramente médico para incardinarse plenamente en el ámbito jurídico. Son resoluciones administrativas, ya formales ya funcionales (como ocurre en la IT, en la que revestidas de la forma de partes de baja, alta o confirmación cuya emisión se efectúa por el médico que atiende directamente al trabajador se emiten documentos con efectos de auténtica Resolución Administrativa) las que dan inicio, mantienen o extinguen los derechos del trabajador en relación con el sistema de Seguridad Social. Son pues actuaciones administrativas las que en enmarcan la actuación del médico para otorgarle trascendencia jurídica ante el sistema de protección social, y como tales actuaciones administrativas, están sometidas a la revisión en sede jurisdiccional. Serán pues, en muchas ocasiones, los órganos jurisdiccionales los que hayan de dirimir en última instancia, ante una determinada situación clínico–funcional, si la reacción del sistema de protección social ha sido ajustada a derecho al denegar o reconocer el derecho de acceso a determinadas prestaciones.

Evidentemente, la actuación jurisdiccional viene condicionada por las pruebas que se aportan al proceso, y será la calidad de las pruebas aportadas la que condicione la calidad y lo acertado de la resolución judicial: los jueces, legos en la materia médica, sentencian según se les informa, y es precisamente en la información que los peritos médicos que intervienen en el proceso en la que buscará el juez el fundamento fáctico de su sentencia.

No es objeto del presente Trabajo hacer una revisión del contenido y la forma del informe pericial que tiene por objeto ilustrar al órgano judicial para que éste pueda resolver conforme a la mejor evidencia científica, pero sí es necesario hacer unas breves precisiones en cuanto a la trascendencia jurídica que puede tener la actuación cotidiana del médico. La información clínica que acaba en sede judicial es, en el ámbito de la valoración clínico-laboral, potencialmente toda. Cualquier documento médico que surja en relación con un trabajador enfermo puede acabar en un procedimiento judicial sobre incapacidad laboral más tarde o más temprano, cuestión ésta que debe ser tenida en cuenta a la hora de que cualquier médico acometa la labor de emitir un informe clínico en relación con un trabajador. Resulta útil tener presente esta consideración a la hora de decidir lo que se va a trasladar al informe clínico y cómo se va a trasladar, considerando siempre que, más allá del diagnóstico y del tratamiento, lo que interesa al órgano judicial es la trascendencia funcional de la situación

clínica del trabajador; la forma en la que la repercusión de la enfermedad condiciona su capacidad para afrontar determinadas actividades.

Una vez la cuestión sobre la determinación de la existencia de incapacidad laboral y el alcance de ésta ha llegado ante un órgano jurisdiccional, éste habrá de decidir, mediante sentencia (y por tanto de forma razonada), si la evaluación administrativa efectuada, que incluye evidentemente la actuación médico - evaluadora, ha sido la adecuada al caso. Contará para ello con la valoración médica que ha efectuado la Administración de la Seguridad Social, así como con la información clínica - asistencial y, de forma cada vez más habitual, de aportaciones de distintos peritos médicos, de entre los cuales, sin duda, habrá que destacar la actuación de los médicos forenses, cuya función es la de emitir los informes que los juzgados y tribunales precisen para mejor cumplir con su función de "juzgar y ejecutar lo juzgado", que en el tema que nos ocupa, se traducirá en enmendar, o por el contrario confirmar, la valoración efectuada por la Administración de la Seguridad Social.

Aunque no entremos en detalles sobre el procedimiento de revisión jurisdiccional en materia de incapacidades, sí es imprescindible conocer algunos aspectos básicos del mismo para poder obtener la panorámica general de la misma, panorámica que se precisa para una comprensión global de la cuestión. Así, será el orden jurisdiccional social el que ha de enjuiciar la actuación administrativa a través, en instancia, de los juzgados de lo social y, en vía de recurso de suplicación a la hora de revisar las sentencias de los juzgados de lo social, la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de cada Comunidad Autónoma. El proceso de Seguridad Social en esta materia es sencillo, y con especialidades en materia de incapacidad temporal o permanente en las cuales no es preciso profundizar para el objeto de este Trabajo más allá de las consideraciones comunes a todos ellos: será el juez de instancia el que, a través de la valoración de las pruebas, y salvo errores manifiestos en la valoración de la misma que puedan ser corregidos en la Sala del Tribunal Superior de Justicia, tenga la clave de la decisión del pleito. Es el juez el que, analiza las pruebas que se someten a su consideración, y que consistirán fundamentalmente en el expediente administrativo de la Seguridad Social y los dictámenes periciales que pueda aportar la parte demandante, así como, en su caso, el dictamen del médico forense, de enorme peso en la práctica. Desde el estudio de estas y otras pruebas que puedan resultar admisibles en el proceso, será el juez el que tenga que elaborar una imagen sobre la realidad funcional del trabajador afectado por una discapacidad para, puesta esta "imagen" en relación con el concepto jurídico de IP, determinar si la actuación administrativa ha sido acorde a lo establecido por Ley para proteger la pérdida de ingresos derivados del trabajo que tal trabajador experimenta por causa de su discapacidad.

1.2 La enfermedad psiquiátrica como causa de incapacidad laboral.

La distinción clásica de enfermedad mental en oposición a la enfermedad orgánica, física, se muestra día a día más inadecuada e incorrecta. Los constantes avances en neurociencias están demostrando que, aun en aquellos procesos clásicamente denominados "reactivos" ante circunstancias ambientales, con un elevado componente psicológico en su patogenia, la base última del trastorno se encuentra en el funcionamiento neuroquímico. Al mismo tiempo, cada vez es más evidente que los factores psicológicos pueden influir, incluso de forma determinante, en el curso clínico de enfermedades clasificables bajo el clásico paraguas de los trastornos orgánicos a través de estos mismos mecanismos bioquímicos y de sus últimos efectos sobre cualquier rincón del organismo humano[38].

Si bien parece pues que las fronteras entre ambos conceptos (enfermedad orgánica vs. enfermedad mental) no son fácilmente delimitables, sí resulta evidente no obstante que el concepto médico - orgánico de "enfermedad", en el que subyace la idea de que existe una alteración de los mecanismos naturales "que rigen la vida", no es fácilmente aplicable al campo de trabajo de la psiquiatría. En este ámbito, el concepto de "trastorno" resulta más común; el concepto de trastorno mental gira alrededor de una línea divisoria entre estados mentales que deberían ser clasificados como patológicos y otros que, no siéndolos, deben ser considerados como "simples" situaciones de sufrimiento normal o problemas de la vida[39].

1.2.1. Enfermedad mental, trastorno mental y psiquiatría.

Si partimos de la psiquiatría como disciplina científica en el ámbito de la medicina no podemos obviar la necesidad de establecer unas bases conceptuales que permitan la aplicación del método científico para referirnos a las entidades que son objeto de estudio de esta disciplina. La definición de la realidad a la que denominamos "trastorno mental", no obstante, dista mucho de ser pacífica. En general, en el ámbito de psiquiatría se carece de referencias habituales en otros ámbitos de la medicina, como lo son la anatomía patológica de la lesión o unas claras etiología y patogenia. Sí comparte con esas otras parcelas de la medicina otras dimensiones útiles para el diagnóstico, como la desviación estadística con respecto a la población de lo que se considera "anómalo", pero en general, ha de recurrirse en psiquiatría, para calificar a estas "anomalías" a otras dimensiones, como el "*distrés*" o la "repercusión funcional"[40], que pueden ser más difícilmente aprehensibles.

La primera dificultad consiste, sin duda, en *diferenciar qué es un trastorno frente a lo que no lo es*; separar lo que puede considerarse un fracaso, en fin, del sujeto en lo que respecta a poder desplegar una funcionalidad adecuada en

relación a las demandas que se le plantean de reacciones normales a sucesos estresantes ambientales (conflictos familiares o laborales, por ejemplo)[41]. Errar en esta distinción puede llevar a un "abuso" diagnóstico que conlleve la medicalización de situaciones que, por lo demás, no lo precisan.

Lo cierto es que, sobre lo que es un trastorno mental, no se ha llegado a un consenso sobre una definición única. La American Psychiatric Asociation (APA), en su Diagnostic and Statitiscal Manual DSM-IV-TR[42], proponía como definición

"Síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente mayor de morir o de dolor, discapacidad o pérdida de libertad".

Añadía además que "*este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular*", proponiendo como ejemplo de lo que no es un trastorno mental la reacción de tristeza que cabe esperar se produzca como reacción a la muerte de un ser querido. La definición, como tal, fracasa al tener que recurrir al empleo de términos generales (síndrome, patrón comportamental) y no estableciendo qué ha de entenderse por "significación clínica" (clínicamente significativo)[43].

En su 5ª edición; DSM-5[44] (traducción propia), la definición propuesta no obstante es distinta:

"*Síndrome caracterizado por alteraciones clínicamente significativas en la cognición, regulación de las emociones o el comportamiento, y que refleja una disfunción en los procesos biológicos, psicológicos o del desarrollo que subyacen al funcionamiento mental*".

El propio Manual añade que las respuestas predecibles y culturalmente aceptadas ante un estresante común o una pérdida (de nuevo propone como ejemplo la muerte de una persona querida) *no son trastornos mentales*, al igual que *tampoco lo son determinadas desviaciones del comportamiento social* (en las esferas política, religiosa o sexual) *ni los conflictos entre el sujeto y la sociedad*, a menos que éstos respondan a un proceso que cumpla la definición antes dada de trastorno mental, y se añaden algunas precisiones sobre aquellas manifestaciones del trastorno que no se explicitaban en la definición del DSM-IV-TR[42], manifestaciones que se traducen en la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento.

1.2.1.1 El límite entre el trastorno y la ausencia de trastorno.

El concepto de trastorno mental ("*mental disorder*") que utiliza el DSM en sus sucesivas ediciones y la emisión de un diagnóstico en función de los criterios formulados para una entidad determinada es una cuestión discutida y discutible.

El propio DSM-5[44] establece la necesidad de considerar separadamente los conceptos “diagnóstico” y “discapacidad” y remarca la *dificultad* de establecer una clara *línea divisoria entre la normalidad y los síntomas patológicos* que se recogen como criterios diagnósticos, sobre todo considerando que no se dispone de marcadores biológicos ni de medidas clínicamente útiles (y adecuadas) para determinar la gravedad de los trastornos mentales en su conjunto. El establecimiento de un diagnóstico en este contexto requiere pues un criterio adicional, umbral y común para todos los cuadros psicopatológicos descritos, que es la consecuencia de la aparición de los síntomas que se identifican a nivel funcional; de forma genérica, para poder emitir un diagnóstico, será exigible no sólo que se verifiquen los criterios particulares establecidos para el mismo, sino que, además, *debe existir un menoscabo evidente de la funcionalidad social, laboral o en otras áreas relevantes del funcionamiento del individuo.*

En el modelo biomédico, el establecimiento de un diagnóstico es paso previo para poder instaurar un tratamiento; el diagnóstico biomédico implica un mecanismo patogénico y una patocronia conocidas e identificables, de forma que, en general, el tratamiento que se considera óptimo es el etiológico. En ausencia de diagnóstico y de patogenia, no hay pues enfermedad (otra cosa es que la causa última sea o no conocida) ni, por tanto, necesidad de tratamiento (de nuevo otra cosa será que haya tratamiento, que éste sea efectivo y, en su caso, las posibilidades de mejoría que quepa esperar bajo este tratamiento).

En el ámbito de la psiquiatría, no obstante, restringir el tratamiento sólo a aquellos casos que verifican los criterios diagnósticos podría dejar fuera de los potenciales beneficios de la terapia a sujetos podrían beneficiarse del mismo, y de hecho, se incluyen en la sistemática clasificatoria del DSM ciertas categorías “residuales” en las que el clínico podrá incluir a casos que no verifican todos los criterios diagnósticos, pero que podrían beneficiarse de un tratamiento específico y en los que se verifica, naturalmente, la exigencia de que la sintomatología conlleve un deterioro significativo en la funcionalidad del sujeto. En el lado contrario, el establecimiento prácticamente sistemático de diagnósticos psiquiátricos *ante la mera presencia de síntomas* que puedan verificar unos determinados criterios puede conllevar a la medicalización de determinados patrones de conducta de forma desproporcionada por cuanto respecta a la *no distinción entre lo que es patología y lo que es “otra cosa”*: respuestas a situaciones estresantes o, simplemente, “formas de ser”. Es lo que se viene a denominar “*psiquiatrización de la vida cotidiana*”, y que se encuadraría en el más amplio concepto de “*disease mongering*”: la forma de tratar de convencer a gente sana que está enferma y a gente enferma de que está aún más enferma. Definir la enfermedad no es sencillo; ni siquiera, como ya vimos, por oposición al concepto de salud, y mucho menos cuando nos referimos a la evaluación de determinadas conductas para considerarlas como

enfermedad, precisando establecer una frontera clara entre la enfermedad y, por ejemplo, lo que sólo son conductas que deberían ser consideradas "molestas"[45] (para quienes las presentan o para quienes circundan a los que las presentan). Se trata entonces de poner el acento más que en la mera determinación de la existencia (o ausencia) del trastorno, en la discapacidad, pero determinar la existencia de discapacidad y su alcance puede resultar aún más complejo, sobre todo cuando lo que el actual modelo describe como el efecto de la discapacidad, la restricción en la participación, no es sólo fruto de la discapacidad psico - física, sino de la existencia o ausencia de factores contextuales ajenos a la realidad psicofísica pero que influyen de forma definitiva en la funcionalidad del sujeto, de forma que una misma realidad en cuanto a discapacidad psicofísica puede tener consecuencias funcionales distintas en función de los factores contextuales, ya sean estos inherentes al propio sujeto (nivel de formación académica, "fuerza de voluntad"…) o ambientales (eliminación de barreras, medidas de adaptación de puesto de trabajo…).

El problema, desde luego, no es nuevo en absoluto; se trata de distinguir el "*distrés*" derivado de un trastorno mental del "*distrés*" normal, no patológico, relacionado con reacciones lógicas, proporcionadas, esperadas y limitadas, que se producen en relación con acontecimientos vitales, y que sólo son reflejo del hecho de estar vivos y vivir en sociedad. Por el contrario, el "*distrés patológico*" es consecuencia de una respuesta anormal; y anormal por desproporcionada, por desadaptativa, prolongándose en el tiempo o caracterizada por una intensidad tal que interfiere el funcionamiento que podríamos considerar "normal" del sujeto.

Llegados a este punto, puede resultar útil el concepto de "*distrés inmanejable*"[46]: aquél que el sujeto encuentra inmanejable o intolerable, y que interfiere con su actividad diaria y por tanto puede considerarse *patológico*, por contraposición con aquél que no llega a producir tal interferencia y que, por tanto, no puede considerarse patológico.

No se puede además dejar de mencionar la cada vez mayor evidencia científica en relación con los mecanismos neurobiológicos subyacentes en los trastornos mentales; estamos en situación de poder asociar (si bien por el momento más en el ámbito de la investigación que en el de la clínica) al "trastorno" (diagnosticado a través de los criterios establecidos para ello) una "patología" (entendida ésta como disfunción biológica; funcional o anatómica). Este aspecto es clave en el tema que nos ocupa, el de la protección de la discapacidad, ámbito en el que el planteamiento jurídico del sistema exige que ésta, la discapacidad, sea consecuencia, como veremos, de una alteración anatómica o funcional "susceptible de determinación objetiva", exigencia ésta que, si bien no viene siendo obstáculo para el reconocimiento de prestaciones

(se admite con carácter general que el diagnóstico médico ya supone una determinación objetiva), deja no obstante campo abierto para la especulación y la duda sobre la realidad del compromiso funcional del sujeto que presenta un trastorno mental.

1.2.1.2 Trastorno mental grave.

Si la primera dificultad parece encontrarse en delimitar lo que es y lo que no es un trastorno, la segunda, sin duda, está en cuantificar la repercusión funcional de tal trastorno cuando concluimos que efectivamente éste existe. En la valoración de la repercusión funcional y las necesidades de tratamiento de los trastornos mentales se ha mostrado útil el concepto de trastorno mental grave (en ocasiones se emplea el término "severo" en sustitución del calificativo "grave"), que asentado sobre criterios de cronicidad y gravedad clínica trata de dar cobijo a casos que se relacionan con un mayor grado de discapacidad[47]; se pretende así trascender el ámbito del mero diagnóstico con arreglo a los criterios y clasificaciones al uso y aproximarse a una perspectiva más funcional, de forma que bajo este concepto se agrupan una serie de trastornos en relación con los cuales cabe esperar una discapacidad importante y un pronóstico de cronicidad, y que potencialmente obtendrían un beneficio significativo de someterse a programas específicos. En este grupo de trastornos la intervención terapéutica se programa específicamente no sólo hacia la remisión sintomática y control de las recaídas, sino que ha de hacerse extensivo al ámbito de la recuperación de las capacidades funcionales del paciente.

Si bien no parece que haya un consenso establecido sobre la definición de trastorno mental grave y considerando que el núcleo del propio concepto se encuentra en la discapacidad secundaria a la que el trastorno mental da lugar[48], se propone en la definición del concepto de trastorno mental grave la interrelación de tres dimensiones[49], si bien en distintos ámbitos, como se verá, se efectuará sobre las mismas alguna "matización":

a) *El diagnóstico*, que abarca una serie de entidades caracterizadas por un patrón común; un patrón de relaciones gravemente alterado, un comportamiento inadecuado al contexto o una afectividad inapropiada grave, que impliquen una percepción distorsionada de la realidad. Se incluyen así en esta dimensión los trastornos esquizofrénicos, el trastorno esquizotípico, los trastornos delirantes persistentes, los trastornos delirantes inducidos, el trastornos esquizoafectivo, y otros trastornos psicóticos no orgánicos, así como el trastorno bipolar, el episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, los trastornos depresivos graves recurrentes y el trastorno *obsesivo compulsivo.*

b) *Un curso* clínico de más de dos años o un deterioro progresivo y marcado en los últimos seis meses. El criterio de duración de los síntomas no obstante se flexibiliza a la hora de determinar la inclusión de los pacientes en

programas específicos para impedir que se vean privados de los efectos de las intervenciones sujetos que podrían mejorar mucho el pronóstico en el caso de incorporarse a ellos.

c) La *discapacidad,* cuya valoración se plantea mediante las escalas EEAG (<50 o, en planteamientos menos restrictivos, < 70) y DAS-I (< 3 en todos sus ítems). A efectos de la cuestión que estamos tratando, pueden resultar útiles las puntualizaciones al respecto sobre los efectos de la discapacidad padecida sobre la capacidad laboral de las personas, refiriéndose el National Institute of Mental Health (Estados Unidos de América del Norte) a *situaciones persistentes de desempleo o necesidad de empleo protegido, así como habilidades claramente limitadas o una historia laboral "reducida"*[50].

Otras aproximaciones al concepto proponen un esquema pentadimensional, que añade a las tres dimensiones previas (el diagnóstico, la duración - cronicidad y la discapacidad) la constatación de que el trastorno pueda comportar peligro para el paciente o para otros, así como la necesidad de soporte social o institucional[51].

El concepto de trastorno mental grave asienta fundamentalmente pues los efectos del mismo, identificando una población de pacientes que precisa, de forma prioritaria, de una serie de recursos asistenciales y rehabilitadores específicos. En nuestro medio (Comunidad Autónoma de Extremadura), el Programa de Trastornos Mentales Graves de 2007[52] establece las directrices para la inclusión de los pacientes en los programas específicos a través de los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CPRS) o en los denominados "pisos tutelados", proponiendo una serie de criterios para la definición que, si bien siguen las tres dimensiones antes expuestas, plantean algunas variaciones, como la puntuación en la escala EEAG (que se fija en menor o igual de 60) o en la escala ICG (igual o superior a 5). Se introducen además en la dimensión diagnóstica los "trastornos de personalidad graves", sin acotar cuales.

El concepto de Trastorno Mental Grave se recoge, lógicamente dado su uso en la práctica clínica habitual, en los pronunciamientos judiciales sobre incapacidad permanente, sirviendo de apoyo generalmente a las posiciones procesales que sostienen que la repercusión funcional del cuadro psicopatológico constituyen entidad suficiente como para avalar la calificación de una IP. Así, y sin ánimo de exhaustividad:

- STSJ CAT 7191/2015 de 10 de julio de 2015. Procede la calificación de IPA efectuada en la sentencia de instancia (en vía administrativa se calificó "no grado" tras revisión iniciada de oficio de una calificación inicial de IPA) en el caso de un trastorno esquizoafectivo de años de evolución en relación con el cual recoge la calificación de "*trastorno mental severo*", que presentaba en el

curso clínico descompensaciones psicóticas, algunas de las cuales requirieron ingreso hospitalario en los años previos y aunque en el momento de la calificación administrativa se hiciera patente cierta estabilización clínica bajo tratamiento psicofarmacológico. Se incide en que el caso presentaba "una clínica defectual grave, con importantes dificultades para relacionarse con otras personas, limitaciones cognitivas, empobrecimiento ideo-afectivo y recogimiento en su domicilio, todo lo cual condiciona de manera significativa su funcionalidad".

- STSJ CV 8485/2014 de 28 de octubre de 2014. Confirma la calificación en instancia de IPA (en vía administrativa se calificó "no grado") en el caso de un trastorno de personalidad (neurosis compleja con síntomas somáticos múltiples). El cuadro clínico residual identificado en vía administrativa derivaba en limitaciones psíquicas estructurales moderadas/ altas, estableciendo la existencia de discapacidad para actividades con exigencia de esfuerzos, ritmos continuos, así como aquellos que impliquen estrés. Recoge la sentencia el dictamen pericial del médico psiquiatra que acudió al acto de juicio y que asistía a la trabajadora en la Unidad de Salud Mental, dictamen que informaba que los síntomas de la trabajadora se estructuraban en tres ámbitos: somáticos de carácter muscular y vegetativo, afectivos básicamente ansiosos, y obsesivos muy persistentes, con una estructura frágil de la personalidad con fracaso de algunas funciones del yo, que aunque no es total y le permitía un funcionamiento convencional, sí que comporta una vulnerabilidad constitucional al estrés. El dictamen psiquiátrico señalaba que se trata de un trastorno mental grave, que se había mantenido estable gracias al apoyo médico y psicológico continuado, habiendo fracasado las tentativas de trabajo y que han concluido en un incremento de la sintomatología. Manifiesta la Sala su convencimiento de que las disfunciones orgánicas que presentaba la trabajadora le impedían, sin perjuicio de la existencia de una potencial mejoría, realizar un trabajo remunerado con sometimiento a directrices horarias, rendimiento y eficacia normales, resultando difícil apreciar capacidad laboral de entidad suficiente para el desarrollo de cualquier trabajo.

No obstante lo señalado a propósito del concepto de trastorno mental grave en cuanto a la discapacidad que se ha de presumir asociada a dicho concepto, lo cierto es que la incapacidad para mantener un trabajo en el seno del mercado laboral de las personas que puedan agruparse bajo el mismo dista de ser una cuestión uniforme y pacíficamente aceptada, al menos en el ámbito clínico, con estudios que informan de que la apreciación clínica consideraría capaces de mantener un empleo a tiempo completo en alrededor del 15 % de los casos, porcentaje que alcanzaría entre el 35 y el 42% si nos referimos a empleos a tiempo parcial[53], si bien es habitual encontrar proporciones más bajas en otras

referencias[54]. Se han identificado ciertos factores que podrían parecer asociados a un peor pronóstico laboral en estos casos, como son un mayor número de hospitalizaciones psiquiátricas a lo largo de la vida (y aún con peor pronóstico cuanto a menor edad se produzcan éstas), así como la presencia de déficits neurocognitivos[55].

1.2.1.3 Discapacidad asociada a los trastornos mentales.

Como se tratará más adelante, no siempre es sencillo aproximarse a la discapacidad del paciente con un trastorno psiquiátrico; el médico no psiquiatra se siente por lo general más cómodo apoyando sus observaciones en datos objetivos, en exploraciones de imagen, analíticas, neurofisiológicas, etc. No obstante esta incomodidad, la discapacidad asociada a los trastornos mentales no sólo existe y es objetiva, sino que puede ser comparada con la derivada de otras enfermedades no psiquiátricas a través de metodologías como la desarrollada en el Global Burden of Disease 2013 (GBD-2013), que propone la cuantificación de la pérdida de salud a través de los años de vida perdidos o años de vida vividos con discapacidad, construyendo además una escala de discapacidad que discurre entre el 0 (nula discapacidad; completa salud) y el 1 (estado equivalente a la muerte)[56].

Un breve repaso a los pesos estimados para los distintos trastornos psiquiátricos y su comparación con otras entidades no psiquiátricas puede darnos una idea aproximada de la realidad y entidad de la discapacidad asociada a los trastornos mentales:

	Estimación puntual	IC 95%
Trastorno depresivo mayor:		
Episodio leve:	0,145	(0,099–0,209)
Episodio moderado:	0,396	(0,267–0,531)
Episodio grave:	0,658	(0,477–0,807)
Trastornos de ansiedad.		
Leves	0,030	(0,018–0,046)
Moderado	0,133	(0,091–0,186)
Grave	0,523	(0,362–0,677)
Deterioro visual grave	0,184	(0,125–0,258)
Estoma permanente	0,095	(0,063–0,131)

Tabla 2 Estimación de la medida de la discapacidad en relación con distintos procesos según el GBD 2013.

No obstante, no se puede concluir, a partir de estos ejemplos y los que resultan de similares propuestas de cuantificación de la discapacidad, que ésta se trata de una cuestión pacífica y resuelta; los instrumentos de evaluación empleados o el tratamiento de la comorbilidad pueden artefactar de forma significativa las conclusiones, encontrándose estudios que, una vez controlados los efectos de la comorbilidad, no objetivan un deterioro funcional significativo,

por ejemplo, en sujetos que verifican criterios para el diagnóstico de trastornos de ansiedad[57].

1.2.2 De la enfermedad episódica a la cronicidad: la discapacidad derivada de los trastornos mentales.

Es preciso reconocer que el clásico modelo de enfermedad episódica; limitada en el tiempo y de impacto atenuado por el tratamiento no resulta adecuado para efectuar una eficaz aproximación a la situación de la mayor parte de las personas que sufren trastornos crónicos, como es el caso de la mayor parte de los trastornos mentales. En el modelo de la cronicidad y discapacidad persistente asociada a la misma, más que en la búsqueda de una cura, el énfasis ha de ponerse en procurar una *correcta adaptación del sujeto y su discapacidad al entorno,* de forma que se atenúen las restricciones en la participación que derivan de la discapacidad. La discapacidad debe ser entendida pues en este contexto como el resultado (desfavorable) de la interacción entre las consecuencias de una alteración anatómica o funcional y aquellas estructuras ambientales (barreras) que excluyen a la persona que presenta tales limitaciones de una completa participación en su desenvolvimiento social[58]. En lo que se refiere pues a las barreras que experimenta el trabajador con una discapacidad psíquica a la hora de encontrar y mantener el empleo, éstas pueden o no ser “salvables”. Es posible, y además deseable, que el trabajador que pueda mantenga su actividad laboral *en el seno del mercado de trabajo*, con las demandas que ello supone y a pesar del sobreesfuerzo que pueda serle exigible, dentro de los límites que le permite su estado clínico y, en aplicación de la norma sobre prevención de riesgos laborales, con las necesarias adaptaciones que en relación con su puesto de trabajo pudiera precisar. Pero cuando esta actividad laboral no sea posible, entrarían en juego los mecanismos de protección dirigidos a sustituir las rentas del trabajo que dejan de percibirse; la IT o, en su caso, la IP.

El trabajador afecto de un trastorno mental crónico debe ser considerado, además, como en el caso de cualquier otra enfermedad crónica, como un *trabajador especialmente vulnerable*, y debe ser objeto de la especial protección que le dispensa el ordenamiento jurídico laboral, con objeto de que el mero hecho de mantener una actividad laboral no se convierta en factor de riesgo para sufrir reagudizaciones de su proceso crónico, y será dentro de esta especificidad en la que tenga que desarrollar su actividad laboral. A pesar de lo dicho, se ha de insistir en que *no siempre las barreras son salvables*, y el umbral de lo que es y no es susceptible de adaptación tiene unos límites definidos. Estos límites, que en lo que a nosotros nos ocupa son los que determinan una situación en la que es preciso sustituir mediante una prestación social la imposibilidad de obtener rentas del trabajo por causa de la discapacidad, vienen indudablemente

marcados por una característica concreta: la *rentabilidad del trabajo* que puede efectuarse en el seno de los *requerimientos del mercado laboral*.

1.2.3 La actividad laboral como elemento terapéutico en el trabajador con un trastorno mental.

Lo anteriormente expuesto en relación a lo deseable de mantener una actividad laboral no es siempre posible, desgraciadamente. Máxime cuando la actividad laboral que ha de considerarse productiva lo es en razón a verificar determinadas exigencias, tal y como se ha descrito en lo que respecta a la consideración jurisprudencial de lo que debe considerarse “una actividad laboral rentable”.

Se sostiene con relativa frecuencia en las valoraciones administrativas y se recoge en las valoraciones jurisdiccionales lo adecuado de la “laborterapia” en aras a mantener la estabilidad del paciente afectado por un trastorno psiquiátrico, afirmación ésta que, sin dejar de ser cierta, puede resultar en ocasiones “capciosa”: no puede (ni debe) sostenerse que son equivalentes las exigencias de una actividad laboral terapéutica, cuya finalidad no es el rendimiento económico sino la recuperación funcional del discapacitado, con las exigencias que plantea una actividad laboral considerada en el seno del mercado de trabajo, cuya finalidad es la productividad económica. Puede suceder, y de hecho es lógico que así sea, que se recomiende en lo posible mantener un régimen de ocupación, “laboral”, si se quiere, y al mismo tiempo, que las condiciones del trabajador no sean compatibles con el desempeño de tal actividad en el marco de las exigencias de una “actividad laboral rentable”. A este respecto:

- La STSJ AND 4063/2012 (Granada), de ocho de marzo de dos mil doce, desestima la argumentación de la representación letrada de la Administración de la Seguridad Social favorable al mantenimiento de la actividad laboral en el caso de un trastorno depresivo mayo que describe cronificado y con antecedentes de distimia, calificándose IPA al no haberse aportado información médica que “avalase” lo indicado en el caso de tal laborterapia.

- La STSJ CL 5505/2006 de treinta de octubre de dos mil seis, ratifica la sentencia de instancia que consideraba la situación de IPT ante el caso de una cocinera con diagnóstico de trastorno depresivo mayor de 12 años de evolución y resistente a los tratamientos pautados (recoge la sentencia que se había llegado a considerar la posibilidad de aplicar terapia electro-convulsiva), desestimando la argumentación de la Administración de la Seguridad Social en relación a lo indicado de la laborterapia en el caso concreto al no contar con el aval de los especialistas que venían tratando a la trabajadora, y que constataban la ausencia de mejoría alguna pese a los diversos tratamientos efectuados.

Desde luego resulta procedente traer aquí la existencia de programas de rehabilitación psicosocial que están dirigidos a la reinserción laboral de la persona afectada por un trastorno mental grave, programas dirigidos a facilitar la autonomía, independencia e integración social de los pacientes mediante programas de rehabilitación laboral dirigidos a la orientación y adquisición de hábitos laborales y habilidades que faciliten el acceso al mercado laboral, y que posibiliten la mejora de la cualificación profesional de los pacientes, pero cuya finalidad, al menos en lo que respecta al programa terapéutico en sí mismo considerado, no es la de obtener un salario. La realidad es que las exigencias reales del mercado laboral hacen necesarias actuaciones en el ámbito del empleo protegido, y cuando es posible, apoyando la contratación de dichas personas en el mercado laboral ordinario[59], pero debe tenerse presente que ni la posibilidad de obtener un empleo protegido ni la mera participación en programas dirigidos a la reinserción laboral pueden considerarse sinónimos de la existencia de capacidad laboral, entendida ésta en los términos jurisprudencialmente definidos, si bien pueden constituir el paso previo para poder reintegrar al trabajador a un mercado laboral competitivo. Llama por lo tanto la atención el hecho de que las valoraciones efectuadas por órganos jurisdiccionales antes comentadas se apoyen, a la hora de desestimar la argumentación acerca de lo beneficioso de la laborterapia, en la "falta de indicación médica" acerca de la necesidad de seguir programas de ese tipo; parece quererse decir con ello que de existir tal indicación la situación dejaría de ser acreedora de protección mediante la correspondiente prestación económica, cuando cabría esperar que se entrase a distinguir entre la distinta naturaleza de la actividad "laboral" en un medio terapéutico frente a la actividad laboral (ahora sin comillas) a desarrollar en condiciones de rentabilidad. Sí se pronuncia al respecto la STSJ CAT 5612/2004, de tres de mayo a propósito de un cuadro clínico constituido por depresión mayor recurrente de evolución tórpida; trastorno de ansiedad generalizada con somatizaciones y escasa respuesta al tratamiento:

"*En cuanto a la valoración jurídica de las secuelas que efectivamente se describen en el incombatido relato fáctico, éstas sí deben merecer el resultado alcanzado en la instancia, con fracaso del recurso, puesto que se trata de una dolencia que, de producirse y en la gravedad que se describe, con evolución tórpida, somatizaciones, intensa sintomatología y escasa respuesta al tratamiento, resulta incapacitante para desarrollar cualesquiera tareas lucrativas, pues limitan notablemente las aptitudes mentales para asumir las responsabilidades que implica cualquier tipo de trabajo, que exige una profesionalidad común al resto de los trabajadores y un rendimiento debido en el marco de las obligaciones que para el trabajo por cuenta ajena exige el artículo 5, entre otros, del Estatuto de los Trabajadores[13] , así como una dedicación*

durante una jornada completa, exigible a cualquier trabajador en el mismo puesto de trabajo, que la actora, por sus limitaciones psíquicas no están en condiciones de ofrecer por el momento, sin perjuicio de que una eventual mejoría de tal dolencia pudiera permitirle o incluso hacer recomendable el desarrollo de tareas en interrelación con terceros o a modo de laborterapia, lo que en este caso por el momento no parece recomendable, *desde el punto de vista de la regulación del sistema de incapacidades profesionales dentro del sistema de la Seguridad Social*".

Se concluye por tanto que el hecho de que pudiera ser recomendable la "laborterapia" sería sin perjuicio de que la situación de la trabajadora demandante continuara siendo incompatible, en la línea que veníamos sosteniendo, con lo que le es exigible a la relación laboral que se configura en el seno del mercado de trabajo.

1.2.4 La patogenia del trastorno mental.

Parece claro que el primer escollo a superar es la determinación de la existencia o no de una situación patológica; un trastorno mental en la nomenclatura habitual ya expuesta. La segunda dificultad sería aclarar por qué se produce esta situación patológica y, aún más, por qué de ella deriva una situación de discapacidad. Desde luego no es el momento ni el lugar para dar respuesta de forma extensiva ni intensiva estas cuestiones, pero no podemos dejar de recoger ciertos aspectos de marcada trascendencia para el tema que nos ocupa.

No puede hablarse en biomedicina de causalidad unívoca; las mismas noxas en distintos sujetos causan distintas respuestas y en algunos estas respuestas revisten, por su cualidad y cantidad, carácter de enfermedad. En otros, pasan directamente inadvertidas. La infección por un determinado agente patógeno causará o no enfermedad más en función de la situación inmunológica del sujeto que del propio agente infeccioso, y a su vez, la situación inmunológica del sujeto dependerá de factores genéticos, ambientales (su estado vacunal, o por ejemplo, tratamiento con inmunosupresores)… y así podríamos seguir hasta exasperar el listado de posibilidades.

El símil de la enfermedad infecciosa ha sido explotado hasta la saciedad en lo que respecta a la explicación de la patología psiquiátrica por cuanto proporciona un modelo explicativo muy familiar, que asienta sobre un núcleo común: la respuesta ante una noxa ("agresión") depende tanto de la agresividad de la noxa en sí como de lo preparado que esté el sujeto para enfrentarla. Quedan implicados pues en la patogenia factores biológicos (la genética del sujeto), ambientales (la exposición a factores ambientales estresantes,

desestabilizadores del equilibrio psíquico del sujeto) o sociales (la red de apoyo personal con la que cuente el sujeto a la hora de afrontar esas noxas).

1.2.4.1 La personalidad.

Al establecer que la respuesta individual a los factores estresantes tiene una marcada variabilidad interindividual, instintivamente surge el concepto de personalidad, entendida ésta como un patrón estable de conducta, pensamiento y sentimientos de un sujeto[60], y que es característico de éste. Estos patrones de respuesta ante los elementos externos se muestran estables en las distintas personas a lo largo del tiempo, y modulan la relación de la persona con su mundo circundante, y evidentemente, con las situaciones potencialmente generadoras de estrés. Determinados rasgos de la personalidad resultan claramente asociados al desarrollo de respuestas desadaptativas y parece claro que se encuentran detrás de la aparición de determinados trastornos mentales[61].

Siendo el estrés un efecto interno (consecuencia de la activación de mecanismos neurohormonales) en respuesta a factores externos, el patrón de respuesta, de "metabolización del factor estresante" si se me permite la expresión, resulta un elemento fundamental en la tolerancia del sujeto a la intensidad del estresante, de forma que los síntomas y sus efectos aparecen no tanto por la intensidad absoluta del estresante, sino por la *dificultad del sujeto para tolerar dicho estresante y desarrollar una respuesta adaptativa ante el mismo*. Se convertiría así la personalidad y sus características en un elemento determinante en la resistencia o predisposición a la aparición de conductas disfuncionales; de trastornos mentales en fin.

El constructo de la "personalidad resistente", propuesto por Kobasa a finales de la década de los 70 y primeros años 80 del pasado siglo si bien revisado en múltiples trabajos[62], se centraba en determinar qué características de la personalidad de los sujetos actuaban protegiendo a éstos de los efectos de los factores estresantes en lo que respecta a su capacidad para dar origen o mantener una reacción patológica ante un factor potencialmente estresante, y es abundante la literatura en relación al papel de la personalidad y su desarrollo en la génesis y mantenimiento de los trastornos mentales[63,64,65]. Sea como fuere, lo cierto es que se puede afirmar que *no todos los sujetos son igualmente eficaces a la hora de enfrentar circunstancias estresantes*, y que *la ineficacia en el afrontamiento, muy relacionada con la personalidad del sujeto, es determinante a la hora de que se inicie un trastorno mental o éste se mantenga en el tiempo*. Esta *ineficacia en la gestión del estrés y sus causas* está íntimamente relacionada con determinados rasgos de personalidad y a su vez, éstos relacionados con el desarrollo del sujeto y circunstancias ambientales que pueden incluso traer causa en épocas muy precoces de la vida y que, conjuntamente con la disposición genética del sujeto, condicionarán el tipo de

respuestas a los factores estresantes en cuanto a su carácter adaptativo o no. Es pues inevitable la contextualización de la respuesta del sujeto en el seno de una personalidad labrada a lo largo de su desarrollo, todo ello en conexión con una determinada carga genética que modula la respuesta neurobioquímica ante el factor estresante y que dirige además la estructura biológica que subyace tras la personalidad. Se ha podido documentar al respecto de la interacción entre biología, personalidad y factores estresantes, por ejemplo el antecedente de maltrato infantil, de evidente carácter traumático y con consecuencias negativas sobre la personalidad del sujeto maltratado, aun constituyendo de por sí un claro factor de riesgo de cara al desarrollo de psicopatología, ve no obstante modulado su impacto en los distintos sujetos en función de los distintos polimorfismos genéticos que éstos presentan en relación con un determinado gen implicado en la codificación del receptor de la hormona liberadora de corticotropina[66]. Y ya más próximos al tema concreto que estamos tratando (y más alejado por tanto de la "ciencia básica"), la presencia de fenómenos ambientales adversos importantes durante la infancia parece asociarse con un determinado perfil de sujetos que causan prestaciones por incapacidad en relación con la presencia de trastornos mentales[67].

Por otra parte, y si bien los modelos de clasificación nosológica categorial de uso común en clínica adolecen de una falta de sustrato teórico en cuanto a la patogenia de los trastornos que definen, la investigación a menudo trasciende esta conceptualización y llega ya desde hace mucho tiempo a conceptos probablemente mucho más comprensibles en el seno del modelo biomédico. Así, en lo que respecta a la implicación de la personalidad en la patogenia de los "*trastornos del distrés*", que englobarían, más allá de la nosología categorial ateórica imperante, a trastornos afectivos y trastornos de ansiedad, se han venido identificando relaciones entre determinados rasgos de personalidad y el desarrollo de estos trastornos del eje I[68].

1.2.4.2 El factor individual: vulnerabilidad y resiliencia.

La constatación de la existencia de factores ambientales como factores desencadenantes y mantenedores de la patología psiquiátrica, así como la evaluación de la *respuesta individual* ante los mismos en forma de *respuesta patológica,* ha de evaluarse no desde el punto de vista del factor estresante (agente agresor) aisladamente considerado, sino de la interacción factor estresante-sujeto, tomando en consideración fundamentalmente la susceptibilidad individual, de la misma manera que haríamos, por ejemplo, ante una infección oportunista en un paciente inmunodeprimido, supuesto en el cual a nadie extrañaría que el clínico analizase más detenidamente el estado inmunológico del sujeto que la entidad del agente infeccioso en sí.

Desde este planteamiento pues, sería la *vulnerabilidad del sujeto* para desarrollar una *respuesta patológica* ante factores estresantes ambientales (y no

el factor en sí mismo considerado) el determinante de la aparición del trastorno mental y, de forma paralela, una vez aparecida la respuesta patológica, la recuperación del nivel normal de funcionalidad vendrá igualmente condicionado por factores individuales. Esta *vulnerabilidad - capacidad de recuperación* se engloba en el concepto de *resiliencia*, que podremos definir como el "proceso dinámico y adaptativo que permite mantener o recuperar la homeostasis en situaciones de estrés"[69]. Esta capacidad para sobreponerse se manifestaría ya en las primera etapas de la vida, ante factores estresantes que afectan al niño y su desarrollo, resultando que los sujetos resilientes se verían menos afectados que otros que, ante experiencias semejantes, llevarán el lastre del estrés sufrido (y de sus efectos neurobiológicos) hasta la edad adulta, condicionando por lo demás su resistencia a los factores estresantes a los que se verá expuesto durante su vida[70].

El concepto de resiliencia supera las meras concepciones psicológicas del afrontamiento para, según la evidencia neurobiológica, encontrar su explicación fisiopatológica en la funcionalidad del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y los efectos del estrés crónico sobre determinadas áreas anatómicas del sistema nervioso central[71]: aquellos sujetos que incluso ante estresores de baja intensidad sufran activaciones importantes del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal presentarán alteraciones neurobiológicas a nivel neuronal de entidad suficiente como para explicar la manifestación sintomática de diversos trastornos mentales. La consideración de esta evidencia científica, acaso todavía no plenamente incorporada a los planteamientos clínicos habituales ni al marco de la evaluación de la incapacidad, puede tener una importancia capital: de pronto, sujetos que podrían considerase excluidos del concepto de enfermedad y cuyas respuestas "desadaptativas" parecían encuadrarse en el contexto del "*disease mongering*" o simplemente de la "*medicalización de la adversidad*" se presentan ante el sistema de protección social *por lo menos con la duda razonable* de si los síntomas y la discapacidad que se pretende asociada a ellos se deben o no a la existencia de un sustrato anatómico-funcional que resulta estar alterado y, por tanto, ante una auténtica enfermedad. Seguramente nadie tendría problemas en, siguiendo con el ejemplo de nuestro sistema inmune y ante una infección oportunista en un paciente inmunodeprimido, asumir que el sistema de protección social ha de tener que afrontar la realidad de que en el contexto de inmunodepresión tenga más relevancia a la hora de determinar la situación de discapacidad que el propio agente patógeno, pero a la hora de plantear la problemática de los trastornos mentales en relación con la susceptibilidad a padecerlos, ¿tendríamos un razonamiento equivalente? ¿O acaso se trataría de un símil no admisible?

Parece necesario, a la hora de abordar el estudio de la enfermedad psiquiátrica y de las consecuencias funcionales que de ella pueden derivarse,

contar (cuando ello sea posible) con un *análisis del agente estresante* ante el cual se origina y perpetúa la sintomatología, pero al mismo tiempo que se analizan las *características del sujeto que presenta la alteración psiquiátrica*, deteniéndonos en sus estrategias de afrontamiento, en su personalidad y, en fin, en su "resiliencia", elemento éste que debe considerarse producto de una compleja interacción entre factores genéticos y ambientales, y que tiene finalmente traducción en factores neurobiológicos.

La consideración del factor individual (susceptibilidad, vulnerabilidad, resiliencia o llámese como se prefiera, con un alcance conceptual más o menos amplio) lleva necesariamente a replantearse el concepto salud-enfermedad, que pasaría ahora a un concepto más "dinámico" en cuanto a la relevancia de los factores individuales, que no puede dejar al margen las capacidades del sujeto para manejar las agresiones ambientales (generadoras de estrés) para restaurar y mantener el equilibrio y bienestar[72], todo ello particularmente relevante en lo que respecta a la salud mental. Esta, si se quiere, "aproximación individual" al problema es plenamente acorde con las *demandas que el ordenamiento jurídico plantea a la ciencia médica a la hora de determinar qué sujetos son acreedores de la protección social por incapacidad,* ya que supone una aplicación directa del principio no ya de igualdad ante la ley (igualdad meramente formal), sino que llega más allá, a la *igualdad en la ley*, concepto éste que convierte a la *ley en instrumento generador de igualdad ante la desigualdad material*, *real*; *la consideración por el ordenamiento jurídico de aquellos factores individuales que hacen más susceptible a determinados sujetos a la aparición de discapacidad es* la respuesta más ajustada a los fundamentos conceptuales básicos del Estado Social[73].

1.2.4.3 El trabajo en la patogenia de los trastornos mentales.

Si resulta evidente la relación entre factores ambientales y el desarrollo (y la persistencia en el tiempo) de un trastorno mental, no puede olvidarse que buena parte del tiempo de una persona en nuestro medio transcurre (o debería transcurrir si no padeciéramos las elevadas tasas de desempleo que arrastramos ya de forma "crónica") en el medio laboral. No será pues extraño que encontremos entre los factores que el individuo vive como estresantes, algunos ubicados en su medio laboral, que por otra parte, es un medio necesariamente más exigente de lo que pueda serlo el entorno familiar, y que esos estresantes puedan actuar como desencadenantes o mantenedores de síntomas psiquiátricos[74].

Por otra parte, de cara a plantear al sujeto el afrontamiento eficaz de las situaciones, no debe olvidarse que situaciones que un determinado sujeto vive como auténticamente "estresantes" pueden no tener tal carácter para otro individuo distinto; la insatisfacción laboral, o las condiciones de trabajo, además

del concreto contenido de la actividad laboral pueden superar las estrategias de afrontamiento de determinados sujetos y dar lugar a la aparición de un trastorno mental, favorecer su prolongación en el tiempo e interferir su recuperación. A este respecto, es preciso considerar que del ámbito laboral procede sin duda una parte significativa del estrés que ha de asimilar un sujeto a lo largo del día, pero que *no es ni la única fuente de estrés ni tiene por qué ser la más intensa*, cuestión ésta especialmente significativa en lo que atañe a la determinación de la contingencia de la eventual situación de discapacidad laboral que pudiera derivar del trastorno mental en concreto.

Si bien todos tenemos claro lo que representa la "carga física" en tanto en cuanto a demanda de una actividad, no es tan fácil aproximarnos al concepto de "carga mental", con respecto al cual puede no ser difícil dar una idea pero sí resulta más complejo operativizar el concepto. Una aproximación a esta plasmación operativa del concepto se efectúa en la Guía de Valoración Profesional del INSS[75], que alude como integrantes de la carga mental a tareas que implican fundamentalmente procesos cognitivos, procesamiento de información y aspectos afectivos, que se traducen en un esfuerzo de carácter intelectual, y que agrupa en cinco apartados:

a. Comunicación: tareas que implican comunicación o relaciones interpersonales, así como el grado de posible repercusión emocional en el individuo derivada de la realización de la tarea.
b. Atención al público: necesidad de relación con terceras personas ajenas al entorno laboral.
c. Toma de decisiones: se valoran es este apartado la toma de decisiones complejas o de carácter gerencial, y el nivel de responsabilidad dentro de la organización o empresa.
d. Atención/complejidad: valora el nivel de *atención* en la realización de la tarea, la realización de *tareas mentales complejas* o la existencia de *multitareas*.
e. Apremio: valora la rapidez que se requiere en la realización de la tarea.

La carga mental vendría pues determinada por la *cantidad y el tipo de información que debe tratarse en un puesto de trabajo*, información que ha de ser procesada mediante el "esfuerzo intelectual" del trabajador.

Al igual que el esfuerzo físico mantenido condiciona la aparición de "fatiga física", concepto que a nadie le resulta extraño, a nadie debería extrañar que la realización de una tarea que implica el mantenimiento *prolongado* de un esfuerzo mental al límite de la capacidad del trabajador (situaciones en las que la cantidad de esfuerzo que se requiere excede la posibilidad de respuesta de un individuo) se asocia a fatiga mental y a la aparición (y mantenimiento a lo largo del tiempo) de trastornos mentales, si bien el efecto de la asociación se ve

modulado, por ejemplo, por otros factores como el soporte sociofamiliar del sujeto[76]. Así mismo, se ha identificado que el trabajo en el que el beneficio obtenido por el trabajador (satisfacción, remuneración) es inferior al esfuerzo que tal trabajo demanda constituye un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad; trastornos mentales incluidos[77]. Incluso se relaciona el estrés laboral crónico, a través de la disfunción reactiva (entre otras) al estrés del sistema hipotálamo-hipófisis-adrenal y sistema nervioso simpático[78], disfunción que se relaciona con la aparición de trastornos mentales como se ha descrito más arriba.

La sistematización de los requerimientos de las distintas actividades laborales resulta un instrumento indispensable para afrontar, con las precisas garantías de igualdad y seguridad jurídica, un procedimiento de valoración como el que se exige en la vigente configuración de la IP: ha de ponerse en relación la capacidad del trabajador con unos determinados requerimientos. De cara a esta sistematización, la clasificación estadística de las distintas ocupaciones (Clasificación Nacional de Ocupaciones en su versión de 2011; CNO-2011) sigue criterios más de ordenación estadística que de requerimientos profesionales. Clásicamente se ha venido asumiendo una clasificación de nomenclatura anglosajona; trabajadores “blue collar” (“de cuello azul”) por oposición a “white collar” (“de cuello blanco”), queriéndose con ello aludir a trabajos eminentemente manuales y de carácter físico (“de cuello azul”; asimilable al atuendo “mono” de trabajo característico de este tipo de ocupaciones) frente a ocupaciones en los que el trabajo se caracteriza por una mayor carga de “actividad intelectual” (“cuello blanco”, el del color de la camisa para seguir con el símil descriptivo de la aludida terminología).

Una y otra tipología de trabajo conducen necesariamente a distintos agentes patógenos en el medio laboral y a distintas capacidades para afrontar tanto a las agresiones procedentes de la propia actividad laboral como los requerimientos de la concreta actividad; la naturaleza de los elementos “*agresores*” procedentes del ámbito laboral y la naturaleza de las capacidades para el desempeño de tal actividad corren, en cierta forma, de manera paralela: si las demandas de carga biomecánica sobre el raquis dorsolumbar son un requerimiento importante de la profesión de albañil, las capacidades de afrontar tales demandas serán tanto menores cuanto más deteriorada esté la anatomía del raquis lumbar del trabajador, resultando esta merma de capacidades en una disminución del rendimiento laboral que, de alcanzar entidad suficiente, puede llegar a dar lugar a que el desempeño como albañil resulte incompatible con las exigencias del mercado laboral en relación con esta actividad laboral y, por tanto, estaremos ante una situación potencialmente subsidiaria de una Incapacidad Permanente Total para la profesión de albañil. Si el daño estructural es tan intenso que existe compromiso de estructuras neurológicas, con dolor continuado y que precisa de elevadas dosis de analgésicos opiáceos, convendremos que no sólo existirá

incapacidad para la actividad de albañil, sino que el menoscabo funcional del trabajador será de tal entidad que no podrá asumir, en condiciones de rentabilidad económica, actividad laboral alguna; estaríamos ante una situación susceptible de ser calificada como Incapacidad Permanente Absoluta. E incluso más; pocos dudarán de que el sometimiento mantenido de la columna lumbar a las cargas biomecánicas elevadas que se generan en esa actividad laboral de albañil han contribuido a la aparición y progresión de la enfermedad degenerativa discal.

Si la situación descrita en relación con un cuadro eminentemente físico resulta (al menos en apariencia) un asunto claro y libre de discusión, no siempre resulta tan pacífica la cuestión cuando estamos ante un cuadro de naturaleza psiquiátrica; posiblemente porque no tenemos en la práctica habitual medios para objetivar la realidad anatómica que sí tenemos en el ejemplo de la enfermedad degenerativa discal, pero seguramente también porque es más difícil conceptualizar la tolerancia a la carga mental que la tolerancia a la carga biomecánica. Esta dificultad se pondría de manifiesto a la hora de asumir la existencia de nexo entre enfermedad mental y trabajo, así como el papel de la carga mental del trabajo en la patogenia de un eventual trastorno mental, papel sin duda muy complejo en el contexto de un entramado de condicionantes que determinarían la relación trabajo - enfermedad, relación en la que también intervendrían fenómenos de orden neurofisiológico, cognitivo y psicológico[79].

1.2.5 La repercusión funcional del trastorno mental en el trabajo.

Es un hecho constatado que las personas que sufren de algún tipo de trastorno mental tienen más dificultades que la media de la población para obtener un empleo y, una vez obtenido éste, para conservarlo. Algunos estudios apuntan que las personas que sufren algún tipo de trastorno mental tienen entre un 30 y un 50% menos probabilidad de encontrar un empleo que otras personas que presentan otros tipos de problemas de salud o discapacidad[80]. Además, se relaciona la existencia de un trastorno mental con un descenso en la productividad del trabajador, descenso que puede cuantificarse mediante días de ausencia del trabajo o por menor resultado en lo que respecta a cantidad y calidad del trabajo realizado durante una jornada laboral.

En los trastornos psiquiátricos que sean susceptibles de una calificación de IP, serán la *cronicidad* del mismo y la *persistencia de la discapacidad* asociada a los síntomas las que condicionen la valoración, considerada la existencia de una insuficiente capacidad para afrontar los requerimientos de la actividad laboral. No obstante lo dicho, lo cierto es que la intensidad de los síntomas no es habitualmente continua y estas oscilaciones en intensidad no justifican por sí solas las dificultades laborales de los pacientes. Es más, algunos estudios sostienen que las valoraciones que, en el ámbito de las prestaciones de

seguridad social se efectúan considerando básicamente el diagnóstico, los síntomas y las limitaciones que de ellos se consideran derivadas no son del todo ajustadas a las capacidades reales de los trabajadores evaluados, de forma que sujetos que son calificados como discapacitados para el trabajo, en realidad, podían mantener *aceptables grados de desempeño* en el trabajo[81], debiéndose no obstante tener presente si en la *definición de IP de nuestro Ordenamiento Jurídico* caben o no estos, como oposición a la situación de IP, "*grados aceptables de desempeño*" que, aun existiendo, no tradujeran capacidad de mantener una "capacidad laboral económicamente rentable".

1.2.5.1 Repercusión funcional y exigencias de la actividad.

En línea con lo dicho, la capacidad para llevar a cabo una actividad laboral en el mercado de trabajo (dejando aparte lo que se considera empleo protegido o simple laborterapia), entendido éste bajo las consideraciones jurisprudenciales ya comentadas, implica una serie de exigencias que han de mantenerse a lo largo del tiempo: acudir diariamente con puntualidad al puesto de trabajo y desplazarse hasta el mismo, permanecer en el puesto durante la jornada laboral manteniendo los niveles necesarios de atención y concentración (que serán variables en intensidad en función de los requerimientos de la actividad en concreto), solucionar los problemas que se puedan plantear durante la actividad laboral, seguir las instrucciones que se reciban en el puesto de trabajo, mantener una adecuada relación con compañeros y ser capaces de cooperar con ellos en las tareas que así lo requieran, así como interaccionar con terceras personas[82]. Y todo ello debe poderse mantener diariamente a lo largo del calendario laboral sin que excesivas ausencias (por frecuentes o prolongadas) supongan un menoscabo significativo en la rentabilidad del trabajo. Por tanto, períodos de estabilidad clínica con mejoría en la intensidad de los síntomas podrían suponer en efecto trascendencia en cuanto a una mejoría funcional, pero para que ésta pudiera tener trascendencia sobre la capacidad laboral tal mejoría debería presentarse con mayores exigencias de estabilidad en tanto en cuanto se ha de someter a la disciplina de "una actividad laboral reglada". Dicho quizá de otra manera; lo que se ha de tomar en cuenta a la hora de determinar una eventual IP es la permanencia o no del trastorno y sus limitaciones a lo largo del tiempo; no su continuidad.

Una primera distinción a tener en cuenta pues, y ya se ha aludido a ella, es la que ha de establecerse entre la "laborterapia" y la "actividad laboral rentable" (o reglada, si se quiere) en el seno del mercado de trabajo. A efectos de la legislación de la Seguridad Social, la imposibilidad de afrontar esta actividad "reglada" es la que queda protegida mediante la protección sustitutiva del salario. No obstante, es preciso ahondar en esta "actividad rentable" para poder determinar *en qué condiciones se desarrolla*, y en particular, en lo que respecta a la *continuidad y duración de la jornada*, de forma que encontrar tasas

significativas de empleo en trabajadores afectos de un trastorno mental grave en el mercado de trabajo es posible e incluso puede resultar relativamente frecuente, si bien en *trabajos de corta duración o a tiempo parcial*; apuntando algunos trabajos a la menor tolerancia al estrés y al interés en no perder las prestaciones derivadas de la protección de la incapacidad como causas subyacentes a este patrón de empleo[83]. Experiencias en relación con el empleo protegido (basado en unas especiales condiciones de apoyo al trabajador discapacitado) en el ámbito de trabajadores afectados por trastornos mentales sugieren datos favorables en cuanto a la posibilidad de mantener a estos pacientes en el mercado laboral[84], en consonancia con los planteamientos más actuales que consideran no sólo el compromiso funcional que presenta el trabajador, derivado de su enfermedad, sino los factores contextuales del medio en el que se desenvuelve, de forma que la repercusión de la enfermedad será tanto menor cuanto más favorable sea el medio en el que, a lo que nosotros respecta, se desarrolla la actividad laboral.

Los diferentes trastornos mentales condicionan la respuesta del trabajador a los requerimientos de la actividad laboral, de forma que, cuando tales requerimientos sobrepasan la capacidad del trabajador, se produce la pérdida de productividad (pérdida de días de trabajo disminución de la producción por jornada laboral, disminución en la calidad del producto) o, incluso, pueden aparecer situaciones de peligro para el trabajador o para terceros. No obstante lo evidente de esta afirmación, no siempre es fácil establecer lo que un trabajador es o no capaz de hacer como consecuencia del impacto funcional de un trastorno mental, y esta capacidad residual puede venir condicionada no sólo por la gravedad con la que se presenta el trastorno mental en el caso concreto, sino que también estará determinada por el contexto en el que se desenvuelva el paciente. Por ello, en determinados contextos “desfavorables”; podrá existir un impacto funcional significativo incluso ante formas leves de trastorno mental[85] y, de contrario, condiciones muy favorables podrían, al menos en teoría, posibilidad que personas con un marcado deterioro funcional mantuviesen una actividad laboral “razonable”.

Es habitual, por lo demás, efectuar una valoración de la actividad del sujeto en las distintas áreas de su vida: familiar, ocio, social, etc. y en ella contextualizar la discapacidad secundaria al trastorno mental que se pueda presentar en el ámbito laboral. Si bien es cierto que cabe esperar exista una relación entre la discapacidad que se presenta en cada uno de estos ámbitos, no es menos cierto que siempre habrá que tener presente que los *niveles de exigencia que se presentan en el marco de la actividad laboral* reglada no son los mismos que los que caracterizan a otros ámbitos más informales como la atención del propio hogar o las relaciones familiares (o incluso podríamos llegar más allá; en el ámbito de una pequeña empresa familiar), ya que los niveles de

tolerancia a un bajo rendimiento en el desempeño de tareas domésticas en el propio domicilio (tardar más tiempo o ejecutar tales tareas con bajos niveles de "calidad") no son evidentemente los del ámbito laboral, en los que bajos ritmos de trabajo o mala ejecución de las tareas conllevará aparejado un descenso de productividad que podrá considerarse implica la no rentabilidad del trabajo.

1.2.5.2 Limitaciones y restricciones.

Ya hemos descrito como la presencia de un trastorno mental puede tener repercusión sobre la capacidad laboral de un trabajador, impacto funcional que englobamos bajo el concepto de limitaciones; cosas que no puede hacer o, al menos, no *puede hacer con los requerimientos que le son exigibles a la actividad laboral*. Y que además, las actividad laboral, como otro elemento más de la vida cotidiana, puede tener su impacto sobre la salud, y como no, sobre la salud mental, aspecto éste que, en el contexto de un determinado trastorno, nos obliga a considerar además las restricciones que se han de imponer al trabajador, entendidas éstas como aquellas cosas que "el trabajador" *no debe hacer para evitar que se agrave o desestabilice la situación clínica*[86].

Por lo tanto, la capacidad laboral de un trabajador afectado por un trastorno mental debe analizarse desde la conjunción de estos dos elementos; por un lado, las *limitaciones (cosas que "no puede hacer")* y, por otro lado, de las *restricciones ("lo que no se debe hacer para evitar que se precipite un empeoramiento de la situación clínica)*. Esta distinción tiene una relevancia a menudo ignorada; las *limitaciones* son objeto de protección mediante el sistema de protección social, dando lugar en su caso a *rentas sustitutivas del trabajo* que no es posible realizar en las condiciones de rentabilidad exigidas por el mercado. En cuanto a las *restricciones*, éstas han de ser valoradas desde el ámbito de la *prevención de riesgos laborales*, catalogando al trabajador que las presenta como *especialmente susceptible* y aplicando en su caso las medidas de prevención requeridas por el trabajador. No obstante, y a pesar de esta distinción "académica", si se quiere emplear el término, no es menos cierto que existe una íntima conexión entre limitaciones y restricciones. Así, si las restricciones exigen unas condiciones de trabajo adaptadas con tal intensidad en la adaptación que llega a afectarse lo que podría considerarse el "núcleo" de la actividad laboral (lo esencial para lo que se ha incluido a ese trabajador en el trabajo), se llega evidentemente a la no rentabilidad de la actividad y, por esta vía, a la situación protegida.

1.2.6 De la CIF al DSM: las alteraciones en la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento y su evaluación desde las deficiencias de las funciones mentales.

Una vez efectuadas las consideraciones previas en lo referido a discapacidad y trastorno mental, es necesario aportar una definición consensuada del

trastorno mental. La formulada por la APA, ya comentada, con todos sus defectos y virtudes, será sin duda una de las más aceptadas por la implantación y uso habitual del DSM en la clínica habitual, y por tanto, hay que considerar su definición al menos tan buena (o tan mala) como cualquier otra que pueda presentarse como alternativa a la misma. Se ha de estudiar por tanto la repercusión de las agrupaciones de síntomas y signos (síndromes) que se manifiestan por alteración en la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento. No obstante, a la hora de evaluar el impacto funcional de los procesos clínicos que ha sido diagnosticado se tendrá que acudir a instrumentos que nos permitan valorar qué funciones se afectan y de qué manera, y en lo posible, efectuar una cualificación de la repercusión funcional del trastorno. O dicho de otra manera; qué cosas se dejan de hacer o se hacen de forma deficiente por consecuencia de la interferencia funcional atribuible a un trastorno mental.

1.2.6.1 Las funciones mentales en la CIF.

La larga enumeración de las funciones corporales que la CIF engloba bajo el epígrafe de “funciones mentales” se extiende, necesariamente, desde las funciones mentales globales (conciencia, orientación, funciones relacionadas con la energía y los impulsos o funciones del sueño) hasta aspectos más específicos como la atención, la memoria, las funciones psicomotoras, la emoción y su regulación, el pensamiento (flujo, forma, contenido y control) o las funciones cognitivas más complejas. Como norma general, la afectación de las funciones más globales como la conciencia o la orientación (tiempo, espacio y persona) se producirá sólo en aquellos trastornos psiquiátricos más graves, siendo lo más común, desde luego, el compromiso de funciones más específicas, que pueden darse en los trastornos menos graves desde el punto de vista clínico.

La CIF proporciona un esquema muy adecuado para evaluar la repercusión del trastorno mental sobre las diferentes áreas del funcionamiento del sujeto, de forma que si fuésemos capaces de determinar, en cada sujeto, hasta qué punto están afectados cada una de las funciones detalladas en la Clasificación, dispondríamos de una fotografía bastante precisa acerca de la realidad del sujeto y del impacto funcional del trastorno mental que presenta, debiéndose tener siempre presente una particularidad funcional en lo que respecta a la alteración funcional de los trastornos mentales en cuanto a su repercusión global, y es que la patología psiquiátrica afecta (o puede potencialmente afectar) al funcionamiento global de la persona, más allá de su implicación meramente laboral.

Además, la CIF incorpora una posibilidad de cuantificación de la gravedad de las deficiencias que afectan a las funciones corporales mediante según rangos de gravedad recogidos en la propia clasificación. Así, se proponen:

- Sin deficiencia (ninguna o insignificante repercusión): del 0 al 4%.
- Deficiencia ligera (poca, escasa): del 5 al 24%.
- Deficiencia moderada (media, regular): del 25 al 49%.
- Deficiencia grave (mucha, extrema): del 50 al 95%.
- Deficiencia completa (total): del 96 al 100%.

Si bien esta propuesta parecería en primera instancia dar una solución al problema de cuantificar la discapacidad, lo cierto es que no se dispone de instrumentos *adecuados y consensuados* que permitan aplicar esta graduación al conjunto de deficiencias, por lo que la dificultad para la aplicación de la escala propuesta resulta patente, reconociendo la propia CIF que para que esta cuantificación pueda ser utilizada de manera uniforme es necesario desarrollar procedimientos de valoración adecuados.

1.2.6.2 ¿Qué experimenta el paciente con un trastorno mental?

No siempre resulta fácil describir las consecuencias de un trastorno mental sobre la funcionalidad del sujeto que lo padece; sobre todo cuando ha de trasladarse a un lenguaje dirigido a quién es lego en Medicina, como ocurre en los procedimientos administrativos de incapacidad permanente o en los de revisión jurisdiccional de la resolución de tales procedimientos. Es más sencillo entender, justificar y describir, por ejemplo, el dolor o la limitación de movilidad en una artrosis con apoyo en imágenes radiográficas o en resultados analíticos señalados con un asterisco que indica la existencia objetiva de un parámetro en rango fuera de la normalidad. No obstante, la realidad es que los trastornos mentales son origen de gran parte de la discapacidad que soporta el sistema de protección social y es necesario trasladar, a un procedimiento administrativo, el impacto funcional de un trastorno mental, la realidad de que el enfermo psiquiátrico se ve afectado de una forma global, en su forma de relacionarse e interaccionar con el medio.

No hay necesariamente en el trastorno mental dolor, ni limitación de la movilidad, ni alteraciones analíticas, pero sí síntomas; síntomas que resultan ser expresión de un correlato neurobiológico cada día más evidente y que se recogen en las descripciones de los distintos trastornos, pero que no siempre se conceptualizan como una expresión patológica. Así, la fatigabilidad (que se incluye entre los criterios diagnósticos del episodio depresivo o del trastorno de ansiedad generalizada) puede suponer un hándicap a la hora de mantener una

actividad física que, aunque no revista mucha intensidad, requiera que se mantenga durante un tiempo determinado. En ocasiones, además, el tratamiento psicofarmacológico que precisa el paciente y sus efectos adversos (inseparables de los efectos terapéuticos que se pretenden) pueden disminuir aún más la tolerancia al esfuerzo, aumentando la somnolencia y contribuyendo por lo demás a un enlentecimiento generalizado que se manifiesta, por ejemplo, en el ritmo de ejecución de las tareas.

La disminución de la motivación que presentan los pacientes puede oscilar desde el mutismo acinético (como expresión más grave) hasta otras manifestaciones menos intensas como la abulia y la apatía. El compromiso de la motivación del sujeto enfermo responde a una realidad objetiva; la afectación del funcionamiento de determinadas áreas cerebrales y circuitos de neurotransmisión que implican a la dopamina. Esta disminución de la motivación, la *abulia*, por ejemplo la que presentan los pacientes afectados por una psicosis esquizofrénica (forma parte de sus síntomas negativos), la describe muy gráficamente un psiquiatra en el seno de un estudio cualitativo en relación a las dificultades para el tratamiento de los síntomas negativos en la esquizofrenia[87] intentando desentrañar su impacto funcional: “las dificultades no me vienen porque el paciente escuche voces, vienen porque no se levanta y no va a trabajar; al tercer día se desmotiva y no va siquiera a cobrar el sueldo”. La apatía del paciente depresivo, que también existe aunque éste no oiga voces ni tenga alucinaciones, puede llevarle a la reclusión en su propia casa; no como una conducta evitativa, sino por la falta de motivación para salir de ella.

Los problemas de atención y concentración (en trastornos depresivos o de ansiedad, por ejemplo) aumentan el número de errores en cualquier actividad y, por tanto, también a la actividad laboral, disminuyendo la rentabilidad del trabajador, que se vuelve ineficaz en el desempeño de las tareas que tiene encomendadas; incluso cuando están implicadas tareas peligrosas, irrumpe el riesgo de lesiones para sí o terceros. Esta dificultad para mantener la atención y el ritmo de la actividad, que en el ámbito doméstico puede tener un alcance e impacto limitados, cuando se produce en el medio laboral, lleva al compromiso de la capacidad del trabajador para obtener rentas salariales. A la hora por lo demás de evaluar el impacto funcional del trastorno en relación con una tarea concreta deben ponderarse por tanto las consecuencias del posible error (desde la simple ineficacia del trabajo efectuado hasta la aparición de un riesgo importante para la seguridad propia o de otros) y la complejidad de las tareas a desempeñar: cuanto más compleja sea ésta más errores se cometerán. Cuanta más información haya de integrarse en el desempeño de la actividad, más errores se cometerán. Puede ocurrir que el paciente no pueda responder ante la demanda derivada de ritmos de actividad que superan la capacidad de mantenimiento de la atención, tanto en intensidad como a lo largo del tiempo.

Muchos pacientes presentan dificultades en la relación interpersonal; aparecen, por ejemplo, irritabilidad o conductas disruptivas (búsqueda de la droga en adicciones o agresividad en las situaciones en las que la alteración del juicio elabora una percepción hostil del medio, entre otras) que no son consecuencia de “un mal día” o de “manías”, sino de impulsos o reacciones irrefrenables para el sujeto, provenientes de lo más interno de su persona. En las alteraciones del juicio de realidad, las conductas disruptivas son consecuencia de una interpretación patológica de tal realidad, a la que contribuyen las ilusiones y alucinaciones en el contexto de una ideación delirante y, por tanto, irreal. La conducta observada puede tener cabida en el delirio o cuando se consideran las alteraciones perceptivas que sufre el sujeto, pero no en la realidad que vive su entorno y en relación con la cual el sujeto se muestra desajustado en sus respuestas.

En el trastorno obsesivo-compulsivo, las obsesiones monopolizan el curso del pensamiento, que gira alrededor de la idea obsesiva, interfiriendo a la hora de focalizar la atención en otra cosa, al tiempo que las conductas compulsivas, irrefrenables para el paciente, interfieren con la actividad que se esté realizando, que ha de detenerse para llevar a cabo la compulsión. Esta conducta se presenta como disfuncional e incomprensible para el entorno.

La aparición de situaciones "desbordantes" (subjetivamente; para el sujeto enfermo, mientras que para el observador externo pueden no ser tales) contribuyen a niveles mantenidos de estrés, ansiedad, hiperactivación y fatiga segundaria a ésta. La fatiga y los problemas de concentración contribuyen a la comisión de errores en la ejecución de tareas. Aparecen conductas evitativas ante situaciones estresantes (si no puede enfrentarlas se aleja de ellas), como puede ser la relación interpersonal (la relación interpersonal se convierte en una cuestión que no puede solventar por la insuficiencia de estrategias de manejo del estrés) o el desenvolvimiento en determinados entornos. Para el sujeto que se ve desbordado por su ansiedad, mientras entornos como el familiar pueden ser más tolerantes con sus dificultades y por lo tanto menos estresantes para él, el medio laboral tiene unas exigencias más rígidas, que no pueden ser obviadas totalmente y, por tanto, las conductas evitativas en relación con esta medio son más problemáticas, en particular cuando si por su extensión se llega a la agorafobia.

En ciertos trastornos, la irrupción brusca de síntomas, como ocurre en las crisis de ansiedad, implica la interrupción de la actividad y aparecen sus consecuencias en el medio laboral; efectos sobre otros trabajadores y terceros. La frecuencia e intensidad de las crisis, e igualmente su duración y el estado de postración posterior, así como si existen desencadenantes específicos o no y si éstos están en el medio laboral, pueden llevar a una situación difícilmente

sostenible en un entorno laboral. En otros procesos, la evolución a lo largo del tiempo lleva a la aparición de efectos físicos, como ocurre en el deterioro nutricional que puede estar presente en los trastornos de la conducta alimentaria. O bien aparecen efectos físicos por consecuencia de las autolesiones que se inflige el sujeto; unas veces con clara intención autolítica y otras con intención inicial de obtener atención por medios francamente patológicas.

No es desconocida por lo demás la relación psicopatología-dolor; el actual estado del conocimiento en relación a la funcionalidad de las distintas estructuras neurobiológicas está poniendo de manifiesto la presencia de interconexiones entre circuitos neuronales implicados en los trastornos de ansiedad y afectivos con aquellos que forman parte de mecanismos de neuromodulación central del dolor[88], de forma que pacientes que muestran una afectación de tales estructuras presentan, además de sintomatología de la esfera psiquiátrica, manifestaciones dolorosas ante estímulos que, en sujetos que no presentan tales alteraciones, no desencadenarían respuesta álgica de ninguna clase. Parece, en definitiva, que puede existir relación entre el trastorno que hemos venido denominando fibromialgia y ciertas manifestaciones psicopatológicas[89], probablemente todas ellas unidas de alguna forma común a nivel de una afectación del sistema nervioso central.

En definitiva, al hablar de trastornos mentales y de su repercusión funcional estamos ante un grupo de trastornos que pueden llegar a producir una interferencia notable con el funcionamiento del sujeto que los padece. Esta aproximación a la experiencia del paciente psiquiátrico que hemos hecho, efectuada desde luego más con pretensión descriptiva que sistemática, debe ponernos en situación para abordar un contexto concreto: el del paciente afectado por un trastorno mental que se enfrenta a una serie de demandas ambientales; unas laborales otras extralaborales, pero en relación a las cuales se produce una insuficiencia de los mecanismos de respuesta ante tales demandas, insuficiencia que se traduce en respuestas comportamentales inadecuadas que pueden tener trascendencia variable, en lo que nos ocupa, en la capacidad de desempeñar una determinada actividad laboral con las exigencias que ésta conlleva. La evaluación del impacto de esas respuestas constituye, sin duda, el núcleo del problema de la determinación de la existencia de una discapacidad laboral.

1.2.6.3 Dificultades específicas en la valoración de la discapacidad derivada de los trastornos mentales.

En Medicina no siempre es posible establecer divisiones categoriales radicales fundamentadas que posibiliten emitir un juicio en términos de “sí” o “no”; “capaz” o “incapaz”. En el ámbito de la incapacidad laboral derivada de los

trastornos mentales, y en especial a los trastornos clásicamente denominados "neuróticos", esta dificultad puede ser aún más evidente: ¿existe una línea divisoria que permita separar la "incapacidad para el trabajo" de la "falta de voluntad para trabajar"? (en palabras de un veterano compañero; "no es lo mismo no tener aptitud para el trabajo que carecer de actitud favorable para trabajar"); no es fácil a veces distinguir entre quién no puede o quién no quiere afrontar el esfuerzo que puede suponer el mantenimiento de una actividad laboral desde una situación de discapacidad. O quizá más próximo a las formulaciones jurídicas de la incapacidad laboral; quién puede hacer frente a la actividad laboral con un adecuado rendimiento y sin que el sacrificio que ello le suponga llegue a los límite de lo "inexigible" y quién no puede hacerlo.

La distinción entre la *actitud* y la *aptitud*, por otra parte, no deja de ser compleja cuando, en buena parte de los problemas psicopatológicos, la estructura de la personalidad resulta un elemento clave en la patogenia del proceso y sin el cual no puede comprenderse el desarrollo de la clínica. Así ocurre, por ejemplo, en los tradicionalmente denominados trastornos neuróticos cuando éstos se encuentran cronificados, y cuyas manifestaciones clínicas se mueven en lo que Vallejo Ruiloba venía denominando "esfera de la hipovitalidad"[90], caracterizándose por apatía, astenia intensa, pérdida del impulso vital o el desinterés, manifestaciones cuya intensidad oscila a lo largo de la vida del sujeto en relación fundamentalmente con acontecimientos que, desde la perspectiva del examinador externo, pueden no presentar entidad suficiente como para ser la causa de manifestaciones con repercusión clínica significativa, pero que, en el contexto biográfico del sujeto, sí pueden dar lugar a una repercusión "comprensible" y superior a la que, inicialmente, podría esperarse se derivara de tal acontecimiento.

Por otra parte, la disponibilidad de las actuales técnicas de neuroimagen funcional y los progresos de la neurociencia en general han puesto de manifiesto la relevancia del estrés crónico y la plasticidad neuronal en la patogenia de estos trastornos, lo que proporciona, por si hubiera cabido duda en algún momento, la base biológica que puede justificar el relato clínico de los pacientes (desganado, cansado; con un cansancio patológico, insuperable, que no se recupera con el descanso y por cuya causa afrontar determinado tipo de exigencias no le resulta tolerable) y la descripción de los criterios diagnósticos que se emplean a diario en la clínica. Existe pues una base anatómica y fisiológica tras los criterios diagnósticos contenidos en los manuales: la apatía, la astenia intensa o la pérdida del impulso vital que caracterizan a estos procesos, pudiéndose objetivar patrones neurobiológicos característicos para ciertos trastornos mentales[91,92,93]. Por lo dicho pues, si puede objetivarse pues que existe una alteración anatómico - funcional que justifica la clínica, parece pues lógico considerar que de tales alteraciones se puedan derivar, al menos, *dificultades*

para afrontar lo que venimos considerando como requerimientos de la actividad laboral, y que tales *dificultades* no sean fruto de la mera "*falta de actitud*" sino que hayan de encuadrarse en el contexto de las alteraciones biológicas que subyacen al trastorno mental; otra cosa desde luego es la correlación entre estos hallazgos y la intensidad de los síntomas que se alegan. Se encuentra desde luego en la raíz del problema la ausencia de herramientas diagnósticas "objetivas"; pruebas de imagen o determinaciones analíticas de recurso común en otras áreas de la Medicina y que despejen el recelo que pueda tener el evaluador en lo que respecta a su papel de distinguir la enfermedad real de la que no lo es, a lo que hay que añadir la falta de protocolización en lo referente a la utilización de algunas herramientas de psicodiagnóstico que sí se han mostrado eficaces en el ámbito de la valoración médico-legal de los trastornos mentales, como es el caso de la batería MMPI-2, instrumento que aúna escalas métricas que facilitan el diagnóstico categorial con medidas de la gravedad de los síntomas y escalas que permiten identificar patrones de respuesta inconsistentes como los que se pueden constatar en los casos de simulación[94], y en relación con el cual ya se empieza a contar en nuestro medio con datos acerca de su utilidad en la valoración de determinados procesos psiquiátricos en el ámbito de la incapacidad laboral y en relación con la problemática que suscita la posibilidad de simulación o exageración de los síntomas[95].

A la hora de valorar la repercusión funcional de un trastorno psiquiátrico pues es preciso desprenderse de determinados juicios apriorísticos y considerar no sólo el proceso en sí, sino el contexto en el que se manifiesta, tomando en cuenta tanto *factores individuales (estructura de personalidad, patobiografía)* como aquellos *factores ambientales* que pueden actuar como desencadenantes o mantenedores de los síntomas referidos por el sujeto, síntomas tras los cuales, de nuevo insistimos, se han objetivado (mediante técnicas y procedimientos desde luego no habituales en la práctica clínica) alteraciones de la neurobioquímica del sujeto, y que se traducen en patrones desadaptativos de interacción con el medio que contextualizan el relato sintomático y lo hacen más comprensible para un observador "externo", observador para el cual la respuesta sintomática ante ciertos estímulos (o incluso ante la ausencia de tales desencadenantes) parece a todas luces desproporcionada. Es por ello que no puede efectuarse una valoración centrada en el momento en el que se realiza la entrevista clínica o limitada al curso de la descompensación psicopatológica actual, siendo imprescindible acudir a los antecedentes, no siempre disponibles en el contexto de la evaluación clínico laboral, y que, en todo caso, deben recabarse desde los dispositivos en los que se viene prestando asistencia al trabajador.

Desde luego, no suelen presentar notables dificultades las valoraciones en los cuadros "graves"; las clásicas "psicosis", en los que la presencia de "criterios

de gravedad" como la ruptura del contacto con la realidad, la presencia de fenómenos alucinatorios, la alteración grave del curso del pensamiento, las alteraciones comportamentales disruptivas, las alteraciones groseras del control de impulsos… que ya ponen de manifiesto una más que evidente repercusión funcional del proceso psicopatológico. El problema se centra en lo que constituye, sin duda, la mayor parte de los casos que se presentan a diario en la casuística de las unidades médicas, en los que no resultan tan llamativos los síntomas (no oyen voces, no ven "cosas", mantienen una estructura de razonamiento conservada e inmersa en la realidad) y en los que se alega mayor deterioro funcional del que parece observarse en la consulta. En relación a esto último, resulta evidente que la exploración clínica que pueda efectuarse en un momento puntual en la consulta de evaluación tiene sus limitaciones; se produce en un contexto médico-legal, con las distorsiones que al respecto cabe esperar y la "alerta previa" que esto supone para el médico evaluador, es un contacto limitado en el tiempo, con herramientas exploratorias limitadas (la entrevista clínica lo es) y en relación con la cual se exigen unas conclusiones "inmediatas" en el tiempo. Y se exige además que tales conclusiones sean lo suficientemente claras como para establecer si la persona examinada reúne una *capacidad mínima que le permitan asistir con regularidad al trabajo, permanecer en él durante la jornada, atender a la actividad con el nivel de concentración requerido por la actividad en particular, realizar su actividad en condiciones de seguridad para él y para su entorno y relacionarse con su entorno físico y personal, entre otros aspectos. Y todo ello, "sin que le sea exigible un especial heroísmo o espíritu de superación excepcional".* La tarea se me antoja, como ya anunciaba el epígrafe, al menos "difícil".

1.2.6.4 Escalas de valoración del menoscabo psiquiátrico.

Las dificultades descritas en cuanto a la valoración hacen que sea habitual recurrir a apoyos, más allá de la mera impresión clínica que uno pueda formarse a la hora de tomar contacto directo con el sujeto, en escalas de valoración o en criterios que, con pretensión objetiva, permitan o al menos ayuden a determinar y cuantificar las dificultades que está experimentado el sujeto afectado por un trastorno mental.

Existen numerosas aproximaciones al problema de la determinación del alcance de una determinada discapacidad; la determinación cualitativa y cuantitativa de la discapacidad es un problema que dista de tener una única solución, entre otras causas porque las preguntas a las que hay que responder son muy variadas en función de para qué se pretende efectuar la valoración. Desde luego, la cuantificación del impacto funcional de los trastornos mentales no es uno de los retos más sencillos, ya que, como se ha insistido, carecemos en la práctica habitual de instrumentos que puedan proporcionar una visión objetiva del alcance de la discapacidad. No podemos detenernos en un examen

pormenorizado de todos los instrumentos de valoración funcional a los que puede recurrirse en un momento dado, pero sí traeremos algunos ejemplos, desde luego con finalidad más ilustrativa que de efectuar una descripción exhaustiva.

Escalas clínicas: EEAG.

En la práctica clínica habitual son múltiples las escalas de valoración funcional que pretenden proporcionar una visión sintética de la repercusión funcional de los trastornos mentales. El propio DSM-IV-TR[42] incorpora una escala de valoración funcional; EEAG, a través de la cual se puede cuantificar la valoración que el clínico efectúa sobre la repercusión del trastorno mental que presenta el paciente. Esta valoración, "global", parte de una percepción "subjetiva" a cargo del explorador, percepción que no por subjetiva debe dejar de considerarse válida cuando se efectúa sobre todo desde una dilatada experiencia en el tratamiento de los pacientes psiquiátricos.

La escala se plantea graduada entre el 1 y el 100; mejor actividad cuanta más alta es la puntuación en la escala, describiéndose para cada intervalo una situación funcional "tipo". Citamos a modo de referencia, el intervalo 41 a 50: "síntomas graves (ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave en la actividad social, laboral o escolar (sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo)", determinándose por encima y por debajo de esta descripción otras que permiten establecer la puntuación correspondiente.

Tablas AMA y adaptaciones.

De entre los múltiples instrumentos a los que podríamos recurrir, al menos para elaborar una aproximación a la cuestión, las denominadas "Tablas AMA"[96] constituyen, probablemente, un instrumento de obligada referencia para la valoración de la discapacidad sobre la cual se han efectuado múltiples adaptaciones en función de las específicas necesidades; de la pregunta, en fin, a la que haya de responder.

Guía del Estado de Queensland (Australia).

Una versión adaptada a las exigencias de la valoración clínico-laboral en el ámbito de la Seguridad Social ha sido recogida y adaptada, por ejemplo, por la administración de la seguridad social del Estado de Queensland (Australia) bajo la denominación "*Guidelines for evaluation of permanent impairment*"[97]. En este esquema de aproximación a la discapacidad psiquiátrica, se analizan seis áreas funcionales:

1. Autocuidado e higiene.
2. Actividades sociales y recreativas.

3. Viajes y desplazamientos.
4. Funcionamiento social.
5. Concentración
6. Empleabilidad.

Para cada una de estas áreas se establecen cinco clases funcionales alas que se asignan unos porcentajes de afectación, de forma que el deterioro funcional puede estimarse en un porcentaje global mediante las reglas contenidas en la propia guía. A diferencia de lo que ocurría en la CIF, sí se contienen unas directrices para que el evaluador pueda encuadrar al examinado en una determinada clase funcional en cada una de las áreas previstas. Así:

Autocuidado e higiene.
Clase 1 Sin claro déficit, o en todo caso, déficit leve que puede ser atribuible a la variabilidad en la población general.

Clase 2 Deterioro leve. Puede vivir de forma independiente y se ocupa de sí mismo de manera adecuada, aunque pueden presentar aspecto descuidado de vez en cuando. A veces se pierde una comida o se recurre a comida para llevar como medio de evitar tener que preparar sus propios alimentos por la dificultad que ello le supone.

Clase 3 Déficit moderado. No puede vivir de forma independiente y sin apoyo regular . Necesita que le impulsen para el aseo diario y para llevar ropa limpia. No prepara sus propios alimentos y con frecuencia se pierde comidas. Precisa cierto grado de control y supervisión externos (visitas miembro de la familia o de servicios sociosanitarios) unas 2-3 veces por semana para garantizar el nivel mínimo de higiene y nutrición.

Clase 4 Deterioro grave. Las necesidades son de tal entidad que precisa de atención residencial supervisada; sin esta supervisión corre riesgo de sufrir daños, accidentales o intencionales.

Clase 5 Deterioro muy grave. Las necesidades de asistencia se extienden incluso a las funciones básicas; hay que darle de comer o asearle.

Actividades sociales y recreativas.
Clase 1 Sin claro déficit, o en todo caso, déficit leve que puede ser atribuible a la variabilidad en la población general. Participa regularmente en las actividades sociales y culturalmente apropiadas según su edad y sexo.

Clase 2 Deterioro leve. De vez en cuando participa en actividades de relación social sin necesitar para ello de apoyo personal, pero no se involucra de forma activa.

Clase 3 Déficit moderado. Rara vez participa en actividades de relación social; acaso cuando se lo pide la familia o un amigo cercano. No sale sin una persona que le acompañe y apoye. No participa activamente en la actividad social, mostrándose retirado de la misma.

Clase 4 Deterioro grave. Nunca sale de su lugar de residencia. Tolera la compañía de la familia o amigo cercano, pero evitarán el contacto fuera de este círculo más próximo.

Clase 5 Deterioro muy grave. No toleran el contacto con terceros; muy incómodo incluso ante la visita de un familiar cercano. Pueden tener muy serias dificultades para vivir con alguien.

Funcionamiento social.
Clase 1 Sin claro déficit, o en todo caso, déficit leve que puede ser atribuible a la variabilidad en la población general. No se aprecia dificultad para formar y mantener relaciones sociales (sin problemas significativos en el ámbito laboral, mantiene amistades cercanas duraderas…).

Clase 2 Deterioro leve. Existen relaciones tensas; tensión y discusiones con la pareja o familiar cercano y pérdida de algunas amistades.

Clase 3 Déficit moderado. Las relaciones personales previamente establecidas se muestran gravemente tensas, poniéndose esta circunstancia de manifiesto por períodos de separación o violencia. Las dificultades para cuidado de los niños llevan a que éste recaiga sobre el Cónyuge, parientes o servicios sociales.

Clase 4 Deterioro grave. Presentan gran dificultad para formar o mantener relaciones de largo plazo. Las relaciones preexistentes se ven muy gravemente afectadas. Se muestran incapaces de cuidar de personas que dependan de ellos (los propios hijos o padres ancianos a su cargo).

Clase 5 Deterioro muy grave. Se muestran incapaces de funcionar dentro de la sociedad. Pueden retirarse a vivir lejos de las áreas pobladas y evitan el contacto social activa.

Viajes.

Clase 1 Sin claro déficit, o en todo caso, déficit leve que puede ser atribuible a la variabilidad en la población general. Pueden viajar a nuevos ambientes sin necesidad de supervisión.

Clase 2 Deterioro leve. Pueden viajar sin persona de apoyo, pero sólo en un área conocida como tiendas locales, visitas a un vecino, etc.

Clase 3 Déficit moderado. No son capaces de viajar fuera de la propia residencia sin una persona de apoyo. Los problemas pueden deberse a un exceso de ansiedad o a trastornos cognitivos.

Clase 4 Deterioro grave. Le resulta muy difícil salir de su casa, incluso con una persona de confianza.

Clase 5 Deterioro muy grave. Puede requerir dos o más personas para supervisarle cuando viaja.

Concentración, persistencia y ritmo.

A efectos de la valoración de la capacidad laboral, esta dimensión resulta particularmente importante, ya que el trabajo, por simple que éste sea, impone unas exigencias mínimas de atención y de continuidad a lo largo de la jornada laboral, dirigidas a cumplir la tarea objeto del trabajo. Dadas las exigencias de rendimiento (rentabilidad, productividad en fin), el ritmo de desempeño exigible en el seno de una actividad laboral no es equiparable al que puede exigirse en el desarrollo de actividades domésticas. Por ello, la capacidad para realizar actividades domésticas con cierta dificultad y con lentitud por deterioro funcional en esta área puede no ser compatible con los requerimientos de una actividad laboral que pueda considerarse económicamente rentable.

Salvo en las clases funcionales con mayor deterioro, puede ser difícil de apreciar el deterioro mediante “datos objetivos” que puedan concluirse desde la exploración en la consulta e, incluso, desde el análisis de los resultados de estudios psicológicos efectuados con tal fin: personas que pueden inicialmente mantener la concentración durante la exploración o la realización de estas pruebas (“condiciones de laboratorio”) pueden no ser capaces de mantener esta concentración en un ambiente semejante al laboral[98].

Clase 1 Sin claro déficit, o en todo caso, déficit leve que puede ser atribuible a la variabilidad en la población general.

Clase 2 Deterioro leve. Cierta lentitud; funciona más despacio de lo que cabría esperar. Pueden concentrarse en tareas intelectualmente exigentes por períodos

de hasta 30 minutos; exigencias más prolongadas le producen fatiga o desarrolla dolor de cabeza.

Clase 3 Déficit moderado. No puede leer más allá de artículos de prensa; lecturas más complejas le resultan difícilmente abordables. Le resulta difícil seguir instrucciones complejas (por ejemplo, manuales de instrucciones o planes de construcción). No pueden realizar tareas de mantenimiento de vehículos de motor o mecanografiar documentos largos.

Clase 4 Deterioro grave. Sólo puede leer unas pocas líneas antes de perder la concentración. Muy notables dificultades para seguir instrucciones simples. Déficit de concentración evidente incluso durante una breve conversación. Las alteraciones a este nivel le dificultan vivir solo, necesitando asistencia periódica de los familiares o servicios sociales en los casos en los que pueda hacerlo.

Clase 5 Deterioro muy grave. Necesita supervisión constante en el seno de institución sociosanitaria.

Empleabilidad.

Ya se ha comentado anteriormente que los efectos de los trastornos mentales se pueden traducir en mala adaptación al mercado laboral y, por tanto, tener consecuencias en lo que respecta a la capacidad para encontrar y mantener un empleo. Puede por tanto ser útil el análisis de los antecedentes laborales del trabajador para intentar hacer una aproximación a las dificultades de éste para poder mantener un empleo, si bien resulta obvio que en las múltiples variaciones de una vida laboral el efecto de un eventual trastorno mental es una más de las causas que pueden contribuir a cambios frecuentes de actividad laboral en las que no se logra estabilidad y a la existencia de períodos prolongados de desempleo; no es desde luego asumible que desde el efecto se pueda inferir la causa cuando hay múltiples posibles causas de inestabilidad laboral pero sin duda, es un dato más a tener en cuenta y que hay que valorar en el contexto general del trabajador. Se propone de nuevo una valoración a través de cinco clases funcionales:

Clase 1 Sin claro déficit, o en todo caso, déficit leve que puede ser atribuible a la variabilidad en la población general. Es capaz de trabajar a tiempo completo con rendimiento adecuado a su Formación y entrenamiento y es capaz de hacer frente a las exigencias normales de trabajo.

Clase 2 Deterioro leve. Si bien es capaz de trabajar a tiempo completo puede tener ciertas restricciones o bien precisa reducción de la jornada laboral. Puede tener ciertos problemas para trabajar con ciertas personas o para afrontar determinados requerimientos.

Clase 3 Déficit moderado. Dificultades muy importantes para afrontar los requerimientos de la actividad laboral, que ahora no puede llegar a desempeñar ni en jornadas muy reducidas.

Clase 4 Deterioro grave. No puede trabajar más de uno o dos días seguidos; el absentismo es la norma.
Clase 5 Deterioro muy grave. No es capaz de trabajar en absoluto.

Valoración de la discapacidad con arreglo al RD 1971/1999.

El Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre[99], de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía recoge en su anexo un baremo con arreglo al cual efectuar la calificación de las situaciones de minusvalía; de discapacidad global según la actual nomenclatura, basado de nuevo en el sistema propuesto por las tablas AMA[100]. En su conjunto, plantea una valoración asentada sobre tres líneas generales: capacidad para llevar a cabo una vida autónoma, repercusión del trastorno en su actividad laboral y la presencia de síntomas y signos que constituyen criterios diagnósticos; será a partir de estas tres líneas y de una serie de criterios específicos desde donde se trate de establecer, para cada caso, su ubicación en una de las cinco clases funcionales que se proponen para la evaluación, cada una de las cuales se corresponde con una valoración porcentual del menoscabo funcional que se estima. A este respecto, las clases propuestas por el sistema son:

1. Clase I: (0 por 100). Presenta sintomatología psicopatológica aislada, que no supone disminución alguna de su capacidad funcional.
2. Clase II: Discapacidad leve (1-24 por 100):

    a) La capacidad para llevar a cabo una vida autónoma está conservada o levemente disminuida, de acuerdo a lo esperable para un individuo de su edad y condición, excepto en períodos recortados de crisis o descompensación.

    b) Pueden mantener una actividad laboral normalizada y productiva excepto en los períodos de importante aumento del estrés psicosocial o descompensación, durante los que puede ser necesario un tiempo de reposo laboral junto a una intervención terapéutica adecuada.

    c) Cumplen los criterios para el diagnóstico de trastorno orgánico de la personalidad; síndrome postconmocional u otros trastornos mentales orgánicos.

3. Clase III: Discapacidad moderada (25-59 por 100):

a) Restricción moderada en las actividades de la vida cotidiana (incluyendo los contactos sociales) y en la capacidad para desempeñar un trabajo remunerado en el mercado laboral.

- ✓ La medicación y/o el tratamiento "son necesarios de forma habitual". Si, a pesar de ello, persiste la sintomatología clínicamente evidente:

- ✓ Que "interfiere notablemente en las actividades de la persona": Se asignará un porcentaje de discapacidad comprendido entre el 45 y 59 por 100,

- ✓ Que "no interfiere notablemente en las actividades de la persona": Se asignará un porcentaje de discapacidad comprendido entre el 25 y 44 por 100,

b) Las dificultades y síntomas pueden agudizarse en períodos de crisis o descompensación. Fuera de los períodos de crisis:

- ✓ El individuo es capaz de desarrollar una actividad laboral normalizada y productiva la mayor parte del tiempo, con supervisión y ayuda: Se asignará un porcentaje de discapacidad comprendido entre el 25 y 45 por 100,

- ✓ El individuo sólo puede trabajar en ambientes laborales protegidos con supervisión mínima: Se asignará un porcentaje de discapacidad comprendido entre el 45 y 59 por 100,

c) Presencia de alguna de las características clínicas siguientes:

- ✓ Trastornos volitivos: Inconstancia, abulia.
- ✓ Labilidad emocional, cambios de humor.
- ✓ En los trastornos de ansiedad, adaptativos y somatomorfos:
  - o Cuadros que presentan crisis que requieran ingreso para su hospitalización.
  - o Grave alteración en la capacidad de relación interpersonal y comunicación.
- ✓ En los trastornos afectivos:

- o Episodios maníacos recurrentes.
- o Depresión mayor de evolución crónica (más de dieciocho meses sin remisión).
- o Mala respuesta a los tratamientos.
- o Trastorno bipolar con recaídas frecuentes que requieran tratamiento. Como posible orientación se proponen más de dos al año, más de cinco en los últimos tres años o más de ocho en los últimos cinco años.
- o Depresión recurrente (incluso breve) con tentativas de suicidio.
- o Presencia de síntomas psicóticos.

- ✓ En trastornos psicóticos:
  - o Persistencia de síntomas psicóticos por más de un año.
  - o Dificultad marcada en la relación interpersonal o actitudes autistas.

4. Clase IV: Discapacidad grave (60-74 por 100):

a) Restricción marcada de las actividades de la vida cotidiana. Precisa supervisión intermitente en ambientes protegidos y total fuera de ellos.

b) Marcada disminución de su capacidad laboral, puesta de manifiesto por deficiencias importantes en la capacidad para mantener la concentración, continuidad y ritmo en la ejecución de las tareas y repetidos episodios de deterioro o descompensación asociados a las actividades laborales, como consecuencia del proceso en adaptarse a circunstancias estresantes. No puede mantener una actividad laboral normalizada y con dificultad en centros de Educación Especial.

Puede acceder a centros y/o actividades ocupacionales, aunque, incluso con supervisión, el rendimiento suele ser pobre o irregular.

c) Presencia de alguno de los siguientes síntomas:

- ✓ Irritabilidad, ira inmotivada...
- ✓ Impulsividad con fallo en el autocontrol.
- ✓ Suspicacia y paranoidismo.

- ✓ En los trastornos de la personalidad cuando reúnan alguno de los requisitos siguientes:
    - o Necesidad de internamiento.
    - o Graves trastornos en el control de impulsos.
    - o Alteraciones psicopatológicas permanentes y severas.
- ✓ En los trastornos de ansiedad, adaptativos y somatomorfos: cuadros con grave repercusión sobre la conducta y mala respuesta al tratamiento.
- ✓ En los trastornos afectivos:
    - o Depresión mayor encronizada (más de tres años sin remisión apreciable).
    - o Trastorno bipolar resistente al tratamiento.
    - o Sintomatología psicótica crónica.
- ✓ En trastornos psicóticos:
    - o Mala respuesta a los tratamientos con persistencia de sintomatología.
    - o Necesidad permanente de tratamiento con internamientos reiterados.
    - o Asociaciones laxas de ideas, tendencia a la abstracción, apragmatismo.
    - o Síntomas alucinatorios y delirantes crónicos.

5. Clase V: Discapacidad muy grave (75 por 100):

a) Repercusión extrema de la enfermedad o trastorno sobre el individuo, manifestado por incapacidad para cuidar de sí mismo ni siquiera en las actividades básicas de la vida cotidiana. Por ello, necesitan de otra u otras personas de forma constante.

b) No existen posibilidades de realizar trabajo alguno, ni aun en centros ocupacionales supervisados.

c) Presencia de alguno de los siguientes síntomas:

- ✓ Alteración de la esfera instintivo-afectiva.
- ✓ Perseveración ideativa.

- ✓ Deterioro cognitivo.
- ✓ En los trastornos de ansiedad, adaptativos y somatomorfos: trastorno grave resistente por completo a todo tratamiento.
- ✓ En los trastornos afectivos:
    - o Síntomas de depresión y/o manía (o hipomanía) constantes.
    - o Hospitalizaciones reiteradas por el trastorno.
    - o Ausencia de recuperación en los períodos intercríticos.
- ✓ En trastornos psicóticos:
    - o Trastornos graves en el curso y/o contenido del pensamiento que afectan al sujeto la mayor parte del tiempo.
    - o Pérdida del contacto con la realidad.
    - o Trastornos disperceptivos permanentes.
    - o Institucionalización prolongada.
    - o Conductas disruptivas reiteradas.

1.3 La valoración clínico-laboral en el sistema español de Seguridad Social.

La evaluación clínico-laboral que se lleva a cabo desde las unidades médicas del INSS para determinar la existencia o ausencia de una incapacidad permanente están específicamente orientadas a la valoración de la eventual situación de discapacidad que presenta un sujeto en relación con la actividad laboral, y ha de quedar reflejada en un informe de evaluación médica. Generalmente, una valoración de este tipo ha de incluir[101] una entrevista psiquiátrica, además de una exhaustiva revisión de informes clínicos (procedentes del circuito asistencial). Puede además se necesario disponer, en determinadas ocasiones, de estudios adicionales, como una valoración neuropsicológica en el caso de sospecha de afectación cognitiva o, más específicamente, de algún estudio psicométrico dirigido a clarificar síntomas, establecer el contexto de personalidad en el que se presenta el cuadro y, además, evaluar la credibilidad de los síntomas descritos por la persona evaluada.

En el procedimiento administrativo de evaluación de una incapacidad permanente resulta preceptivo este informe médico "consolidado en forma de síntesis", que debe reflejar la situación del trabajador. La emisión de tal informe se convierte en la pieza clave del procedimiento ya que, sobre el mismo, ha de determinarse la existencia o no de incapacidad para el trabajo (en el concepto de la misma que ya se analizó en su momento) y debe además establecerse una previsión de la evolución del cuadro que permita determinar si se cumplen las exigencias relativas al pronóstico para calificar una incapacidad permanente (situación clínica previsiblemente irreversible o cuya mejoría sólo puede plantearse a largo plazo).

No existen unos contenidos mínimos del informe de evaluación de la incapacidad laboral en lo que respecta a exigencias normativas; será el criterio profesional del médico evaluador el que dicte el contenido que tal informe debe tener, si bien los procedimientos de uso habitual en el INSS han venido a sistematizar una serie de contenidos "mínimos" a incluir en todo informe, contenidos que, en todo caso, incluyen una valoración funcional del caso para la cual, de nuevo, no existen criterios normativos más allá de determinadas orientaciones técnicas provenientes de la propia Entidad Gestora y elaboradas fundamentalmente a partir de la aportaciones científicas del colectivo de médicos evaluadores de la Entidad.

Nos encontramos pues ante la necesidad de analizar el "informe médico de evaluación de incapacidad laboral", el conocido como "Informe Médico de Síntesis" (y al que nos referiremos mediante esta última terminología como "IMS", término que, sin duda, es el más habitual en el ámbito de la evaluación

clínico-laboral y de uso común entre médicos, así como en los ámbitos administrativo y jurisdiccional), tanto desde la perspectiva de su estructura como de su contenido, contenido que ineludiblemente debe incluir una valoración de la repercusión funcional del cuadro clínico. Es sin duda en este último aspecto, en los criterios en los que se fundamenta la valoración funcional que efectúa el médico evaluador, en los que podemos encontrar mayores dificultades como se expondrá más adelante, ya que, a diferencia de lo que ocurre por ejemplo en el reconocimiento de prestaciones no contributivas, carecemos de criterios de evaluación establecidos con carácter normativo. En efecto, llama poderosamente la atención que el baremo que establece los criterios de evaluación aplicables a la incapacidad no contributiva esté publicado mediante norma de rango reglamentario; el RD 1971/1999, de 23 de diciembre, mientras que en el caso de la incapacidad permanente, tales criterios no encuentran sustento normativo alguno y quedan limitados a “meras orientaciones” que, con carácter de “guía de actuación”[102], no resultan vinculantes para el médico evaluador.

1.3.1 El informe médico de síntesis.

1.3.1.1 El IMS en el procedimiento de evaluación de una IP.

Una vez iniciado el procedimiento de reconocimiento de una IP ante el Instituto Nacional de la Seguridad Social por quien tiene legitimación activa para instarlo, resulta preceptivo que, por parte de unidades especializadas de carácter médico-administrativo, se emita una valoración clínico-laboral del trabajador. Estas unidades médico-administrativas se ubican en el seno del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) como Unidades de Valoración Médica de Incapacidades, cuyo origen se remonta a las creadas en su día en el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), y en las que se integran los facultativos médicos inspectores que, a lo largo del tiempo, se han ido incorporando al INSS. Son estos médicos inspectores los encargados de efectuar la valoración del trabajador y emitir los correspondientes Informes Médicos de Síntesis (IMS). Cabe citar la excepcionalidad de la situación vigente en las provincias catalanas, en las que el examen médico del trabajador, la emisión del IMS y el dictamen propuesta corren a cargo de unidades dependientes de la Generalitat de Catalunya e integradas en el ICAM (Institut Català d'Avaluacions Mèdiques).

Tratándose de un documento de carácter eminentemente administrativo, subsumible en la figura descrita en los artículos 79 y 80 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas[103], es evidente la impregnación del mismo en lo que respecta a lo que podríamos considerar un informe clínico. Así, se han de incluir en el mismo los antecedentes médicos y la situación actual, los diagnósticos y la evolución

(hasta el momento y la previsible), así como una serie de consideraciones en relación al tratamiento recibido y a las posibilidades diagnóstico-terapéuticas (relevantes a la hora de establecer si se han agotado o no las posibilidades terapéuticas de cara a la consideración del proceso como irreversible o sólo reversible a largo plazo)[104].

1.3.1.2 Estructura y contenidos mínimos del IMS.

La regulación del IMS en la normativa del procedimiento de calificación de una IP viene dada por el art. 8 de la Orden de 18 de enero de 1996[105] para la aplicación y desarrollo del Real Decreto 1300/1995[34], de 21 de julio, sobre incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social, regulación que, si merece un calificativo, es la de breve.

Más que breve escueta, por cuanto se limita a definir lo que hemos de entender como su contenido preceptivo; siguiendo lo establecido en la referida Orden, en el IMS "quedarán recogidos"[105]:

1. El historial médico del Servicio Público de Salud. Debe entenderse, en su caso, hace alusión también al historial que debe aportar la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social o los servicios médicos de la Empresa Colaboradora en la gestión de la asistencia sanitaria, en el caso de que la asistencia del trabajador recaiga sobre una de estas entidades. En realidad pues, a lo que se hace referencia es al historial clínico procedente de lo que podríamos denominar Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social, concepto que ya hemos desarrollado con anterioridad en cuanto su pretensión de lograr la recuperación del trabajador.
2. Los informes de otros facultativos que haya aportado el interesado. A este respecto, resulta de interés acaso comentar que no es infrecuente que se aporten al procedimiento informes asistenciales procedentes de la medicina privada o, como resulta cada vez más habitual, informes periciales que ya efectúan una valoración clínico-laboral del caso e, incluso, pretenden justificar la calificación de un determinado grado de incapacidad.
3. En su caso, el resultado de las pruebas complementarias o informes que hayan sido solicitados por la Dirección Provincial del INSS a instancias del facultativo que suscribe el IMS.

Regulación que calificábamos de breve, y añadimos ahora "incompleta", en tanto en cuanto omite que el contenido del IMS no puede (ni debe) limitarse a lo anterior, sino que debe hacerse extensivo a la evaluación de la repercusión funcional del cuadro clínico constatado, valoración que es tarea específica del médico evaluador que ha de emitirlo[106], y que en todo caso, debe respetar las

exigencias de igualdad y seguridad jurídica del trabajador ante la aplicación de los correspondientes criterios médicos de valoración de la situación de menoscabo funcional.

Las fuentes primarias del IMS: la problemática derivada de la información clínica procedente de la asistencia sanitaria privada y de los informes periciales.

Ya se ha indicado que debe incorporarse al IMS la historia clínica que procede del proceso asistencial correspondiente a la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social. No obstante, en la práctica lo habitual es que en los procedimientos de evaluación médica la información asistencia no se limite a esta parte de la asistencia sanitaria, siendo muy frecuente que se aporten al procedimiento datos procedentes de ámbitos médicos ajenos al de la Seguridad Social.

En lo que respecta a informes asistenciales procedentes del ámbito privado, nada se opone a que puedan ser incorporados a las consideraciones a efectuar por parte del médico inspector; es más, si tales documentos médicos llegan al procedimiento aportados por el trabajador, consideramos que no pueden ser ignorados: no se puede olvidar que la referida regulación del contenido del IMS (art. 8 de la Orden de 18 de enero de 1996 para la aplicación y desarrollo del Real Decreto 1300/1995[34], de 21 de julio, sobre incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social) recoge, expresamente, que debe hacerse eco de los informes de otros facultativos que pueda aportar el interesado.

Sólo una consideración al respecto de situaciones en las que los servicios asistenciales (privados y, en ocasiones, públicos) sobrepasan su función asistencial para pronunciarse en relación con la situación clínico-laboral, haciendo constar en los informes clínicos valoraciones clínico-laborales, con carácter pericial en fin; y es una consideración dirigida a señalar que estas valoraciones no resultan acordes con lo establecido por el artículo 62 del Código de Deontología de la Organización Médica Colegial, que establece claramente que las funciones asistenciales y periciales no pueden ser ejercidas por el mismo médico sobre el mismo paciente[107].

En lo que respecta a la incorporación al procedimiento de informes periciales, es más que dudoso que puedan considerare como “informes de otros facultativos” a efectos de ser incorporados al IMS. Los informes periciales no añaden información clínica; no son necesarios para determinar el diagnóstico ni el curso pronóstico ni el tratamiento al que ha sido sometido el trabajador. Su función es la misma que la del IMS, es decir, traducir esos aspectos clínicos al impacto funcional. A este respecto, la norma reguladora del procedimiento establece que esta función corresponde al IMS, y desde luego no a informes periciales que puedan ser aportados por el trabajador y que, no obstante, y con este carácter, podrán ser ponderados:

a) Por el EVI, a la hora de realizar su dictamen-propuesta y al reexaminar la misma a la luz de lo que aporte el trabajador en el trámite de audiencia (mediante el cual tendrá éste conocimiento del IMS y de la propuesta de resolución).
b) Por el Director Provincial del INSS en el momento de dictar resolución, ya que tal resolución recae a la vista del expediente administrativo en su conjunto, y no sólo sobre el dictamen-propuesta emitido por el EVI y en relación al cual no cabe predicar carácter vinculante en lo que respecta al contenido de la Resolución.
c) En vía revisora jurisdiccional, en la que el órgano judicial considerará el conjunto de valoraciones periciales que se aporten al procedimiento, y entre las cuales habrá que situar IMS y al resto de valoraciones periciales que pudieran efectuarse.

Particularidades del IMS en relación con la valoración de los trastornos mentales.

En relación al IMS, y más cercano al tema que nos ocupa, los trastornos mentales, resulta de particular interés recoger expresamente en el IMS aquellos aspectos que tienen una especial trascendencia en historia clínica psiquiátrica y para la construcción de la patobiografía del sujeto, tales como:

a) Los antecedentes, tanto familiares como personales, desde el punto de vista psicopatológico y físico. La identificación de patrones de herencia en los trastornos mentales, así como la incidencia en los mismos de trastornos físicos o la existencia de trastornos "orgánicos" con manifestaciones "psiquiátricas" obligan a tener presentes estos datos a la hora no sólo de establecer el diagnóstico, sino que también son determinantes para fundamentar el pronóstico e, incluso, la previsible respuesta al tratamiento[108]. En relación a los antecedentes personales, la cronopatología, la presencia o ausencia de factores estresantes ambientales y su posible relación con el inicio de los síntomas o la constatación de la presencia de rasgos disfuncionales de personalidad son también elementos a considerar a la hora de emitir un pronóstico fundamentado acerca del curso clínico que cabe esperar del proceso. Más adelante se expondrán con detalle alguno de estos aspectos.

b) Situación actual. Mientras en la práctica clínica la indagación se efectúa en relación con la presentación clínica del proceso en el momento en el que se realiza la actuación clínica, en el ámbito clínico – laboral el concepto "situación actual" debe ser matizado. Es muy habitual que el IMS se efectúe en el contexto de un proceso de incapacidad temporal (IT); desde una situación de actividad laboral, se produce un cese en la

misma con carácter inicialmente “temporal”, resultando que, por los avatares del mismo (duración de la incapacidad más allá del máximo previsto legalmente para la IT, determinación en el curso de la IT de una situación no reversible desde el punto de vista de la incapacidad laboral o cuya posible mejoría sólo se plantea a largo plazo), se origina un procedimiento de IP. En estos casos, la descripción de la “situación actual” debe remontarse al inicio del proceso de IT, ya que es en ese momento cuando se produce el “punto de inflexión”, la aparición de una “incapacidad para el trabajo” que previamente no existía. Este punto de inflexión, puesto en relación con los antecedentes, permite determinar el *estado anterior*, la situación en la que se encontraba el trabajador previamente a la determinación médica de la existencia de incapacidad para el trabajo y que, en principio, resultaba compatible con tal actividad, ya que sólo el agravamiento de ese estado anterior sería susceptible de dar lugar a una IP. A este respecto, establece el artículo 193.1 del TRLGSS-2015 que “Las reducciones anatómicas o funcionales existentes en la fecha de la afiliación del interesado en la Seguridad Social no impedirán la calificación de la situación de incapacidad permanente, cuando se trate de personas con discapacidad y con posterioridad a la afiliación tales reducciones se hayan agravado, provocando por sí mismas o por concurrencia con nuevas lesiones o patologías una disminución o anulación de la capacidad laboral que tenía el interesado en el momento de su afiliación”; sensu contrario, si estas reducciones anatómicas o funcionales existían ya en el momento de la afiliación, o si estaban presentes mientras desarrollaba actividad laboral (prueba de que el proceso no conllevaba incapacidad para el trabajo) y no existe agravamiento de la situación clínica, no podrá determinarse que exista incapacidad permanente. En cuanto a la aplicación de este precepto, pueden resultar ilustrativas STSJ PV 622/2014 de 11 de marzo, STSJ CV 3204/2004 de 3 de junio.

Resulta pues vital en este punto establecer la existencia (o ausencia) de este punto de inflexión en la situación funcional del trabajador, que de cualquier forma, si se considera que aparece una situación de IT que antes no existía, partirá de una presunción acerca de su existencia, ya que será el facultativo que emita ese parte de baja médica el que afirma, con tal emisión, que a partir de la fecha de la baja existe una situación diferenciada; una situación de incapacidad que, previamente a la emisión de tal parte, no había constado (bien porque tal incapacidad no existía o bien, en algún caso, porque no se había acudido para recabar asistencia sanitaria ni solicitar tal baja médica, que no olvidemos, es fruto muchas veces de la petición del propio trabajador o de su entorno más que de la iniciativa del facultativo asistencial).

En otros casos, el procedimiento de IP se iniciará sin la existencia de un proceso de IT previo. En este caso, resulta evidente que la "situación actual" no puede remontarse tan atrás como antes pretendíamos, al momento de la emisión de un parte de baja y por tanto, a la constatación médica de la existencia de una incapacidad para el trabajo. Se tratará pues de una *situación más imprecisa*, que en todo caso debe recoger el porqué de iniciarse el expediente de IP en ese momento y no en otro; debe recogerse (o al menos debe intentarse) la *situación diferente* que lleva a que, en ese momento, se solicite la valoración de la situación de IP, con las mismas consideraciones que se efectuaron antes en relación al *estado anterior*.

En esta "situación actual" resulta imprescindible recoger una exploración psicopatológica básica por parte del propio médico evaluador, y que resultará complementaria de las que puedan obtenerse en el estudio de la documentación médica aportada al procedimiento. No obstante lo dicho, será preciso tener en cuenta que esta exploración se corresponde a la situación objetivada *en un momento y contexto concretos*; la consulta de evaluación en la Unidad Médica, y que muy difícilmente puede sustituir al estudio de la evolución clínica del proceso, sobre todo en lo que respecta a un informe que se incardina en un procedimiento de IP y sobre todo, en el contexto de los trastornos psiquiátricos, en los que no es infrecuente aparezcan oscilaciones en la intensidad de los síntomas.

c) Seguimiento clínico. No se puede olvidar que la valoración clínico-laboral de la IP parte de una situación de alteración de la salud que, por exigencia legal (art. 193.1 TRLGSS), exige que el trabajador haya sido sometido a tratamiento y exista una situación funcional irreversible o sólo reversible a largo plazo. Esta exigencia de tratamiento implica que el trabajador estará o habrá estado en relación con el sistema sanitario asistencial, en el que habrá sido sometido a las actuaciones diagnósticas y terapéuticas adecuadas al caso. Será el tipo, curso y respuesta de la enfermedad (y de sus consecuencias funcionales) las que determinen la existencia o no de una incapacidad para el trabajo, por lo que no podrá efectuarse la valoración clínico-laboral exigida si no se cuenta con el "historial clínico del trabajador", que será aportado por él mismo o por el propio servicio público de salud. Igualmente, podrán ordenarse por los médicos evaluadores de las Unidades Médicas las pruebas o consultas especializadas que resulten pertinentes en aras a determinar con mayor precisión el estado del trabajador.

Nos encontramos pues en un punto en el que convergen las actuaciones del sistema asistencial (asistencia sanitaria de la Seguridad Social) y los dispositivos evaluadores del INSS, y en el que la actuación de estos últimos está claramente condicionada por el sistema asistencial.

d) Tratamiento. Si bien es cierto que los médicos evaluadores no pueden intervenir en el tratamiento del trabajador que están examinando, resulta inevitable recoger en el IMS dicho tratamiento con la amplitud suficiente para poder responder una serie de cuestiones:

   a. ¿Se han agotado las posibilidades terapéuticas?

   b. ¿Qué intensidad de tratamiento precisa el trabajador? ¿Se objetivan efectos adversos derivados del tratamiento psicofarmacológico?

   c. ¿Contraindica de por sí el tratamiento la realización de algún tipo de actividad?

e) Valoración funcional. Es sin duda la tarea más compleja, ya que supone concluir, a partir de la información precedente, de qué forma afecta la enfermedad al funcionamiento del trabajador y, por ende, qué requerimientos de la actividad laboral tiene dificultad para llevar a cabo, además de aproximar la intensidad con la que tal dificultad se presenta. La extensión del tema merece un tratamiento más extenso que se abordará en el apartado correspondiente.

1.3.1.3 El informe médico de síntesis: las conclusiones.

A partir de lo anterior, el médico evaluador debe emitir una valoración fundamentada acerca de la existencia o no de una discapacidad que pudiera tener trascendencia en el ámbito laboral; opinión que:

a) Deber ser motivada; debe ser consecuencia lógica de lo analizado en relación a los antecedentes, situación actual, tratamiento y respuesta al mismo.

b) Debe ser puesta en relación con criterios de valoración estandarizados, que permitan dar respuestas similares a situaciones similares, garantizando los principios de igualdad y seguridad jurídica. A este respecto, es preciso no olvidar que si bien el médico evaluador actúa con arreglo a la *lex artis* de la ciencia médica, no es menos cierto que su actuación se incardina en un procedimiento administrativo que parte de determinadas exigencias y pretende una serie de garantías al administrado, por lo que será preciso acomodar, en esa aplicación de los conocimientos médicos, a estos principios y garantías de índole jurídica.

La conclusión del IMS debe estar referida al conjunto diagnóstico evidenciado en el trabajador (desde el punto de vista de su relevancia clínico – laboral), así como a las limitaciones que de él se derivan, su evolución previsible y el tratamiento al que ha sido sometido el trabajador[109.] Desde aquí deben extraerse las conclusiones sobre el caso, conclusiones que deben tener dos vertientes; una "categorial", diagnóstica, que permita establecer que efectivamente las limitaciones que se objetivan traen causa en la existencia de una alteración de la salud médicamente constatable, además de una valoración dimensional, con pretensión cuantitativa, relativa a la gravedad de tales limitaciones. Esta conclusión debe ser puesta en relación con las exigencias de la actividad laboral del trabajador para poder encuadrar al mismo en alguno de los grados de incapacidad permanente legalmente previstos o, en su caso, determinar la inexistencia de incapacidad permanente.

1.3.1.4 El informe médico de síntesis en los procedimientos de revisión de grado de IP.

Ya se expuso anteriormente con ocasión del análisis de la IP desde el punto de vista de su carácter revisable, que puede haber supuestos en los que, aun siendo necesario efectuar la calificación de un grado de IP en un momento dado, es médicamente previsible la posibilidad de que se produzca una mejoría clínica a partir de un momento dado.

Uno de los problemas más importantes que aparecen en la práctica habitual para determinar si efectivamente se ha producido mejoría o no, es que los términos en los que se redactó el IMS que sustentó la calificación inicial sean lo suficientemente claros como para poder concluir que existe diferencia sustancial entre la situación previa y la que se evalúa en el procedimiento de revisión, y aún más, que esta nueva situación permite afrontar unos determinados requerimientos laborales dentro de cierta estabilidad, cuestión ésta que debe quedar nítidamente definida en el IMS del procedimiento de revisión de grado.

En los casos de revisión de grado, además, la constatación del cuadro clínico resulta igualmente de particular relevancia, ya que, caso de incluir éste diagnósticos no comprendidos en la inicial calificación de grado, el plazo de revisión que se fijó en la Resolución inicial pierde su carácter de límite temporal a partir del cual pueda instarse tal revisión, de forma que, un nuevo diagnóstico al que se le haya de presumir trascendencia invalidante abre la puerta a un eventual proceso de revisión de grado en cualquier momento, sin necesidad de que transcurra el plazo de revisión.

1.3.1.5 El problema de las "lesiones previas a la afiliación": el estado anterior y su constatación en el IMS.

El modelo de protección de la discapacidad para el trabajo parte de los conceptos clásicos del aseguramiento: se protegen (aseguran) los riesgos, no

los siniestros ya acaecidos. Desde este punto de vista, no cabría pues considerar que corresponda protección alguna a una alteración de la salud que ya estaba presente en el momento de constituir la protección; en el momento del alta en el sistema de la Seguridad Social. No obstante la claridad en la redacción del precepto legal, en la práctica la litigiosidad que se origina en la interpretación del alcance el precepto legal es amplísima, pudiéndose sintetizar la jurisprudencia al respecto como sigue:

- A tenor del artículo 193 de la Ley General de la Seguridad Social, no está vedado el acceso a la prestación aquellas lesiones anteriores a la vida laboral ya que, resultando que la finalidad de la prestación es la compensación de la pérdida de la capacidad laboral que provoca la expulsión del mercado de trabajo, si la evolución de las lesiones previas durante la vida laboral adquiere tal gravedad que deja de permitir a quien las padece el ejercicio normal del trabajo, surge un claro cambio de la situación en la cual se incorporó al mercado laboral.
- En el caso de que las patologías, lesiones o dolencias sufridas por el solicitante de la prestación tengan carácter congénito o cuando las mismas se han originado y desarrollado con anterioridad al inicio de la vida laboral, esto es, antes de que quien las sufre haya ingresado, en el sistema de la Seguridad Social a través de la afiliación y simultánea alta, no obsta considerar pueda sobrevenir una situación de incapacidad para el trabajo cuando éstas experimentan una agravación, durante la vida laboral, que dificultan o impiden realizar el trabajo que hasta el momento habían venido desempeñando con normalidad, ya que en este caso lo que sobreviene y causa la incapacidad no es la lesión previa en sí, sino el agravamiento de la misma.
- El tenor del art. 193.1 TRLGSS es totalmente claro respecto de que la patología previa a la afiliación no impedirá la calificación de IP “cuando se trate de personas con discapacidad y con posterioridad a la afiliación tales reducciones se hayan agravado, provocando por sí mismas o por concurrencia con nuevas lesiones o patologías, una disminución o anulación de la capacidad laboral que tenía el interesado en el momento de su afiliación”.

Debe pues el IMS dar respuesta a esta problemática desde la cronopatología de la discapacidad que presente el trabajador sometido a examen, de forma que, ante una patología previa al momento de la incorporación del trabajador al mercado laboral, deben recogerse expresamente en el IMS la situación (constatada o razonablemente presumible) en la que el trabajador se incorporó al mercado de trabajo (afiliación al sistema de protección), así como los avatares del proceso previo a lo largo de la vida laboral (procesos de IT por esta causa, evolución clínica…). En este contexto habrá que situar la evolución de la enfermedad; la evolución natural genérica y la previsible en el contexto del tratamiento (curso clínico), así como la particular, la que ha seguido el caso concreto y la que se prevé vaya a tener, extrayendo las oportunas conclusiones

en lo que se refiere a la traducción funcional del cuadro patológico y la evolución del menoscabo funcional a lo largo del tiempo.

1.3.2 El dictamen – propuesta del Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI).

El IMS, como ya se ha visto, recoge la traslación de una información médico-asistencial a unas limitaciones objetivas en la funcionalidad del trabajador. Ahora bien; el IMS se emite en relación a aspectos eminentemente médicos, debiéndose en algún momento del procedimiento administrativo conectar tales limitaciones con los requerimientos de una actividad laboral concreta, que ha de ser determinada, y en general, con los requerimientos de una actividad laboral "económicamente rentable". Esa labor corresponde al EVI, que funciona al amparo de la regulación administrativa para los órganos colegiados, y se formaliza a través de la emisión de un dictamen-propuesta, al que ya hicimos alusión anteriormente pero en relación con el cual es preciso detenerse de nuevo a la hora de conectar su contenido con el del IMS.

El dictamen-propuesta, que carece de regulación normativa específica al respecto de su contenido, y que se encuadraría en el género de las propuestas de resolución administrativa descritas en la legislación de procedimiento administrativo, ha de recoger, para dar la fundamentación que requiere toda resolución administrativa:

a) Profesión del trabajador. La que se haya determinado por el EVI a la vista de los antecedentes laborales del trabajador. Es preciso insistir aquí en el hecho de que la profesión recogida en el IMS por el propio médico que lo elabora tiene como fuente de información la referencia del trabajador, o a lo sumo, lo referido por éste en su solicitud, pero que es el EVI el que, a la vista de los antecedentes profesionales y de las reglas concretas para la determinación de la profesión habitual, a las que ya se hizo referencia, ha de determinar ésta a los efectos del procedimiento administrativo.

b) Cuadro clínico residual, consignado bajo el epígrafe "deficiencias más significativas", que recoge los procesos clínicos (los diagnósticos en suma) de los que se derivan limitaciones funcionales. Al respecto del contenido de este cuadro clínico, insistir en que no se recoge habitualmente cada diagnóstico que presente el trabajador, sino sólo aquellos de los cuales puede predicarse una trascendencia funcional relevante.

c) Limitaciones orgánicas y funcionales. Recoge el dictamen-propuesta la traducción funcional de la situación del trabajador. Resulta evidente que es el contenido clave en relación al cual habrá de sustentarse la Resolución Administrativa, y a este respecto, es evidente su trascendencia jurídica. No existe regulación alguna en relación al cómo se han de determinar estas

limitaciones, si bien resulta más que evidente que los márgenes de discrecionalidad al respecto de los criterios que se sigan deben estar necesariamente acotados en aras a una mínima garantía de los principios de igualdad y seguridad jurídica que deben presidir toda actuación administrativa.

d) Propuesta de calificación de IP en cualquiera de sus grados o determinación de que las lesiones son previas a la afiliación y no se han agravado y, en su caso, de que no procede calificar IP en grado alguno por no haber adquirido permanencia las lesiones y tratarse de un proceso susceptible de tratamiento.

Ya se describió anteriormente que sobre esta propuesta se pronunciará la Dirección Provincial del INSS (o del Instituto Social de la Marina en el caso de los trabajadores pertenecientes al Régimen Especial de Trabajadores del Mar), confirmándola o resolviendo según estime conveniente, dado el carácter no vinculante de tal propuesta.

En lo que a nosotros nos atañe en este punto, que es la conexión entre el IMS y el dictamen-propuesta, es preciso señalar que la práctica habitual es que tanto el cuadro clínico residual como las limitaciones que de él se derivan se trasladan íntegramente desde lo establecido en el IMS; cuestión ésta por lo demás lógica (es el médico inspector que emite el IMS el que ha tenido contacto primario con las fuentes de información del IMS y, en su caso, ha explorado al trabajador y puede haber ordenado los estudios complementarios necesarios para fundamentar lo concluido en el IMS). Por tanto, el contenido del IMS tiene, en la práctica, una enorme trascendencia jurídica al incorporarse parte de sus conclusiones al dictamen-propuesta. Queda no obstante a salvo la posibilidad de que el propio EVI pueda modificar tanto el cuadro clínico residual como las limitaciones que de él se derivan, ya que toda propuesta de resolución, al menos formalmente, se efectúa (al igual que la Resolución) a la vista del expediente administrativo, y no sólo del IMS, que es parte del expediente pero no todo el expediente.

1.3.3 Criterios generales de evaluación clínico-laboral de la patología psiquiátrica.

Tal y como se ha venido analizando, la determinación de la existencia o no de trastorno mental es el primer paso para determinar si procede o no hablar de incapacidad laboral en el ámbito psiquiátrico. A partir de aquí, el problema pasa a tener otra índole, trascendiendo el problema diagnóstico y centrándose en los aspectos funcionales. La piedra angular pues del constructo médico sobre el que asienta la calificación de la IP asienta sobre la determinación de qué discapacidad está presente y en qué grado lo está en cada caso concreto. Este es el núcleo de la actividad de los que desarrollamos nuestro trabajo en las unidades médicas del INSS como médicos evaluadores.

La actuación de los médicos evaluadores en el ámbito de la Seguridad Social debe responder, como el conjunto de la actividad administrativa, a las exigencias jurídicas de actuación con arreglo a, fundamentalmente, los principios de igualdad y seguridad jurídica, a las que habrá que acomodar la actividad científico-médica que requiere la evaluación de la discapacidad. Para poder actuar en esta línea, resulta imprescindible articular criterios que permitan homogenizar la actuación médica y, en lo posible, remitirse a los aspectos objetivos de la enfermedad y su repercusión funcional, repercusión que, en aquellos casos de mayor gravedad, podrá evidenciarse incluso en el ámbito extralaboral, al que inicialmente se le han de suponer menos requerimientos, en cuanto a exigencia, de los que cabe sean exigibles en el ámbito de la actividad laboral.

Evidentemente, no se trata de un problema derivado del régimen jurídico de la protección de la incapacidad laboral en la Seguridad Social española, sino que más bien es una problemática común al conjunto de sistemas de protección social, ya que la intervención pública en los mismos, independientemente de su configuración concreta, hace que todos deban responder a unos principios jurídicos muy semejantes, sea cual sea su formulación en cada ordenamiento jurídico particular. Así, los distintos organismos de seguridad social han venido trabajando en la elaboración de criterios de evaluación médica que, con mayor o menos exhaustividad, permiten una primera aproximación al problema de la evaluación de la discapacidad laboral, si bien resulta evidente que cada sistema de protección social ha elaborado tales criterios tratando de dar respuesta a las particulares exigencias de su sistema jurídico. Por otra parte, desde el propio ámbito clínico no se ha renunciado a pronunciarse en lo que respecta a la repercusión funcional del trastorno mental; se han formulado instrumentos, más o menos complejos, que tratan de efectuar una cuantificación de la afectación que presenta el sujeto desde el punto de vista de su función, si bien, en este caso, el destino de la valoración no será, evidentemente, proporcionar la fundamentación de resolución jurídica alguna, sino la de evaluar y seguir a lo largo del curso clínico el impacto funcional del trastorno mental.

1.3.3.1 Modelos para la evaluación de la discapacidad laboral en la enfermedad mental.

El problema de la evaluación clínico-funcional no es, lógicamente, exclusivo del sistema de protección social, y los problemas que plantea se pueden hacer extensivos tanto a otros sistemas de protección social o al ámbito de los seguros privados. Distintos sistemas de protección social en distintos países han dado desiguales respuestas a la forma de evaluar la discapacidad laboral, si bien todos asientan en una base común: la emisión de una valoración que describa la incapacidad del trabajador que deriva de su situación médica, el pronóstico en relación con estas limitaciones y la posibilidad de llevar a cabo ciertas

intervenciones para promover su recuperación y reinserción laboral y la traslación de estas valoraciones médicas a las exigencias de la conceptualización de la incapacidad laboral en el ordenamiento jurídico de cada país; sea expresando la capacidad residual como un porcentaje de la capacidad del sujeto no discapacitado (Bélgica, Suiza, Francia) o como porcentaje de jornada laboral que se considera puede asumir el trabajador discapacitado (Alemania) entre otros medios para determinar el derecho a percibir una renta compensatoria de la que se deja de percibir por la discapacidad laboral y, en su caso, la cuantía[110].

Por otra parte, la determinación de la discapacidad resultante de un trastorno mental es una tarea ardua, en buena parte debido a la dificultad para objetivar el correlato funcional que efectúa el paciente y, por otra parte, porque no existe una relación uniforme entre el trastorno concreto diagnosticado y el grado de deterioro funcional que presenta el paciente. Así, se pueden encontrar personas con un diagnóstico de trastorno mental grave que mantiene (en su medio) un funcionamiento relativamente aceptable, mientras que otros pacientes, con diagnósticos en principio más “leves”, presentan limitaciones funcionales que afectan a su capacidad de mantener una actividad laboral[111]. No obstante lo dicho, la valoración global de la situación de discapacidad no puede quedar limitada a los factores individuales en lo que respecta a la dualidad discapacidad derivada de condición médica-capacidad residual, ya que, como se ha insistido, existirán factores contextuales, ajenos al sujeto discapacitado, que pueden determinar una mayor o menor restricción en la participación en lo que a actividad laboral se refiere.

En general, el abordaje de la cuestión que se lleve a cabo debe dar respuesta a dos cuestiones fundamentales: qué áreas del funcionamiento del sujeto están deterioradas y cuánto. Además, esta evaluación debe efectuarse con la atención focalizada en el ámbito laboral, de forma que, en el caso de la discapacidad en relación con trastornos mentales, debe evaluarse el impacto de la actividad laboral sobre la condición de salud del trabajador y, en su caso, actuar sobre aquellas situaciones modificables en el medio laboral para que los riesgos que ésta supongan puedan considerarse eliminados o, al menos, controlados en relación con la particular situación del trabajador de riesgo.

Si previamente se ha revisado algún instrumento de valoración genérico en cuanto a la evaluación del impacto funcional de los trastornos mentales, se han de traer a colación en este momento instrumentos diseñados con la pretensión específica de efectuar una valoración de la capacidad del sujeto para desempeñar una actividad laboral; en primer lugar tomando alguna referencia procedente del ámbito anglosajón (Estados Unidos de América del Norte y Estado de Australia del Sur, a las que se hará referencia como “Blue Book” y

"tablas Australia" en lo sucesivo) para, seguidamente, analizar los criterios propuestos en el ámbito de la Seguridad Social española.

El sistema estadounidense: Disability Evaluation Under Social Security ("Blue Book")[112].

El aseguramiento de la discapacidad laboral en los Estados Unidos de América del Norte trae causa en la Social Security Act. La definición legal de discapacidad de la que parte la legislación estadounidense al respecto no difiere sustancialmente de la que rige en el ámbito de la Seguridad Social española: se considera discapacidad como la incapacidad para mantener una actividad que permita la rentabilidad económica a causa del menoscabo funcional que derive de una enfermedad, física o psíquica, que resulte médicamente determinable con arreglo a lo dispuesto en un protocolo médico de valoración conocido como "Blue Book"[112]. En lo que respecta a los trastornos mentales, los criterios de valoración se recogen en la Sección 12, en la que sobre un esquema general en el que, para cada grupo de trastornos, se exige un mínimo de gravedad, mínimo que se considera alcanzado cuando se verifican una serie de criterios que constituyen:

a) Por una parte, una descripción de lo que, para cada trastorno o grupo de trastorno, se consideran características que pueden conllevar asociada repercusión funcional significativa.

b) Y un segundo grupo, genérico, constituido por la exigencia de que las características clínicas se traduzca en, al menos, una marcada restricción de dos de entre cuatro áreas de funcionamiento: actividades de la vida diaria, mantenimiento del funcionamiento social, dificultades para el mantenimiento de la concentración, persistencia o ritmo o la presencia de repetidos episodios de descompensación.

Sobre este "esquema general" se presentan en algunos supuestos variaciones concretas en función del trastorno concreto, variaciones a las que aludiremos a propósito de la revisión de los grupos diagnósticos correspondientes.

Government of South Australia: "Tablas Australia"[113].

La presencia o ausencia de discapacidad laboral se evalúa desde los requerimientos de la Safety, Rehabilitation and Compensation Act 1988. Basada en un sistema porcentual, establecen, en función de una escala descriptiva, el nivel de deterioro funcional que presenta el trabajador. En la escala se evalúan las reacciones a estresantes habituales y su repercusión funcional, la presencia o ausencia de pensamiento distorsionado, la presencia o ausencia de

alteraciones comportamentales, la necesidad de supervisión de terceras personas o la necesidad de mantener tratamiento farmacológico, así como la existencia de ingreso psiquiátrico.

Desde las distintas administraciones de la Seguridad Social de Australia (que se configura como un estado federal en el que las competencias en materia de Seguridad Social están encomendadas a los estados) se han elaborado directrices para la valoración del impacto funcional de la enfermedad sobre el individuo. Una de las aproximaciones a la cuestión se ha efectuado desde el Government of South Australia[113], a través de unas directrices de evaluación médica que, en relación a lo que nos ocupa, que se centran en la valoración de un "menoscabo psiquiátrico global" a la que se llega desde la evaluación sistemática de distintas áreas: inteligencia, pensamiento, percepción, juicio, afecto - humor y comportamiento. Para cada una de estas áreas se proponen una serie de criterios de valoración que conducen a un rango porcentual de menoscabo y a una de las cinco clases funcionales que se establecen. No existe continuidad entre las distintas clases funcionales y los porcentajes que en ellas se comprenden, de forma que se producen "escalones de salto" entre algunas de ellas. En esencia, las directrices contenidas en el referido documento se corresponden con lo que sigue:

1. Valoración de la inteligencia.

Se define "inteligencia" como la capacidad para comprender y desarrollar conductas adaptativas.

Clase funcional 1 (deterioro de 0 a 5%); sin deterioro o deterioro ligero. No hay evidencia de deterioro cognitivo en el examen del estado mental; no se constata y dificultad en el funcionamiento cotidiano que puede atribuirse a problemas cognitivos.
Clase funcional 2 (deterioro del 10 al 20%); deterioro leve. Se ponen de manifiesto algunas interferencias en el funcionamiento diario.
Clase funcional 3 (deterioro del 25 al 50%); deterioro moderado. Se ponen de manifiesto interferencias significativas con el funcionamiento cotidiano.
Clase funcional 4 (deterioro del 55 al 75%); deterioro menos grave. La vida independiente es imposible.
Clase funcional 5 (deterioro superior al 75%); deterioro grave. Necesita supervisión y cuidados continuos.

2. Valoración del pensamiento.

Clase funcional 1 (deterioro de 0 a 5%); sin deterioro o deterioro ligero. Trastornos transitorios, leves, no disruptivos y que habitualmente pasan desapercibidos para otras personas.

Clase funcional 2 (deterioro del 10 al 20%); deterioro leve. Aparecen síntomas leves que, por lo general, causan angustia subjetiva. Por ejemplo:

1. *El pensamiento puede ser confuso o lento; puede tener serias dificultades para pensar con claridad.*
2. *Alteración leve del curso del pensamiento debido a la alguna falta de memoria o concentración disminuida; pueden tener algún pensamiento obsesivo que es ligeramente perturbador, puede estar preocupado por los miedo , preocupaciones angustiosas o experiencias y por la incapacidad de dejar de rumiar.*
3. *Mayor sentido de auto-conciencia o persistente sentimiento de culpa*
4. *Algún otro trastorno del pensamiento que es mínimamente perturbador como ideas o ilusiones sobrevalorados.*
5. *Algún trastorno formal del pensamiento que no lo hace interferir con la comunicación efectiva.*

Clase funcional 3 (deterioro del 25 al 50%); deterioro moderado. Las manifestaciones de trastorno del pensamiento son más llamativas; la mayoría de los médicos considerarían indicado el tratamiento psiquiátrico. Se ubicarían en esta clase funcional:

1. *Problemas graves con la concentración debido a ideación, pensamientos o reflexiones obsesivos que interfieren con el mantenimiento de la atención.*
2. *Marcada interrupción del curso del pensamiento debido a problemas de memoria significativos o disminución de la concentración.*
3. *Ideas delirantes persistentes que interfieren con la capacidad para hacer frente a las actividades cotidianas (severa culpabilidad patológica, por ejemplo).*
4. *Trastorno formal del pensamiento que interfiere con formas verbales y de otro tipo de comunicación.*

Clase funcional 4 (deterioro del 55 al 75%); deterioro menos grave. Los trastornos de pensamiento objetivados dificultan el funcionamiento independiente y, por lo general, precisan algún tipo de asistencia externa.

Clase funcional 5 (deterioro superior al 75%); deterioro grave. Necesita supervisión y cuidados continuos.

3. Valoración de la percepción (interpretación del sujeto acerca de la experiencia, interna y externa, que recibe a través de los sentidos).

La percepción a través de los sentidos permiten al sujeto conectar e interaccionar con el exterior y con las propias sensaciones corporales "internas". Sobre una percepción "normal" pueden aparecer diferentes distorsiones:

A. Alucinaciones. El sujeto experimente una percepción sensorial en ausencia de estímulos externos reales. Así, "oye" cuando no hay sonido, "ve" lo que no está, "siente que le tocan " cuando no hay contacto con la piel, etc.
B. Ilusiones. Se trata de distorsiones de estímulos sensoriales reales; se precibe la realidad de forma "distinta" a como es (se cree ve a un familiar cuando en realidad quién está delante es un extraño, se percibe como doloroso el tacto de un algodón, etc). Las Ilusiones pueden ser en ocasiones un fenómeno normal; no son patognomónicas de la existencia de psicopatología.
C. Pseudoalucinaciones. Se experimenta la percepción de un estímulo que no existe, pero a diferencia de lo que ocurre en las alucinaciones, el sujeto que las experimenta las reconoce como percepciones no reales.

Clase funcional 1 (deterioro de 0 a 5%); sin deterioro o deterioro ligero. Las experiencias internas o externas se perciben distorsionadas; aumentadas o embotadas, pero con poca interferencia con la función.

Clase funcional 2 (deterioro del 10 al 20%); deterioro leve. Las experiencias internas o externas se perciben distorsionadas; aumentadas o embotadas, pero ahora ya producen algunas interferencias en el funcionamiento diario; presencia de pseudoalucinaciones.

Clase funcional 3 (deterioro del 25 al 50%); deterioro moderado. Se hace patente la presencia de alucinaciones (excluidas las alucinaciones hipnagógicas o hipnopómpicas) y éstas están relacionadas con situaciones transitorias inducidas por fármacos. Pueden aparecer ilusiones significativas.

Clase funcional 4 (deterioro del 55 al 75%); deterioro menos grave. La vida independiente es imposible. Alucinaciones o ilusiones significativas, que se manifiestan con malestar subjetivo y trastornos del comportamiento.

Clase funcional 5 (deterioro superior al 75%); deterioro grave. Las alucinaciones o ilusiones causan alteraciones de la conducta de tal entidad que se necesitan supervisión y cuidados continuos.

4. Valoración de la capacidad de juicio**.**

Se evalúa en esta área la capacidad del individuo para evaluar y analizar información y situaciones alas que se enfrenta, así como la capacidad para formular conclusiones adecuadas en relación con esa información, conclusiones que deben traducirse en decisiones “adaptativas”. Es característica la afectación

del juicio en el contexto de lesiones orgánicas cerebrales o en los trastornos psicóticos (en los que se produce una ruptura del sujeto con la realidad que le circunda), pero también en el trastorno depresivo mayor, los trastornos por ansiedad o en el contexto de los trastornos disociativos.

Clase funcional 1 (deterioro de 0 a 5%); sin deterioro o deterioro ligero. Pueden aparecer situaciones en las que no se efectúe una valoración adecuada de la realidad o cierta perspicacia, pero en general con poca repercusión funcional.

Clase funcional 2 (deterioro del 10 al 20%); deterioro leve. La evaluación de las situaciones es persistentemente deficiente, con repercusión en las relaciones, medio labora o toma de decisiones (que resultan erróneas por mala evaluación de la realidad). Estos errores y sus consecuencias son percibidos por los demás, pero no resultan del todo disruptivos en su entorno.

Clase funcional 3 (deterioro del 25 al 50%); deterioro moderado. Los errores de juicio tienen trascendencia en el ámbito social, el trabajo y las situaciones familiares hasta el punto de que se ve afectadas relaciones personales, o en el ámbito de trabajo; se cometen errores en el desempeño de la actividad laboral. Errores en la apreciación del riesgo pueden llevar a gastos exagerados en compras o en juegos de azar.

Clase funcional 4 (deterioro del 55 al 75%); deterioro menos grave. Los errores de juicio tienen ya una repercusión más que significativa; se producen fallos habituales a la hora de evaluar situaciones o implicaciones de las propias actuaciones, errores que pueden traducirse en la creación de riesgo o daño a sí mismo o a otros. Pueden llegar a precisar supervisión constante. Clase funcional 5 (deterioro superior al 75%); deterioro grave. Pueden aparecer incluso actitudes persistentemente agresivas debidas a una mala interpretación del comportamiento o motivación de los demás; puede manifestarse desinhibición sexual importante.

5. Valoración del estado de ánimo.

El estado de ánimo es un estado emocional que perdura en el tiempo; a veces se le denomina “afecto”. Se pueden definir una serie de características:

A. Rango: Variabilidad de la expresión emocional durante un período de tiempo, es decir, si sólo uno estado de ánimo se expresa en un período de tiempo, la gama afectivo está restringido.
B. Amplitud: La cantidad de energía gastada en la expresión de un estado de ánimo, es decir, un leve amplitud de la ira se manifiesta por la molestia y la irritabilidad.

C. Estabilidad: los cambios lentos de estado de ánimo son normales. cambios rápidos (labilidad afectiva) puede ser patológica.
D. Adecuación: El "ajuste" (o congruencia) entre el afecto y la situación.
E. Calidad del afecto: sospechoso, triste, feliz, ansioso, enojado , apático .
F. Relación: Habilidad para expresar el calor, para interactuar emocionalmente y para establecer una buena relación.

Clase funcional 1 (deterioro de 0 a 5%); sin deterioro o deterioro ligero. Manifestaciones relativamente transitorias de tristeza, felicidad, ansiedad, ira y apatía; variaciones normales del estado de ánimo asociados con acontecimientos vitales adversos.

Clase funcional 2 (deterioro del 10 al 20%); deterioro leve. Aparecen síntomas leves; depresión leve, malestar subjetivo que lleva a una cierta interferencia funcional, reducción del interés en las actividades habituales, aparición de ideas suicidas fugaces, ataques de pánico aislados o elevado estado de ánimo. Pueden experimentar sentimientos de desrealización o despersonalización.

Clase funcional 3 (deterioro del 25 al 50%); deterioro moderado. Síntomas moderados; frecuentes ataques de ansiedad con concomitantes somáticos, sentimientos inapropiados de culpa, ideación suicida persistente o intentos de suicidio, marcada labilidad de los afectos, somnolencia significativa, aislamiento social que conduce a deterioro en las relaciones interpersonales, anhedonia, alteración del apetito con cambio de peso significativo, enlentecimiento o agitación psicomotrices, hipomanía o despersonalización severa.
Clase funcional 4 (deterioro del 55 al 75%); deterioro menos grave. Funcionamiento alterado en la en la mayor parte de las áreas; agitación constante, excitación maníaca violenta, intentos de suicidio repetidos, permanece en cama todo el día, autoabandono extremo, ira o hipersensibilidad extremas. Requiere supervisión por parte de un tercero para evitar lesiones a sí mismo o a otros.

Clase funcional 5 (deterioro superior al 75%); deterioro grave. Depresión severa que requiere asistencia en todos los aspectos de autocuidado. Ideación suicida constante, excitación maníaca que requiere la moderación.

6. Valoración de la conducta.
Clase funcional 1 (deterioro de 0 a 5%); sin deterioro o deterioro ligero. Perturbaciones transitorias en el comportamiento que resultan comprensibles en el contexto de la situación de la persona; puede aparecer, por ejemplo, fatiga excesiva.

Clase funcional 2 (deterioro del 10 al 20%); deterioro leve. En general, poca repercusión funcional, si bien aparecen alteraciones de la conducta manifiesta en situaciones de estrés, alteraciones que no suelen ser disruptivas. Las alteraciones del comportamiento persistentes pueden tener efectos negativos en las relaciones interpersonales o el empleo.

Clase funcional 3 (deterioro del 25 al 50%); deterioro moderado. Comportamiento agresivo ocasional que llega a requerir atención o tratamiento. Presencia de rituales obsesivos que interfiere con la actividad dirigida a objetivos. Comportamiento antisocial repetido que conduce a conflictos con la autoridad.

Clase funcional 4 (deterioro del 55 al 75%); deterioro menos grave. Comportamiento persistentemente agresivo o disruptivo, que llega a requerir atención o tratamiento. Comportamiento significativamente influenciado por ideas delirantes o alucinaciones, asociado con el riesgo de daño a sí mismo fuera de un entorno protegido, pero que no requieren constante supervisión. Hiperactividad maníaca asociada con comportamiento inapropiado. Comportamiento regresivo significativo (por ejemplo, la negligencia extrema de la higiene con la imposibilidad de asistir a sus propias necesidades corporales).

Clase funcional 5 (deterioro superior al 75%); deterioro grave. Requiere una vigilancia constante para evitar dañarse a sí mismo o a otros (los repetidos intentos de suicidio, excitación maníaca). Catatonía o rigidez, rituales incesantes.

Manual de actuación para médicos del INSS[114].

Las orientaciones que contiene actualmente este manual provienen de las primeras líneas de actuación que se siguieron en España en aras de protocolizar la valoración de la discapacidad laboral en el ámbito de la Seguridad Social[115]; sucesivas ediciones han ido actualizando y ampliando su contenido.

Proporciona unos criterios generales de valoración, aplicables en principio al conjunto de la patología psiquiátrica, prestando atención sobre todo a la repercusión funcional del proceso. Se atiende a criterios como la necesidad de seguimiento especializado, la necesidad de tratamiento psicofarmacológico y el grado de compensación clínica que éste proporciona, así como a la presencia o ausencia de determinados “criterios de gravedad”:

- *Episodios maniacos y depresión (con tentativas de suicidio) recurrentes.*
- *Depresión mayor severa de evolución crónica.*
- *Trastorno bipolar con recaídas frecuentes que requieran tratamiento (cicladores rápidos).*
- *Presencia de síntomas psicóticos que remitan parcialmente.*

- *Cuadros que presentan crisis que requieran ingreso para hospitalización.*
- *Grave alteración en la capacidad de relación interpersonal y comunicación.*
- *Sintomatología alucinatoria y delirante crónica.*
- *Asociaciones laxas de ideas, tendencia a la abstracción, apragmatismo.*
- *Graves trastornos en el control de impulsos.*

O de "especial gravedad":

- *Depresión endógena (mayor) cronificada (> 2 años sin remisión apreciable).*
- *Trastorno bipolar resistente al tratamiento.*
- *Sintomatología psicótica crónica, pérdida del contacto con la realidad con trastornos disperceptivos permanentes.*
- *Hospitalizaciones reiteradas y prolongadas por el trastorno, institucionalización.*
- *Ausencia de recuperación en los períodos intercríticos.*
- *Cuadros con grave repercusión sobre la conducta y mala respuesta al tratamiento.*
- *Conductas disruptivas reiteradas.*
- *Trastornos severos en el curso o contenido del pensamiento que afectan al sujeto la mayor parte del tiempo.*
- *Perturbaciones profundas de la personalidad que de modo precoz y con persistencia, produzcan sintomatología variada y severa, afectando a las áreas instintiva y relacional.*

La presencia o ausencia de estos criterios de gravedad, junto con la valoración de otros aspectos del cuadro clínico completo, son lo que llevarán a formular la existencia de limitaciones psiquiátricas en un determinado grado funcional; del 0 al 4 (se empleará en lo sucesivo numeración romana con la intención de establecer una diferencia entre grados funcionales y la graduación de los requerimientos profesionales, que se expondrán seguidamente).

Grado Funcional	Valoración	Tratamiento y respuesta	Repercusión sobre el funcionamiento	Impacto funcional sobre la capacidad laboral
0	**No cumple criterios diagnósticos. La clínica puede englobarse bajo el concepto de "síntomas aislados".**	**No precisa seguimiento especializado; puede tener seguimiento por MAP**	**Sin repercusión significativa sobre la funcionalidad**	**No existe incapacidad para la actividad laboral.**
I	**Cumple criterios diagnósticos de forma intermitente.**	**Tratamiento y seguimiento especializado intermitente con compensación de los síntomas en períodos intercríticos**	**Repercusión leve**	**IT en crisis.**
II	**Cumple criterios diagnósticos de forma continuada sin criterios de gravedad.**	**Tratamiento y seguimiento especializado habitual con respuesta parcial**	**Repercusión moderada**	**Pueden existir limitaciones para actividades de responsabilidad, riesgo, gran carga estresante o que precisen contacto frecuente con terceros.**
III	**Cumple criterios diagnósticos de forma continuada con criterios de gravedad.**	**Tratamiento y seguimiento especializado habitual con respuesta escasa.**	**Repercusión grave**	**No apto para la actividad laboral productiva, posible en ambientes protegidos.**
IV	**Cumple criterios diagnósticos de forma especialmente grave.**	**Tratamiento y seguimiento habitual con mínima o nula respuesta.**	**Repercusión muy grave**	**Capacidad nula, puede requerir ayuda o supervisión para ABVD.**

Tabla 3. Valoración funcional de los trastornos psiquiátricos; adaptado de "Manual de actuación para Médicos del INSS"[114].

A simple vista pues debe concluirse que el establecimiento del correcto grado funcional que presenta el trabajador constituye una medida del grado de deterioro, medida que en buena parte asienta sobre la determinación de la existencia o ausencia de los criterios de gravedad o especial gravedad que se establecen como factores diferenciadores o criterios de inclusión en los distintos grado funcionales. A este respecto pues, debe precisarse el qué y el por qué de tales criterios, cuestión ésta que será revisada a propósito de la valoración de los concretos trastornos.

Particularmente relevante para nosotros será la relación establecida entre los grados funcionales que se proponen (del 0 al IV) y su relación con la repercusión sobre el funcionamiento del sujeto, que la propia guía de actuación relaciona con tales grados funcionales, de manera que se crea un continuum entre la ausencia de repercusión significativa sobre la funcionalidad y las limitaciones graves - muy graves.

Los criterios expuestos en el referido manual de actuación[114] en cuanto a la valoración de los trastornos mentales en cuanto a su repercusión se presentan

directamente conectados, además de con el referido “Blue Book”, y evidentemente, con los contenidos en el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía, al que ya aludimos con anterioridad y que resulta evidente “impregna” los criterios empleados en el ámbito de la valoración de la incapacidad contributiva (la relacionada con la actividad laboral, que es la que ahora nos ocupa). Una de las áreas que se evalúan a través del baremo contenido en el RD 1971/1999 en lo que se refiere a los trastornos mentales y su repercusión es, precisamente, la repercusión sobre su capacidad laboral. Así, a este respecto, se establece que han de considerarse:

a) El déficit en el mantenimiento de la concentración, la continuidad y el ritmo en la ejecución de tarea, en definitiva, la capacidad para mantener una atención focalizada de modo que la finalización de las tareas laborales se lleve a cabo en un tiempo razonable.

b) El deterioro o descompensación en la actividad laboral debido al fracaso en adaptarse a circunstancias estresantes, entendiendo como tales la toma de decisiones, el planificar y finalizar a tiempo los trabajos o la interacción con jefes y compañeros, entre otras. El fracaso se manifestará, por ejemplo, en forma de retraimiento o evitación de dichas circunstancias, así como por la aparición o exacerbación de los síntomas del trastorno.

La aplicación de estos criterios se verá con detalle a propósito de la revisión de cada trastorno en concreto.

1.3.3.2 La evaluación de los requerimientos profesionales.

El carácter eminentemente profesional de la IP hace imprescindible que cualquier valoración de la capacidad o incapacidad haya de ir necesariamente referida a unos requerimientos, que son los de la actividad laboral que haya de tomarse como referencia para ello considerada la historia laboral del trabajador y las reglas aplicables al caso concreto. Este binomio discapacidad - requerimiento complica el procedimiento de evaluación y cualquier análisis que pueda efectuarse en relación al mismo, ya que habrá tantas posibilidades de establecer perfiles de requerimientos profesionales como actividades laborales existan en el mercado laboral, si bien con las particularidades ya aludidas en relación a lo que ha de considerarse como núcleo esencial de la actividad laboral y otros aspectos sobre los cuales cabe efectuar, caso de ser necesario, una adaptación de los requerimientos.

Sin pretender hacer una exposición más extensa sobre el tema, no se puede dejar de citar que existe como referencia una serie de requerimientos tabulados

para las distintas actividades laborales en la Guía de Valoración Profesional editada por el INSS (ya referenciada), basada en la categorización mediante la Clasificación Nacional de Ocupaciones de 2011 (CNO- 2011) y la agrupación de las distintas actividades laborales según grupos homogéneos de requerimiento. No obstante lo anterior, lo cierto es que el número grupos resultantes es lo suficientemente amplio como para dificultar un análisis de los datos.

En la sistematización propuesta, los requerimientos en cuanto a "carga mental" (considerada como la cantidad y tipo de información que ha de "manejar" el trabajador) se estructuran en una serie de dimensiones: comunicación, atención al público, toma de decisiones, atención – complejidad y apremio, valorándose cada una de estas en una escala de intensidad creciente, desde el 1 al 4. Se incluye además la valoración de la dependencia, considerada ésta como el grado de libertad que tiene el trabajador en su puesto de trabajo para realizar sus tareas variando el ritmo de trabajo sin incidir en la producción. Junto a estos requerimientos, que podríamos llamar específicos de cada ocupación, no deben olvidarse otros, genéricos para cualquier actividad laboral, a los que ya hemos hecho alusión, y que comportan el asistir diariamente al trabajo, permanecer en el puesto durante la jornada o atender a la interacción personal con compañeros, superiores y subordinados, entre otros que podrían mencionarse.

Otras propuestas más "clásicas" en busca de configurar grupos de actividades laborales más o menos homogéneos en cuanto a los requerimientos de las distintas actividades se basa en la distinción básica de actividades basadas en el trabajo manual o físico y actividades basadas en la actividad intelectual, estableciéndose una clasificación en dos grupos (la ya aludida basada en la distinción entre trabajadores "blue collar" o de cuello azul en referencia a los que desempeñan las primeras y "white collar" o de cuello blanco en alusión a las segundas). Esta clasificación, con matices y subgrupos en su caso, ha venido siendo empleada a la hora de efectuar estudios en relación con la discapacidad laboral y las prestaciones relacionadas con esta situación, así como para identificar distintos patrones de discapacidad laboral según se trate de un trabajador clasificable en uno u otro grupo[116,117].

Sobre esta clasificación dicotómica inicial se han construido otras muchas propuestas. Resulta particularmente relevante para nuestro estudio la que establece una clasificación en tres grupos: "blue collar" y "white collar" según los conceptos habituales al respecto, añadiéndose una tercera categoría; comercio - servicios, que propone una alternativa clasificatoria para aquellas actividades que pueden no encontrarse claramente acomodadas en ninguna de las dos antedichas, con requerimientos de carga mental (relevante para nuestro propósito) intermedios entre las dos categorías "clásicas" y de no tan marcada

carga física o de trabajo manual como la que caracterizaría al grupo de trabajadores “blue collar”, y que ha sido empleada en algunos trabajos en relación con la discapacidad laboral asociada a trastornos mentales[118], y que propone:

a) Trabajadores “blue collar”: trabajadores del trasporte, agricultura, ganadería, pesca, minería, trabajadores industriales, trabajadores de la construcción…

b) Trabajadores “white collar”: los que desempeñan funciones directivas, profesionales o técnicas, administrativas, financieras…

b) Trabajadores del comercio o servicios.

1.4 Evaluación de la discapacidad laboral en las distintas entidades diagnósticas.

La formulación de criterios diagnósticos en la práctica clínica habitual responde a la necesidad de establecer agrupaciones de pacientes que se comportan de forma semejante en cuanto al curso pronóstico y tratamiento. No obstante la utilidad de esta sistemática, que podríamos denominar clásica, es preciso reconocer que no se ajusta completamente al modelo biomédico de diagnóstico, centrado en la etiopatogenia del proceso, quedando limitado a las manifestaciones clínicas externas. A este respecto, el diagnóstico psiquiátrico se asemeja más a lo que se conceptualiza como un diagnóstico sindrómico, en relación al cual, bajo lo que aparentemente constituye una única entidad, pueden encontrarse diversos mecanismos patogénicos y, al final, distintas entidades nosológicas, si bien indiferenciables desde el punto de vista de la clasificación diagnóstica. Este es el hilo conductor fundamental de la evolución de las clasificaciones diagnósticas en psiquiatría, que van modificándose según van estableciéndose agrupaciones sindrómicas que se ajustan mejor a las evidencias médicas del momento. Es así que en el DSM 5[44], por ejemplo, se establece una categoría diferenciada para el trastorno bipolar, que clásicamente había venido compartiendo clasificación con los trastornos depresivos unipolares en el ámbito de los denominados “trastornos del humor”.

Sin ánimo ni pretensión de efectuar una revisión de los aspectos clínicos de las distintas entidades diagnósticas, es inevitable realizar una primera aproximación a las mismas para centrarnos en aquellos aspectos relevantes en lo que al procedimiento de calificación de una IP se refiere. Se analizará, particularizando en cada grupo diagnóstico, la repercusión funcional de los mismos, considerados tanto los aspectos propios del trastorno como su impacto en relación con la actividad laboral, así como, en su caso, aspectos relativos al pronóstico e implicaciones terapéuticas. En relación a esto último, es preciso considerar que, en el momento de evaluar el cuadro clínico y su traducción funcional en relación con la existencia (o inexistencia) de una incapacidad permanente, el tratamiento debe darse por agotado en lo que respecta a las expectativas de mejoría funcional del caso, o al menos, en relación a la mejoría a medio plazo, sin perjuicio de que pudiese proceder, en su momento, una revisión del grado inicialmente calificado.

No se considera preciso ni adecuado, insistimos, revisar el conjunto de la nosología psiquiátrica, por lo que necesariamente se ha de efectuar una selección de lo que se supone más frecuente y de lo que resulta más grave. No disponemos para la realización de este trabajo de datos acerca de la prevalencia de los distintos trastornos mentales en lo que respecta a los procedimientos de IP; por ello nos centraremos pues, al menos como primera aproximación, en los datos procedentes del Sistema Nacional de Salud (SNS) relativos a morbilidad en el ámbito asistencial. En referencia al último año con cifras disponibles, el

Conjunto Mínimo de Datos-Ambulatorio (sistema en implantación) identifica como problemas más prevalentes el amplio grupo de las psicosis, seguido de los trastornos afectivos y los trastornos relacionados con consumo de substancias.

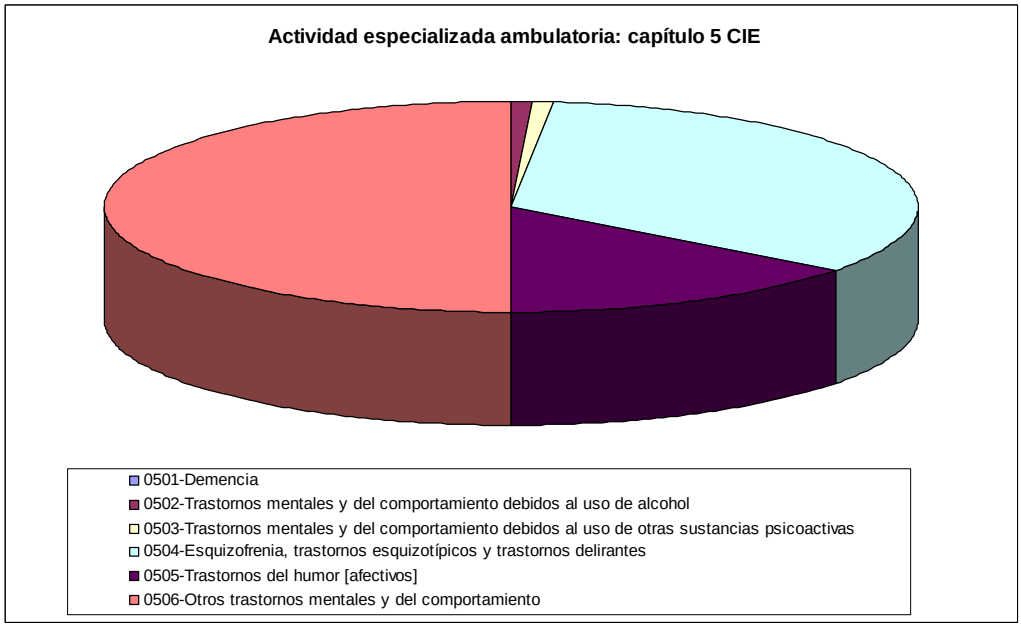


Fig.3. Actividad especializada ambulatoria registrada en el SNS en 2014. Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos Ambulatorio (CMBD AAE).Dirección de la web: http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicosns.

En lo que se refiere a los datos de hospitalización, son sin duda más completos (el CMBD hospitalario es un sistema plenamente consolidado).

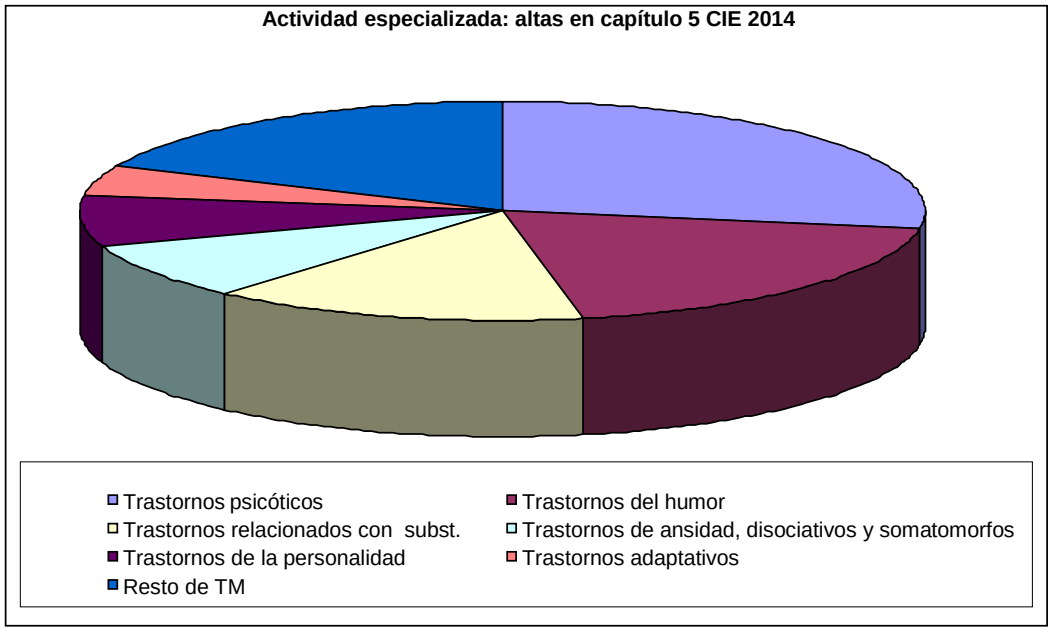


Fig. 4. Actividad especializada ambulatoria registrada en el SNS en 2014. Elaboración propia a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos – Hospitalización (CMBD). Dirección de la web: http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicosns

Los datos de hospitalización son muy significativos en cuanto a la gravedad clínica; los datos muestran la importancia, de nuevo, de las psicosis, los trastornos afectivos, los trastornos de la personalidad, los trastornos relacionados con substancias, los trastornos de ansiedad o las reacciones de adaptación.

Con arreglo a estos datos pues se llevará a cabo una somera revisión de lo que, a priori, parece presentarse con más frecuencia y más gravedad.

1.4.1 Trastornos del humor (afectivos).

La vivencia cotidiana del sujeto no es neutral ni objetiva; cada sujeto tiene una vivencia subjetiva, fruto de la interpretación que surge de esa realidad y respondiendo a la misma mediante respuestas "agudas"; *las emociones*, que generalmente se acompañan de cortejo somático. Aparecen así el miedo, la angustia, la alegría, la tristeza o el deseo. Se trata pues de respuestas puntuales, ante un estímulo concreto. Estas emociones se suceden, dando lugar en el sujeto que las experimenta a un "estado de ánimo", el humor, que se prolonga más allá de la instantaneidad de la emoción, oscilando dentro de un continuum desde la melancolía (el más bajo de los estados de ánimo) hasta la exaltación (el más elevado de los estados de ánimo). Cuando se producen alteraciones significativas del estado de ánimo y el sujeto no es capaz de responder con emociones adecuadas al estímulo, se distorsiona la relación del sujeto con la realidad (interna y externa), apareciendo conductas disfuncionales y alterándose toda la actividad en general del sujeto. Aparecen el estado depresivo, como un patrón persistente de "humor bajo" (hipotimia) que ya discurre independientemente de los estímulos (internos o externos) o la manía, como un "humor exaltado" (hipertimia), igualmente autónomo en su curso en lo que respecta al entono o a las vivencias internas del sujeto. Estas alteraciones del humor son las que se denominan trastornos afectivos, y se caracterizan por constituir respuestas afectivas que *discurren de forma independiente y desproporcionada en relación a estímulos*.

Bajo la clasificación DSM-IV-TR[44], los trastornos afectivos engloban una serie de trastornos que responden a una sintomatología relacionada con la tristeza, la presencia de alteraciones cognitivas y un determinado cortejo de síntomas y signos somáticos, como la pérdida de peso o la aparición de somatizaciones. Engloba:

- Trastornos bipolares
- Trastorno depresivo mayor.
- Trastorno depresivo no especificado
- Trastorno ciclotímico

- Trastorno distímico

- Trastorno del estado de ánimo sin especificar.

1.4.1.1 Trastornos bipolares.

Mientras la versión IV - TR del DSM los incluye como parte integrante de los trastornos afectivos, la nueva clasificación de la APA, DSM-5[44], los cataloga en un apartado específico, manteniéndolos a distancia de los trastornos afectivos que quedan reducidos, en esta versión, a la polaridad depresiva del espectro afectivo.

El trastorno bipolar se caracteriza por oscilaciones entre la manía y la depresión; el sujeto experimenta las dos polaridades afectivas de forma evidentemente patológica y con deterioro funcional asociado. Se distinguen dos subtipos; el trastorno bipolar tipo I, en el que se suceden los episodios de depresión y manía y el tipo II, en el que la manía se presenta en una forma de menor intensidad; la denominada hipomanía.

La discapacidad derivada del trastorno bipolar trae causa en la frecuencia con la que se suceden los episodios de reagudización, la aparición de manifestaciones de la esfera psicótica, la persistencia de sintomatología depresiva subclínica, la persistencia de alteraciones cognitivas o la comorbilidad, así como en los efectos adversos de los fármacos precisos para el tratamiento[119]. En períodos intercríticos, la presencia de síntomas, aunque sean éstos de baja intensidad, se asocia tanto a deterioro funcional como a la aparición de un nuevo episodio de crisis[120]. Por otra parte, la sucesión de episodios de reagudización en el curso del trastorno se traduce en un deterioro progresivo a nivel cognitivo, deterioro que se traduce en enlentecimiento de la velocidad de procesamiento, disminución de la memoria de trabajo o dificultades para mantener la atención[121]. El diagnóstico de trastorno bipolar se ha asociado con tasas significativas de desempleo y de dificultades para mantener el empleo, identificándose como factores de riesgo para estos resultados adversos, un peor rendimiento cognitivo, la presencia de manifestaciones clínicas de la esfera psicótica, la persistencia de síntomas subclínicos o la comorbilidad, en especial, la presencia de trastornos relacionados con el consumo de substancias o con el trastorno por crisis de pánico[122].

Los trabajadores que presentan un trastorno bipolar sufren las repercusiones funcionales de la enfermedad más allá de las fases agudas maníacas o depresivas, repercusión que se traduce a diversos niveles y, por su supuesto, afecta al ámbito laboral, si bien el resultado funcional “final”, no es consecuencia aislada del propio diagnóstico de trastorno bipolar, habiéndose identificado una serie de factores que modulan el impacto funcional del trastorno (la edad, el sexo masculino, la comorbilidad con consumo de substancias, la existencia de

sintomatología de la esfera psicótica, la hospitalización prolongada, el mayor número de episodios maníacos previos o la ciclación rápida)[123] .

Se ha identificado un mayor deterioro funcional en aquellos pacientes en los que no se consigue la remisión, e incluso en los que se ha logrado la estabilidad clínica, la intensidad de la sintomatología depresiva se asocia con un mayor menoscabo que la maníaca o hipomaníaca[124], menoscabo que se traduce en un mayor número de días de ausencia del trabajo o en el descenso de la productividad[125]. Por otra parte, parece aceptarse que, además, factores como las escasas habilidades, la falta de oportunidades o las actitudes negativas de la sociedad tienen un considerable peso, como "causa social de discapacidad", a la hora de condicionar la integración del paciente en el medio laboral[126].

No obstante lo dicho, no cabe de entrada asociar irremisiblemente la existencia de un diagnóstico de trastorno bipolar con una situación de incapacidad permanente. A tal efecto, resulta muy ilustrativa la valoración jurisprudencial del trastorno en relación con la capacidad laboral; por todas, la STSJ AS 2581/2013, de diecinueve de julio:

"El trastorno bipolar, antiguamente llamado "psicosis maníaco-depresiva", es un proceso morboso que, por su naturaleza, resulta relevante en todas las facetas de la vida (STSJ Madrid de 20-9-2004), y supone una afectación grave del estado de ánimo que alterna fases de depresión con fases maniacas, y también síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo, lo que puede llegar a justificar incluso la incapacidad absoluta. Las fases de exaltación, alegría desenfrenada o irritabilidad alternan con aquellas en las que la persona está con depresiones intensas, con bajo estado de ánimo, incapacidad para disfrutar, falta de energía, ideas negativas y, en casos graves, ideas de suicidio.

Existen dos tipos de trastorno bipolar: el tipo I, en el que se alternan episodios depresivos graves con episodios maníacos graves; y el tipo II, en el que los episodios depresivos se alternan con otros de hipomanía.

Se trata, en definitiva, de una enfermedad que evoluciona por fases, y que, aunque recurrente e impeditiva de una actividad laboral normal durante las crisis, alterna periodos de relativa estabilidad, durante los que el paciente puede trabajar con cierta normalidad en actividades que no requieran de duradera organización y planificación; de suerte que si hay un buen control ambulatorio y farmacológico y el paciente se encuentra asintomático y bajo control médico, dicho estado no impide realizar actividades laborales que no exijan un particular sometimiento a situaciones de estrés o tensión emocional o unas relaciones interpersonales muy determinadas, o que exijan una gran responsabilidad o la sometan a cambios de humor frecuentes pues, a fin de cuentas, se trata de una

dolencia crónica que imposibilita la asunción de responsabilidades de carácter ejecutivo y directivo estando además contraindicado el estrés.

No cabe, por tanto, derivar sin más del referido diagnóstico una supresión completa de la aptitud laboral, cuando no se constatan registros de deterioro cognitivo o intelectivo acompañante de conductas auto o heteroagresivas ni de relevantes manifestaciones psicopatológicas o de deterioro de la personalidad. Y es que en los periodos intercrisis o de estabilización, de menor intensidad sintomática, se puede trabajar, aunque no se pueda hacer en las fases más críticas, situación ésta que, por su temporalidad, tiene protección a través de una contingencia distinta cual es la incapacidad temporal".

Los protocolos de valoración médica de aplicación habitual por el INSS ubican al trastorno bipolar en el grupo de lo que deben considerarse patologías *potencialmente graves*, en las que, a priori, y a no ser que se constate una evolución satisfactoria o al menos estable y sin criterios de gravedad, la capacidad laboral se presenta mermada *de forma significativa*, por lo que deben ser valorados de cara a una posible incapacidad permanente, siempre teniendo presentes las consideraciones médicas inherentes al caso concreto; su estabilidad bajo tratamiento y la existencia o ausencia de deterioro en fases intercríticas, tal y como se desprende de la evidencia médica al respecto y ha sido recogido por la jurisprudencia. En todo caso, habrían de tomarse en cuenta requerimientos particulares de la actividad laboral considerada en cuanto a peligrosidad, trascendencia en la toma de decisiones, exposición a estrés mantenido y de intensidad significativa o circunstancias que puedan actuar como desestabilizadores, como es el caso de la realización de jornadas prolongadas o los horarios variables, sobre todo si implican trabajo nocturno.

En los criterio diagnósticos del DSM-IV-TR[42] se distingue, como hemos descrito, entre dos entidades; el trastorno bipolar tipo 1 y el trastorno bipolar tipo 2, asociándose en este último los episodios depresivos con cuadros maniacos de menor entidad; episodios "hipomaniacos" en la terminología usual. El DSM-IV-TR[42] distingue la hipomanía de la manía por su menor duración (hipomanía: 4 o más días; manía: un mínimo de una semana), menor deterioro funcional (laboral, familiar, o financiero), y ausencia de síntomas psicóticos. Esta menor entidad de los episodios de hipertimia puede suponer un problema diagnóstico: si la detección de episodios de manía no siempre es sencilla porque el paciente en fase depresiva tiende a sesgar su recuerdo en relación a momentos en los que se "encontró mejor", la detección de episodios hipomaníacos puede ser aún más compleja dada esta menor intensidad. No obstante lo dicho, la menor gravedad de los episodios hipomaníacos puede ser más aparente que real, ya que tanto la hipomanía como la manía pueden conllevar dificultades en el control de los impulsos, sea entre otros en el ámbito financiero o sexual, así como

irritabilidad, agresividad, abuso de substancias o deterioro de las relaciones, sean éstas de pareja, familiares, laborales o sociales[127].

1.4.1.2 Trastornos afectivos depresivos. El síndrome depresivo.

Antes de tratar de forma individual los trastornos depresivos, parece apropiado revisar de forma conjunta los rasgos comunes que definen, en el ámbito de los trastornos afectivos (en la clasificación DSM-IV-TR[42]), la polaridad depresiva. Tienen los trastornos depresivos, como denominador común la tristeza patológica, si bien las variaciones en la intensidad de los síntomas y su duración darán lugar a los distintos diagnósticos que se engloban en el síndrome.

A estas alturas del conocimiento de los mecanismos biológicos que subyacen en el síndrome depresivo, pueden ya identificarse trastornos neuroendocrinos en los pacientes depresivos, trastornos que tienen traducción en cambios celulares e, incluso, anatómicos, que implican a estructuras tanto del cerebro límbico como del córtex prefrontal, y que traen causa en una determinada constitución genética cuya expresión se ve modulada por factores ambientales, si bien se ha podido demostrar que no existe un comportamiento homogéneo de estas estructuras en el conjunto de pacientes depresivos, lo que podría traducir la realidad de que distintos mecanismos patogénicos, y por tanto distintas alteraciones neurobioquímicas, pueden estar dando lugar al "síndrome depresivo" como manifestación clínica de distintas realidades patológicas[128]. En pacientes depresivos se ha evidenciado un aumento sostenido de la actividad de la amígdala, especialmente en respuesta a estímulos emocionales, que parece traducirse en una hiperreactividad frente a estímulos negativos o incluso neutros[129], hiperreactividad que conlleva un aumento en los niveles de ansiedad y de la actividad del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal.

No puede ignorarse además el papel que todo este sustrato neurobiológico desempeña a la hora de que el sujeto, que de alguna manera ha desarrollado una neurobiología desadaptativa (si se me permite el término), tenga que afrontar los sucesos estresantes de la vida. Y a su vez, el impacto que los sucesos estresantes de la vida (comenzado si se quiere por los acaecidos durante la infancia) condicionan la arquitectura anatómica y funcional del sujeto, arquitectura que está implicada en todo el proceso patogénico de la depresión o, si se quiere, de las depresiones. Así, ha podido constatarse, por ejemplo, que los sucesos estresantes padecidos en la infancia condicionan la presencia de cambios significativos en el hipocampo, cambios que a su vez parecen estar implicados en una predisposición a padecer en edades posteriores trastornos de la esfera depresiva[130].

Este sustrato neurobiológico que se encuentra detrás de las reacciones comportamentales a los estímulos externos se ve condicionado además en su expresión por parte de la exposición a las circunstancias ambientales, resultando

que la exposición a estresores ambientales desfavorables puede favorecer aún más la aparición de manifestaciones clínicas disfuncionales. Así, por ejemplo, se ha logrado establecer la existencia de asociación entre la situación socioeconómica de las personas y la depresión, condicionando un bajo estado socioeconómico una mayor prevalencia de procesos depresivos y un riesgo aumentado de la persistencia a lo largo del tiempo de la clínica. Dos posibles mecanismos (no incompatibles entre sí) justificarían esta asociación; bien la existencia de una mala situación socioeconómica resulta ser un factor de riesgo para el desarrollo de depresión bien la depresión supone un elemento que dificulta la ubicación del sujeto en una mejor situación socioeconómica[131]. Se han implicado también en esta relación el hecho de que una mejor situación socioeconómica de los sujetos con mejor status social los sitúa en una mejor posición a la hora de recabar asistencia sanitaria, ya sea en lo que respecta al propio cuadro psiquiátrico ya a la posible comorbilidad orgánica que con éste se presente; en esta hipótesis, la diferencia en cuanto a la prevalencia y evolución de la clínica sería achacable no a la distinta constitución neurobiológica ni a una más favorable exposición a fenómenos estresantes, sino a la mejor accesibilidad al tratamiento.

Todas estas alteraciones neurobioquímicas descritas, que se encuentran en el trasfondo de la patogenia del síndrome depresivo, tienen traducción funcional más allá de la mera hipotimia; de la tristeza “patológica” que caracteriza al síndrome. Más concretamente, en lo que nos ocupa, tienen trascendencia funcional en cuanto a la capacidad de llevar a cabo una actividad laboral, capacidad que mejora conforme van mejorando los síntomas depresivos, si bien puede también constarse la presencia de cierta discapacidad con repercusión laboral más allá de la recuperación del cuadro agudo[132]. Esta afectación de la capacidad laboral se ha podido medir tanto desde el punto de vista de la percepción del trabajador (subjetiva) como desde la repercusión objetiva del trastorno, redundando en una mayor desmotivación e insatisfacción laboral, conflictividad con el entorno y, en particular, en una disminución del rendimiento y eficacia del trabajo desempeñado, con ausencias del trabajo, y repercusión funcional en forma de afectación del juicio de realidad, toma de decisiones erróneas y tardías, e incluso, compromiso para la seguridad propia o la de terceros[133]. Por otra parte, la mayor duración del episodio depresivo, las formas más graves de depresión, la presencia de comorbilidad física o psiquiátrica y la mayor edad de los sujetos se asocian con un peor pronóstico funcional en lo que a capacidad de desempeñar una actividad laboral se refiere[134]. Especial interés reviste, para el propósito de este Trabajo, analizar las alteraciones cognitivas que ha podido demostrarse están, en mayor o menor medida, presentes en el síndrome depresivo, y que ponen de manifiesto la repercusión del trastorno sobre la atención, la memoria y la función ejecutiva[135], alteraciones que, desde luego, habrán de tenerse muy presentes cuando nos encontremos además ante

un síndrome depresivo en el contexto de una enfermedad neurodegenerativa, ya que en un considerable número de casos, los síntomas depresivos pueden aparecer cuando aún el deterioro cognitivo no es muy evidente[136], siendo preciso recurrir a la valoración neuropsicológica para su detección precoz.

Por otra parte, las manifestaciones físicas de los trastornos depresivos corren paralelas a la dificultad de concentración o la hipotimia. Sin duda, la fatiga, el cansancio, que además se integran como síntomas somáticos en los criterios diagnósticos DSM-IV-TR[42], tienen una marcada trascendencia funcional desde el punto de vista de la capacidad para llevar a cabo una actividad laboral. Esta fatiga o cansancio, que puede interferir incluso en la vida extralaboral ralentizando el ritmo de ejecución de las tareas o exigiendo mayores períodos de descanso, puede traducirse, lógicamente, en una pérdida de rentabilidad del trabajo.

Por lo demás, y en lo que al objeto del presente Trabajo se refiere, resulta especialmente relevante considerar que en el conjunto de factores ambientales que se implican en el desarrollo y mantenimiento de un trastorno depresivo pueden estar implicados factores directamente relacionados con la actividad laboral, y que habrán de ser tenidos en cuenta desde esta perspectiva a la hora de determinar la discapacidad laboral del sujeto a la hora de determinar la posibilidad o no de reasumir la actividad laboral en tanto en cuanto esto supone la exposición a estos factores, debiéndose en todo caso determinar si es factible la minoración del impacto de los mismos a través de una modificación o adaptación del puesto de trabajo antes de tener que recurrir a la calificación de una IP. Estos factores laborales podrían subsumirse en el concepto de “carga mental”, ya desarrollado anteriormente.

Ya se ha señalado anteriormente que existe evidencia suficiente como para avalar la posibilidad de deterioro funcional más que significativo derivado de los trastornos depresivos. El problema se situaría pues en la cuantificación de este deterioro funcional en el caso concreto. Para la valoración de la repercusión laboral del síndrome depresivo en cuanto a su repercusión laboral[137], se propuso inicialmente la clasificación de éste en dos grandes epígrafes; los “cuadros depresivos leves” y los “cuadros depresivos graves”. Mientras a los primeros sólo se les presumiría pudieran tener incidencia sobre determinadas exigencias laborales (que sería preciso individualizar en función de los requerimientos de la actividad laboral concreta), en lo que respecta a los “graves” se estimaba podrían tener repercusión significativa para el desarrollo de cualquier actividad laboral, siempre debiéndose particularizar en el caso concreto el alcance de este síndrome depresivo “potencialmente grave” (Tabla 4).

Indicadores de síndrome depresivo grave	Indicadores de síndrome depresivo "no grave".
Antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica grave	Sin antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica grave
Antecedentes de ingresos psiquiátricos	Sin antecedentes de ingresos psiquiátricos
Diagnósticos de "psicosis maníaco - depresiva" o "depresión mayor recurrente"	Diagnósticos de "depresión reactiva", "distimia", "trastorno situacional" o "neurosis depresiva".
Tentativas de suicidio o ideación suicida reiterativa	Ausencia de tentativas de suicidio o de ideación suicida reiterativa
Gran inhibición o aislamiento social	Desarrollo de vida social "moderadamente limitada"
Existencia de ideación delirante	Ausencia de ideación delirante o de alteraciones del juicio
Inhibición psicomotriz, facies depresiva.	Haber desarrollado actividad laboral en anteriores períodos o etapas depresivas.

Tabla 4. Criterios de gravedad en el síndrome depresivo, de Arancón Viguera A, 1996[106].

Dentro de lo que consideramos el síndrome depresivo, cierto es que se incluyen un grupo muy heterogéneo de pacientes, ocupando un continuo en el que se encuentran "enfermos depresivos completos" y "parciales"[138], y que ocupan todo el espectro sintomático de lo que se describe en el contexto del síndrome, si bien la expresión individual del síndrome puede ser muy variable. Acaso la clasificación descrita en términos de *grave-no grave* resulte actualmente insuficiente, pudiéndose desde luego profundizar algo más en el caso concreto. Así, para nuestro propósito, puede resultar particularmente interesante acudir a las que se han descrito como "dimensiones" del síndrome depresivo en el "modelo tetradimensional": la anergia, la anhedonia, las alteraciones de la comunicación y la alteración de los ritmos biológicos[139] para, a través de estos cuatro ejes, poder sistematizar las concretas manifestaciones del síndrome en su conjunto y poder efectuar una aproximación más aproximada al impacto funcional del cuadro.

1.4.1.3 Trastorno depresivo mayor. Episodio depresivo.

El episodio depresivo mayor, como elemento constitutivo del trastorno depresivo mayor (que viene definido por uno o más episodios depresivos mayores) constituye un diagnósticos psiquiátrico asociado a una repercusión funcional significativa en lo que respecta a la capacidad laboral (de mayor intensidad que la que se constata en otros diagnósticos de la polaridad depresiva)[140], extendiéndose por otra parte la discapacidad, incluso más allá del episodio depresivo, en relación con los síntomas residuales que pueden persistir incluso durante un tiempo prolongado una vez ha remitido el episodio[141,142,143].

Las dificultades del trabajador afectado por un episodio depresivo mayor se extienden, como se comentó a propósito del síndrome depresivo, al

funcionamiento psicosocial en su conjunto, con manifestaciones en lo que respecta a los aspectos cognitivos, y se ha podido documentar que aquellos pacientes con un mayor deterioro de las funciones cognitivas tienen mayor tasa de desempleo que aquellos que, con el antecedente de un episodio depresivo mayor, muestran mejor rendimiento en los estudios neuropsicológicos[144]. Por otra parte, en los episodios recurrentes la función cognitiva sufre un deterioro creciente a lo largo de la sucesión de episodios; la intensidad del déficit cognitivo asociado a la depresión, junto con el curso recidivante y la duración de los episodios, habrían de considerarse pues como indicadores de la gravedad del cuadro depresivo junto a la propia intensidad de los síntomas y la refractariedad al tratamiento[145]. No deben tampoco olvidarse otras manifestaciones del trastorno con evidente repercusión sobre la funcionalidad laboral, como son en enlentecimiento psicomotor y el enlentecimiento del pensamiento, que se recogen como síntomas cardinales del propio trastorno.

La apatía que pueden presentar los pacientes depresivos, relacionada con alteraciones neurobiológicas en estructuras neuronales frontolímbicas entre otras, no siempre responde adecuadamente al tratamiento con antidepresivos[146], y supone un freno ostensible a la actividad del paciente; la disminución de la motivación conduce a una disminución de la acción y a un peor resultado funcional, lógicamente si se mantiene la refractariedad al tratamiento farmacológico.

Los problemas funcionales de los pacientes diagnosticados de un episodio depresivo mayor se extienden además a la interacción social, en relación con una más que posible afectación de las capacidades para interpretar información emocional o los estados mentales de sujetos del entorno, lo que se traduce en dificultades significativas para la interacción social, dificultades que aumentan en relación con la mayor gravedad de los síntomas depresivos[147].

La funcionalidad en el ámbito laboral, ciertamente, se ve interferida por la sintomatología derivada del trastorno depresivo mayor, hasta el punto de dar lugar a prestaciones de incapacidad permanente. No obstante lo relevante de los aspectos clínicos en lo que respecta a abocar al trabajador hacia una situación de IP, lo cierto es que se ha constatado que otra serie de factores contribuyen a la calificación de una IP. Así, se han identificado como predictores a favor de la IP la mayor edad del trabajador y la menor formación laboral[148]. Así mismo, una carga terapéutica importante se comporta también como factor predictivo a favor de una IP[149].

La duración de los procesos de IT causados en relación a un trastorno depresivo mayor en nuestro sistema de seguridad social (si bien en una población asegurada en una Mutua Colaboradora con la Seguridad Social) se asociado con diversos factores sociodemográficos, de forma que ésta parece ser

mayor en el caso de las mujeres, aumentando también la duración en relación con un menor nivel de estudios y resultando procesos más prolongados cuanto mayor es la edad del sujeto[150.]

El cortejo sintomático del trastorno depresivo, por lo demás, influye notablemente en las capacidades cognitivas y motoras; no es pues extraño que se asocie con un mayor riesgo de accidentabilidad en tareas que requieren una adecuada atención y respuesta motora, como es el caso de la conducción de vehículos, y que podría extenderse a tareas con riesgo en general[151].

1.4.1.4 Trastorno distímico.

La distimia o trastorno distímico es un trastorno clasificable en el eje I del DSM-IV-TR[42], y responde esencialmente a una hipotimia prolongada en el tiempo, si bien con menor intensidad sintomática de la que correspondería a un episodio depresivo[152], pero que puede conllevar un menoscabo psicosocial significativo[153]. La comorbilidad de la distimia con otros trastornos, bien del eje I o del eje II (en la clasificación multiaxial del DSM-IV-TR[42]) es muy habitual. Así, se registra en la literatura que los pacientes con distimia tienen un mayor riesgo de presentar otros trastornos depresivos (su asociación con el trastorno depresivo mayor se conoce como “depresión doble”) o de ansiedad, siendo frecuente la asociación de la distimia con la presencia de patrones desadaptativos de la personalidad que, incluso, cumplen criterios para establecer el diagnóstico de trastorno de la personalidad, traduciendo la realidad de una mayor “vulnerabilidad neurótica”.

Para una mejor comprensión de este trastorno y de su repercusión funcional, parece necesario aludir, acaso brevemente, a su historia común con el trastorno de ansiedad generalizada, históricamente asociados ambos bajo el paraguas genérico de las denominadas “neurosis” hasta su separación, en la clasificación DSM, en la década de los 80 del pasado siglo, respondiendo esta separación más a los planteamientos de una clasificación absolutamente ateórica, como es el caso del DSM, que a los correlatos etiopatogénicos que evidentemente subyacen tras las manifestaciones clínicas de un trastorno mental. Esta realidad se encuentra detrás de la elevada comorbilidad diagnóstica entre trastornos de ansiedad y la distimia, con inestabilidad del diagnóstico a lo largo del seguimiento longitudinal, de forma que pacientes inicialmente diagnosticados de distimia llegan a cumplir a lo largo del seguimiento criterios para ser diagnosticados de trastornos de ansiedad; diagnósticos ambos que podrían ubicarse en el ámbito de lo que clásicamente han venido considerándose la neurosis, concepto tras el cual subyace una personalidad desadaptativa en la que domina claramente una tríada de rasgos (la “tríada neurótica” del MMPI-2; depresión, hipocondriasis e histeria), con elevada vulnerabilidad al estrés, que

precipita la desestabilización hacia los síntomas[154], en el contexto de lo que se dio en llamar el "síndrome neurótico general"[155].

Las orientaciones para la evaluación clínico-laboral de la distimia que se contienen en el Manual de Actuación para Médicos del INSS[114] parten de la concepción apriorística de que el trastorno es una "entidad menor" en lo que respecta a la repercusión sobre la funcionalidad del trabajador; textualmente señala al respecto que "es inconcebible una IP", reconduciendo la consideración del trastorno al ámbito de la IT en los momentos de reagudización y "pactada para períodos cortos". Establece no obstante que:

a) Ante cuadros graves, "*se debe valorar la capacidad para trabajos de responsabilidad y los que impliquen un contacto intenso con otras personas*".

b) "*Habitualmente el inicio del trastorno es previo al comienzo de la actividad laboral, motivo por el que estos pacientes optarán por profesiones acordes con sus limitaciones*"; si bien, probablemente, sería más adecuado decir que son las limitaciones que presenta la persona en su funcionamiento psíquico (que parten de una personalidad desadaptativa previa al inicio de la edad laboral y que condiciona una evolución disfuncional a lo largo de la vida) las que condicionan, entre otras, las posibilidades de inserción laboral de estos pacientes, por lo que lo habitual no es encontrarlos desempeñando trabajos caracterizados precisamente por altos requerimientos de responsabilidad o que impliquen contacto interpersonal intenso con otras personas. O si se quiere de otra manera; muy probablemente, los requisitos académicos, de capacidad de esfuerzo sostenido, de motivación para perseverar en un objetivo, etc., que son necesarios para poder desarrollar este tipo de actividades laborales, quedan fuera del espectro de capacidades de estos pacientes, capacidades que son, obviamente, el producto de una genética determinada y de su modulación por los factores ambientales que han condicionado su desarrollo neurobiológico. No debe extrañar esta afirmación al igual que a nadie extrañaría que un determinado sujeto, dada su complexión física (producto de su genética y de las condiciones ambientales en las que ésta ha desplegado su expresión) no encamine su vida profesional hacia las labores propias del cuerpo de bomberos y sí, por ejemplo, hacia las menos físicamente exigentes, como es el caso del ejercicio de la medicina.

Esta, si se quiere, "deficiente adaptación al mercado laboral" (o quizá más exactamente este "encuadramiento condicionado" en el mismo) ha podido ser descrito cualitativamente, y así, algunos estudios han podido concluir que estos pacientes tienen menor estabilidad en el empleo, con cambios más frecuentes que los grupos de control, con una historia

laboral que tiende hacia trabajos a tiempo parcial y de tipo temporal, así como una *concentración de los pacientes* en empleos *menos remunerados* que los que ocupaban los controles[156,157].

1.4.1.5 Otros trastornos de la esfera depresiva.

Ya hemos comentado acerca de las peculiaridades del diagnóstico psiquiátrico efectuado con arreglo a los criterios enunciados en las clasificaciones diagnósticas al uso. Indudablemente, al lado de los diagnósticos previamente analizados; los correspondientes al trastorno bipolar, el episodio depresivo o la distimia, quedan otros trastornos que, o bien no verifican los criterios que permitan establecer los diagnósticos, quizás “más habituales”. Entre ellos, encontramos:

- Trastorno depresivo no especificado.
- Trastorno del estado de ánimo sin especificar.

Son manifestaciones clínicas del síndrome depresivo, que según la evolución pueden ir cumpliendo criterios que permitan establecer el diagnóstico de episodio depresivo mayor o de distimia, o bien encuadrarse en el contexto de otros trastornos mentales cuya repercusión funcional ensombrecería la clínica meramente depresiva (trastorno depresivo postpsicótico, por ejemplo). El diagnóstico de trastorno de ánimo sin especificar puede establecerse, por ejemplo, en un momento en el que sea difícil dilucidar si existe o no un episodio maníaco que permita diagnosticar la presencia de un trastorno bipolar.

En lo que respecta a aquellos casos en los que se llega a diagnosticar un trastorno depresivo no especificado, bien por no alcanzar los dos años de duración que se requieren para concluir la presencia de una distimia o bien porque no se alcanzan los criterios suficientes como para diagnosticar la presencia de un episodio depresivo mayor. En estos últimos se ha utilizado en ocasiones el diagnóstico, más gráfico si se quiere, de “depresión menor”. En relación a esta “insuficiencia” para verificar los criterios que se exigen en otros trastornos más “específicos”, hemos de señalar que acaso los esquemas dimensionales que conceptualizan el síndrome depresivo como un continuum den mejor respuesta a la ubicación de esta situación que los planteamientos categoriales de las clasificaciones diagnósticas. La trascendencia funcional de estos cuadros seguiría igualmente un esquema de continuum[158] en relación con los diagnósticos de distimia (en cuanto a la duración de los síntomas) o de trastorno depresivo mayor (en cuanto a la intensidad y número de síntomas), trascendencia funcional que evidentemente tendría su traslación a la capacidad laboral en forma proporcional a esos modificadores de duración e intensidad de los síntomas y, probablemente, a la intensidad con la que las disfunciones

neurobiológicas que sufren estos sujetos tengan su correspondiente traducción a la esfera de la funcionalidad.

1.4.1.6 Criterios de gravedad y especial gravedad.

El necesario recurso a los criterios estandarizados en el INSS para la valoración de los trastornos del humor obliga a hacer un repaso de los mismos desde el punto de vista de la constatación de la presencia o ausencia de ciertos criterios que se consideran implican una mayor afectación funcional. Se examinan tales criterios a continuación en referencia a cada uno de los trastornos examinados, recurriendo, cuando así se ha considerado, a criterios adicionales provenientes de la literatura que pueden precisar, aclarar o apoyar enunciados acaso demasiado genéricos y amplios.

1.6.1 Trastorno bipolar

El establecimiento de criterios que permitan, dentro del contexto general del cuadro clínico, determinar distintos grados de repercusión funcional (y por tanto, de capacidad residual) no es tarea sencilla; siguiendo el esquema de las orientaciones de actuación, vamos a revisar los que consideramos aplicables al diagnóstico de trastorno bipolar.

Episodios maníacos y depresivos recurrentes. Trastorno bipolar con recaídas frecuentes que requieran tratamiento. Cicladores rápidos.

La presencia de un episodio de manía es criterio suficiente para establecer el diagnóstico de trastorno bipolar; nos estamos refiriendo pues a un criterio especificado como de “gravedad” específicamente aplicable a este trastorno en exclusiva. El literal del criterio pues *podría llevar a considerar que el mero diagnóstico de trastorno bipolar implica ya considerar que se verifica el criterio*; no obstante, considero que es preciso ahondar algo más en la cuestión antes de adoptar esta, acaso excesiva, simplificación. En la línea del “Blue Book”, lo que ha de tomarse en cuenta es la existencia de períodos repetidos de descompensación, así como la duración de los mismos, a pesar del tratamiento.

El trastorno bipolar es esencialmente un trastorno recurrente; una vez aparece el primer episodio lo más improbable es que no aparezca un segundo, y es característico que, a medida que se suceden los episodios, el período intercrítico pueda ser más reducido. El tratamiento farmacológico pretende disminuir la duración de las crisis y mantener el estado de eutimia, atenuando la evolución natural del cuadro, y hasta conseguirlo puede transcurrir un tiempo “de estabilización”. Por tanto, debe entenderse que se verifica el propio criterio cuando el tratamiento farmacológico no es capaz de mantener la eutimia y los episodios se sucedan de forma que éstos interfieran notablemente con la capacidad de mantener una actividad laboral con las exigencias ya descritas a propósito de su “rentabilidad”. El concepto de “ciclador rápido” hace alusión a

que, en el período de un año, se hayan producido por lo menos tres episodios; de la misma o distinta polaridad[159.] Esta rapidez en la sucesión de los episodios conduce a una dificultad evidente para mantener una actividad laboral "que pueda considerarse económicamente rentable", ya que la concatenación de crisis (y las limitaciones que conlleva el hecho de que los síntomas reúnan criterios de episodio depresivo o maníaco) en el espacio de tiempo de 12 meses puede conllevar dificultad para mantener la continuidad requerida en la asistencia al puesto de trabajo y el desarrollo del mismo en condiciones de rentabilidad. Así se ha entendido por ejemplo (matizado necesariamente por el resto del contexto clínico) en la STSJ LR 109/2015, de doce de marzo de 2015. Fundamenta esta resolución judicial la existencia de IP en el caso de la demandante, que presenta un trastorno bipolar siendo diagnosticada como cicladora rápida en los últimos años por la alta alternancia de episodios hipomaniacos y depresivos, predominando éstos últimos. Las crisis que presenta la actora le afectan a nivel cognitivo, no de forma permanente, pero sí mientras duran las crisis, según ha declarado la doctora "X", que expresamente recoge los problemas cognitivos, tratándose de lesiones que según el propio informe del EVI limitan la capacidad de la trabajadora para desarrollar trabajos de riesgo o que requieran concentración mantenida.

Las limitaciones funcionales que presenta la actora, recoge la sentencia, no pueden concretarse a determinadas actividades tal y como se concluye por la Juzgadora de instancia, porque como ha quedado expuesto las crisis que presenta le afectan incluso a nivel cognitivo, (memoria y concentración), mientras duran las mismas, crisis que se suceden en el tiempo al tratarse de cicladora rápida, sin que consiga periodos de eutimia; no respondiendo en los últimos tres años a la medicación, con episodios cada vez más largos, intensos y más graves... por lo que la Sala entiende que la actora es acreedora de una situación de Incapacidad Permanente Absoluta para toda profesión u oficio, al haber perdido la aptitud psicofísica necesaria para poder desarrollar una profesión en condiciones de rentabilidad y, por tanto, con la necesaria continuidad, dedicación, eficacia y profesionalidad exigible a un trabajador.

Si bien sería preciso decir que no siempre la apreciación del carácter de ciclador rápido se entiende por el juzgador (ni por la Administración de la Seguridad Social) como determinante de la existencia de Incapacidad Permanente en grado de Absoluta, tal y como se concluye en la STSJ CL 263/2009 "…debiendo poner en relación las dolencias allí declaradas con la profesión de conductor repartidor, para esta Sala especial trascendencia tienen las afecciones psíquicas, así se declara probado que el trabajador tiene un trastorno bipolar que se ha agravado desde el año 2006 en el que sufrió un accidente, siendo el mismo ciclador rápido, cronificado y estando sometido a un tratamiento farmacológico intenso. Partiendo de tal dolencia y de los efectos que

la misma conlleva, así como teniendo en cuenta que el tratamiento farmacológico es intenso es evidente que tal tratamiento produce somnolencia pudiendo con ello incrementarse muy considerablemente los riegos en la conducción, no solo para sí sino también para terceros y es que además la dolencia está cronificada… Por lo que en resumidas cuentas a criterio de este Tribunal tales padecimientos se encuentran en evidente contradicción con el ejercicio propio de la labor y profesionalidad que se predica produciendo las limitaciones en todas o en la mayoría de las labores propias de tal profesión habitual en su conjunto por lo que en atención al párrafo 4) del art. 137 de la LGSS debe reconocerse la incapacidad permanente total por enfermedad común".

Tentativas de suicidio.

El trastorno bipolar se asocia con un riesgo importante de suicidio; algunas series concluyen que entre el 10 y el 15% de los pacientes con trastorno bipolar pueden morir por esta causa[160].

La constatación de actos autolíticos, unidos a un deficiente control de la sucesión de episodios, puede llevar a adoptar la decisión de considerar la existencia de una IP, sin perjuicio de que posteriormente ésta pueda ser revisada en función de la evolución. Por otra parte, la existencia de un intento autolítico previo es el predictor más importante de un suicidio consumado; por tanto, será éste un dato a tener en cuenta a la hora de considerar los riesgos específicos del caso. Se han identificado, por otra parte, una serie de factores de riesgo que se asocian con un mayor riesgo de suicidio, entre los que podríamos citar la instauración temprana del trastorno o el predominio de la polaridad depresiva, así como la comorbilidad con consumo de alcohol u otras substancias.

Se acoge además por la jurisprudencia la existencia "marcadas ideas de suicidio", aunque todavía no se hayan materializado en un serio intento autolítico (STSJ MAD 245/2006 de veinticuatro de enero) como elemento a tener en cuenta a favor de la consideración de la existencia no ya de una IPA, sino incluso de una gran invalidez, revisándose ampliamente esta cuestión en la STSJ CANT 1199/2014, de dieciocho de diciembre.

Cuadros que presentan crisis que requieran ingreso para hospitalización.

El trastorno bipolar es causa frecuente de ingreso en unidades de psiquiatría, fundamentalmente en el contexto de las crisis maníacas. La consideración de la necesidad de tratamiento en régimen de hospitalización de cara a una eventual incapacidad permanente debe efectuarse desde una doble perspectiva, atendiéndose tanto a la *gravedad* de las manifestaciones clínicas (que *no pueden ser tratadas en régimen ambulatorio*) como a la *frecuencia con la que se presenta la necesidad de ingreso hospitalario*, ya que la propia necesidad de

permanencia en un régimen de hospitalización resulta incompatible con el mantenimiento de una actividad laboral que, para que pueda ser considerada como tal, debe poderse desempeñar en condiciones de continuidad en el tiempo, de forma que las repetidas interrupciones, sobre todo si son prolongadas, derivadas de la necesidad de hospitalización, pueden suponer de por sí la existencia de una situación de incapacidad. Por ejemplo:

- STSJ CAT 5751/2006. La sentencia registra la existencia de una patología mental severa y crónica asociada a un trastorno bipolar tratado con sales de litio y que ha determinado sucesivos y diversos ingresos hospitalarios pese a lo que no se ha logrado su compensación".
- La STSJ CAT 731/2006 de veinte de febrero de dos mil seis considera, incluso, en un trastorno bipolar tipo I en grado grave con brotes psicóticos, asociado a un trastorno de personalidad de grado grave con ingresos sucesivos en centro de salud mental por descompensación patológica (intentos autolíticos - heteroagresividad), la concurrencia de una gran invalidez.

No obstante, esta necesidad de hospitalizaciones repetidas *no siempre es sinónimo de IP*, y así, la STSJ AS 3959/2014, de diecinueve de diciembre de dos mil catorce, no estima exista IP en el caso de un camarero afecto de trastorno bipolar tipo II a pesar de haberse acreditado varios ingresos hospitalarios, argumentándose que fuera de estos episodios críticos la afectación funcional no es significativa y que, en caso de reagudización, el caso sería, en todo caso, susceptible de IT. El criterio pues, más allá de la necesidad de hospitalización, debe entenderse referido a que no se haya logrado la compensación del cuadro clínico a pesar de tales ingresos.

Depresión mayor severa (grave) de evolución crónica (> 18m).

Del literal del criterio de valoración contemplado en el protocolo de valoración, debe entenderse sin duda la existencia de un episodio depresivo mayor de intensidad grave y de duración prolongada en el tiempo; el propio criterio señala "más de 18 meses". A este respecto, la valoración jurisprudencial ha contemplado:

- STSJ MAD 11687/2014, de seis de octubre de dos mil catorce, recogiendo pronunciamientos previos, sostiene que "en la depresión mayor la sintomatología se exacerba hasta el punto de abrumar la idea de cualquier labor, de manera que se produce una completa inhabilitad para el trabajo y, puede decirse, que ni siquiera con el mayor afán de superación pudieran llevarse a cabo los más sencillos cometidos....". Si la incapacidad permanente absoluta se identifica, con arreglo a una reiterada doctrina jurisprudencial, como equivalente a "la inexistencia de una capacidad mínima para asistir al trabajo, prestar atención, relacionarse con terceros y atender instrucciones empresariales", no

cabe duda de que nos encontramos ante un síndrome, específicamente calificado como severo, continúa razonando la sentencia, añadiendo el calificativo de “persistente” al explicar que los tratamientos no han sido lo exitosos que cabía esperar, ya que, a pesar de los mismos, “el síndrome depresivo que padece en la actualidad, sigue calificándose, de forma expresa, como severo”.

- STSJ CANT 459/2008, de once de junio de dos mil ocho. Procede la calificación de IPA en casos en los que la depresión mayor está cronificada y afecta a la mínima capacidad de atención en un empleo sencillo.
- Sensu contrario, la STSJ CAT 2125/2015 de dieciocho de marzo de dos mil quince niega la incidencia incapacitante en entidad suficiente de un trastorno depresivo a la hora de pretender la calificación de IPA en un caso en el que el trastorno depresivo se encuentra en tratamiento y no es descrito por los profesionales como recurrente y grave (notas que, continúa la sentencia, junto a la necesidad de que se trate de una depresión mayor cronificada, vienen siendo exigidas por la doctrina judicial para definir una abstracta anulación de la capacidad de trabajo).

De esta necesariamente breve exposición jurisprudencial, ha de concluirse que *los criterios de cronicidad y el de gravedad son calificativos que vienen a avalar la pretensión de IPA*.

Ausencia de recuperación en los períodos intercríticos: repercusión cognitiva del trastorno bipolar.

Además de los explícitamente recogidos entre los criterios de valoración de uso común en el INSS, si bien la persistencia del deterioro neuropsicológico podría englobarse bajo el criterio genérico de “ausencia de recuperación en los períodos intercríticos”, merece especial consideración el deterioro cognitivo que se objetiva en estos pacientes, y que se extiende a los períodos intercríticos y persiste a lo largo de la enfermedad, afectando de forma muy significativa su funcionamiento psicosocial[161]. En general, los pacientes afectados por un trastorno bipolar presentan, en las *baterías de evaluación neuropsicológica, deterioro* en la *atención, función ejecutiva y memoria*, siendo característico que el deterioro neuropsicológico más intenso se asocia con mayor intensidad de los síntomas. Además, cierto grado de déficit cognitivo suele persistir durante los períodos eutímicos[162].

El deterioro neurocognitivo es, además, un potente determinante del pronóstico y funcionamiento social global una vez controlados otros factores que podrían influir en tales medidas (episodios de descompensación recientes, factores sociodemográficos o tratamiento farmacológico, entre otros). Se asocian

con un peor funcionamiento social y laboral el enlentecimiento de la velocidad de procesamiento, el deterioro del aprendizaje verbal o el deterioro de la memoria[163].

La existencia o ausencia de deterioro cognitivo es además un elemento habitualmente considerado por la jurisprudencia para determinar la existencia o ausencia de incapacidad permanente (si bien considerado en el contexto general del caso; no puede ser de otra manera). Así, encontramos referencia al mismo en:

- STSJ PV 600/2015, de veinticuatro de febrero de dos mil quince; niega la existencia de IP en un encargado en almacén diagnosticado de trastorno bipolar tipo I y en el que se constata "patología psiquiátrica estable sin afectación actual del estado de ánimo ni deterioro cognitivo ni volitivo, mantiene vida socio familiar normal y actividades de ocio, lectura, conduce su coche…".
- STSJ AR 771/2014; considera que el trabajador está en situación de IPA al estimar que de la prueba practicada "se infiere la imposibilidad del demandante de realizar las tareas esenciales de cualquier clase de trabajo, fundamentalmente por su trastorno bipolar, depresión y deterioro cognitivo (leve) y fallos mnésicos de fijación; sin perjuicio de que una posible y deseable mejora de sus dolencias permita una futura revisión de grado".
- STSJ CL 1806/2013 (Valladolid) de tres de abril de dos mil trece; considera que no existe IP en una cocinera diagnosticada de trastorno bipolar, recogiendo la sentencia que, aun sin restar importancia a tal proceso, no cabe sin embargo derivar del mismo una supresión completa de su aptitud laboral, ni siquiera de la concreta que le exige su actividad como autónoma cocinera, dado que no hay ningún registro de deterioro cognitivo o intelectivo acompañante, de conductas auto o heteroagresivas ni de relevantes manifestaciones psicopátologicas o de deterioro de la personalidad; no hay constancia de ningún ingreso hospitalario, ni de alteraciones cognitivas (mantiene la concentración, atención y memoria), también su actividad normal (sale con su familia y amigas), no se objetiva sintomatología defectiva o negativa, ni ideación psicótica, alucinaciones, ciclación rápida o consumo concomitante de sustancias adictivas.
- STSJ MU 2486/2012, de quince de octubre de dos mil doce; niega la existencia de IP en el caso de un administrativo en el que, entre otros procesos de índole física, presenta trastorno bipolar tipo II, trastorno de personalidad de tipo mixto y trastorno por dependencia alcohólica, y en el que reconoce que las dolencias de mayor alcance invalidante que presenta el trabajador son las de tipo mental, y en relación a las cuales se constata abstinencia alcohólica y, en lo que se refiere al trastorno bipolar, el trabajador no ha precisado ingreso hospitalario, está controlado con el tratamiento medicamentoso, no existen criterios de depresión mayor y no presenta signos de deterioro cognitivo.

Por tanto, la valoración de la existencia o ausencia de repercusión cognitiva y su intensidad, así como su persistencia más allá de los episodios de reagudización han de considerarse relevantes a la hora de establecer el alcance de la repercusión del trastorno sobre la funcionalidad del trabajador.

La situación intercrítica es, por otra parte, un elemento a tener en cuenta a la hora de establecer la capacidad del sujeto de afrontar las demandas del medio sin que se produzca una desestabilización del cuadro clínico; el "Blue Book" señala expresamente como criterios a tener presente la desestabilización ante estresantes externos o la imposibilidad para mantener un funcionamiento adecuado durante más de un año fuera de un "entorno protegido". En lo que respecta al ámbito laboral, puede pues establecerse relación entre este criterio y el fracaso repetido en el intento de afrontar una actividad laboral en el seno del mercado de trabajo, aspecto éste que muchas veces encuentra un reflejo claro en las vidas laborales de los pacientes.

1.6.2 Trastorno depresivo mayor. Episodio depresivo.

Sin ánimo de repetir lo ya descrito en relación con las fases depresivas en el trastorno bipolar, debe aludirse a la aplicabilidad de lo precisado en relación a las mismas en lo que se refiere a los criterios de valoración del trastorno depresivo mayor. Habrán de ser considerados pues:

- *La presencia de episodios depresivos recurrentes; la frecuencia de las recurrencias y, por tanto, el grado de estabilidad clínica que se pueda lograr.*

- *Tentativas de suicidio.*
- *Cuadros que presentan crisis que requieran ingreso para hospitalización.*
- *Ausencia de recuperación en los períodos intercríticos, con consideración específica de la persistencia de síntomas más allá del episodio agudo y de su posible repercusión cognitiva.*

No considera el Manual de Valoración[114] indicador *per se* de la gravedad del cuadro el hecho de que se verifiquen los criterios precisos para poder establecer el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, remitiéndose a la graduación de la intensidad del episodio a la graduación efectuada en la propia clasificación DSM en cuanto a leve, moderado o grave (en función de que se verifiquen más o menos criterios de los propuestos). La propia clasificación hace una aproximación a la repercusión funcional que cabe esperar de cada uno de estos niveles de gravedad en el trastorno depresivo mayor. Así:

a) Episodio leve. Permiten el desarrollo de las actividades cotidianas a expensas de un esfuerzo extra.
b) Episodio grave. Se asocian con incapacidad evidente y observable para el funcionamiento normal.

c) Episodio moderado. Situación funcional intermedia entre los dos anteriores.

Sería preciso puntualizar, no obstante, qué es lo que ha de entenderse, en referencia al episodio “leve” como “actividad cotidiana” y “esfuerzo extra”, además de tener presente durante cuánto tiempo ése “esfuerzo extra” es sostenible y, en su caso, a costa de qué (rendimiento laboral, fatigabilidad, repercusión de eventuales errores en el desempeño de la actividad laboral …). Ha de tenerse en todo momento presente que las exigencias del medio laboral no son de la misma intensidad que las que cotidianamente pueden tener otras obligaciones (atención de la propia casa o cuidado del entorno familiar) y que la jurisprudencia entiende que el sobreesfuerzo a exigir al enfermo trabajador para superar las limitaciones derivadas de la enfermedad no debe ser tenido como especial, debiéndose desarrollar el trabajo con la necesaria profesionalidad, conforme a las exigencias normales de continuidad, dedicación y eficacia, que son legalmente exigibles (en relación con cualquier tipo de enfermedad que conlleve discapacidad, ya que el sistema de Seguridad Social no efectúa distinción ni precisión alguna en lo referente a la enfermedad psiquiátrica.

Se puede recurrir además a los criterios del “Blue Book” en relación con la valoración de los episodios depresivos: anhedonia, pérdida de interés en la mayoría de las actividades, alteraciones del apetito con repercusión en el peso, alteraciones del sueño, alteraciones en la esfera psicomotriz (agitación o enlentecimiento), disminución de la “energía”, sentimientos de culpa o desesperanza, dificultades de concentración o pensamientos de suicidio, así como la presencia de alucinaciones o ideación delirante. Estos criterios deben contextualizase, por lo demás, en relación tanto con parámetros de temporalidad (número de episodios y duración de los mismos) como de repercusión funcional de cada uno de ellos (dificultades funcionales que se produjeron en tales episodios, que en lo que nos atañe debe, desde luego, requerir el análisis de su se pudo mantener la actividad laboral durante episodios previos y en qué condiciones).

Estos criterios de gravedad, en su conjunto, son acogidos por la jurisprudencia como determinantes de incapacidad permanente. Encontramos una amplia revisión de la jurisprudencia al efecto en la STSJ CAT 6010/2015, de 10 de junio de 2015, en la que se revisa la valoración del trastorno depresivo mayor por parte de los órganos jurisdiccionales. Así, se revisan en esta sentencia del TSJ CAT:

- Supuestos que dan lugar a Incapacidad permanente absoluta; cursos crónicos, persistentes, y graves o severos, como se recoge en STSJ CAT 1221/2011 de quince de febrero, STSJ CAT 8520/2010 de tres de noviembre. Se califica también IPA en el caso de una depresión mayor severa con trastorno de ansiedad generalizada y trastorno cognitivo funcional en la STSJ CAT

2489/2004 de 14 abril 2004, así como en el caso de un trastorno depresivo mayor cronificado, de más de tres años de evolución en comorbilidad con fibromialgia en STSJ CAT 2543/2006 de 23 marzo. También se califica IPA en el caso de un trastorno depresivo mayor grave cronificado, de más de tres años de evolución concurrente con fibromialgia con afectación a toda la musculatura en STSJ CAT 6627/2004 de 1 octubre.

- Supuestos de trastorno depresivo mayor que no dan lugar a incapacidad permanente. Se califica en STSJ CAT 2004/2003 de 25 marzo IPT en el caso de una oficial de artes gráficas en relación con un cuadro clínico consistente en depresión mayor recurrente dentro de una distimia, trastorno histriónico y pasivo-depresivo de la personalidad, trastorno disociativo-agorafobia con tratamiento neuropsiquiátrico; se argumenta en la sentencia que ninguno de estos padecimientos se había calificado expresamente como “graves”. En el caso de un trastorno depresivo moderado con somatizaciones, la STSJ CAT 8846/2004 de 10 diciembre considera que no existe IP en ninguno de sus grados en relación con la profesión de administrativa. La STSJ CAT 3836/1998 de 30 junio, en el caso de un oficial administrativo afectado por síndrome depresivo ansioso, depresión mayor recurrente y episodios de ansiedad (ambos de carácter moderado), considera que no existe IP en ninguno de sus grados, confirmando la sentencia de instancia que efectuó una valoración de las documentales aportadas sobre la situación médica del demandante y las periciales presentadas con arreglo a la convicción del juzgador.

1.6.3 Trastorno distímico.

Partiendo del planteamiento apriorístico que se desprende de la orientaciones de actuación en el proceso de valoración médica y que ya hemos descrito, ya se anuncia que no resultará fácil incardinar al trastorno distímico en alguno de los criterios de gravedad que el mismo manual[114] recoge como determinantes para la evaluación de las consecuencias funcionales de los trastornos mentales más allá de las limitaciones que, con carácter general, se concluyen para los casos encuadrables en un grado funcional II, y que redundarían como mucho en una capacidad limitada para capacidad para trabajos de responsabilidad y los que impliquen un contacto intenso con otras personas, en consonancia por lo demás con lo contenido en la literatura en lo que respecta a los problemas de los pacientes del espectro depresivo en lo que respecta a afrontar tareas laborales con requerimientos significativos de capacidad de juicio o valoración, comunicación o relación interpersonal[164].

Por otra parte, no deja de ser hasta cierto punto consecuencia de los sistemas diagnósticos empleados, DSM y CIE, que el diagnóstico de distimia lleve aparejado una connotación de escasa gravedad del cuadro en lo que a su repercusión funcional atañe, ya que un empeoramiento de la sintomatología

depresiva llevaría a considerar la existencia de criterios para poder diagnosticar una reagudización en forma de episodio depresivo mayor (con la consiguiente modificación del diagnóstico); lo que se ha venido denominando “depresión doble”, todo ello en el contexto de lo que debe presumirse con respecto al caso concreto es un continuum de los trastornos depresivos considerados en su conjunto, en el que la distimia se integra como una manifestación menos intensa pero más persistente que el episodio depresivo mayor, y que conjuntamente con otros cuadros de menor intensidad sintomática (los que se venían englobando bajo el término “depresión menor”) condicionan el curso pronóstico global[165].

En lo que respecta a la valoración del cuadro por los órganos jurisdiccionales podemos citar, como siempre a título de ejemplo:

- STS.J AR 470/2015, de quince de julio de dos mil quince, que confirma la sentencia de instancia al desestimar la pretensión de que fuera calificada IP en el caso de un oficial primero metalúrgico diagnosticado inicialmente de trastorno adaptativo ansioso-depresivo de origen reactivo iniciado en 2008, con oscilaciones en la evolución y diagnosticado finalmente de distimia en 2014. Se recoge en el dictamen-propuesta el diagnóstico actual de distimia y rasgos de personalidad dependiente -vulnerable. Recoge la sentencia, como antecedentes de hecho, la presencia de sintomatología ansioso depresiva no severa en contexto de trastorno de la personalidad, así como la exploración efectuada por el perito, en la que se detalla “no se evidencian trastorno importantes en el contenido del pensamiento” y que “no obstante sí se pone de manifiesto una ideación sobrevalorada de ruina y sobre todo de culpabilidad concordante con su situación vital y su estado anímico, no existen alteraciones importantes del juicio crítico y la lucidez y claridad de consciencia están plenamente conservadas, la memoria anterógrada y retrógrada no reflejan alteraciones significativas”. Llega la Sala, en este caso, a la misma conclusión que la sentencia recurrida, en cuanto a que de la prueba practicada no se infiere la imposibilidad de realizar las tareas esenciales del trabajo de oficial metalúrgico, profesión que se ha declarado probada, ni las de carretillero que pretendía el actor, pese a las dificultades por las dolencias psíquicas padecidas (distimia, trastorno de la personalidad), o aunque en determinados periodos sea necesaria la incapacidad temporal.

- STSJ AR 469/2015, de quince de julio de dos mil quince, que confirma la sentencia de instancia al desestimar la pretensión de que se calificase IP para la profesión de oficial 2º de laboratorio en relación con un cuadro clínico constituido por distimia crónica y trastorno depresivo crónico recurrente en el contexto por lo demás de alteraciones del aparato locomotor. Por lo que a la valoración del cuadro psiquiátrico respecta, recoge el Tribunal que, respecto de los padecimientos de carácter psíquico objetivados en la demandante, éstos ya

fueron diagnosticados en el expediente inicial de invalidez, consistentes en distimia crónica y trastorno depresivo crónico/recurrente. Se afirma por la demandante que tales padecimientos se han agravado y que, además se producen déficit cognitivo con pérdida de atención así como de memoria y desconcentración. Tales consecuencias no han resultado objetivadas, ni de los informes médicos valorados por el EVI ni de la pericial médica practicada a instancia de la actora se infieren los menoscabos que alega (...). No se ha objetivado mediante examen clínico el grado de afectación cognitiva para que pueda llegar a concluirse el grado de limitación que pueda producir y su relación con las tareas propias de su profesión". Insiste pues el Tribunal en la necesidad de que sea la actora la que soporte la carga de la prueba; es norma general que "*probatio incumbit qui dicit*" y, en este caso, en el que ni el diagnóstico ni la valoración de la Administración avalaban la existencia de tal repercusión, debería haberse reforzado la pericial de parte con el aludido "examen clínico" que permitiera determinar el grado de afectación cognitiva.

- STS.J AST 2944/2012, de dieciséis de noviembre de dos mil doce, (en conexión con las precisiones efectuadas en relación con el caso anterior), confirmando la sentencia de instancia que calificaba IP en grado de absoluta en el caso de un oficial de justicia (gestión) en relación con un cuadro clínico residual del que destaca, junto a problemas de limitado alcance del aparato locomotor, la presencia de un cuadro depresivo crónico iniciado ya 15 años antes, diagnosticado de distimia por los servicios de salud mental, con mala evolución pese a tratamiento y complicado en su evolución con un episodio depresivo mayor. Se recoge en la sentencia recurrida y en la del TSJ el contenido del informe emitido por los servicios de salud mental, en el que expresamente se hace constar "durante el último año, coincidiendo con conflictos familiares y con un problema osteoarticular que la deja dolor como secuela, su sintomatología depresiva ha aumentado en severidad en estos momentos hacia un cuadro de depresión mayor, que se suma a su trastorno depresivo distímico y requiere aumento de fármacos, e incluso si no evoluciona, un ingreso psiquiátrico ...". Recoge además el antecedente de "años de tratamiento farmacológico a dosis altas" y la constatación de la existencia de "repercusión cognitiva", así como "su larga evolución".

1.4.2 Trastornos de ansiedad.

La ansiedad constituye una respuesta inicialmente fisiológica ante una situación amenazante; el organismo, que percibe la amenaza, se prepara para la respuesta defensiva mediante la activación neuroendocrina que prepara para la lucha y la huida: aumento del tono vegetativo simpático y descarga de cortisol. Esta reacción de alerta no puede en absoluto considerarse patológica; sino más bien lo contrario, supone una respuesta adaptativa que permite superar la amenaza. Cuando ésta es real.

Surge el problema (la ansiedad patológica, los trastornos de ansiedad) cuando la respuesta de alerta se desencadena ante estímulos que el sujeto vive como amenazantes pero que no necesariamente suponen una amenaza real; cuando la situación de hiperactivación deja de ser puntual para convertirse en una situación mantenida y persistente en el tiempo, con los efectos deletéreos que la activación neurovegetativa y hormonal de alerta suponen para el sujeto. La clave de la cuestión recae pues sobre la perspectiva del paciente; sobre lo que vive como amenazante (provoca la reacción de alerta por ese motivo), y que no necesariamente lo es. A este respecto, llama la atención que las clasificaciones DSM exigen, efectivamente, una "desproporción" entre el estímulo y la respuesta, mientras que para la CIE-10[166] esta "desproporción" no tiene necesariamente que estar presente.

Los trastornos de ansiedad, clásicamente englobados en lo que en la nosología psiquiátrica se venía denominando "neurosis", han sido considerados como "trastornos menores". No obstante, habrá que precisar a qué es lo que se hace referencia cuando empleamos ese calificativo de "menor", porque si efectivamente se insiste con él en que el sujeto no pierde el juicio de realidad (como sí ocurre en las psicosis), puede mantenerse sin problemas tal afirmación, que resulta sin embargo difícilmente sostenible cuando se pretende con ello hacer sinónimos "neurosis" (y por ende "trastornos de ansiedad") y "ausencia de repercusión funcional significativa". A este respecto, merece la pena describir el grado de repercusión funcional que puede alcanzarse en las neurosis con las gráficas palabras de Vallejo Ruiloba (*op. cit*.): "no es raro que una neurosis siga un curso más crónico e incapacitante social y profesionalmente que algunos cuadros psicóticos".

Para poder efectuar pues una valoración adecuada de la repercusión funcional del trastorno y poder hacerlo desde una perspectiva objetiva se presenta pues una primera exigencia: el cuadro debe analizarse desde la perspectiva del paciente, ya que será su particular constitución de respuesta ante el entorno la responsable de la intensidad de los síntomas, y no la apreciación externa (y objetiva) de la intensidad del estresante. En otras palabras; el sujeto reacciona "como puede", y desde luego, "no como debe", si entendemos ese "debe" como la respuesta más adaptativa al estresante.

Es por otra parte muy habitual la presencia comórbida, como ya se ha señalado, de síntomas de depresión y ansiedad, y a efectos de su repercusión laboral, la aparición comórbida de trastornos de ansiedad y depresivos parece asociarse con un mayor riesgo de que la situación conduzca a una IP[167].

1.4.2.1 Trastorno de ansiedad generalizada.

Se caracteriza este trastorno por la persistencia de elevados niveles de ansiedad; ansiedad desporporcionada, intensa preocupación "por todo" y

manifestaciones somáticas asociadas a este estado de hiperactivación, siendo lo característico del trastorno su cronicidad y su presentación conjunta con otros trastornos de ansiedad o con trastornos depresivos[168].

El trastorno de ansiedad generalizada es una entidad nosológica en ocasiones discutida desde el punto de vista de su existencia aislada, proponiéndose modelos que integran al trastorno en un espectro más amplio, como parte integrante de un complejo del que formaría parte junto con otros trastornos, especialmente los depresivos, y comportándose como una fase prodrómica o residual, o incluso como un marcador de gravedad de ese pretendido "complejo sintomático"[169]. O como planteamiento distinto a éste, constituyendo más que un trastorno por sí mismo, un factor de "especial vulnerabilidad", más propio acaso del eje II en el sistema diagnóstico DSM-IV-TR[170]. Se explicaría así la habitual presencia comórbida de otros trastornos psiquiátricos, en particular, del síndrome depresivo y de otros trastornos de ansiedad, comorbilidad que podría encontrar su explicación en mecanismos etiopatogénicos comunes, como podría ser el caso de una determinada constitución genética del sujeto[171]. La presencia de esta comorbilidad (en su presentación clínica) se asocia además con un peor pronóstico y un mayor deterioro funcional, deterioro que, evidentemente, alcanza a la capacidad laboral, y constituye además una dificultad diagnóstica cuando coexisten síntomas ansiosos y depresivos y ambos grupos de síntomas tienen entidad significativa. La clasificación CIE 10 cuenta para estas situaciones con un diagnóstico "híbrido", el trastorno mixto ansioso depresivo (que en la DSM se incluye como "otros trastornos propuestos" y queda pendiente de nuevos estudios que pudieran confirmar su existencia como entidad diferenciada), que pretende salvar esta dificultad, y que no obstante, sirve en ocasiones como "cajón de sastre" en el que se incluyen gran número de casos en los que no se entra en más profundidades diagnósticas.

Las personas con trastorno de ansiedad generalizada presentan un estado de hiperactivación de forma persistente; una excesiva y desproporcionada "preocupación" por cualquier cosa ("expectación aprensiva"), sean las relaciones con los miembros de la familia o en el medio de trabajo, la salud (propia o ajena) o cualquier eventualidad de la vida diaria que, objetivamente, no debería ser responsable de tal nivel de activación, resultando que las manifestaciones de la ansiedad pueden afectar la capacidad de la persona para funcionar de forma eficaz en sus relaciones familiares, sociales o laborales.

La ansiedad suele manifestarse además con síntomas físicos, como el aumento de la excitación del sistema nervioso simpático (inquietud, sudoración, taquicardia y palpitaciones, temblores, tensión muscular, mareos y midriasis) además de tener efectos cognitivos negativos, apareciendo la distracción y la

dificultad de concentración o trastornos del sueño que dificultan el adecuado descanso. Son habitualmente los síntomas físicos los que más frecuentemente llevan a buscar asistencia médica, y será lo habitual la presencia de quejas de cansancio y fatigabilidad (en relación con un estado de hiperactivación mantenida) que, unidos a un sueño no reparador, se traducen en dificultades para mantener la actividad (física o psíquica). Estas dificultades, y en particular los problemas para mantener la atención y la distraibilidad, permiten dibujar la que podría ser una primera aproximación a las dificultades de estos pacientes para afrontar la actividad laboral, y además forman parte de los criterios diagnósticos para el trastorno (DSM-IV-TR[42]).

Las manifestaciones clínicas del trastorno oscilan a lo largo del curso del mismo, frecuentemente en relación con la aparición de circunstancias de la vida diaria que el paciente vive como estresantes[172]. Esta consideración es fundamental a la hora de entender el trastorno: la circunstancia objetivamente considerada como elemento generadora de estrés carece de importancia; lo realmente relevante es la dificultad que el paciente tiene para afrontar tal circunstancia, que efectivamente vive como estresante aunque, objetivamente, para el observador externo, pueda no serlo. El paciente pone en juego mecanismos de defensa frente a tales "estresores" que le conducen a la evitación del mismo; trata de evitar el enfrentamiento y aparecen conductas de evitación frente a la situación que desencadena la ansiedad a expensas de una conducta a todas luces desadaptativa y que restringe la capacidad de desenvolvimiento del sujeto[173].

Ya se describió la importancia que, en la patogenia de los trastornos mentales, tienen los mecanismos de afrontamiento de las personas para desplegar conductas adaptativas a las demandas del entorno y la traducción, a nivel neuroendocrino, de esta insuficiente respuesta de adaptación a circunstancias "estresantes". Esta hiperactivación del sistema simpático e hipercortisolismo secundario a la respuesta de estrés se encuentran en la base de la comorbilidad asociada a estos trastornos, y así, por ejemplo, la repercusión física de la ansiedad tiene manifestaciones a nivel cardiovascular, con una mayor incidencia de episodios coronarios[174]. En este tipo de trastornos se hace por lo demás patente la insuficiencia de las estrategias de afrontamiento ante demandas del entorno, resultando que la asociación entre trastornos de la personalidad complica la evolución del trastorno por ansiedad generalizada[175]. En particular, resulta significativo el papel del "neuroticismo" como rasgo de personalidad, que en asociación con personalidades dependientes, evitativas y obsesivas conformarían un conjunto de rasgos característicos del ya aludido "síndrome neurótico general"[176]. A este respecto, la elevada ansiedad - rasgo actuaría como según un modelo de diátesis - estrés, como un factor de vulnerabilidad latente.

1.4.2.2 Trastorno por crisis de angustia.

El trastorno de angustia o trastorno por crisis de pánico se caracteriza por la aparición recurrente de “crisis de pánico” o “de angustia”, que se presentan como accesos paroxísticos de intenso malestar, con manifestaciones de hiperactivación vegetativa (taquicardia, sudoración, temblor), sensación de ahogo, opresión torácica… que se producen en ausencia de un peligro real, cursando con sensación de miedo intenso, incluso, la necesidad de “abandonar el lugar” en el que están apareciendo los síntomas.

La aparición de las crisis de pánico (y por repetición de las mismas del trastorno por crisis de pánico) puede venir o no desencadenada por estímulos ambientales. La hiperactividad vegetativa que se produce durante la crisis de pánico supone una demanda importante, hasta el punto de que, por sí misma, puede causar fatiga física. Se desarrollan, además, en relación con las crisis de pánico, conductas evitativas que tienen una marcada repercusión funcional sobre el paciente. La existencia de estas conductas evitativas, así como la presencia de crisis de ansiedad frecuentes o la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos parecen asociarse a un mayor grado de deterioro de la eficacia en el desempeño de la actividad laboral[177].

Se ha descrito que trabajadores diagnosticados de trastorno de pánico presentan una disminución de su productividad en el trabajo, con tasas importantes de presentismo y absentismo, fenómenos éstos que no obstante parecen mejorar, en consonancia con la mejoría de los síntomas, tras tratamiento farmacológico[178]. Esta cuestión, la de la posibilidad de mejoría, resulta especialmente relevante a la hora de establecer la situación clínica como definitiva, ya que, como hemos dicho, la consideración de una eventual IP requiere que se puedan estimar agotadas las medidas terapéuticas en cuanto a la obtención de mejoría funcional significativa se refiere. Ha de tenerse además presente que puede existir cierta sintomatología residual incluso tras la remisión clínica del trastorno, y que incluso siendo “residual”, la persistencia de síntomas pudiera conllevar cierta dificultad funcional, debiéndose considerar por lo demás, a la hora de emitir un pronóstico clínico-laboral, si estos síntomas persistentes podrían tener valor pronóstico en relación con mayor probabilidad de que aparezca una recaída en un trastorno que ya de por sí se caracteriza por elevadas tasas de recurrencia[179].

1.4.2.3 Trastorno obsesivo-compulsivo.

El trastorno obsesivo-compulsivo se caracteriza por la presencia de pensamientos intrusivos (obsesiones) sobre los que el sujeto carece de control, así como por comportamientos reiterativos, voluntarios, pero que el paciente se

muestra incapaz de controlar (compulsiones) y a los que se acude para aliviar la ansiedad y el distrés asociado con las obsesiones[180]; el trastorno se asocia con repercusión significativa sobre el funcionamiento del sujeto, repercusión que se muestra más intensa en aquellos casos en los que el trastorno obsesivo-compulsivo se asocia a otros trastornos psiquiátricos (especialmente los trastornos depresivos) y que mejora claramente en los casos en los que se logra la remisión[181].

El trastorno obsesivo-compulsivo se asocia con una marcada discapacidad laboral, identificándose mayores grados deterioro funcional en las áreas ocupacional y social[182], incluso en sujetos que previamente a la irrupción de los síntomas habían venido desempeñando una actividad laboral con responsabilidades de tipo directivo o ejecutivo[183]. Se asocian con el trastorno determinadas alteraciones a nivel neuropsicológico en lo que respecta a las funciones ejecutivas o en relación con la memoria, con dificultades para superar las “dudas” en los procesos de organización[184]. Aparece además una mayor distraibilidad, que parece contrastar con la aparición de estados de hipervigilancia que están dirigidos a “evitar un error”, todo ello en el seno de lo que se presenta como una alteración de las estructuras funcionales neurológicas implicadas en la atención en el contexto de una disfunción frontal. Los estímulos externos actúan sobre estos sujetos activando los esquemas de reacción de forma directa, automática, aumentando la distraibilidad y la disminución del control del comportamiento[185]. Los sujetos afectados en fin por un trastorno obsesivo-compulsivo responden a un funcionamiento cognitivo alterado, en relación con el compromiso de las áreas neurofuncionales implicadas: el córtex órbito - frontal, el gyrus cingulado anterior y los ganglios basales. Se identifican así alteraciones a nivel de la memoria, la toma de decisiones, la planificación o la capacidad de cambiar el centro de la atención a distintos estímulos, debiéndose destacar también el papel que juega en el resultado funcional global del sujeto la disfunción de los procesos de inhibición de la conducta, con dificultades para el control de los pensamientos intrusivos y de las conductas compulsivas[186].

El curso clínico habitual del trastorno es crónico, con escasas remisiones espontáneas; se asocian con un peor pronóstico del trastorno su comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos (como los trastornos depresivos u otros trastornos de ansiedad) o antecedentes familiares de trastornos de ansiedad[187]. Distintos estudios han constatado tasas de remisión bajo tratamiento muy variables; desde el 30% a más del 75% en períodos de dos a 5 años, (si bien con elevadas de recaída), resultando que la heterogeneidad entre las distintas muestras clínicas puede ser responsable de las notables diferencias encontradas[188]. En general, en los sujetos con un diagnóstico de trastorno

compulsivo se han descrito mayores tasas de desempleo, menor nivel de ingresos y un peor funcionamiento social[189].

1.4.2.4 Criterios de gravedad y especial gravedad.

De nuevo se analizan los criterios directrices de recurso habitual para la determinación de un concreto grado funcional en relación con los trastornos de ansiedad, intentando aportar a dichos criterios líneas adicionales que permitan su concreción al caso concreto.

2.4.1 Trastorno de ansiedad generalizada.

Ya se ha expuesto anteriormente la elevada comorbilidad del trastorno de ansiedad generalizada con otros trastornos mentales y sus implicaciones sobre la gravead y el curso pronóstico. Esto hace que, necesariamente, debamos matizar el enunciado de los criterios de gravedad y especial gravedad que propone se consideren en los procesos de valoración de las limitaciones funcionales, matizaciones que necesariamente pasan por el análisis de la comorbilidad de las manifestaciones sintomáticas del cuadro.

Del conjunto de criterios que se contemplan al respecto en las guías de actuación del INSS, podrían ser especialmente relevantes en cuanto a su aplicación a la valoración de los trastornos por ansiedad generalizada:

Grave alteración en la capacidad de relación interpersonal y comunicación.

La aparición de conductas evitativas frente a los estímulos que provocan la reacción ansiosa (aun en el contexto de hiperactivación mantenida que caracteriza a este concreto trastorno) tiene evidente repercusión sobre la capacidad de relación del sujeto con terceras personas. La capacidad de relación interpersonal se ve también influenciada por las alteraciones cognitivas que subyacen en el trastorno (percepción sostenida de un entorno amenazante), así como por las manifestaciones somáticas asociadas a la ansiedad[190].

Alteraciones psicopatológicas permanentes y en grado severo (grave).

No precisa el Manual[114] exactamente a qué alteraciones se refiere ni qué debe entenderse por severo o grave. Resulta no obstante evidente que el estado de hiperactivación mantenida puede tener repercusión (y de hecho así es) sobre la capacidad de mantener la atención durante la jornada laboral. Una de las características del trastorno de ansiedad generalizada es precisamente la cronicidad, sin embargo, no es menos cierto que el curso habitual, bajo los efectos de los distintos tratamientos, sea oscilante en lo que respecta a la intensidad de los síntomas y las dificultades funcionales que de estos síntomas cabe esperar. El “Blue Book” alude expresamente en relación con los trastornos

de ansiedad la existencia de períodos repetidos de descompensación, así como la duración de los mismos, por lo que parece necesario, en un contexto de cronicidad en la manifestación de los síntomas, tener presente la situación basal del trabajador, así como la repercusión funcional de ésta sobre, en lo que a nosostros nos atañe, la capacidad de mantener la actividad laboral. O dicho de otro modo; si dentro de la persistencia de síntomas en períodos intercríticos éstos han permitido mantener la actividad laboral y en qué condiciones, debiéndonos en todo caso preguntar por el "diferencial" en la intensidad y cualidad de los síntomas que han llevado a plantear, en un momento concreto (y no antes) la imposibilidad para afrontar el desempeño de la actividad laboral.

En formas de muy larga evolución, muy a menudo, como ya se ha referido, o en el caso de presentación comórbida con trastornos de la esfera depresiva (especialmente el trastorno depresivo mayor), la situación clínica y funcional ya presenta un marcado grado de deterioro con trascendencia incapacitante. Esta situación de deterioro es también frecuente en casos en los que el trastorno depresivo se remonta a antecedente de un actual trastorno de ansiedad generalizada o a la inversa, cuando estamos ante un trastorno depresivo actual y en la historia se identifican antecedentes de un trastorno por ansiedad generalizada[191].

Por otra parte, se han identificado otros indicadores de gravedad en cuanto a la discapacidad asociada que conllevan, como es el caso de la aparición de conductas evitativas que restringen de manera significativa la funcionalidad del sujeto[192]; recoge expresamente el "Blue Book" la "imposibilidad para funcionar fuera del entorno del propio hogar".

La apreciación de estos criterios de gravedad (u otros con el mismo o parecido fundamento) a la hora de calificar la existencia o no de una situación de incapacidad permanente tiene evidente traducción en la casuística que se presenta ante los órganos jurisdiccionales en el procedimiento de revisión de la actuación administrativa, si bien lógicamente bajo el tamiz de la actividad médico-pericial que se desarrolla en tales procedimientos, actividad pericial que recoge esencialmente las consideraciones médicas descritas en la literatura al respecto. A título de ejemplo:

- Puede evidenciarse la presentación comórbida del trastorno por ansiedad generalizada y los trastornos depresivos, como ocurre en STSJ M 8914/2015, de veinte de julio de dos mil quince, en relación con la profesión de administrativo, con un cuadro clínico constituido por trastorno depresivo recurrente, trastorno de ansiedad generalizada, fibromialgia, hernia discal L5-S1 y gastropatía antral. Se revisa la sentencia de instancia, en la que se da preferencia al informe del médico inspector frente al informe médico de la parte demandante. La resolución

administrativa estimó no existía grado de IP alguno, siendo confirmada por la sentencia de instancia. La Sala, no obstante, revisa la sentencia de instancia apoyándose en la descripción de la situación de la trabajadora que se desprende del propio expediente administrativo: “ha presentado síntomas neurológicos, consistentes en alteraciones cognitivas, relacionadas tras estudio con alteraciones de origen psíquico, presentando dolor osteomuscular difuso concomitante, que han atribuido a fibromialgia desencadenada tras estrés emocional importante”. Alude además la sentencia a que presentaba la actora sintomatología depresiva de larga evolución, trastorno de ansiedad generalizada con múltiples repercusiones somáticas", según se informaba desde los servicios de salud mental. Concluye el fallo que la trabajadora se encontraba en situación de IPT para la profesión de administrativa, señalando que la capacidad laboral de la actora no está totalmente abolida, al conservar aptitud para trabajos exentos de responsabilidad.

- STSJ EXT 2154/2013, de veintisiete de diciembre de dos mil trece, analiza separadamente del contexto clínico del trabajador la repercusión laboral de un cuadro psiquiátrico que recoge la existencia de un trastorno depresivo mayor con ansiedad generalizada y síndrome del colon irritable (que ha cedido actualmente, referido al colon irritable). Con remisión al expediente administrativo y al informe del médico forense, el padecimiento psíquico, recoge la sentencia, “no tiene entidad suficiente para cualificar el grado de incapacidad permanente que postula”. El apoyo pericial proviene del informe del médico forense, y destaca de la sentencia que se recoge la existencia de un posible trastorno disociativo con fuga y amnesia. De nuevo, la comorbilidad entre depresión y ansiedad, en este caso, además, con clínica que podría ser compatible con un trastorno disociativo, pero que no conllevan IPA al no quedar acreditado que no pueda desempeñarse profesión alguna, revisando además la sentencia los criterios de calificación de una IPA.
- STSJ EXT 1548/2012, de ocho de octubre de dos mil doce, en relación con profesor de enseñanza secundaria con diagnósticos de trastorno de la personalidad sin especificar, trastorno distímico, trastorno por de abuso de alcohol y trastorno de ansiedad generalizada. Se calificó el caso en vía administrativa como IPT (confirmada en sentencia de instancia), recogiéndose expresamente que el trabajador estaba sometido a un tratamiento psiquiátrico desde el año 2.005, con buena respuesta al mismo en aquel momento. La sentencia de instancia recogía la valoración efectuada por el médico inspector, que señalaba la existencia de limitaciones psíquicas moderadas que limitaban al trabajador para actividades de responsabilidad o de riesgo propio o de terceros, rechazándose tanto por el juez a quo como por la Sala la pretensión de IPA, que se sustentaba en informe pericial en el cual se sostenía que el trabajador presentaba “limitaciones funcionales imposibilitan para someterse a una

disciplina horaria y cumplir con el rendimiento continuado necesario para el desempeño de cualquier actividad laboral".

2.4.2 Trastorno por crisis de angustia.

Los criterios de valoración contenidos en el “Blue Book” en cuanto a la valoración del trastorno recuerdan la necesidad de documentar adecuadamente la naturaleza, frecuencia de aparición y duración de las crisis de ansiedad, así como los factores que las desencadenan, valorando las guías australianas el menoscabo derivado de la aparición de crisis de ansiedad entrando a valorar la frecuencia con la que éstos aparecen, estableciendo una graduación, ciertamente imprecisa, entre leve (“*algunos* ataques de pánico”) y moderado (“*frecuentes* ataques de pánico”). A estos criterios habría que unir, según se ha dicho, la existencia de comorbilidad psiquiátrica significativa y la aparición de conductas evitativas, así como la respuesta al tratamiento (psicofarmacológico y psicoterapéutico).

En relación a la aplicación de los criterios de valoración usuales en el ámbito del INSS, no resulta fácil determinar en relación a los mismos la situación que puede ocupar el trastorno por crisis de pánico, si bien parece lógico pensar que la presencia de los criterios antes expuestos pueden conducir a una alteración moderada a grave de la actividad familiar y social, criterio éste que sí se recoge en las guías del INSS como un criterio de gravedad, o en el caso de conductas evitativas con repercusión significativa, podríamos concluir la presencia de un criterio de especial gravedad si éstas implican grave repercusión sobre la conducta y puede constatarse mala respuesta al tratamiento.

La valoración de estos cuadros ante los órganos jurisdiccionales viene tamizada, lógicamente, por su repercusión funcional. A título de ejemplo, se puede citar:

- STSJ CAT, de diecisiete de febrero de dos mil dieciséis. Entiende el Tribunal que ha de mantenerse la calificación de instancia, IPA, en el caso de una responsable de dietética en relación con el cuadro clínico constituido por fibromialgia y síndrome de fatiga crónica (estabilizado), trastorno de ansiedad, con crisis de pánico y agorafobia, con episodios de depresión mayor, injertados en una personalidad con rasgos desadaptativos. Dichas crisis de pánico y agorafobia, razona el Tribunal, se manifiestan con una sintomatología importante, que le obliga a ir acompañada en todo momento, y a no utilizar transporte público, considerando que no concurre en la trabajadora la posibilidad de trasladarse al lugar de trabajo por sus propios medios, lo que la doctrina jurisprudencial considera como núcleo esencial de la aptitud laboral (y cita sentencia del Tribunal Supremo de 25 de marzo de 1.988 , entre otras). Considérese, al respecto de lo descrito en cuanto a factores que condicionan un

peor rendimiento en el medio laboral, la presencia de comorbilidad psiquiátrica (episodios depresivos mayores, trastorno de la personalidad).

- STSJ MAD (secc 1ª), de once de diciembre de dos mil quince. En el caso de una dependienta de administración de loterías, en relación con un cuadro clínico residual constituido por "escoliosis cervicolumbar, fusión parcial T19, T11, T12 de probable origen congénito, costilla cervical, lumboartrosis, pinzamiento L5-S1, crisis de ansiedad y agorafobia desde la adolescencia; distimia y pánico con agorafobia, fallos amnésicos en el contexto de trastorno anímico", confirma la IPT calificada en vía administrativa y conformada en instancia. Se apoya el razonamiento jurídico en la valoración neurológica que obra en expediente administrativo y en la que se indica (por lo que a nosotros nos interesa) "leve defecto mnésico en el contexto de síndrome ansioso depresivo", dando preeminencia a la valoración del médico inspector en el IMS y a los informes procedentes de los servicios sanitarios públicos frente a la pericial privada. Se recoge también en la sentencia que "gran parte de las patologías, especialmente las de carácter psíquico, ya eran previas al inicio de la relación laboral, no habiendo impedido su desempeño" (a lo que habría que añadir que tampoco se probó su agravamiento). Se fundamenta además el fallo en el IMS, cuyas conclusiones literales transcribe y da por válidas "limitaciones actividades por patologías psíquicas para tareas estrés, responsabilidad, iniciativa organizativa y atención al público", que efectivamente podrían relacionarse con los requerimientos de su profesión. Valora además el Tribunal que, ponderadas estas consideraciones, incluso podría "llegar a sostenerse que ni siquiera sería tributaria de invalidez permanente total, pese a lo cual, este pronunciamiento ha de mantenerse al haberse ya declarado la misma por el Instituto Nacional de la Seguridad Social" (considérese lo antes referido en relación a que no se habría probado agravamiento en relación con la situación en la que se produjo la afiliación).

2.4.3 Trastorno obsesivo-compulsivo.

Ya se ha descrito la existencia de un mayor deterioro funcional en aquellos casos en los que hay asociada comorbilidad psiquiátrica, en particular con los trastornos depresivos. Será pues éste un primer aspecto a tener en cuenta de cara a establecer qué grado de deterioro cabe esperar encontrarnos ante un diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo. Por otra parte, sobre la serie de criterios de gravedad y especial gravedad genéricos, que ya hemos ido viendo con ocasión de otros trastornos, merece la pena, en el caso del trastorno obsesivo-compulsivo, acaso detenernos en la necesidad de hospitalización y las tentativas de suicidio.

Cuadros que presentan crisis que requieran ingreso para hospitalización.

El trastorno obsesivo-compulsivo no es, desde luego, una de las causas más habituales de ingreso hospitalario en unidades de psiquiatría. Las características del trastorno (clínica egodistónica, la conservación de la capacidad de juicio) convierten el trastorno en el prototipo de cuadro óptimo para ser tratado de forma ambulatoria. Por eso, cuando ingresa un trastorno obsesivo-compulsivo es más que probable que estemos ante un caso particularmente grave o que se presenta en comorbilidad con otro trastorno psiquiátrico, si bien algunos estudios apuntan otra serie de posibles causas, como el síndrome del cuidador quemado[193].

Tentativas de suicidio.

El trastorno obsesivo-compulsivo se acompaña de un significativo riesgo de suicidio, si bien inferior al que parece asociarse a otros trastornos mentales). El criterio de gravedad se limita a contemplar las "tentativas", pero en el trastorno que nos ocupa se han identificado, además de los antecedentes previos de intentos autolíticos, factores que aumentan el riesgo suicida, entre los que destacan, además de la comorbilidad con otros trastornos (depresivos o de personalidad por ejemplo) o la presencia de obsesiones especialmente intensas[194], en relación con las cuales el tratamiento dirigido al control de éstas podría disminuir significativamente el riesgo suicida[195].

En relación al trastorno obsesivo-compulsivo y a su trascendencia invalidante se han pronunciado, lógicamente, los órganos jurisdiccionales en la revisión de la calificación administrativa, fijándose en los pronunciamientos judiciales la atención sobre determinados aspectos de la repercusión funcional del trastorno. Así:

- STSJ M 3411/2016, de seis de abril de dos mil dieciséis. En el caso de un jefe administrativo, determinado un cuadro clínico residual integrado por carcinoma de mama derecha tratado con tumorectomía más linfadenectomia axilar y linfedema leve en MSD, obesidad grado II, dislipemia, hiperuricemia fibromialgia, trastorno obsesivo compulsivo grave y fatiga crónica. Si bien el cuadro clínico recogido en la sentencia se presenta como complejo, integrado por patología física de distinta entidad, se distingue el diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo al que se califica de "grave", recogiéndose en el razonamiento de la sentencia que las limitaciones que se derivaban del cuadro clínico daban lugar a dificultades de concentración y alteraciones de la memoria, mareo inespecífico, dolor crónico generalizado, bajo estado de ánimo, labilidad emocional, alteraciones del sueño, limitación para tareas de esfuerzo y sedestación y bipedestación prolongados; situación que califica como Incompatible con el ejercicio de cualquier trabajo profesional u oficio en

los términos normalmente regulados por el mercado de trabajo, de forma que se considera que la situación es tributaria de una IPA para toda profesión u oficio.

- STSJ AS 58/2015, de veintitrés de Enero de dos mil quince. Se confirma la sentencia de instancia que calificaba una IPA en el caso de un auxiliar administrativo que presentaba u cuadro clínico constituido por un trastorno obsesivo – compulsivo. Se recogen en la sentencia, como manifestaciones del trastorno, su presentación crónica a lo largo e años, así como la presencia de "ánimo depresivo, ansiedad y pensamientos obsesivos y rituales" que, conforme constató la Magistrada en instancia, "limitan de forma importante su funcionamiento tanto desde el punto de vista social como laboral", resultando en consecuencia "*difícilmente compaginables con la normal realización de una actividad profesional reglada*". A este respecto, insiste la sentencia en que el cuadro clínico que presentaba el trabajador era suficientemente limitante para producirle un claro impedimento para el desarrollo de *cualesquiera tareas profesionales*, las cuales no podría consumar salvaguardando unos ya indicados, mínimos de *eficacia, rendimiento y diligencia predicables de toda profesión u oficio*, y que la IPA no es sólo apreciable en quien carece de toda aptitud psico-física para realizar su trabajo, sino también en quien, manteniendo posibilidad de ejecución de algunas tares o funciones, adolece sin embargo de las *facultades necesarias mínimas y precisas para afrontar tal ejecución con la satisfacción y eficacia* que normalmente es *exigible* en el ámbito en el que dichas tareas se desarrollan, restringiendo la capacidad de ganancia que pretende protegerse mediante la figura de la IPA.

- STSJ PV 3259/2014, de siete de octubre de dos mil catorce. Confirma la existencia de una IPA en el caso de un escolta que presenta un cuadro clínico consistente en trastorno depresivo mayor, trastorno obsesivo compulsivo; hernias discales y dorsales sin alteraciones en la médula espinal. Resulta especialmente significativo en caso por cuanto recoge la sentencia, como descriptores de la gravedad en cuanto a repercusión funcional del conjunto del cuadro clínico, manifestaciones que esencialmente derivan del TOC: "*rumiaciones obsesivas que aqueja el actor, rebeldes al tratamiento, desencadenan actitudes compulsivas en forma de actos rituales de comprobación relacionados con el orden y la limpieza (la propia higiene, la limpieza de la vivienda y del vehículo), a lo que se une la obsesión por contar y repetir números que, por el tiempo que consumen, su reiteración y frecuencia, y el agotamiento psíquico que producen, a lo que se unen los síntomas clínicos de tipo depresivo, causan una interferencia impeditiva de cualquier actividad laboral*". Previamente se había recogido en la sentencia la refractariedad del cuadro clínico la información aportada por el psiquiatra que

efectuaba el seguimiento clínico del trabajador: “No ha presentado ninguna mejoría ni en lo depresivo ni en lo obsesivo a dosis máximas de Anafranil. El pronóstico es negativo siendo esperable la cronificación”.

1.4.3 Trastornos somatomorfos.

El conjunto de trastornos que se agrupan bajo esta denominación tienen una característica común: la presencia de síntomas físicos que, si bien sugieren la existencia de una enfermedad médica, no encuentran explicación. La conclusión de que nos encontramos ante un trastorno somatomorfo conlleva la asunción de que las manifestaciones sintomáticas que presenta el paciente no son simuladas y responden, de alguna manera, a manifestaciones físicas de trastornos psíquicos.

Si bien se ha aludido ya a que es difícil, desde el actual estado del conocimiento, sostener la dicotomía enfermedad psíquica - enfermedad física, lo cierto es que, desde los modelos psicodinámicos que Freud iniciara, la manifestación de la conflictividad psíquica mediante síntomas extrapsíquicos ha ocupado un papel nada desdeñable en la práctica psiquiátrica habitual. Según estos modelos psicodinámicos, la somatización del conflicto psíquico se comporta como un mecanismo de defensa ante experiencias crónicas de ansiedad que no pueden contenerse eficazmente; la manifestación somática del conflicto psíquico se comportaría así como un mecanismo de defensa ante el estrés[196]. El recurso a este mecanismo de defensa, evidentemente desadaptativo, parece vinculado a perfiles de sujetos que no disponen de herramientas de afrontamiento “más sofisticadas” (y más eficaces, por cierto), habiéndose por lo demás identificado que diferencias entre distintos ámbitos culturales son relevantes en cuanto a la prevalencia del trastorno[197]. Se describen en relación con estos trastornos una serie de experiencias infantiles que han modelado un patrón disfuncional de respuesta; entre ellas, la experiencia de la enfermedad como elemento compensador de las carencias afectivas (proporcionando mayor expresión del afecto paterno hacia el niño enfermo) y la evitación de situaciones escudándose en la situación de enfermedad. Estas experiencias proporcionan un aprendizaje “disfuncional”, de forma que en la edad adulta la “enfermedad” se emplea (desde luego de forma inconsciente) como mecanismo para lograr afecto o evitar el afrontamiento de situaciones que se presentan psicológicamente como conflictivas[198].

El hecho de que los síntomas que describen los pacientes no encuentren una explicación con arreglo a los planteamientos habituales de la medicina asistencial no quiere decir, en absoluto, que estos síntomas carezcan de un mecanismo fisiopatológico que pueda explicarlos; si acaso será preciso señalar que la fisiopatología de los mismos es más compleja que la que se encuentra

detrás de otros trastornos que responden mejor al modelo biomédico. De esta forma, la conexión entre ansiedad y síntomas físicos de difícil explicación habrá que buscarla en las íntimas conexiones entre las emociones y los circuitos neuronales que, enraizados en las estructuras más primitivas del cerebro, están implicados en la percepción de sensaciones anómalas o dolorosas que están presentes en estos pacientes. El modelo de la amplificación somatosensorial, que pretende explicar cómo el organismo del paciente que sufre este tipo de trastornos interpreta distintas sensaciones corporales como molestas, intrusivas, disruptivas, etc, mientras que para el sujeto sano son irrelevantes o, simplemente, inexistentes. Estas alteraciones pueden estar relacionadas con patrones de disfunción que han podido identificarse en determinadas áreas de córtex prefrontal, la ínsula, o el núcleo estriado, y que a su vez, parecen estar relacionadas con la neuroplasticidad que se desarrolla en el contexto de traumas en etapas precoces de la vida y los efectos neuromoduladores de ciertas citoquinas[199]. Por otra parte, han podido evidenciarse cambios en los patrones de actividad cerebral en sujetos diagnosticados de trastornos somatomorfos sometidos a psicoterapia de corte dinámico; la mejoría en los síntomas tras el tratamiento psicoterapéutico se pudo correlacionar con una mayor actividad neuronal en el giro parahipocampal[200].

En este contexto neurobiológico, no es extraño que la comorbilidad con otros trastornos en cuya patogenia parecen estar implicada estas áreas cerebrales, y así, cuando se han pretendido estudiar de forma aislada las alteraciones en el SPECT que podrían estar relacionadas con los trastornos somatomorfos, ha sido necesario recurrir a diseños en los que se trataba de excluir la comorbilidad psiquiátrica[201].

En la práctica psiquiátrica habitual, estos trastornos suelen ocupar un segundo escalón de importancia en lo que a la preocupación del clínico atañe. Efectivamente, no se sitúan en el nivel de atención que requieren los denominados trastornos mentales graves (como puedan ser el trastorno depresivo mayor, bipolares y trastornos psicóticos, fundamentalmente), si bien la discapacidad asociada a algunos trastornos de este grupo no es nada desdeñable[202].

El abordaje de estos trastornos, desde el punto de vista de la psicoterapia (cognitivo - conductual) ha demostrado, por otra parte, resultados favorables en cuanto a la mejoría del rendimiento psicosocial en general de los pacientes y, en particular, la disminución de días de incapacidad laboral[203].

Desde el punto de vista de la discapacidad laboral, numerosos estudios han logrado documentar la asociación entre trastornos somatomorfos y la aparición de discapacidad laboral. Así, un trastorno somatomorfo persistente se asocia

con un riesgo aumentado de causar una incapacidad laboral permanente[204], así como con ausencias prolongadas del trabajo por causas de salud[205], si bien es preciso considerar además el impacto funcional de la comorbilidad habitual en estos trastornos, particularmente de la comorbilidad psiquiátrica (trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastornos fóbicos y por abuso de substancias, así como trastornos de la personalidad[206,207]), que contribuye desde luego a que se identifique su asociación con más y más prolongadas ausencias del trabajo[208]. La asociación entre trastornos depresivos, ansiedad y somatización es de carácter cualitativo, pero también cuantitativo; a mayores niveles de ansiedad y depresión se asocian mayor intensidad de síntomas somáticos "médicamente inexplicados"[209], cuestión ésta que habrá de tenerse en cuenta a la hora de considerar la valoración de los cuadros de ansiedad o depresión (en función de si existen o no síntomas de somatización). Puede afirmarse pues que la discapacidad derivada de los cuadros de somatización tiene por sí sola trascendencia en cuanto al deterioro funcional que puede atribuírsele, y además, que tal trascendencia sigue siendo relevante incluso cuando se toman en cuenta, de forma diferenciada, los efectos de la comorbilidad asociada (sea ésta psiquiátrica o no)[210].

La evolución del trastorno, previsiblemente, irá ligada a la presencia e intensidad de los factores estresantes a los que se vea sometido el paciente; sus dificultades de afrontamiento condicionarán el mantenimiento de la clínica, la intensidad de los síntomas y, por tanto, la discapacidad que de ellos deriva. Podremos encontrar pues cuadros agudos, de curso autolimitado, que aparecen en el contexto de la respuesta ante un factor estresante relativamente intenso para el sujeto; y frente a éste, procesos de duración persistente en el tiempo, que puede incluso "durar toda la vida", en conexión con el concepto de personalidad disfuncional.

Se puede pues hablar de una serie de factores predisponentes (antecedentes familiares en el contexto de un trastorno con raíces genéticas, determinadas experiencias infantiles que condicionan el aprendizaje de respuestas disfuncionales ante factores estresantes), factores sobre los que inciden los efectos de acontecimientos vitales estresantes y que desencadenan la sintomatología. Además, en el caso de los procesos de curso crónico podremos identificar mantenedores de la cínica, entre los cuales ha de ubicarse la actuación iatrogénica derivada de extensos procesos diagnósticos en respuesta a las quejas somáticas persistentes o la adopción de un rol de enfermo con ganancia secundaria en el entorno del paciente[211].

Desde el punto de vista del tratamiento, un objetivo será mejorar las estrategias de afrontamiento del paciente; el problema no está en la presencia del estresante, sino en el efecto que produce en el paciente. La psicoterapia

cognitivo conductual se ha mostrado eficaz y el tratamiento antidepresivo parece que puede mejorar la clínica depresiva asociada[212,213]. Será preciso por tanto considerar estos aspectos y la evolución previsible a la hora de establecer el momento de considerar el cuadro como estabilizado para poder valorar la repercusión funcional en relación a una eventual incapacidad; qué factores pueden identificarse como predisponentes, desencadenantes y aquellos que puedan estar detrás del mantenimiento de la clínica, así como hasta qué punto se encuentra enquistado este patrón de respuesta disfuncional.

En lo que respecta a la repercusión laboral del trastorno, es preciso tener presente que la aparición o exacerbación de síntomas se asocia con situaciones estresantes que el paciente no es capaz de manejar de forma más adaptativa; como se dijo, el síntoma somatomorfo es consecuencia de la incapacidad de afrontar, de forma adaptativa, el estrés al que está sometido el paciente. Así, se ha descrito como los acontecimientos vitales estresantes pueden precipitar la aparición de cuadros de somatización, y también (y muy relevante a los efectos que nos ocupan) que estos cuadros son más habituales en aquellos pacientes que tienen alguna ganancia secundaria[214]. Las quejas físicas estarán pues, junto con los problemas derivados de la comorbilidad asociada psiquiátrica asociada, detrás de las ausencias al trabajo.

El problema de la valoración de la capacidad laboral en este tipo de trastornos pasa pues por considerar las manifestaciones orgánicas del trastorno (que el paciente vive como reales; no tienen nada que ver con manifestaciones “simuladas”), de las cuales sin duda, la más típica va a ser el dolor, limitaciones que habrán de contextualizarse en el cuadro psicopatológico que en conjunto presente el trabajador, y en particular, la intensidad del estrés subjetivo que la actividad laboral o los factores estresantes extralaborales que en un momento dado inciden en el paciente, así como las estrategias de afrontamiento de que el sujeto disponga para resolver la conflictividad de forma adaptativa. Las oscilaciones en el tiempo de la intensidad del estrés a que viene sometido el sujeto podrá estar en el origen de procesos de IT, pero, ¿cabe plantearse una eventual IP en relación con estos trastornos? En el bien entendido de la imposibilidad de disociar los efectos discapacitantes de los trastornos somatomorfos de los derivados de su comorbilidad psiquiátrica, no hay motivo para, a priori, considerar que estos cuadros están fuera de la consideración de una eventual IP, si bien ésta parece debe quedar reservada para aquellos casos de curso grave y crónico, según se recoge en las indicaciones al respecto que establece el Manual de actuación para médicos del INSS[114].

En cualquier caso, en aquellos casos en los que la persistencia de la clínica conlleva aparentemente una repercusión funcional importante, sería necesario investigar la situación premórbida del trabajador; la importancia que en la

génesis del proceso parecen ocupar factores ya presentes en el inicio de la edad laboral (experiencias de la infancia, factores genéticos) habrán de llevarnos a la pregunta de por qué ahora (y no antes) aparece una clínica lo suficientemente importante como para tener una repercusión funcional que se presenta en este momento como incapacitante. En otras palabras; habrá que intentar aproximarse a la intensidad del factor desencadenante y a la "ganancia secundaria" que pudiera ahora estar presente (considerado en todo momento que el diagnóstico del que estamos hablando excluye toda "manipulación consciente" del síntomas y que el concepto de "ganancia secundaria" trasciende a la obtención o no de prestaciones económicas). Si efectivamente estamos ante un cuadro cronificado, enquistado, característico de un sujeto cuyo patrón de conducta ha venido siendo marcadamente disfuncional en el tiempo, lo habitual será encontrar procesos previos de incapacidad temporal más o menos prolongado en relación con sucesos vitales estresantes previos. Pude resultar útil la aproximación a la patobiografía del sujeto[215]; el análisis de sus respuestas en los distintos momentos del ciclo vital (episodios de crisis y cómo se resolvieron) puede ser útil para aproximarnos a la capacidad adaptativa del sujeto y, por tanto, para aventurar un pronóstico en relación con la situación actual.

En el capítulo correspondiente, el "Blue Book" toma en consideración, para poder verificar el criterio de gravedad requerido, en primer, lugar, la *cronicidad* del cuadro. La persistencia de síntomas que inducen a la búsqueda continuada de asistencia sanitaria de forma tal que esta conducta altera de forma significativa el funcionamiento del sujeto o, en su caso, la afectación (sin causa orgánica que la justifique) de la visión, el oído, el habla, la motilidad (paresia, movimientos anormales) o alteraciones en la percepción.

Además de lo anterior, es preciso tener presente que los pacientes con síntomas somatomorfos refieren con frecuencia dificultades en la concentración, deterioro de la memoria reciente, alteraciones que se han relacionado con el deterioro funcional de la atención y memoria en estos sujetos en relación con controles, mostrando las baterías neuropsicológicas deterioro comparativo de la memoria semántica, memoria episódica verbal y tareas visuoespaciales[216]. Estas alteraciones pueden contribuir significativamente a explicar los problemas de rendimiento psicosocial que experimentan estos pacientes.

1.4.3.1 Trastorno de somatización.

Se caracteriza por la presencia de multitud de síntomas somáticos, recurrentes; clínicamente significativos para el que los presenta (busca atención médica para tales síntomas), y que no encuentran una explicación completa en ningún patrón de enfermedad médicamente recognoscible. La elevada comorbilidad del trastorno de somatización con otros trastornos psiquiátricos

(trastorno depresivo mayor, trastorno de pánico con o sin agorafobia, trastorno distímico o trastorno por abuso de substancias; fundamentalmente) ha sido puesta de manifiesto en distintos estudios[217,218], lo que puede llevar a plantearnos la cuestión de si la somatización es un auténtico trastorno autónomo o, por el contrario, es una manifestación de un complejo más amplio dentro del espectro de las alteraciones del humor y los trastornos de ansiedad[219].

1.4.3.2 Trastorno somatomorfo indiferenciado.

Se recurre a este diagnóstico ante la presencia de síntomas físicos que se consideran inexplicados desde el punto de vista de que no se logra hallar base orgánica que los justifique, pero que son insuficientes para establecer el diagnóstico de trastorno por somatización.

Se ha logrado documentar, en mujeres de Omán (téngase presente la importancia a aludida del contexto cultura en relación con estos trastornos), que aquellas que cumplían criterios diagnósticos de este trastorno, además de las manifestaciones sintomáticas que sirvieron de base para el diagnóstico del trastorno, presentaban deterioro en diversas áreas del funcionamiento neuropsicológico: la función ejecutiva y la memoria de trabajo, que se mostraban deterioradas en relación con los sujetos control[220], cuestión ésta que debe llevarnos, al menos, a plantear la posibilidad de que las alteraciones neurobiológicas que subyacen a los síntomas somatomorfos estén relacionadas con las áreas correspondientes a estas funciones y que la repercusión funcional del trastorno pueda llegar aún más allá del mero síntoma somatomorfo.

1.4.3.3 Trastorno de conversión.

El trastorno de conversión o trastorno conversivo se caracteriza, según los criterios diagnósticos recogidos en el DSM-IV-TR[42], por la presencia de síntomas motores o sensoriales que sugieren la posibilidad de un trastorno neurológico o una enfermedad médica, posibilidad que se ha descartado mediante los estudios oportunos. Los propios criterios diagnósticos exigen que se pueda identificar un factor desencadenante de los síntomas o de la exacerbación de síntomas preexistentes.

Parece identificarse en los sujetos que presentan este trastorno una tendencia a agruparse en colectivos con baja formación académica y bajo estatus socioeconómico, a los que hay que añadir la elevada presencia de trastornos de la personalidad todo ello en conexión con escasas estrategias de afrontamiento ante acontecimientos vitales estresantes[221].

1.4.3.4 Trastorno por dolor.

La influencia de los factores psíquicos en la percepción del dolor es de sobra conocida y documentada[222,223]. La experiencia del dolor puede variar de un

sujeto a otro, cualitativa y cuantitativamente, así como en su impacto funcional, en función de estos factores. A este respecto, cuando el dolor está causado por una enfermedad médica no se debe establecer el diagnóstico en el eje I (no puede hablarse de trastorno por dolor); podría codificarse en el eje III. Para establecer este diagnóstico es preciso que los factores psicológicos se identifiquen como los principales responsables en la iniciación, intensificación o mantenimiento del dolor.

Hablaremos pues de trastorno por dolor somatomorfo, acorde con la definición efectuada en el DSM-IV-TR[42], cuando estamos ante un cuadro de dolor crónico, persistente, en una o más localizaciones, *que no puede ser explicado por un trastorno físico o proceso fisiológico*, siendo habitual que se desarrollen conductas de búsqueda activa de ayuda sanitaria, con resultados infructuosos en lo que a lograr una mejoría clínica se refiere, y con frecuentes desencuentros en la relación médico-paciente. En estos pacientes, parecen identificarse alteraciones relevantes en el procesamiento y regulación de las emociones[224]. No obstante esta definición, lo cierto es que el desarrollo de las técnicas de neuroimagen están permitiendo hoy día poner de manifiesto la presencia de alteraciones en el funcionamiento de ciertas estructuras neurológicas que podrían estar en relación con la patogenia del dolor que, aparentemente, no está relacionado con cuadro orgánico que lo justifique, y así, se han identificado cambios estructurales que afectan a circuitos del sistema límbico que podrían estar implicados en la patogenia del trastorno por dolor, cambios por otra parte semejantes a los que pueden encontrarse en trastornos como la fibromialgia o la lumbalgia crónica[225,226], cuestión ésta que podría llevar a plantearnos si, efectivamente, la consideración de estas entidades como diferenciadas es adecuada. Podría suceder que trastornos como la fibromialgia, cuya explicación patogénica parece ahora encontrar mejor acogida en el paradigma de alteraciones en mecanismos de regulación central del dolor que en explicaciones basadas en alteraciones periféricas de la percepción del dolor, y el trastorno por dolor somatomorfo, pudieran presentar mecanismos patogénicos, e incluso etiológicos, comunes, y que incluso podrían estar relacionados con la vivencia de acontecimientos vitales estresantes durante la infancia[227] , implicándose la exposición a estos acontecimientos en la modulación del desarrollo de estas estructuras en esta etapa de la vida.

1.4.3.5 Trastorno somatomorfo indiferenciado.

Es el más frecuente; la presencia de síntomas de la esfera somática no permite establecer un patrón concreto en relación con otros trastornos más definidos (síntomas inespecíficos como el cansancio o la debilidad muscular), si bien resulta claro que permanecen médicamente inexplicados. Se presenta pues como un diagnóstico “de recogida” ante la imposibilidad de emitir otro

diagnóstico. En este diagnóstico se Incluiría también, por ejemplo, la pseudociesis.

1.4.3.6 Criterios de gravedad y especial gravedad.

Siguiendo la línea de exposición que venimos trazando, según el esquema de los protocolos al uso, podrían ser aplicables a estos trastornos, además de la valoración específica de la comorbilidad, la existencia o ausencia de grave alteración en la capacidad de relación interpersonal y comunicación, así como la grave repercusión sobre la conducta y mala respuesta al tratamiento o la aparición de conductas disruptivas reiteradas. En estos sujetos, la adopción crónica de un rol de enfermo puede suponer una organización de la persona alrededor de lo que se vive como una situación de enfermedad, puede tener una repercusión funcional significativa sobre la conducta y relación interpersonal, en muchas ocasiones, en el contexto de un grupo familiar desestructurado[228]. Estos criterios habrán de ser valorados a la luz de la estabilidad del cuadro clínico y de la aparición de descompensaciones ante la exposición a lo que el trabajador pueda vivir como estresantes ambientales, estén éstos en el ámbito laboral o fuera de él.

No se menciona específicamente como criterio para evaluar la gravedad del trastorno la presencia de deterioro cognitivo asociado, que ya hemos citado se ha puesto de manifiesto en algunos estudios. Consideramos no obstante que, al menos es preciso recoger, en la evaluación de cada caso, si existen quejas o datos objetivables que apunten hacia una posible repercusión cognitiva.

Como ya se ha indicado, se ha podido comprobar incluso la reorganización funcional de las estructuras neuronales que parecen implicadas en el trastorno tras el oportuno tratamiento psicoterapéutico, asociándose estas manifestaciones de la realidad neurobiológica a la mejoría clínica del trastorno. Es por ello que consideramos que, en el caso de que se calificase una IP, debe considerarse el proceso, al menos inicialmente, como susceptible de mejoría, y por tanto, programarse una revisión de la situación de IP que habrá de iniciarse de oficio.

1.4.4 Trastornos de la personalidad.

Ya se ha hecho referencia anteriormente a la personalidad como un patrón de conducta estable y persistente en el tiempo; lo que coloquialmente se conceptualiza como “la forma de ser” del sujeto. Los trastornos de la personalidad constituyen un grupo de entidades que se definen por una característica común: ese patrón estable de comportamiento resulta desadaptativo ante el medio (en relación a las expectativas culturalmente aceptables en el medio concreto en el que se encuentra el sujeto), de forma que

se mantienen en el tiempo patrones que no resuelven de forma adaptativa las distintas situaciones a las que ha de hacer frente el sujeto[229]. Estas configuraciones de la personalidad son vividas por el sujeto que las presenta de dos posibles maneras[230]:

a) Vivencias egosintónicas; sujetos que no perciben su patrón conductual como problemático, focalizando la responsabilidad de las consecuencias en los demás. Pueden tener marcadas dificultades para mantener un trabajo estable o una relación afectiva prolongada en el tiempo, experimentando síntomas depresivos o de ansiedad y, con deficiente respuesta a los tratamientos convencionales.

b) Vivencias egodistónicas, percibiendo el sujeto su problemática; se sienten mal y les gustaría ser de otra manera.

Las dificultades de afrontamiento conducen a la exposición crónica a situaciones de estrés, que están en la base de la comorbilidad que presentan estos trastornos con otros del Eje I [231,232], condicionando además la evolución clínica del cuadro psicopatológico[233,234,235]. Se trata en definitiva de sujetos cuyas estrategias de afrontamiento están muy limitadas en relación con las necesidades que le plantea el medio en el que se mueven; sus actitudes, comportamiento o expresividad emocional se presentan limitadas e insuficientes para proporcionar respuestas adaptativas al estrés cotidiano[236], que desde luego, incluye al que se genera en el ámbito laboral.

Si bien existen notables diferencias en la caracterización clínica de los distintos trastornos de la personalidad, existen una serie de denominadores “comunes” a todos ellos, de forma que puede generalizarse, en relación con los sujetos que presentan un trastorno de la personalidad, la existencia de[237]:

- Disminución de la capacidad de adaptación, adoptando patrones inflexibles y rígidos.
- Dificultad para afrontar responsabilidades y relaciones cotidianas.
- Percepciones frustrantes sobre sí mismos y el entorno.

Los trastornos de personalidad se forjan a lo largo del desarrollo del sujeto hasta su madurez intelectual; la exposición a estímulos ambientales desfavorables que contribuirían, sobre una base genética predisponerte, a la aparición del trastorno, que es consecuencia pues de una génesis prolongada en el tiempo durante una etapa crítica: la formación de la personalidad. Es por esto que no deben diagnosticarse antes de que se considere formada tal personalidad; antes de los 18 años, con la salvedad del trastorno antisocial de la personalidad, que puede diagnosticarse antes con arreglo a los criterios del DSM-IV-TR[42]. Se han identificado correlatos neurobiológicos en relación con, por ejemplo, el trastorno límite de la personalidad, en el que se han puesto de

manifiesto alteraciones en circuitos frontales y límbicos que pudieran estar en conexión con la impulsividad, agresividad e inestabilidad que caracterizan a este trastorno[238], y sin ánimo de exhaustividad en la exposición, podemos citar también las evidencias acerca de los bajos niveles de MAO-A en relación con la impulsividad que se presenta en el trastorno antisocial de la personalidad[239].

El diagnóstico de los trastornos de la personalidad en el DSM-IV-TR[42] asienta sobre un modelo categorial, adecuado a la conceptualización biomédica del diagnóstico, pero probablemente insuficiente para abordar el diagnóstico de estas entidades. Si bien el problema de la dicotomía categorial vs. dimensional es una constante en el diagnóstico psiquiátrico, en el ámbito de los trastornos de personalidad cobra, si cabe, más importancia la discusión, proponiéndose por buen número de autores una aproximación mediante modelos de tipo dimensional[240], en los que el patrón disfuncional de la personalidad pudiera descomponerse en distintos rasgos que definieran el patrón concreto de cada caso en lugar de tratar de encuadrar a cada caso en un cajón diagnóstico en función de que se verifiquen o no una serie de criterios.

La repercusión funcional de los trastornos mentales se pone de manifiesto en los distintos ámbitos de la funcionalidad del sujeto, desde el familiar hasta, por supuesto, el laboral, que es el que nos ocupa en el presente trabajo, área en la que se ha identificado en algún estudio (referido a los trastornos esquizotípico y límite) un deterioro aún mayor que el objetivado en relación con el trastorno depresivo mayor[241]. Los sujetos que presentan un trastorno de la personalidad tienen dificultades para adaptarse de una forma adecuada al medio laboral; presentan alteraciones en la forma de percibir los acontecimientos externos y, por tanto, las respuestas a tales acontecimientos pueden no ser las más adecuadas, aspecto éste que contribuirá no sólo a la funcionalidad del sujeto en el medio, sino a la configuración de un medio laboral “disfuncional” en lo que se refiere a la relación interpersonal con otros sujetos en ese medio, situación de conflicto que, a su vez, aumentará la carga de estrés ambiental a la que ha de hacer frente el trabajador afectado por el trastorno[242]. Ha podido identificarse que, incluso en población no clínica, la presencia de trastornos en la personalidad parece tener trascendencia sobre el funcionamiento social[243]. Por otra parte, en el medio laboral, el impacto funcional puede abarcar un amplio espectro; desde un sujeto libre de síntomas hasta el caso en el que la interferencia de los síntomas con la actividad laboral hace que ésta no sea posible en el marco de una actividad laboral considerada como productiva. En este intervalo de posibilidades se describen situaciones intermedias de deterioro con su correspondiente repercusión funcional, como es el caso de la disminución de la productividad del trabajador o períodos de ausencias del trabajo de mayor menor duración[244]. La presencia de una personalidad disfuncional se puede poner de manifiesto a nivel cognitivo, afectivo, en la relación interpersonal o en

lo que respecta al control de impulsos, y ha sido relacionada con dificultades en el desempeño de la actividad laboral, desempleo prolongado y desarrollo de problemas interpersonales en el medio laboral[245]. No obstante lo dicho, no parece que la presencia de un trastorno de personalidad, por si mismo, se asocie inexorablemente con una repercusión laboral significativa, identificándose diferencias en el impacto funcional según el tipo concreto de trastorno de la personalidad, así como el grado de neuroticismo (como rasgo de personalidad) que presente el sujeto, siendo también necesario considerar la intensidad de los síntomas en el caso concreto[246].

1.4.4.1 Clasificación y diagnóstico de los trastornos de la personalidad.

Ya hemos apuntado más arriba las dificultades que plantea el modelo categorial en el ámbito de la nosología psiquiátrica en general y en el de los trastornos de la personalidad en particular. No abundaremos pues mucho en la cuestión porque puede que, en el fondo, el esfuerzo sea estéril. No obstante, sí resulta de particular interés para nuestro análisis de la cuestión plantear dos cuestiones; la relación entre ciertos trastornos de la personalidad y trastornos de los denominados "del Eje I" y el diagnóstico multiaxial propuesto por el DSM-IV-TR[42].

Trastornos de la personalidad y su relación con otros trastornos.

La clásica categorización del modelo DSM-IV dividía a los trastornos de personalidad en tres agrupaciones o "cluster"; A, B y C, en relación con la característica – guía común que presentaban. Así, veníamos distinguiendo[247]:

1. Cluster A ("extraños", excéntricos, con tendencia al aislamiento social). Incluye los trastornos esquizoide, esquizotípico y paranoide.

2. Cluster B ("inmaduros" y conflictivos). Algunos autores relacionan este grupo con trastornos por abuso de substancias y trastornos somatomorfos. Incluye los trastornos narcisista, límite, antisocial e histriónico.

3. Cluster C ("temerosos", inseguros; con tendencia a la pasividad). Parecen relacionarse con los trastornos de ansiedad. Incluye los trastornos evitativo, dependiente y anancánstico (obsesivo).

El trastorno de personalidad en el diagnóstico multiaxial DSM-IV-TR.

En el modelo diagnóstico multiaxial propuesto por el DSM en su IV versión, los trastornos de personalidad ocupan el denominado Eje II; contextualizan, por llamarlo de alguna manera, el diagnóstico que se haya efectuado en el Eje I y las circunstancias que inciden en el sujeto, sea desde el punto de vista médico (Eje III) o ambiental (Eje IV). De alguna manera, el eje II permite hacerse una idea de cómo el sujeto aborda los elementos estresantes (enfermedad médica, factores ambientales) a través de su estructura de personalidad, y permitiría "explicar" (o al menos contextualizar) lo que se diagnostica en el Eje I, que puede recoger la

presencia de los trastornos de personalidad entendidos como aquellos en los que se verifican los criterios diagnósticos exigidos, y en caso de que no se lleguen a verificar tales criterios, la presencia de rasgos disfuncionales de personalidad que el clínico juzgue oportuno reseñar.

La consideración de la existencia de un trastorno de personalidad, junto con la deficiencia intelectual, permiten determinar una serie de sujetos más susceptibles al estrés, estrés que, como ya hemos dicho, ha de ser valorado por el observador externo no desde su propia perspectiva y capacidades, sino desde las del paciente. Determinar por tanto que sujetos tienen capacidades de afrontamiento disminuidas tiene un marcado interés para quien ha determinar la repercusión funcional que cabe esperar se presente ante un determinado factor estresante. Debe, en fin, el evaluador, tratar de determinar hasta qué punto el comportamiento objetivado es consecuencia de una limitación previa en su personalidad que compromete sus posibilidades de completar satisfactoriamente su desarrollo como persona[248].

1.4.4.2 Criterios de gravedad y de especial gravedad.

Los trastornos de la personalidad, si bien por sí solos no suelen ser causa de IP, lo cierto es que complican la evolución y pronóstico de los trastornos del eje I. Por otra parte, no debe olvidarse que la intensidad con la que se manifiestan no siempre es la misma entre distintos sujetos ni en el mismo sujeto a lo largo del tiempo de evolución, contribuyendo por otra parte a la intensidad de las manifestaciones la inteligencia del sujeto[249].

Si bien no se recogen en los protocolos de valoración habituales en el ámbito de la Seguridad Social, resulta evidente que la comorbilidad, en lo que a nosotros nos ocupa primordialmente la comorbilidad psiquiátrica, por lo que se ha comentado ya, parece un primer criterio a tener en cuenta. A este respecto, los trastornos de personalidad se van a evaluar como elementos comórbidos con un trastorno del Eje I cuando éste esté presente, comportándose la presencia de un trastorno de personalidad como factor predictor de su cronicidad y peor respuesta al tratamiento.

Por otro lado, no todos los trastornos de personalidad revisten la misma gravedad, por lo que el concreto diagnóstico tendría efectivamente relevancia, al menos, en una aproximación previa a la repercusión funcional del trastorno. Clásicamente se ha venido considerando revestido de una especial repercusión sobre el sujeto al trastorno límite de la personalidad, en relación con el cual, por ejemplo, se documenta un riesgo significativo de suicidio[250]. Además, se han identificado (en los Estados Unidos de América del Norte) mayores tasas de percepción de prestaciones de la seguridad social en relación con períodos de incapacidad y en comparación con otros diagnósticos del eje II[251]. Se ha documentado además que la remisión de los síntomas presentes en el contexto

de un trastorno límite de la personalidad no se asocia con una menor disfunción social; parece que el trastorno deja en su evolución “cicatrices” que pueden lastrar el desarrollo de una vida productiva, insistiéndose en la necesidad de trabajar específicamente en el ámbito de la rehabilitación psicosocial en estos casos[252], de forma que, en programas de psicoterapia dirigidos a las específicas dificultades de estos pacientes, se ha logrado, a la par de mejoría del cuadro evaluada en relación con la necesidad de hospitalización o la disminución de conductas autolesivas, obtener mejorías significativas en lo que respecta a la posibilidad de continuar programas educativos o mantener un empleo al menos parcial[253].

En cuanto a la comorbilidad, se presentan especialmente relacionados con el trastorno límite de la personalidad los trastornos afectivos, de ansiedad y por consumo de substancias o de la conducta alimentaria[254].

Se han establecido, además, dos grupos de síntomas en relación con el trastorno límite; una serie de síntomas de curso más agudo, que evolucionan favorablemente en el tiempo (pensamiento cuasipsicótico, alteración grave de la identidad o conductas impulsivas en relación por ejemplo con consumo de substancias), mientras que otros tienden a persistir en el tiempo configurando una suerte de núcleo temperamental del trastorno (ira crónica, dependencia excesiva, intolerancia a estar solo) y se asocian con un mayor deterioro psicosocial[255].

Esta consideración de gravedad en lo que respecta al diagnóstico de trastorno límite de la personalidad se recoge también en las resoluciones judiciales al respecto, en relación con las cuales, y sin ánimo de exhaustividad, podemos traer aquí la STSJ CANT 47/2016, de 27 de enero de 2016. Recoge pronunciamientos previos de otros TSJ, exponiendo en síntesis una línea que aboga por la gravedad del diagnóstico, señalando que se incluye en el concepto de Trastorno Mental Severo (“TMG”). Señala expresamente la sentencia que “el trastorno límite de la personalidad determina, como regla general, una disfunción psíquica que imposibilita para afrontar cualquier tipo de realidad, y menos una laboral” (citando STSJ País Vasco de 24-7-2001), así como que “el trastorno límite de la personalidad, con inestabilidad en las relacione interpersonales, que es el caso, imposibilita para el ejercicio de cualquier profesión u oficio por liviano y sedentario que sea, con la debida profesionalidad y eficacia, en términos de rentabilidad empresarial, dada la afección psíquica que padece, no siendo exigible al empresario un grado excesivo de tolerancia“ (en referencia a la STSJ Comunidad Valenciana de 10-9-2002).

Entre los criterios de valoración habitualmente utilizados en el ámbito del INSS[114], y en lo que respecta a los trastornos de la personalidad, se contemplan de forma específica como “criterios de gravedad”:

La existencia de graves trastornos en el control de impulsos.

La impulsividad se define como una reacción no planificada y rápida frente a estímulos tanto externos como internos, en la que no se tienen en cuenta las consecuencias de esta actuación para el propio individuo o para otras personas[256], pudiéndose manifestar las conductas impulsivas con o sin componente de agresividad. En el contexto de los trastornos de la personalidad, la impulsividad se muestra asociada, por ejemplo, con el trastorno antisocial, y constituye además un criterio diagnóstico en el trastorno límite de la personalidad, en el que las reacciones impulsivas descontroladas se ponen de manifiesto, por ejemplo, en conductas suicidas o heteroagresivas, en gastos desordenados o en consumo de substancias. Se recoge este criterio, por ejemplo, en la STSJ AR 48/2016 de tres de febrero, en relación con un vigilante de seguridad afecto de un trastorno de la personalidad inespecífico con rasgos paranoides en relación con el cual se ha producido empeoramiento funcional y sobre el que se añade un trastorno adaptativo crónico mixto de ansiedad y de ánimo deprimido que ha pasado de valoración en cuanto a intensidad de síntomas con respecto a 2013 de moderado a grave en 2015. Se hace constar expresamente la existencia de una escasa capacidad para el control de impulsos, así como afectación de la concentración y atención, gran labilidad emocional, ánimo deprimido, ideas de muerte y desesperanza, insomnio, anhedonia y pérdida de ilusiones. Se ratifica la IPT para la profesión de vigilante de seguridad calificada en la instancia.

Cuadros con grave repercusión sobre la conducta y mala respuesta al tratamiento. Conductas disruptivas reiteradas.

El criterio pretende identificar subgrupos de sujetos en los cuales el control de las alteraciones conductuales es deficiente. Debe tenerse en cuenta además no sólo el trastorno de la personalidad en sí (por ejemplo, en lo referente a la persistencia de conductas impulsivas, ya comentadas), sino la comorbilidad que con éste se asocia, por ejemplo, con el abuso de alcohol u otras drogas, comorbilidad que parece asociarse a la presencia de comportamientos violentos[257].

Perturbaciones profundas de la personalidad que de modo precoz y con persistencia, produzcan sintomatología variada y severa, afectando a las áreas instintiva y relacional.

Este criterio está dirigido *específicamente* a la evaluación de los trastornos de la personalidad. Quedan en el campo de la indeterminación los conceptos de "severo" ("grave"), así como "perturbación profunda". No obstante, podemos

acudir al “Blue Book” para tratar de encontrar la matización de la “gravedad”. Se detallan al respecto en este manual, en relación con su especial repercusión funcional:

a) En relación al contenido del pensamiento, la existencia de suspicacia u hostilidad o contenidos “extraños” en el pensamiento; criterio que demanda, en especial en lo que respecta a los trastornos de la personalidad del cluster A, ahondar no sólo en la presentación clínica del trastorno, sino que probablemente exige investigar la repercusión de la conducta del sujeto en su entono. En su entorno laboral por lo que nos ocupa.
b) Inestabilidad en el comportamiento y relaciones interpersonales; y analizados según lo dicho en las líneas precedentes, intentando aproximarnos a la repercusión en el medio laboral de tales alteraciones.

Entroncaríamos así con otro criterio de valoración a considerar según las directrices de evaluación del INSS[114]; *el fracaso repetido en lo que respecta a la adaptación al medio laboral*.

Las alteraciones del *juicio de realidad*; la interpretación que el sujeto hace en relación con su entorno, pueden evaluarse según las “tablas Australia” con arreglo a su sistema porcentual. El criterio que se sigue al respecto, y por lo que nos ocupa en relación con los trastornos de la personalidad, puede evaluarse desde ciertas “situaciones umbrales”. Así, una repercusión *leve* en lo que respecta a una inapropiada valoración del medio y sus circunstancias es “percibida por otros como tal”, pero permaneciendo dentro de los límites que podrían considerarse “razonables o esperables” en función de tales circunstancias. Mientras tanto, en escalones superiores en cuanto a la repercusión se sitúan *situaciones que ya se perciben por el entorno como más disfuncionales*, dando lugar por tanto a una mayor repercusión.

El mismo esquema se plantea en las “*Tablas Australia*” en relación a las alteraciones de la conducta, remitiéndonos al desarrollo que se hizo anteriormente en relación a la cuestión.

La propuesta de cambio de modelo conceptual en lo que respecta a los trastornos de la personalidad hacia un modelo más dimensional que categorial enfatiza en algunas propuestas en la gravedad del patrón disfuncional de conducta desde el punto de vista de su repercusión funcional, proponiéndose al respecto una clasificación en tres escalones[258]:

a) *Trastorno de la personalidad leve.* Si bien se constata la presencia de notables problemas en la relación interpersonal y en el desempeño de roles, en este nivel de gravedad no se asocian estas dificultades con un daño significativo para el paciente o los otros. Pueden existir pequeños conflictos interpersonales y

actitudes de aislamiento. No obstante, son capaces de mantener relaciones familiares significativas y de mantener un empleo.

b) *Trastorno de la personalidad moderado.* Se asocia habitualmente a antecedentes de conductas lesivas para sí o para otros o expectativas razonables de estas conductas se materialicen en un futuro (gestos autolíticos, hostilidad, confrontación o comportamientos violentos). Se asocian problemas interpersonales significativos o dificultades importantes para el desempeño de los roles sociales correspondientes. Frecuentes problemas laborales a nivel interpersonal, con cambios frecuentes de empleo y con dificultades para mantener un trabajo.

c) Trastorno grave de la personalidad. Se asocia habitualmente a antecedentes de conductas lesivas para sí o para otros o expectativas razonables de estas conductas se materialicen en un futuro, conductas más lesivas que las descritas en relación con los trastornos moderados (*intentos autolíticos con potencial letalidad, episodios de violencia importante*). Usualmente carece de amigos; las dificultades para la relación interpersonal asociadas a baja persistencia en el esfuerzo y a conductas inapropiadas (irresponsabilidad, falta de adherencia a las normas) son tan importantes que tienen marcadas dificultades para mantener un empleo.

Otras clasificaciones anteriores basaban la gravedad de la repercusión funcional del trastorno en la presencia de rasgos disfuncionales que se extendieran a más de un “cluster”; centrada en un estudio longitudinal de pacientes con trastornos neuróticos (Nottingham Study of Neurotic Disorders; 1988), los hallazgos hasta el momento parecían dar sustento a la impresión clínica de que el trastorno de la personalidad se presente como más grave cuanto más se extienda a criterios de más de un “cluster”[259].

Cuadros que precisan de ingreso hospitalario.

El recurso al ingreso en los trastornos de personalidad puede ser, desde luego, un indicador de la gravedad del trastorno y de su repercusión funcional, en particular cuando la necesidad de ingreso se presenta de forma reiterada ante descompensaciones frecuentes. Así se valora, por ejemplo, en la STSJ NA 74/2016 de dieciocho de marzo de dos mil dieciséis, en relación a una gerente de establecimiento hostelero afectada por trastorno mixto de la personalidad y distimia. Califica la sentencia una IPA atendiendo a que la trabajadora, que padece un cuadro clínico caracterizado por la presencia de una pluripatología determinada por la presencia de un trastorno de ansiedad generalizada, con trastorno mixto de la personalidad y distimia, ha presentado *frecuentes descompensaciones*, una marcada tendencia al aislamiento social y a un estilo de vida inactivo que le hace depender de una tercera persona para la mayoría

de las actividades básicas de la vida diaria, siendo su evolución negativa, *habiendo precisado de varios ingresos hospitalarios*, a lo que hay que añadir la objetivación de una fibromialgia, graves lesiones lumbares y a nivel de las caderas, que suponen la imposibilidad de someterse a un trabajo productivo normal. En esta situación el desempeño eficaz y profesional de una ocupación remunerada por parte del actor resulte utópico, pues la mera asistencia al trabajo, el percibo y asimilación de órdenes e instrucciones, la convivencia en el puesto, la atención al público o un rendimiento productivo mínimo, es en la actualidad imposible de alcanzar."

1.4.5 Trastornos psicóticos.

Mediante el término "psicosis" se hace referencia a la presencia, en estos trastornos, de una alteración del sujeto en lo que respecta a la conexión de su Yo con la realidad, alteración que se manifiesta mediante la presente de dos síntomas capitales: delirios (que representan una distorsión de la realidad "interna" del sujeto; de su pensamiento) y alucinaciones (percepciones de "realidades" externas que sólo lo son para el enfermo, ya que no existen en el exterior). Estos síntomas configuran en el sujeto afecto "una realidad distinta" a la externa, de forma que se produce una "ruptura" drástica entre la "realidad" y lo que el sujeto enfermo considera como tal.

Bajo este paraguas común del concepto de "trastornos psicóticos" conviven en realidad distintas entidades nosológicas que responden a presentaciones clínicas diferentes, etiologías diferentes y, por supuesto, cursos clínicos también distintos, aspectos éstos que habrá que tener en cuenta a la hora de su consideración en el seno de un proceso de IP, si bien lo que será una constante en este tipo de trastornos será la presencia de alteraciones en el enjuiciamiento de la realidad, en el pensamiento y, desde luego, en la conducta del sujeto.

1.4.5.1 Esquizofrenia.

La esquizofrenia es, sin duda, el prototipo de trastorno psicótico. El trastorno suele iniciarse en sus manifestaciones en la juventud, por lo que tiene una especial repercusión en lo que al desarrollo educativo y laboral del sujeto, pudiendo condicionar una pobre integración en el mercado laboral por la presencia de alteraciones funcionales importantes ya al cumplir la edad laboral, aspecto éste que no debe impedir la calificación de una IP si puede en efecto constatarse empeoramiento de la situación funcional a lo largo de la vida laboral del sujeto. En su evolución, el trastorno se caracteriza por reagudizaciones sintomáticas que acontecen sobre un estado intercrítico en el que se hacen patente, con mayor o menor intensidad, manifestaciones de deterioro funcional, exigiéndose como criterio diagnóstico en el DSM-IV- TR[42] una alteración que persista, por lo menos, durante seis meses. El tratamiento farmacológico se ha

mostrado tanto más eficaz cuanto más precoz se inicie, mejorando la funcionalidad de los pacientes a lo largo del curso de la enfermedad[260].

Inicialmente denominada “dementia praecox” por Kraepellin, ya en 1976 se contaba con datos de imagen obtenidos mediante tomografía computarizada que evidenciaban alteraciones anatómicas *in vivo*, datos anatómicos que evidentemente se afianzaron con los estudios mediante resonancia magnética y que, a fecha de hoy, pueden parecernos cuestiones “prehistóricas” a la luz de los datos obtenidos mediante los estudios de neuroimagen funcional mediante tomografía por emisión de fotón único, resonancia magnética funcional o resonancia magnética espectroscópica, que informan de un patrón de “hipofrontalidad” en la esquizofrenia y un incremento de la actividad del lóbulo temporal[261].

En el ámbito de la enfermedad y de los objetivos terapéuticos a plantear en los pacientes, sin duda, el mantenimiento de una capacidad laboral eficiente es uno de los más importantes; la actividad laboral no sólo supone una mayor autonomía de la persona, sino que, en el caso de estos pacientes, parece que el empleo remunerado supone una repercusión positiva en el funcionamiento general y en la calidad de vida[262, 263.]

Las manifestaciones de la esquizofrenia comprenden dos grandes grupos sintomáticos:

a) Síntomas positivos (productivos), que comprenden delirios (elaboración de creencias que no son ciertas y que pueden parecer incluso bastante extrañas), trastornos del pensamiento (dificultad para pensar con claridad) y alucinaciones (percepciones en ausencia de estímulo real). Estos síntomas traducen un funcionamiento “distorsionado” de los mecanismos de interpretación de las percepciones, elaboración del pensamiento y elaboración de respuestas.

b) Síntomas negativos, como el marcado embotamiento afectivo (ausencia de reacciones afectivas aun ante sucesos trascendentes), la incapacidad para relacionarse (autismo), la alteración en la asociación de ideas (alogia) y la ambivalencia afectiva (coexistencia simultánea de dos afectos opuestos).

La repercusión de la clínica y la importancia del peso relativo de los síntomas positivos y negativos en el caso concreto parecen apuntar a una mayor repercusión funcional y laboral en relación con los síntomas negativos[264,265], asociándose por lo demás un menor deterioro cognitivo a un mejor rendimiento laboral[266, 267, 268]. La existencia de una situación de desempleo en el momento del debut del trastorno, así como un funcionamiento premórbido deficiente (psicosis aún no detectada o dificultades premórbidas), se asocian a un peor resultado en lo que respecta al mantenimiento de una actividad laboral en el seno del mercado de trabajo[269].

Se proponen, precisamente, para mejorar las capacidades laborales de estos pacientes, estrategias basadas en programas dirigidos a mejorar el nivel de formación de los pacientes y actividades dirigidas a desarrollar estrategias que puedan compensar los problemas cognitivos derivados de la enfermedad[270], afectando las dificultades cognitivas a la memoria, las funciones ejecutivas o la atención[271]. Se asocian además con un peor pronóstico laboral la necesidad de hospitalizaciones repetidas y prolongadas, así como un peor funcionamiento premórbido y un menor nivel de formación académica[272]. Por lo demás, la ausencia de conciencia de enfermedad se asocia frecuentemente con una mala adherencia al tratamiento que evidentemente complica la evolución y empeora el resultado funcional.

La esquizofrenia se plantea, a priori, como un diagnóstico asociado a una repercusión funcional significativa; no obstante, el mero diagnóstico efectuado conforme a los criterios establecidos al efecto es un pobre indicador del resultado funcional del caso concreto[273]. En cualquier caso, debe tenerse presente que la mera existencia de un diagnóstico de trastorno esquizofrénico parece asociarse de por sí (una vez controlados otros factores) a una menor probabilidad de desarrollar un trabajo a tiempo completo, incluso en el contexto de programas de empleo específicamente apoyado para pacientes con trastornos mentales[274], si bien como se ha dicho, la sintomatología negativa o la presencia de deterioro cognitivo importante se comportan añadiendo un plus de dificultad a la empleabilidad de los pacientes que los presentan.

De nuevo hemos de traer aquí a colación la importancia se la consideración de las condiciones externas a la situación de enfermedad (los “factores contextuales” del modelo propuesto por la CIF) a la hora de evaluar el impacto funcional del trastorno, y que pueden decantar la consideración de una concreta situación clínica bien hacia la incapacidad o bien hacia el mercado laboral. Sobre esta cuestión, y si bien los marcos jurídicos y sociales son claramente distintos, en población rural de la India se ha llegado a identificar una mayor tasa de adecuado funcionamiento laboral (aunque sea a expensas de mantener cierto grado de discapacidad) en pacientes diagnosticados de esquizofrenia, alcanzando en alguna serie los sujetos que mantienen actividad laboral más de dos terceras partes de los casos estudiados, proporción notablemente superior a la determinada en estudios efectuados en países con mayor nivel de renta[275, 276]. Nótese aquí la relevancia de estos datos a la hora de refrendar la importancia del concepto de incapacidad en sistemas jurídicos de distintos países, que pueden ser tanto más proclives a la protección del enfermo (y por tanto a otorgar beneficios económicos en forma de prestaciones sustitutivas del salario) cuanto mayores recursos tiene el sistema de protección social, así como de la consideración del impacto de otros factores externos a la propia enfermedad, como pueden ser el medio rural y la actividad en el seno de una economía

básicamente agraria (como la descrita en el estudio referenciado) en la que la determinación de la existencia de “ocupación laboral” puede ser muy laxa (por ejemplo, en el caso de pequeños agricultores o ganaderos que atienden personalmente explotaciones de tipo familiar) y poco comparable en relación a las exigencias del mercado laboral de nuestro entorno. Por otra parte, ya hemos insistido en que la situación de IP surge en relación con un desajuste importante entre las posibilidades del trabajador discapacitado y las demandas del mercado laboral, que son además unas demandas dinámicas, en función de factores socioeconómicos ajenos a la situación médica del trabajador: la existencia de incentivos a la contratación de trabajadores discapacitados, por ejemplo, puede ser una medida “compensadora” de cierta menor rentabilidad del trabajador con una discapacidad y puede favorecer la integración laboral de pacientes que, ante la ausencia de estos estímulos a la contratación, no encontrarían su hueco en el mercado laboral.

1.4.5.2 Trastorno esquizoafectivo.

En este trastorno se superponen síntomas afectivos; sean éstos de la polaridad depresiva o maníaca, con un trasfondo psicótico integrado por la presencia de los síntomas característicos de la esquizofrenia, síntomas que no pueden ser incluidos como parte del cortejo del episodio depresivo mayor grave con síntomas psicóticos (se exige en el trastorno esquizoafectivo la presencia de ideación delirante o alucinaciones durante al menos dos semanas en ausencia de síntomas depresivos acusados; la presencia de estos últimos apuntaría hacia síntomas psicóticos en el contexto de un episodio depresivo mayor grave).

1.4.5.3 Trastorno esquizofreniforme y trastorno psicótico breve.

El criterio de duración mínima de seis meses del trastorno puede dar lugar a que no pueda acudirse al diagnóstico de esquizofrenia aunque se esté ante síntomas, positivos o negativos, que se incluirían como parte del criterio diagnóstico requerido para la esquizofrenia. Por otra parte, la duración de los síntomas puede no haber dado lugar a deterioro significativo de la funcionalidad, que es otro de los criterios exigidos para poder diagnosticar la presencia de una esquizofrenia. Aparecen así estos dos diagnósticos, en los que no es preciso que exista una duración mínima de los síntomas ni se exige la existencia de deterioro persistente. Así:

a) En el trastorno psicótico breve la duración de los síntomas será inferior a un mes.

b) En el trastorno esquizofreniforme la duración de los síntomas estará comprendida entre uno y seis meses.

Evidentemente, *no cabe plantear la posibilidad de una IP ante ninguno de estos diagnósticos*, y aun cuando el diagnóstico de trastorno esquizofreniforme

se emita con carácter de provisionalidad, como posible preludio a un diagnóstico de esquizofrenia, será preciso, *por la propia definición del trastorno*, aguardar a que el curso clínico pueda confirmar que realmente se está ante una esquizofrenia, en cuyo caso habrá que estar a la repercusión funcional del cuadro concreto antes de poder calificar una eventual IP, debiéndose de acudir entre tanto, y si la repercusión funcional lo requiere, a la protección del trabajador mediante las prestaciones por IT.

1.4.5.4 Trastorno delirante.

El trastorno delirante se caracteriza por una ideación persistente de tipo delirante, organizada a partir de una interpretación errónea del sujeto, pero que se muestra irreductible e irrebatible; a diferencia de lo que ocurre por ejemplo en la esquizofrenia, el delirio se presenta correctamente sistematizado y, en apariencia al menos, como verosímil y con coherencia lógica[277]. Suele estar organizado alrededor de una idea central; el DSM-IV-TR[42] recoge tipos específicos (persecutorio, celotípico o erotomaníaco entre otras temáticas delirantes), señalándose expresamente que, excepto por las consecuencias directas de las ideas delirantes, la actividad psicosocial no está significativamente deteriorada y el comportamiento no es raro ni extraño. El trastorno suele asentar sobre una personalidad premórbida disfuncional.

1.4.5.5 Criterios de gravedad y especial gravedad.

El planteamiento de la repercusión funcional de las psicosis en lo relativo a la determinación de la capacidad laboral pasa necesariamente por establecer si el cuadro clínico puede considerarse estabilizado farmacológicamente (dentro de las posibilidades, lógicamente). Efectivamente, no cabe plantearse si quiera la cuestión ante la necesidad de hospitalización por un brote psicótico.

En cuanto a la fase de “estabilización”, y no perdiendo nunca de vista la posibilidad de irrupción de nuevos períodos de agudización, las directrices de actuación vigentes en el INSS asientan la valoración funcional sobre la constatación de la presencia o ausencia de ciertos criterios, si bien la evolución tórpida de las psicosis, unida al deterioro progresivo global suelen conducir a la imposibilidad de mantener una actividad laboral en el mercado competitivo, a salvo desde luego de lo que se puede considerar empleo protegido o mera terapia ocupacional[278].

Sintomatología alucinatoria y delirante crónica.

La existencia de una situación en la que las alteraciones sensoperceptivas y del pensamiento son de tal entidad que marcan una realidad distinta para el que las padece parecen, desde luego, incompatibles con una actividad laboral en tanto en cuanto éstas tengan una mínima extensión. Puede darse el caso de ciertos delirios encapsulados en el seno de un trastorno delirante, que incluso

siendo persistentes, y fuera de los ámbitos concretos de la temática del delirio, pueden tener apenas trascendencia en el ámbito funcional de la actividad laboral (sí habrá de considerarse, por ejemplo, la relevancia de temáticas persecutorias o celotípicas, por ejemplo, en el caso de actividades en las cuales se requiera o se tenga a acceso al uso de armas; más como restricciones que como limitaciones, en relación con el comportamiento violento que puede presentarse en el contexto de estos subtipos, o con carácter general, habrán de ser cuidadosamente evaluadas las temáticas delirantes persecutorias en relación con el ámbito laboral).

Exceptuado lo anterior, lo cierto es que la existencia de una situación delirante persistente en el tiempo y refractaria a tratamiento puede interferir significativamente con un funcionamiento laboral adecuado, tanto por la propia existencia de la alteración del pensamiento como por la intensidad del tratamiento psicofarmacológico que cabe esperar nos encontremos en estos casos y los posibles secundarismos derivados del mismo.

En el planteamiento de las "*Tablas Australia*", el compromiso de la capacidad de juicio parece claramente entroncado con este criterio de gravedad. A partir de lo que se describe como un compromiso leve (al que se asocia un menoscabo de entre el 10 y el 20%), las alteraciones en el juicio ya comienzan a ser percibidas por lo demás como problemáticas; tanto las alucinaciones como el pensamiento delirante constituyen un camino hacia una percepción e interpretación distorsionada de la realidad, que conducirá a respuestas disfuncionales.

Presencia de cuadros psicóticos que remitan parcialmente. Ausencia de recuperación en los períodos intercríticos.

Si bien la sintomatología positiva que caracteriza a las reagudizaciones sintomáticas (delirios, alucinaciones) suele encontrar una respuesta favorable en el tratamiento con antipsicóticos, las posibilidades de control de la sintomatología negativa o defectual son mucho más limitadas. Los antipsicóticos de las últimas generaciones (en particular risperidona y olanzapina) han mostrado cierto efecto a la hora de controlar los síntomas negativos[279], no cabe duda de que éstos continuan marcando de forma determinante el deterioro funcional del sujeto. Por lo demás, el deterioro cognitivo parece asociarse precisamente a estos síntomas negativos y repercuten directamente en el nivel de funcionamiento psicosocial del sujeto[280].

Cuadros que presentan crisis que precisan de ingreso hospitalario.

Asociados por lo general a episodios de desestabilización en relación con alteraciones conductuales y, en general, con sintomatología alucinatoria o delirante. Tras el debut del cuadro, es frecuente que las hospitalizaciones se

asocien con deficiente cumplimentación del tratamiento. En ocasiones, el ingreso tiene lugar ante la imposibilidad de contención ambulatoria de manifestaciones auto o heteroagresivas.

No obstante lo referido en relación a la hospitalización psiquiátrica, no debería perderse de vista que el paciente con un trastorno de estas características es especialmente vulnerable a la comorbilidad, llamémosla así, física, y en relación con la cual pueden presentarse descompensaciones. Se ha documentado una mayor tasa de hospitalización por descompensación de procesos crónicos somáticos comórbidos en pacientes diagnosticados de esquizofrenia, hospitalizaciones que, por otra parte, pudieran ser evitables con un adecuado control ambulatorio[281]. Se habría de prestar pues atención no sólo a las hospitalizaciones estrictamente psiquiátricas, sino a todas aquellas que pudieran indicar un deficiente control de procesos crónicos, deficiente control al que pudiera contribuir la presencia de una esquizofrenia.

Grave alteración de la capacidad de relación interpersonal y de comunicación.

Sin necesidad de llegar a las formas extremas (esquizofrenia catatónica), no parece difícil asumir que buen número de pacientes diagnosticados de esquizofrenia presentan alteraciones de la capacidad de relación interpersonal o de la comunicación. Evidentemente, en fases con síntomas activos, el cuadro delirante (pensemos por ejemplo en la ideación paranoide, que se asocia con un mayor deterioro funcional[282]) y alucinatorio constituye de por sí un obstáculo importante en la relación interpersonal o en las habilidades de comunicación. Por otra parte, los síntomas negativos, en función lógicamente de la intensidad con la que se manifiesten, comprometen estas áreas funcionales de forma significativa[283], por lo que la evaluación de la presencia o ausencia de estos síntomas puede permitir una aproximación a la constatación de este criterio de gravedad.

Asociaciones laxas de ideas, tendencia a la abstracción, apragmatismo.

El criterio, más que tal, resulta una descripción de las características típicas del pensamiento psicótico:

a) Descarrilamiento del pensamiento o asociación laxa de las ideas, en las que el discurso va de una idea a otra inconexa, alejándose el pensamiento del sujeto del que debería ser el hilo conductor, por ejemplo, ante la pregunta que le formula el explorador.

b) Tendencia a la abstracción y apragmatismo, plasmando las dificultades que presenta el sujeto para centrarse en una cuestión concreta y darle una solución no ya adecuada, sino “aproximada”.

Esta semiología se recoge, literalmente, en el procedimiento de valoración de la discapacidad aprobado por RD 1971/1999, ya aludido y referenciado con anterioridad, en relación con una discapacidad clase IV, a la que corresponde el calificativo de “grave” (60 al 74%), en relación con la cual afirma que *es posible acceder a centros ocupacionales protegidos*, aunque incluso con supervisión el rendimiento suele ser pobre o irregular; huelga insistir en el impacto que cabría esperar de la presencia de estos síntomas en cuanto a la posibilidad de desempeño de un trabajo con las exigencias de la actividad laboral de mercado.

Descompensaciones frecuentes; fracasos previos en la asunción de responsabilidades laborales: fracaso en la adaptación de circunstancias estresantes.

Se recoge expresamente en las directrices de evaluación del INSS[114]; el “Blue Book” asume el criterio como tal en el contexto de los trastornos psicóticos, aludiendo a circunstancias incluso en las cuales, un *mínimo estrés*, puede ser *causa de descompensación clínica*; resulta pues muy útil contar a efectos de evaluar este criterio con una valoración paralela de la situación clínica y los antecedentes laborales del trabajador a efectos de evaluar los períodos en los que se ha logrado mantener actividad laboral y los períodos de incapacidad temporal acaecidos en la evolución del trastorno.

1.4.6Trastornos por consumo de substancias.

1.4.6.1 Aspectos generales.

El consumo de substancias psicoactivas es un fenómeno histórico que se remonta a la noche de los tiempos. El consumidor busca, en los efectos de la substancia, efectos “placenteros” a corto plazo, efectos que son inseparables de los efectos adversos, no pretendidos, que afectarán al consumidor tanto de forma inmediata al consumo (pudiendo provocar incluso la muerte por intoxicación aguda) como a medio - largo plazo, relacionándose el consumo prolongado con efectos deletéreos sobre la biología del consumidor. Estos efectos “no buscados” se harán patentes, en función de la substancia concreta, a nivel de toda la economía, resultando particularmente relevante, por lo que a este trabajo se refiere, los efectos sobre el sistema nervioso central, que pueden cursar con manifestaciones cognitivas y comportamentales inadecuadas, así como induciendo una particular relación sujeto -substancia, el trastorno por dependencia, en el que la alteración de la neurobioquímica del sujeto es de tal entidad que éste precisa del consumo mantenido de la substancia para evitar la aparición de las desagradables manifestaciones del síndrome de abstinencia, caracterizándose por lo demás la dependencia por la necesidad de aumentar progresivamente las dosis de substancia en el marco del desarrollo de tolerancia a sus efectos (hasta, cierto es, un techo máximo)[284].

Por otra parte, el consumo de substancias se presenta con frecuencia como comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, *empeorando por lo general el pronóstico del cuadro clínico en su conjunto*, como ocurre en el trastorno bipolar[285]. Esta comorbilidad es lo que se ha venido en llamar patología dual, concepto que ha venido adquiriendo entidad propia en los últimos años por recoger una situación, la comorbilidad entre un trastorno adictivo y otros trastornos psiquiátricos, que tiene una entidad específica por lo que se refiere a la gravedad clínica y social de los pacientes afectados: el cuadro clínico, como se ha dicho, tiene un peor pronóstico, requieren más hospitalizaciones psiquiátricas, muestran mayores tasas de desempleo y muestran más conductas violentas que sujetos que sólo están afectados por un trastorno por consumo de substancias u otro trastorno psiquiátrico de forma aislada[286].

El consumo crónico de substancias psicoactivas se asocia con alteraciones neurobiológicas de entidad significativa. De esta forma, se ha documentado por ejemplo que en consumidores de cocaína se ponen de manifiesto la presencia de alteraciones a nivel del sistema dopaminérgico central y de deficiencias en la perfusión cerebral, alteraciones anatómicas que podrían explicar la presencia, en abusadores de cocaína, de deterioro cognitivo, impulsividad, desinhibición conductual, anhedonia o paranoidismo, en el contexto todo ello de un síndrome de hipofrontalidad[287]. Otras alteraciones neurofuncionales se han evidenciado en relación con consumo de opiáceos (disminución de actividad en córtex cingulado anterior, con reflejo en la ejecución de tareas y toma de decisiones) o en lo que respecta al consumo de cannabis (reducción de la actividad en córtex prefrontal dorsolateral y aumento a nivel del córtex cingulado anterior, con traducción a nivel de un aumento en los errores cometidos en la realización de tareas), señalándose la posibilidad, en relación al consumo de cannabinoides, que el deterioro funcional parece ser más intenso en aquellos sujetos en los que se inicia antes el consumo[288], si bien algunos autores señalan que no se cuenta con pruebas suficientes como para soportar la afirmación de que sea el consumo precoz de cannabis *per se* el que induce estas alteraciones funcionales[289].

Se ha documentado, en población española, la asociación estadísticamente significativa entre el consumo de cannabis u otras drogas ilegales y la situación de desempleo, así como, en relación a los ocupados, en el sector de la construcción, sin que se hayan conseguido poner de manifiesto diferencias estadísticamente significativas en relación a la categoría ocupacional del trabajador (trabajadores de “cuello blanco” o de “cuello azul”)[290].

El consumo de alcohol, sin duda por su carácter socializado, ha de tenerse siempre presente. El consumo de alcohol se ha asociado con mayores tasas de desempleo y con mayores dificultades para mantener un trabajo; contribuyen sin duda a estos resultados un peor rendimiento laboral, constatándose peores

resultados cuanto más grave es el consumo de alcohol y mejorando el rendimiento laboral con el tratamiento y lograda la abstinencia, no obstante lo cual, la empleabilidad parece disminuir de nuevo tras la fase de tratamiento activo[291].

El objetivo del tratamiento en el caso de los trastornos por consumo de substancias es el mantenimiento de la abstinencia. No obstante, el grado de deterioro que muchos pacientes presentan hace que este objetivo sea inalcanzable, debiéndose plantear en esos casos un objetivo intermedio; intentar paliar las complicaciones médicas y sociales del consumo de substancias ilegales mediante la inclusión del paciente en un programa de reducción de riesgos y daños, circunstancia ésta relativamente frecuente en relación con el consumo de opiáceos, en los que el tratamiento sustitutivo con metadona oral evita el síndrome de abstinencia y las referidas complicaciones a costa de asumir la abstinencia como un objetivo no alcanzable (al menos, en el medio plazo).

Ya hemos revisado anteriormente la comorbilidad entre los trastornos de la personalidad y los trastornos por abuso de substancias, que es muy habitual, y debe considerarse además desde el análisis de la existencia de alteraciones en el control de impulsos; estas dificultades para el control de impulsos, además, se ha propuesto por algunos autores como uno de los criterios para evaluar la gravedad de un trastorno de la personalidad[292].

1.4.6.2 Criterios de gravedad y especial gravedad.

Si bien no se enuncian, en las líneas de orientación de uso común en el INSS, criterios específicos en relación con el consumo de substancias, no debe ser esto causa para, que sin más, no pueda considerarse que la repercusión de estos trastornos pueda tener entidad suficiente como para requerir, por ejemplo, ingresos hospitalarios en relación con los ciertos casos para proceder a la desintoxicación[293]. En aquellos casos en los que se evidencie la presencia de comorbilidad física derivada del consumo de substancias, es evidente que ésta debe ser considerada, al igual que ocurre con los casos de patología dual, en los que debe considerarse, como se ha dicho, un peor pronóstico en general. En el caso de trastornos inducidos por substancias, habrá de examinarse la persistencia del trastorno en sí y la relación de éste con episodios de consumo o su evolución independiente.

Crisis que requieran ingreso.

Pueden producirse en el contexto de intoxicaciones agudas, que si son repetidas constituyen de por sí una limitación significativa, traduciendo la ineficacia del tratamiento por lo que respecta al mantenimiento de la abstinencia.

Graves trastornos en el control de impulsos.

Hemos aludido concretamente a la constatación de problemas en el control de impulsos en relación con el consumo de cocaína. La mayor o menor entidad del problema puede apreciarse, indirectamente, por las consecuencias de las actuaciones del sujeto (problemas policiales o problemas económicos entre otros posibles).

Conductas disruptivas reiteradas y síntomas constantes.

La existencia de una dependencia instaurada hace que la vida del toxicómano gire alrededor del consumo. La conducta está presidida por la búsqueda constante y a cualquier precio de la substancia objeto del consumo, ocasionando conductas disruptivas y, en general, una desestructuración de la conducta que tiene como primordial objetivo el mantenimiento a toda costa del consumo. Los *intentos repetidos y fracasados de desintoxicación*, recurriendo incluso al *medio hospitalario*, con imposibilidad de mantener al paciente en programas de control deberían llevar a confirmar la existencia de este criterio de gravedad.

Alteraciones cognitivas.

No específicamente recogidas en los procedimientos habituales, las hemos venido considerando en relación con todos los trastornos y, en lo que nos ocupa, puede ser preciso efectuar una evaluación específicamente dirigida a constatar su presencia o ausencia y su mensuración, especialmente en casos en los que se detecte un consumo precoz y prolongado en el tiempo. Los sujetos afectados por trastornos por dependencia han mostrado alteraciones neuropsicológicas en relación con procesos ejecutivos y emocionales, si bien parece claro que los distintos tipos de substancias objeto de abuso pueden tener distintos efectos sobre el sistema nervioso central[294].

1.4.7 Otros trastornos. Trastorno mixto ansioso depresivo.

Se recoge este diagnóstico en la clasificación DSM-IV-TR[42] como “otros trastornos propuestos para estudios posteriores”, señalándose en relación a este epígrafe de la clasificación que, en el momento de redactarse ésta, no se disponía aún de evidencia suficiente como para dotarlos de entidad “oficial”. No obstante lo dicho, lo cierto es que el diagnóstico de trastorno mixto ansioso - depresivo ha calado hondo en la práctica habitual, en la que llega a ser muy frecuente, probablemente porque mientras la categoría diagnóstica no permanecía clara todavía en el DSM-IV-TR[42], ya se trataba de una entidad consolidada en la CIE-10, en la que recoge como un cuadro en el que no se puede establecer predominio de la sintomatología depresiva o ansiosa que permita establecer un diagnóstico limitado a uno de estos grupos ni uno u otros

síntomas alcanzaban la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado, resultando la conceptualización en el DSM-IV-TR[42] muy similar.

El hecho de que no se establezca el diagnóstico de un trastorno de ansiedad o depresivo por no alcanzar los síntomas una entidad suficiente como para establecer un diagnóstico como tal no debe, no obstante, conducirnos a una idea equivocada sobre la escasa repercusión funcional del trastorno. El propio DSM-IV-TR[42] señala que la mera presencia de los síntomas no es suficiente para justificar un diagnóstico, y que éstos deben asociarse a deterioro significativo, y desde luego, no es admisible el recurso a un diagnóstico médico para medicalizar situaciones que no precisan de atención sanitaria; el diagnóstico, que sí parece encontrar soporte en cuanto a su entidad diferenciada, debe restringirse para casos en los que los síntomas y su repercusión funcional indican una situación claramente patológica[295].

Por otra parte, se ha documentado que sujetos con diagnóstico de trastorno mixto ansioso depresivo (o de otro trastorno que comparte con él ubicación sistemática en le DSM-IV-TR[42]; el trastorno depresivo menor), presentan alteraciones en la memoria episódica comparables a las que se objetivan en el episodio depresivo mayor[296].

De cualquier forma, la coexistencia de síntomas ansiosos y depresivos parece extenderse más allá del mero concepto que el DSM-IV-TR[42] o la CIE-10 le atribuyen como entidad diagnóstica “ateórica”, y en los últimos años se va encontrando de nuevo en la literatura médica alguna referencia al “síndrome neurótico general”, una construcción conceptual más amplia que daría cabida a la persistencia en el tiempo de síntomas ansiosos y depresivos con irrupción en ocasiones de ansiedad social, crisis de pánico o síntomas somatomorfos, todo ello en el contexto de una personalidad disfuncional con rasgos del cluster C y asociándose a una *peor evolución* a medio y largo plazo[297]. Sea como fuere, lo cierto es que la sintomatología ansiosa y depresiva frecuentemente caminan de la mano aunque históricamente se han considerado cuestiones diferenciadas; se explica así la elevada comorbilidad entre trastornos ansiosos y depresivos, que caracteriza además un curso clínico y funcional particular, caracterizado por *síntomas más graves, un peor pronóstico y una peor respuesta a los tratamientos en comparación con casos en los que no existe esta asociación*[298,299]. No debe olvidarse que la asociación entre ansiedad y depresión podría relacionarse en su patogenia con un elevado neuroticismo, que actuaría como factor de riesgo a través de la excesiva preocupación (rasgo característico del trastorno de ansiedad generalizada) y las rumiaciones (características de los trastornos depresivos): el neuroticismo se asociaría con procesos pensamientos recurrentes e intrusivos que adoptarían forma de preocupaciones (sobre hechos inciertos y futuros que generan incertidumbre al

paciente) y rumiaciones (sobre hechos pasados que se viven como fracasos o errores), que se integrarían con el resto del cortejo sintomático en los diagnósticos de depresión y trastorno por ansiedad generalizada[300].

1.5 Los trastornos mentales en la provincia de Badajoz.

No hemos localizado estudios epidemiológicos en relación con los trastornos mentales con ámbito territorial en la provincia de Badajoz; ni referidos a población general ni a población laboral. Ni el Plan de Salud de Extremadura 2013 - 2020 ni versiones anteriores de este instrumento recogen, en su análisis de situación, datos epidemiológicos específicos.

Si difícil es encontrar datos estadísticos en relación a la epidemiología de los trastornos mentales, la situación no es distinta en lo que respecta a la discapacidad relacionada con ellos. Podemos acudir al Instituto Nacional de Estadística (INE) en lo que respecta a la base de datos de personas con certificado de discapacidad que contiene alguna discapacidad psíquica; el ámbito no obstante es el de la Comunidad Autónoma, pudiéndose concluir la existencia de un notable incremento del número de certificados en el período 2013 - 2014, incremento para el cual, desde luego, no se puede dar una explicación lógica.

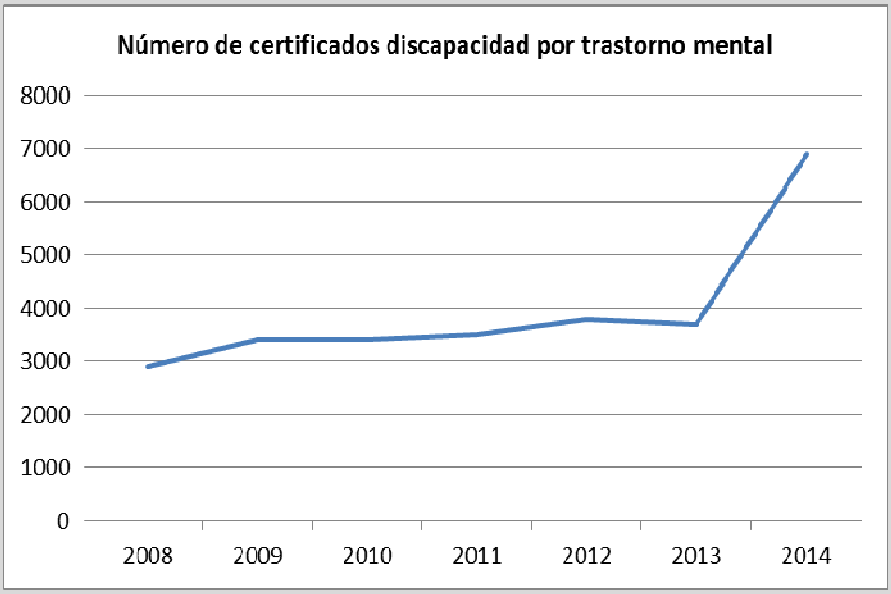


Fig. 5. Evolución del número de certificados de discapacidad que contienen un diagnóstico de trastorno mental. Se consideran personas con discapacidad aquellas con grado de discapacidad superior o igual al 33%, según el procedimiento para reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad establecido por RD 1971/1999 modificado por RD 1364/2012. La consideración de persona con discapacidad queda establecida en la Ley 51/2003 modificada por el RD 1/2013. Fuente: INE; base de datos de personas con certificado de discapacidad.

Ciertamente, puestos estos datos en relación con la población, lo cierto es que las tasas de discapacidad que pueda derivarse de algún trastorno mental (como único diagnóstico o en comorbilidad con trastornos físicos) se informan en relación a la CA de Extremadura, significativamente más bajas que en el resto del territorio nacional, como se desprende del mapa adjunto.

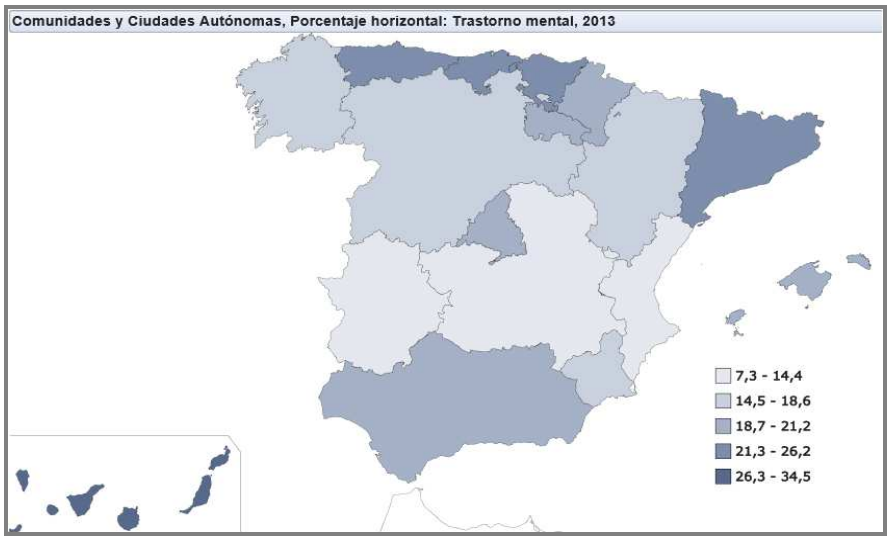


Fig. 6. Tasa porcentual de certificados de discapacidad (sobre el total de certificados) en relación con algún trastorno mental; comprende casos con comorbilidad física. Fuente: INE; base de datos de personas con certificado de discapacidad.

En cuanto a los datos de discapacidad por causas y su relación con el empleo, el epígrafe que recoge el INE en sus estadísticas de salud, es el de "discapacidad por trastornos mentales, nerviosos o emocionales", correspondiendo el dato al módulo 2002 de la encuesta de población activa, con últimos datos referidos a 2002 (el INE ha dejado de elaborar este módulo).

	Problemas mentales, nerviosos o emocionales	
	Valor absoluto	Porcentaje
Ambos sexos	362.100	15,27
Varones	204.300	15,91
Mujeres	157.800	14,52

Tabla 5. Causas de discapacidad según INE (2002) en el epígrafe "problemas mentales, nerviosos o emocionales". Fuente INE.

Como ya quedó expuesto, la situación que haya de ser considerada susceptible de ser calificada como IP ha de presumirse irreversible desde el punto de vista funcional o, en todo caso, sólo susceptible de mejoría a largo plazo. Será el tratamiento adecuado a las necesidades del caso, dispensado a través de los servicios asistenciales de la Seguridad Social (los servicios públicos de salud), y la respuesta al mismo el que, junto con las características del proceso, determine el momento en que sea pertinente calificar una IP, y será la historia clínica elaborada por estos servicios asistenciales, así como los informes emitidos por los facultativos que asistan al trabajador, la fuente primaria de información que ha de nutrir al procedimiento, al menos en lo que respecta a los aspectos de la valoración médica de la situación de incapacidad.

1.5.1 Asistencia sanitaria de la Seguridad Social: estructura y dispositivos de atención a la salud mental.

La provincia de Badajoz forma parte de la Comunidad Autónoma de Extremadura, en la que la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social corresponde al Servicio Extremeño de Salud (SES). La provincia está estructurada, desde el punto de vista sanitario, en cuatro áreas de salud: Badajoz, Mérida, Don Benito -Villanueva y Llerena - Zafra. Cada una de estas áreas contaba, en el marco temporal al que se refiere el estudio, con recursos asistenciales ambulatorios, los Equipos de Salud Mental (ESM) y Unidades de Hospitalización Breve (UHB; unidades de agudos), así como centros específicos de atención a los trastornos adictivos. Se incorporan además, en el concepto de asistencia integral, servicios integrados en el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD) que engloba la denominada "atención sociosanitaria", como son las Unidades de Media Estancia (UME), los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) o los Pisos Tutelados.

1.5.2 Población protegida.

La población protegida por el Servicio Extremeño de Salud, como Entidad Gestora de la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social en la provincia de Badajoz se distribuye como sigue (referencia a la base de datos CIVITAS; fecha 01/07/2013; proporcionados por la Consejería de Sanidad de la Junta de Extremadura). Especial relevancia, a efectos de presente Trabajo, la población de 16 a 65 años, que es la población activa.

Área de Salud	Menores de 16 años	De 16 a 65 años	Más de 65 años	Total
Badajoz	42.569	181.415	41.613	**265.597**
Mérida	27.448	111.187	26.111	**164.746**
Don Benito - Villanueva	20.085	90.074	28.304	**138.463**
Llerena - Zafra	14.736	66.300	21.445	**102.481**
Total	**104.838**	**448.976**	**117.473**	**671.287**

Tabla 6. Población por áreas de salud de la provincia de Badajoz en fecha 1 de julio de 2013. Fuente: Servicio Extremeño de Salud.

1.5.3 Actividad asistencial.

Los registros de actividad asistencial se recogen en el Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud a través de su Portal Estadístico, disponible a través de la página web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

1.5.3.1 Actividad ambulatoria.

En el ámbito de la organización asistencial del Servicio Extremeño de Salud, la atención ambulatoria especializada en el ámbito de la salud mental se presta a través de los Equipos de Salud mental, distinguiéndose en el sistema de información entre primeras consultas (la primera vez que acude al dispositivo de atención especializada) y sucesivas (revisiones desde esa primera consulta) en la asistencia prestada con motivo de un episodio asistencial concreto.

La información publicada en lo que respecta a la atención ambulatoria se recoge agrupada por CC.AA, sin desglose provincial. En lo que respecta a la CA de Extremadura, en 2013 se registró como actividad asistencial en consultas de psiquiatría.

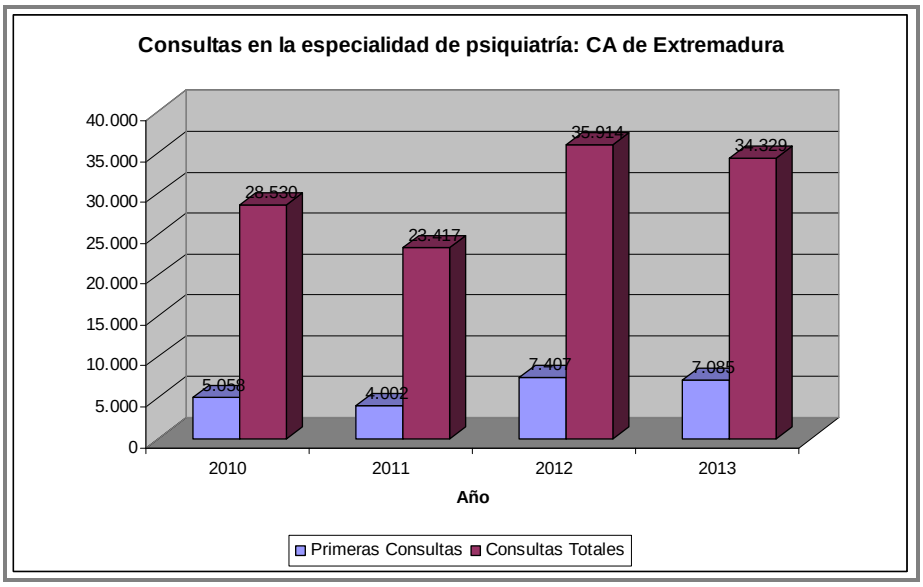


Fig.7. Evolución en el período 2010 - 2014 de las consultas en la especialidad de psiquiatría en la CA de Extremadura. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria. Dirección de la web: http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicosn.

El índice primeras consultas / sucesivas permite efectuar una primera aproximación al peso relativo que las revisiones suponen en la actividad asistencial de un dispositivo. Así, del gráfico adjunto puede concluirse que en 2013 algo más del 20% de la actividad son primeras consultas, lo que supone que alrededor del 80% son consultas de revisión que tienen lugar en el contexto de procesos que generan necesidad de seguimiento.

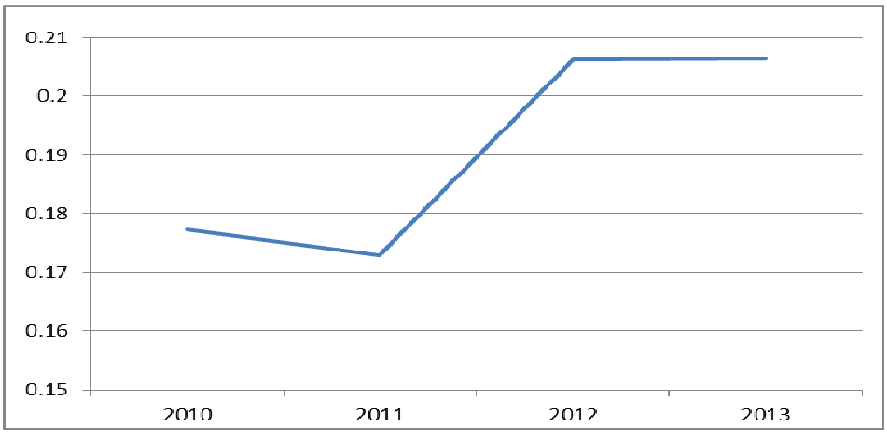


Fig.8. Índice primeras / sucesivas en la especialidad de psiquiatría en Extremadura en 2010 - 2013; elaboración desde datos de fig. anterior.

No permite el sistema de información más precisiones al respecto de la actividad ambulatoria; recoge no obstante el Plan de Salud de Extremadura 2013-2020 (referido a datos de 2011) que la morbilidad atendida en los ESM se centra (clasificación CIE) en:

Capítulo CIE	Porcentaje consultas
Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	30,5%
Trastornos afectivos	29,7%
Esquizofrenia	9,1%
Trastornos de la personalidad	6,60
Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en infancia y adolescencia	5,6%
Trastornos de la conducta alimentaria	5,3%
Otros trastornos	13,2%

Tabla 7. Morbilidad atendida ESM (Plan de Salud 2013 - 2020; datos 2011).

1.5.3.2 Actividad en régimen de hospitalización.

Según el referido Portal Estadístico, en el año 2013, se produjeron un total de 71.147 altas de hospitalización, informadas al Sistema Nacional de Salud, en relación con ciudadanos residentes en la Provincia de Badajoz; se considera el dato de residencia el más adecuado en el ámbito de nuestro trabajo, ya que la competencia territorial para resolver un procedimiento en materia de Seguridad Social corresponde a la Dirección Provincial competente, por materia de territorio, en la residencia del beneficiario.

Capítulo CIE - 9 MC	Casos	Porcentaje
7-ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	10.297	14,47%
8-ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO	8.973	12,61%
9-ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	8.602	12,09%
11-COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	7.967	11,20%
2-NEOPLASIAS	6.391	8,98%
17-LESIONES Y ENVENENAMIENTOS	5.050	7,10%
10-ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO	4.412	6,20%
16-SINTOMAS, SIGNOS Y ESTADOS MAL DEFINIDOS	4.280	6,02%
13-ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEO-MIOARTICULAR Y TEJIDO CONJUNTIVO	3.784	5,32%
6-ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO Y DE LOS ORGANOS DE LOS SENTIDOS	2.655	3,73%
5-TRASTORNOS MENTALES	1.624	2,28%
18-ANEXO I.CLASIFICACIÓN SUPLEMENTARIA DE FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON SERVICIOS SANITARIOS	1.182	1,66%
1-ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	1.180	1,66%
3-ENFERMEDADES ENDOCRINAS, DE LA NUTRICION Y METABOLICAS Y TRASTORNOS DE LA INMUNIDAD	1.069	1,50%
99-OTROS	881	1.24%
4-ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS	769	1,08%
15-CIERTAS ENFERMEDADES CON ORIGEN EN EL PERIODO PERINATAL	743	1,04%
14-ANOMALIAS CONGENITAS	645	0,91%
12-ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	643	0,90%
Total	71.147	100,00%

Tabla 8. Diagnóstico principal del alta en residentes en la Provincia de Badajoz.
Fuente: *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria. Registro de altas – CMBD, registros correspondientes a 2013*

Dirección de la web: *http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicosns*

La distribución de las altas en función del diagnóstico principal del alta (según las normas de codificación CIE-9-MC) sitúan a la hospitalización por causa psiquiátrica en el 11º lugar, con un total de 1.624 altas, que suponen un 2,3% del total. La distribución de estas altas por trastornos mentales queda detallada en la tabla adjunta.

Capítulo 5 CIE - 9 MC.	Casos	Porcentaje
296-TRASTORNOS EPISODICOS DEL HUMOR	276	17,00%
300-TRASTORNOS DE ANSIEDAD, DISOCIATIVOS Y SOMATOMORFOS	201	12,38%
301-TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	195	12,01%
295-TRASTORNOS ESQUIZOFRENICOS	183	11,27%
293-TRASTORNOS MENTALES TRANSITORIOS DEBIDOS A ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRO LUGAR	121	7,45%
298-OTRAS PSICOSIS NO ORGANICAS	97	5,97%
309-REACCION DE ADAPTACION	85	5,23%
307-SINTOMAS O SINDROMES ESPECIALES NO CLASIFICADOS BAJO OTROS CONCEPTOS	72	4,43%
303-SINDROME DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL	69	4,25%
311-TRASTORNO DEPRESIVO NO CLASIFICADO BAJO OTROS CONCEPTOS	59	3,63%
294-TRASTORNOS MENTALES PERSISTENTES DEBIDOS A ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRO LUGAR	40	2,46%
290-DEMENCIAS	33	2,03%
312-PERTURBACION DEL COMPORTAMIENTO NO CLASIFICADO EN OTROS CONCEPTOS	30	1,85%
292-TRASTORNOS MENTALES INDUCIDOS POR DROGAS	27	1,66%
291-TRASTORNOS MENTALES INDUCIDOS POR ALCOHOL	26	1,60%
297-TRASTORNOS DELIRANTES	23	1,42%
305-ABUSO DE DROGAS SIN DEPENDENCIA	23	1,42%
304-DEPENDENCIA DE DROGAS	22	1,35%
308-REACCION AGUDA AL STRESS	8	0,49%
317-RETRASO MENTAL DISCRETO	7	0,43%
318-OTRO RETRASO MENTAL ESPECIFICADO	5	0,31%
299-TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO	4	0,25%
314-SINDROME HIPERQUINESICO DE LA INFANCIA	4	0,25%
310-TRASTORNOS MENTALES NO PSICOTICOS POR LESION CEREBRAL	3	0,18%
315-RETARDOS ESPECIFICOS DEL DESARROLLO	3	0,18%
319-RETRASO MENTAL NO ESPECIFICADO	3	0,18%
302-TRASTORNOS SEXUALES Y DE IDENTIDAD SEXUAL	2	0,12%
313-PERTURBACION EMOCIONES ESPECIFICADA DE INFANCIA / ADOLESCENCIA	2	0,12%
306-DISFUNCIONES FISIOLOGICA CON ORIGEN EN FACTORES MENTALES	1	0,06%
Total	1.624	100%

Tabla 9. Distribución de las altas por diagnóstico principal del alta dentro del capítulo 5 de la CIE – 9 – MC (trastornos mentales) en residentes en la Provincia de Badajoz.
Fuente: *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria. Registro de altas – CMBD, registros correspondientes a 2013*

Dirección de la web: *http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicosns*

Puede comprobarse que, entre los cuatro primeros grupos mostrados en la tabla, superan el 50% del total de altas. Siendo particularmente relevante para lo que importa al presente trabajo al estructura etaria (para determinar la población en edad laboral), detallaremos ésta, al menos, para los diagnósticos que agrupan un mayor número de altas.

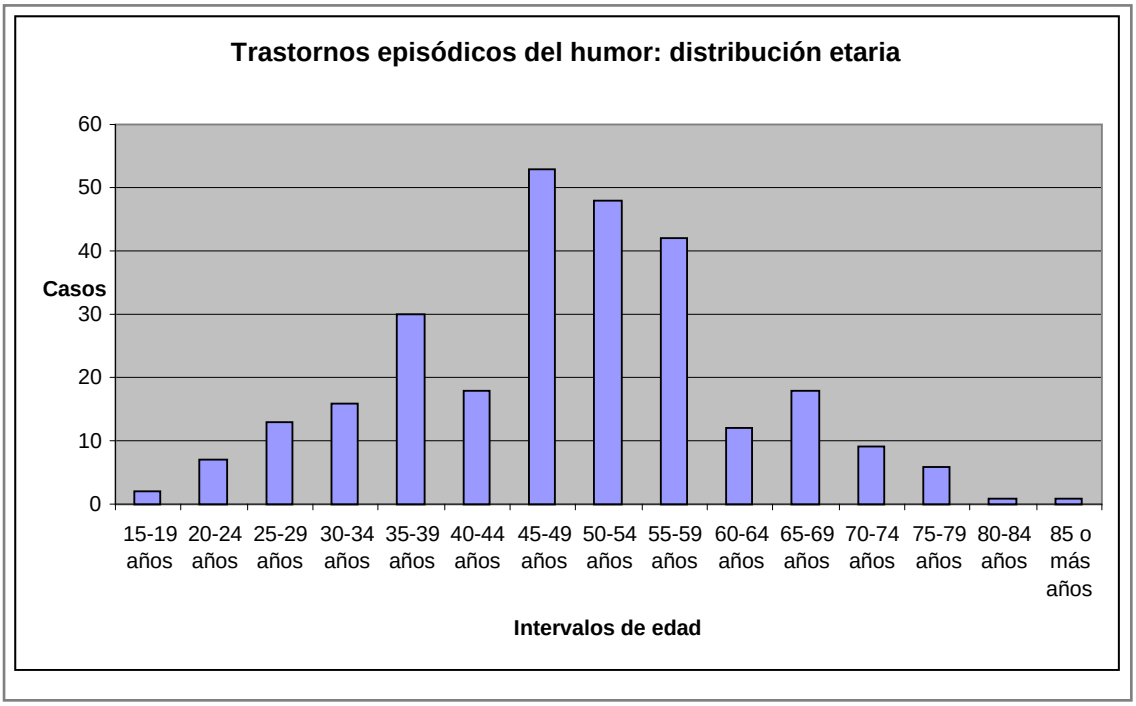


Fig. 9. Distribución por intervalos etarios de las altas hospitalarias en 2013 en la Provincia de Badajoz bajo el capítulo CIE-9-MC de trastornos episódicos del humor. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria. Registro de altas – CMBD, registros correspondientes a 2013. Dirección de la web: http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicosns

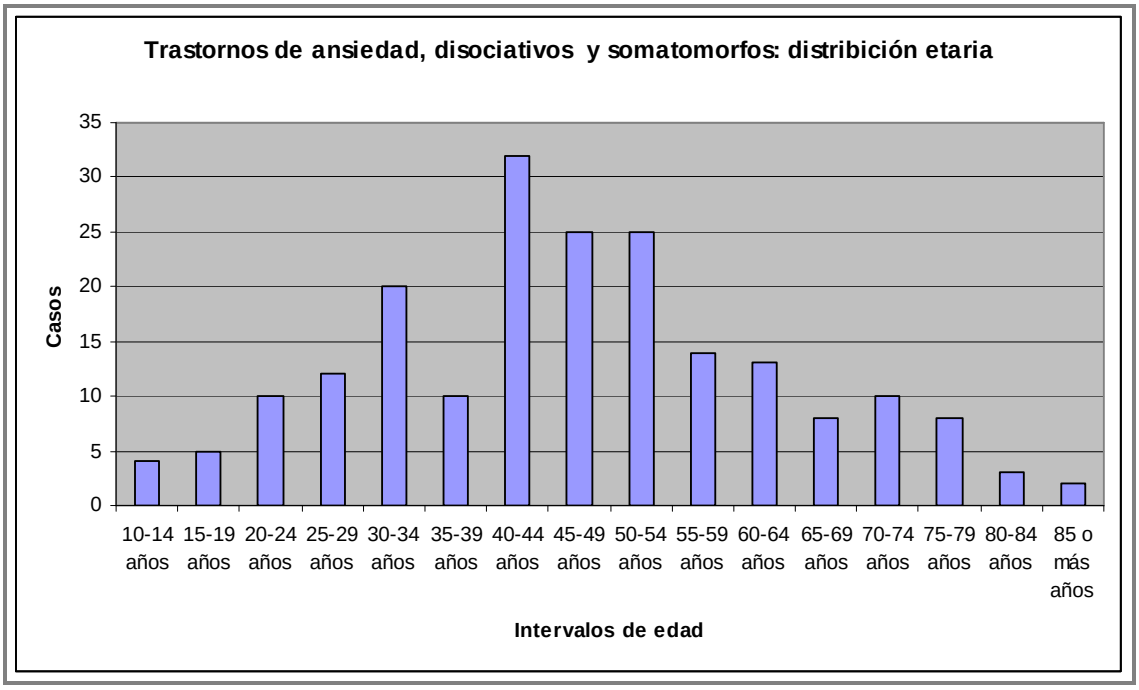


Fig.10. Distribución por intervalos etarios de las altas hospitalarias en 2013 en la Provincia de Badajoz bajo el capítulo CIE-9-MC de trastornos de ansiedad, disociativos y somatomorfos. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria. Registro de altas – CMBD, registros correspondientes a 2013. Dirección de la web: http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicosns

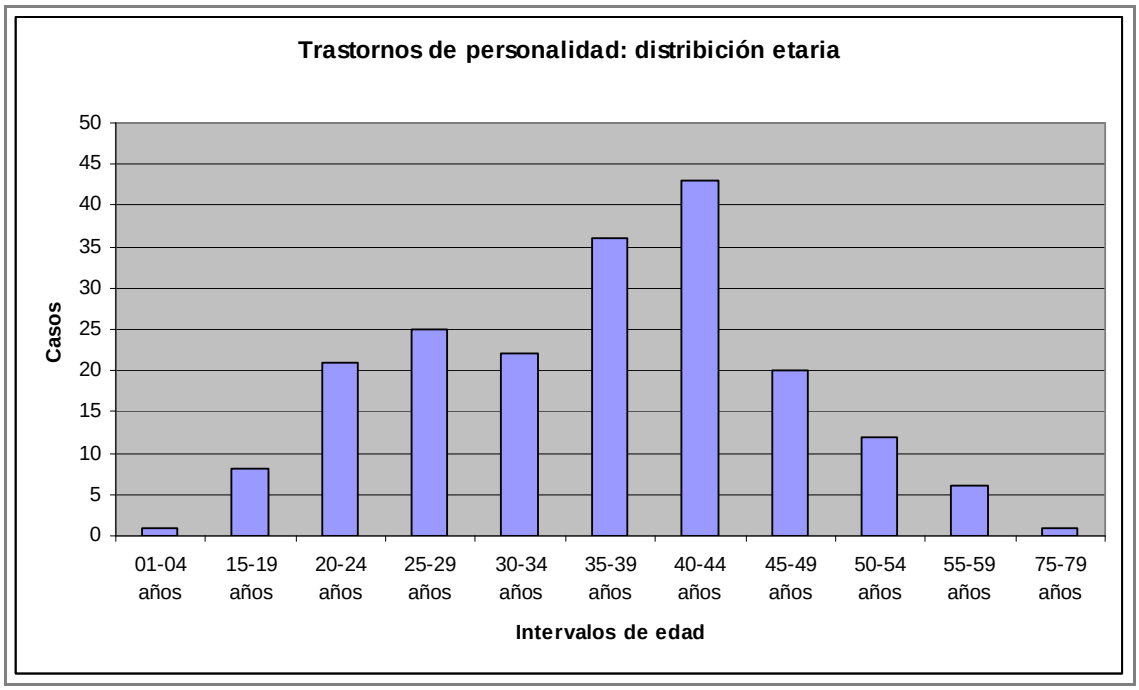


Fig.11. Distribución por intervalos etarios de las altas hospitalarias en 2013 en la Provincia de Badajoz bajo el capítulo CIE-9-MC de trastornos de la personalidad. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria. Registro de altas – CMBD, registros correspondientes a 2013. Dirección de la web: http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicosns

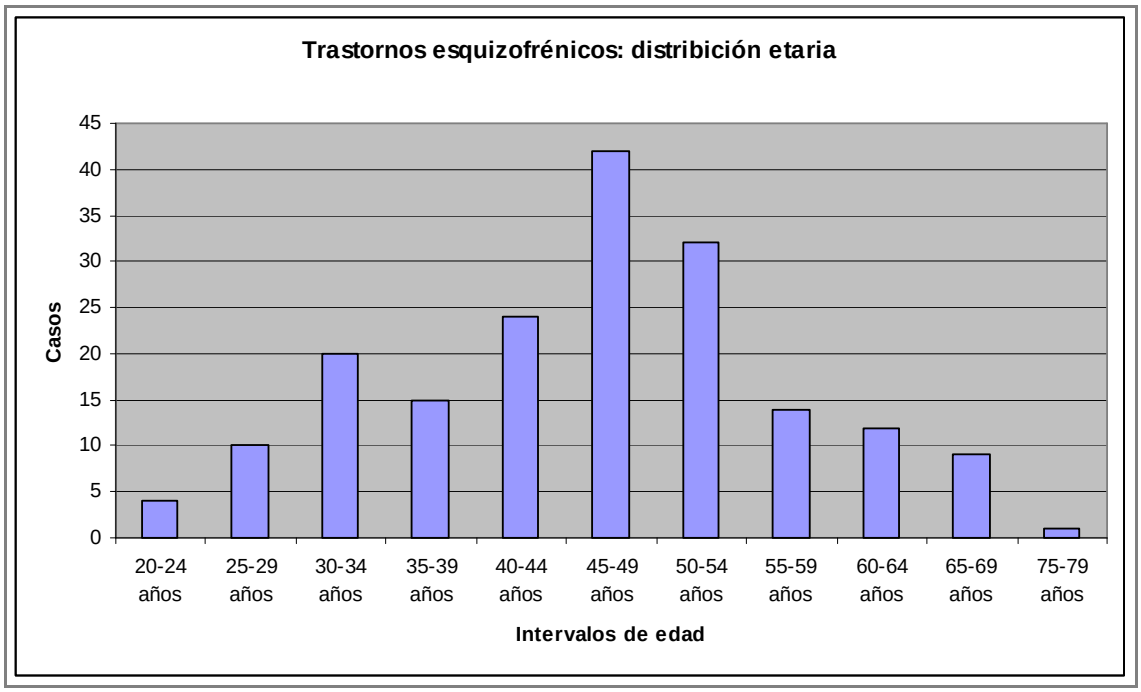


Fig.12. Distribución por intervalos etarios de las altas hospitalarias en 2013 en la Provincia de Badajoz bajo el capítulo CIE-9-MC de trastornos esquizofrénicos. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria. Registro de altas – CMBD, registros correspondientes a 2013. Dirección de la web: http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicosns

1.6 La provincia de Badajoz: población y datos sociolaborales.

1.6.1 Demografía.

La provincia de Badajoz, según el padrón continuo (cifras a 1 de enero de 2013) cuenta con una población de 693.729 habitantes, distribuidos en 161 localidades. La distribución de la población responde a un patrón eminentemente rural; nueve poblaciones cuentan con más de 10,000 habitantes, concentrándose en ellas el 52.81% de la población total de la provincia; el 30,85% (214.004 habitantes) reside en localidades de menos de 5.000 habitantes. Esta circunstancia resulta especialmente relevante para lo que nos ocupa en tanto en cuanto se han identificado diferencias *estimables* en lo que respecta a la salud mental en el medio rural en relación con el urbano; tanto en Europa (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders; ESEMeD 2000) [301] como fuera de ella[302] .

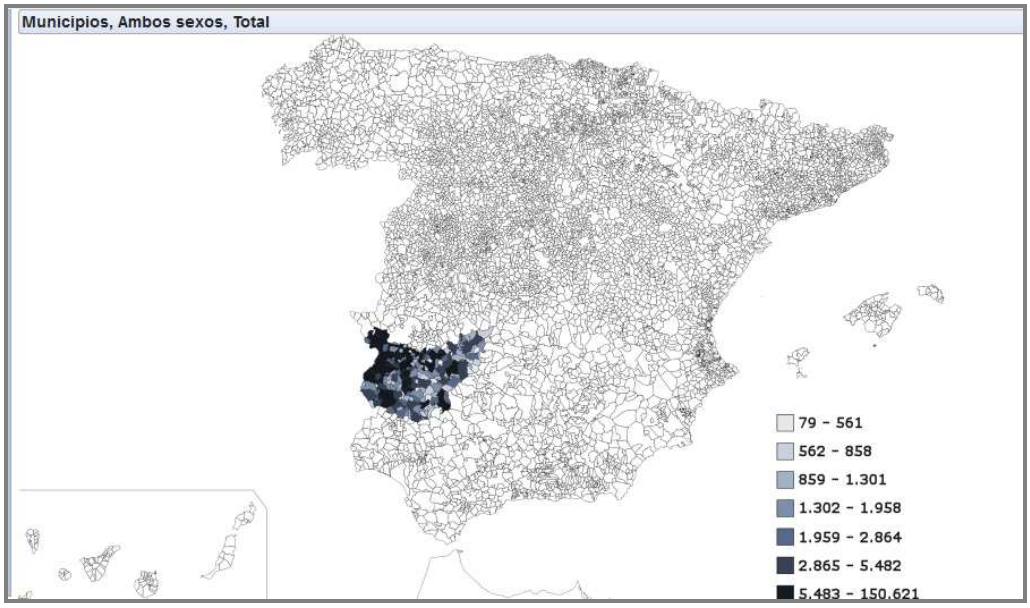


Fig.13. Municipios de la Provincia de Badajoz según su población (padrón continuo; 2013). Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

Existe una marcada controversia en lo que respecta a la determinación de *límite rural - urbano*, y que llevan la discusión más allá de la consideración de la cifra de su población, desde luego, para pasar a contemplar aspectos socioeconómicos, surgiendo distintas delimitaciones en función del criterio que se elija[303]. Ya quedaron expuestas, con ocasión de la revisión efectuada como introducción a este trabajo, algunas consideraciones pertinentes al objetivo del mismo en lo que respecta a la existencia de diferencias en los medios rural y urbano: la distinta percepción de la discapacidad en un medio y otro o el papel del soporte familiar, así como, en el caso de lo atinente a la consideración de la discapacidad laboral, la distinta importancia de los distintos sectores productivos

en el medio rural y en el urbano. Parece pues importante e importante fijar un criterio de separación entre estos dos ámbitos, y para nuestro propósito adoptaremos el criterio establecido en el ESEMeD2000; un límite asentado sobre el volumen de población y cifrado éste en 10,000 habitantes.

Poblaciones de la provincia de Badajoz con más de 10.000 habitantes
06011-Almendralejo
06015-Badajoz
06044-Don Benito
06083-Mérida
06088-Montijo
06095-Olivenza
06149-Villafranca de los Barros
06153-Villanueva de la Serena
06158-Zafra

Tabla 10. Poblaciones que superan los 10,000 habitantes en la provincia de Badajoz según el padrón continuo; 1 de enero de 2013. Fuente INE.

1.6.2 Marco socioeconómico.

Considerado el concepto de IP vigente en nuestro Ordenamiento Jurídico, y que ya hemos estudiado, resulta necesario, a la hora de plantear un estudio como el que presentamos, una, acaso breve, exposición del marco socioeconómico y sanitario del que procede la muestra; el año 2013 y en el ámbito geográfico de la provincia de Badajoz. Según los datos del INE relativos a ese año, el promedio de activos en la provincia (promedio de los cuatro trimestres) alcanzó los 324375 trabajadores.

	Agricultura	*Industria*	*Construcción*	*Servicios*	*Sin empleo**	*Total*
Nacional	1.010.500 (4,36%)	2.636.000 (11,37%)	1.366.875 (5,89%)	14.702.175 (63,40%)	3.474.600 (14,98%)	23.190.150 (100,00%)
Badajoz	33.925 (10,46%)	28.675 (8,84%)	20.400 (6,29%)	185.075 (57,06%)	56.300 (17,36%)	324.375 (100,00%)

Tabla 11. Población activa. Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Activos por sector económico y provincia. Año 2013.*Sin empleo: en busca de primer empleo o con pérdida del último hace más de un año.

Un rápido examen de estos datos permite concluir una estructura económica, en la provincia de Badajoz, centrada desde luego en el sector servicios, si bien con un peso proporcional muy importante que descansa sobre el sector primario, que supone más del doble de la tasa nacional. Esto ha de ponerse en conexión con las características que cabe esperar en la muestra del estudio en relación con los requerimientos profesionales.

En lo que respecta a las edades de la población activa, los datos que proporciona el INE están estructurados en rangos de edad muy heterogéneos,

agrupando en un solo tramo a los trabajadores de 25 a 54 años; pero son los datos de los que efectivamente se dispone oficialmente.

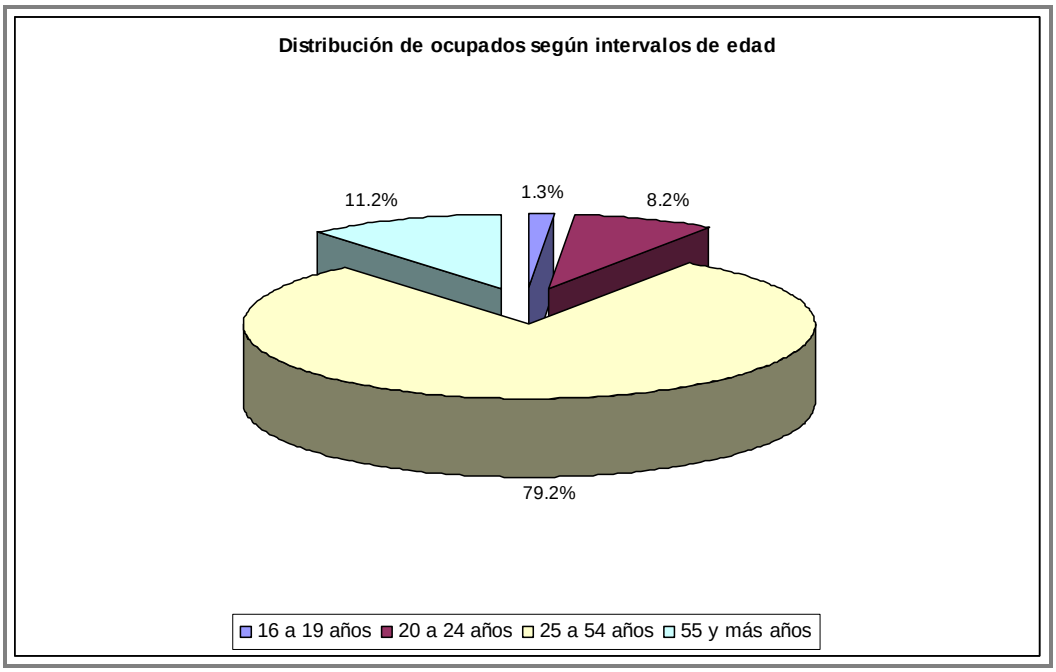


Fig. 14. Edad de la población ocupad de la provincia de Badajoz. Fuente: Instituto Nacional de Estadística. INE-base. Año 2013.

En cuanto a la población ocupada, el promedio que resulta de los cuatro trimestres de 2013 arroja una cifra de 212.775 trabajadores, que puesta en relación con la población activa de la provincia, supone una tasa de desempleo (estimada según este procedimiento) del 34,4%. No ha de olvidarse que la población desempleada puede igualmente tener acceso a los procedimientos de calificación de una eventual IP, y que, precisamente, la situación de desempleo puede actuar como un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales[304].

La distribución de los ocupados, según sectores económicos, se detalla en la tabla adjunta:

	Agricultura	*Industria*	*Construcción*	*Servicios*	*Total*
Nacional	4,30%	13,74%	6,01%	75,95%	100,00%
Badajoz	10,22%	10,84%	6,07%	72,86%	100,00%

Tabla 12. Distribución de ocupados. Ocupados por sector económico y provincia Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Año 2013.

No se publica por el INE la estadística relativa a ocupados por grupo de edad, sexo y provincia.

Sí están disponible, a nivel provincial, los datos referidos a población activa y ocupados, así como su serie temporal.

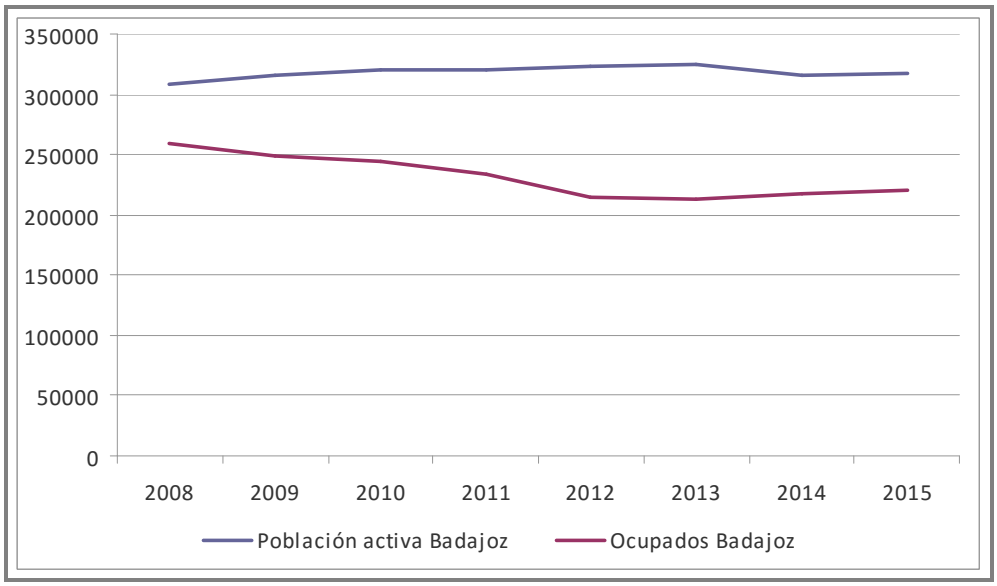


Fig. 15. Evolución de las cifras de población activa y de ocupados en el período 2008 – 2015. Fuente INE.

No es cifras están disponibles a través de la web del INE las estadísticas oficiales en relación a la provincia de Badajoz en relación a los datos sobre población ocupada; podemos recurrir a los datos de referencia en relación a la Comunidad Autónoma de Extremadura, poniéndose en evidencia un mayor componente masculino en la ocupación.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ambos sexos	410.400	389.200	384.600	373.700	339.400	***339.700***	353.900	356.800
Hombres	257.600	236.900	230.900	221.900	200.200	***193.600***	206.900	211.500
Mujeres	152.800	152.300	153.700	151.800	139.200	***146.100***	147.000	145.300
Índice de masculinidad	62,77%	60,87%	60,04%	59,38%	58,99%	***56,99%***	58,46%	59,28%
Índice de feminidad	37,23%	39,13%	39,96%	40,62%	41,01%	***43,01%***	41,54%	40,72%

Tabla 13. Población ocupada en la CA de Extremadura y distribución por sexos de la misma en el período 2008 - 2015. Fuente: INE.

1.7 Síntesis.

La revisión efectuada hasta aquí ha de servir para delimitar, a modo de síntesis, una serie de cuestiones en relación a las cuales podamos establecer qué ocurre en nuestro medio, qué trascendencia tienen los trastornos mentales en lo que a deterioro funcional con trascendencia laboral se refiere y qué traducción tiene esto sobre el sistema de protección social. Podemos concluir de todo lo anterior, a modo de síntesis:

1. Los trastornos mentales se presentan en la actualidad como una causa importante de pérdida de la salud, tanto por el número de personas a las que afectan como por la discapacidad que de ellos se deriva.

2. En la base de las manifestaciones sintomáticas que caracterizan a los trastornos mentales y que sirven de guía para su diagnóstico se encuentran alteraciones neurobiológicas que pueden ser constatadas mediante técnicas que, no obstante, no son de recurso común en la práctica clínica. Se trata pues de entidades clínicas "susceptibles de determinación objetiva" desde el punto de vista de la neurobiología, si bien lo habitual es que el establecimiento del diagnóstico se efectúe en función de criterios que se integran en clasificaciones diagnósticas aceptadas por la comunidad científica.

3. La discapacidad que deriva de los trastornos mentales incide negativamente en las posibilidades del sujeto que los sufre para obtener rentas derivadas del trabajo; los trastornos mentales dificultan la obtención de un empleo y su mantenimiento en el tiempo, afectando además a la capacidad productiva del trabajador. Esta circunstancia es la que se protege mediante los sistemas de protección social que se han creado al efecto por parte del modelo de Estado Social: se prevén en el Ordenamiento Jurídico mecanismos de "igualdad en la Ley" dirigidos a proporcionar instrumentos de sustitución de las rentas procedentes del trabajo dirigidos a aquellas personas que, por consecuencia de su discapacidad, no pueden obtener tales rendimientos en condiciones de igualdad frente a quienes no sufren esa discapacidad. Dentro de estos mecanismos de sustitución de rentas y en el Ordenamiento Jurídico español, destaca por su trascendencia la Incapacidad Permanente, destinada a la protección de aquellos trabajadores en relación con los cuales no se prevé posibilidad de recuperación funcional o, en todo caso, ésta se prevé médicamente como incierta o a largo plazo. La Incapacidad Temporal, por el contrario, protegería situaciones que se prevén reversibles en cuanto a su impacto funcional a corto o medio plazo.

4. La legislación española en materia de Seguridad Social prevé un procedimiento administrativo (sometido a eventual revisión jurisdiccional) para determinar qué personas acceden al derecho a percibir prestaciones por

Incapacidad Permanente; se trataría de trabajadores que ven disminuidas de forma *suficientemente significativa* sus posibilidades de incorporarse al mercado de trabajo como consecuencia de la discapacidad que presentan. El procedimiento administrativo descansa sobre la determinación médica de la repercusión funcional del cuadro clínico sobre el trabajador.

5. En lo que se refiere a la evaluación del impacto funcional de los trastornos mentales sobre la capacidad de desempeñar una actividad laboral en condiciones de mercado, se cuenta en el seno del procedimiento de calificación administrativa de la discapacidad laboral con orientaciones médicas de actuación, que si bien no tienen carácter obligatorio en su aplicación, sí constituyen un elemento que permite disminuir la variabilidad en la valoración médica de la discapacidad laboral, variabilidad que, por encima de ciertos límites que podrían considerarse inherentes a la propia variabilidad biológica, podrían resultan difícilmente compatibles con los principios de igualdad y seguridad jurídica que han de presidir la actuación del Estado de Derecho. No se dispone, hasta este momento y hasta lo que conocemos, de estudios acerca del empleo de estas orientaciones en el ámbito de la discapacidad laboral derivada de los trastornos mentales.

6. Hasta el momento, se dispone de escasa información en cuanto al impacto sobre el sistema de prestaciones por Incapacidad Permanente de los trastornos mentales. Existen algunas publicaciones si bien en el ámbito de la Incapacidad Temporal. No encontramos estudios que concluyan aspectos que deben considerarse fundamentales en relación con la caracterización del problema: su epidemiología, el papel que ocupan los trastornos mentales en el contexto general de la Incapacidad Permanente o la determinación de factores que puedan determinar la existencia o no de una situación funcional que precise de la intervención del sistema de protección social para la calificación de una Incapacidad Permanente.

2. Objetivos e hipótesis.

2.1 Objetivo general.

Conocer el papel de los trastornos mentales en la discapacidad laboral, considerada ésta en el ámbito de la incapacidad permanente, analizando aquellos factores que pueden influir en el proceso de evaluación de la repercusión funcional del cuadro y en la calificación administrativa de la incapacidad.

2.2 Objetivos específicos.

Objetivo 1º. Describir la importancia de la discapacidad derivada de la patología psiquiátrica en relación con el conjunto de la discapacidad laboral.

Objetivo 2º. Describir las características sociodemográficas, clínicas y relativas al procedimiento de calificación de una Incapacidad Permanente de los trabajadores que presentan trastornos mentales.

Objetivo 3º. Analizar, en los procedimientos de calificación de Incapacidad Permanente en los que se identifica la presencia de un trastorno mental, las relaciones que pudieran existir entre variables sociodemográficas, clínicas y relativas al procedimiento de calificación, considerando si los trastornos mentales presentes se comportan como causa principal o secundaria de la discapacidad laboral.

2.3 Hipótesis.

Hipótesis 1. En los trabajadores sometidos a procedimientos de evaluación de una IP en el que se constata la presencia de un trastorno mental no cabe esperar, en lo que se refiere al sexo, la edad o el lugar de residencia, que existan diferencias significativas ni en cuanto a la repercusión funcional del cuadro psicopatológico ni en cuanto a la IP calificada.

Hipótesis 2. La calificación de una IP en alguno de sus grados en los trabajadores que presentan un trastorno mental estará directamente relacionada con la repercusión funcional del cuadro psicopatológico.

Hipótesis 3. Una mayor cronicidad de los síntomas psicopatológicos se asociará con la evaluación de una mayor repercusión funcional del cuadro psicopatológico y con una mayor probabilidad de que se califique IP en alguno de sus grados.

Hipótesis 4. En aquellos casos en los que se accede al procedimiento desde una situación de vinculación con el mercado laboral, la repercusión funcional del cuadro psicopatológico y la calificación de IP en alguno de sus grados será menor de la que se pueda constatar en aquellos casos en los que se accede al procedimiento desde una situación de desconexión de la actividad laboral.

Hipótesis 5. La existencia de un trastorno mental constatado en un procedimiento de IP se relacionará con una mayor probabilidad de que se califique IP en alguno de sus grados.

Hipótesis 6. En los trabajadores en los que se ha establecido la presencia de rasgos disfuncionales de personalidad o el diagnóstico de trastorno de la personalidad se calificará con mayor frecuencia una IP en alguno de sus grados que en los trabajadores que no presentan este diagnóstico.

Hipótesis 7. La repercusión funcional del cuadro psicopatológico será mayor en aquellos trabajadores que presentan rasgos disfuncionales de personalidad o cuentan con un diagnóstico de trastorno de la personalidad.

Hipótesis 8. En los casos en los que se diagnostica la presencia de un trastorno de la personalidad será más frecuente la existencia de antecedentes de trastornos relacionados con substancias.

Hipótesis 9. La repercusión funcional del cuadro psicopatológico será mayor en aquellos casos que presentan un diagnóstico actual de trastorno relacionado con el consumo de substancias o presentan antecedentes del mismo. Consecuentemente con lo anterior, la calificación de IP en alguno de sus grados

será más frecuente en aquellos casos que presentan tales antecedentes o consumo activo.

Hipótesis 10. Los antecedentes de trastornos relacionados con substancias se asociarán con el sexo “hombre”, con los antecedentes de ingreso psiquiátrico y con trastornos de la personalidad.

Hipótesis 11. La repercusión funcional del cuadro psicopatológico será mayor en los trabajadores que, presentando un diagnóstico de trastorno mental, presentan deterioro cognitivo. Consecuentemente con lo anterior, la calificación de una incapacidad permanente en alguno de sus grados será más frecuente en presencia de este deterioro cognitivo.

Hipótesis 12. La calificación de IP en alguno de sus grados será más frecuente, y la repercusión funcional del cuadro psicopatológico más importante, en aquellos casos que presentan más de un diagnóstico en el Eje I.

Hipótesis 13. Aquellos casos que tienen antecedentes de ingreso psiquiátrico son evaluados con una mayor repercusión funcional del cuadro psicopatológico, asociándose este antecedente con una mayor probabilidad de calificación de IP en alguno de sus grados.

Hipótesis 14. La inclusión de un trabajador en el programa de trastornos mentales graves se asociará con la evaluación de una mayor repercusión funcional del cuadro psicopatológico y con mayor probabilidad de que se califique IP en alguno de sus grados.

3 Material y método.

3.1 Consideraciones éticas y autorizaciones administrativas.

Para poder realizar este estudio y acceder a los datos necesarios se solicitó autorización al Instituto Nacional de la Seguridad Social para acceder a los datos contenidos en los expedientes de IP resueltos por la Dirección Provincial de Badajoz durante el año 2013, último año natural cerrado al respecto del trámite de IP en el momento en que se determinó el objetivo y estructura del estudio. La autorización fue concedida por los Servicios Centrales del INSS mediante escrito con registro de salida con fecha mayo de 2014, según se recoge en el Anexo 2.

En aplicación de la normativa vigente y dados los requerimientos del estudio, los datos se han manejado de forma anónima; los datos de identificación personal de los trabajadores tan sólo han sido accesibles para el autor principal del presente Trabajo, con la única finalidad de poder localizar los expedientes en la base de datos del INSS, prescindiéndose en todo caso de tales datos a la hora de confeccionar la base de datos del estudio. No existe pues posibilidad alguna de identificación de los sujetos cuyos datos se incorporan al estudio más allá de la que se realiza por el doctorando para la localización del expediente.

Por su diseño y objetivos, el estudio se realiza sobre datos referidos a expedientes ya resueltos y sin recogida de datos expresamente dirigida al estudio.

Toda la información que se ha obtenido en relación con los trabajadores proviene del expediente administrativo, en el que se contiene la parte de su historia clínica que ha resultado relevante para el procedimiento y las actuaciones que en su momento fueron precisas para la decisión administrativa. El diseño del estudio no contempla actuaciones sobre el paciente más allá de las que ya se llevaron a cabo en su momento y están registradas en los datos objeto de estudio.

Se preserva en todo momento el anonimato del paciente, teniendo en cuenta que la utilización exclusiva de los datos para los fines de este trabajo quedan enmarcada en el Artículo 16.3 de la Ley 41/2002[305] sobre usos de la historia clínica con fines de investigación o de docencia, así como por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal[306] y en la Ley 14/1986, General de Sanidad[14]. El acceso a la historia clínica con los fines descritos de investigación obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente separados de los de carácter clínico-asistencial para asegurar el anonimato.

El Proyecto de Tesis Doctoral fue informado de forma favorable por la Comisión de Bioética y Bioseguridad de la Universidad de Extremadura con fecha 26 de mayo de dos mil quince (Anexo 3).

3.2 Fuentes bibliográficas.

Para la elaboración del estudio se han empleado las bases de datos bibliográficas SCOPUS, Academic Search Complete y PubMed, accesibles todas ellas desde los recursos de la biblioteca electrónica de la Universidad de Extremadura.

3.3 Tipo de estudio.

El presente estudio se corresponde con un diseño transversal, descriptivo y comparativo.

3.4 Población y muestra.

Para dar respuesta a las cuestiones planteadas en los objetivos del presente Trabajo se consideró como unidad de estudio el expediente administrativo, que es también la unidad de decisión en lo que respecta a la resolución administrativa. Se consideró en el ámbito del estudio sólo la valoración inicial del caso efectuada tanto por el médico evaluador como, en lo que respecta al dictamen-propuesta, por el EVI, quedando fuera del estudio el eventual trámite de reclamación previa a la vía jurisdiccional social y, en su caso, la revisión jurisdiccional de la resolución administrativa.

El conjunto de los expedientes contó con informe médico de síntesis emitido por la unidad médica del INSS de la provincia de Badajoz, compuesta por un total de 8 médicos evaluadores y un médico evaluador jefe, y en función del cual se elaboró el dictamen-propuesta del EVI. La asignación de los expedientes a uno u otro facultativo es aleatoria salvo en el caso de seguimiento previo del proceso de incapacidad temporal, situación ésta en la que, de forma habitual, el facultativo encargado de la valoración queda predeterminado por el que efectuó el seguimiento de la IT. Pueden no obstante existir alteraciones puntuales en estas reglas por ausencia de alguno de los componentes de la plantilla u otras circunstancias organizativas puntuales.

El estudio se ha diseñado sobre dos poblaciones distintas:

A. Población 1. Expedientes de trámite de incapacidad permanente.

La población de estudio estuvo compuesta por el conjunto de expedientes correspondiente a prestaciones por incapacidad permanente que, como expedientes iniciales (excluidos los expedientes de trámite internacional y las revisiones de grado), se instruyeron por la Dirección Provincial del INSS de Badajoz.

Se planificó confeccionar la muestra de esta población mediante muestreo secuencial, sobre los 2.000 primeros expedientes tramitados en el año 2013 (período autorizado para el estudio). No obstante, la muestra final fue de 2.090 casos, ya que se operó finalmente con el período enero a septiembre,

confeccionándose la muestra con todos aquellos expedientes cuya propuesta de resolución se formuló en sesiones EVI celebradas entre el 1 de enero y el 2 de octubre de 2013 (los expedientes resueltos en sesión EVI del 2 de octubre se informaron durante el mes de septiembre).

B. Población 2. Expedientes correspondientes a casos que presentan un trastorno mental.

Definida como subconjunto de la anterior; formada por aquellos casos en los que se recogía algún diagnóstico correspondiente a un trastorno mental en el correspondiente dictamen–propuesta elaborado por el EVI.

La muestra fue confeccionada con todos aquellos expedientes cuya propuesta de resolución se formuló en sesiones EVI celebradas entre el 1 de enero y el 2 de octubre de 2013, según se ha reseñado y sobre la planificación inicial de estudio de los primeros 2.000 casos.

Se analizaron un total de 2090 expedientes de incapacidad permanente resueltos por la Dirección Provincial del INSS de Badajoz en el período descrito. Sobre estos 2090 casos se determinó la muestra de casos que presentaba un trastorno mental; 389 casos. De estos 2090 expedientes se consideraron de forma diferenciada aquellos que se correspondían con procedimientos indemnizatorios por Lesiones Permanentes No Invalidantes.

Si bien durante el período de tiempo al que se refiere el estudio no se definía en el expediente el diagnóstico principal en relación al conjunto del cuadro clínico determinado, esta especificación sí se incluye, a partir de 2015, como un dato más a recoger (y codificar según la clasificación CIE-9-MC) en el IMS. No existen, por lo demás, unas normas de codificación dictadas en el ámbito de la Seguridad Social que determinen cómo concluir el diagnóstico principal; en relación a esta cuestión, por tanto, la variabilidad interindividual que cabe esperar en el proceso de codificación es notable, más si cabe si se tiene en cuenta que la clasificación CIE-9-MC está diseñada para la codificación en el ámbito de la clínica, y no de la incapacidad.

Se consideró no obstante la necesidad de establecer en cada caso, si no ya un “diagnóstico principal” del procedimiento (sería en todo caso un diagnóstico establecido específicamente para el estudio y ajeno al procedimiento administrativo que se siguió en su momento), sí al menos un criterio que permitiera determinar, en el conjunto del cuadro clínico consignado, si la carga de menoscabo funcional que presentaba el caso se debía primordialmente a la presencia de alteraciones psiquiátricas o, por el contrario, a aspectos “físicos” comórbidos. A este respecto ha de reseñarse que, en el caso de expedientes de IP que provienen de una IT, especialmente si ésta es prolongada (hay tiempo

para que aparezcan otros procesos clínicos comórbidos), no siempre el diagnóstico inicial de la IT pudo considerarse el diagnóstico principal de la IP.

Al tratarse de expedientes instruidos para la determinación de una eventual IP, no se consideró en ningún caso diagnóstico principal aquellos procesos en los que se especificaba claramente que estaban en evolución y serían susceptibles de tratamiento, salvo que no hubiera otro diagnóstico en el procedimiento.

La puesta en relación de los trastornos psiquiátricos con los procesos no psiquiátricos coexistentes y con los requerimientos de la profesión determinada en el procedimiento, así como con la calificación propuesta, llevó a establecer tres subgrupos de casos:

- Grupo 1. El o los trastornos mentales constatados pueden considerarse como responsables de la mayor parte del deterioro funcional del sujeto y, por tanto, el diagnóstico principal se corresponde con un trastorno o trastornos mentales. Se incluyeron también en este grupo:
    - Casos en los que sobre una situación de cronicidad previa compatible con actividad laboral se constata agravamiento significativo por causa del proceso psicopatológico (se inicia una IT por esta causa o es remitida a ESM, por ejemplo).
    - Casos en los que, considerada la actividad laboral establecida en el dictamen-propuesta (e independientemente de la calificación propuesta), los requerimientos de carga mental de tal actividad eran claramente superiores al resto de requerimientos que pudieran verse comprometidos por otros diagnósticos. Para la cuantificación de la carga mental de la actividad laboral correspondiente se acudió a la *Guía de valoración profesional del INSS*[75].
    - Casos en los que el resto del cuadro clínico o parte sustancial del mismo derivaba de *complicaciones físicas del cuadro psicopatológico*, como ocurre en el caso de repercusión física de cuadros de abuso o dependencia de substancias o en el caso de lesiones derivadas de actos de autodaño.
    - Casos en los que el cuadro físico se encontraba ya presente desde el inicio de la actividad laboral y no se había constatado evolución significativa de las limitaciones, por lo que el diferencial de discapacidad que se pudiera apreciar derivaría necesariamente del cuadro psicopatológico comórbido.
- Grupo 2. El o los trastornos mentales constatados no podían considerarse como principales determinantes de la discapacidad laboral objetivada en el procedimiento dado que:

- El grado funcional correspondiente al trastorno psiquiátrico indicaba menor gravedad puesto en relación con el que se había determinado derivado de trastornos no psiquiátricos. Se tuvo en cuenta, en su caso, la profesión en relación a la cual habría de calificarse la existencia o no de incapacidad permanente y la calificación propuesta.
- Aunque se hubiera constatado la presencia de un trastorno psiquiátrico de entidad significativa, del examen del expediente podía concluirse que éste no había impedido la actividad laboral hasta la irrupción de un cuadro no psiquiátrico, siempre que no existieran datos que sugirieran un agravamiento de la repercusión funcional derivada del trastorno mental.
- Existía un trastorno no psiquiátrico que, en ausencia del cuadro psiquiátrico constatado y considerados en su caso los requerimientos profesionales (independientemente de la calificación propuesta), sería más relevante que los efectos del cuadro psicopatológico. Ocurriría así, en el caso de enfermedades oncológicas avanzadas en las que se diagnosticaba un trastorno adaptativo a tal enfermedad neoplásica o en el caso de un trastorno distímico en comorbilidad con una espondilosis lumbar en el caso de un peón agrícola.
- La sintomatología psiquiátrica resultaba consecuencia de un problema físico de entidad significativa y así se desprendía del estudio del caso, como ocurría en el caso de los trastornos reactivos a enfermedad médica.

- Grupo 3. No pudo establecerse un claro diagnóstico principal. El conjunto de los diagnósticos recogidos para el caso tienen una repercusión funcional equivalente consideradas las limitaciones orgánicas o funcionales valoradas, los requerimientos de la actividad laboral y el sentido de la calificación propuesta.

Con el grupo 1 se construyó una muestra integrada pues por aquellos casos en los que se consideró que la principal causa de la discapacidad laboral (desde el punto de vista de la discapacidad laboral que se había objetivado) derivaba del cuadro psiquiátrico. Los grupos 2 y 3 se integraron en una muestra caracterizada porque no podía afirmarse que la principal causa de la discapacidad laboral del derivara del cuadro psicopatológico identificado en dicho caso.

El proceso de selección de las muestras de estudio puede sintetizarse a partir del siguiente gráfico:

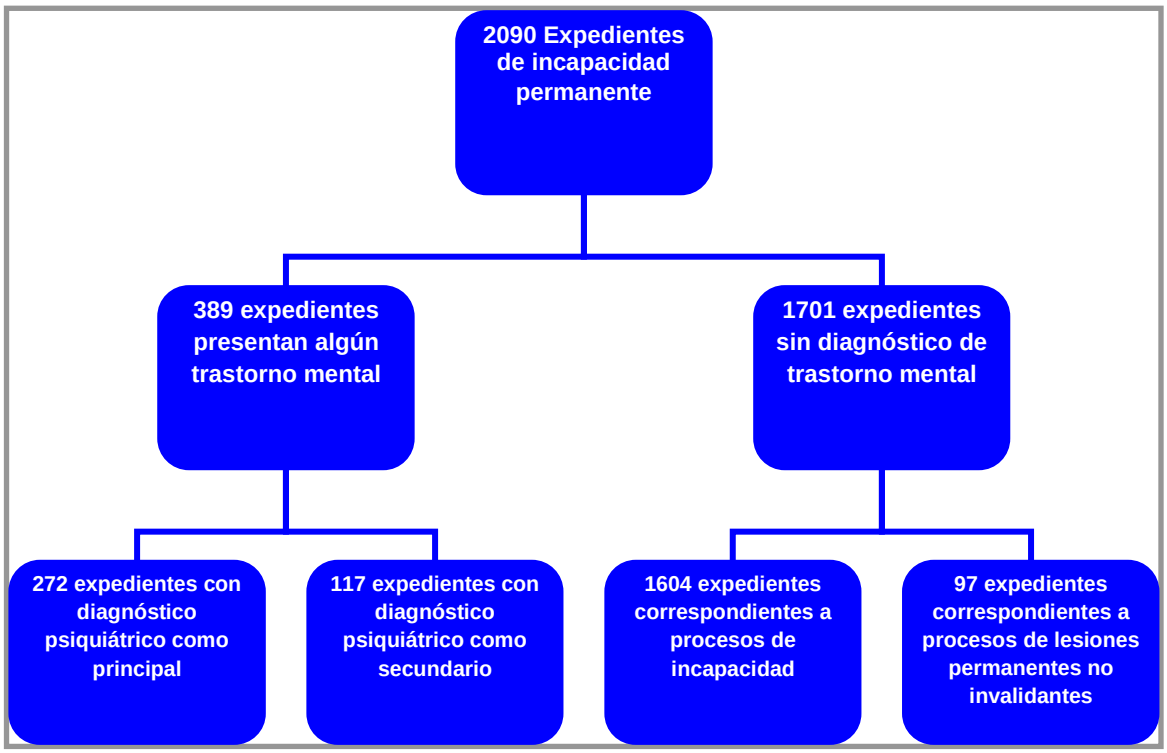


Fig.16. Proceso de selección de las muestras del estudio.

3.5 Procedimiento.

Sobre las actas del EVI, que se consultaron desde el programa de gestión automatizada, el procedimiento realizado se desarrolló como sigue:

1º. Exclusión de los expedientes resueltos por EVI como demora de la calificación, ya que éstos serían en todo caso analizados con el dictamen-propuesta una vez se hubiera agotado el período de demora si esta segunda valoración tenía lugar en el marco temporal del estudio. La exclusión responde al hecho de que la demora de la calificación no es en sí una resolución del expediente, sino la declaración de que tal expediente se resolverá concluido el período de demora en atención a la situación clínica del trabajador en el momento en venza el plazo de tal demora.

2º. Localización del expediente digitalizado a través de la aplicación informática SARTIDO a través del número de expediente. Esta aplicación constituye el soporte informático del expediente administrativo, estructurado en distintos apartados, uno de los cuales contiene el conjunto de información médica y relativa a la valoración por el EVI, incluido el dictamen-propuesta. En alguna ocasión fue necesario, para poder efectuar una codificación adecuada de la profesión mediante la clasificación CNO-2011, acudir al resto de documentación administrativa contenida en otros apartados del expediente administrativo.

3º. A través del dictamen-propuesta, se determinó si en el caso se había establecido un cuadro clínico que recogiera uno o más diagnósticos psiquiátricos.

4º. Una vez determinado que el expediente contenía algún diagnóstico relativo a la existencia de un trastorno mental, se le asignó un número de caso, número que funcionó como identificador único en la base de datos de casos que se confeccionó sobre la aplicación ACCESS 2010, en la que se recogieron los datos objeto de investigación de forma anonimizada. La clave en la que se asociaron número de expediente y número de casos se conservó durante la duración del estudio con las correspondientes garantías de confidencialidad, de forma que sólo el investigador principal ha tenido acceso a tal correspondencia.

La recogida de los datos objeto de estudio se llevó a cabo, según se ha descrito, sobre la documentación médica y administrativa contenida en el expediente instruido en el procedimiento de incapacidad permanente, si bien:

a) En el caso de que éste derivara de un expediente previo de incapacidad temporal, se consideró además el conjunto de información médica contenida en el expediente del proceso de incapacidad temporal.

b) En el caso de que se constataran expedientes previos de IP, se recabaron también del último de éstos los posibles antecedentes que constaran (en el caso de que se recogiera la existencia de un trastorno mental en el dictamen-propuesta del referido expediente previo).

Los documentos médicos considerados fueron tanto el informe médico de síntesis como aquellos informes asistenciales, procedentes de la asistencia sanitaria, pública y privada, que constaban en el expediente administrativo. Se excluyeron los informes emitidos con carácter pericial que pudieran haber sido aportados por el interesado.

3.6 Variables de estudio y recogida de datos.

Para cada caso se creó un registro diferenciado en la referida base de datos ACCESS, sobre la que se configuró un formulario de recogida de datos. En este registro se recogieron las siguientes variables:

a) Datos sociodemográficos. Sexo y edad del trabajador (en el momento de emitirse el dictamen-propuesta).
b) Localidad de residencia.
c) Profesión. La contenida en el dictamen-propuesta, a partir de la cual se realizó la codificación con arreglo a la clasificación nacional de ocupaciones CNO - 2011. En aquellos casos en los que la información contenida en el dictamen-propuesta no permitió la codificación se acudió al resto de la documentación administrativa para permitir una codificación más precisa. Sobre esa profesión, se estableció una variable, “grupo profesional”, basada en la clasificación en tres categorías según la actividad laboral considerada: “blue collar”, “white collar” o “trabajador de los servicios o del comercio”, según se expuso con ocasión de la revisión de la evaluación de los requerimientos profesionales.

d) Diagnósticos psiquiátricos. Los diagnósticos psiquiátricos concluidos en cada caso fueron codificados según la clasificación DSM-IV-TR[42]. Se recogieron de forma expresa y diferenciada las referencias recogidas en la documentación médica en relación a la existencia de rasgos disfuncionales de personalidad, un trastorno de la personalidad o la constatación de un diagnóstico de retraso mental (Eje II). Además, se recogió expresamente la constatación de la existencia de deterioro cognitivo y el antecedente de consumo de substancias psicoactivas.

e) Inclusión en el Programa de Trastornos Mentales Graves. Se recogió expresamente si el trabajador era usuario de los dispositivos asistenciales específicos de este programa; los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) o, en su caso, de Pisos Tutelados (PT).

f) Tiempo de evolución; antigüedad de los síntomas. Se recogió, en los casos en los que fue posible (y expresado en años), el tiempo de evolución del cuadro psicopatológico que pudo determinarse en función de la documentación médica que constaba en el expediente administrativo, en referencia a la fecha más remota en la que pudo documentarse la existencia de antecedentes psicopatológicos (referencia en IMS a IMS previos con diagnósticos psiquiátricos, antecedentes recogidos en informes médicos, fechas de primera consulta en salud mental indicadas en informes que constaban en el expediente administrativo, procesos de IT por trastorno mental recogidos en informe-propuesta del servicio sanitario público, etc). En todo caso, cuando se determinó un período de años de evolución en función de la sistemática descrita, éste ha de considerarse como “mínimo”, sin que pueda descartarse la existencia de antecedentes anteriores a ese período (antecedentes que no pudieron documentarse ni, por tanto, tomarse en cuenta en el expediente administrativo). En algunos casos no pudo más que recogerse una referencia imprecisa a “antecedentes de larga data” o expresiones similares, que no permitían fijar un momento concreto. Con los datos obtenidos se configuró la variable “antigüedad de los síntomas” según una categorización en tres grupos: hasta dos años, de dos a siete años y más de siete años o “referencias a larga data”. Los límites de estas categorías se establecieron atendiendo a la duración de un proceso de IT al que se le añada el período de demora de calificación (hasta dos años), delimitándose el intervalo superior de la categoría intermedia, siete años, mediante la mediana calculada para aquellos 273 casos en los que pudo establecerse un lapso de tiempo aproximado desde la aparición de síntomas clínicamente significativos y el momento de emisión del dictamen-propuesta.

La consideración de los distintos intervalos propuestos para la antigüedad de los síntomas como una variable ordinal categórica permitió configurar la variable “escala de antigüedad de los síntomas”, a través de la que se pudo acudir al empleo de test estadísticos no paramétricos que permitieran la comparación de

variables ordinales configurada sobre una realidad continua (como es el caso de la antigüedad de los síntomas).

Descripción	Escala de antigüedad de los síntomas
Hasta dos años	1
Desde dos hasta siete años	2
"Larga data" / siete o más años	3

Tabla 14. Transformación de la variable categorial "antigüedad de los síntomas" a través de su consideración como escala ordinal; escala de antigüedad de los síntomas.

g) Diagnósticos no psiquiátricos. Se tuvo en cuenta la comorbilidad, de los casos objeto de estudio, en relación con los diagnósticos no psiquiátricos que se consignaban en el dictamen-propuesta como más significativos en lo que respecta al deterioro funcional asociado a los mismos. En el estudio se seleccionaron, en su caso, los dos diagnósticos que conllevaban mayor repercusión funcional, evaluada la intensidad de ésta a través de la intensidad de las limitaciones que de ellos se derivaban, según se indicaba en las "limitaciones orgánicas y funcionales" contenidas en el dictamen-propuesta.

h) Evaluación de la repercusión funcional del cuadro psicopatológico: escala de repercusión funcional. La gravedad del cuadro psicopatológico desde el punto de vista de su repercusión funcional no cuenta con una medida de cuantificación única. Se registró la valoración que se recogíaen el dictamen-propuesta, tanto para el conjunto de los diagnósticos psiquiátricos como para, en su caso, y de forma diferenciada, para cada uno de los diagnósticos no psiquiátricos. Se recogió también explícitamente si no se había efectuado evaluación de la repercusión funcional, así como si se emplearon escalas de valoración atípicas en relación a las estandarizadas en los protocolos de valoración médica del INSS[114]. Se consideró que la no consignación de un grado funcional en un caso en el que se había determinado un diagnóstico psiquiátrico resultaba equivalente a un grado funcional 0 (se asumió que implicaba considerar que no existía deterioro funcional asociado a ese diagnóstico).

La evaluación de la repercusión funcional de un cuadro clínico se corresponde con una variable cuantitativa, si bien en las orientaciones de evaluación del INSS[114] se realiza sobre un planteamiento ordinal, según se detalló en su momento. La práctica ha llevado por lo demás a que, sobre las categorías inicialmente recogidas en los procedimientos de evaluación (0, I, II, III y IV) se acuda a intercalar categorías intermedias (0, 0-I, I, I-II, II, II-III, III, III-IV y IV) para evaluar casos en los que se considera una repercusión funcional intermedia, configurándose así una escala de gravedad.

Para facilitar el análisis estadístico (categorías con pocos casos o simplificación de comparaciones múltiples) fue preciso en ocasiones reducir las categorías a analizar mediante agrupación de los distintos grados funcionales en

tres niveles de gravedad creciente; A, B y C. Las correspondencias entre los distintos grados funcionales y las puntuaciones correspondientes en la escala de repercusión funcional, así como las agrupaciones en los niveles de gravedad descritos se recogen en las tablas 15 y 16.

Grado funcional	Descripción	Escala de repercusión funcional
Grado funcional 0	Sin repercusión funcional significativa	0
Grado funcional 0-I	Sin repercusión funcional – repercusión funcional leve	1
Grado funcional I	Repercusión funcional leve	2
Grado funcional I-II	Repercusión funcional leve - moderada	3
Grado funcional II	Repercusión funcional moderada	4
Grado funcional II-III	Repercusión funcional moderada - grave	5
Grado funcional III	Repercusión funcional grave	6
Grado funcional III-IV	Repercusión funcional grave - muy grave	7
Grado funcional IV	Repercusión funcional muy grave	8

Tabla 15. Sistema de graduación de la repercusión funcional según Manual de Actuación para Médicos del INSS[114]; descripción y escala ordinal equivalente (escala de repercusión funcional).

Nivel de gravedad	Grados funcionales incluidos	Descripción	Equivalentes en relación a la escala de repercusión funcional
A	No evaluado / 0 / I / I-II	Hasta repercusión moderada	0 al 3
B	II / II-III	Repercusión funcional moderada hasta grave	4 y 5
C	III / III-IV / IV	Repercusión funcional desde grave hasta muy grave	6 al 8

Tabla 16. Agrupaciones de los distintos grados funcionales (establecidos según los criterios del Manual de Actuación para Médicos del INSS[114]) en tres categorías para conformar la variable "niveles de gravedad".

i) Valoración del diagnóstico principal. El resultado se recogió en forma de variable categorial dicotómica: diagnóstico psiquiátrico como principal causa de la discapacidad laboral o diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de la discapacidad laboral.

j) Análisis de la comorbilidad psiquiátrica en el Eje I. Los perfiles de comorbilidad se han analizado entre los distintos grupos de la clasificación DSM-IV-TR[42], recogiéndose de forma diferenciada aquellos que se preveían más frecuentes según la revisión efectuada del tema y expuesta en la primera parte de este trabajo:

- Trastornos del estado de ánimo + trastornos de ansiedad.
- Trastornos de ansiedad + trastornos somatomorfos

- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos + trastornos del estado de ánimo
- Otros patrones de comorbilidad.

k) Fecha de revisión. En aquellos casos en los que el dictamen-propuesta contenía la previsión de mejoría, y por tanto, de que se iniciara de oficio un procedimiento de revisión de grado por mejoría, se registró también la fecha a partir de la cual podía iniciarse tal procedimiento.
l) Calificación administrativa. El resultado de la calificación se registró como Incapacidad Permanente (IP) o No Incapacidad Permanente (no IP) y, en su caso, el grado de IP calificado. Se recogieron además, expresamente, para su tratamiento específico, las resoluciones denegatorias por "lesiones previas a la afiliación" y "otras causas de denegación", en referencia estas dos últimas calificaciones a motivos ajenos a la repercusión funcional del cuadro clínico constatado (por ejemplo, períodos de descubierto en cotizaciones al régimen especial de trabajadores autónomos o no encontrarse en alta o situación asimilada al alta, circunstancias éstas que pueden dar lugar a la denegación de la prestación por IP aunque exista repercusión incapacitante del cuadro clínico).

m) Situación de IT (incluye su prórroga de efectos) o de no IT en el momento del dictamen-propuesta. A partir de esta variable, considerando además si en el momento de emitirse el dictamen propuesta está en actividad (trabaja al tiempo que se instruye el expediente de incapacidad permanente), se construyó la variable "vinculación con el mercado laboral", que tomará valores "Sí "en el caso de que provenga de una situación de IT o esté trabajando sin IT, y "No" en el caso de que ni provenga de IT ni mantenga actividad laboral.

En relación con aquellos expedientes que no presentaban un diagnóstico psiquiátrico en el dictamen-propuesta, únicamente se recogió el número global de casos según la propuesta de calificación recogida en el acta del EVI (grado de IP o calificación de No IP), así como si se había previsto una fecha para iniciar de oficio procedimiento de revisión de la IP calificada y, en su caso, la fecha prevista para ello.

3.7 Poblaciones de referencia.

Para aquellas descripciones y análisis que precisaban la puesta en relación de los casos a estudio con los contingentes de población de los que procedían, se acudió a los datos del Instituto Nacional de Estadística y, en su caso, a los datos de Tarjeta Sanitaria Individual. Estos últimos fueron proporcionados, con respecto a la situación en fecha 1 de julio de 2013, por la Consejería de Sanidad de la Junta de Extremadura, y proporcionan datos desagregados según la condición del asegurado; que sea éste pensionista o activo. Dadas las

características de este Trabajo, se han utilizado datos limitados a los asegurados activos.

3.8 Base de datos y análisis estadístico.

La base de datos empleada en el estudio se confeccionó sobre la aplicación Access del paquete ofimático Office 2010. El análisis, tabulación y representación gráfica de los datos se llevó a cabo mediante las herramientas ofimáticas integradas en el paquete Office 2010, así como por el programa de análisis estadístico de libre distribución G-STAT 2.0.

Para la descripción estadística de los datos se acudió a las habituales medidas de centralización (media y mediana) y dispersión (desviación típica, rangos). En lo que se refiere a las técnicas inferenciales, teniendo en cuenta las características de las variables y los datos obtenidos se acudió para el análisis tanto a métodos no paramétricos (χ^2, z, Kruskal-Wallis, bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov, U de Mann-Whitney) como paramétricos (t-Student, ANOVA).

4 Resultados.

4.1 La patología psiquiátrica en el contexto de la Incapacidad Permanente.

Se efectuó inicialmente una descripción de los datos obtenidos en el estudio, contextualizando los casos con diagnóstico de trastorno mental en el total de los expedientes analizados, para seguidamente efectuar una descripción más detallada de la muestra de casos con diagnóstico de trastorno mental.

4.1.1 Total de casos analizados y calificación administrativa.

En el período de estudio, se revisaron un total de 2090 expedientes, de los cuales, en 389 se identificó la presencia de algún trastorno mental.

Expedientes estudiados / Calificación	Número de casos totales	Casos psiquiátricos	Casos no psiquiátricos
No IP	866	218	648
IPP	13	0	13
IPT	683	98	585
IPA	406	70	336
GI	25	3	22
LPNI	97	0	97
Total	**2090**	**389**	**1701**

Tabla 17. Distribución del total de casos analizados en el estudio y el resultado de la calificación administrativa. No IP: No Incapacidad Permanente. IPP: Incapacidad Permanente Parcial. IPT: Incapacidad Permanente total. IPA: Incapacidad Permanente Absoluta. GI: Gran Invalidez. LPNI: Lesiones Permanentes No Invalidantes.

La estimación de la proporción de casos psiquiátricos fue del 18,61%; con intervalo de confianza al 95% (17,0% - 20,3%).

Excluyendo del análisis a aquellos casos que, incluyéndose en la casuística de una unidad médica de valoración de incapacidades no se corresponden con una auténtica “incapacidad”, sino que se corresponden con procedimientos indemnizatorios por lesiones sufridas en accidente de trabajo pero sin trascendencia invalidante (LPNI), los resultados son los que se muestran a continuación:

Expedientes estudiados / Calificación	Número de casos totales	Número de casos de la muestra psiquiátrica
No IP	866	218
IPP	13	0
IPT	683	98
IPA	406	70
GI	25	3
Total	**1993**	**389**

Tabla 18. Distribución del total de casos analizados en el estudio y el resultado de la calificación administrativa. Excluidas Lesiones Permanentes No Invalidantes (LPNI). No IP: No Incapacidad Permanente. IPP: Incapacidad Permanente Parcial. IPT: Incapacidad Permanente total. IPA: Incapacidad Permanente Absoluta. GI: Gran Invalidez. LPNI: Lesiones Permanentes No Invalidantes.

Las estimaciones de los intervalos de confianza al 95% para las proporciones halladas con arreglo a este criterio (n=1993 casos) fueron:

a) Casos psiquiátricos 19,5%, con IC 95% (17,8%-21,3%).

b) Casos no psiquiátricos 80,5%, con IC 95% (78,7%-82,2%).

De los 389 casos con diagnóstico de trastorno mental, en 272 de ellos, en un 69,9% con IC 95% (65,1%-74,4%), el cuadro psicopatológico fue considerado como la principal causa de discapacidad laboral, mientras que en 117 casos, un 30,1% con IC 95% (25,6%-34,9%), se consideró que el cuadro psicopatológico tenía un papel secundario en cuanto a la discapacidad laboral que se objetivaba en el caso frente a otros procesos comórbidos, que no se correspondían con un trastorno mental.

4.1.2 Los trastornos mentales en la Incapacidad Permanente calificada.

Se pretendía responder qué proporción de casos calificados con algún grado de IP contaba con un diagnóstico psiquiátrico como principal causa de la discapacidad laboral, así como si existían diferencias entre esta proporción y la que se observaba entre los casos que o bien no contaban con diagnóstico psiquiátrico alguno o, en todo caso, el cuadro psicopatológico que pudiera presentarse tenía una importancia secundaria en cuanto a la discapacidad laboral de él derivada.

Se excluyeron del análisis los casos correspondientes a expedientes indemnizatorios por LPNI, obteniéndose los datos de la tabla 19.

Casos según causa ppal. discapacidad laboral /Calificación	Núm. casos con diagnóstico no psiq. como principal causa discap.	Núm. casos con diagnóstico psiq. como principal causa discap.	Núm. casos totales
No IP	721	145	**866**
IP	1000	127	**1127**
Total	**1721**	**272**	**1993**

Tabla 19. Calificaciones de IP en alguno de sus grados y No IP en los casos en los que la principal causa de la discapacidad laboral se estima derivada del cuadro psicopatológico y en aquéllos en los que no; sobre el total de 1993 casos estudiados (excluidas las LPNI).

En relación al total de expedientes calificados con IP en alguno de sus grados, en un 11,3% con IC al 95% (9,9%-12,8%) de los mismos se consideró que la principal causa de discapacidad derivaba del cuadro psicopatológico; el resto de expedientes (sin un cuadro psiquiátrico determinante de la IP calificada) supusieron un 88,7% de las calificaciones de IP, con IC al 95% (87,2%- 90,5%); para la diferencia entre estimada entre ambas proporciones ($z=-34,554$, $p<0,0001$).

Se analizaron también los grados en los que se calificó la IP, tanto en la muestra de casos en la que la principal causa de la discapacidad laboral se estimó derivada del cuadro psicopatológico como en el total de expedientes estudiados, según se recoge en la tabla 20.

Expedientes estudiados / Calificación	Trast. mental como causa ppal. de discap. laboral Núm. casos (%)	Otras causas principales de discap. laboral Núm. casos (%)	p
No IP	145 (53,3%)	721 (41,9%)	0,0006
IPP	0 (0,0%)	13 (0,8%)	
IPT	69 (25,4%)	614 (35,7%)	0,001
IPA	56 (20,6%)	350 (20,3%)	0,911
GI	2 (0,7%)	23 (1,3%)	0,408
Total	**272 (100%)**	**1721(100,0%)**	

Tabla 20. Calificaciones de IP en cada uno de sus grados (excluidas LPNI; n=1993) según la principal causa de discapacidad laboral sea o no un trastorno mental. Nivel de significación de la diferencia de las frecuencias relativas de las distintas calificaciones entre los grupos conformados según sea un trastorno mental u otro tipo de patología la causa principal de la discapacidad laboral.

De la tabla anterior, la calificación de No IP fue más frecuente en los casos en los que la principal causa de discapacidad laboral derivaba del cuadro psicopatológico en relación al grupo de "otras causas principales". En este último grupo, las calificaciones de IPT fueron más frecuentes, y no pudieron establecerse diferencias significativas entre ambos grupos en lo que respecta a las proporciones de casos en los que se calificaron los grados de IPA y GI.

4.1.3 Previsión de mejoría.

Sobre los 1993 expedientes estudiados (sin tener en cuenta, como se dijo, los procedimientos relacionados con lesiones permanentes no invalidantes, dada su naturaleza), en ningún caso procedería iniciar de oficio un procedimiento de revisión por previsión de mejoría en los 13 casos de Incapacidad Permanente Parcial calificados. Por lo tanto, sólo serían susceptibles de ser revisados aquellos casos con calificación de IPT, IPA y GI. En la tabla 21 se muestran los casos con grado de IP (excluidas las IPP) calificada frente a los que se calificaron como no IP.

Calificación	Número de casos
IP	1114
No IP	866
Total	**1980**

Tabla 21. Número de casos totales según se haya o no calificado una IP susceptible de revisión (excluida pues la IPP).

Se analizó si la existencia de un diagnóstico psiquiátrico como principal causa de la discapacidad laboral se asociaba con que se hubiera establecido previsión de mejoría de la IP inicialmente calificada. Es decir, si la previsión administrativa de mejoría en aquellos casos en los que la principal causa de discapacidad laboral se estimó derivaba de un cuadro psicopatológico fue distinta en relación con aquellos expedientes que tenían otra causa principal de discapacidad laboral. A este respecto; de los 1993 expedientes estudiados hubo que deducir los calificados como Incapacidad Permanente Parcial, que no son susceptibles de revisión. Los datos correspondientes al total de expedientes se

recogen a continuación, diferenciando en los casos que presentan algún trastorno mental según éste sea causa principal o secundaria de la discapacidad laboral que presenta el caso.

	Todos los diagn.	Diag. psiq	Diag psiq. ppal	Diagn psiq. secund
Casos examinados	1980	389	272	117
IP	1114	171	127	44
No IP	866	218	145	73
Revisiones (%casos examinados)	289 (25,9%)	82 (47,9%)	68 (53,5%)	14(31,8%)

Tabla 22. Casos calificados con algún grado de IP (distinto de IPP) frente a casos calificados como No IP; frecuencia relativa de los casos calificados en los que se establece fecha de revisión por posibilidad de mejoría según presenten o no un diagnóstico psiquiátrico y, en su caso, si éste se comporta o no como causa principal de la discapacidad laboral que presenta el caso.

Analizada la previsión de mejoría en el conjunto de casos analizados y la que se prevé en los casos que presentan algún diagnóstico psiquiátrico (tabla 23), resultó ser más frecuente la previsión de mejoría en estos últimos (47,9% de casos frente a 25,9%; p<0,0001).

	Diag.psiq.	Todos los diagn.	p
Casos examinados	389	1980	
IP	171	1114	
No IP	218	866	
Revisiones (%casos examinados)	82 (47,9%)	289 (25,9%)	<0,0001

Tabla 23. Casos calificados con algún grado de IP (distinto de IPP) frente a casos calificados como No IP y previsión de revisión por mejoría. Todos los expedientes estudiados. Nivel de significación de la diferencia.

Se pudo concluir pues, desde los datos de la tabla 23, una mayor frecuencia de la previsión de mejoría en los casos que presentaban algún diagnóstico psiquiátrico frente a los que no, con OR=3,28, e IC al 95% (2,38- 4,59).

En el análisis efectuado sólo sobre los casos que presentaban algún trastorno mental, y comparando entre los grupos configurados según este trastorno mental fuera o no la principal causa de discapacidad laboral, el resultado mostró que la previsión de mejoría fue más frecuente en aquellos casos en los que se consideró que la principal causa de la discapacidad derivaba del cuadro psicopatológico (53,5% frente a 31,8%), como puede verse en la tabla 24.

Principal causa de discapacidad laboral	Diagn. psiq.	Otros diagn.	p
Casos examinados	272	117	
IP	127	44	
No IP	145	73	
Revisiones (%casos examinados)	68 (53,5%)	14 (31,8%)	0,01

Tabla 24. Casos calificados con algún grado de IP (distinto de IPP) frente a casos calificados como No IP y previsión de revisión por mejoría según la principal causa de discapacidad laboral derive o no del trastorno mental que presenta el caso en comorbilidad con otros diagnósticos no psiquiátricos.

Resultó pues más frecuente la previsión de mejoría en el grupo con un diagnóstico psiquiátrico como causa principal de discapacidad laboral frente al grupo en el que el diagnóstico psiquiátrico tenía un papel secundario en cuanto a la discapacidad laboral, con OR=2,47 e IC al 95% (1,20 -5,09).

Cuando la comparación se realizó entre las previsiones de mejoría establecidas en el total de expedientes examinados y las que se establecieron en aquellos casos en los que la principal causa de la discapacidad laboral se consideró derivada del cuadro psicopatológico, los datos fueron los siguientes:

Principal causa de discapacidad laboral	Diagn. psiq.	Todos los diagn.	p
Casos examinados	272	1980	
IP	127	1114	
No IP	145	866	
Revisiones (%casos examinados)	68 (53,54%)	289 (25,94%)	<0,0001

Tabla 25. Casos calificados con algún grado de IP (distinto de IPP) frente a casos calificados como No IP; y previsión de revisión por mejoría según la principal causa de discapacidad laboral sea o no un trastornos mental. Nivel de significación de la diferencia.

La previsión de mejoría resultó pues más frecuente en los casos con un diagnóstico psiquiátrico como principal causa de discapacidad laboral frente a la que se registra en relación con sujetos en los que la principal causa de la discapacidad laboral no deriva de un trastorno mental, con OR=4,00 e IC al 95% (2,73-5,84).

El análisis del período de tiempo que se fija desde la calificación administrativa inicial hasta que se prevé pueda constatarse la mejoría se estudió, de forma diferenciada, en aquellos casos en los que el diagnóstico psiquiátrico se consideró principal y en aquellos otros en los que ocupaba un lugar secundario en cuanto a la discapacidad laboral del caso.

	Diagn.psiquiátrico como diag.ppal.	Diagn.psiquiátrico como diag.secund.	Total
Número de casos	68	14	82
Porcentaje de casos	82,9%	17,1%	100%
Tiempo promedio para el inicio de la revisión (desv. típica); en años	1,5 (0,5)	1,4 (0,5)	

Tabla 26. Distribución de los casos (calificados como IP en alguno de sus grados; distinto de IPP) en los que se iniciará revisión de oficio según el diagnóstico principal sea o no un cuadro psiquiátrico e intervalo promedio de tiempo que se fija para iniciar esa revisión.

La estimación puntual del tiempo promedio que se fijó para iniciar de oficio un expediente de revisión de grado no parecía traducir diferencia real alguna. La distribución de la variable “tiempo fijado para revisión” no seguía una distribución normal (en el test de Kolmogorov-Smirnov para ajuste a la distribución normal se obtuvo un p Lilliefors corregido <0,001), por lo que se recurrió a técnicas no paramétricas, mostrando el test de Mann-Whitney un estadístico de contraste

U=0,232, con p=0,816, luego se concluyó que no había diferencia en cuanto al período de tiempo de revisión que se había fijado para uno y otro grupo.

4.2 Características sociodemográficas en los trastornos mentales considerados en los expedientes de trámite inicial de Incapacidad Permanente.

4.2.1 Edad y sexo.

4.2.1.1 Edad.

La determinación de los estadísticos descriptivos relacionados con la variable "edad" se acompañó de un análisis de las distribuciones estadísticas correspondientes en la muestra que presentaba algún diagnóstico psiquiátrico y, de forma diferenciada, en las muestras en las que este diagnóstico se consideró causa principal de la discapacidad laboral y en la que se estimaba que el cuadro psicopatológico sólo constituía un diagnóstico secundario.

Edad de la muestra de casos que presenta algún diagnóstico psiquiátrico.

En esta muestra, con n=389, la media se situó en 48,0 años, con una desviación típica de 10,0 años. La mediana se calculó en 48,9 años, con un rango intercuartílico de 15,1 años. Se determinó si la distribución de la variable "edad" se ajustaba a una distribución normal mediante la prueba de Kolmogorov - Smirnov, que mostró p (corrección de Lilliefors) < 0,05, luego no pudo asumirse que la variable "edad" siguiera una distribución normal.

Edad en la muestra en la que el cuadro psiquiátrico se considera la principal causa de la discapacidad laboral evaluada en el caso.

En esta muestra, con n=272, la media se situó en 47,5 años, con una desviación típica de 10,0 años. La mediana se calculó en 48,1 años, con un rango intercuartílico de 15,4 años. Se determinó si la distribución de la variable "edad" en este grupo se ajustaba a una distribución normal mediante la prueba de Kolmogorov - Smirnov, resultando p (corrección de Lilliefors)=0,06, luego se asumió la hipótesis de normalidad.

Edad en la muestra con diagnóstico psiquiátrico como diagnóstico secundario.

En esta muestra, con n=117, la media se situó en 49,5 años, con una desviación típica de 9,8 años. La mediana se calculó en 51,1 años, con un rango intercuartílico de 14,6 años. Se determinó la bondad de ajuste a la distribución normal, de nuevo mediante el test de Kolmogorov - Smirnov, que mostró p (Lilliefors corregido)<0,05, luego no se aceptó la hipótesis de normalidad.

Diferencias en la edad según el cuadro psicopatológico se considere diagnóstico principal o secundario.

Dado que no se verificó la hipótesis de normalidad, se emplearon pruebas no paramétricas (U de Mann Whitney) para determinar si existía o no diferencia en cuanto a la edad en relación a las muestras conformadas según la principal causa de discapacidad fuera o no el cuadro psicopatológico:

Causa principal de la discapacidad laboral/ Edad	Diagn. psiq. como diagn. ppal.	Diagn. psiq. como diagn. sec.
Tamaño muestral	272	117
Mediana	48,1	51,1
Rango Medio	187,6	212,2

Tabla 27. Estadísticos de la variable edad según el cuadro psicopatológico sea la causa principal o secundaria de discapacidad laboral.

De la tabla anterior, estadístico de contraste U=-1,9794, con p=0,048, que tradujo una diferencia estadísticamente significativa. El test de una cola que asumía que al distribución de la edad sería menor en los casos con diagnóstico psiquiátrico como principal causa de la discapacidad laboral estableció mayor significación estadística para la diferencia calculada; p=0,02.

4.2.1.2 Sexo

La determinación de los estadísticos descriptivos relacionados con la variable "sexo" se acompañó de un análisis de las distribuciones estadísticas correspondientes, sobre la totalidad de los casos y, de forma diferenciada, en las muestras en las que este diagnóstico se consideraba diagnóstico principal y en la que se estimaba que el cuadro psicopatológico sólo constituía un diagnóstico secundario.

Sexo en la muestra de casos con algún diagnóstico psiquiátrico.

La proporción de hombres y mujeres en la muestra de casos que presentaban algún diagnóstico psiquiátrico mostró estimaciones puntuales muy próximas al 50%, tal y como se recoge en la tabla 28.

Sexo	Número de casos	Porcentaje	IC al 95%
Hombres	206	53,0%	47,9%-58,0%
Mujeres	183	47,0%	42,0%-52,1%
Total	**389**	**100,0%**	

Tabla 28. Frecuencias absolutas y relativas de cada sexo. Todos los casos con diagnóstico psiquiátrico.

La diferencia en la estimación puntual de la proporción hombre - mujer no resultó estadísticamente significativa en el test z-Proporción (z=1,166, p=0,244)*;* se aceptó pues que hombres y mujeres se distribuían al 50%.

Sexo en la muestra con diagnóstico psiquiátrico como principal causa de discapacidad laboral.

En esta muestra (n=272), la proporción de hombres y mujeres mostró estimaciones puntuales de nuevo muy próximas al 50%.

Sexo	Número de casos	Porcentaje	IC al 95%
Hombres	151	55,5%	49,4%-61,6%
Mujeres	121	44,5%	38,5%-50,6%
Total	**272**	**100,00%**	

Tabla 29. Frecuencias absolutas y relativas de cada sexo. Diagnóstico psiquiátrico como principal causa de discapacidad laboral.

La diferencia en la estimación puntual de la proporción hombre / mujer no resultó estadísticamente significativa en el test z-Proporción, con z=1,819 y p=0,069; luego se aceptó que hombres y mujeres se distribuían al 50%

Sexo en la muestra con diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de discapacidad laboral.

En esta muestra (n=117), la proporción de hombres y mujeres mostró estimaciones puntuales de nuevo muy próximas al 50%.

Sexo	Núm. casos	Porcentaje	IC al 95%
Hombres	55	47,0%	37,8%- 56,5%
Mujeres	62	53,0%	43,6%-62,3%
Total	**117**	**100,00%**	

Tabla 30. Frecuencias absolutas y relativas de cada sexo. Diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de discapacidad laboral.

La diferencia en la estimación puntual de la proporción hombre / mujer no resulta estadísticamente significativa en el test z-Proporción, con estadístico z=-0,647 y p=0,518, luego ambos sexos se distribuían al 50%.

4.2.1.3 Edad – sexo.

Se planteó si hombres y mujeres presentaban en las muestras a estudio una distribución homogénea en cuanto a la edad. Para ello, se analizaron las muestras de casos con diagnóstico psiquiátrico y las que se conformaron según éste se hubiera considerado como causa principal o secundaria de la discapacidad laboral.

Edad - sexo en la muestra de casos que presenta algún diagnóstico psiquiátrico.

La representación gráfica de la edad en cada uno de los sexos sugería una distribución muy semejante entre hombres y mujeres, como puede verse a continuación.

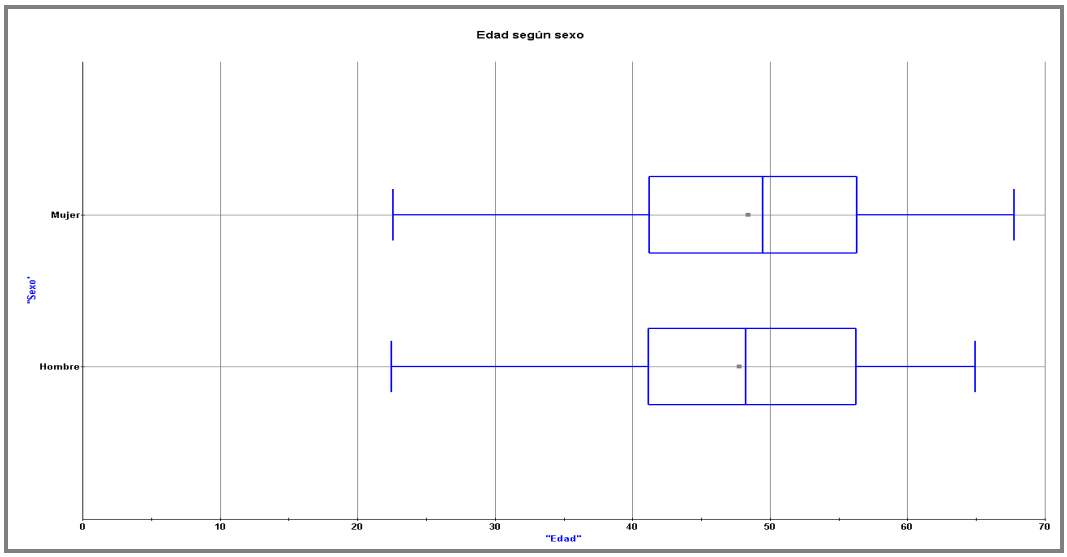


Fig. 17. Distribución de la edad en relación al sexo. Todos los casos con diagnóstico psiquiátrico.

Se efectuó el análisis de las distribuciones de la edad en cada sexo mediante test de bondad de ajuste a la distribución normal para determinar a qué técnica estadística acudir para determinar si existía diferencia en la variable edad según el sexo de los sujetos:

a) Sexo "hombre" (n= 206)

La media se situó en 47,7 años, con una desviación típica de 10,2 años. La mediana calculada fue de 48,2 años y el rango intercuartílico 15,1 años.

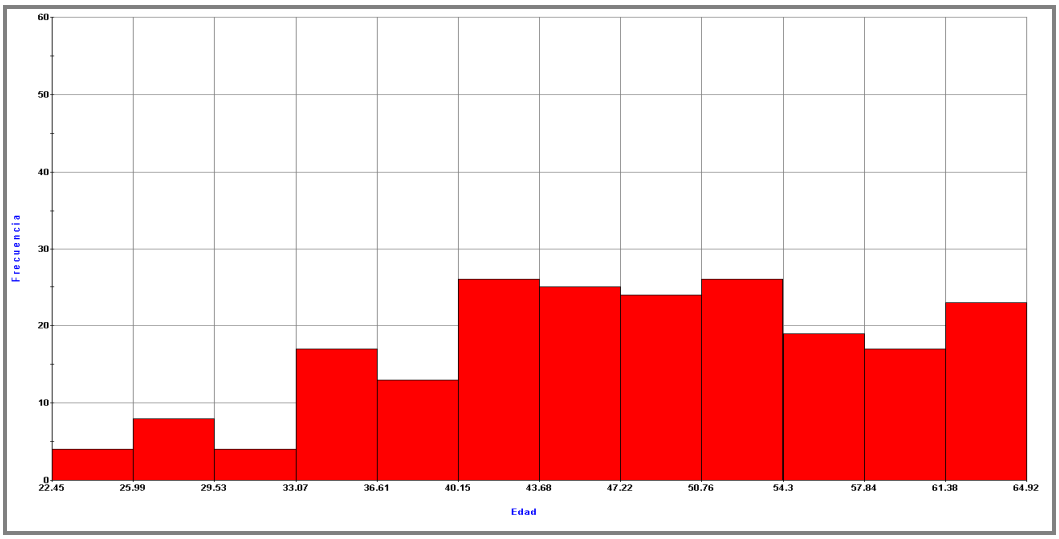


Fig. 18. Distribución de la edad en el sexo "hombre". Todos los casos con diagnóstico psiquiátrico.

El test de Kolmogorov - Smirnov mostró un valor p (Lilliefors corregido)>0,1, luego se admitió que la edad en esta muestra se ajustaba a una distribución normal en el sexo "hombre".

b) Sexo "mujer" (n=183).

La media se situó en 48,4 años, con una desviación típica 9,8 años. La mediana calculada fue 49,5 años, con un rango intercuartílico 15,1 años.

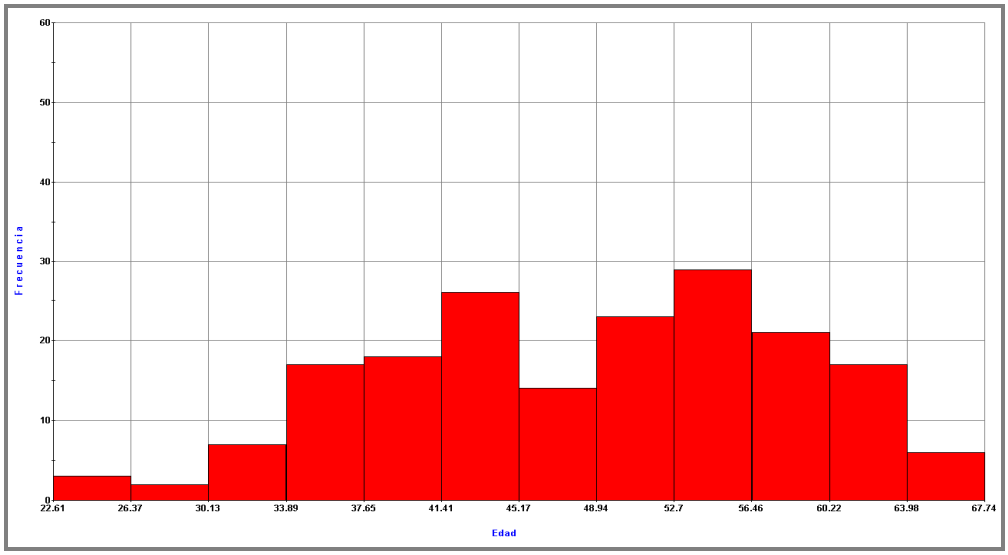


Fig. 19. Distribución de la edad en los casos sexo "mujer". Todos los casos con diagnóstico psiquiátrico.

Se comprobó el ajuste a la distribución normal mediante el test de Kolmogorov -Smirnov, con p (Lilliefors corregido)= 0,006, luego se admitió que la distribución que seguía la edad de las mujeres en esta muestra no se correspondía con la distribución normal.

c) Sexo – edad.

Dado que no se verificó la exigencia de normalidad en la distribución de la edad para las mujeres, se optó por evaluar si existían diferencias en la edad en relación al sexo mediante técnicas no paramétricas (test de Mann Whitney):

Sexo/ Edad	Hombre	Mujer
Tamaño muestral	206	183
Mediana	48,2	49,5
Rango medio	191,9	198,5

Tabla 31. Estadísticos de la variable edad según el sexo. Todos los casos con diagnóstico psiquiátrico.

El resultado mostró un estadístico de contraste U=-0,577, con p=0,564, luego no se demostró diferencia estadísticamente significativa de la edad de los sujetos de esta muestra en función de que se trate de hombres o mujeres.

Edad - sexo en la muestra de casos con diagnóstico psiquiátrico como principal causa de la discapacidad laboral evaluada en el caso.

La representación gráfica de la edad en relación al sexo, que se reproduce a continuación, sugería una distribución semejante entre hombres y mujeres, distribución que se estudió para cada sexo.

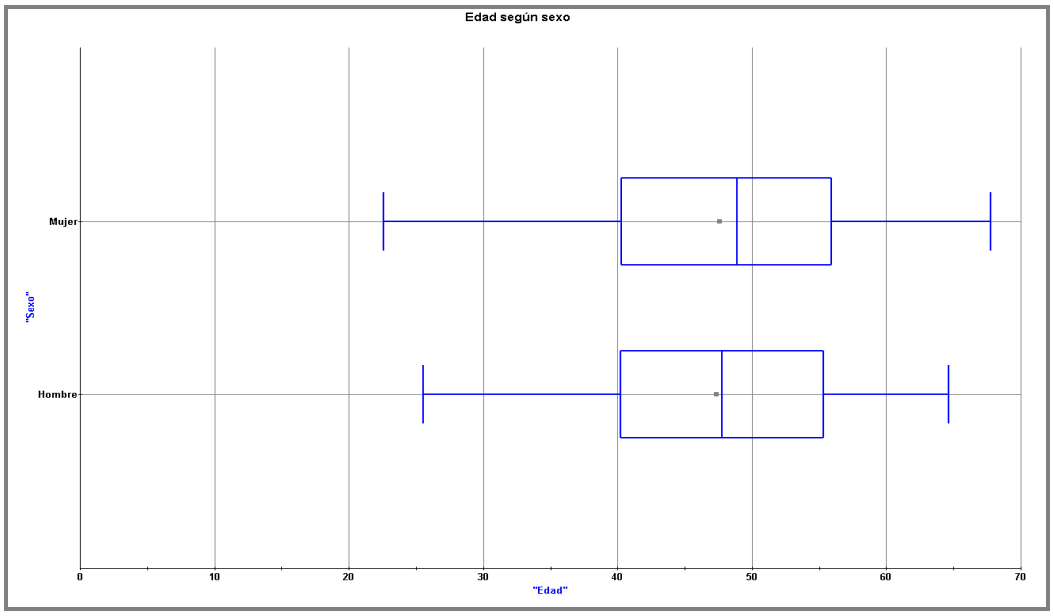


Fig.20. Distribución de la edad en relación al sexo. Muestra de casos con diagnóstico psiquiátrico como principal causa de la discapacidad laboral.

a) Sexo "hombre" (n=151).

Se determinó la media en 47,3 años, con una desviación típica de 10,1 años. La mediana se situó en 47,8 años y el rango intercuartílico en 15,1 años.

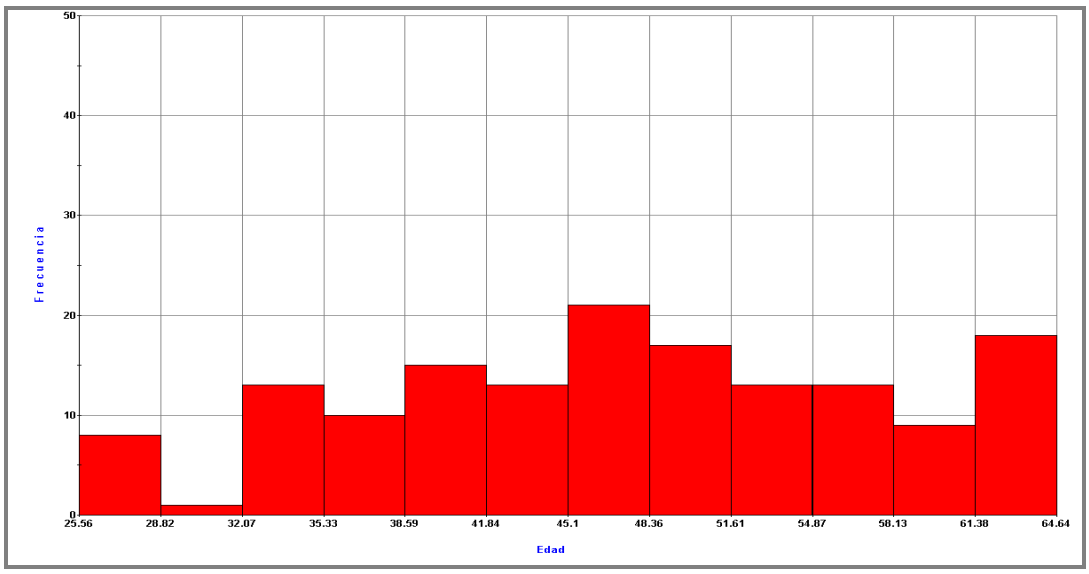


Fig. 21. Distribución de la edad en los casos sexo "hombre". Casos con diagnóstico psiquiátrico como principal causa de la discapacidad laboral.

Se comprobó mediante el test de Kolmogorov - Smirnov el ajuste a una distribución normal, con p (Lilliefors corregido)>0,1; luego se consideró que la edad de los hombres en esta muestra seguía la distribución normal.

b) ***Sexo "mujer"*** (n=121).

La media calculada fue 47,6 años, con una desviación típica de 10,0 años. La mediana se calculó en 48,9 años, con un rango intercuartílico de 15,6 años.

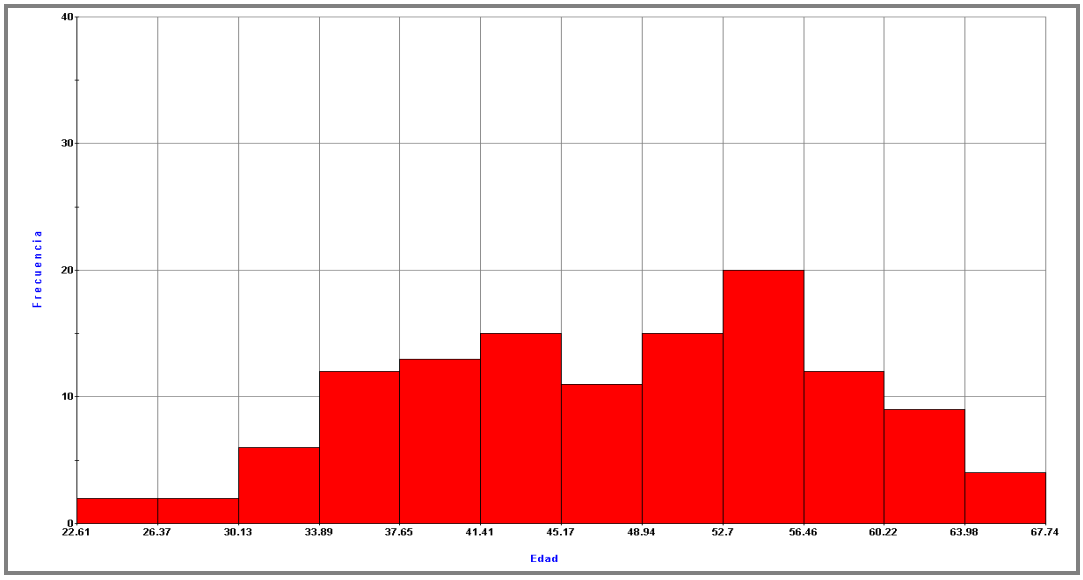


Fig. 22. Distribución de la edad en los casos sexo "mujer" (casos con diagnóstico psiquiátrico como principal causa de discapacidad laboral)

Se comprobó la bondad de ajuste a la distribución normal mediante el test de Kolmogorov-Smirnov, que mostró p (Lilliefors corregido)=0,034, luego se consideró que la distribución de la edad en las mujeres no seguía una distribución normal.

c) Sexo-edad.

Dado que no se verificó la exigencia de normalidad en la distribución de la edad para las mujeres, se optó por evaluar si existían diferencias en la edad en relación al sexo mediante técnicas no paramétricas (test de Mann-Whitney):

Sexo/ Edad	Hombre	Mujer
Tamaño muestral	151	121
Mediana	47,8	48,9
Rango medio	135,3	138,0

Tabla 32. Estadísticos de la variable edad según sexo. Diagnóstico psiquiátrico como principal causa de la discapacidad laboral evaluada en el caso.

El resultado mostró un estadístico de contraste U=-0,274, con p=0,784, luego se aceptó la hipótesis nula (igualdad de distribuciones).

Edad - sexo en la muestra de casos con diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de la discapacidad laboral evaluada en el caso.

La representación de la edad en cada uno de los sexos que se reproduce a continuación sugería distribución semejante entre hombres y mujeres:

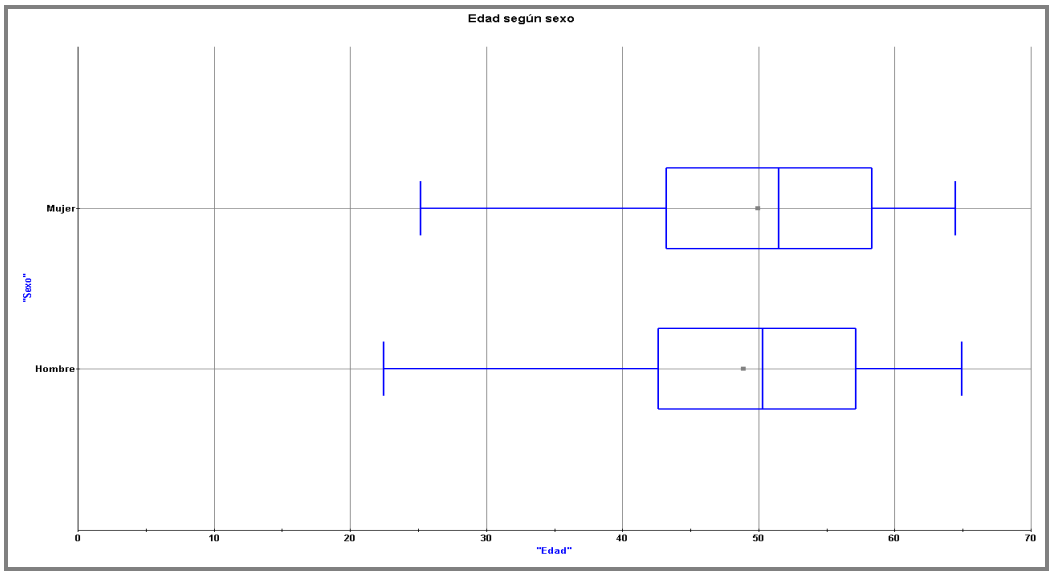


Fig. 23. Distribución de la edad en relación al sexo. Diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de discapacidad laboral.

a) Sexo "hombre" (n=55).

La media calculada fue de 48,9 años, con una desviación típica de 10,3 años. La mediana se situó en 50,3 años, con un rango intercuartílico de 14,5 años.

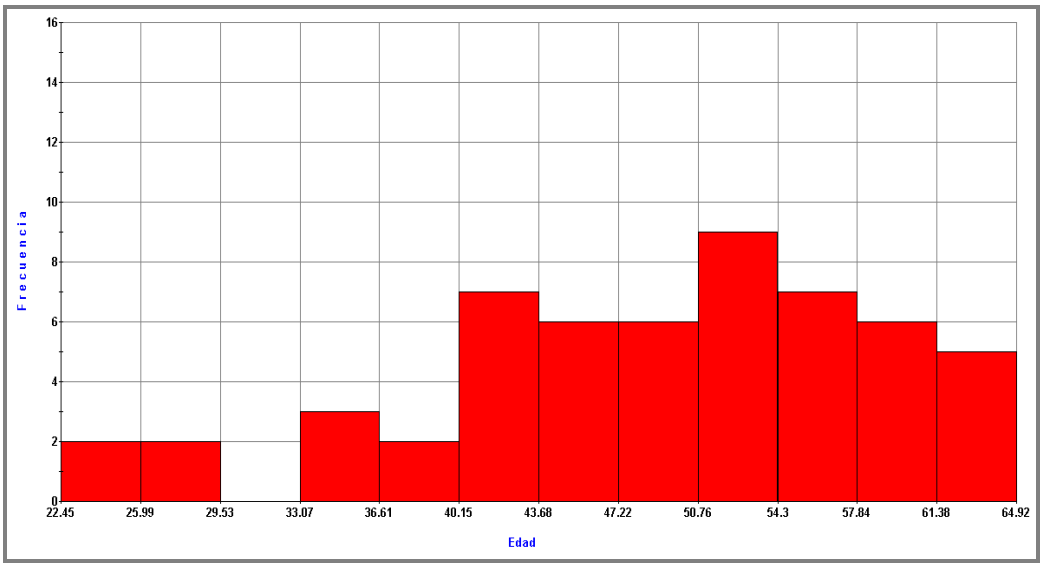


Fig. 24. Distribución de la edad en los casos sexo "hombre". Diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de discapacidad laboral.

Se comprobó de nuevo la bondad de ajuste a la distribución normal mediante el test de Kolmogorov - Smirnov, que mostró un p (Lilliefors corregido) >0,1, luego la distribución de la edad en los hombres se ajustaba a una distribución normal.

b) *Sexo "mujer"* *(*n=62*).*

La media calculada fue de 50,0 años, con una desviación típica de 9,4 años. La mediana se situó en 51,5 años, con un rango intercuartílico de 15,1 años.

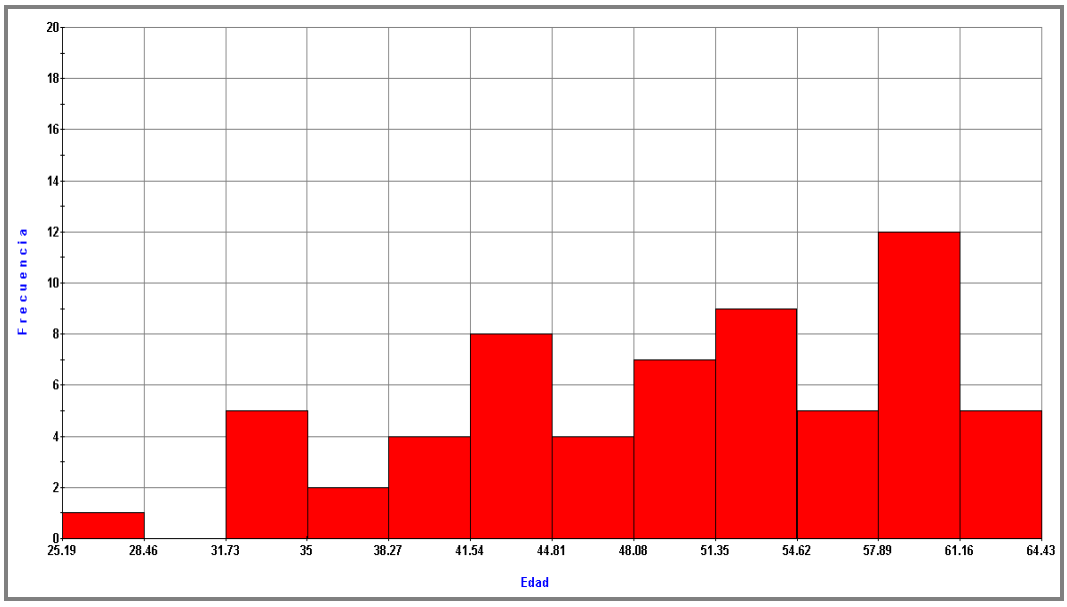


Fig. 25. Distribución de la edad en los casos sexo “mujer”. Diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de discapacidad laboral.

Se comprobó de nuevo la bondad de ajuste a la distribución normal mediante el test de Kolmogorov - Smirnov, que mostró p (Lilliefors corregido)>0,1, luego se asumió una distribución normal.

c) Sexo – edad.

Dado que se verificaba la exigencia de normalidad, se optó por evaluar si existían diferencias en la edad en relación al sexo mediante t-Student:

Sexo/ Edad	Hombre	Mujer
Tamaño muestral	55	62
Media	48,9	50,0
Desviación Típica	10,3	9,4

Tabla 33. Estadísticos de la variable edad según sexo. Diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de discapacidad laboral.

De la tabla anterior, estadístico t- Student=-0,589, con p=0,557, luego no se pudo demostrar diferencia estadísticamente significativa.

4.2.1.4 Edad y calificación. Edad y repercusión funcional.

Se planteó determinar si la edad y la calificación de una IP eran variables relacionadas, así como si entre la edad y la repercusión funcional que se evaluó para el caso existía alguna relación.

Se analizó la edad en los casos en los que se había calificado IP frente a la edad en el que la calificación fue No grado de IP mediante U de Mann-Whitney o t-Student, según la distribución de la edad en la muestra. En cuanto a la repercusión funcional, se partió de la agrupación de las evaluaciones funcionales de los casos en los niveles de gravedad A, B y C, sobre la que se determinó si

existía o no diferencia en cuanto a la edad mediante ANOVA o Kruskal - Wallis. La agrupación se realizó para simplificar las comparaciones múltiples.

Análisis de la muestra de casos que presenta algún diagnóstico psiquiátrico.

Ya se vio como la edad no se distribuía, en esta muestra, según una distribución normal. Se acudió pues a pruebas U de Mann-Whitney:

Calificación/ Estadísticos variable edad	IP	No grado IP	Total
Tamaño muestral	171	180	**351**
Mediana	49,1	47,6	
Rango medio	182,6	169,8	

Tabla 34. Estadísticos de la variable edad según la calificación. Todos los casos.

El estadístico de contraste U=-1,1813, con p=0,238, luego se admitió que no existía diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la edad de los sujetos con una u otra calificación.

En lo que se refiere al análisis de la repercusión funcional del cuadro psicopatológico, n=346 en esta muestra.

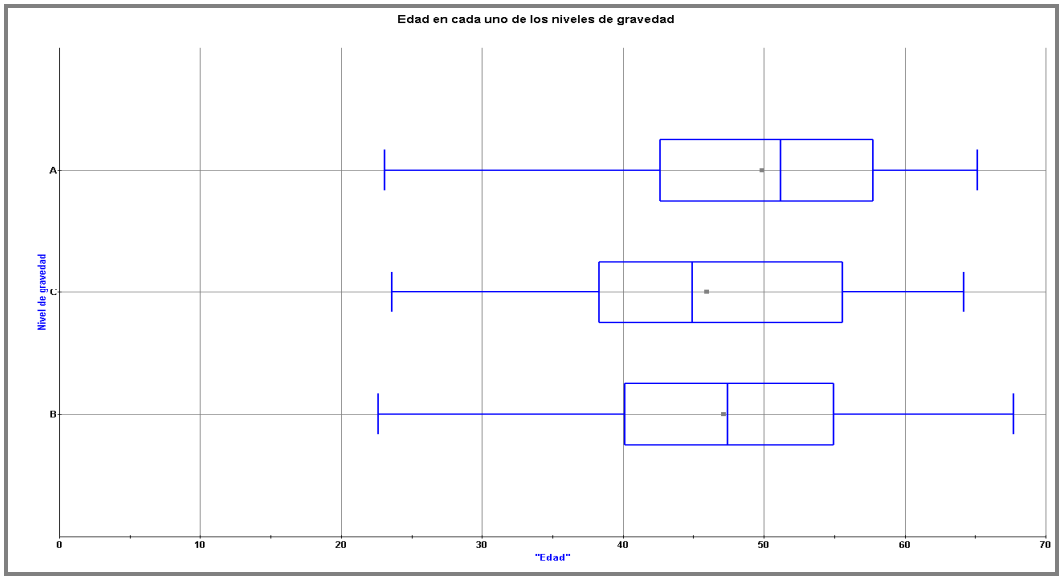


Fig.26. Edad en los distintos niveles de gravedad definidos. Todos los casos.

La prueba de Levene resultó no significativa, con p=0,264, luego se asumió la hipótesis de homocedasticidad, pero la variable edad no seguía una distribución normal (p valor Lilliefors corregido=0,005). Se optó por pruebas no paramétricas (test de Kruskal - Wallis) para el contraste.

Repercusión funcional (nivel de gravedad)/ Edad	A	B	C
Tamaño muestral	127	157	62
Mediana	51,2	47,4	44,9
Suma de Rangos Rm	24470,5	25921,5	9639,0
Rango Medio	192,7	165,1	155,5

Tabla 35. Estadísticos de la variable edad según niveles de gravedad. Todos los casos.

Estadístico de Kruskal-Wallis (con corrección por empates): 7,79. Grados de Libertad: 2, p=0,020. El método Dunn al 95% mostró qué comparaciones entre grupos alcanzan significación estadística en cuanto a la diferencia:

Comparaciones de edad según nivel de gravedad	Diferencia	+/- Límite
Nivel de gravedad B vs A	27,6	28,6
Nivel de gravedad C vs A	*37,2	*37,1
Nivel de gravedad C vs B	9,6	35,9

Tabla 36. Edad según niveles de gravedad; comparación método Dunn 95%. Todos los casos. *Diferencia estadísticamente significativa.

La significación estadística se localizó pues sólo en la comparación entre los niveles de gravedad A y C.

Análisis de la muestra de casos que presenta un diagnóstico psiquiátrico como principal causa de la discapacidad laboral evaluada.

En esta muestra sí se verificaba la exigencia de normalidad; se pudo pues recurrir a pruebas paramétricas (t-Student):

Calificación/Edad	IP	No grado IP	Total
Tamaño muestral	127	118	**245**
Media	48,2	46,4	
Desviación Típica	10,6	9,6	

Tabla 37. Estadísticos de la variable edad según calificación. Diagnóstico psiquiátrico como principal causa de la discapacidad laboral evaluada.

Resultó de la tabla anterior un estadístico t-Student=-1,363 con 243 grados de libertad, p=0,174, por lo que se admitió que no existía diferencia estadísticamente significativa de las edades promedio de los sujetos en relación con las calificaciones analizadas.

En lo que se refiere al análisis de la repercusión funcional del cuadro psicopatológico, la prueba de Levene resultó no significativa, con p=0,201, luego pudo asumirse la hipótesis de homocedasticidad, y dado que la variable edad seguía una distribución normal en esta muestra (p Lilliefors corregido=0,063), se optó por ANOVA:

Edad/ repercusión funcional (nivel de gravedad)	Suma de cuadrados	G.L	Cuadrado medio	F-valor	p
Entre Grupos	242,5	2	121,2	1,201	0,303
Dentro Grupos	24527,6	243	100,9		
Total (corr.)	24770,0	245			

Tabla 38. ANOVA edad según nivel de gravedad. Diagnóstico psiquiátrico como principal causa de discapacidad laboral.

El resultado fue pues no significativo, y se asumió que no existía diferencia en cuanto a las edades en los tres niveles de gravedad considerados.

Análisis de la muestra de casos que presenta un diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de la discapacidad laboral evaluada.

En este caso, la edad no seguía una distribución normal, como se dijo, por lo que se recurrió a pruebas no paramétricas (U Mann-Whitney):

Calificación / Edad	IP	No grado IP	Total
Tamaño muestral	44	62	**106**
Mediana	49,5	52,2	
Rango medio	55,0	52,4	

Tabla 39. Estadísticos de la variable edad según calificación. Diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de la discapacidad laboral evaluada.

De la tabla anterior se calculó el estadístico de contraste U=-0,420, con p=0,674, luego no se encontró diferencia estadísticamente significativa de la edad según los sujetos se calificaran como IP o No grado de IP.

En lo que se refiere al análisis de la repercusión funcional del cuadro psicopatológico, la prueba de Levene resultó no significativa, con p=0,371, luego pudo asumirse la hipótesis de homocedasticidad, pero la variable edad no seguía una distribución normal (p valor Lilliefors corregido=0,043). Se optó por pruebas no paramétricas (Kruskal-Wallis) para el contraste, según tabla 40.

Repercusión funcional (nivel de gravedad)/ Estadísticos variable edad	A	B	C
Tamaño muestral	71	28	1
Mediana	52,3	48,7	44,1
Suma de Rangos Rm	3796,0	1224,0	30,0
Rango Medio	53,5	43,7	30,0

Tabla 40. Estadísticos de la variable edad según niveles de gravedad. Diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de la discapacidad laboral evaluada.

De la tabla anterior se calculó el estadístico de contraste de Kruskal-Wallis (con corrección por empates) =2,773. Grados de Libertad 2, con p=0,250, luego no pudo concluirse que existieran diferencias estadísticamente significativas.

4.2.1.5 Sexo y su relación con la repercusión funcional del cuadro psicopatológico y la calificación administrativa.

Se analizó mediante χ^2 si el sexo se asociaba con la calificación administrativa en cuanto a calificación de No grado de IP o IP en alguno de sus grados. En cuanto a la repercusión funcional, se analizó ésta a través de la puntuación en la escala de repercusión funcional mediante U de Mann-Whitney para determinar si la puntuación en la referida escala difería en función del sexo.

Análisis en la muestra de casos que presenta algún diagnóstico psiquiátrico.

En la tabla 41 se exponen las calificaciones según sexo en esta muestra (n=351).

Calificación /Sexo	IP	No grado IP	Total
Hombre	110	73	**183**
Mujer	61	107	**168**
Total	**171**	**180**	**351**

Tabla 41. Sexo según calificación. Todos los casos.

Sobre los datos de la tabla anterior, $\chi^2 = 19,86$; $p<0,0001$, luego se asumió la existencia de relación entre ambas variables. La intensidad y sentido de la misma se cuantificó mediante OR=2,64, con IC 95% (1,72 - 4,07), que mostraba mayor frecuencia de calificación de IP en el sexo "hombre".

En lo que se refiere a la repercusión funcional según el sexo:

Sexo/ Puntuación en la escala de repercusión funcional	Hombre	Mujer
Tamaño muestral	180	166
Mediana	4,00	4,00
Rango medio	187,1	158,8

Tabla 42. Repercusión funcional según sexo. Todos los casos.

De la tabla anterior, U=2,68, con p=0,007 en el test de dos colas y p=0,004 para la hipótesis que asume una mayor repercusión funcional en hombres.

Análisis en la muestra de casos en los que el diagnóstico psiquiátrico se considera la principal causa de la discapacidad laboral estimada.

En la tabla se exponen las calificaciones según sexo; en esta muestra (n=245).

Calificación / Sexo	IP	No grado IP	Total
Hombre	80	54	**134**
Mujer	47	64	**111**
Total	**127**	**118**	**245**

Tabla 43. Calificación según sexo. Diagnóstico psiquiátrico causa principal de la discapacidad laboral.

Sobre los datos de la tabla anterior, $\chi^2 = 7,33$; $p<0,007$ luego se consideró la existencia de relación entre ambas variables. La intensidad y sentido de la misma se cuantificó mediante OR=2,02, con IC 95% (1,21-3,36), resultando más frecuente la calificación de IP en el sexo "hombre".

En lo que se refiere a la repercusión funcional según el sexo:

Sexo/ Puntuación en la escala de repercusión funcional	Hombre	Mujer
Tamaño muestral	132	114
Mediana	5,00	4,00
Rango medio	133,4	112,1

Tabla 44. Puntuación en la escala de repercusión funcional según sexo. Diagnóstico psiquiátrico causa principal de la discapacidad laboral.

De la tabla anterior, U=2,41, con p=0,02. A la vista de los resultados, se asumió que las puntuaciones en la escala de repercusión funcional en esta muestra fueron superiores en los hombres en relación a las mujeres.

Análisis en la muestra de casos en los que el diagnóstico psiquiátrico se considera causa secundaria de la discapacidad laboral estimada.

En la tabla se exponen las calificaciones según sexo; en esta muestra n=106.

Calificación/ Sexo	IP	No grado IP	Total
Hombre	30	19	**49**
Mujer	14	43	**57**
Total	**44**	**62**	**106**

Tabla 45. Calificación según sexo. Diagnóstico psiquiátrico causa secundaria de la discapacidad laboral.

Sobre los datos de la tabla anterior, χ^2= 14,59; p<0,0001, luego se asumió la existencia de relación entre ambas variables. La intensidad y sentido de la misma se cuantificó mediante OR= 4,85 con IC 95% (2,11-11,16), resultando más frecuente la calificación de IP en relación con el sexo "hombre".

En lo que se refiere a la repercusión funcional según el sexo:

Sexo/ Puntuación en la escala de repercusión funcional	Hombre	Mujer
Tamaño muestral	48	52
Mediana	3,00	2,00
Rangos medios	53,1	48,1

Tabla 46. Puntuación en la escala de repercusión funcional según sexo. Diagnóstico psiquiátrico causa secundaria de la discapacidad laboral.

De la tabla anterior resultó U=0,90, p=0,370 en el test de dos colas; no pudo considerarse pues que existiese diferencia estadísticamente significativa. En el test de una cola que asumía la hipótesis de que las puntuaciones en la escala de repercusión funcional fueran superiores en los hombres en relación con las mujeres, p=0,185, que tampoco fue significativo.

4.2.2 Distribución geográfica.

Se analizó a continuación si alguna de las variables consideradas en cuanto a la distribución geográfica (área de salud de procedencia, medio de residencia rural o urbano) se asociaba con un mayor o menor número de expedientes en la casuística analizada.

4.2.2.1 Distribución geográfica en la muestra de casos que presenta algún trastorno mental.

La distribución de los casos mostró predominio de los expedientes procedentes del área de salud de Badajoz y del medio urbano.

Área de Salud	Número de casos	Medio rural	Medio Urbano
Badajoz	**169 (43,4%)**	60	109
Mérida	**100 (25,7%)**	35	65
Don Benito - Villanueva	**72 (18,5%)**	41	31
Llerena - Zafra	**48 (12,3%)**	39	9
Total	**389 (100,0%)**	**175**	**214**

Tabla 47. Distribución de los casos que presentan algún diagnóstico psiquiátrico según área de salud de residencia.

La distribución descrita se correspondía con una estimación del 55,0% con IC 95% (49,9% - 60,0%) de casos procedentes del medio urbano frente a un 45,0% con IC 95% (40,0% - 50,1%) procedentes del medio rural; el análisis mediante el test z-proporción permitió concluir que existía diferencia estadísticamente significativa entre ambas estimaciones (z=1,977 y p=0,048), con una mayor proporción de casos procedentes del medio urbano, si bien la diferencia objetivada fue mínima.

En el gráfico adjunto se representa la distinta procedencia de los expedientes en cuanto al medio de residencia.

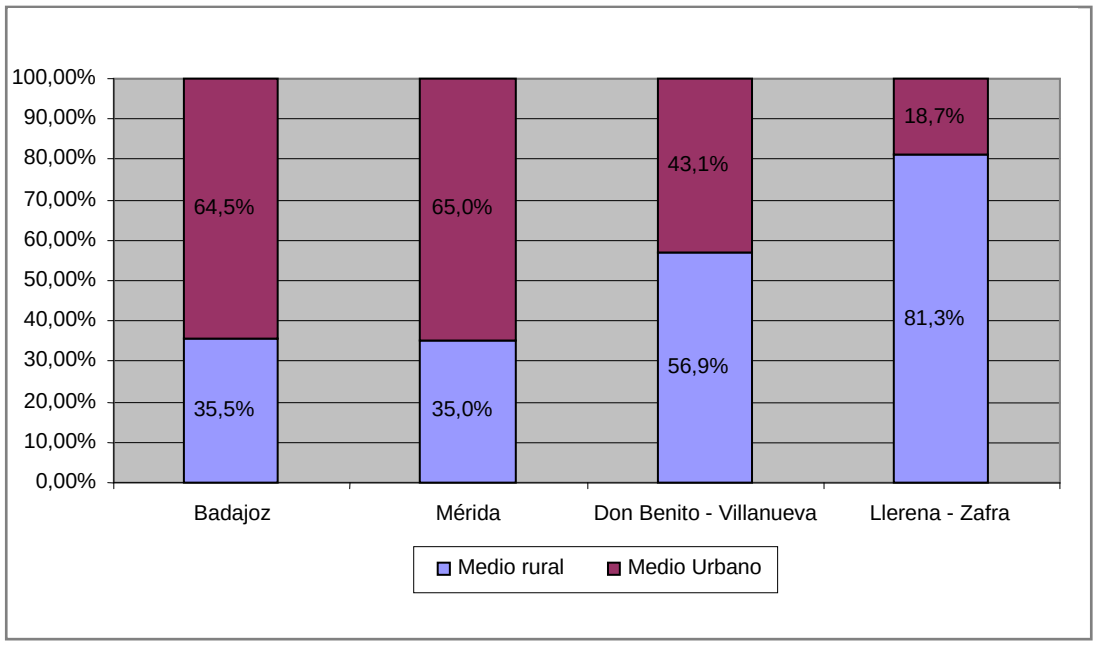


Fig.27. Procedencia de los expedientes según residencia en medio urbano o rural y área de salud.

Puede comprobarse la clara predominancia del medio rural en las áreas de Don Benito-Villanueva de la Serena y, sobre todo, Llerena - Zafra.

Para poner en relación estos datos con el tamaño de población de cada una de las áreas de salud y su población en edad activa, se determinó la tasa de casos por cada 100.000 asegurados en edad activa (16 a 65 años), según tabla 48.

Área de Salud	Población de 16 a 65 años	Número de casos	Casos/100.000 en edad activa
Badajoz	181.415	169	93,2
Mérida	111.187	100	89,9
Don Benito - Villanueva	90.074	72	79,9
Llerena - Zafra	66.300	48	72,4
Total	**448.976**	**389**	**86,6**

Tabla 48. Población 16 a 65 años por áreas de salud. Casos con diagnóstico psiquiátrico/ 100.000 asegurados (tarjeta sanitaria) en cada área de salud en el intervalo de edad laboral: 16 a 65 años. Población según base de datos de tarjeta sanitaria (CIVITAS).

El número de casos es muy reducido en relación a la población considerada a efectos de población activa. Se planteó si existían o no diferencias, en función

de las áreas de salud en cuanto a la procedencia de los casos que tenían algún diagnóstico psiquiátrico, mediante el test χ^2.

Área de Salud	No casos	Casos	Total
Badajoz	181.246	169	**181.415**
Mérida	111.087	100	**111.187**
Don Benito - Villanueva	90.002	72	**90.074**
Llerena - Zafra	66.252	48	**66.300**
Total	**448.587**	**389**	**448.976**

Tabla 49. Tabla de contingencia casos (expedientes con algún diagnóstico de trastorno mental) y no casos (resto de población activa) por áreas de salud.

Sobre los datos de la tabla anterior, el test (χ^2 =3,051) arrojó un resultado no significativo, con p=0,384, por lo que se asumió que no existían diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la procedencia de los expedientes.

4.2.2.2 Distribución geográfica en la muestra de casos con diagnóstico psiquiátrico como causa principal de la discapacidad laboral evaluada en el caso.

Los datos correspondientes a los casos en los que se ha determinado la principal causa de la discapacidad deriva del cuadro psicopatológico se recogen en la tabla 50.

Área de Salud	Núm. de casos	Medio rural	Medio Urbano
Badajoz	**110**	45	65
Mérida	**72**	30	42
Don Benito - Villanueva	**54**	31	23
Llerena - Zafra	**36**	28	8
Total	**272**	**134**	**138**

Tabla 50. Casos cuyo diagnóstico psiquiátrico se considera la principal causa de discapacidad laboral según área de salud de residencia y medio rural o urbano.

En la fig.28 se representa la distinta procedencia de los expedientes en cuanto al medio de residencia sea éste rural o urbano, de nuevo con clara predominancia de este último en las dos áreas de salud con mayor componente rural; Don Benito -Villanueva de la Serena y Llerena - Zafra.

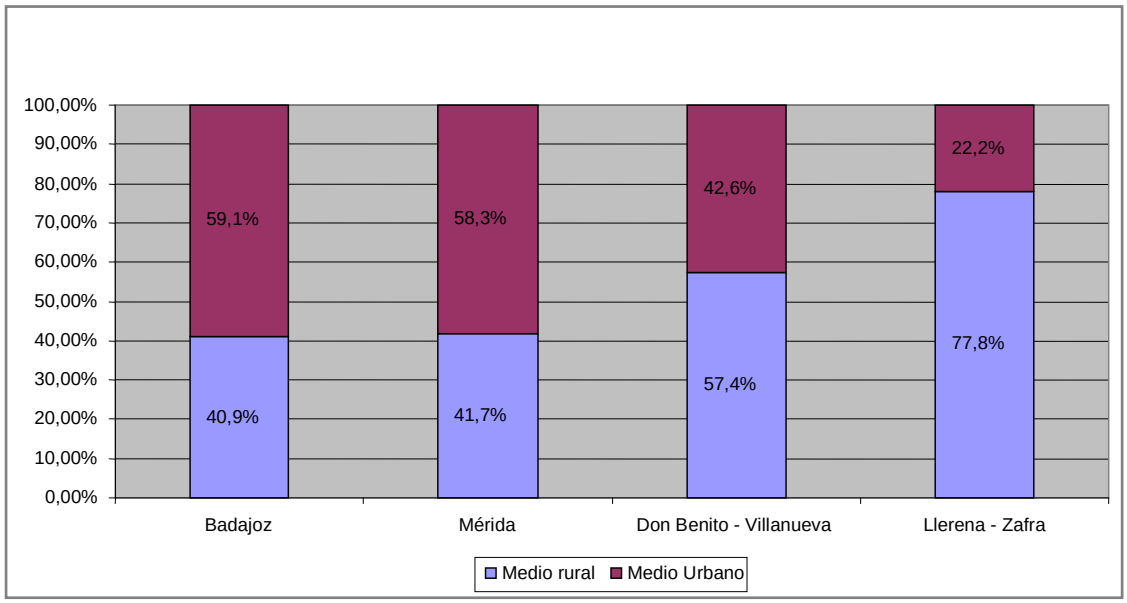


Fig. 28. Distribución del número de casos de la muestra con diagnóstico psiquiátrico como diagnóstico principal entre las distintas áreas de salud de la Provincia de Badajoz según su procedencia (ámbito urbano o rural).

La distribución descrita se corresponde con una estimación del 50,7% con IC 95% (44,6% - 56,8%) de casos procedentes del medio urbano frente a un 49,3% con IC 95% (43,2% - 55,4%) procedentes del medio rural; el análisis mediante el test z–proporción concluyó que no existía diferencia significativa entre ambas estimaciones, con z=0,242 y p=0,802.

A efectos de poner en relación estos datos con el tamaño de población de cada una de las áreas de salud y su población en edad activa, se determinó la tasa de casos por cada 100.000 asegurados en edad activa (16 a 65 años).

Área de Salud	De 16 a 65 años	Número de casos	Casos/100000 en edad activa
Badajoz	181.415	**110**	60,6
Mérida	111.187	**72**	64,8
Don Benito - Villanueva	90.074	**54**	59,9
Llerena - Zafra	66.300	**36**	54,3
Total	**448.976**	**272**	**60,6**

Tabla 51. Casos / 100.000 asegurados (tarjeta sanitaria) en cada área de salud en el intervalo de edad laboral: 16 a 65 años. Casos con diagnóstico psiquiátrico como principal causa de discapacidad laboral.

De nuevo, se planteó si existían o no diferencias en función de las áreas de salud en cuanto a la procedencia de los casos que tienen algún diagnóstico psiquiátrico mediante el test χ^2.

Área de Salud	No casos	Casos	Total
Badajoz	181.305	110	**181.415**
Mérida	111.115	72	**111.187**
Don Benito - Villanueva	90.020	54	**90.074**
Llerena - Zafra	66.264	36	**66.300**
Total	**448.704**	**272**	**448.976**

Tabla 52. Tabla de contingencia casos (expedientes con trastorno mental como causa principal de discapacidad laboral) y no casos (resto de población activa) por áreas de salud.

Sobre la tabla anterior, χ^2=0,758, con p=0,859, por lo que la distribución de los casos en relación a las áreas de salud resultó proporcional a su población.

4.2.2.3 Medio de residencia rural o urbano; relaciones con la calificación administrativa y la repercusión funcional del cuadro psicopatológico.

Se trataba de determinar si el medio de residencia, urbano o rural, se asociaba con distintas frecuencias de calificación de IP o No grado de IP. Se analizó la asociación mediante $\chi^{2.}$

En cuanto a la repercusión funcional del cuadro psicopatológico, se analizó mediante contraste entre las distribuciones de las puntuaciones correspondientes a la escala de repercusión funcional en relación al medio de residencia, acudiendo para ello al test de Mann-Whitney.

Análisis de la muestra de casos que presenta algún trastorno mental.

La relación del medio de residencia con la calificación o no de IP se analizó a partir de la tabla de contingencia correspondiente:

Medio residencia/ Calificación	Urbano	Rural	Total
No grado de IP	99	81	**180**
IP	94	77	**171**
Total	**193**	**158**	**351**

Tabla 53. Medio de residencia y calificación. Todos los casos.

De los datos expuestos en la tabla, χ^2=0,00003; p=1,0, por lo que no pudo concluirse asociación estadísticamente significativa entre estas variables.

En cuanto a la repercusión funcional del cuadro psicopatológico, los datos se recogen en la tabla a continuación:

Medio de residencia/ Puntuación en la escala de repercusión funcional	Urbano	Rural
Tamaño muestral	190	156
Mediana	4,0	4,0
Rango medio	166,9	181,6

Tabla 54. Puntuación en la escala de repercusión funcional según medio rural o urbano de residencia. Todos los casos.

Sobre los datos de la tabla anterior, U=-1,382, p=0,167, luego no pudo concluirse diferencia estadísticamente significativa entre las ambos grupos.

Análisis de la muestra de casos que presenta un diagnóstico psiquiátrico como principal causa de la discapacidad laboral evaluada.

En el análisis limitado a la muestra de casos en la que el cuadro psicopatológico se consideró la principal causa de la discapacidad laboral evaluada, los datos se recogen en la tabla 55.

Medio de residencia/ calificación	Urbano	Rural	Total
No grado de IP	59	59	**118**
IP	65	62	**127**
Total	**124**	**121**	**245**

Tabla 55. Medio de residencia y calificación. Diagnóstico psiquiátrico como principal causa de la discapacidad laboral evaluada.

De los datos recogidos en la tabla, resultó χ^2=0,034; p=0,853, luego no se pudo demostrar que existiera asociación entre calificación y medio de residencia en esta muestra.

En cuanto a la repercusión funcional del cuadro psicopatológico, los datos se presentan en la tabla 56.

Medio de residencia/ Puntuación en la escala de repercusión funcional	Urbano	Rural
Tamaño muestral	125	121
Mediana	4,0	4,0
Rango medio	125,8	121,1

Tabla 56. Puntuación en la escala de repercusión funcional según medio rural o urbano de residencia. Diagnóstico psiquiátrico como principal causa de la discapacidad laboral evaluada.

De la tabla anterior se calculó U=0,530, con p=0,596, luego no pudo concluirse que existiera diferencia estadísticamente significativa entre las ambos grupos.

Análisis de la muestra de casos que presenta un diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de la discapacidad laboral evaluada.

En esta muestra, los datos para analizar la asociación entre medio de residencia y calificación se recogen en la tabla 57.

Medio de residencia / Calificación	Urbano	Rural	Total
No grado IP	40	22	**62**
IP	29	15	**44**
Total	**69**	**37**	**106**

Tabla 57. Medio de residencia y calificación. Diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de la discapacidad laboral evaluada.

De los datos expuestos en la tabla 57 resultó χ^2=0,022; p=0,882, luego no pudo concluirse que existiera asociación entre ambas variables.

En cuanto a la repercusión funcional del cuadro psicopatológico en esta muestra, los datos se recogen en la tabla a continuación:

Medio de residencia/ Puntuación en la escala de repercusión funcional	Urbano	Rural
Tamaño muestral	65	35
Mediana	2,0	3,0
Rango medio	48,6	54,0

Tabla 58. Puntuación en la escala de repercusión funcional según medio rural o urbano de residencia. Diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de la discapacidad laboral evaluada.

De la tabla anterior resultó U=-0,909, con p=0,363, luego no pudo concluirse que existiera diferencia estadísticamente significativa.

4.2.2.4 Medio de residencia rural o urbano y antecedentes de ingreso psiquiátrico.

Se quiso analizar la existencia de relación entre una variable que se considera como criterio de gravedad en las orientaciones para la evaluación de la repercusión funcional del cuadro psicopatológico, como es la existencia de antecedentes de ingreso psiquiátrico, y el medio de residencia, que se planteaba en las hipótesis como variable neutra en cuanto a la repercusión funcional del cuadro psicopatológico. Se acudió al test χ^2 para el análisis.

Antecedentes de ingreso psiquiátrico / medio de residencia	Con antecedentes	Sin antecedentes	Total
Medio urbano	32	182	**214**
Medio rural	44	131	**175**
Total	**76**	**313**	**389**

Tabla 59. Antecedentes de ingreso psiquiátrico según medio de residencia. Todos los casos.

Desde los datos expuestos en la tabla, $\chi^2 = 6{,}358$; p=0,012, luego la diferencia se consideró estadísticamente significativa. En relación a la intensidad de la asociación y su sentido, se calculó OR=1,91, con intervalo de confianza al 95% (1,15-3,17), con mayor frecuencia de antecedente de ingreso psiquiátrico en casos procedentes del medio rural.

Limitado el análisis a aquellos casos cuyo diagnóstico psiquiátrico se consideró la principal causa de la discapacidad laboral, los datos se muestran en la tabla 60.

Antecedentes de ingreso psiquiátrico / medio de residencia	Con antecedentes	Sin antecedentes	Total
Medio urbano	30	108	**138**
Medio rural	40	94	**134**
Total	**70**	**202**	**272**

Tabla 60. Antecedentes de ingreso psiquiátrico según medio de residencia. Diagnóstico psiquiátrico como principal causa de la discapacidad laboral del caso.

De los datos expuestos en la tabla, resultan $\chi^2 = 2{,}341$ y p=0,126, luego la diferencia no se consideró estadísticamente significativa y no pudo demostrarse asociación entre ambas variables.

Sobre la muestra de casos cuyo diagnóstico psiquiátrico se consideró causa secundaria de la discapacidad laboral, los datos se recogen en la tabla 61.

Antecedentes de ingreso psiquiátrico / medio de residencia	Con antecedentes	Sin antecedentes	Total
Medio urbano	2	74	**76**
Medio rural	4	37	**41**
Total	**6**	**111**	**117**

Tabla 61. Antecedentes de ingreso psiquiátrico según medio de residencia. Diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de la discapacidad laboral del caso.

En la tabla anterior no se verificaban las exigencias del test χ^2, por lo que no pudo realizarse éste. El cálculo de la OR para antecedentes de ingreso psiquiátrico en relación con la residencia en medio rural resultó no significativa; IC al 95% (0,70-22,85).

4.2.3 Actividad laboral desempeñada y agrupaciones en sectores ocupacionales.

La determinación de la actividad laboral que se consideró en cada caso como habitual se recogió desde la clasificación CNO-2011, si bien dadas las dificultades para el análisis de datos por la multiplicidad de categorías, se procedió al análisis desde la agrupación de tales actividades laborales a través de la clasificación más simple en tres categorías: “white collar”, “blue collar” y “trabajador de los servicios o el comercio”.

Actividad laboral en la muestra de casos que presenta algún diagnóstico psiquiátrico.

Dado el elevado número de categorías de las que consta la CNO, y a efectos de presentar los datos de una forma manejable, fue preciso crear una categoría de “otros”, que aglutinó más del 30% de los casos, para agrupar categorías que contenían menos de 7 casos. Los grupos con mayor presencia en la muestra fueron los relacionados con actividades de baja cualificación (peones ocupados en el sector primario y ocupaciones elementales en servicios), mientras que las ocupaciones menos representadas fueron aquellas relacionadas con actividades laborales con mayores exigencias de cualificación, tal y como se desprende de la tabla 62.

Grupo profesional CNO-2011	Núm. casos	Porcentaje
Peones agrarios, forestales y de la pesca	51	13,1%
Recogedores de residuos urbanos, vendedores callejeros y otras ocupaciones elementales	26	6,7%
Trabajadores en obras estructurales de construcción y afines	25	6,4%
Otros empleados administrativos sin tareas de atención al público	25	6,4%
Dependientes en tiendas y almacenes	24	6,2%
Otro personal de limpieza	23	5,9%
Trabajadores asalariados de los servicios de restauración	22	5,7%
Trabajadores de los cuidados a las personas en servicios de salud	21	5,4%
Otros trabajadores de los cuidados a las personas	14	3,6%
Conductores de vehículos para el transporte urbano o por carretera	14	3,6%
Representantes, agentes comerciales y afines	13	3,3%
Trabajadores de los servicios de protección y seguridad	10	2,6%
Profesionales de la salud	10	2,6%
Directores y gerentes de otras empresas de servicios no clasificados bajo otros epígrafes	9	2,3%
Vendedores (excepto en tiendas y almacenes)	8	2,1%
Profesionales de la ciencias físicas, químicas, matemáticas y de las ingenierías	7	1,8%
Otros	87	22,4%
Total	389	100,0%

Tabla 62. Agrupación de los casos de la muestra que presentan algún diagnóstico psiquiátrico según grupos profesionales CNO - 2011.

La presentación de los datos con arreglo a la clasificación en sólo tres categorías simplifica la presentación del resultado, según tabla 63.

Grupo profesional	Núm. casos	Porcentaje	IC al 95%
Comercio - servicios	137	35,2%	30,6%-40,1%
Blue collar	177	45,5%	40,6%-50,5%
White collar	75	19,3%	15,67%-23,5%
Total	**389**	**100,0%**	

Tabla 63. Distribución según grupo de actividad laboral de los casos que integran la muestra de casos que presentan algún diagnóstico psiquiátrico.

El grupo con mayor presencia se correspondió con las actividades laborales de tipo manual ("blue collar"), seguido por el correspondiente al sector servicios.

Actividad laboral en la muestra de casos con un cuadro psicopatológico como principal causa de discapacidad laboral.

En relación a los 272 casos que integraban esta muestra, y efectuando la clasificación de las ocupaciones sólo en tres categorías a efectos de simplificar las comparaciones, la distribución fue la que se muestra en la tabla 64.

Grupo profesional	Núm. casos	Porcentaje	IC al 95%
Comercio - servicios	96	35,3%	29,9%-41,1%
Blue collar	120	44,1%	38,3%-50,1%
White collar	56	20,6%	16,2%-25,8%
Total	**272**	**100,00%**	

Tabla 64. Distribución según grupo de actividad laboral de los casos que integran la muestra de casos con diagnóstico psiquiátrico como principal causa de la discapacidad laboral evaluada.

Se mantiene en esta muestra una mayor presencia del grupo con actividades de tipo manual.

Actividad laboral en la muestra de casos en los que el cuadro psicopatológico se considera secundario en cuanto a la discapacidad laboral.

En relación a los 117 casos que se integraron en esta muestra, la clasificación de los casos según el grupo de actividad laboral fue la que sigue:

Grupo profesional	Núm. casos	Porcentaje	IC al 95%
Comercio - servicios	41	35,0%	27,0%-44,0%
Blue collar	57	48,7%	39,8%-57,7%
White collar	19	16,2%	10,6%-24,0%
Total	**117**	**100,00%**	

Tabla 65. Distribución según grupo de actividad laboral de los casos que integran la muestra de casos con diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de la discapacidad laboral evaluada.

Análisis comparativo las muestras según el cuadro psicopatológico sea o no la principal causa de discapacidad laboral.

Se analizó mediante χ^2 la relación entre la principal causa de la discapacidad laboral que se objetivaba en el caso (trastorno mental vs. otras causas) y el grupo profesional en el que éste se encuadraba, con los resultados que se describen.

Principal causa de discapacidad laboral / Grupo profesional	Trastorno mental	Otras causas	Total
Comercio - servicios	96	41	**137**
Blue collar	120	57	**177**
White collar	56	19	**75**
Total	**272**	**117**	**389**

Tabla 66. Tabla de contingencia para el análisis de la asociación entre la principal causa de discapacidad laboral y el grupo profesional del caso. Casos totales.

De la tabla anterior resultó χ^2=0,184, con p=0,553; no pudo concluirse pues que existiera asociación entre ambas variables.

4.2.3.1 Actividad laboral y sexo.

Se analizó si la actividad laboral que se consideró en el procedimiento de IP resultaba distinta en función del sexo del trabajador. Se planteó el análisis de la asociación desde el test χ^2, recurriéndose a la clasificación de la actividad laboral en tres grupos: “blue collar”, “white collar” y “comercio / servicios”.

Grupo profesional/ Sexo	Comercio/servicios	Blue collar	White collar	Total
Hombre	50	122	34	**206**
Mujer	87	55	41	**183**
Total	**137**	**177**	**75**	**389**

Tabla 67. Tabla de contingencia; asociación entre grupo profesional y sexo. Todos los casos.

Desde los datos expuestos en la tabla, χ^2= 34,769, con p<0,0001, luego se asumió la existencia de relación entre ambas variables. La intensidad de la asociación se determinó mediante *V* de Cramèr= 0,299; este resultado de *V* mostró una asociación de intensidad débil - moderada.

La comparación de los intervalos de confianza para la estimación de la proporción con la que cada sexo se ve representado en cada grupo de actividad laboral se muestra en a tabla 68.

Grupo profesional/ Sexo	Comercio/servicios	Blue collar	White collar
Hombre	36,5% (28,4%-45,1%)	68,9% (61,5%-75,7%)	45,3% (33,8%-57,2%)
Mujer	63,5% (54,8%-71,6 %)	31,1% (24,3-38,4)	54,7% (42,7%-66,2%)
p	0,002	<0,0001	0,419

Tabla 68. Porcentaje de casos, según sexo, en cada grupo profesional.

El nivel de significación obtenido en las frecuencias relativas de cada sexo en cada grupo profesional reveló que en el grupo profesional “comercio y servicios” fue mayoritario el sexo “mujer”, mientras que en el grupo “blue collar” el sexo mayoritario fue “hombre”. Las diferencias no resultaron significativas en cuanto a las ocupaciones catalogadas como “white collar”.

4.2.3.2 Grupo profesional y residencia en medio rural o urbano.

Se analizó si la actividad laboral que se había considerado en el procedimiento de IP se asociaba con la residencia en medio rural o urbano. Se planteó el análisis de la asociación desde el test χ^2, recurriéndose de nuevo, a la clasificación de la actividad laboral en tres grupos: "blue collar", "white collar" y "comercio / servicios".

Grupo profesional/ medio de residencia	Comercio/servicios	Blue collar	White collar	Total
Urbano	91	70	53	**214**
Rural	46	107	22	**175**
Total	**137**	**177**	**75**	**389**

Tabla 69. Tabla de contingencia para la asociación entre medio de residencia y grupo profesional. Análisis sobre todos los casos con diagnóstico psiquiátrico.

Desde los datos expuestos en la tabla 69, se calculó χ^2= 31,738; p<0,0001, luego se asumió la existencia de relación entre ambas variables. La intensidad de la asociación se cuantificó mediante *V* de Cramèr=0,286. El resultado de *V* mostró pues una asociación de intensidad débil - moderada.

La presencia del medio rural o urbano en cada grupo profesional se recoge en la tabla 70.

Grupo profesional/ medio de residencia	Comercio/servicios	Blue collar	White collar
Urbano	66,4% (57,9%-74,3%)	39,5% (32,3%-47,2%)	70,67% (59,0%-80,1%)
Rural	33,6% (25,7%-42,1%)	60,4% (52,8%-67,7%)	29,33% (19,4%-41,0%)
p	0,0001	0,005	<0,001

Tabla 70. Medio de residencia urbano o rural en los grupos profesionales considerados. Análisis sobre todos los casos con diagnóstico psiquiátrico.

Pudo pues concluirse una mayor proporción de casos en el medio urbano en relación con actividades laborales del comercio o servicios y de actividades catalogadas como "white collar", mientras que en el medio rural, la mayor proporción de casos se consideró en relación con actividades laborales de tipo manual ("blue collar").

4.2.4 Situación de vinculación al mercado laboral.

Se definió la variable "vinculación al mercado laboral" en función de si se accedía al procedimiento desde una situación que suponía una cierta relación con el mercado laboral; se encontraba trabajando o bien tenía derecho a la percepción de prestaciones por incapacidad temporal.

4.2.4.1 Análisis de la relación entre la calificación de IP o No grado de IP y de la repercusión funcional del cuadro psicopatológico con la vinculación al mercado laboral. Muestra en la que la principal causa de discapacidad laboral deriva del cuadro psicopatológico.

Se planteó el análisis de la relación entre la calificación de IP o de No grado de IP con respecto a la situación de vinculación al mercado laboral mediante χ^2. En cuanto a la repercusión funcional, ésta se analizó mediante U Mann-Whitney.

En el total de casos de esta muestra, la mayor parte de los casos (63,7%) se encontraba en una situación de vinculación con el mercado laboral.

Vinculación al mercado laboral / Calificación	Mantiene vinculación	Desvinculado	Total
No grado de IP	58 (49,1%)	60 (50,9%)	**118 (100%)**
IP	98 (77,2%)	29 (22,8%)	**127 (100%)**
Total	**156 (63,7%)**	**89 (36,3%)**	**245**

Tabla 71. Calificación según el caso mantenga o no una relación de vinculación con el mercado laboral. Casos en los que la principal causa de discapacidad deriva del cuadro psicopatológico.

De los datos expuestos en la tabla, resultó χ^2= 20,752; p<0,0001, luego se consideró que existía relación entre ambas variables. La intensidad de la asociación se determinó mediante OR, resultando OR=3,50, con IC 95% (2,02-6,06), traduciendo una mayor frecuencia de calificaciones de IP en aquellos casos que acudían al procedimiento desde una situación de vinculación con el mercado laboral.

Las diferencias resultaron estadísticamente significativas en cuanto a la vinculación al mercado laboral en los casos calificados como IP, en los que la mayor parte mantenían esta vinculación (77,2%; estadístico z=6,131 y p<0,0001), con una diferencia de proporciones estimada en (68,9%-84,1%). En cuanto a la calificación de No grado de IP, los casos que mantenían vinculación con el mercado laboral y los que no se repartirían al 50% al no resultar significativa la diferencia entre las proporciones estimadas (z=-0,195, p=0,845).

En cuanto a la repercusión funcional del cuadro psicopatológico, los datos correspondientes a esta muestra se recogen en la tabla 72 (n=246).

Vinculación al mercado laboral/ Puntuación en la escala de repercusión funcional	Mantiene vinculación	Desvinculado
Tamaño muestral	155	91
Mediana	4,0	4,0
Rango medio	125,0	120,9

Tabla 72. Repercusión funcional derivada del cuadro psicopatológico según el caso mantenga o no una relación de vinculación con el mercado laboral. Casos en los que la principal causa de discapacidad deriva del cuadro psicopatológico.

La prueba estadística mostró ausencia de significación estadística en la diferencia; U=0,443, con p=0,658 para la hipótesis de desigualdad y p=0,671

para la hipótesis de una cola que consideraría que los sujetos que acceden al procedimiento desde una situación de inactividad tendrían una mayor repercusión funcional.

4.2.4.2 Análisis comparativo del mantenimiento de vinculación al mercado laboral en las muestras confeccionadas según el cuadro psicopatológico sea o no la principal causa de discapacidad laboral.

Se analizó si la vinculación al mercado laboral se asociaba con que la principal causa de discapacidad laboral fuera o no un trastorno mental. Se efectuó el análisis desde el test χ^2, según los datos de la tabla 73.

Vinculación al mercado laboral / Causa principal de discapacidad laboral	Mantiene vinculación	Desvinculado	Total
Trastorno mental	167	105	**272**
Otras causas	61	56	**117**
Total	**228**	**161**	**389**

Tabla 73. Vinculación al mercado laboral según la principal causa de discapacidad del caso se estime derivada o no de un trastorno mental. Todos los casos con trastorno mental.

De los datos expuestos en la tabla 73, resultó $\chi^2 = 2{,}892$, con p=0,089, resultando por tanto el test no significativo. No pudo concluirse pues que existiera asociación entre ambas variables.

En la tabla adjunta se recogen los casos, agrupados según la existencia de un cuadro psicopatológico sea o no la principal causa de discapacidad laboral.

Casos según muestra / Vinculación al mercado laboral	Muestra con todos los casos		Diagnóstico psiquiátrico como diagnóstico ppal.		Diagnóstico psiquiátrico como diagnóstico sec.	
	Casos	Frecuencia relativa	Casos	Frecuencia relativa	Casos	Frecuencia relativa
Mantiene vinculación	228	58,6%	167	61,4%	61	52,1%
Desvinculado	161	41,4%	105	38,6%	56	47,9%
Total	**389**	**100,0%**	**272**	**100,0%**	**117**	**100,0%**

Tabla 74. Distribución de los casos en función de su vinculación al mercado laboral y la causa principal de la discapacidad laboral del caso.

Las diferencias en cuanto a que se mantuviera o no una situación de vinculación al mercado laboral sólo fueron significativas en el caso de la muestra con diagnóstico psiquiátrico como diagnóstico principal, en la que la mayor parte de los sujetos (61,4%) mantiene esta vinculación frente al 38,6% que no (z=3,760, p<0,001). Para el caso de la muestra en la que el cuadro psicopatológico se consideró una causa secundaria de discapacidad laboral, no se encontró diferencia significativa en cuanto a que se mantuviera o no una situación de vinculación al mercado laboral (z=0,454, p=0,644).

4.2.4.3 Análisis de la antigüedad de los síntomas y la vinculación al mercado laboral en el acceso al procedimiento de calificación. Muestra en la que la principal causa de discapacidad deriva del cuadro psicopatológico.

Se planteó analizar, en la muestra en la que la principal causa de discapacidad laboral derivaba del cuadro psicopatológico, si la mayor antigüedad de los

síntomas se relacionaba con la situación de desvinculación al mercado laboral. En esta muestra, n=272.

Vinculación al mercado laboral/ Estadísticos de variable "antigüedad de los síntomas" (ordinal)	Mantiene vinculación	Desvinculado
Tamaño muestral	167	105
Mediana	2,0	3,0
Rango medio	126,4	152,6

Tabla 75. Vinculación al mercado laboral y antigüedad de los síntomas (escala de antigüedad de los síntomas). Casos en los que la principal causa de discapacidad laboral deriva de un trastorno mental.

El resultado del test mostró U=-3,0, con p=0,003. Planteada la hipótesis en sentido unidireccional (la antigüedad de los síntomas en el grupo de sujetos que mantiene vinculación con el mercado laboral es menor que en aquel que mantiene tal vinculación), p=0,001.

4.2.4.4 Análisis de la relación entre tipo de actividad laboral y la vinculación al mercado laboral en el acceso al procedimiento de calificación. Muestra integrada por todos los casos que presentan algún diagnóstico psiquiátrico.

Por último, se planteó un análisis (χ^2) dirigido a determinar si existía relación entre la desvinculación del mercado laboral y un determinado sector de actividad.

De los datos expuestos en la tabla adjunta, resultó χ^2= 28,394; p<0,0001, luego se asumió la existencia de relación entre ambas variables. Las diferencias resultaron estadísticamente significativas en cuanto mantener una situación de vinculación al mercado en los grupos de ocupación "white collar" (z=3,810, p=0,0001) y "comercio / servicios" (z= 4,705, p<0,0001). Por el contrario, en relación a los trabajadores "blue collar", la diferencia no fue estadísticamente significativa (z=1,570, p=0,116).

Vinculación al mercado laboral/ Grupo profesional	Mantiene vinculación	Desvinculado	Total
White collar	54 (72,0%)	21 (28,0%)	**75 (100%)**
Comercio/servicios	96 (70,1%)	41 (29,9%)	**137 (100%)**
Blue collar	78 (44,1%)	99 (55,9%)	**177 (100%)**
Total	**228**	**161**	**389**

Tabla 76. Situación de vinculación o desvinculación del mercado laboral según grupo profesional. Todos los casos.

4.3 Características de los trastornos mentales en los procedimientos de Incapacidad Permanente.

Se analizaron seguidamente los trastornos mentales que se constataron en los procedimientos de incapacidad permanente para determinar sus características tanto clínicas como relacionadas con el procedimiento de calificación. Para ello se partió del análisis de la muestra de 389 casos que presentaron algún diagnóstico psiquiátrico, así como, en su caso, de análisis

diferenciados según el cuadro psiquiátrico fuese o no principal responsable de al discapacidad laboral establecida para cada caso.

4.3.1 Los distintos trastornos y patrones de comorbilidad.

La clasificación multiaxial del DSM-IV-TR[42] proporciona dos ejes diagnósticos diferenciados, y de esta forma se presentan, conforme a su ubicación en uno u otro eje, los diagnósticos registrados en las muestras a estudio.

En aquellos resultados en los que fue preciso aludir al total de casos estudiados, se siguió el criterio expuesto de excluir, por los motivos ya reseñados, las Lesiones Permanentes no Invalidantes (LPNI). Por lo tanto, el número total de casos estudiados fue 1993.

4.3.1.1 Diagnósticos en el eje I.

La coexistencia de más de un diagnóstico en el eje I se constató en el 26,7% de los 385 casos que presentaban algún diagnóstico psiquiátrico en el eje I, según se detalla en el gráfico siguiente (el número de casos representado totaliza 385, ya que 4 casos sólo tienen diagnóstico (principal) en el eje II).

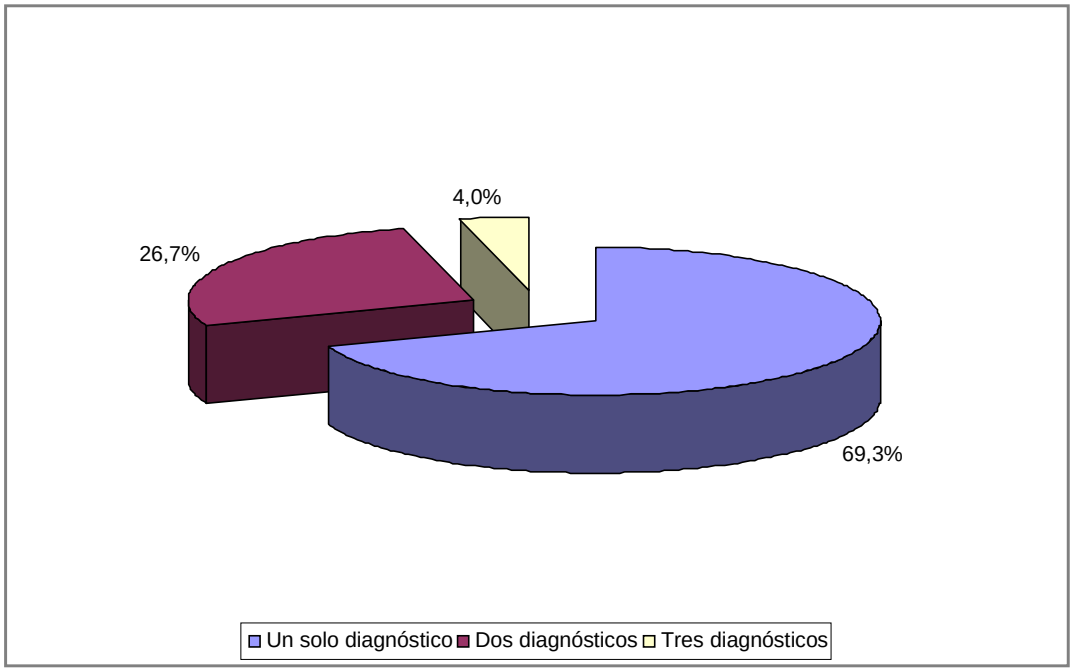


Fig. 29. Comorbilidad en el Eje I; casos según el número de diagnósticos

Esta circunstancia justifica que, en total, se analizaran 495 diagnósticos en el eje I, tal y como se describe en la tabla a continuación, en la que se muestra la importancia de los trastornos del estado de ánimo (afectivos), adaptativos y de ansiedad, categorías diagnósticas éstas que totalizan prácticamente el 70% del total de los diagnósticos del eje I.

Grupo DSM-IV-TR	Núm. diagnósticos	Frec. relativa
Trastornos del estado de ánimo	185	37,4%
Trastornos adaptativos	81	16,4%
Trastornos de ansiedad	79	16,0%
Trastornos relacionados con substancias	50	10,1%
Trastorno mixto ansioso - depresivo*	38	7,7%
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	28	5,7%
Delirium, demencias y otros trast.	14	2,8%
Trastornos de la conducta alimentaria	9	1,8%
Otros	11	2,1%
Total	**495**	**100,0%**

Tabla 77. Número total de diagnósticos registrados en el eje I y frecuencia relativa en relación al total de diagnósticos registrados en el Eje I. *Trastorno propuesto para futuros estudios en la clasificación DSM-IV-TR[42].

Para poder efectuar una aproximación más cercana a los datos, se efectuó una clasificación de cada uno de los casos que presentaban algún diagnóstico psiquiátrico según el diagnóstico en el eje I según fuera éste único o se encontrara en el contexto de un patrón de comorbilidad. Estos patrones de comorbilidad se definieron en función de los que se pudieron determinar en la muestra, incluyéndose en "otros" aquellos diagnósticos o patrones de comorbilidad muy poco frecuentes, así como los casos que sólo presentaban diagnóstico en el eje II. Los resultados se presentan en la tabla a continuación.

Grupo DSM-IV-TR	Número de casos	Frecuencia relativa en la muestra	Frecuencia relativa sobre el total de expedientes**
Trastornos del estado de ánimo	111	28,5%	5,6%
Trastorno adaptativo	62	15,9%	3,1%
Trastorno del estado de ánimo + trast ansiedad	32	8,2%	1,6%
Trastorno mixto ansioso - depresivo*	29	7,5%	1,5%
Trastornos de ansiedad	29	7,5%	1,45%
Esquizofrenia y otros trast psicóticos	20	5,1%	1,0%
Trastornos del estado de ánimo + trast relac subst.	17	4,4%	0,8%
Demencias y otros trast cognitivos	8	2,1%	0,4%
Trastornos psicóticos + trast estado de ánimo	5	1,3%	0,2%
Trast de la conducta alimentaria + trast estado ánimo	4	1,0%	0,2%
Trastorno adaptativo + trast relacion subst	4	1,0%	0,2%
Otros (incluye patrones de comorbilidad)	68	17,5%	3,4%
Total	**389**	**100,0%**	

Tabla 78. Clasificación de los *casos* que presentan algún trastorne mental según su diagnóstico psiquiátrico en el Eje I; sea éste único o en patrones de comorbilidad. Frecuencia de los distintos grupos diagnósticos en la muestra de casos con diagnóstico psiquiátrico y sobre el total de expedientes analizados excluidas LPNI (1993 casos). * Trastorno propuesto para futuros estudios en la clasificación DSM-IV-TR[42]. ** Excluidas LPNI.

Los diagnósticos más frecuentes resultaron ser los trastornos del estado de ánimo (afectivos), seguidos de los trastornos adaptativos, siendo el patrón de comorbilidad más frecuente la existencia de un trastorno del estado de ánimo asociado a un trastorno de ansiedad.

Se presentan a continuación los resultados que se obtuvieron para cada uno de los grupos diagnósticos; bien para el caso de diagnósticos únicos bien como patrones de comorbilidad según se ha expuesto, ofreciéndose además las estimaciones en cuanto a la frecuencia estimada en relación al total de casos analizados.

Trastornos afectivos (del humor).

Los diagnósticos únicos más frecuentes fueron los de trastorno depresivo mayor (51,3%) y trastorno distímico (18,9%). Las presentaciones comórbidas más frecuentes de los trastornos afectivos fueron las que asocian éstos con trastornos de ansiedad y con trastornos relacionados con substancias, tal y como se recoge en las tablas siguientes.

- Como diagnóstico único.

Diagnóstico	Número de casos
Trastorno depresivo mayor	57
Trastorno depresivo NE	17
Trastorno distímico	21
Trastorno bipolar tipo 1	15
Trastorno bipolar tipo 2	1
Total	111

Tabla 79. Número de casos con un trastorno afectivo como diagnóstico único en el eje I.

- Patrones de comorbilidad.

Diagnóstico	Número de casos
Trastornos afectivos + trastornos de ansiedad	32
Trastornos afectivos + trastornos relacionados con substancias	17
Trastornos afectivos + trastornos de la conducta alimentaria	4
Trastornos afectivos en otros patrones de comorbilidad	13
Total	**66**

Tabla 80. Número de casos con patrones de comorbilidad en el eje I en los que se identifica un trastorno afectivo.

- Presencia de trastornos afectivos en el total de expedientes analizados.

	Frecuencia relativa en la muestra psiquiátrica	Frecuencia relativa en total de expedientes analizados
Estimación puntual	45,5%	8,9%
IC 95%	(40,6%-50,5%)	(7,7%-10,2%)

Tabla 81. Presencia de los trastornos afectivos en la muestra de casos psiquiátricos y en el total de expedientes analizados (1993 casos; excluidas LPNI).

Trastornos de ansiedad.

Los diagnósticos únicos más frecuentes en este grupo resultaron ser los trastornos de ansiedad no especificados y el trastorno obsesivo-compulsivo. La comorbilidad más habitual en los trastornos de ansiedad resultó ser en su presentación junto con trastornos afectivos.

- Como diagnóstico único.

Diagnóstico	Número de casos
Trastorno de ansiedad no especificado	11
Trastorno obsesivo-compulsivo	5
Trastorno de ansiedad generalizada	4
Trastorno de angustia con agorafobia	3
Agorafobia sin historia de trastorno de angustia	2
Trastorno por estrés postraumático.	2
Fobia social	1
Trastorno de angustia sin agorafobia	1
Total	**29**

Tabla 82. Número de casos en los que se identifica un trastorno afectivo como único diagnóstico en el eje I.

- Patrones de comorbilidad.

Diagnóstico	Número de casos
Trastorno de ansiedad + trastornos afectivos	32
Trastorno de ansiedad + trastorno de ansiedad	2
Trastornos de ansiedad en otros patrones de comorbilidad	14
Total	**48**

Tabla 83. Número de casos con patrones de comorbilidad en el eje I en los que se identifica un trastorno afectivo.

- Presencia de trastornos de ansiedad en el total de expedientes analizados.

	Frecuencia relativa en la muestra psiquiátrica	Frecuencia relativa en total de expedientes analizados
Estimación puntual	19,8%	3,9%
IC 95%	(16,1%-24,0%)	(3,1%-4,8%)

Tabla 84. Presencia de los trastornos de ansiedad en la muestra de casos psiquiátricos y en el total de expedientes (1993 casos; excluidas LPNI).

Trastornos somatomorfos.

En este grupo diagnóstico, lo más frecuente fue su presentación comórbida con otros trastornos, con un caso único de trastorno conversivo sin comorbilidad psiquiátrica asociada. Los resultados detallados se exponen en las tablas a continuación.

- Como diagnóstico único.

Diagnóstico	Número de casos
Trastorno conversivo	2
Total	**2**

Tabla 85. Número de casos en los que se identifica un trastorno somatomorfo como único diagnóstico en el eje I.

- Patrones de comorbilidad.

Diagnóstico	Número de casos
Trastornos somatomorfos + trastorno adaptativo	2
Trastornos somatomorfos en otros patrones de comorbilidad	3
Total	**5**

Tabla 86. Número de casos con patrones de comorbilidad en el eje I en los que se identifica un trastorno somatomorfo.

- Presencia de trastornos somatomorfos en el total de expedientes analizados.

	Frecuencia relativa en la muestra psiquiátrica	Frecuencia relativa en total de expedientes analizados
Estimación puntual	1,8%	0,3%
IC 95%	(0,9%-3, 7%)	(0,2%-0,7%)

Tabla 87. Presencia de los trastornos somatomorfos en la muestra de casos psiquiátricos y en el total de expedientes analizados (1993 casos; excluidas LPNI).

Trastornos psicóticos.

La esquizofrenia paranoide y el trastorno psicótico no especificado fueron los diagnósticos únicos más frecuentes en este grupo, mientras que el análisis de los patrones de comorbilidad que comprenden diagnósticos de este grupo

mostraron como patrón más frecuente la asociación de éstos con trastornos afectivos. Los resultados detallados se exponen a continuación.

- Como diagnóstico único.

Diagnóstico	Número de casos
Esquizofrenia paranoide	6
Trastorno psicótico no especificado	5
Trastorno por ideas delirantes	3
Trastorno esquizoafectivo	2
Esquizofrenia residual	2
Esquizofrenia indiferenciada	1
Esquizofrenia desorganizada	1
Total	**20**

Tabla 88. Número de casos en los que se identifica un trastorno psicótico como único diagnóstico en el eje I.

- Patrones de comorbilidad.

Diagnóstico	Número de casos
Trastorno psicótico + trastornos afectivo	5
Trastorno psicótico + trastorno relacionado con substancias	1
Trastornos psicóticos en otros patrones de comorbilidad	2
Total	**8**

Tabla 89. Número de casos con patrones de comorbilidad en el eje I en los que se identifica un trastorno psicótico.

- Presencia de trastornos psicóticos en el total de expedientes analizados.

	Frecuencia relativa en la muestra psiquiátrica	Frecuencia relativa en total de expedientes analizados
Estimación puntual	7,2%	1,4%
IC 95%	(5,0%-10,2%)	(1,0%-2,0%)

Tabla 90. Presencia de los trastornos psicóticos en la muestra de casos psiquiátricos y en el total de expedientes analizados (1993 casos; excluidas LPNI).

Trastornos de la conducta alimentaria.

No se identificaron casos como diagnóstico único en el eje I, encontrándose todos los casos estudiados en asociación con otros trastornos. Los resultados detallados se recogen en las tablas adjuntas.

- Como diagnóstico único.

Diagnóstico	Número de casos
-	0
Total	**0**

Tabla 91. Número de casos en los que se identifica un trastorno de la conducta alimentaria como único diagnóstico en el eje I.

- Patrones de comorbilidad.

Diagnóstico	Núm. de casos
Trastorno de la conducta alimentaria + trastorno afectivo	4
Trastorno de la conducta alimentaria + trastorno adaptativo	2
Trastorno de la conducta alimentaria + trastorno de ansiedad	1
Trastornos de la conducta alimentaria en otros patrones de comorbilidad	2
Total	**9**

Tabla 92. Número de casos con patrones de comorbilidad en el eje I en los que se identifica un trastorno de la conducta alimentaria.

- Presencia de trastornos de la conducta alimentaria en el total de expedientes analizados.

	Frecuencia relativa en la muestra psiquiátrica	Frecuencia relativa en total de expedientes analizados
Estimación puntual	2,3%	0,4%
IC 95%	(1,2%-4,3%)	(0,2%-0,9%)

Tabla 93. Presencia de los trastornos de la conducta alimentaria en la muestra de casos psiquiátricos y en el total de expedientes analizados (1993 casos; excluidas LPNI).

Trastorno mixto ansioso-depresivo.

La existencia de un trastorno mixto ansioso-depresivo fue más habitual como diagnóstico único, registrándose así en 29 casos. Los resultados detallados se recogen a continuación.

- Como diagnóstico único.

Diagnóstico	Número de casos
Trastorno mixto ansioso-depresivo	29
Total	**29**

Tabla 94. Número de casos en los que se identifica un trastorno mixto ansioso – depresivo como único diagnóstico en el eje I.

- Patrones de comorbilidad.

Diagnóstico	Núm. casos
Trastorno mixto ansioso-depresivo y trastornos de ansiedad	3
Trastorno mixto ansioso-depresivo y trastornos afectivos	1
Trastorno mixto ansioso-depresivo y trastornos psicóticos	1
Trastorno mixto ansioso-depresivo y trastornos relacionados con substancias	1
Trastorno mixto ansioso-depresivo en otros patrones de comorbilidad	3
Total	**9**

Tabla 95. Número de casos con patrones de comorbilidad en el eje I en los que se identifica un trastorno mixto ansioso - depresivo.

- Presencia de trastorno mixto ansioso-depresivo en el total de expedientes analizados.

	Frecuencia relativa en la muestra psiquiátrica	Frecuencia relativa en total de expedientes analizados
Estimación puntual	9,8%	1,9%
IC 95%	(7,2%-13,1%)	(1,4%-2,7%)

Tabla 96. Presencia del trastorno mixto ansioso - depresivo en la muestra de casos psiquiátricos y en el total de expedientes analizados (1993 casos; excluidas LPNI).

Trastornos adaptativos.

El diagnóstico de un trastorno adaptativo se presentó con mayor frecuencia como diagnóstico único, siendo la forma mixta el diagnóstico más habitual, tal y como se desprende de las tablas adjuntas.

- Como diagnóstico único.

Diagnóstico	Número de casos
Trastorno adaptativo mixto	57
Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo	5
Total	**62**

Tabla 97. Número de casos en los que se identifica un trastorno adaptativo como único diagnóstico en el eje I.

- Patrones de comorbilidad.

Diagnóstico	Número de casos
Trastornos adaptativos + trastornos de ansiedad	4
Trastornos adaptativos+ trastornos relacionados con substancias	4
Trastornos adaptativos + trastornos afectivos	2
Trastornos adaptativos + trastornos de la conducta alimentaria	2
Trastornos adaptativos + trastornos somatomorfos	2
Trastornos adaptativos en otros patrones de comorbilidad	6
Total	**20**

Tabla 98. Número de casos con patrones de comorbilidad en el eje I en los que se identifica un trastorno adaptativo.

- Presencia de los trastornos adaptativos en el total de expedientes analizados.

	Frecuencia relativa en la muestra psiquiátrica	Frecuencia relativa en total de expedientes analizados
Estimación puntual	21,1%	4,1%
IC 95%	(17,3%-25,4%)	(3,3%-5,1%)

Tabla 99. Presencia de los trastornos adaptativos en la muestra de casos psiquiátricos y en el total de expedientes analizados (1993 casos; excluidas LPNI).

Delirium, demencias, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos

La existencia de un trastorno cognitivo se presentó asociada a trastornos relacionados con substancias en 4 casos (28,6% de los casos registrados en este grupo diagnóstico), siendo por lo demás el patrón de comorbilidad más habitual en este grupo diagnóstico. Los resultados detallados se exponen en las tablas a continuación.

- Como diagnóstico único.

Diagnóstico	Número de casos
Demencia debida a múltiples causas	3
Demencia de Alzheimer de inicio temprano	2
Trastorno cognitivo no especificado	3
Total	**8**

Tabla 100. Número de casos en los que se identifica un trastorno delirium, demencias, trastornos amnésicos u otros trastornos cognoscitivos como único diagnóstico en el eje I.

- Patrones de comorbilidad.

Diagnóstico	Número de casos
Delirium, demencias, trastornos amnésicos u otros trastornos cognoscitivos + trastornos relacionados con substancias	4
Delirium, demencias, trastornos amnésicos u otros trastornos cognoscitivos en otros patrones de comorbilidad	2
Total	**6**

Tabla 101. Número de casos con patrones de comorbilidad en el eje I en los que se identifica un trastorno por delirium, demencias, trastornos amnésicos u otros trastornos cognoscitivos.

- Presencia de delirium, demencias, trastornos amnésicos u otros trastornos cognoscitivos en el total de casos analizados.

	Frecuencia relativa en la muestra psiquiátrica	Frecuencia relativa en total de expedientes analizados
Estimación puntual	3,6%	0,7%
IC 95%	(2,2%-5,9%)	(0,4%-1,2%)

Tabla 102. Presencia de un trastorno por delirium, demencias, trastornos amnésicos u otros trastornos cognoscitivos en la muestra psiquiátrica y en el total de expedientes analizados (1993 casos; excluidas LPNI).

Trastornos relacionados con consumo de substancias.

La presencia de un trastorno relacionado con consumo de substancias se presentó más frecuentemente en comorbilidad con otros trastornos mentales, en particular, con los trastornos afectivos, tal y como se recoge en las tablas adjuntas.

- Como diagnóstico único.

Diagnóstico	Número de casos
Dependencia de alcohol	5
Dependencia de varias substancias	4
Abuso de alcohol	2
Abuso de otras substancias	1
Dependencia de cocaína	1
Trastorno del estado de ánimo inducido por substancias	1
Total	**14**

Tabla 103. Número de casos en los que se identifica un trastorno relacionado con substancias como único diagnóstico en el eje I.

- Patrones de comorbilidad.

Diagnóstico	Núm. casos
Trastornos afectivos + trastornos relacionados con substancias	17
Delirium, demencias, trastornos amnésicos u otros trastornos cognoscitivos +	4
Trastornos adaptativos+ trastornos relacionados con substancias	4
Trastornos relacionados con substancias en otros patrones de comorbilidad	2
Total	**37**

Tabla 104. Número de casos con patrones de comorbilidad en el eje I en los que se identifica un trastorno relacionados con substancias.

- Presencia de trastornos relacionados con substancias en el total de expedientes analizados.

	Frecuencia relativa en la muestra psiquiátrica	Frecuencia relativa en total de expedientes analizados
Estimación puntual	13,1%	2,6%
IC 95%	(10,1%-16,8%)	(1,9%-3,3%)

Tabla 105. Presencia de los trastornos relacionados con substancias en la muestra de casos psiquiátricos y en el total de expedientes analizados (1993 casos; excluidas LPNI).

4.3.1.2 Diagnósticos en el eje II.

En el eje II se recogen aquellos diagnósticos relativos a la presencia alteraciones clínicamente significativas de la personalidad, así como la existencia de un diagnóstico de retraso mental.

Personalidad disfuncional. Rasgos disfuncionales de personalidad.

Se pudo constatar que 122 casos (de 389), un 31,4%, IC al 95% (26,8%-36,2%) del total de los casos que presentaba algún diagnóstico psiquiátrico, presentaba, en el eje II, un diagnóstico de personalidad disfuncional, es decir; rasgos de personalidad clínicamente disfuncionales o un trastorno de la personalidad. En relación al total de expedientes estudiados (1993), la personalidad disfuncional se presentaría en la población de expedientes iniciales del trámite de IP en un 6,1%, IC al 95% (5,1%-7,3%).

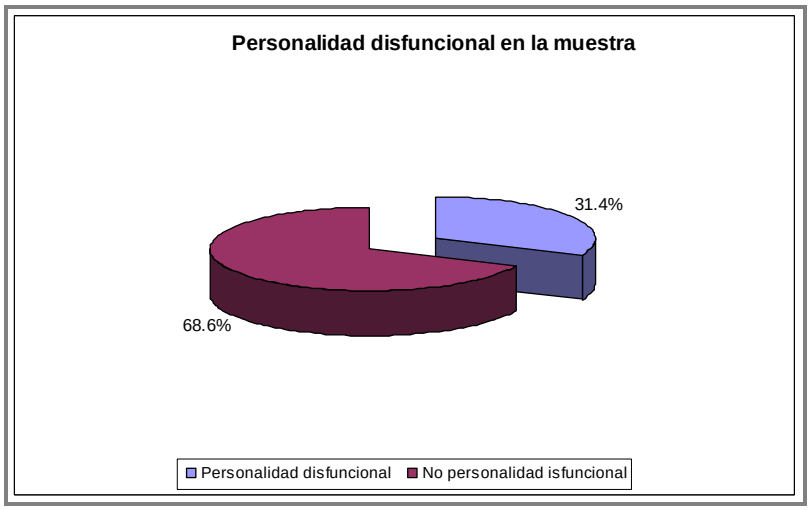


Fig. 30. Casos con diagnóstico de personalidad disfuncional; muestra de todos los casos que presentaban algún diagnóstico psiquiátrico (n=389).

Trastornos de la personalidad.

De los casos 122 casos anteriores, en 60 (un 49,2%; con IC a 95% 40,0% - 58,4%) se estableció el diagnóstico de trastorno de la personalidad.

La estimación puntual de la prevalencia de los trastornos de personalidad en la muestra de casos que presenta algún diagnóstico psiquiátrico fue del 15,4%; IC al 95% (12,0%-19,4%).

En relación a los 1993 expedientes de incapacidad permanente estudiados, se encontró un diagnóstico de trastorno de la personalidad en un 3,0%, con IC al 95% (2,3% - 3,9%).

En el total de 389 casos que presentaban al menos un diagnóstico psiquiátrico, en 13 casos, un 3,4% con IC 95% (1,8%-5,6%) se consideró que el trastorno de personalidad constituía el diagnóstico principal dentro del cuadro psicopatológico; resultaron ser único diagnóstico psiquiátrico en un total de 4 casos (1,0%).

Por tipo de trastorno, aquellos trastornos de la personalidad no especificados constituyeron la mayor parte de los casos, seguidos del trastorno límite de la personalidad.

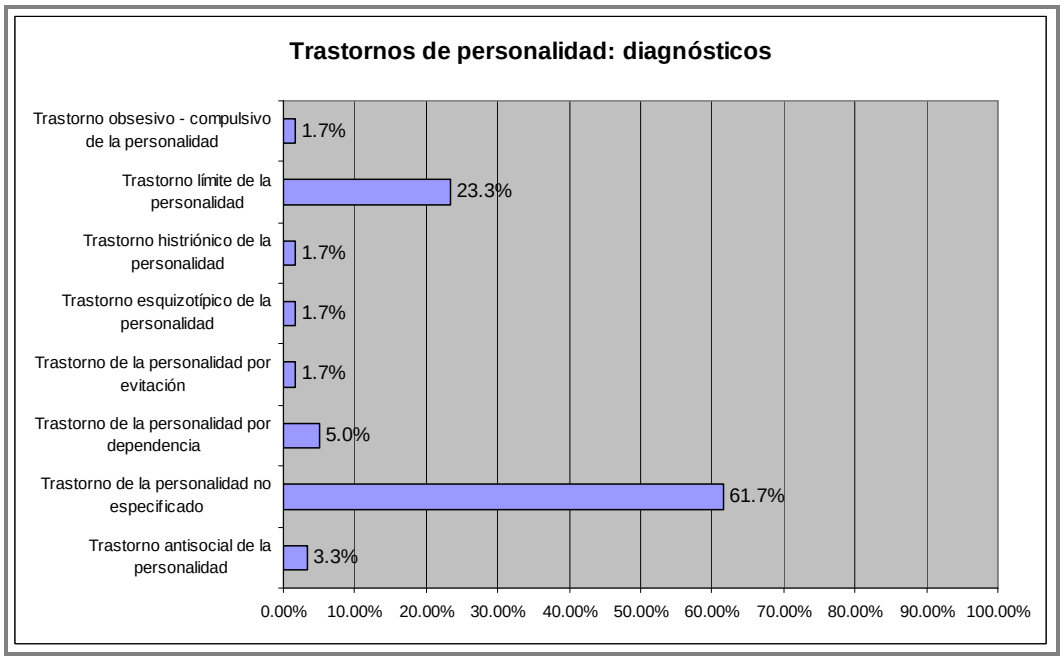


Fig. 31. Frecuencia de los distintos diagnósticos de trastorno de la personalidad presentes en la muestra (n=389).

Retraso mental.

Un total de 9 casos de la muestra de casos que presentaba algún diagnóstico psiquiátrico (n=389) contaba en el eje II con un diagnóstico de trastorno mental, lo que supuso el 2,3% de los casos; IC al 95% (1,22%-4,34%).

En el total de los 1993 expedientes analizados, los casos con diagnóstico de retraso mental supusieron un 0,4%, con IC al 95% (0,2% - 0,8%).

4.3.1.3 Diagnóstico psiquiátrico en el Eje I; diferencias entre la muestra con diagnóstico psiquiátrico como principal y la muestra con diagnóstico psiquiátrico como secundario.

La consideración de que el cuadro psicopatológico sea principal en relación con el cuadro clínico completo que presenta el trabajador trae causa en la discapacidad que pueda atribuirse a cada uno de los procesos clínicos que se objetivan en el trabajador. Si bien en el proceso de determinación de la incapacidad permanente que pueda calificarse la valoración del cuadro clínico es conjunta, desde el punto de vista epidemiológico sí puede resultar interesante conocer qué diagnósticos aparecen con más frecuencia como principales determinantes en los procesos de incapacidad, independientemente, en este momento del análisis de resultados, de que pueda estimarse que la incapacidad resultante del concreto cuadro psicopatológico no alcanza entidad suficiente como para dar lugar a la calificación de algún grado de incapacidad permanente).

Muestra / Diagnóstico en Eje I	Diagnóstico psiquiátrico ppal. n=272	Diagnóstico psiquiátrico sec.n=117	p
Trastorno afectivo	27,2% (22,3%-32,8%)	31,6% (23,9%-40,5%)	0,378
Trastorno adaptativo	9,6% (6,6%-13,6%)	30,8% (23,1%-39,6%)	<0,0001*
Otros patrones de comorbilidad	13,6%	2,6%	-
Trast. Afect+ Trast. Ans.	9,9% (6,9%-14,0%)	4,3% (1,8%-9,6%)	0,065
Trastorno mixto ansioso-depresivo	4,4% (2,5%-7,5%)	14,5% (9,3%-22,0%)	<0,001*
Trastorno de ansiedad	7,7% (5,1%-11,5%)	6,8% (3,5%-12,9%)	0,756
Trast. Afect.+ Trast. Rel. Subst.	5,9% (3,6%-9,3%)	0,8% (0,1%-4,7%)	0,008*
Trastornos cognitivos	2,2% (1,0%-4,7%)	1,7% (0,5%-6,0%)	0,750
Trast. Rel. Substancias	4,8% (2,8%-8,0%)	0,8% (0,1%-4,7%)	0,018*
Comorbilidad trastornos de ansiedad	0,4% (0,1%-2,0%)	0,8% (0,1%-4,7%)	0,615
Sin diagn. Eje I (RM, TP)	1,1%	2,56%	-
Trastornos psicóticos	7,3% (4,8%-11,0%)	0	
Trast. Psicót+Trast. Afect.	1,8% (0,8%-4,2%)	0	
Trast. Adapt + Trast. Rel. Subst.	1,1% (0,34%-3,2%)	0,8% (0,1%-4,7%)	0,786
Trastornos somatomorfos	0,4% (0,1%-2,0%)	0,8% (0,1%-4,7%)	0,615
Otros diagnósticos únicos	0,5%	0,9%	-
Trast. Cond.Alim.+ Trast. Afect.	1,5% (0,57%-3,72%)	0	

Tabla 106..Frecuencias relativas de los distintos diagnósticos en el eje I en relación a la muestra en la que el diagnóstico principal es el psiquiátrico y en la muestra en la que el diagnóstico psiquiátrico ocupa una posición secundaria. Nivel de significación de la diferencia observada. En el caso de categorías heterogéneas ("otros") no se ha calculado intervalo de confianza alguno. * Diferencia estadísticamente significativa.

Del análisis de la tabla pudo concluirse que no se apreciaban diferencias estadísticamente significativas en lo referente a la frecuencia con la que se presentaban los trastornos afectivos ni de ansiedad en ambas muestras, si bien la comorbilidad entre trastornos afectivos y los relacionados con substancias fue más frecuentes en la muestra en la que se consideró el cuadro psicopatológico como principal causa de discapacidad laboral, al igual que ocurrió con los trastornos relacionados con substancias. Los trastornos adaptativos o los trastornos mixtos ansioso-depresivos fueron, por el contrario, mucho más frecuentes como diagnósticos secundarios que como causa principal de la discapacidad laboral.

2.1.4 Diagnóstico psiquiátrico en el Eje II; diferencias entre la muestra con diagnóstico psiquiátrico como principal y la muestra con diagnóstico psiquiátrico como secundario en cuanto a la presencia de un trastorno de personalidad.

Se trató de analizar si la presencia de un trastorno de la personalidad se asociaba de alguna manera con que el cuadro psicopatológico presente en el caso se considerara la causa principal de la discapacidad laboral. El análisis se planteó desde la asociación entre la presencia o ausencia de trastorno de la personalidad y la inclusión del caso en la muestra con diagnóstico psiquiátrico como principal causa de la discapacidad laboral evaluada en el caso o, por el contrario, en la muestra en la que el trastorno psiquiátrico sólo ocupaba un papel secundario. Los datos se recogen en la tabla a continuación, desde la que se realizó el análisis estadístico.

Trastornos de la personalidad / Principal causa de discapacidad laboral	Criterios de TP	No criterios de TP	Total
Diagnóstico psiquiátrico como principal	56	216	**272**
Diagnóstico psiquiátrico como secundario	4	113	**117**
Total	**60**	**329**	**389**

Tabla 107. Tabla de contingencia; asociación entre la presencia o ausencia de trastorno de la personalidad y la inclusión en la muestra en la que se considera el diagnóstico psiquiátrico como principal o, por el contrario, en la integrada por aquellos casos en las que el cuadro psicopatológico se considera secundario.

El análisis mediante el test χ^2 mostró la existencia de asociación estadísticamente muy significativa, con p <0,0001. La existencia de un diagnóstico de trastorno de personalidad resultó más frecuente en aquellos casos en los que el cuadro psicopatológico se consideró la principal causa de la discapacidad laboral, con OR=7,32 e IC 95% (2,59 - 20,71).

4.3.2 Cronicidad de los trastornos mentales. Antigüedad de los síntomas.

Se analizó si el transcurso de un tiempo más prolongado desde la aparición de síntomas psicopatológicos significativos se asociaba con que se calificara IP en alguno de sus grados, así como si existía relación con la repercusión funcional evaluada para el caso. Las calificaciones por lesiones previas se excluyeron del análisis y las denegaciones por lesiones no permanentes se consideraron como No IP, ya que, a estos efectos, el tiempo de evolución de los síntomas sí se consideró una variable relevante para la calificación administrativa. La repercusión funcional se evaluó mediante la puntuación en la escala de repercusión funcional.

Análisis sobre la muestra de casos con algún diagnóstico psiquiátrico.

En lo que se refiere a la antigüedad de los síntomas constatada en la muestra conformada por todos los casos que presentaban un diagnóstico psiquiátrico, el grupo de "más de siete años / larga data" resultó ser el que más casos acumulaba.

Casos / antigüedad de los síntomas	Núm. casos	Frecuencia relativa (IC 95%)
Hasta dos años	147	37,8% (33,1%-42,7%)
Desde dos hasta siete años	63	16,2% (12,9%-20,2%)
"Larga data"/ siete o más años	179	46,0% (41,0%-51,0%)
Total	**389**	**100,00%**

Tabla 108. Distribución de los casos según tiempo de evolución desde el momento de inicio de síntomas. Todos los casos con diagnóstico psiquiátrico.

El análisis de la relación entre la calificación administrativa y la evolución de los síntomas obre el conjunto de la muestra responde a la tabla 109:

Calificación / grupos antigüedad de los síntomas	IP	No IP	Total
Hasta dos años	74	69	**143**
Más de dos y hasta siete años	44	18	**62**
Siete o más años/ "larga data"	89	84	**173**
Total	**207**	**171**	**378**

Tabla 109. Tabla de contingencia para el análisis de la relación entre la calificación administrativa y la antigüedad de los síntomas. Todos los casos con diagnóstico psiquiátrico.

De los datos de la tabla anterior resultó χ^2= 7,865, p=0,002, luego se concluyó la existencia de asociación entre ambas variables. La intensidad de la asociación se determinó mediante el coeficiente V de Cramèr= 0,144.

Del análisis de la tabla 110, pudo concluirse que sólo existían diferencias estadísticamente significativas en lo que respecta al grupo de más de dos y hasta siete años, en el que fue más frecuente la calificación de No IP.

Calificación / grupos antigüedad de los síntomas	IP	No IP	p
Hasta dos años	48,3% (39,8%-56,7%)	51,7% (43,2%-60,1%)	0,684
Más de dos y hasta siete años	29,0% (18,2%-41,9%)	71,0% (58,0%-81,8%)	<0,001
Siete o más años/ “larga data”	48,5% (40,9%-56,3%)	51,5% (43,7%-59,1%)	0,693

Tabla 110.Frecuencia de la calificación IP frente a No IP en cada uno de los grupos constituidos en cuanto a la antigüedad de los síntomas. Todos los casos con diagnóstico psiquiátrico.

En cuanto a la repercusión funcional evaluada, sobre el total de casos analizados, la evaluación a través de la escala de repercusión funcional mostró:

Antigüedad de los síntomas/ Puntuación en escala de repercusión funcional	Hasta dos años	Desde dos hasta siete años	Más de siete años/larga data
Tamaño muestral	125	54	167
Mediana	3,0	4,0	4,0
Rango medio	144,9	155,1	200,8

Tabla 111. Puntuación en la escala de repercusión funcional en relación a la antigüedad de los síntomas. Todos los casos con diagnóstico psiquiátrico.

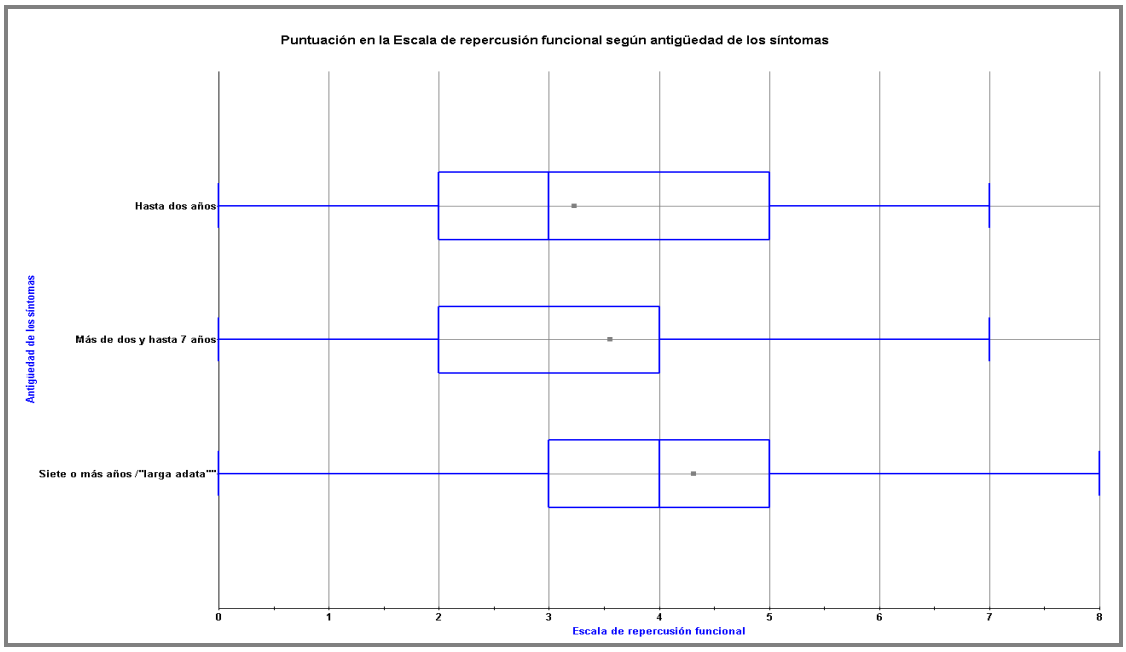


Fig.32. Puntuación en la escala de repercusión funcional en relación con la categorización de los casos según el tiempo constatado de evolución de los síntomas. Todos los casos con diagnóstico psiquiátrico.

Estadístico de Kruskal-Wallis (con corrección por empates): 25,453. Grados de Libertad: 2; p<0,0001, lo que tradujo una diferencia estadísticamente muy significativa. Para su cuantificación, no obstante, se acudió al método Dunn (95%) para comparaciones múltiples:

Contraste: puntuación en la escala de repercusión funcional entre grupos según antigüedad de síntomas	Diferencia	+/- Límite
"Más de dos y hasta 7 años" VS "Hasta dos años"	-10,2	38,3
"Siete o más años /""larga adata""" VS "Hasta dos años"	*-56,0	*27,8
"Siete o más años /larga data" VS "Más de dos y hasta 7	*-45,7	*36,8

Tabla 112. Método Dunn para comparación entre grupos; puntuaciones en la escala de repercusión funcional según agrupaciones en cuanto a la antigüedad de los síntomas. Todos los casos con diagnóstico psiquiátrico.

Las diferencias no resultaron pues significativas entre los grupos que recogen los casos con menos antigüedad de los síntomas, y sí lo fueron para las comparaciones entre el grupo de más de siete años / larga data y los dos precedentes.

Análisis sobre la muestra en la que se ha establecido la existencia de un diagnóstico psiquiátrico como principal causa de la discapacidad laboral.

En el análisis circunscrito a la muestra en la que se consideró que s el cuadro psicopatológico como la principal causa de discapacidad laboral, la categoría que se mostró claramente diferenciada de las demás fue la que se refería a los procesos de mayor duración, que recogía más del 50% de los casos que integraban esta muestra, como se recoge en la tabla a continuación.

Casos / antigüedad de los síntomas	Número de casos	Frecuencia relativa (IC 95%)
Hasta dos años	74	27,2% (22,3% - 32,8%)
Desde dos hasta siete años	45	16,5% (12,6%-21,4%)
“Larga data”/ siete o más años	153	56,3% (50,3% - 62,0%)
Total	272	100,0%

Tabla 113. Distribución de los casos según tiempo de evolución desde el momento de inicio de síntomas; muestra con diagnóstico psiquiátrico como principal causa de la discapacidad laboral.

Se analizó en esta muestra la relación con la calificación administrativa:

Calificación / antigüedad de los síntomas	IP	No IP	Total
Hasta dos años	37	36	**73**
Más de dos y hasta siete años	15	29	**44**
Siete o más años/ “larga data”	75	74	**149**
Total	**127**	**139**	**266**

Tabla 114. Tabla de contingencia; asociación entre antigüedad de los síntomas y calificación administrativa. Casos con diagnóstico psiquiátrico como principal causa de discapacidad laboral.

De los datos de la tabla anterior resultó χ^2= 3,942, p=0,139, luego no pudo demostrarse que existiera asociación entre ambas variables.

Del análisis de los intervalos de confianza para la frecuencia relativa en cada grupo de evolución, en lo que se refiere a las calificaciones de IP frente a las de No IP, se concluyó que sólo podía diferenciarse en cuanto a la calificación o no

de IP el intervalo de más de dos y hasta siete años, en el que es mayor la proporción de “No IP”, si bien la diferencia está efectivamente en el límite de la significación estadística.

Calificación / grupos antigüedad de los síntomas	IP	No IP	p
Hasta dos años	50,7% (38,7%-62,6%)	49,3 % (37,4%-61, 3%)	0,905
Más de dos y hasta siete años	34,1% (20,5%-49,9%)	65,9% (50,1%-79,5%)	0,049
Siete o más años/ “larga data”	50,3% (42,0%-58,6%)	49,7% (41,38%-58,0%)	0,942

Tabla 115.Frecuencia de la calificación IP frente a No IP en cada uno de los grupos constituidos en cuanto a la antigüedad de los síntomas. Casos con diagnóstico psiquiátrico como principal causa de discapacidad laboral.

En esta muestra, la distribución de la puntuación sobre la escala repercusión funcional con respecto a la antigüedad de los síntomas mostró los siguientes estadísticos:

Antigüedad de los síntomas/ Puntuación en la escala de repercusión funcional	Hasta dos años	Desde dos hasta siete años	Más de siete años/larga data
Tamaño muestral	63	38	145
Mediana	5,0	4,0	5,0
Rangos medios	117,4	104,7	131,1

Tabla 116. Puntuación en la escala de repercusión funcional en relación a la antigüedad de los síntomas. Casos con diagnóstico psiquiátrico como principal causa de discapacidad laboral.

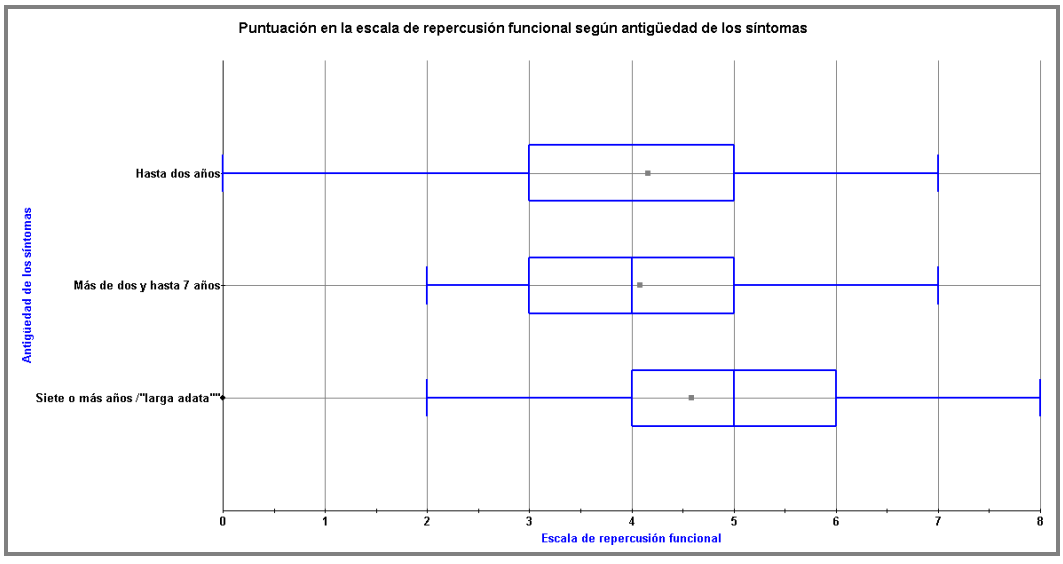


Fig.33. Puntuación en la escala de repercusión funcional en relación con la categorización de los casos según el tiempo constatado de evolución de los síntomas. Casos con diagnóstico psiquiátrico como principal causa de la discapacidad laboral.

De los datos anteriores, resultó un estadístico de Kruskal - Wallis (con corrección por empates): 5,031. Grados de Libertad: 2; p=0,081, luego no pudo

concluirse que existieran diferencias estadísticamente significativas entre la antigüedad de los síntomas y la repercusión funcional.

Análisis sobre la muestra en la que se ha establecido la existencia de un diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de la discapacidad laboral.

En esta muestra, la mayor parte de los casos se ubicó en el intervalo de menor duración de los síntomas.

Casos / antigüedad de los síntomas	Número de casos	Frecuencia relativa (IC 95%)
Hasta dos años	73	62,4% (53,0%- 71,12%)
Desde dos hasta siete años	18	15,4% (9,4%-23,2%)
"Larga data"/ siete o más años	26	22, 2% (15,1%-30,8%)
Total	117	100,00%

Tabla 117. Distribución de los casos según tiempo de evolución desde el momento de inicio de síntomas. Casos con diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de discapacidad laboral.

En lo que se refiere a la relación con las calificaciones administrativas, los datos se resumen en la tabla de contingencia 118:

Calificación / antigüedad de los síntomas	IP	No IP	Total
Hasta dos años	32	38	**70**
Más de dos y hasta siete años	3	15	**18**
Siete o más años/ "larga data"	9	15	**24**
Total	**44**	**68**	**112**

Tabla 118. Tabla de contingencia; asociación entre antigüedad de los síntomas y calificación administrativa. Casos con diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de discapacidad laboral.

De los datos expuestos en la tabla , χ^2= 5,106, con p=0,078, luego no pudo demostrarse que existiera asociación entre ambas variables.

En el único intervalo en el que se produjo una diferencia estadísticamente significativa fue el de más de dos y hasta siete años, en el que la probabilidad de que se calificara No IP fue mayor que la que se correspondía con la calificación de IP en alguno de sus grados, tal y como se desprende de la tabla adjunta.

Calificación / grupos antigüedad de los síntomas	IP	No IP	p
Hasta dos años	45,7% (33,7%-58,1%)	54,3% (41,9%-66,3%)	0,472
Más de dos y hasta siete años	16,7% (3,6%- 41,4%	83,3% (58,6%- 96,4%)	0,007
Siete o más años/ "larga data"	37,5% (18,8%- 59,4%)	62,5% (40,6%- 81,2%)	0,307

Tabla 119.Frecuencia de la calificación IP frente a No IP en cada uno de los grupos constituidos en cuanto a la antigüedad de los síntomas. Casos con diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de discapacidad laboral.

En lo que se refiere a la evaluación del impacto funcional evaluado en esta muestra y su relación con la antigüedad de los síntomas:

Antigüedad de los síntomas/ Puntuación en escala de repercusión funcional	Hasta dos años	Desde dos hasta siete años	Más de siete años/larga data
Tamaño muestral	62	16	22
Mediana	2,0	2,5	3,0
Rango medio	49,5	50,2	53,6

Tabla 120. Puntuación en la escala de repercusión funcional en relación a la antigüedad de los síntomas. Casos con diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de discapacidad laboral.

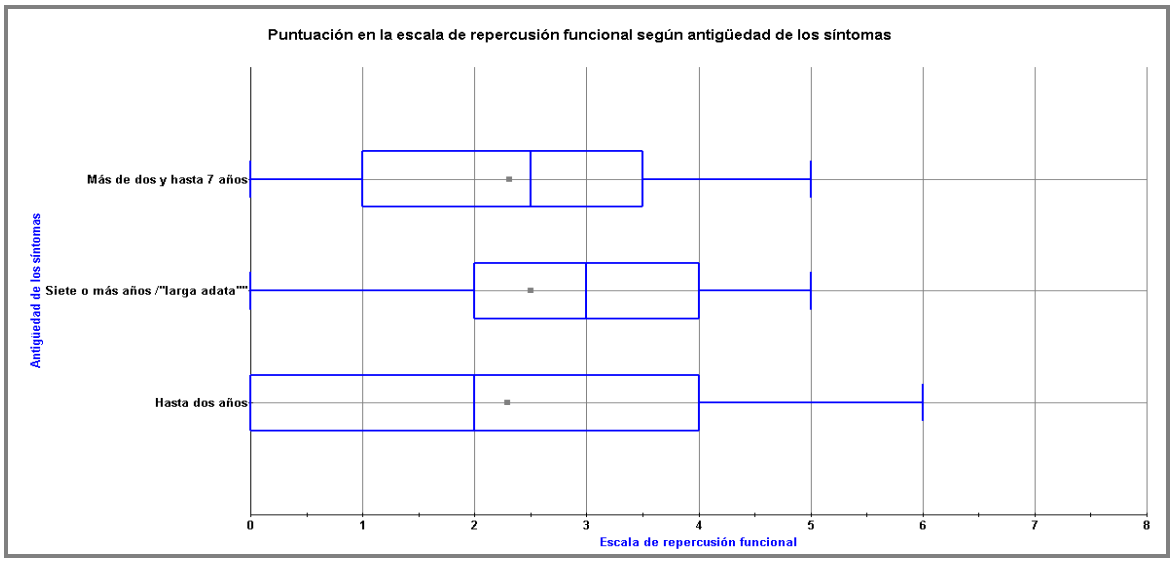


Fig. 34. Puntuación en la escala de repercusión funcional en relación con la categorización de los casos según la antigüedad de los síntomas. Casos con diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de discapacidad laboral.

Estadístico de Kruskal-Wallis (con corrección por empates): 0,342. Grados de Libertad: 2; p= 0,843, luego no pudo demostrarse que en esta muestra existiera asociación estadísticamente significativa entre estas variables.

Análisis comparativo de la distribución, en cuanto a la duración de los síntomas, en las muestras según el diagnóstico psiquiátrico sea la causa principal o secundaria de discapacidad laboral.

La presencia de casos cuya principal causa de discapacidad laboral deriva del cuadro psicopatológico es mayoritaria en el grupo de larga data / siete o más años, mientras que en la categoría de hasta dos años son mayoría los casos en los que la principal causa de discapacidad laboral procede es ajena al referido cuadro psicopatológico. En la categoría intermedia, las diferencias no son estadísticamente significativas, tal y como se desprende del análisis de la tabla 121.

Antigüedad de los síntomas	FR en la muestra con diag. psiq. ppal. (n=272)	FR en la muestra con diag. psiq. sec.(n=117)	p
Hasta dos años	27,2% (22,3% - 32,8%)	62,4% (53,0%- 71,2%)	<0,0001
Desde dos hasta siete años	16,5% (12,6%-21,4%)	15,4% (9,4%-23,2%)	0,776
"Larga data"/ siete o más años	56,2% (50,3% - 62,0%)	22,2% (15,1%-30,8%)	<0,0001

Tabla 121. Frecuencia relativa (FR) de los casos según el cuadro psicopatológico se comporte como diagnóstico principal o secundario en cada una de las clases establecidas en cuanto a la antigüedad de los síntomas; nivel de significación estadística de la diferencia observada en cada categoría.

La cuantificación de la diferencia con la que se estimó en estas categorías estaban presentes una y otra poblaciones (aquélla que presentaría un diagnóstico psiquiátrico como causa principal de discapacidad laboral y la otra conformada por sólo aquellos casos en los que el diagnóstico psiquiátrico tendría un papel secundario en el proceso de IP) muestra claramente la diferencia, tal y como se detalla a continuación.

	Diferencia de FR de cada intervalo de duración de síntomas entre muestras con diag. psiq. como causa sec. o ppal. de discap. labotal	p
Hasta dos años	35,2% (24,9%, 45,4%)	<0,0001
"Larga data"/ siete o más años	-34,0% (-43,60%, -24,46%)	<0,0001

Tabla 122. Diferencia entre las frecuencias relativas con la que se presentan cada una de las categorías establecidas en cuanto a la duración de los síntomas según el cuadro psicopatológico se considere es el diagnóstico principal o secundario del proceso; nivel de significación estadística de la diferencia. El signo negativo indica que la frecuencia relativa observada en esa categoría es mayor en los casos con diagnóstico psiquiátrico como principal causa de la discapacidad laboral del caso.

Los resultados anteriores se analizaron también desde la perspectiva de que la antigüedad de los síntomas se considerase como una variable ordinal según se indicó en material y método. La eventual diferencia entre la distribución de la variable "duración de los síntomas" (en su planteamiento ordinal) según se considerase que el diagnóstico psiquiátrico fuera causa principal o secundaria de discapacidad laboral puede así evaluarse mediante el test de Mann-Whitney:

Causa principal de discapacidad laboral / Puntuación en escala de antigüedad de los síntomas	Diagnóstico psiq. como ppal.	Diagnóstico psiq. como sec.
Número de casos	272	117
Mediana	3,0	1,0
Rango medio	218,5	140,4

Tabla 123. Puntuación en la escala de antigüedad de los síntomas según la principal causa de discapacidad laboral derive o no del cuadro psicopatológico.

Se planteó la hipótesis de que la antigüedad de los síntomas sería mayor en los casos en los que se consideraba que la principal causa de discapacidad derivaba del cuadro psicopatológico (test unidireccional); estadístico de contraste de U=6,840, en el test de una cola p <0,0001, por lo que se aceptó la hipótesis planteada.

4.3.3 Los diagnósticos en el eje I y la duración de los síntomas.

Para poder aproximarnos a la frecuencia con la que cada uno de los diagnósticos o patrones de comorbilidad estudiados en el eje I se presentaron en cada uno de las categorías establecidas en cuanto a la duración de los síntomas, las frecuencias de aparición de cada uno de los trastornos y patrones de comorbilidad identificados para el eje I, presentándose en la tabla adjunta estas frecuencias relativas con sus correspondientes intervalos de confianza al 95%, determinados en función del número de casos en cada uno de las categorías establecidas para la antigüedad de los síntomas.

Diagnóstico en Eje I	Hasta dos años N_1=147 casos	Más de dos y hasta siete años N_2= 63casos	Siete o más años / larga data N_3= 179
Trastorno afectivo	28,6% (21,9% – 36,3%)	31,7% (21,6%-44,0%)	27,4%(21,4%, 34,3%)
Trastorno adaptativo	25,2% (18,8%-32,8%)	19,0% (11,2%-30,4%)	7,3% (4,3%-12,3%)
Otros patrones de comorbilidad	25,2%	6,3%	13,4%
Trast. Afect+ Trast. Ans.	8,2% (4,7%-13,7%)	9,5% (4,4%-19,3%)	7,8% (4,7%-12,7%)
Trastorno mixto ansiosodepresivo	6,8% (3,7%-12,1%)	6,3% (2,5%-15, 2%)	8,4% (5,1%-13,4%)
Trastorno de ansiedad	6,8% (3,7%-12,1%)	4,8% (1,6%-13,1%)	8,9% (5,6%-14,0%
Trast. Afect.+ Trast. Rel. Subst.	3,4% (1,5%-7,7%)	3,2% (0,9%-10,9%)	5,6% (3,1%-10,0%)
Trastornos cognitivos	3,4% (1,5%-7,7%)	3,2% (0,9%-10,9%)	0,6% (0,1%-3,1%)
Trast. Rel. Substancias	2,0% (0,7%-5,8%)	4,8% (1,6%-13,1%)	4,5% (2,3%-8,6%)
Comorbilidad trastornos de ans.	1,4% (0,37%-4,82%)	0	0
Sin diagn. Eje I (Ret. Ment, Tras. P)	1,4%	0	2,2%
Trastornos psicóticos	1,4% (0,4%-4,8%)	6,3% (2,5%-15,2%)	7,8% (4,7%-12,7%)
Trast. Psicót+Trast. Afect.	0,7% (0,1%-3,7%)	1,6% (0,3%-8,5%)	1,7% (0,6%-4,8%)
Trast. AdApt + Trast. Rel. Subst.	0,7% (0,1%-3,7%)	3,2% (0,9%-10,9%)	0,6% (0,1%-3,1%)
Trastornos somatomorfos	0,7% (0,1%-3,7%)	0	0,6% (0,1%-3,1%)
Otros diagnósticos únicos"	0,7% (0,12%-3,75%)	0	1,1%
Trast. Cond.Alim.+ Trast. Afect.	0	0	2,2% (0,9%-5,6%)

Tabla 124. Diagnósticos en eje I; análisis estratificado de la proporción de casos encontrados según el tiempo de evolución de los síntomas.

Si bien los tamaños muestrales en cada uno de los estratos condicionaron amplios intervalos de confianza para las frecuencias relativas estimadas de los diferentes diagnósticos y patrones de comorbilidad, pudo no obstante observarse cierta tendencia. Así, los trastornos adaptativos resultaron ser menos frecuentes en las categorías que agrupaban a los casos con mayor antigüedad de los síntomas. La diferencia entre la frecuencia con la que este trastorno apareció en la categoría que agrupaba los casos con mayor antigüedad de los síntomas y la que se observó en la categoría en la que se ubicaron los casos con síntomas que se remontaban sólo hasta dos años antes, calculada mediante test z-proporción, se estimó en 17,90%, IC 95% (9,91% -25,9%%) con z=4,59 y p<0,001. Los trastornos afectivos se mantuvieron en similares frecuencias relativas en los tres intervalos establecidos en cuanto a la antigüedad de los síntomas, y los trastornos psicóticos se presentaron con mayor frecuencia en el grupo con mayor antigüedad de los síntomas (z=-2,660 y p=0,008 frente al grupo de hasta dos años de evolución).

4.3.4 Los diagnósticos en el eje II y la duración de los síntomas. Personalidad disfuncional.

Se planteó determinar si la existencia de una personalidad disfuncional se asociaba o no con una mayor antigüedad de los síntomas psiquiátricos. El análisis se efectuó desde la escala de antigüedad de los síntomas, efectuándose el análisis correspondiente mediante el test de Mann - Whitney.

a) Casos en los que se había establecido la presencia de una personalidad disfuncional.

Personalidad disfuncional / Puntuación en la escala de antigüedad de los síntomas	Personalidad disfuncional	Sin personalidad disfuncional
Tamaño muestral	122	267
Mediana	3,0	2,0
Rango medio	231,1	178,5

Tabla 125. Puntuación en la escala de antigüedad de los síntomas en relación a las muestras de casos configuradas según presenten o no una personalidad disfuncional.

El resultado del test para la hipótesis de mayor antigüedad de los síntomas en los casos con personalidad disfuncional mostró U= -4,663, con p<0,0001, luego se concluyó que los antecedentes de síntomas psiquiátricos se remontaban más atrás en el tiempo en aquellos casos en los que se constataba la presencia de una personalidad disfuncional.

b) Casos en los que se había establecido la presencia de un trastorno de la personalidad.

La muestra de casos con trastorno de la personalidad se conformó por un subconjunto de aquellos casos que presentaban una personalidad disfuncional y reunían los criterios necesarios para este diagnóstico.

Personalidad disfuncional / Puntuación en la escala de antigüedad de los síntomas	Trastorno de la personalidad	Sin trastorno de la personalidad
Tamaño muestral	60	329
Mediana	3,0	2,0
Rango medio	259,5	183,2

Tabla 126. Puntuación en la escala de antigüedad de los síntomas en relación a las muestras de casos conformadas según presenten o no un trastorno de la personalidad.

El resultado del test para la hipótesis de mayor antigüedad de los síntomas en los casos con personalidad disfuncional mostró un estadístico de contraste de U= -5,259, con p<0,0001, luego se concluyó que los antecedentes de síntomas psiquiátricos se remontaban más atrás en el tiempo en aquellos casos en los que se constataba la presencia de un trastorno de la personalidad.

4.3.5 Ingresos previos según diagnóstico.

En nuestra muestra, presentaron un antecedente de hospitalización psiquiátrica un total de 76 casos (19,5% sobre los 389 casos que integran la muestra). Los diagnósticos en el eje I que presentaban estos casos son los que se detallan en la tabla 127.

Casos con antecedentes de ingreso psiquiátrico / diagnóstico	Núm. casos	Porcentaje
Trastornos afectivos	21	27,6%
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	10	13,2%
Trastornos relacionados con substancias	8	10,5%
Trastornos afectivos+ trast. relacionados con subst.	7	9,2%
Otros*	30	39,5%
Total	**76**	**100,0%**

Tabla 127. Frecuencia relativa de los distintos grupos diagnósticos y patrones de comorbilidad en los casos que tenían antecedentes de ingreso psiquiátrico. *Incluye un caso *sin diagnóstico en el Eje I*; alta bajo el diagnóstico principal de Trastorno de la personalidad no especificado (rasgos B y C).

La categoría “otros” comprende una elevada proporción (39,5%) de casos con diagnósticos varios, con frecuencias todos ellos inferiores al 6%, siendo los diagnósticos más frecuentes entre estos casos con antecedente de ingreso los trastornos afectivos y los trastornos psicóticos.

En el caso del análisis restringido a la muestra con diagnóstico psiquiátrico como principal causa de la discapacidad laboral, se constató el antecedente de ingreso psiquiátrico en 70 casos; un 25,7% sobre 272 casos. De nuevo, los diagnósticos más frecuentes fueron los trastornos afectivos y los psicóticos.

Casos con antecedentes de ingreso psiquiátrico / diagnóstico	Núm. casos	Porcentaje
Trastornos afectivos	20	28,6%
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	10	14,3%
Trastornos relacionados con substancias	8	11,4%
Trastornos afectivos + trastornos relacionados con	7	10,0%
Otros*	25	35,7%
Total	**70**	**100,0%**

Tabla 128. Frecuencia relativa de los distintos grupos diagnósticos y patrones de comorbilidad en los casos que tenían antecedentes de ingreso psiquiátrico; muestra en la que el cuadro psicopatológico se considera la principal causa de discapacidad laboral. *Incluye un caso *sin diagnóstico en el Eje I*; alta bajo el diagnóstico principal de Trastorno de la personalidad no especificado (rasgos B y C).

En el análisis restringido a la muestra en la que el cuadro psiquiátrico se consideró secundario, se constató el antecedente de ingreso psiquiátrico en 6 casos; un 5,1% sobre 117 casos. La heterogeneidad diagnóstica en esta muestra resultó muy importante; ningún diagnóstico o patrón de comorbilidad de los estudiados presentó más de un caso que precisara ingreso.

4.4 Repercusión funcional derivada del cuadro psicopatológico.

4.4.1 Evaluación de la repercusión funcional del cuadro psicopatológico.

La valoración de las limitaciones derivadas del cuadro psicopatológico en los 389 casos que presentaban algún diagnóstico psiquiátrico se realizó en 316 casos (81,2%) mediante el recurso al sistema de grados funcionales propuestos en el Manual de Actuación para Médicos del INSS[114]. En los restantes casos, 30 (7,7%) no fueron directamente evaluados a pesar de recogerse un diagnóstico psiquiátrico en el dictamen-propuesta del EVI, lo que se asume como una valoración funcional equivalente a “grado funcional 0” (sin repercusión funcional significativa del cuadro psicopatológico). Hasta un 5,1% se evaluaron mediante algún sistema distinto y no equiparable al propuesto en las directrices de actuación contenidas en el referido manual, y en el 5,9% restante se estableció directamente que las lesiones se encontraban aún en curso en el momento de emitirse el IMS y el correspondiente dictamen-propuesta.

4.4.2 Repercusión funcional del cuadro psicopatológico según sea éste causa principal o secundaria de la discapacidad laboral evaluada en el caso.

Se analizó si la categorización de los casos en dos muestras, según el cuadro psicopatológico resultara ser la causa principal o secundaria de

discapacidad laboral, se asociaba a diferencias en cuanto a la repercusión funcional del cuadro, medida ésta a través de la escala de repercusión funcional. Para ello, se acudió al test de Mann - Whitney, considerando como hipótesis alternativa que la repercusión funcional de los casos en los que se consideró que la principal causa de discapacidad laboral derivada del cuadro psicopatológico sería mayor que la correspondiente a aquellos casos en los que se consideraba el cuadro psicopatológico como causa secundaria de discapacidad laboral.

Causa ppal. discapacidad laboral / Puntuación en la escala de repercusión funcional	Diagn. psiquiátrico como principal	Diagn. psiquiátrico como secundario
Tamaño muestral	246	100
Mediana	4,0	2,0
Rango medio	205,4	95,1

Tabla 129. Puntuación en la escala de repercusión funcional según el cuadro psicopatológico se considere causa principal o secundaria de la discapacidad laboral.

A partir de la tabla anterior, resultó U=9,464, con p< 0,0001. Por lo tanto, sea asumió una mayor repercusión funcional del cuadro psicopatológico en la muestra en la que se consideró que tal cuadro psicopatológico era la principal causa de la discapacidad laboral evaluada en el caso.

4.4.3 Evaluación de las limitaciones orgánicas y funcionales y su traslación a las calificaciones de IP.

Se analizó la relación existente entre la evaluación de la repercusión funcional del cuadro psicopatológico y la calificación administrativa del mismo. Se acudió para ello al test de Kruskal - Wallis. No se incluyeron en el análisis aquellos casos con calificación de “lesiones no permanentes” ni aquellos casos en los que la evaluación de la repercusión funcional no se ha realizado conforme al referido sistema de grados funcionales.

Análisis de la muestra de casos que presenta algún diagnóstico psiquiátrico.

La repercusión funcional en cada una de las calificaciones administrativas consideradas se recoge (n=334) en la tabla 130.

Puntuación en la escala de repercusión funcional /Calificación	Núm. casos	Suma de Rangos Rm	Rango Medio
No grado	166	20309,5	122,3
IPT	92	16256,0	176,7
IPA	64	16400,0	256,2
Gran invalidez	2	664,0	332,0
Lesiones previas a la afiliación	10	2315,5	231,5

Tabla 130. Estadísticos de la puntuación en la escala de repercusión funcional en cada una de las calificaciones administrativas consideradas. Todos los casos.

De los datos anteriores, resultó un estadístico de Kruskal-Wallis (con corrección por empates)= 105,188. Grados de Libertad: 4, con p=0,0001, luego

el resultado fue estadísticamente muy significativo. Las diferencias que se evaluaron por el test estadístico se representan en el gráfico adjunto:

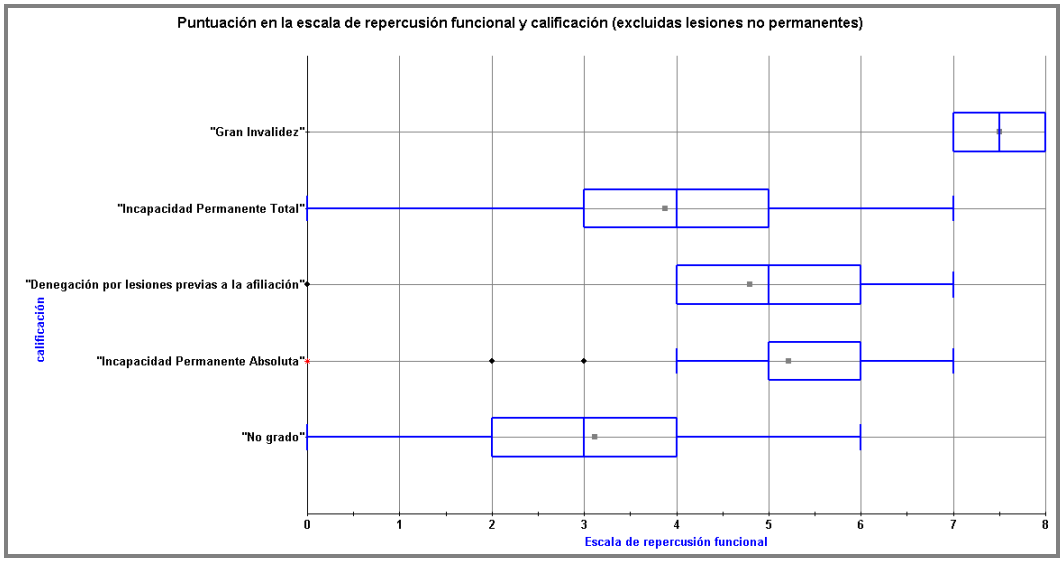


Fig.35. Calificaciones y puntuación en la escala de repercusión funcional. Muestra con todos los casos con diagnóstico psiquiátrico.

La prueba de Dunn permitió determinar de qué grupo o grupos provenían las diferencias detectadas en la prueba de Kruskal-Wallis, con los resultados que se recogen en la tabla 131.

Contraste entre las distintas calificaciones en relación con la puntuación en la escala de repercusión funcional	Diferencia	+/- Límite
"Gran Invalidez" VS "Denegación les. prev.afil"	-100,4	206,1
"Incapacidad Permanente Absoluta" VS" Denegación les.prev. afil."	-24,7	90,5
"Incapacidad Permanente Total" VS "Denegación les. prev. afil."	54,8	88,6
"No grado" VS "Denegación por lesiones previas a la afiliación"	*109,2	*86,6
"Incapacidad Permanente Absoluta" VS "Gran Invalidez"	75,7	191,1
"Incapacidad Permanente Total" VS "Gran Invalidez"	155,3	190,2
"No grado" VS "Gran Invalidez"	*209,6	*189,3
"Incapacidad Permanente Total" VS "Incapacidad Permanente Abs."	*79,5	*43,3
"No grado" VS "Incapacidad Permanente Absoluta"	*133,9	*39,2
"No grado" VS "Incapacidad Permanente Total"	*54,3	*34,6

Tabla 131. Resultados de la prueba de Dunn; diferencias, en cuanto a la puntuación en la escala de repercusión funcional, de las distintas calificaciones administrativas. Todos los casos.* Diferencia estadísticamente significativa.

Análisis de la muestra de casos en la que el diagnóstico psiquiátrico se considera la principal causa de la discapacidad laboral evaluada en el caso.

Los datos de la muestra (n=237) se recogen en la tabla 132.

Puntuación en la escala de repercusión funcional	Núm. casos	Suma de Rangos Rm	Rango Medio
No grado	114	8612,5	75,5
IPT	64	8146,0	127,3
IPA	52	9979,0	191,9
Gran invalidez	2	470,0	235,0
Lesiones previas a la afiliación	5	995,5	199,1

Tabla 132. Estadísticos de la puntuación en la escala de repercusión funcional en cada una de las calificaciones administrativas consideradas. Casos con diagnóstico psiquiátrico como principal causa de discapacidad laboral.

Estadístico de Kruskal-Wallis (con corrección por empates): 124,495. Grados de Libertad: 4, con p<0,0001. El gráfico representa las diferencias existentes.

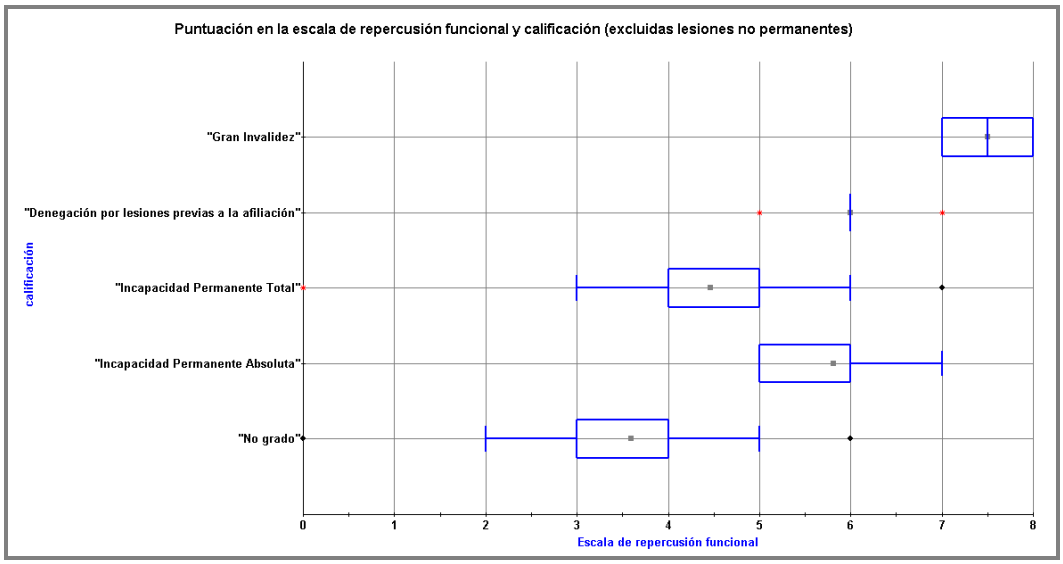


Fig.36. Calificaciones y puntuaciones en la escala de repercusión funcional. Muestra de casos con diagnóstico psiquiátrico como causa principal de la discapacidad laboral.

La prueba de Dunn permitió determinar de qué grupo o grupos provenían las diferencias, con los resultados que se recogen en la tabla a continuación.

Contraste entre las distintas calificaciones en relación con la puntuación en la escala de repercusión funcional	Diferencia	+/- Límite
"Gran Invalidez" VS "Denegación por lesiones previas a la afiliación"	-35,9	156,8
"Incapacidad Permanente Absoluta" VS "Denegación les. prev. afil"	7,2	87,7
"Incapacidad Permanente Total" VS "Denegación les. prev. afil."	71,8	87,0
"No grado" VS "Denegación por lesiones previas a la afiliación"	*123,5	*85,6
"Incapacidad Permanente Absoluta" VS "Gran Invalidez"	43,1	135,0
"Incapacidad Permanente Total" VS "Gran Invalidez"	107,7	134,6
"No grado" VS "Gran Invalidez"	*159,4	*133,7
"Incapacidad Permanente Total" VS "Incapacidad Permanente Abs."	*64,6	*35,0
"No grado" VS "Incapacidad Permanente Absoluta"	*116,4	*31,4
"No grado" VS "Incapacidad Permanente Total"	*51,8	*29,3

Tabla 133.Resultados de la prueba de Dunn; diferencias, en cuanto a la puntuación en la escala de repercusión funcional, de las distintas calificaciones administrativas. Muestra de casos con diagnóstico psiquiátrico como causa principal de la discapacidad laboral.* Diferencia estadísticamente significativa.

Análisis de la muestra de casos en la que el diagnóstico psiquiátrico se considera causa secundaria de la discapacidad laboral evaluada en el caso.

La repercusión funcional en cada una de las calificaciones administrativas consideradas (n=97) se recoge en la tabla 134.

Puntuación en la escala de repercusión funcional /Calificación	Núm. casos	Suma de Rangos Rm	Rango Medio
No grado IP	52	2272,0	43,7
IPT	28	1482,0	52,9
IPA	12	643,0	53,6
Lesiones previas a la afiliación	5	356,0	71,2

Tabla 134. Estadísticos de la puntuación en la escala de repercusión funcional en cada una de las calificaciones administrativas consideradas. Muestra de casos con diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de la discapacidad laboral.

De la tabla anterior, estadístico Kruskal-Wallis (con corrección por empates): 6,135. Grados de Libertad: 3, p=0,105; luego el resultado no fue significativo.

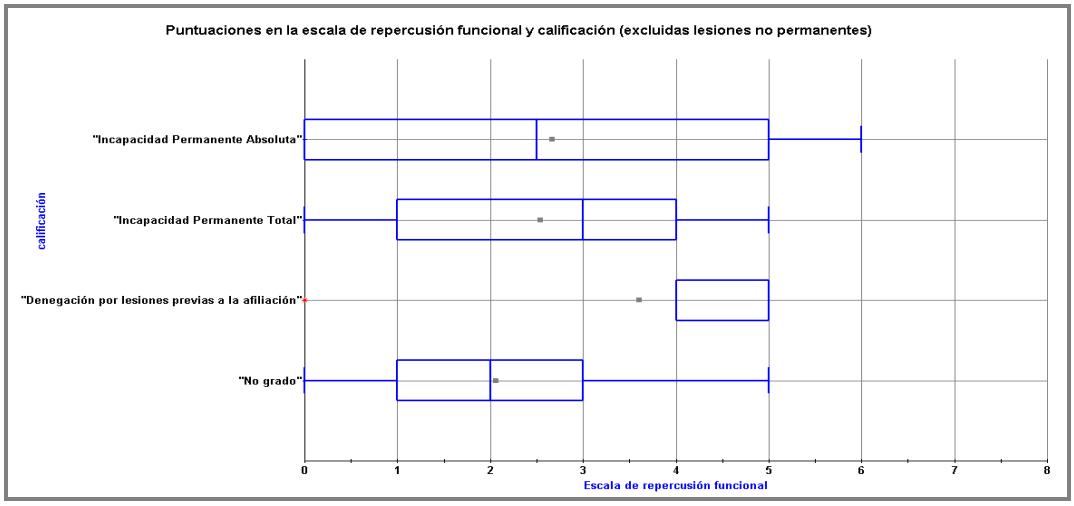


Fig. 37. Calificaciones y puntuaciones en la escala de repercusión funcional. Muestra de casos con diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de discapacidad laboral.

4.4.4 Calificación de IPT para la profesión habitual y repercusión funcional del cuadro psicopatológico según grupos de actividad laboral.

Se analizó si, en relación a aquellos casos calificados como IPT para la profesión habitual, la repercusión funcional fue distinta en función del grupo profesional en el que había incluido al trabajador. Para evitar la interferencia de diagnósticos no psiquiátricos en los casos con comorbilidad, se ciñó el análisis a la muestra de casos en la que se estimó que la principal causa de la discapacidad laboral derivaba del cuadro psicopatológico. Sólo se incluyeron en el análisis aquellos casos en los que la repercusión funcional fue evaluada mediante el sistema de grados funcionales del INSS, lo que permitió acudir a la escala de repercusión funcional. Se pretendía evaluar si en los grupos de comercio y servicios y “white collar”, en relación a los cuales se pueden presuponer mayores requerimientos en cuanto a las limitaciones que pudieran derivarse del cuadro psicopatológico, la repercusión funcional que había dado lugar a la calificación de IPT era inferior a la repercusión funcional evaluada en los casos correspondientes con ocupaciones manuales.

En el análisis, se calificaron como IPT un total de 64 casos. El análisis se planteó desde el test de Kruskal – Wallis sobre la repercusión funcional y cada uno de los grupos profesionales considerados:

Grupo profesional/ Puntuación en la escala de repercusión funcional	Blue collar	Comercio /servicios	White collar
Tamaño muestral	26	26	12
Mediana	4,5	5,0	5,0
Rango medio	30,8	32,3	36,5

Tabla 135. Puntuación en la escala de repercusión funcional según grupo profesional. Casos calificados como IPT en la muestra de casos con diagnóstico psiquiátrico como principal causa de discapacidad laboral.

El estadístico de Kruskal-Wallis (con corrección por empates) que resultó de los datos anteriores arrojó un valor de 0,850. Grados de Libertad 2, p=0,654, luego no se pudo demostrar que existieran diferencias estadísticamente significativas en la repercusión funcional evaluada en función de cada uno de los grupos de actividad laboral.

4.4.5 Calificación de No grado de IP y repercusión funcional del cuadro psicopatológico según grupos de actividad laboral.

Se pretendía determinar si, en relación a aquellos casos calificados como No grado de IP, la repercusión funcional evaluada fue distinta en función del grupo profesional en el que había incluido al trabajador. Aquellas actividades que se suponen de tipo manual, que pudieran estar incluidas en los grupos "blue collar" teóricamente podrían ser compatibles con el mantenimiento de actividad laboral incluso ante una repercusión funcional del cuadro psicopatológico mayor que la que daría lugar a la calificación de una IPT para actividades "white collar". Para evitar la interferencia de diagnósticos no psiquiátricos en los casos con comorbilidad, se ciñó el análisis a la muestra de casos en la que se estimó que la principal causa de la discapacidad laboral que se apreciaba en el trabajador derivaba del cuadro psicopatológico. Sólo se incluyeron en el análisis aquellos casos en los que la repercusión funcional fue evaluada mediante el sistema de grados funcionales del INSS[114]. Se calificaron como No grado de IP un total de 114 casos. El análisis se planteó desde el test de Kruskal – Wallis sobre la variable definida a partir de la escala de repercusión funcional:

Grupo profesional/ Puntuación en la escala de repercusión funcional	Blue collar	Comercio /servicios	White collar
Tamaño muestral	54	36	24
Mediana	4,0	4,0	4,0
Rango medio	59,7	54,2	57,6

Tabla 136. Evaluación de la repercusión funcional según el grupo profesional; casos calificados como IPT y en los que la principal causa de discapacidad laboral deriva del cuadro psicopatológico.

El estadístico de Kruskal-Wallis (con corrección por empates) calculado a partir de la tabla fue 0,680. Grados de Libertad: 2, con p=0,711, luego no pudo demostrarse que existiera diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la repercusión funcional.

4.5 Características de los procedimientos de Incapacidad Permanente por trastornos mentales.

El análisis de las características que presentan estos expedientes se llevó a cabo, en primer lugar, mediante el estudio de la muestra conformada por la totalidad de los casos que presentaban algún diagnóstico psiquiátrico, y posteriormente, se trató el análisis diferenciando aquellos en los que el trastorno mental constituía la principal causa de la discapacidad que se objetiva en el procedimiento y aquellos otros casos en los que el trastorno mental constituía un diagnóstico secundario.

4.5.1 Tipo de inicio.

Para determinar si existía asociación entre la causa de inicio del expediente de IP y la principal causa de discapacidad laboral (si ésta derivaba del cuadro psicopatológico o no) se recurrió al test χ^2.

Causa principal de la discapacidad laboral / iniciación del expediente	Diag. psq. ppal. Núm. casos	Diag. psq. secund. Núm. casos	Total
Agotamiento de duración máxima de IT	93	25	118
A instancias del interesado	122	66	188
Informe - Propuesta SPS	28	21	49
Propuesta IP en control de IT INSS	29	5	34
Total	**272**	**117**	**389**

Tabla 137. Tabla de contingencia; asociación entre causa principal de la discapacidad y causa de inicio del expediente de IP. Todos los casos.

Desde la tabla anterior, χ^2=14,321, con p= 0,002, luego hubo de concluirse la existencia de asociación entre ambas variables.

4.5.1.1 Inicio del procedimiento según el diagnóstico psiquiátrico se considere como causa principal o secundaria de la discapacidad laboral evaluada.

Se planteó el análisis desde dos puntos de vista; considerado el tipo de inicio, qué papel ocupa el cuadro psicopatológico en cuanto a origen de la discapacidad laboral, y seguidamente, considerado si el diagnóstico psiquiátrico era o no el principal, qué comportamiento sigue el tipo de inicio. Debe tenerse presente que la mayor parte de los casos analizados cuenta con un trastorno mental como principal determinante de la discapacidad laboral (69,9%),

En primer lugar, se analizó la causa principal de la incapacidad objetivada en cada caso según se hubiera iniciado el expediente, como se recoge en la tabla 138.

Causa principal de la discapacidad laboral / iniciación del expediente	Número de casos	Diag. psq. ppal. Núm. casos	Diag. psq. secund. Núm. casos	p
Agotamiento de duración máxima de IT	118	78,8%	21,2%	<0,0001
A instancias del interesado	188	64,9%	35,1%	<0,0001
Informe - Propuesta SPS	49	57,1%	48,9%	0,392
Propuesta IP en control de IT INSS	34	85,3%	14,7%	<0,0001
Total	**389**			

Tabla 138. Categorización de los expedientes según el inicio del expediente y tipo de diagnóstico que determina la principal causa de discapacidad laboral en cada uno de las categorías de inicio.

Las diferencias no fueron significativas en el caso de los expedientes iniciados por el servicio público de salud, resultando en el resto de los supuestos una mayor frecuencia de expedientes con diagnóstico psiquiátrico como principal causa de la discapacidad laboral.

A continuación se recoge la proporción de expedientes que, en relación a cada supuesto de iniciación, se presentó en cada muestra.

Expedientes en cada muestra / causa de iniciación del expediente	Todos los casos(n=389)	Diag. psq. ppal. (n=272)	Diag. psqi. secund. (n=117)	p
Agotamiento de duración máxima de IT	30,3% (26,0%-35,1%)	34,2%	21,4%	0,012
A instancias del interesado	48,3% (43,4%-52,4%)	44,8%	56,4%	0,036
Informe - Propuesta SPS	12,6% (9,7%-16,3%)	10,3%	17,9%	0,038
Propuesta IP en control de IT INSS	8,7% (6,3%-12,0%)	10,7%	4,3%	0,041
Total	**100%**	**100,0%**	**100,0%**	

Tabla 139.Categorización de los expedientes según el diagnóstico psiquiátrico sea o no el principal determinante de la discapacidad laboral que se objetiva en el procedimiento y el tipo de inicio del expediente en cada grupo diagnóstico. Significación estadística de la diferencia calculada entre las muestras con diagnóstico psiquiátrico como principal y secundario. SPS: servicio público de salud.

Todas las diferencias alcanzaron significación estadística al comparar ambas muestras, resultando superiores las frecuencias de iniciación en los supuestos de agotamiento de la IT y propuesta de IP a instancias del INSS en la muestra con diagnóstico psiquiátrico como principal, mientras que en la muestra de casos en los que el cuadro psicopatológico es secundario, son mayoritarios los casos iniciados a instancias del trabajador o del servicio público de salud.

4.5.1.2 Inicio del procedimiento, calificación administrativa y repercusión funcional.

Se analizó mediante χ^2 si la forma en la que se llega al procedimiento de calificación tiene alguna relación con el sentido de la calificación y con la repercusión funcional derivada del cuadro psicopatológico que se evalúa en el caso. Se contemplaron todas las calificaciones, agrupadas mediante una variable categórica que toma valores IP / No IP, incluyéndose en esta última las lesiones previas a la afiliación y las lesiones no permanentes.

En cuanto a la repercusión funcional del cuadro psicopatológico, se analizó ésta mediante el test de Mann - Whitney.

Sobre la muestra de casos que presentan algún diagnóstico psiquiátrico.

La determinación sobre la asociación se efectuará mediante el test χ^2 según la tabla de contingencia:

Calificación / causa de iniciación del expediente	IP	No IP	Total
Agotamiento de duración máxima de IT	60	58	**118**
A instancias del interesado	53	135	**188**
Informe - Propuesta SPS	27	22	**49**
Propuesta IP en control de IT INSS	31	3	**34**
Total	**171**	**218**	**389**

Tabla 140. Tabla de contingencia 4x2 para la asociación “tipo de inicio del procedimiento” y “resultado de la calificación administrativa”, esta última como variable categorial dicotómica IP / No IP.

Estadístico de contraste χ^2=54,486, resultando p<0,0001, luego se concluyó la existencia de relación entre el tipo de inicio y el sentido de la calificación administrativa. En cuanto a la intensidad de la asociación, se determinó mediante V de Cramèr=0,374, que tradujo una relación débil - moderada.

En lo que respecta a la relación calificación-situación de IT, simplificando la tabla anterior y considerando únicamente si se inició el expediente por parte del interesado por oposición a aquellos casos en los que se inició por considerarse que, en relación a las posibilidades de mejoría en el ámbito de la IT, se habían agotado las medidas terapéuticas, fue posible calcular la OR desde la tabla 141.

Calificación / causa de iniciación del expediente	IP	No IP	Total
Agotamiento de medidas terapéuticas en relación a la IT	118	83	**201**
Inicio por el interesado	53	135	**188**
Total	**171**	**218**	**389**

Tabla 141. Calificación según causa de inicio del expediente de IP. Todos los casos.

De los datos de la tabla anterior, resultó χ^2=36,718; p <0,0001, con una mayor frecuencia de calificación de IP en aquellos casos en los que se considera agotado el papel de la IT, resultando OR=3,62, con IC 95% (2,37- 5,53).

Las proporciones en las que se calificó IP según el caso proviniera o no de una situación de IT fueron distintas, resultando una menor proporción de casos calificados con algún grado de IP en aquellos casos iniciados por el interesado. En los casos en que se consideraron agotadas las medidas terapéuticas en relación a la IT, la proporción de casos calificados como IP fue del 58,7% con IC 95% (51,6%-65,6%).

Calificación / causa de iniciación del expediente	No IP	IP	p
Agotamiento de medidas terapéuticas en relación a la IT	41,3%	58,7%	0,014
Inicio por el interesado	71,8%	28,2%	<0,0001

Tabla 142 Calificación según causa de inicio del expediente de IP. Todos los casos.

La estimación de la diferencia con la que se calificó IP según se hubieran agotado las medidas terapéuticas en relación con la IT o se iniciara el expediente por el interesado se situaron alrededor del 30,5%, con IC 95% (21,1%-39,9%); p<0,0001.

Para el análisis de la repercusión funcional del cuadro psicopatológico, se consideraron estos dos grupos; con agotamiento de medidas terapéuticas en relación a la IT e inicio por el interesado, efectuando el test de Mann-Whitney:

Puntuación en la escala de repercusión funcional / causa de iniciación del expediente	Agotamiento de medidas terapéuticas en relación a la IT	Inicio por el interesado
Tamaño Muestral	178	168
Mediana	4,0	4,0
Rango Medio	182,0	164,4

Tabla 143. Repercusión funcional según causa de inicio del expediente de IP.

De la tabla anterior, estadístico de contraste de U=1,666, con p=0,096, luego no se determinaron diferencias estadísticamente significativas en la evaluación de la gravedad de la repercusión funcional del cuadro psicopatológico en función de que el procedimiento se iniciara por el interesado o se considerara agotado el tratamiento en relación a la IT. Planteado el test de una cola, en el sentido de que la repercusión funcional evaluada es mayor en los casos en los que se consideraron agotadas las medidas terapéuticas en relación a la IT, resultó p=0,048, en el límite de la significación estadística.

Sobre la muestra en la que el diagnóstico psiquiátrico es la principal causa de discapacidad laboral.

Recogidos los datos referidos a esta muestra en la tabla de contingencia adjunta:

Calificación / causa de iniciación del expediente	IP	No IP	Total
Agotamiento de duración máxima de IT	48	45	**93**
A instancias del interesado	35	87	**122**
Informe - Propuesta SPS	18	10	**28**
Propuesta IP en control de IT INSS	26	3	**29**
Total	**127**	**145**	**272**

Tabla 144. Tabla de contingencia 4x2 para la asociación "tipo de inicio del procedimiento" y "resultado de la calificación administrativa", esta última como variable categorial dicotómica IP / No IP. Casos con diagnóstico psiquiátrico como diagnóstico principal.

Desde los datos anteriores resultó χ^2=41,780, con p<0,0001, luego se concluyó la existencia de relación entre el tipo de inicio y el sentido de la calificación administrativa. La intensidad de la asociación se cuantificó mediante V de Cramèr=0,392, que tradujo una relación débil-moderada entre el tipo de inicio y la calificación de IP vs No IP.

En lo que se refiere a la relación calificación -situación de IT, de nuevo simplificando la tabla anterior, pudo calcularse la OR:

Calificación / causa de iniciación del expediente	No IP	IP	Total
Agotamiento de medidas terapéuticas en relación a la IT	58	92	**150**
Inicio por el interesado	87	35	**122**
Total	**145**	**127**	**272**

Tabla 145. Calificación según causa de inicio del expediente de IP. Casos con diagnóstico psiquiátrico como diagnóstico principal.

De la tabla de contingencia anterior resulta χ^2=28,806; p<0,0001, cuantificándose la mayor proporción de calificaciones de IP en los casos iniciados por agotamiento de las medidas terapéuticas en relación a la IT mediante una OR= 3,94, con IC 95% (2,36 - 6,58).

Las proporciones en las que se calificó IP según el caso proviniera o no de una situación de IT fueron significativamente distintas, como se expone a continuación:

Calificación / causa de iniciación del expediente	IP	No IP	p
Agotamiento de medidas terapéuticas en relación a la IT	61,3%	38,7%	0,006
Inicio por el interesado	28,7%	71,3%	<0,0001

Tabla 146. Estimación de la proporción de casos que, proviniendo de una situación en la que se considera agotado el papel de la IT, se califican como IP o No IP; casos con diagnóstico psiquiátrico como principal causa de discapacidad laboral.

Las diferencias resultaron estadísticamente significativas, con una mayor proporción de calificación de IP en los casos en los que se consideró agotado el papel de la IT, 61,3% con IC 95% (53,0%-69,2%), y una menor proporción de casos calificados como IP en los expedientes iniciados por el interesado, que se deniegan en el 71,3%, con IC al 95% para la calificación de No IP (62,4%-79,1%). La estimación de la diferencia con la que se califica IP según se hubieran agotado las medicas terapéuticas en relación con la IT o se iniciara el expediente por el interesado se situaron pues alrededor del 32,6%, con IC 95% (21,4%-43,8%); p<0,0001.

Para el análisis de la repercusión funcional del cuadro psicopatológico, se consideraron dos grupos; con agotamiento de medidas terapéuticas en relación a la IT e inicio por el interesado, efectuando el test de Mann -Whitney:

Puntuación en la escala de repercusión funcional / causa de iniciación del expediente	Agotamiento de medidas terapéuticas en relación a la IT	Inicio por el interesado
Tamaño Muestral	139	107
Mediana	4,0	4,0
Rango Medio	125,7	120,7

Tabla 147. Repercusión funcional según causa de inicio del expediente del expediente de IP. Casos con diagnóstico psiquiátrico como principal causa de discapacidad laboral.

De la tabla anterior resultó un estadístico de contraste de U=0,560, con p=0,288, luego no se concluyeron diferencias estadísticamente significativas en la evaluación de la repercusión funcional del cuadro psicopatológico en función de que el procedimiento se inicira por el interesado o se considerase agotado el tratamiento en relación a la IT.

Sobre la muestra en la que el diagnóstico psiquiátrico no es la principal causa de discapacidad laboral.

En este grupo, el cuadro no psiquiátrico es el que da lugar a la mayor carga de discapacidad laboral. Las calificaciones se presentan a continuación:

Calificación / causa de iniciación del expediente	IP	No IP	Total
Agotamiento de duración máxima de IT	12	13	**25**
A instancias del interesado	18	48	**66**
Informe - Propuesta SPS	9	12	**21**
Propuesta IP en control de IT INSS	5	0	**5**
Total	**44**	**73**	**117**

Tabla 148. Tabla de contingencia 4x2 para la asociación “tipo de inicio del procedimiento” y “resultado de la calificación administrativa”, esta última como variable categorial dicotómica IP / No IP. Casos con diagnóstico psiquiátrico como diagnóstico secundario.

De la tabla resultó χ^2= 12,697, con p=0,005, luego se identificó relación entre el tipo de inicio y el sentido de la calificación administrativa en la muestra con diagnóstico principal psiquiátrico, cuya intensidad se cuantificó mediante *V* de Cramèr=0,329, que tradujo una relación débil-moderada entre el tipo de inicio y la calificación de IP vs No IP.

En lo que se refiere a la relación calificación – situación de IT, pudimos de nuevo simplificar la tabla anterior para calcular la OR:

Calificación / causa de iniciación del expediente	No IP	IP	Total
Agotamiento de medidas terapéuticas en relación a la IT	25	26	**51**
Inicio por el interesado	48	18	**66**
Total	**73**	**44**	**117**

Tabla 149. Calificación según causa de inicio. Casos con diagnóstico psiquiátrico causa secundaria de discapacidad laboral.

De la tabla anterior resultó χ^2= 6,891; p =0,009, cuantificándose la mayor frecuencia de calificaciones de IP en los casos en los que se consideró agotada la IT mediante OR= 2,77, con IC 95% (1,28 - 6,00).

Las proporciones en las que se calificó IP según el caso proviniera o no de una situación de IT se exponen a continuación:

Calificación / causa de iniciación del expediente	No IP	IP	p
Agotamiento de medidas terapéuticas en relación a la IT	49,0%	51,0%	0,889
Inicio por el interesado	72,7%	27,3%	0,0002

Tabla 150. Estimación de la proporción de casos que, proviniendo de una situación en la que se considera agotado el papel de la IT, se califican como IP o No IP; casos con diagnóstico psiquiátrico como secundario.

Por lo tanto, no se pusieron de manifiesto diferencias en cuanto a la calificación de IP en los casos en los que se consideró agotada la IT en cuanto a posibilidades de recuperación, mientras que en el caso de expedientes que se iniciaron por el interesado lo más frecuente fue la calificación de no IP, con el 72,7% e IC al 95% (60,4%- 83,00%). La estimación de la diferencia entre las proporciones de la calificación de IP según se hubieran agotado las medidas terapéuticas en relación con la IT o se iniciara el expediente por el interesado se situaron alrededor del 23,7%, con IC 95% (6,3%-41,1%); z=2,624 y p<0,01.

Para el análisis de la repercusión funcional del cuadro psicopatológico, se consideraron dos grupos; con agotamiento de medidas terapéuticas en relación a la IT e inicio por el interesado, efectuando el test de Mann-Whitney:

Puntuación en la escala de repercusión funcional / causa de iniciación del expediente	Agotamiento de medidas terapéuticas en relación a la IT	Inicio por el interesado
Tamaño Muestral	39	61
Medianas	2,0	2,0
Rangos Medios	49,6	51,1

Tabla 151. Repercusión funcional del cuadro psicopatológico según causa de inicio del expediente; casos con diagnóstico psiquiátrico como secundario.

De los datos recogidos en la tabla, resultó U= 0,265, con p=0,396, luego no se demostraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

4.5.2 Variables socio - demográficas y acceso al procedimiento desde situación de actividad o inactividad.

La variable "vinculación al mercado laboral", construida según se detalló al describir el método, nos informa de si el trabajador accede al procedimiento de IP desde una situación de vinculación o no al mercado laboral. Se pretendió determinar la relación entre esta vinculación al mercado laboral y las variables sexo, edad, y residencia en medio rural o urbano como variables sociodemográficas que se consideraron relevantes.

4.5.2.1 Sexo – acceso al procedimiento desde situación de actividad o inactividad.

Se analizó la relación entre el sexo y la situación de vinculación con el mercado laboral y la determinación de un cuadro clínico en relación con algún trastorno mental.

Sobre la muestra de casos que presentan algún trastorno mental.

En esta muestra, sobre 389 casos, la distribución por sexos se recoge en la tabla de contingencia:

Sexo/ vinculación al mercado laboral	Mantiene vinculación	Desvinculado	Total
Mujer	108	75	**183**
Hombre	120	86	**206**
Total	**228**	**161**	**389**

Tabla 152. Tabla de contingencia; variables sexo y "vinculación al mercado laboral"; todos los casos.

De la tabla anterior obtuvimos $\chi^2 = 0{,}023$, con p=0,879, luego la diferencia objetivada no resultó estadísticamente significativa.

Sobre la muestra integrada por los casos con diagnóstico psiquiátrico como causa principal de la discapacidad laboral.

En esta muestra, la distribución por sexos se recoge en la tabla de contingencia:

Sexo/ vinculación al mercado laboral	Mantiene vinculación	Desvinculado	Total
Mujer	76	45	**121**
Hombre	91	60	**151**
Total	**167**	**105**	**272**

Tabla 153. Tabla de contingencia; variables sexo y "vinculación al mercado laboral" en la muestra de casos que presenta un diagnóstico psiquiátrico como causa principal de la discapacidad laboral objetivada.

De la tabla anterior resultó $\chi^2 = 0{,}1836$ con p= 0,668, luego la diferencia objetivada no resultó estadísticamente significativa.

Sobre la muestra integrada por los casos con diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de la discapacidad laboral.

Se presentan en la tabla adjunta los datos correspondientes a esta muestra:

Sexo/ vinculación al mercado laboral	Mantiene vinculación	Desvinculado	Total
Mujer	32	30	**62**
Hombre	29	26	**55**
Total	**61**	**56**	**117**

Tabla 154. Tabla de contingencia; variables sexo y "vinculación al mercado laboral" en la muestra de casos que presenta un diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de la discapacidad laboral objetivada.

Desde la tabla anterior se calculó χ^2= 0,014, p=0,904, luego la diferencia objetivada en esta muestra no resultó tampoco estadísticamente significativa.

4.5.2.2 Edad - acceso al procedimiento desde situación de vinculación o desvinculación del mercado laboral.

El análisis pretendió determinar si existía relación entre la edad y el acceso al procedimiento desde una situación de vinculación o desvinculación del mercado laboral.

Sobre la muestra de casos que presentan algún trastorno mental.

La distribución de la variable edad en esta muestra no se ajusta a la distribución normal; se acude pues a U de Mann - Whitney.

Vinculación al mercado laboral/ edad	Mantiene vinculación	Desvinculado	Total
Tamaño muestral	228	161	**389**
Mediana	48,4	47,5	
Rango medio	200,9	186,6	

Tabla 155. Edad según situación de vinculación al mercado laboral. Todos los casos.

De la tabla anterior resulta estadístico U=1,232, p=0,218, luego no se pudo demostrar diferencia significativa en cuanto a la edad en ambos grupos.

Sobre la muestra de casos que presentan un trastorno mental como principal causa de la discapacidad laboral objetivada en el procedimiento.

En esta muestra, la edad se ajustaba a una distribución normal; t-Student:

Vinculación al mercado laboral/ Edad	Mantiene vinculación	Desvinculado	Total
Tamaño muestral	167	105	**272**
Media	47,8	46,9	
Desv. Típica	10,5	9,3	

Tabla 156. Edad según situación de vinculación al mercado laboral; casos que presentan un trastorno mental como principal causa de la discapacidad laboral objetivada en el procedimiento.

De la tabla anterior resultó estadístico t-Student = 0,757, con p=0,449, luego no se encontraron diferencias significativas.

Sobre la muestra integrada por los casos con diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de la discapacidad laboral.

La distribución de la variable edad en esta muestra no se ajustaba a la distribución normal; se acudió pues a U de Mann - Whitney.

Vinculación al mercado laboral/ Edad	Mantiene vinculación	Desvinculado	Total
Tamaño muestral	61	56	**117**
Mediana	52,1	49,7	
Rango medio	62,3	55,4	

Tabla 157. Edad según situación de vinculación al mercado laboral; casos que presentan un trastorno mental como causa secundaria de la discapacidad laboral objetivada en el procedimiento.

De la tabla anterior resultó un estadístico U=-1,113, con p=0,266, por lo que no se encontró diferencia significativa en cuanto a la edad.

4.5.2.3 Residencia en medio rural o urbano - acceso al procedimiento desde situación de actividad o inactividad.

En este análisis se estudian dos variables categóricas; recurrimos a χ^2.

Sobre la muestra de casos que presentan algún trastorno mental.

La distribución de los casos en esta muestra se recoge a continuación:

Vinculación al mercado laboral/ medio de residencia	Mantiene vinculación	Desvinculado	Total
Medio urbano	132	82	**214**
Medio rural	96	79	**175**
Total	**228**	**161**	**389**

Tabla 158. Vinculación al mercado laboral y medio de residencia. Todos los casos.

De la tabla anterior resultó estadístico χ^2= 1,849 con p=0,174, por lo que no pudo demostrarse asociación entre una y otra variable.

Sobre la muestra de casos que presentan un trastorno mental como principal causa de la discapacidad laboral objetivada en el procedimiento.

La distribución de los casos en esta muestra se recoge a continuación:

Vinculación al mercado laboral/ medio de residencia	Mantiene vinculación	Desvinculado	Total
Medio urbano	93	45	**138**
Medio rural	74	60	**134**
Total	**167**	**105**	**272**

Tabla 159. Vinculación al mercado laboral y medio de residencia. Casos con diagnóstico psiquiátrico como principal causa de discapacidad laboral.

Desde la tabla anterior se calculó estadístico χ^2= 4,247, p=0,039, por lo que se concluyó que existía relación entre ambas variables, siendo así que residir en

medio urbano se asociaba con una mayor frecuencia de casos que acceden al procedimiento desde una situación de vinculación con el mercado laboral, con OR=1,68 e IC al 95% (1,02 - 2,74).

Sobre la muestra integrada por los casos con diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de la discapacidad laboral.

La distribución de los casos en esta muestra se recoge en la tabla 160:

Vinculación al mercado laboral/ medio de residencia	Mantiene vinculación	Desvinculado	Total
Medio urbano	39	37	**76**
Medio rural	22	19	**41**
Total	**61**	**56**	**117**

Tabla 160. Tabla de contingencia; variables "medio de residencia" y "vinculación al mercado laboral" en la muestra de casos que presenta un diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de la discapacidad laboral objetivada.

De la tabla anterior se calculó estadístico χ^2= 0,0586, con p=0,809, luego no se demostró que existiera asociación entre ambas variables.

4.6.6 Calificaciones.

La calificación más frecuente en los 389 casos que presentaban algún trastorno mental fue la de No grado de IP, con el 46,3%, seguida por el 25,2% de casos que se consideraron como IPT. Las calificaciones se distribuyeron según se recoge en la tabla 161.

Calificación	Casos con diagnóstico psiquiátrico		Diagnóstico principal psiquiátrico		Diagnóstico psiquiátrico secundario	
	Núm. Casos	Proporción e IC 95%	Núm. Casos	Proporción e IC 95%	Núm. Casos	Proporción e IC 95%
Denegación por lesiones previas a la afiliación	11	2,8% (1,6%-5,0%)	6	2,2% (1,0%-4,7%)	5	4,3% (1,8%-9,6%)
Gran Invalidez	3	0,8% (0,0%-0,2%)	2	0,7% (0,0%-2,6%)	1	0,8% (0,1%-4,7%)
Incapacidad Permanente Absoluta	70	18,0% (14,5%-22,1%)	56	20,6%* (16,2%-25,8%)	14	12,0%* (7,3%-19,0%)
Incapacidad Permanente Total	98	25,2% (21,1%-29,7%)	69	25,4% (20,6%-30,9%)	29	24,8% (17,8%-33,3%)
Lesiones no permanentes	27	6,9% (4,8%-9,9%)	21	7,7% (5,1%-11,5%)	6	5,1% (2,4%-10,7%)
No grado	180	46,3% (41,4%-51,2%)	118	43,4% 37,6%-49,3%)	62	53,0% (44,0%-61,8%)
Total	389		272		117	

Tabla 161. Calificaciones según dictamen EVI. * p=0,043, z=2,024.

Comparando las calificaciones en las muestras confeccionadas según el cuadro psicopatológico fuera o no la principal causa de discapacidad laboral evaluada en el caso, sólo se hallaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la calificación de Incapacidad Permanente Absoluta, que se presentó con mayor frecuencia en la muestra en la que el cuadro psicopatológico se consideró la principal causa de discapacidad laboral, con una

diferencia estimada para las frecuencias relativas de esta calificación que se situó en un 8,60% con IC 95% (1,0%-16,2%).

4.6.6.1 No Incapacidad Permanente: lesiones previas a la afiliación, lesiones no permanentes y otras causas de denegación.

Lesiones previas a la afiliación; comparación entre el conjunto de casos que presentan algún diagnóstico psiquiátrico y según sea éste la principal causa de la discapacidad laboral que se objetiva en el procedimiento.

En esta calificación, en los casos en los que se consideró el cuadro psicopatológico como diagnóstico principal, la mayor parte de los casos (66,7%) presentaron una evolución de síntomas psiquiátricos que se remontaba a años atrás. Llamaba por lo demás la atención un único caso (16,7%) que fue calificado como lesiones previas a la afiliación sin que pudiera deducirse de la documentación disponible que los síntomas se remontaban más allá de dos años; en este caso, no obstante, y aunque se consideró en ese momento el diagnóstico psiquiátrico como principal (trastorno psicótico no especificado), destacaba la comorbilidad con una epilepsia en relación a la cual sí constaba una larga evolución.

	Presentan algún diagnóstico psiquiátrico	Diagnóstico psiquiátrico principal	Diagnóstico psiquiátrico secundario
Número de casos	11	6	5
Edad promedio (desv. típica)	37,6 años (9,9 años)	41,0 años (9,9 años)	33,4 años (9,2 años)
Tiempo de evolución de síntomas			
Siete o más años / “larga data”	6	4	2
Desde 2 a 7 años	1	1	0
Hasta dos años	4	1	3
Ingresos previos	3	3	0
Medio rural	8	5	3
Medio urbano	3	1	2

Tabla 162. Distribución de las calificaciones de no IP por lesiones previas a la afiliación según causa principal de la discapacidad laboral.

El reducido número de casos en los que se calificaron lesiones previas a la afiliación y la “tolerancia” de las pruebas estadísticas de bondad de ajuste a la distribución normal (Kolmogorov-Smirnov; p Lilliefors corregido >0,1) permitieron emplear la t-Student para verificar si existía diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la edad en el grupo en el que el diagnóstico psiquiátrico se ha considerado principal y el grupo en el que no, resultando t-Student =1,301 y p=0,225, por lo que la edad en esta causa de denegación no se demostró fuera distinta en las muestras confeccionadas según el cuadro psicopatológico fuera o no la principal causa de discapacidad laboral.

Lesiones previas a la afiliación; muestra de casos con diagnóstico psiquiátrico como principal.

Dado el escaso número de casos, puede presentarse una tabla sintética sobre los mismos. Destaca, en la mayor parte de los casos, que se evaluó ua importante repercusión funcional, así como la frecuencia con la que aparecen en esta causa de denegación de IP los trastornos psicóticos (4 de los 6 casos; 66,7%).

Eje I	Eje II	Evolución de síntomas	Grado funcional	Tratamiento	Ingreso en el último año	Denega-ción previa de IP con patología psiquiátrica (fecha)
Trastorno adaptativo mixto	Trastorno de la personalidad no especificado (rasgos límites y paranoides)	14 años	II-III	Paliperidona depot	1	NO
Trastorno depresivo no especificado	Sin diagnóstico	6 años	Valora-ción atípica	No registrado	1	2008
Trastorno esquizoafecti-vo *	Sin diagnóstico	16 años	III	Paroxetina 20 mg / día, amisulpirida 800 mg/ día, trazodona 100 mg/día, bromazepam 6 mg/día	NO	2012
Trastorno psicótico no especificado	Trastorno límite de la personalidad Capacidad intelectual límite	Larga data	III	paliperidona depot	NO	NO
Trastorno psicótico no especificado	Sin diagnóstico	Menos de 2 años (no pudo precisarse con exactitud)	III-IV	Risperidona 1 mg / día, valproato 2500 mg/ día, eslicarbacepi-na 1200 mg / día, zonisamida 100 mg/día	NO	2012
Esquizofrenia residual	Sin diagnóstico	21 años	III	Paliperidona 9 mg/día	NO	NO

Tabla 163. Detalle de los casos con calificación previa de no IP por lesiones previas a la afiliación.***** Proviene de situación de IT; expediente de IP iniciado de oficio desde control del proceso de IT.

Lesiones no permanentes.

La calificación de lesiones no permanentes no supone que no exista discapacidad laboral significativa, sino que ésta se considera susceptible de

mejoría bajo tratamiento. Se denegó IP por esta causa en 27 casos. En esta calificación nos interesaba determinar si el trabajador se encontraba en una situación de incapacidad temporal o no, ya que sería la existencia de esta IT la que permitiera la sustitución de rentas salariales en una situación en la que no se niega que exista discapacidad laboral.

Calificación de lesiones no permanentes en procesos que provienen o no de una situación de IT previa.

De las estimaciones recogidas en la tabla a continuación pudo concluirse que no existía diferencia estadísticamente significativa entre la frecuencia relativa de casos que provenían o no de una situación de IT (p = 0,701).

	Número de casos (%)
Proviene de IT	12 (44,4%)
No proviene de IT	15 (55,6%)
Total	**27 (100,0%)**

Tabla 164. Denegación de IP por lesiones no permanentes en función de si provienen o no de una situación de IT.

Al efectuar comparaciones entre los grupos en los que el diagnóstico psiquiátrico resultaba ser la principal causa de discapacidad laboral y aquél en el que el cuadro psicopatológico ocupaba un lugar secundario, no pudimos concluir diferencias entre los que provenían o no de una situación de IT.

Causa ppal. de discapacidad laboral/ situación de IT	Diag. psiq. ppal.	Diag. psiq. secund.	p
Proviene de IT	11 (52,4%)	1 (16,7%)	0,121
No proviene de IT	10 (47,6%)	5 (83,3%)	

Tabla 165. Denegación de IP por lesiones no permanentes en función de si provienen o no de una situación de IT y según el diagnóstico principal; se recoge el nivel de significación estadísticas para las comparaciones de las frecuencias relativas obtenidas.

Antigüedad de los síntomas en las calificaciones de lesiones no permanentes

A la hora de calificar la existencia de lesiones no permanentes, resultaba útil conocer cuánto tiempo atrás podíamos remontar la existencia de síntomas psicopatológicos en el caso, en el bien entendido de que la existencia de síntomas no implicaba necesariamente que de ellos se derivara discapacidad laboral significativa.

La distribución de los casos con calificación de lesiones no permanentes en función de la evolución de los síntomas se recogió a en la tabla adjunta. Puede verse que la mayor parte de los casos se situaba en el segmento de “hasta dos años”.

Antigüedad de los síntomas	Núm. casos	Frecuencia relativa
Hasta dos años	12	44,4% (27,6%-62,7%)
Más de dos y hasta 7 años	6	22,2% (10,6%-40,8%)
"Siete o más años /"larga data""	9	33,3% (18,6%-52,2%)
Total	**27**	**100,0%**

Tabla 166.Distribución de los casos con calificación de lesiones no permanentes en función del tiempo de evolución.

El tamaño de la muestra contribuyó de manera decisiva a que los intervalos de confianza calculados fueran excesivamente amplios, lo que pudo comprometer la capacidad de detectar diferencias.

4.6.6.2 Calificación de No IP por no alcanzar las lesiones ninguno de los grados de IP.

Se determinó que las limitaciones que se objetivaban en el caso no constituían grado alguno de IP en un total de 180 casos, que se distribuyeron según sigue:

Calificación de No grado IP / causa principal de la discapacidad laboral	Núm. Casos No grado IP	% No grado IP	IC 95%
Diagnóstico psiq. ppal. (n=272)	118	43,4%	37,4%-49,5%
Diagnóstico ppal. no psiq. (n=117)	62	53,0%	43,5%-62,3%
Total	180		p=0,082

Tabla 167. Calificaciones de No grado de IP según la que se considera es la principal causa de discapacidad laboral.

No pudo concluirse pues que las calificaciones de No IP por no grado difirieran en cuanto a su frecuencia según el cuadro psicopatológico fuera o no la principal causa de discapacidad laboral objetivada en el caso (z=-1,741, p=0,082). Analizando si la calificación de no grado de IP era menos frecuente en la muestra en el que el cuadro psicopatológico se consideró la principal causa de discapacidad laboral, el test z sí resultaría significativo, p=0,041, con límite superior del IC al 95% estimado para la diferencia de proporciones de 5,4%.

4.6.6.3 Incapacidad Permanente Parcial.

Ninguno de los casos de la muestra obtenida fue calificado en este grado.

4.6.6.4 Incapacidad Permanente Total.

En esta calificación, resultaba relevante conocer qué profesiones son aquellas que se consideraban tenían exigencias que el estado de salud del trabajador no permitía cumplir con arreglo a los requisitos con los que se configura la IP. Se calificó una Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual (IPT) en 98 casos (sobre 389); un 25,2% de la muestra, con IC 95% (20,7%-29,5%). Los resultados para cada grupo profesional se recogen en la tabla 168.

Grupo profesional CNO-2011	Diagn. psiq. ppal	Diagn. psiq. sec.	p
Trabajadores cualificados de la construcción, excepto operadores de máquinas	6 (37,5%)	10 (62,5%)	0,754
Peones de la agricultura, pesca, construcción, industrias manufactureras y transportes	10 (76,9%)	3 (23,1%)	0,092
Trabajadores de los servicios de salud y el cuidado de personas	10 (90,9%)	1 (9,1%)	0,012*
Trabajadores no cualificados en servicios (excepto transportes)	5 (50,0%)	5 (50,0%)	1
Trabajadores de los servicios de restauración y comercio	6 (60,0%)	4 (40,0%)	0,754
Técnicos; profesionales de apoyo	7 (77,8%)	2 (22,2%)	0,180
Conductores y operadores de maquinaria móvil	8 (88,9%)	1 (11,1%)	0,039*
Trabajadores de los servicios de protección y seguridad	4 (80,0%)	1 (20,0%)	0,375
Técnicos y profesionales científicos e intelectuales de la salud y la enseñanza	4 (100%)	0	
Trabajadores cualificados de las industrias manufactureras, excepto operadores de instalaciones y máquinas	2 (66,7%)	1 (33,3%)	1
Otros técnicos y profesionales científicos e intelectuales	3 (100%)	0	
Directores y gerentes	2 (66,7%)	1 (33,3%)	1
Empleados de oficina que no atienden al público	2 (100%)	0	
Total	**69**	**29**	

Tabla 168. Distribución por grupos de las profesiones en los casos en los que se calificó IPT para la profesión habitual.* p<0,05

Sobre esta clasificación de ocupaciones, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los casos incluidos en la muestra de casos cuya causa principal deriva del cuadro psicopatológico y aquella en la que el trastorno mental ocupa un lugar secundario en relación con los trabajadores de los servicios de salud y el cuidado de personas, así como en lo que se refiere a los conductores y operadores de maquinaria móvil; en ambos grupos de ocupación la calificación de IPT fue más frecuente en la muestra de casos en la que se considera que la principal causa de la discapacidad laboral del caso derivaba del cuadro psicopatológico.

4.6.6.5 Incapacidad Permanente Absoluta.

En este grado de IP, la profesión considerada carece de relevancia, ya que se estima que el trabajador no va a poder desempeñar con el adecuado rendimiento actividad laboral alguna. Resulta de interés, por lo tanto, más el diagnóstico que la profesión en cuestión. Se calificó una Incapacidad Absoluta (IPA) en 70 casos (sobre 389); un 18,0 % de la muestra, con IC 95% (14,5%-22,1%). En relación a los casos en los que el diagnóstico principal se considera es el psiquiátrico, en esta se calificaron como IPA un total de 56 expedientes, un 20,6% (sobre 272 casos), con IC 95% (15,9%-25,9%).

Casos en cada muestra /Diagnóstico Eje I	Diagn. psiq.ppal.	Diagn.psiq.sec.	p
Trastornos afectivos	15 (71,4%)	6 (28,6%)	0,078
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	7 (100%)	0	
Trastornos afectivos + trastornos rel. subst.	4 (80,0%)	1 (20,0%)	0,375
Trastorno adaptativo	1 (25,0%)	3 (75,0%)	0,625
Trastornos afectivos + trastornos de ansiedad	3 (75,0%)	1 (25,0%)	0,625
Demencias y otros trastornos cognitivos	4 (100%)	0	
Trastorno de ansiedad	3 (100%)	0	
Trast. cond. Alimentaria + trast. Afectivo	3 (100%)	0	
Trastornos psicóticos + trastornos afectivos	3 (100%)	0	
Resto	9	3	
Total	56	14	

Tabla 169. Diagnósticos en el eje I en cada una de las muestras según diagnóstico principal. Significación estadística de la diferencia objetivada para cada grupo diagnóstico entre las frecuencias relativas con las que éstos se presentan en cada una de las muestras.

Las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

4.6.6.6 Gran Invalidez.

Se calificaron como Gran Invalidez (GI) sólo 3 casos (sobre 389); un 0,8% de la muestra, con IC 95% (0,3%-2,2%); de éstos, 2 pertenecían al grupo con diagnóstico psiquiátrico como principal causa de discapacidad laboral; 0,7% de la misma con IC al 95% (0,2%-2,6%). Los casos se concentraron en los diagnósticos de demencia, salvo un caso en el que el cuadro psicopatológico se limitaba a un trastorno adaptativo en relación con graves secuelas físicas, derivando de éstas la principal causa de la discapacidad. Los casos se describen en la tabla siguiente.

Eje I	Eje II	Evolución de síntomas	Grado funcional	Tratamiento	Ingreso en el último año	Denegación previa de IP con patología psiquiátrica (fecha)
Demencia debida a múltiples causas. Trastorno por dependencia de alcohol	-	43	IV	No consta	1	NO
Trastorno adaptativo mixto*	-	Inferior a un año	Valoración atípica.	Mirtanzapina 30 mg al día Diazepam 10 mg al día	NO	NO
Demencia frontotemporal	-	3	III-IV	Rivastigmina 9 mg al día	NO	NO

Tabla 170.Casos que se han calificado como gran invalidez.
*Sintomatología reactiva a accidente de tráfico con secuelas físicas graves: amputación de MI y mano catastrófica. Se consideró que el diagnóstico principal fueron las secuelas traumáticas.

4.6.6.7 Relevancia en cuanto a la calificación de la existencia de un diagnóstico psiquiátrico.

Se quería determinar si la existencia de un cuadro psicopatológico en un caso sometido a un procedimiento de IP se asociaba a una mayor o menor frecuencia de calificación de IP en alguno de sus grados. Se analizaron con este fin las calificaciones administrativas de cada caso bajo la variable categorial dicotómica IP / No IP (sobre dictámenes - EVI). Se excluyeron del análisis, los casos calificados "lesiones permanentes no invalidantes", recogiéndose los datos a continuación.

Calificación	Número de casos no psiquiátricos	Número de casos de la muestra psiquiátrica	Número de casos totales
No IP	648	218	**866**
IP	956	171	**1604**
Total	**1604**	**389**	**1993**

Tabla 171. Calificaciones administrativas de IP vs no IP en los 1993 casos analizados (excluidos los expedientes indemnizatorios por LPNI) según tengan o no un diagnóstico psiquiátrico formando parte del cuadro clínico residual.

Muestra trastornos mentales vs. total de expedientes analizados.

Se evaluó la asociación entre presentar algún diagnóstico psiquiátrico o no presentarlo y el sentido de la calificación mediante el test χ^2:

Existencia de diagnóstico de trast. mental / Calificación	Casos con algún diagnóstico de trastorno mental	Casos sin diagnóstico de trastorno mental	Total
IP	171	956	**1127**
No IP	218	648	**866**
Total	**389**	**1604**	**1993**

Tabla 172. Tabla de contingencia; asociación entre presencia o ausencia de diagnóstico psiquiátrico y calificación de IP o no IP.

De la tabla anterior resultó $\chi^2 = 31{,}175$, $p<0{,}0001$; la diferencia fue pues estadísticamente muy significativa. La cuantificación de la misma y su sentido, se calculó mediante la Odss Ratio (OR), siendo así que en expedientes en los que existe un trastorno psiquiátrico es menos frecuente la calificación de una IP, con OR=0,53; intervalo de confianza al 95% (0,42 - 0,66). La estimación de la proporción de casos con un diagnóstico psiquiátrico que llegaron a ser calificados en un grado de IP fue del 44,0%, con IC al 95% (39,0% - 49,0%), mientras que en aquellos casos sin diagnóstico psiquiátrico se calificó IP en el 59,6%, con IC 95% (56,4%-62,7%). La diferencia estimada de las proporciones es 15,6%, con IC 95% (10,1%- 21,1%), z= 5,569 con p<0,0001.

Muestra de trastornos mentales como diagnóstico principal vs. total de casos analizados.

Se evaluó la asociación entre presentar un trastorno mental como causa principal de la discapacidad laboral objetivada en el procedimiento y el sentido

de la calificación mediante el test χ^2, comparándose con el resto de casos analizados que tiene otra causa principal de discapacidad laboral.

Causa ppal. de discapacidad laboral / Calificación	Número casos con diag. psiq. ppal.	Número casos con otra causa ppal.	Total
No IP	145	721	**866**
IP	127	1000	**1127**
Total	**272**	**1721**	**1993**

Tabla 173. Tabla de contingencia; calificación de IP y principal causa de la discapacidad laboral; trastorno mental vs. otras causas.

De la tabla anterior resultó χ^2= 12,455, p=0,0004; la diferencia fue pues estadísticamente significativa y por tanto se admitió que existía relación entre una y otra variable. En aquellos casos pues en los que la principal causa de discapacidad laboral venía dada por la existencia de un trastorno mental fue menos frecuente la calificación de una IP, con OR= 0,631; intervalo de confianza al 95% (0,495 - 0,82).

La estimación de la proporción de casos con un diagnóstico psiquiátrico como causa principal de discapacidad laboral que llegó a ser calificada en un grado de IP fue del 46,7%, con IC al 95% (40,6%-52,8%), mientras que en aquellos casos sin diagnóstico psiquiátrico fue del 58,1% con IC 95% (55,7-60,4%). La diferencia entre ambas proporciones se estimó en 11,42%, con IC 95% (5,0%-17,8%), z=-3,525 y p= 0,0004.

4.4.6.8 Actividad laboral y calificación.

Se analizó la existencia de asociación entre la profesión considerada en el procedimiento y la calificación administrativa.

Desde la clasificación “white collar”, “blue collar” o “comercio/servicios”, se analizó si existía asociación entre la variable “grupo profesional” y la calificación. Se recurrió a χ^2.

Se efectuó además el análisis comparando No grado frente a IPT, excluyéndose del análisis las calificaciones de IPA y GI (en relación a las cuales no son relevantes los concretos requerimientos de la actividad laboral) para aproximarnos a la evaluación de cómo los requerimientos de las distintas actividades laborales pueden relacionarse con la calificación.

Análisis de la muestra de casos que presenta algún diagnóstico psiquiátrico.

El análisis se limitó a los casos en los que se calificó IP en alguno de sus grados o se denegó la IP por no alcanzar el cuadro residual entidad suficiente como para que se califique algún grado de IP. En esta muestra, n= 351.

Calificación / grupo profesional	IP	No grado IP	p
Blue collar	73 (37,7%- 53,7)	87 (46,3%- 62,3%)	0,268
White collar	32 (36,6%- 61,9%)	33 (38,1%- 63,4%)	0,901
Comercio/servicios	66 (43,3%- 61,3%)	60 (38,6%-56,7%)	0,593

Tabla 174 .Calificaciones de No grado de IP o IP en relación con el grupo profesional. Todos los grados de IP.

En ninguna de las categorías de ocupación estudiadas se encontró diferencia estadísticamente significativa en lo que respecta al porcentaje de casos que, en cada uno de los grupos de ocupación, se calificó como IP o No grado. El test (χ^2 =1,296) resultó no significativo; p=0,523.

En el análisis que limitado a la calificación IPT vs. No grado de IP (n=278):

Calificación / grupo profesional	IPT	No grado IP	p
Blue collar	47 (27,0%-43,8%)	87 (56,2%-73,0%)	<0,001
White collar	13 (16,0%-43,5%)	33 (56,5%-84,0%)	0,004
Comercio/servicios	38 (29,1%-49,2%)	60 (50,8%-70,9%)	0,03

Tabla 175. Calificaciones de No grado de IP o IPT en relación con el grupo profesional.

Las diferencias significativas tradujeron una mayor frecuencia de calificaciones de No grado en los tres grupos profesionales considerados. El test (χ^2 =1,520) resultó no significativo; p=0,470.

Análisis de la muestra de casos que presenta un diagnóstico psiquiátrico como principal causa de la discapacidad laboral evaluada.

En el análisis limitado a la muestra de casos en la que el cuadro psicopatológico se consideró la principal causa de la discapacidad laboral evaluada, n=245.

Calificación / grupo profesional	IP	No grado IP	p
Blue collar	52 (38,4%- 58,0%)	56 (42,0%- 61,6%)	0,700
White collar	24 (34,4%- 63,7%)	25 (36,3%- 65,6%)	1,000
Comercio/servicios	51 (46,9%-68,4%)	37 (31,6%-53,0%)	0,136

Tabla 176.Calificaciones de No grado de IP o IP en relación con el grupo profesional. Todos los grados de IP. Casos con diagnóstico psiquiátrico como principal causa de discapacidad laboral.

El test (χ^2 =2,068) resultó no significativo; p=0,356, luego se que la actividad laboral clasificada según se ha descrito se comportaba como factor indiferente en lo que se refiere a la calificación de IP en alguno de sus grados.

En el análisis que limitado a la calificación IPT vs. No grado de IP (n=187):

Calificación / grupo profesional	IPT	No grado IP	p
Blue collar	29 (24,2%-45,2%)	56 (54,8%-75,8%)	0,003
White collar	12 (18,0%-49,8%)	25 (50,2%-82,0%)	0,05
Comercio/servicios	28 (30,9%-56,0%)	37 (44,0%-69,1%)	0,266

Tabla 177 .Calificaciones de No grado de IP o IPT en relación con el grupo profesional. Casos con diagnóstico psiquiátrico como causa principal de discapacidad laboral.

El test (χ^2 =1,665) resultó no significativo; p=0,435. Las diferencias observadas estuvieron en el límite de la significación estadística para avalar una mayor frecuencia de calificaciones de No grado en el caso de trabajos “white collar” y perdieron significación en el grupo de comercio/servicios, en el que por lo tanto hubo que considerar que No grado de IP e IPT se calificaron en proporciones estadísticamente indiferenciables.

Análisis de la muestra de casos que presenta un diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de la discapacidad laboral evaluada.

En esta muestra, n=106, recogiéndose los datos a continuación:

Calificación / grupo profesional	IP	No grado IP	p
Blue collar	21 (27,0%- 54,90%)	31 (45,1%-73,0%)	0,165
White collar	8 (24,6%- 75,3%)	8 (24,6%- 75,3%)	1,000
Comercio/servicios	15 (24,0%- 56,6%)	23 (43,4-%-76,0%)	0,256

Tabla 178. Calificaciones de No grado de IP o IP en relación con el grupo profesional. Todos los grados de IP. Casos con diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de discapacidad laboral.

El test (χ^2 =0,567) resultó no significativo; p= 0,753. De nuevo, sin diferencias estadísticamente significativas, en ninguna de las muestras estudiadas pudo concluirse que existiera asociación estadísticamente significativa entre la calificación de IP en alguno de sus grados y el grupo profesional establecido conforme a la clasificación descrita.

En el análisis que limitado a la calificación IPT vs. No grado de IP (n=91):

Calificación / grupo profesional	IPT	No grado IP	p
Blue collar	18 (23,4%-51,7%)	31 (48,3%-76,6%)	0,085
White collar	1 (0,3%-48,3%)	8 (51,7%-99,7%)	0,034
Comercio/servicios	10 (15,6%-48,7%)	23 (51,3%-84,4%)	0,035

Tabla 179. Calificaciones de No grado de IP o IPT en relación al grupo profesional. Casos con diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de discapacidad laboral.

El test (χ^2 = 2,358) resultó no significativo; p= 0,308. Salvo en el caso de los trabajadores manuales, fue estadísticamente significativa una mayor la proporción de casos calificados como No grado frente a IPT en cada uno de los grupos profesionales considerados.

Análisis comparativo por grupo profesional según el cuadro psicopatológico sea o no la principal causa de la discapacidad laboral del caso.

Se calculó, desde las tablas anteriores si, dentro de cada grupo profesional de los considerados, la frecuencia de la calificación de IPT o No grado de IP variaba en función de que el cuadro psicopatológico se considerase o no la causa principal de la discapacidad. Para ello se determinó la OR.

a) Comercio/servicios. La calificación de IPT fue más frecuente (73,7%) en la muestra de casos en la que se consideró que la principal causa de la

discapacidad laboral derivaba del cuadro psicopatológico, con OR=1,74, e IC95% (0,71-4,24).

b) White collar. La calificación de IPT fue más frecuente (92,3%) en la muestra de casos en la que se consideró que la principal causa de la discapacidad laboral derivaba del cuadro psicopatológico, con OR=3,84, e IC95% (0,43-34,31).

c) Blue collar. La calificación de IPT fue menos frecuente (34,1%) en la muestra de casos en la que se consideró que la principal causa de la discapacidad laboral derivaba del cuadro psicopatológico, con OR=0,89 e IC95% (0,43-1,86).

Ninguna de las OR calculadas tradujo pues significación estadística en la relación entre las variables calificación (IPT vs. No grado de IP) y grupo profesional.

4.6 Personalidad disfuncional.

4.6.1 Personalidad disfuncional y calificaciones de Incapacidad Permanente.

Se analizó la asociación entre patrones persistentes de conducta disfuncional desde dos niveles distintos; por una parte, la existencia de una personalidad disfuncional, derivada de rasgos disfuncionales de personalidad que se habían considerado suficientemente relevantes hasta el punto de recoger su existencia en el eje II. Y por otra parte, limitando el análisis a aquellos casos en los que las manifestaciones clínicas llegaban a verificar criterios suficientes como para establecer el diagnóstico de trastorno de la personalidad. La calificación se analizó en función de la variable categorial dicotómica IP/No IP.

4.6.1.1 Existencia de una personalidad disfuncional sobre el total de casos estudiados y resolución administrativa.

En este punto, el análisis se planteó sobre el total de expedientes estudiados; los que contaban con algún diagnóstico de rasgos disfuncionales de personalidad o de trastorno de personalidad estaban incluidos en la muestra de casos con diagnóstico psiquiátrico. Se excluyeron del análisis los casos correspondientes a LPNI. Los casos calificados como lesiones no permanentes o previas a la afiliación se interpretaron como No IP, ya tenían ten ser puestos en relación con aquellos expedientes, sin diagnóstico psiquiátrico, en los que sólo se recogió la calificación del dictamen-propuesta; esta última, en términos de IP / No IP.

Personalidad disfuncional.

Como se puede ver el la tabla, la existencia de rasgos disfuncionales de personalidad o bien de un trastorno de la personalidad estuvo presente en 122 casos.

Personalidad disfuncional/ Calificación	Núm. casos con pers. disfuncional	Núm. casos sin pers. disfuncional	Total
No IP	66	800	**866**
IP	56	1071	**1127**
Total	**122**	**1871**	**1993**

Tabla 180. Personalidad disfuncional sobre el total de expedientes analizados (excluidas LPNI); calificaciones como IP / No IP.

De la tabla anterior resultó χ^2= 5,995; p= 0,0143 , estadísticamente significativo, y por tanto se admitió la existencia de relación entre una y otra variable, resultando que es menos frecuente la calificación de una IP en aquellos casos en los que existe una personalidad disfuncional, calculándose una OR=0,63, con intervalo de confianza al 95% (0,44 -0,91).

Criterios de trastorno de la personalidad.

Los datos se presentan en la tabla a continuación.

Trast. Personalidad/ Calificación	Núm. casos con trast. personalidad	Núm. casos sin trast. personalidad	Total
No IP	30	836	**866**
IP	30	1097	**1127**
Total	**60**	**1933**	**1993**

Tabla 1810. Trastornos de la personalidad sobre el total de expedientes analizados (excluidas LPNI); calificaciones como IP / No IP.

Se consideraron como “sin diagnóstico de trastorno de la personalidad” aquellos casos en los que, a pesar de constarse la presencia de rasgos disfuncionales, no se llegó a establecer aquél diagnóstico.

De la tabla anterior resultó χ^2= 1,079; p=0,299; la diferencia no fue pues estadísticamente significativa. No pudo pues demostrarse, desde los datos de la muestra estudiada, que la existencia de un trastorno de la personalidad se asociara con el sentido de la calificación.

4.6.1.2 Existencia de una personalidad disfuncional sobre la muestra de casos que presenta algún diagnóstico psiquiátrico y en función de que éste sea o no la principal causa de discapacidad laboral evaluada; relación con la resolución administrativa.

Personalidad disfuncional.

En la muestra de casos con algún diagnóstico psiquiátrico se efectuó un análisis más detallado.

En primer lugar, sobre el total de casos con diagnóstico psiquiátrico, el estudio de la asociación entre calificación y personalidad disfuncional se realizó desde la correspondiente tabla e contingencia.

Personalidad disfuncional/ Calificación	Núm. casos con pers. disfuncional	Núm. casos sin pers. disfuncional	Total
No IP	66	152	**218**
IP	56	115	**171**
Total	**122**	**267**	**389**

Tabla 182. Personalidad disfuncional y calificaciones como IP / No IP. Casos que presentaban trastorno mental.

De la tabla anterior resultó $\chi^2 = 0{,}272$; p=0,602, por lo que el test no fue estadísticamente significativo, y por tanto no pudo concluirse relación entre una y otra variable.

Limitando el análisis a aquellos casos en los que se consideró que el cuadro psicopatológico era la principal causa de discapacidad laboral, los datos se recogen en la tabla 183.

Personalidad disfuncional/ Calificación	Núm. casos con pers. disfuncional	Núm. casos sin pers. disfuncional	Total
No IP	55	90	**145**
IP	51	76	**127**
Total	**106**	**166**	**272**

Tabla 183. Personalidad disfuncional sobre el total de expedientes analizados (excluidas LPNI); calificaciones como IP / No IP. Casos que presentaban trastorno mental como principal causa de discapacidad laboral.

Desde la tabla anterior se calculó $\chi^2 = 0{,}141$; p=0,707, por lo que el test no resultó estadísticamente significativo, y por tanto no pudo concluirse que existiera relación entre una y otra variable.

Y en cuanto a los casos en los que el cuadro psicopatológico sólo desempeñaba un papel secundario en cuanto a la discapacidad laboral:

Personalidad disfuncional/ Calificación	Núm. casos con personalidad disfuncional	Núm. casos sin personalidad disfuncional	Total
No IP	11	62	**73**
IP	5	39	**44**
Total	**16**	**101**	**117**

Tabla 184. Personalidad disfuncional sobre el total de expedientes analizados (excluidas LPNI); calificaciones como IP / No IP. Casos que presentaban trastorno mental como causa secundaria de discapacidad laboral.

Desde la tabla 184 se calculó $\chi^2 = 0{,}319$; p=0,572, por lo que el test no resultó estadísticamente significativo, y por tanto no pudo concluirse que existiera relación entre una y otra variable.

Criterios de trastorno de la personalidad.

El análisis en la muestra que en la que se determinó existía algún diagnóstico psiquiátrico se recoge en la siguiente tabla de contingencia:

Trast. Personalidad/ Calificación	Núm. casos con trast. personalidad	Núm. casos sin trast. personalidad	Total
No IP	30	188	**218**
IP	30	141	**171**
Total	**60**	**329**	**389**

Tabla 185. Trastorno de la personalidad y calificaciones como IP / No IP. Casos que presentaban trastorno mental.

De la tabla anterior resultó $\chi^2 = 1{,}051$; p=0,305, por lo que el test no resultó estadísticamente significativo, y por tanto no pudo concluirse que existiera relación entre una y otra variable.

Limitando ahora el análisis a la muestra que en la que se determinó que el diagnóstico psiquiátrico era la principal causa de la discapacidad laboral objetivada en el caso:

Trast. Personalidad/ Calificación	Núm. casos con trast. personalidad	Núm. casos sin trast. personalidad	Total
No IP	27	118	**145**
IP	29	98	**127**
Total	**56**	**216**	**272**

Tabla 186. Trastorno de la personalidad y calificaciones como IP / No IP. Casos que presentaban trastorno mental como causa principal de discapacidad laboral.

Desde la tabla anterior se calculó $\chi^2 = 0{,}735$; p=0,391; por lo que el test no resultó estadísticamente significativo, y por tanto no pudo concluirse que existiera relación entre una y otra variable.

En cuanto a la muestra que en la que se consideró que el diagnóstico psiquiátrico era secundario en relación a la discapacidad laboral objetivada en el caso:

Trast. Personalidad/ Calificación	Núm. casos con trast. personalidad	Núm. casos sin trast. personalidad	Total
No IP	3	70	**73**
IP	1	43	**44**
Total	**4**	**113**	**117**

Tabla 187. Trastorno de la personalidad y calificaciones como IP / No IP. Casos que presentaban trastorno mental como causa secundaria de discapacidad laboral.

Desde la tabla anterior se calculó $\chi^2 = 0{,}280$, p=0,596; por lo que el test no resultó estadísticamente significativo, y por tanto no pudo concluirse que existiera relación entre una y otra variable.

4.6.2 Evaluación de la repercusión funcional en los casos con personalidad disfuncional.

Se analizó la evaluación de las limitaciones que se derivan del cuadro psicopatológico determinado en cada caso en relación con la existencia o ausencia de una personalidad disfuncional.

Se excluyeron del análisis los casos en los que la repercusión funcional se evaluó mediante escalas atípicas o, en su caso, cuando se señaló sólo que las

lesiones no eran permanentes. Considerando la escala de repercusión funcional y su aplicación para la evaluación del impacto funcional del cuadro psicopatológico en cada caso, según se detalló en material y método, se empleó el test de Mann- Whitney. Se analizó por separado aquellos casos en los que sólo se considera la existencia de una personalidad disfuncional y, dentro de aquellos, los que verificaban criterios para el diagnóstico de trastorno de la personalidad.

En la muestra de casos con algún diagnóstico psiquiátrico.

Para esta muestra, con n=346, fueron 111 casos en los que se estableció la presencia de una personalidad disfuncional:

Pers. disfuncional / Puntuación en la escala de repercusión funcional	Personalidad disfuncional	No personalidad disfuncional
Tamaño muestral	111	235
Mediana	4,00	4,00
Rango medio	206,1	158,1

Tabla 188. Puntuaciones en la escala de repercusión funcional según existiera o no una personalidad disfuncional. Todos los casos con diagnóstico psiquiátrico.

Para la hipótesis de que la repercusión funcional del cuadro psicopatológico era mayor en el grupo con personalidad disfuncional, y con estadístico U=4,242, con p<0,0001, luego la diferencia fue estadísticamente muy significativa.

En relación con aquellos casos que cumplían criterios de diagnóstico de la personalidad:

Trast. pers. / Puntuación en la escala de repercusión funcional	Trastorno de personalidad	No trastorno de la personalidad
Tamaño muestral	56	290
Mediana	5,00	4,00
Rango medio	232,5	162,1

Tabla 189. Puntuaciones en la escala de repercusión funcional según existiera o no un trastorno de la personalidad. Todos los casos con diagnóstico psiquiátrico

Para la hipótesis de que la repercusión funcional del cuadro psicopatológico era mayor en el grupo con diagnóstico de trastorno de la personalidad, el estadístico U= 4,914, con p<0,0001, luego la diferencia fue estadísticamente muy significativa.

Muestra con diagnóstico psiquiátrico como causa principal de la discapacidad laboral evaluada en el caso.

De nuevo se acudió a la comparación no paramétrica de las distribuciones de la repercusión funcional según la existencia o no de una personalidad disfuncional.

Pers. disfuncional / Puntuación en la escala de repercusión funcional	Personalidad disfuncional	No personalidad disfuncional
Tamaño muestral	97	149
Mediana	5,0	4,0
Rango medio	133,23	117,1

Tabla 190. Puntuaciones en la escala de repercusión funcional según exista o no una personalidad disfuncional. Casos con diagnóstico psiquiátrico como causa principal de la discapacidad laboral.

Para la hipótesis de que la repercusión funcional del cuadro psicopatológico era mayor en el grupo con personalidad disfuncional, el estadístico de contraste de U=1,787, y p= 0,037; resultando por lo tanto la diferencia observada estadísticamente significativa. Se concluyó pues una mayor repercusión funcional en aquellos casos que presentaban una personalidad disfuncional.

En relación con aquellos casos que cumplían criterios de diagnóstico de trastorno de la personalidad:

Trast. pers. / Puntuación en la escala de repercusión funcional	Trastorno de personalidad	No trastorno de la personalidad
Tamaño muestral	53	193
Mediana	5,0	4,00
Rango medio	149,5	116,4

Tabla 191. Puntuaciones en la escala de repercusión funcional según exista o no un trastorno de la personalidad. Casos con diagnóstico psiquiátrico como causa principal de la discapacidad laboral.

Para la hipótesis de que la repercusión funcional del cuadro psicopatológico era mayor en el grupo con trastorno de la personalidad, el estadístico de contraste de U=3,084, y p=0,001; resultando por lo tanto la diferencia observada estadísticamente muy significativa. Se concluyó pues una mayor repercusión funcional en aquellos casos que presentaban un trastorno de la personalidad.

Muestra con diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de la discapacidad laboral evaluada en el caso.

El planteamiento es el mismo que hemos venido empleando, aplicado ahora a esta muestra.

Pers. disfuncional / Puntuación en la escala de repercusión funcional	Personalidad disfuncional	No personalidad disfuncional
Tamaño muestral	14	86
Medianas	3,0	2,0
Rangos medios	60,7	48,8

Tabla 192. Puntuaciones en la escala de repercusión funcional según se considere existe o no una personalidad disfuncional. Casos con diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de la discapacidad laboral.

Para la hipótesis de que la repercusión funcional del cuadro psicopatológico era mayor en el grupo con personalidad disfuncional, el

estadístico U= -1,453, y p=0,073; resultando por lo tanto no es estadísticamente significativo.

En relación con aquellos casos que cumplían criterios de diagnóstico de la personalidad, los datos se presentan en la tabla a continuación.

Trast. pers. / Puntuación en la escala de repercusión funcional	Trastorno de personalidad	No trastorno de la personalidad
Tamaños muestrales	3	97
Medianas	3,0	2,0
Rangos medios	62,5	50,1

Tabla 193. Puntuaciones en la escala de repercusión funcional según exista o no un trastorno de la personalidad. Casos con diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de la discapacidad laboral.

Para la hipótesis de que la repercusión funcional del cuadro psicopatológico era mayor en el grupo con trastorno de la personalidad, el estadístico U=-0,747, con p=0,228; resultando por lo tanto la diferencia observada estadísticamente no significativa.

4.6.3 Personalidad disfuncional y actividad laboral.

Además del cuadro clínico y las limitaciones que de él se derivan, la actividad laboral es el otro elemento a considerar a la hora de efectuar una calificación de IP. La actividad laboral y los requerimientos de ella derivados son elementos esenciales a la hora de efectuar la calificación, por lo que ésta puede verse desde luego afectada por tales requerimientos. Se pretendió determinar si existía alguna relación entre la actividad laboral considerada en el procedimiento de calificación y la existencia de una personalidad disfuncional.

Relación entre ocupaciones según la clasificación "white collar", "blue collar" y "servicios/comercio" y la existencia de una personalidad disfuncional.

Se pretendía analizar si existía o no relación entre la actividad laboral que se consideró profesión habitual en el procedimiento de calificación de IP y la existencia o no de una personalidad disfuncional o un trastorno de la personalidad. Desde esta clasificación de las ocupaciones, se planteó el estudio de la asociación mediante el test χ^2:

Pers. Disfuncional / Grupo profesional	Personalidad disfuncional	No criterios de pers. disf.	Total
Comercio - servicios	37	100	**137**
Blue collar	55	122	**177**
White collar	30	45	**75**
Total	**122**	**267**	**389**

Tabla 194. Tabla de contingencia grupo profesional y existencia o no de una personalidad disfuncional. Todos los casos.

El resultado resultó no significativo; con estadístico de contraste χ^2=3,813 y p=0,149. No se logró demostrar pues asociación entre ambas variables.

Relación entre ocupaciones según la clasificación "white collar", "blue collar" y servicios/comercio" y la existencia de un diagnóstico de trastorno de la personalidad.

De nuevo, el estudio de la asociación se efectuó mediante el test χ^2, sobre los datos de la tabla 195.

Trast. pers. / Grupo profesional	Trastorno de la personalidad	No diagn. trast. de la personalidad	Total
Comercio - servicios	18	119	**137**
Blue collar	29	148	**177**
White collar	13	62	**75**
Total	**60**	**329**	**389**

Tabla 195. Tabla de contingencia grupo profesional y existencia o no de trastorno de la personalidad.

El resultado resultó no significativo; estadístico de contraste χ^2=0,883, con p=0,643. No se logró pues demostrar asociación entre ambas variables.

Relación entre las ocupaciones según CNO-2011 y la calificación administrativa en los casos clasificados como "personalidad disfuncional".

Se analizó si, en los casos en los que se ha establecido la existencia de una personalidad disfuncional, se calificó IP o no IP en distinta proporción según el grupo profesional. Los casos se distribuyeron como se recoge en la tabla 196.

	Totales		No IP		IP	
Grupos CNO-2011	**Número de casos**	**Frecuencia relativa**	**Número de casos**	**Frecuencia relativa**	**Número de casos**	**Frecuencia relativa**
Peones de la agricultura, pesca, construcción, industrias manufactureras y transportes	**20**	**16,4%**	**12**	**60,0%**	**8**	**40,0%**
Trabajadores no cualificados en servicios (excepto transportes)	**15**	**12,3%**	**12**	**80,0% ***	**3**	**20,0% ***
Trabajadores de los servicios de salud y el cuidado de personas	**17**	**1,.9%**	**5**	**29,4%**	**12**	**70,6%**
Empleados de oficina que no atienden al público	**12**	**9,8%**	**7**	**58,3%**	**5**	**41.7%**
Trabajadores cualificados de la construcción, excepto operadores de máquinas	**10**	**8,2%**	**4**	**40,0%**	**6**	**60,0%**
Técnicos y profesionales científicos e intelectuales de la salud y la enseñanza	**7**	**5,7%**	**2**	**28,6%**	**5**	**71,4%**
Conductores y operadores de maquinaria móvil	**6**	**4,9%**	**4**	**66,7%**	**2**	**33,3%**
Trabajadores de los servicios de restauración y comercio	**12**	**9,8%**	**7**	**58,3%**	**5**	**41,7%**
Otros técnicos y profesionales científicos e intelectuales	**6**	**4.9%**	**4**	**66,7%**	**2**	**33,3%**
Técnicos; profesionales de apoyo	**5**	**4,1%**	**1**	**20,0%**	**4**	**80,0%**
Trabajadores de los servicios de protección y seguridad	**2**	**1,6%**	**0**	**0,0%**	**2**	**100,0%**
Trabajadores cualificados de las industrias manufactureras, excepto operadores de instalaciones y máquinas	**3**	**2,5%**	**1**	**33,3%**	**2**	**66,7%**
Empleados de oficina que atienden al público	**1**	**0,8%**	**1**	**100,0%**	**0**	**0,0%**
Trabajadores cualificados en el sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero	**2**	**1,6%**	**2**	**100,0%**	**0**	**0,0%**
Directores y gerentes	**2**	**1,6%**	**2**	**100,0%**	**0**	**0,0%**
Operadores de instalaciones y maquinaria fijas, y montadores	**2**	**1,6%**	**2**	**100,0%**	**0**	**0,0%**
Total	**122**	**100,00%**	**66**		**56**	

**p=0,035*

Tabla 196. Casos que presentan una personalidad disfuncional (rasgos disfuncionales o trastorno de la personalidad) y el resultado de la calificación administrativa en cada grupo de la CNO-2011.

Relación entre las ocupaciones según CNO-2011 y la calificación administrativa en los casos clasificados como "trastornos de la personalidad".

Igualmente, se analizó si, en los casos en los que se estableció la existencia de un trastorno de la personalidad, se calificaba IP o no IP en distinta proporción según el grupo profesional. Los casos se distribuyeron como se recoge en la tabla 197.

	Totales		No IP		IP	
Grupos CNO-2011	Número de casos	Frecuencia relativa	Número de casos	Frecuencia relativa	Número de casos	Frecuencia relativa
Peones de la agricultura, pesca, construcción, industrias manufactureras y transportes	12	9.84%	7	58.33%	5	41.67%
Trabajadores no cualificados en servicios (excepto transportes)	6	4.92%	4	66.67%	2	33.33%
Trabajadores de los servicios de salud y el cuidado de personas	9	7.38%	2	22.22%	7	77.78%
Empleados de oficina que no atienden al público	6	4.92%	3	50,00%	3	50,00%
Trabajadores cualificados de la construcción, excepto operadores de máquinas	6	4.92%	2	33.33%	4	66.67%
Técnicos y profesionales científicos e intelectuales de la salud y la enseñanza	3	2.46%	0	0,00%	3	100,00%
Conductores y operadores de maquinaria móvil	2	1.64%	2	100,00%	0	0,00%
Trabajadores de los servicios de restauración y comercio	7	5.74%	5	71.43%	2	28.57%
Otros técnicos y profesionales científicos e intelectuales	3	2.46%	2	66.67%	1	33.33%
Técnicos; profesionales de apoyo	1	0,82%	0	0,00%	1	100,00%
Trabajadores de los servicios de protección y seguridad	1	0,82%	0	0,00%	1	100,00%
Trabajadores cualificados de las industrias manufactureras, excepto operadores de instalaciones y máquinas	1	0,82%	0	0,00%	1	100,00%
Trabajadores cualificados en el sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero	1	0,82%	1	100,00%	0	0,00%
Operadores de instalaciones y maquinaria fijas, y montadores	2	1.64%	2	100,00%	0	0,00%
Total	60	49.18%	30		30	

Tabla 197. Casos que presentan un trastorno de la personalidad y el resultado de la calificación administrativa en cada grupo CNO-2011.

Desde luego, cuando se acude a clasificaciones prolijas, como la CNO-2011, los reducidos tamaños muestrales en cada una de las categorías condicionan la obtención de diferencias estadísticamente significativas. Por lo que respecta a los grupos ocupacionales en los que el 100% de los casos es calificado como IP o No IP, los pocos casos que se incluyen en cada grupo profesional limitaron la obtención de conclusiones firmemente sustentadas. Sí se pudo, no obstante, presumir la existencia de alguna tendencia, sobre todo en el grupo más amplio de "personalidad disfuncional", en el que sí se logró establecer significación estadística para el grupo de "Trabajadores no cualificados en servicios (excepto transportes)", que presentaba una mayor proporción de casos calificados como "No IP".

Relación entre personalidad disfuncional y acceso al procedimiento desde la situación de desvinculación con el mercado laboral.

Se analizó si la existencia de una personalidad disfuncional se asociaba con el acceso al procedimiento desde una situación de desvinculación del mercado laboral, acudiendo para ello al test χ^2 para, en caso de hallar significación estadística, cuantificar el sentido e intensidad de la misma mediante la OR.

Pers. disfuncional / vinculación mercado laboral	Personalidad disfuncional	No Personalidad disfuncional	Total
Mantiene vinculación	72	156	**228**
Desvinculado	50	111	**161**
Total	**122**	**267**	**389**

Tabla 198. Tabla de contingencia para el análisis de la asociación entre personalidad disfuncional y el acceso al procedimiento desde situación de vinculación o no al mercado laboral. Todos los casos con diagnóstico psiquiátrico.

El resultado fue no significativo; estadístico de contraste χ^2=0,012 y p=0,913. No se pudo demostrar asociación entre ambas variables.

Cuando se limitó el análisis a los casos en los que se verificaban criterios de trastorno de la personalidad observamos la distribución de la tabla 199.

Trast. pers./ vinculación mercado laboral	Trastorno de la personalidad	No diagn. de trast. de la personalidad	Total
Mantiene vinculación	33	195	**228**
Desvinculado	27	134	**161**
Total	**60**	**329**	**389**

Tabla 199. Tabla de contingencia para el análisis de la asociación entre trastorno de la personalidad y el acceso al procedimiento desde situación de vinculación o no al mercado laboral. Todos los casos con diagnóstico psiquiátrico.

El resultado fue no significativo; estadístico de contraste χ^2=0,381 y p=0,537. No se logró pues demostrar asociación entre ambas variables.

4.7 Trastornos relacionados con substancias o antecedentes del mismo.

Se analizó la existencia de un trastorno relacionado con substancias en relación con la calificación administrativa del caso y con la evaluación de la repercusión funcional efectuada.

Para este análisis, los casos en los que la denegación de IP se sustentó en que las lesiones no eran aún permanentes o que eran previas a la afiliación no se tuvieron en cuenta, ya que en sí esta calificación no traduce la gravedad del cuadro, sino consideraciones sobre su potencial mejoría o el momento en el que aparece la discapacidad laboral.

En cuanto a la repercusión funcional, el análisis se planteó desde la consideración del grado funcional establecido para el cuadro psicopatológico a través de la escala de repercusión funcional; se partió de la hipótesis de que la repercusión funcional sería mayor en aquellos casos en los que se señalaba la existencia de un antecedente de consumo de substancias o consumo activo. Se recurrió para ello al test de Mann-Whitney. Se excluyeron los casos en los que la evaluación de la repercusión funcional se había efectuado mediante escalas atípicas (no se siguieron los criterios normalizados expuestos en las orientaciones del INSS[114]) o se señalaron expresamente “lesiones en curso”.

4.7.1 Análisis de la muestra de casos con algún diagnóstico psiquiátrico.

En esta muestra, con n=351, los casos se distribuyeron como sigue:

Trast. relac. subst./ calificación	No TR substancias o antecedentes	TR substancias o antecedentes	Total
No grado IP	153	27	**180**
IP	134	37	**171**
Total	**287**	**64**	**351**

Tabla 200. Tabla de contingencia para el análisis de la relación entre la calificación administrativa y la existencia de trastorno relacionado con substancias (activo o antecedentes). Todos los casos con diagnóstico psiquiátrico.

Desde la tabla anterior resultó χ^2= 2,591, p=0,107, luego hubo de concluirse que no existía asociación entre ambas variables.

En cuanto a la repercusión funcional, en esta muestra, con n=346, los datos se presentan en la tabla 201.

Trast. rel. substancias o antecedentes / puntuación escala de repercusión funcional	TR substancias o antecedentes	No TR substancias o antecedentes
Tamaño muestral	61	285
Mediana	4,0	4,0
Rango medio	206,4	166,4

Tabla 201. Puntuaciones en la escala de repercusión funcional según existiera o no un trastorno relacionado con substancias o antecedentes del mismo. Todos los casos con diagnóstico psiquiátrico.

Estadístico de contraste de U=-2,887; p=0,002, luego se concluyó que en aquellos casos en lo que se constataba la presencia de consumo de substancias activo o

antecedentes del mismo la repercusión funcional del cuadro psicopatológico fue mayor en relación a aquellos casos que no presentaban tales antecedentes ni se registraba consumo de substancias actual.

Para el caso de que se tratase de un consumo activo:

Trast. rel. substancias substancias activo/ puntuación escala de repercusión funcional	Consumo actual	No consumo actual
Tamaño muestral	31	315
Mediana	4,0	4,0
Rango medio	187,4	172,1

Tabla 202. Puntuaciones en la escala de repercusión funcional según exista un trastorno relacionado con substancias activo. Todos los casos con diagnóstico psiquiátrico.

Desde la tabla de contingencia, el estadístico de contraste de U=-0,829; p=0,407. No pudo demostrarse que las puntuaciones fuesen distintas en función de que existiera o no consumo actual de substancias, y el resultado del test de una cola tampoco resultó significativo (p=0,204).

4.7.2 Análisis de la muestra con diagnóstico psiquiátrico como causa principal de la discapacidad laboral evaluada en el caso.

En el análisis efectuado sobre los casos en los que se consideró que la principal causa de la discapacidad laboral provenía del cuadro psicopatológico, n=245, distribuyéndose los casos según se recoge en la tabla 203.

Trast. relac. subst./ calificación	No TR substancias o antecedentes	TR substancias o antecedentes	Total
No grado IP	94	24	**118**
IP	95	32	**127**
Total	**189**	**56**	**245**

Tabla 203. Tabla de contingencia para el análisis de la relación entre la calificación administrativa y la existencia de trastorno relacionado con substancias (activo o antecedentes). Casos con diagnóstico psiquiátrico como causa principal de la discapacidad laboral.

De los datos de la tabla anterior resultó $\chi^2 = 0{,}819$, p=0,366, luego no pudo demostrarse asociación entre ambas variables.

En cuanto a la repercusión funcional del cuadro psicopatológico, en esta muestra, con n=246, se obtuvo la siguiente distribución:

Trast. rel. substancias o antecedentes / puntuación escala de repercusión funcional	TR substancias o antecedentes	No TR substancias o antecedentes
Tamaño muestral	55	191
Mediana	5,0	4,0
Rango medio	132,6	120,9

Tabla 204. Puntuaciones en la escala de repercusión funcional según existiera o no un trastorno relacionado con substancias o antecedentes del mismo. Casos con diagnóstico psiquiátrico como causa principal de discapacidad laboral.

Desde la tabla de contingencia, el estadístico de contraste de U= -1,105; p=0,135, luego no pudo demostrarse que los casos con antecedentes de consumo de

substancias o consumo actual presentasen una mayor repercusión funcional. En el test de dos colas, p=0,269, por lo que tampoco pudo concluirse que existiera diferencia significativa.

Para el caso de que se tratase de un consumo activo:

Trast. rel. substancias substancias activo/ puntuación escala de repercusión funcional	Consumo actual	No consumo actual
Tamaño muestral	30	216
Mediana	4,0	4,0
Rango medio	115,4	124,6

Tabla 205. Puntuaciones en la escala de repercusión funcional según existiera o no un trastorno relacionado con substancias activo. Casos con diagnóstico psiquiátrico como causa principal de discapacidad laboral.

Desde la tabla de contingencia, el estadístico U= 0,679; p=0,751, luego no pudo demostrarse que los casos con consumo actual presentasen una mayor repercusión funcional. En el test de dos colas, p=0,497, luego tampoco fue significativo.

4.7.3 Análisis de la muestra con diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de discapacidad laboral.

No se verificaban en los datos las condiciones de validez del test χ^2 dado el escaso número de casos y las frecuencias esperadas, por lo que no se efectuó el análisis.

En lo que se refiere a la repercusión funcional, en esta muestra, con n= 100, se obtuvo la distribución de la tabla 206.

Trast. rel. substancias o antecedentes / puntuación escala de repercusión funcional	TR substancias o antecedentes	No TR substancias o antecedentes
Tamaño muestral	6	94
Mediana	3,0	2,0
Rango medio	63,0	49,7

Tabla 206. Puntuaciones en la escala de repercusión funcional según existiera o no un trastorno relacionado con substancias o antecedentes del mismo. Casos con diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de discapacidad laboral.

Desde la tabla de contingencia, el estadístico de contraste de U=-1,118, con p=0,132. En el test de dos colas, p=0,264, por lo que tampoco pudo concluirse que existiera diferencia entre las puntuaciones en la referida escala en función del antecedente descrito.

Para el caso de un consumo activo:

Trast. rel. substancias substancias activo/ puntuación escala de repercusión funcional	Consumo actual	No consumo actual
Tamaño muestral	1	99
Mediana	0,0	2,0
Rango medio	13,5	50,9

Tabla 207. Puntuaciones en la escala de repercusión funcional según existiera o no un trastorno relacionado con substancias activo. Casos con diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de discapacidad laboral

Desde la tabla de contingencia, el estadístico de contraste de U= 1,3161, con p=0,188; luego no pudo demostrarse que las puntuaciones fueran distintas en función

de que hubiera o no un trastorno relacionado con substancias activo. El resultado del test de una cola bajo la hipótesis de una repercusión funcional en los casos con consumo activo, tampoco resultó significativo (p=0,906). Considérese que sólo un caso presentaba consumo actual en esta muestra.

4.7.4 Trastornos relacionados con substancias y su relación con otras variables.

Se analizaron las relaciones entre la existencia de antecedentes de consumo de substancias o consumo activo y otras características clínicas del caso que se consideraban podían ser indicativas de la gravedad del mismo, como la existencia de antecedentes de ingreso psiquiátrico (considerada como criterio de gravedad o especial gravedad en el sistema de grados funcionales) o la existencia de una personalidad disfuncional, que se asocia en la literatura con mayor repercusión funcional.

Trastorno de la personalidad y consumo de substancias o antecedentes del mismo.

El análisis se planteó desde el estudio de la asociación mediante el test χ^2. En la muestra que recoge al total de casos, n=389, los datos fueron los siguientes:

Trast. rel. substancias o antecedentes / Trastorno de la personalidad	TR substancias o antecedentes	No TR substancias o antecedentes	Total
Trastorno de personalidad	23	37	**60**
No criterios de trastorno de personalidad	50	279	**329**
Total	**73**	**316**	**389**

Tabla 208. Distribución de los casos que presentan algún trastorno mental en relación a la constatación o no de trastorno de la personalidad y trastorno relacionado con substancias o antecedentes del mismo.

De la tabla anterior resultó χ^2= 17,818; p<0,0001; la diferencia fue pues estadísticamente muy significativa, y por tanto se concluyó relación entre una y otra variable. Para la cuantificación de la intensidad de tal asociación y su sentido, se calculó la Odss Ratio (OR), de forma que la existencia de un trastorno de la personalidad se asoció con una mayor presencia de trastorno relacionado con substancias o antecedentes del mismo, con OR= 3,47 e intervalo de confianza al 95% (1,90- 6,33).

En el análisis limitado a los casos en los que el cuadro psicopatológico se consideró la principal causa de la discapacidad laboral, la distribución es la que sigue:

Trast. rel. substancias o antecedentes / Trastorno de la personalidad	TR substancias o antecedentes	No TR substancias o antecedentes	Total
Trastorno de personalidad	21	35	**56**
No criterios de trastorno de personalidad	44	172	**216**
Total	**65**	**207**	**272**

Tabla 209. Distribución de los casos en relación a la existencia de un trastorno de la personalidad y la existencia de un trastorno relacionado con substancias o antecedentes del mismo; muestra en la que se considera el cuadro psicopatológico como principal causa de la discapacidad laboral.

De la tabla anterior resultó χ^2= 7,175; p=0,007; por tanto se admitió la relación entre ambas variables. Para la cuantificación de la intensidad de la asociación y su sentido, se calculó la Odss Ratio, de forma que la existencia de un trastorno de la personalidad

se asoció con una mayor presencia de trastorno relacionado con substancias o antecedentes del mismo, siendo OR= 2,34; intervalo de confianza al 95% (1,24- 4,42).

Antecedentes de ingreso psiquiátrico y consumo de substancias o antecedentes del mismo.

En el análisis efectuado sobre la muestra de casos que presenta algún diagnóstico psiquiátrico:

Trast. rel. substancias o antecedentes / antecedentes de ingreso psiquiátrico	TR substancias o antecedentes	No TR substancias o antecedentes	Total
Sin antecedentes de ingreso psiquiátrico	42	271	**313**
Con antecedentes de ingreso psiquiátrico	31	45	**76**
Total	**73**	**316**	**389**

Tabla 210. Distribución de casos en relación a la constatación o no de antecedentes de ingresos psiquiátricos y de trastorno relacionado con substancias o antecedentes del mismo. Todos los casos con diagnóstico psiquiátrico.

De la tabla de contingencia resultó χ^2= 30,052; p<0,0001. Se identificó pues relación entre ambas variables. Para la cuantificación de la intensidad de la asociación y su sentido, se calculó la Odss Ratio, siendo así que la existencia de un trastorno relacionado con substancias o antecedentes del mismo se asoció con una mayor frecuencia de antecedentes de ingreso psiquiátrico, con OR=4,45; intervalo de confianza al 95% (2,54 -7,79).

Limitando el análisis a los casos en los que el cuadro psicopatológico se consideró la principal causa de discapacidad laboral:

Trast. rel. substancias o antecedentes / antecedentes de ingreso psiquiátrico	No TR substancias o antecedentes	TR substancias o antecedentes	Total
Sin antecedentes de ingreso psiquiátrico	166	36	**202**
Con antecedentes de ingreso psiquiátrico	41	29	**70**
Total	**207**	**65**	**272**

Tabla 211. Distribución de casos en relación a la constatación o no de antecedentes de ingresos psiquiátricos y de trastorno relacionado con substancias o antecedentes del mismo. Casos en los que se considera que la principal causa de la discapacidad evaluada deriva del cuadro psicopatológico.

De la tabla anterior se calculó χ^2= 15,930; p<0,0001; la diferencia fue estadísticamente muy significativa, y por tanto se admitió relación entre las variables. Para la cuantificación de intensidad de la asociación y su sentido, se calculó la Odss Ratio, siendo así que la existencia de un trastorno relacionado con substancias o antecedentes del mismo se asoció con una mayor frecuencia de antecedentes de ingreso psiquiátrico, con OR=3,26; intervalo de confianza al 95% (1,80– 5,92).

Sexo y consumo de substancias o antecedentes del mismo.

Se quiso conocer la existencia o no de asociación entre el sexo y la existencia de un trastorno relacionado con substancias o antecedentes del mismo. Se efectuó el análisis desde la tabla siguiente a través del test χ^2.

Trast. rel. substancias o antecedentes / sexo	No TR substancias o antecedentes	TR substancias o antecedentes	Total
Mujer	171	12	**183**
Hombre	145	61	**206**
Total	**316**	**73**	**389**

Tabla 212. Distribución de los casos; relación entre sexo y trastorno relacionado con substancias o antecedentes del mismo. Todos los casos.

Desde los datos anteriores, se determinó χ^2= 33,790; p <0,0001; la diferencia resultó pues estadísticamente significativa, con mayor frecuencia de casos con diagnóstico de trastorno relacionado con substancias o antecedentes del mismo en el sexo "hombre", con OR= 5,99; intervalo de confianza al 95% (3,11–11,57).

4.8 Deterioro cognitivo.

Se quiso evaluar la existencia de asociación entre deterioro cognitivo y la calificación de IP en alguno de sus grados. Se excluyeron del análisis aquellos casos en los que se había denegado IP por "lesiones previas a la afiliación" o "lesiones no permanentes", ya que estas calificaciones no traducen en sí mismas una mayor o menor gravedad del cuadro, sino consideraciones sobre el momento en el que éste se instauró.

Para en análisis de la repercusión funcional del cuadro psicopatológico, se trató de determinar si los casos que contaban con registro de la existencia de alteraciones cognitivas tenían una puntuación más elevada en la escala de grados funcionales (escala de repercusión funcional). Para ello se acudió al test de Mann-Whitney.

4.8.1 Análisis en la muestra en la que se ha determinado la existencia de un diagnóstico psiquiátrico.

La distribución de los 351 casos de la muestra se recoge en la tabla 213.

Repercusión cognitiva / calificación	Repercusión cognitiva	Sin repercusión cognitiva	Total
No grado de IP	11	169	**180**
IP	19	152	**171**
Total	**30**	**321**	**351**

Tabla 213. Tabla de contingencia para el análisis de la asociación entre repercusión cognitiva y calificación de IP. Todos los casos.

De la tabla anterior, χ^2= 2,805, p=0,094, luego no pudo demostrarse que existiera asociación entre ambas variables.

En cuanto a la repercusión funcional evaluada en esta muestra, n=346.

Repercusión cognitiva / puntuación en la escala de repercusión funcional	Repercusión cognitiva	Sin repercusión cognitiva
Tamaño muestral	30	316
Mediana	5,0	4,0
Rango medio	205,8	170,4

Tabla 214. Puntuaciones en la escala de repercusión funcional según exista o no deterioro cognitivo. Todos los casos.

De la tabla anterior, U=-1,886, p=0,059; la diferencia pues no fue estadísticamente significativa. Se recurrió (dado que el resultado se encontraba ciertamente en "el límite") a la hipótesis que suponía el test de una cola, asumiendo en el grupo con repercusión cognitiva una mayor repercusión funcional con respecto al grupo de comparación. En esta hipótesis, el resultado sí fue estadísticamente significativo; p=0,030.

4.8.2 Análisis sobre la muestra con diagnóstico psiquiátrico como principal causa de la discapacidad laboral evaluada en el caso.

Los datos correspondientes a la muestra se representan en la tabla 215:

Repercusión cognitiva / calificación	Repercusión cognitiva	Sin repercusión cognitiva	Total
No grado de IP	9	109	**118**
IP	15	112	**127**
Total	**24**	**221**	**245**

Tabla 215. Tabla de contingencia para el análisis de la asociación entre repercusión cognitiva y calificación de IP. Casos con diagnóstico psiquiátrico como principal causa de la discapacidad laboral.

De la tabla anterior resultó χ^2= 1,212, p=0,271, luego no pudo demostrarse asociación entre ambas variables.

En lo que se refiere a la repercusión funcional evaluada en esta muestra, n=246.

Repercusión cognitiva / puntuación en la escala de repercusión funcional	Repercusión cognitiva	Sin repercusión cognitiva
Tamaño muestral	25	221
Mediana	5,0	4,0
Rango medio	138,4	121,8

Tabla 216. Puntuaciones en la escala de repercusión funcional según exista o no deterioro cognitivo. Casos con diagnóstico psiquiátrico como principal causa de la discapacidad laboral.

De la tabla anterior resultó un estadístico de contraste de U= -1,1372 y p =0,255 para la diferencia observada. El resultado no fue pues significativo.

4.8.3 Análisis sobre la muestra con diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de la discapacidad laboral evaluada en el caso.

Los datos correspondientes a la muestra se representan en la tabla adjunta:

Repercusión cognitiva / calificación	Repercusión cognitiva	Sin repercusión cognitiva	Total
No grado de IP	2	60	**62**
IP	4	40	**44**
Total	**6**	**100**	**106**

Tabla 217. Tabla de contingencia; repercusión cognitiva y calificación. Casos con diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de la discapacidad laboral.

De la tabla anterior resultó χ^2= 1,658, p=0,198, luego no pudo demostrarse asociación entre ambas variables.

En esta muestra, la evaluación de la repercusión funcional, sobre n=100,

Repercusión cognitiva / puntuación en la escala de repercusión funcional	Repercusión cognitiva	Sin repercusión cognitiva
Tamaño muestral	5	95
Mediana	2,0	2,0
Rango medio	55,0	50,3

Tabla 218. Puntuaciones en la escala de repercusión funcional según existiera o no deterioro cognitivo. Casos con diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de la discapacidad laboral.

Desde la tabla anterior, U=-0,365 y p =0,715. No se logró pues establecer que, en esta muestra, existieran diferencias significativas. Tampoco en el test de una cola que planteaba la hipótesis de una mayor repercusión funcional en aquellos casos con repercusión cognitiva constatada se alcanzó la significación estadística, con p= 0,357 para esta hipótesis.

4.9 Comorbilidad en el Eje I.

Se analizó si la presencia de más de un diagnóstico en el Eje I se asociaba con una evaluación de mayor repercusión funcional y con una mayor proporción de casos calificados como IP en alguno de sus grados.

Se excluyeron del análisis aquellos casos en los que se denegó IP por considerarse que las lesiones eran previas a la afiliación, así como aquellos casos en los que se calificaron “lesiones no permanentes”, ya que estas causas de calificación de No IP no están relacionadas con la gravedad del cuadro, sino con el momento de instauración de los síntomas.

En cuanto al análisis de la repercusión funcional del cuadro psicopatológico, se trató de determinar si los casos que contaban con más de un diagnóstico en el Eje I tenían una puntuación más elevada en la escala de repercusión funcional. Para ello se recurrió al test de Mann-Whitney. Se consideraron casos con comorbilidad en el eje I, tal y como se señaló en material y método, aquellos casos con más de un diagnóstico en este eje.

4.9.1 Análisis sobre la muestra de casos que presenta algún diagnóstico psiquiátrico.

En este análisis, n=351.

Comorbilidad / calificación	Comorbilidad Eje I	Sin comorbilidad Eje I	Total
No grado IP	43	137	**180**
IP	54	117	**171**
Total	**97**	**254**	**351**

Tabla 219. Tabla de contingencia; comorbilidad en el Eje I y calificación. Todos los casos con diagnóstico psiquiátrico.

De la tabla anterior se calculó χ^2= 2,593, p =0,107, luego no pudo demostrarse que existiera asociación entre ambas variables.

En lo que se refiere a la evaluación de la repercusión funcional del cuadro psicopatológico en esta muestra, n=346.

Comorbilidad / puntuación en la escala de repercusión funcional	Comorbilidad en eje I	Sin comorbilidad en Eje I
Tamaño muestral	97	249
Mediana	4,0	4,0
Rango medio	207,0	160,4

Tabla 220. Puntuación en la escala de repercusión funcional y comorbilidad en el Eje I. Todos los casos con diagnóstico psiquiátrico.

Se encontró pues una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos, con estadístico de contraste de U= -3,964 y p<0,0001. En el test de una cola planteado en el sentido de que la distribución de la repercusión funcional era mayor en los casos con comorbilidad, se mantuvo la significación estadística.

En esta muestra, los casos se agrupan, según los niveles de gravedad A, B y C definidos:

Repercusión funcional (nivel de gravedad) / comorbilidad eje I	A	B	C
Trastorno único	105 (82,7%)	108 (68,8%)	36 (58,1%)
Comorbilidad	22 (17,3%)	49 (31,2%)	26 (41,9%)
p	<0,0001	<0,0001	0,202

Tabla 221. Proporción de casos en cada nivel de gravedad que presentan en el Eje I comorbilidad entre dos o más trastornos o bien un diagnóstico único. Todos los casos con diagnóstico psiquiátrico.

Las diferencias entre las proporciones de casos que presentaban comorbilidad fueron significativas en los niveles A y B, en los que los casos con un trastorno único constituían la mayor parte, mientras que en el nivel C (el de mayor grvedad) se perdió la significación estadística en la diferencia, debiéndose asumir que casos con comorbilidad en el eje I y sin ella suponían cada uno alrededor del 50%.

4.9.2 Análisis sobre la muestra con diagnóstico psiquiátrico como principal causa de la discapacidad laboral evaluada en el caso.

En esta muestra, la distribución de los casos se recoge en la tabla 222, con n=245.

Comorbilidad /calificación	Comorbilidad Eje I	Sin comorbilidad Eje I	Total
No grado IP	37	81	**118**
IP	49	78	**127**
Total	**86**	**159**	**245**

Tabla 222. Tabla de contingencia; comorbilidad en el Eje I y calificación. Casos con diagnóstico psiquiátrico como principal causa de la discapacidad laboral.

De la tabla anterior, χ^2= 1,402, p=0,236, luego se concluyó que no podía demostrarse asociación entre ambas variables.

En el análisis de la repercusión funcional del cuadro psicopatológico, en esta muestra, n=246, recogiéndose los datos correspondientes en la tabla 223.

Comorbilidad / puntuación en la escala de repercusión funcional	Comorbilidad em eje I	Sin comorbilidad en Eje I
Tamaño muestral	87	159
Mediana	5,0	4,0
Rango medio	130,0	119,9

Tabla 223. Puntuación en la escala de repercusión funcional y comorbilidad en el Eje I. Casos con diagnóstico psiquiátrico como principal causa de la discapacidad laboral.

De la tabla 223 resultó un estadístico de contraste U=-1,085 y p=0,278. En el test de una cola planteado en el sentido de que la distribución de la variable grado funcional (escala de repercusión funcional) sería mayor en los casos con comorbilidad en el Eje I, p= 0,139. No se logró pues establecer que, en esta muestra, existieran diferencias significativas.

En esta muestra, los casos se agrupan, según niveles de gravedad A, B y C definidos:

Repercusión funcional (nivel de gravedad) / comorbilidad eje I	A	B	C
Trastorno único	38 (67,9%)	85 (65,9%)	36 (59,0%)
Comorbilidad	18 (32,1%)	44 (34,1%)	25 (41,0%)
p	0,007	0,0003	0,159

Tabla 224. Proporción de casos en cada nivel de gravedad que presentan en el Eje I comorbilidad entre dos o más trastornos o bien un diagnóstico único. Casos con diagnóstico psiquiátrico como principal causa de la discapacidad laboral.

En los niveles de gravedad A y B se constató mayor proporción de casos como trastorno único en el eje I, mientras que en C la significación de la diferencia se perdió, asumiéndose que casos con y sin comorbilidad en eje I suponían alrededor del 50%, y por tanto, en relación a los niveles A y B, sería más frecuentes en este nivel de gravedad la comorbilidad en el eje I.

4.9.3 Análisis sobre la muestra con diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de la discapacidad laboral evaluada en el caso.

En esta muestra, con n=106, los resultados se muestran en la tabla 225.

Comorbilidad /calificación	Comorbilidad Eje I	Sin comorbilidad Eje I	Total
No grado IP	6	56	**62**
IP	5	39	**44**
Total	**11**	**95**	**106**

Tabla 225.Tabla de contingencia; comorbilidad en el Eje I y calificación. Casos con diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de la discapacidad laboral.

De la tabla 224 resultó χ^2= 0,079, p=0,779, luego no pudo demostrarse que existiera asociación entre ambas variables.

En lo que se refiere al análisis de la repercusión funcional del cuadro psicopatológico, en esta muestra, n=100, los resultados se recogen en la tabla 226.

Comorbilidad / puntuación en la escala de repercusión funcional	Comorbilidad em eje I	Sin comorbilidad en Eje I
Tamaño muestral	10	90
Mediana	4,00	2,0
Rango medio	70,0	48,3

Tabla 226. Puntuación en la escala de repercusión funcional y comorbilidad en el Eje I. Casos con diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de la discapacidad laboral.

Desde la tabla anterior se constató una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos, con estadístico de contraste U= -2,3005 y p=0,021. En el test de una cola planteado en el sentido de que la repercusión funcional fuera mayor en los casos con comorbilidad en el Eje I, p= 0,011.

En esta muestra, los casos se agruparon, según niveles de gravedad A, B y C definidos, como se detalla en la tabla 227.

Repercusión funcional (nivel de gravedad) / comorbilidad eje I	A	B	C
Trastorno único	67 (94,4%)	23 (82,1%)	0
Comorbilidad	4 (5,6%)	5 (17,9%)	1 (100%)
p	<0,0001	0,0009	

Tabla 227. Proporción de casos en cada nivel de gravedad que presentan en el Eje I comorbilidad entre dos o más trastornos o bien un diagnóstico único. Casos con diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de la discapacidad laboral.

Claramente pues en los niveles de menor gravedad (A y B) se agruparon una mayor proporción de casos sin comorbilidad en el eje I.

4.10 Ingresos psiquiátricos previos, calificación administrativa y repercusión funcional de las limitaciones psiquiátricas.

Se analizó a continuación si la existencia de antecedentes de ingresos psiquiátricos se traducía en una mayor probabilidad de calificación de IP en alguno de sus grados, así como si la repercusión funcional evaluada en caso de existencia de este antecedente era mayor que la que se consideró en otros casos.

El análisis de la asociación se efectuó a través del test χ^2 (no se consideraron en el análisis las denegaciones de IP por lesiones previas a la afiliación o lesiones no permanentes.

Para la evaluación de la repercusión funcional en ambos grupos, se recurrió a la U de Mann-Whitney, y a este respecto las evaluaciones de grado funcional como “lesiones en curso” y “previas a la afiliación” se excluyeron del análisis; la hipótesis de contraste fue que la repercusión funcional evaluada sería mayor en los casos con antecedente de ingreso psiquiátrico.

4.10.1 Análisis sobre la muestra de casos que presenta algún diagnóstico psiquiátrico.

En este análisis, n=351, con los resultados de la tabla 228.

Antecedentes de ingreso / calificación	Antecedentes de ingreso psiquiátrico	Sin antecedentes de ingreso	Total
No grado IP	23	157	**180**
IP	45	126	**171**
Total	**68**	**283**	**351**

Tabla 228. Tabla de contingencia; antecedentes de ingreso psiquiátrico y calificación administrativa. Todos los casos con diagnóstico psiquiátrico.

De la tabla anterior, χ^2=10,290; p=0,001, luego se concluyó que efectivamente existía asociación entre la existencia de ingresos previos y la calificación de IP en alguno de sus grados. La intensidad de la asociación se evaluó mediante OR=2,438, con IC al 95% (1,40-4,24), resultando más frecuentes los antecedentes de ingreso en los casos calificados con IP en alguno de sus grados.

Para determinar la repercusión funcional evaluada en cada uno de los grupos, se comparó la puntuación en la escala de repercusión funcional según hubiera o no antecedentes de ingreso psiquiátrico.

Antec. ingreso / puntuación en la escala de repercusión funcional	Antecedentes de ingreso psiquiátrico	Sin antecedentes de ingreso psiquiátrico
Tamaño muestral	63	283
Mediana	5,00	4,00
Rango medio	238,7	159,0

Tabla 229. Repercusión funcional y antecedentes de ingreso psiquiátrico. Todos los casos con diagnóstico psiquiátrico.

Estadístico de contraste de U=-5,824, con p<0,0001, luego en efecto, la repercusión funcional evaluada fue mayor en los casos con antecedente de ingreso psiquiátrico. La hipótesis de dos colas mantuvo la significación estadística (p<0,0001).

4.10.2 Análisis sobre la muestra con diagnóstico psiquiátrico como principal causa de la discapacidad laboral evaluada en el caso.

En este análisis, n=245, con los datos que se detallan en la tabla 230.

Antecedentes de ingreso / calificación	Antecedentes de ingreso psiquiátrico	Sin antecedentes de ingreso psiquiátrico	Total
No grado IP	22	96	**118**
IP	40	87	**127**
Total	**62**	**183**	**245**

Tabla 230. Tabla de contingencia; antecedentes de ingreso psiquiátrico y calificación administrativa. Casos con diagnóstico psiquiátrico como causa principal de la discapacidad laboral.

De la tabla anterior, χ^2=5,345; p=0,020, luego se concluyó que efectivamente existía asociación entre la existencia de ingresos previos y la calificación de IP en alguno de sus grados. La intensidad de la asociación se evaluó mediante OR=2,00, con IC al 95% (1,11-3,64), resultando más frecuentes los antecedentes de ingreso en los casos calificados con IP en alguno de sus grados.

Para determinar la repercusión funcional evaluada en cada uno de los grupos, se comparó la puntuación en la escala de repercusión funcional según hubiera o no antecedentes de ingreso psiquiátrico.

Antec. ingreso / puntuación en la escala de repercusión funcional	Antecedentes de ingreso psiquiátrico	Sin antecedentes de ingreso psiquiátrico
Tamaño muestral	59	187
Mediana	5,0	4,0
Rango medio	153,8	113,9

Tabla 231. Repercusión funcional y antecedentes de ingreso psiquiátrico. Casos con diagnóstico psiquiátrico como causa principal de la discapacidad laboral.

Desde la tabla anterior, estadístico de contraste U=-3,854, con p<0,0001, luego la repercusión funcional evaluada fue mayor en los casos con antecedente de ingreso psiquiátrico.

4.10.3 Análisis sobre la muestra con diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de la discapacidad laboral evaluada en el caso.

En este análisis, n=106, que se distribuyeron como se recoge en la tabla 232.

Antecedentes de ingreso / calificación	Antecedentes de ingreso psiquiátrico	Sin antecedentes de ingreso psiquiátrico	Total
No grado IP	1	61	**62**
IP	5	39	**44**
Total	**6**	**100**	**106**

Tabla 232. Tabla de contingencia; antecedentes de ingreso psiquiátrico y calificación administrativa. Casos con diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de la discapacidad laboral.

Sobre la tabla anterior, χ^2 no pudo calcularse porque no se verificaban las exigencias del test, resultando OR= 7,82, con IC al 95% para la OR (0,88-69,49), indicando el intervalo calculado que la asociación no fue estadísticamente significativa.

Para determinar la repercusión funcional evaluada en cada uno de los grupos, compararemos la puntuación en la escala de repercusión funcional según hubiera o no antecedentes de ingreso psiquiátrico.

Antec. ingreso / puntuación en la escala de repercusión funcional	Antecedentes de ingreso psiquiátrico	Sin antecedentes de ingreso psiquiátrico
Tamaño muestral	4	96
Mediana	4,0	2,0
Rango medio	80,2	49,3

Tabla 233. Repercusión funcional y antecedentes de ingreso psiquiátrico.. Casos con diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria de la discapacidad laboral.

De la tabla 223, estadístico U=-2,149, con p=0,0158, luego la repercusión funcional evaluada fue mayor en los casos con antecedente de ingreso psiquiátrico. La hipótesis de dos colas mantuvo la significación estadística (p= 0,032).

4.11 Inclusión en el programa de Trastornos Mentales Graves.

Todos los trabajadores incluidos en el programa de TMG estaban incluidos en la muestra de casos en la que el diagnóstico psiquiátrico se consideró la principal causa de discapacidad laboral; totalizaron 12 casos, lo que supuso un 4,4% de esta muestra (n= 272) con IC 95% (2,3%-7,6%).

4.11.1 Inclusión en el programa de Trastornos Mentales Graves; calificación administrativa y evaluación funcional.

Se analizó si en aquellos casos en los que el trabajador estaba incluido en el programa de trastornos mentales graves existía mayor frecuencia de calificaciones de IP en alguno de sus grados, así como si la repercusión funcional evaluada en estos casos fue mayor que la que se evaluó en el resto. El análisis de la asociación se efectuó a través del test χ^2 (no se consideraron en el análisis las denegaciones de IP por lesiones previas a la afiliación o lesiones no permanentes).

Para la evaluación de la repercusión funcional en ambos grupos, se recurrió al test U de Mann-Whitney. Las evaluaciones de grado funcional como "lesiones en curso" y "previas a la afiliación" se excluyeron del análisis; la hipótesis de contraste asumía que la repercusión funcional evaluada sería mayor en los casos incluidos en el programa de trastornos mentales graves.

Todos los casos estuvieron incluidos en la muestra cuya principal causa de discapacidad laboral se estimó deriva del cuadro psicopatológico.

Programa TMG/ calificación	Inclusión en programa de TMG	No consta Inclusión en programa de TMG	Total
No grado IP	3	177	**180**
IP	9	162	**171**
Total	**12**	**339**	**351**

Tabla 234. Inclusión en el programa de trastornos mentales graves y calificación. Todos los casos estuvieron clasificados en la muestra en la que la principal causa de la discapacidad laboral derivaba del cuadro psicopatológico.

De la tabla anterior resultó $\chi^2 = 3{,}435$; p=0,064, luego no pudo concluirse asociación estadísticamente significativa entre ambas variables.

Para determinar la repercusión funcional evaluada en cada uno de los grupos, se comparó la puntuación en la escala de repercusión funcional según el caso estuviera o no incluido en el programa de trastornos mentales graves:

Programa TMG/ puntuación en la escala de repercusión funcional	Inclusión en programa de TMG	No consta Inclusión en programa de TMG
Tamaño muestral	11	355
Mediana	5,0	4,0
Rango medio	244,4	171,2

Tabla 235. Repercusión funcional según el trabajador estuviera o no incluido en el programa de trastornos mentales graves. Todos los casos estuvieron clasificados en la muestra en la que la principal causa de la discapacidad laboral derivaba del cuadro psicopatológico.

Se calculó un estadístico de contraste U=-2,434, con p=0,007, luego en efecto la repercusión funcional evaluada fue mayor en los casos incluidos en el programa. La hipótesis de dos colas mantuvo la significación estadística (p= 0,015)

4.11.2 Inclusión en el programa de Trastornos Mentales Graves y antigüedad de los síntomas.

La asociación entre una mayor antigüedad en los síntomas psiquiátricos y la inclusión en el programa de Trastornos Mentales Graves se evaluó mediante el test χ^2.

Se analizó la relación existente entre la inclusión en el programa de Trastornos Mentales Graves y una mayor antigüedad en la evolución de los síntomas evaluada a través de la escala de antigüedad de los síntomas. Se sometió a test la hipótesis de que la antigüedad de los síntomas que se logró registrar en los casos incluidos en el programa de Trastornos Mentales Graves sería mayor que la constatada en los casos en relación a los cuales no constaba inclusión en este programa.

Programa TMG/ antigüedad de los síntomas	Inclusión en programa de TMG	No consta inclusión en programa de TMG	Total
Hasta dos años	1	146	**147**
Más de dos y hasta siete años	0	63	**63**
Siete o más años / "larga data"	11	168	**179**
Total	**12**	**377**	**272**

Tabla 236. Tabla de contingencia; relación entre la inclusión en el programa de trastornos mentales graves y antigüedad de los síntomas. Todos los casos estuvieron clasificados en la muestra en la que la principal causa de la discapacidad laboral derivaba del cuadro psicopatológico.

De la tabla anterior resultó $\chi^2 = 10{,}456$; p= 0,0054, luego se admitió la asociación entre ambas variables. La intensidad de la asociación se evaluó mediante V de Cramèr=0,164, que tradujo una relación "débil". Pudimos además efectuar una aproximación a la intensidad de la asociación desde la escala de antigüedad de los síntomas mediante el test de Mann-Whitney:

Programa TMG/ puntuación en escala de antigüedad de los síntomas	Inclusión en programa de TMG	No consta inclusión en programa de TMG
Tamaño Muestral	11	335
Mediana	5,00	4,0
Rango medio	244,4	171,2

Tabla 237. Antigüedad de los síntomas desde la escala de antigüedad y su relación con la inclusión en el programa de trastornos mentales graves. Todos los casos estuvieron clasificados en la muestra en la que la principal causa de la discapacidad laboral derivaba del cuadro psicopatológico.

Estadístico de contraste de U=-2,438, con p=0,007, luego pudo confirmarse una mayor antigüedad de los síntomas los sujetos incluidos en el programa. La hipótesis más conservadora del test de dos colas mantuvo igualmente significación estadística (p=0,015).

4.12 Resumen de resultados.

Hombres y mujeres con diagnóstico de trastorno mental concurren en la misma proporción al procedimiento de evaluación de una IP en la misma proporción y sin diferencias en cuanto a la edad. Los casos en los que la principal causa de la discapacidad laboral evaluada se considera deriva de la presencia de un trastorno mental son discretamente más jóvenes que aquellos en los que el trastorno mental desempeña un papel secundario en cuanto la discapacidad laboral que se evalúa en el caso.

La distribución geográfica de los casos es la que cabe esperar según la distribución de la población en la Provincia de Badajoz; no se han encontrado diferencias al analizar como posibles factores que condicionaran un mayor o menor volumen de casos en relación con la residencia en medio rural o urbano ni en relación con el área sanitaria de residencia. No se han detectado diferencias significativas en cuanto a la residencia en medio rural o urbano en relación con su a asociación con mayores niveles de repercusión funcional ni mayores tasas de calificación de IP; sí en cuanto al antecedente de hospitalización en relación con el total de casos que presenta algún diagnóstico psiquiátrico, en los cuales es más frecuente el antecedente de hospitalización en relación con el medio rural.

Los distintos sectores de ocupación laboral considerados presentan una composición heterogénea en cuanto a sexo y distribución geográfica de la residencia. Así, en el caso de actividades relacionadas con el comercio o servicios, éstas se ubican primordialmente en el ámbito urbano, siendo desempeñadas en su mayor parte por mujeres. Las actividades de tipo manual se relacionan principalmente con el medio rural y el sexo “hombre”.

Los diagnósticos identificados en el estudio presentan patrones de frecuencia y gravedad compatibles con el medio sanitario del que proceden. Los diagnósticos más frecuentes que se han evaluado responsables de los mayores grados de repercusión sobre la capacidad laboral en cuanto a calificación de IP han sido los trastornos afectivos, seguidos de los trastornos psicóticos. Los datos provenientes de los registros de hospitalización, y por tanto indicativos de cuadros de mayor gravedad, confirman un predominio de altas en estos dos grupos diagnósticos.

Más allá del mero diagnóstico, lo que es preciso analizar a la hora de considerar la existencia o no de una IP es la repercusión funcional del cuadro psicopatológico sobre la capacidad del trabajador para afrontar los requerimientos de una actividad laboral. Ante la diversidad de instrumentos posibles para cuantificar la repercusión funcional del cuadro psicopatológico, el sistema de grados funcionales recogido en las directrices de actuación para médicos del INSS[114] constituye un instrumento muy adecuado: cuenta con una publicación oficial y tiene un planteamiento asimilable a otros instrumentos de evaluación más difundidos, como la EEAG, pudiéndose efectuar

a través de esta sistema de grados funcionales un planteamiento cuantitativo continuo de la funcionalidad del sujeto que puede ser evaluada a través de una escala ordinal. Desde este planteamiento se logra establecer, en los casos estudiados cuya discapacidad laboral se considera principalmente derivada del cuadro psicopatológico, una relación entre mayor afectación funcional y el grado de IP que se califica en cada caso.

En relación al sexo, se ha detectado una mayor repercusión funcional de los cuadros psicopatológicos en hombres frente a mujeres, reflejándose este aspecto en la asociación del sexo “hombre” con una mayor tasa de casos calificados con grado de IP. No obstante, el carácter heterogéneo en cuanto al sexo de los grupos profesionales y la definición jurídica del concepto de IP en relación con los requerimientos de una actividad laboral concreta actúan como factores que no permiten establecer una relación directa en lo que se refiere a las calificaciones de IP, apuntando los datos analizados a que cuando la principal causa de discapacidad laboral deriva de un cuadro psicopatológico, se atenúa esta diferencia en cuanto a la calificación de IP a favor del sexo “hombre”, a pesar de mantenerse en este sexo una mayor repercusión funcional. El que el sexo “hombre” se presente más frecuentemente en ocupaciones manuales y que éstas parezcan considerarse compatibles con una mayor repercusión funcional psicopatológica en relación a otro tipo de actividades laborales podría explicar estas diferencias observadas en cuanto al sexo.

No se ha logrado demostrar asociación estadísticamente significativa entre la edad y la repercusión funcional del cuadro psicopatológico. En cuanto a la calificación administrativa, la única diferencia estadísticamente significativa se encontró en la muestra integrada por todos los casos con algún diagnóstico psiquiátrico y entre los extremos de los niveles de gravedad considerados, y sólo en relación al total de casos que presentaba algún diagnóstico psiquiátrico.

La presencia de un trastorno mental en un procedimiento de evaluación de incapacidad permanente determina una población en la que es menos frecuente la calificación de algún grado de IP en relación con aquellos casos que no registran un diagnóstico psiquiátrico o con aquellos en los que, caso de presentar un diagnóstico psiquiátrico, no deriva de éste la principal carga de discapacidad laboral. La proporción de Incapacidades Permanentes que se califican con causa principal basada en la existencia de un trastorno mental es inferior a la descrita en la literatura, pudiendo influir no obstante en la comparación las distintas definiciones legales de incapacidad que operan en distintos sistemas jurídicos. Si se llega no obstante a calificar una incapacidad permanente en un caso en el que esté presente un diagnóstico psiquiátrico, y sobre todo si éste puede considerarse el diagnóstico principal que presenta el trabajador, la previsión administrativa de mejoría del cuadro clínico es más frecuente de la que se puede constatar en relación con otros casos en los que no

existe un trastorno mental o en los que el trastorno mental ocupa un lugar secundario en cuanto a la discapacidad laboral que de él pudiera derivar.

De acuerdo con lo descrito en la literatura, hemos identificado una asociación significativa entre la presencia de comorbilidad en el Eje I y una mayor repercusión funcional, no obstante lo cual, no hemos logrado demostrar tal asociación cuando nos referimos exclusivamente a casos en los que el cuadro psicopatológico constituye la principal causa de discapacidad laboral. Esta mayor repercusión no se traduce en una asociación estadísticamente significativa entre la calificación de una IP y la existencia de comorbilidad en el Eje I.

Las relaciones estudiadas entre la cronicidad de los síntomas y su repercusión funcional parecen apuntar a que, con carácter general, puede sostenerse que síntomas significativos más antiguos se asocian con una mayor repercusión funcional, si bien cuando estamos hablando de trastornos mentales importantes, la repercusión funcional puede ser ya grave desde momentos muy precoces. En los casos de más larga evolución de los síntomas, los datos parecen apuntar a que la consideración administrativa de la discapacidad laboral estima compatible cierto estado de cronicidad con el desempeño de una actividad laboral a pesar de una afectación funcional significativa. Las calificaciones de IP en alguno de sus grados son más frecuentes, en procesos psiquiátricos de corta duración y en los de mayor antigüedad en cuanto a síntomas significativos en relación con duraciones intermedias de entre dos y siete años, si bien la significación de las diferencias se pierde cuando se consideran sólo los casos en los que el cuadro psicopatológico resulta ser la principal causa de la discapacidad laboral.

No se ha detectado relación entre la existencia de un trastorno de la personalidad y la calificación de IP en alguno de sus grados. Incluso la existencia de una personalidad disfuncional parece asociarse, en el conjunto de expedientes de IP analizados, a una menor probabilidad de que se califique una IP. En aquellos casos que presentan un trastorno mental, la existencia de una personalidad disfuncional o un trastorno de la personalidad se asocia con una mayor repercusión funcional del cuadro psicopatológico, aunque esta mayor repercusión no puede demostrarse en aquellos casos en los que el cuadro psicopatológico tiene un papel secundario en cuanto a la discapacidad laboral que de él deriva en relación a la discapacidad laboral total que se considera en el caso.

Si bien no se ha podido demostrar la existencia de un proceso de “selección”, en el mercado laboral, que dirija a los trabajadores con problemas psicopatológicos de larga evolución (entre los que se encontrarían las alteraciones disfuncionales de la personalidad) hacia actividades laborales que resultaran compatibles con sus limitaciones, ésta podría ser una explicación razonable a este fenómeno de no calificación de IP en un contexto de mayor afectación funcional que caracteriza a los casos con más prolongada evolución, explicación que, por lo demás, resultaría

coherente con lo descrito en la literatura en relación con la psicopatología de evolución crónica. Serán necesarios estudios diseñados específicamente para poder establecer si efectivamente este proceso de “selección” o “acomodación” responde a una realidad o tan solo es la imagen resultante del análisis de las evaluaciones administrativas sobre IP.

Se ha identificado una asociación significativa entre el sexo “hombre” y el consumo de tóxicos o antecedentes del mismo, que también se asocia significativamente con un mayor riesgo de hospitalización psiquiátrica. Así mismo, se ha podido demostrar que el consumo de substancias o antecedentes del mismo se asocia con una mayor repercusión funcional del cuadro psicopatológico, que no obstante se difumina y pierde significación cuando el análisis se limita a aquellos casos en los que la principal causa de discapacidad laboral se estima derivada del cuadro psicopatológico. No se ha demostrado asociación entre el consumo de tóxicos o antecedentes del mismo y la calificación de IP.

La apreciación de deterioro cognitivo no se comporta como indicador de una mayor repercusión funcional del cuadro psicopatológico en los casos en los que la principal causa de discapacidad laboral evaluada se estima derivada de un cuadro psicopatológico. Desde el análisis de los datos, no puede afirmarse que la constatación de deterioro cognitivo contribuya de forma significativa a que se califique una IP.

La existencia de antecedentes de hospitalización psiquiátrica se asocia con una mayor repercusión funcional, así como con una mayor calificación de IP en alguno de sus grados.

El hecho de que el trabajador esté incluido en un programa específico de atención a trastornos mentales graves se asocia con casos en los que puede constarse la presencia de síntomas más antiguos, así como una mayor repercusión funcional. No obstante lo anterior, no se detecta en estos casos que sea más frecuente la calificación de IP en alguno de sus grados.

No se ha encontrado diferencia estadísticamente significativa, en cuanto a repercusión funcional se refiere, en aquellos casos que acceden al procedimiento desde una situación en la que se considera existe relación con el mercado laboral y aquellos casos en los que existe una desvinculación del mismo. La calificación de IP en alguno de sus grados es menos frecuente en aquellos casos que provienen de una situación de desvinculación del mercado laboral.

La existencia de trastornos mentales y de una discapacidad laboral asociada a los mismos se ve modulada, en cuanto a su traslación a las calificaciones de IP, por los requerimientos de la actividad laboral que ha de afrontar el trabajador. Los resultados parecen apuntar a que se la existencia de un trastorno mental se considera compatible

con el mantenimiento de actividades laborales de tipo manual en mayor medida que con actividades relacionadas con el comercio o servicios o las denominadas “white collar”, si bien la significación estadística obtenida no permite una conclusión definitiva al respecto.

En el caso de expedientes iniciados por el trabajador y en relación con la existencia de un trastorno mental en el cuadro clínico, es más frecuente la calificación de no IP en relación con aquellos casos en los que se llega al procedimiento desde una situación de IP previa. La desvinculación con el mercado laboral se ha registrado, en nuestra muestra de estudio, asociada con trabajos de tipo manual. Es más habitual la calificación de No grado de IP en relación con casos que acceden al procedimiento desde una situación de desvinculación del mercado laboral.

5 Discusión.

5.1 Aspectos epidemiológicos.

5.1.1 Edad y sexo.

El análisis de la variable “edad” muestra un primer resultado a tener en cuenta en cuanto a la consideración de su ajuste a la distribución normal; mientras en la muestra integrada por el total de casos que presenta algún diagnóstico psiquiátrico (en la que existe por tanto comorbilidad no psiquiátrica) no puede sustentarse que la distribución sea normal, en la muestra compuesta sólo por aquellos casos en los que se ha considerado que la principal causa de la discapacidad laboral evaluada en el caso deriva del cuadro psicopatológico sí se verifican los requisitos para asumir una distribución normal. Tampoco puede asumirse la distribución normal en aquella muestra integrada por los casos en los que el cuadro psicopatológico ocupa un lugar secundario en cuanto a la discapacidad laboral que se considera existe en el caso.

Parece pues que estamos ante dos poblaciones distintas en relación a la edad; una que sigue una distribución normal, la que se corresponde con un diagnóstico psiquiátrico como principal causa de discapacidad laboral, y en la que la edad media de los sujetos es de alrededor de 47,5 años. Y otra que no, aquélla en la que la que el cuadro psicopatológico evaluado en el caso no es la principal causa de la discapacidad laboral que se objetiva, en la que las pruebas de bondad de ajuste no son compatibles con la normalidad estadística, y en la que los sujetos son de mayor edad. Los casos en los que el cuadro psicopatológico no es la principal causa de discapacidad laboral son de mayor edad, difiriendo a este respecto la medianas en relación a los sujetos en los que el cuadro psicopatológico sí es la principal causa de discapacidad laboral en 3 años.

En cuanto al sexo, hombres y mujeres concurren al procedimiento en la misma proporción, independientemente de que el cuadro psicopatológico sea o no la principal causa de la discapacidad laboral del caso. No disponemos de datos en relación con planteamientos semejantes al nuestro en el ámbito de la Incapacidad Permanente en relación a los cuales referir este hallazgo. Existen no obstante datos publicados que muestran mayor prevalencia de los procesos de incapacidad temporal derivados de trastornos mentales en mujeres, llegándose a estimar que más del 60% de estos procesos de IT se producen en mujeres (sobre población de una zona de salud descrita como socioeconómicamente desfavorecida)[307] o, en población general (Encuesta Nacional de Salud en España), que concluyen una mayor prevalencia de problemas de salud mental en mujeres (casi la cuarta parte de las mujeres presentaría algún trastorno mental) que en hombres (algo menos del 15% de los hombres presentaría algún diagnóstico de este tipo) sobre una prevalencia en la población general del alrededor del 20%[308]. No se trata por tanto de poblaciones equiparables en cuanto a sus características, pero sí pueden ser resultados a tener en cuenta para enmarcar los hallazgos del presente estudio.

En el análisis edad - sexo, no han podido demostrarse diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la edad con la que hombres y mujeres concurren al procedimiento, ni tampoco en las muestras diferenciadas según el cuadro psicopatológico sea o no el principal determinante de la discapacidad laboral que se ha evaluado en el caso. No obstante lo dicho, el análisis gráfico mostraba en la representación del histograma de frecuencias relativa al sexo "mujer" una distribución bimodal, con una primera moda alrededor de los 43 años y una segunda que se situaría en el entorno de los 54 años.

Los datos del presente estudio apuntan a que la discapacidad laboral que se estima derivada de la presencia de un trastorno mental está relacionada con el sexo, y que paralelamente, las calificaciones de IP también lo están. Así, la repercusión funcional derivada del cuadro psicopatológico muestra diferencias estadísticamente significativas a favor de una mayor repercusión funcional en hombres frente a mujeres, situándose la evaluación de la misma en hombres (referida a la escala de repercusión funcional) con una $\tilde{x}$=5,0, mientas que en las mujeres $\tilde{x}$=4,0. Esta significación se pierde en aquella muestra en la que el cuadro psicopatológico ocupa un lugar secundario en lo que respecta a la discapacidad laboral que de él se deriva.

En lo que se refiere a las calificaciones de IP en alguno de sus grados frente a la calificación de No grado de IP, la OR muestra mayor probabilidad de que se califique IP en los casos correspondientes a hombres frente a las mujeres, manteniéndose la significación estadística sea el cuadro psicopatológico causa principal o secundaria de la discapacidad laboral. Resultados publicados sobre la cuestión, en población sueca,[309] no se encontraron diferencias significativas en las pensiones por incapacidad derivada de trastornos mentales en relación al sexo (después de controlar por estatus socioeconómico y edad).

En cuanto a los datos del presente Trabajo, resulta interesante analizar la intensidad de la asociación puesta de manifiesto en cada una de esas muestras; si bien en todas las muestras estudiadas es más frecuente la calificación de IP en alguno de sus grados en el sexo "hombre", la intensidad de la asociación entre las variables sexo "hombre" y calificación de IP en alguno de sus grados es superior en aquella muestra en la que el diagnóstico psiquiátrico se comporta como secundario, atenuándose la diferencia en la muestra en la que se considera que el diagnóstico psiquiátrico es el principal responsable de la discapacidad laboral del caso. En aquellos casos en los que el diagnóstico del que deriva la mayor carga de discapacidad laboral no está relacionado con la psicopatología objetivada, la OR del sexo hombre es muy superior en cuanto a la calificación de IP. Dicho de otro modo; el sexo "mujer" parecería encontrarse asociado con una mayor discapacidad laboral derivada de trastornos mentales apreciada ésta desde la calificación de una IP, ya que es en esta muestra (en la muestra en la que la principal causa de la discapacidad laboral se estima derivada del cuadro psicopatológico) en la que la OR a favor del sexo "hombre"

disminuye (si bien los IC al 95% nos llevan a tomar en su justa medida esta afirmación), mientras que, según hemos descrito anteriormente, la repercusión funcional que se estima en los hombres es claramente superior en cuanto a discapacidad laboral derivada del cuadro psicopatológico se refiere.

En el análisis de la asociación sexo - grupo de actividad profesional sí encontramos diferencias significativas en cuanto a una mayor ocupación de las mujeres en el grupo "comercio y servicios", en la que la proporción de mujeres es sensiblemente superior a la de hombres, mientras que las actividades esencialmente manuales englobadas en el grupo "blue collar" muestran una mayor presencia de hombres. No resultaron significativas las diferencias en cuanto al grupo "white collar". Puestos estos resultados en conexión con lo anteriormente expuesto, cabe preguntarse si la distinta composición de los grupos de actividad en cuanto al sexo estaría en relación con el comportamiento descrito para la OR del sexo "hombre" en cuanto a la calificación de IP en las muestras confeccionadas según el cuadro psicopatológico sea o no la principal causa de discapacidad laboral, aspecto éste que se discutirá a propósito de los requerimientos de la actividad laboral y su efecto sobre la calificación.

La calificación de una IP no parece verse influenciada, en nuestra muestra, por la edad en el momento de la calificación, distribuyéndose la edad de forma estadísticamente equivalente en los grupos calificados como IP y no IP. En principio, la edad no es una variable que se tome directamente en cuenta a la hora de calificar una situación de IP; no obstante, no cabe duda de que los procesos más prolongados en el tiempo se presentan necesariamente en sujetos de mayor edad y de que la recuperación funcional en determinados cuadros psicopatológicos, según hemos visto, es peor cuanto más cronificado está el proceso (más se prolonga en el tiempo) y cuantas más reagudizaciones sintomáticas se han producido, aspectos éstos que, indirectamente, podrían estar en relación con la edad de los casos. La relación entre la edad y la repercusión funcional del cuadro psicopatológico no se ha mostrado significativa en las muestras configuradas según el cuadro psicopatológico sea o no la principal causa de discapacidad laboral, y únicamente se ha logrado significación estadística en la muestra integrada por el total de casos que presenta algún diagnóstico psiquiátrico, de forma que, en esta muestra, los sujetos que se evalúan en los niveles de menor gravedad son algo mayores que aquellos que presentan una mayor repercusión funcional, situándose las medianas alrededor de los 51 años en el grupo que engloba a los casos con menor repercusión funcional y sobre los 45 años en el grupo de mayor repercusión derivada del cuadro psicopatológico.

5.1.2 Distribución geográfica.

En cuanto a la distribución geográfica, los resultados señalan que las diferencias objetivadas en cuanto al mayor número de expedientes con patología psiquiátrica procedente del área de salud de Badajoz (más del 43%), pierden significación estadística cuando se efectúa el ajuste por la población en edad de 16 a 65 años de

cada área de salud (población que hemos considerado como activa y protegida en cuanto a la contingencia de incapacidad permanente). Los datos analizados son congruentes con la hipótesis de que los expedientes provienen de las distintas áreas de salud en las que se divide la provincia de Badajoz en las proporciones que cabe esperar según la población que corresponde a cada una de ellas.

En el límite de la significación estadística, se presenta un muy discreto predominio de la proporción de expedientes en cuanto a su procedencia del medio urbano, si bien hemos de considerar que la dispersión geográfica de la provincia de Badajoz corresponde a un patrón de dispersión eminentemente rural pero con una gran concentración de población en núcleos considerados urbanos, de forma que, una vez tomada en cuenta la distribución de la población de la provincia entre el medio rural y urbano, los resultados obtenidos en cuanto a la procedencia de los expedientes son coherentes con la hipótesis de que la residencia en uno u otro medio no condiciona una mayor probabilidad de que se inicie un expediente de IP.

Los datos analizados confirman la hipótesis de que la residencia en el medio rural o urbano no se asocia ni con diferencias en cuanto a la repercusión funcional de los síntomas ni, desde luego, con diferencias en cuanto a la calificación de IP en alguno de sus grados, resultados que se repiten ya se trate de aquellos casos en los que la principal causa de la discapacidad derive de un cuadro psicopatológico o se consideren aquellos casos en los que el cuadro psiquiátrico ocupa tan solo un papel secundario en lo que a su impacto sobre la capacidad laboral se refiere. En relación a estos resultados, y si bien parece una creencia extendida que la “vida urbana” se comporta como un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales, los datos al respecto no parecen refrendar esta creencia, y así la revisión de los datos publicados y su puesta en relación con otros factores de confusión que pueden operar como factores de confusión (la pobreza o el menor status socioeconómico) no permiten sostener con rotundidad esta “creencia”, como ya publicaron otros autores en relación con la misma[310]; tampoco se han objetivado diferencias significativas en cuanto a mayor prevalencia de trastornos mentales según se trate de población rural - urbana en los Estados Unidos de América del Norte, señalando estos investigadores que las diferencias observadas por otros estudios pueden estar en relación con las asunciones (inadecuadas) de homogeneidad en las muestras rural - urbana que llevaron a concluir una mayor OR para la aparición de trastornos mentales en población urbana frente a la población rural[311].

No permite el diseño de nuestro estudio analizar si la residencia en medio urbano o rural tiene alguna influencia en cuanto a la constatación de un trastorno mental en nuestra primera población de estudio, la sometida a procedimientos de calificación de una IP, ya que en los casos analizados que no presentaban trastorno mental no se determinó la residencia del trabajador. No obstante, en relación con los casos que sí presentaban un trastorno mental sí podemos mostrar resultados de interés para su

comparación con lo publicado. En el estudio ESEMED, ya referenciado, se identifican en población Europea distintos patrones de morbilidad psiquiátrica en relación a que el sujeto resida en un medio rural o en un medio urbano, si bien no siempre las observaciones en distintos países llevan a las mismas conclusiones. En concreto, se ha logrado concluir con significación estadística una OR (para la población residente en medio urbano sobre el suceso "presentar un trastorno mental") de 1,42 en Francia y 0,60 en Bélgica. Obsérvese en sentido contradictorio de la asociación descrita: mientras en referencia a Francia la residencia en medio urbano se comporta como un factor de riesgo, en Bélgica lo hace como un "factor de protección". El estudio referido no encuentra por otra parte diferencias significativas en España, Alemania ni Italia. Como ya dijimos, la distinta metodología y diseño de este Trabajo no permite poner en relación con estos resultados desde nuestro estudio más allá de concluir que si en España la residencia en uno u otro medio se comporta de forma indiferente en lo que se refiere a la probabilidad de presentar un trastorno mental, tampoco nuestros datos indican que el medio de residencia se relacione con un distinto patrón de comportamiento de los trastornos mentales en los procedimientos de IP: los datos analizados muestran que, frente a la calificación de IP o denegación de la misma, la residencia en medio rural o urbano se muestra como una variable indiferente y que la proporción de expedientes tramitados que presentan algún trastorno mental se distribuyen entre medio rural y urbano según cabe esperar en función de las poblaciones de uno y otro medio.

Aunque ya hemos señalado que la residencia en medio rural no se asocia con una evaluación de la repercusión funcional del cuadro psicopatológico de mayor entidad que la que se determina en sujetos residentes en el medio urbano, sí se ha identificado que la residencia en el medio rural se comporta como un "factor de riesgo" en relación a la existencia de ingresos psiquiátricos, con OR=1,9, resultando este resultado estadísticamente significativo para la muestra integrada por todos los casos que presentan algún diagnóstico psiquiátrico, pero perdiendo la significación estadística cuando el análisis se circunscribe por separado a los casos con diagnóstico psiquiátrico como principal causa de discapacidad laboral o cuando el cuadro psicopatológico sólo se comporta como diagnóstico secundario.

5.1.3 Ocupación laboral.

En cuanto al elemento laboral, de enorme trascendencia en cuanto a los procedimientos de calificación de IP, se han demostrado asociaciones estadísticas que se podían presumir existían en la muestra dado el contexto sociolaboral en el que tiene lugar el estudio, y así, por ejemplo, se ha podido concluir en nuestra muestra (con significación estadística suficiente) la mayor tasa de hombres frente a mujeres en relación a actividades laborales de tipo "blue collar", así como una mayor proporción de casos procedentes del medio urbano en relación a las actividades laborales "white collar" o del ámbito de los servicios o el comercio, mientras que los trabajos "blue collar" proceden en su mayor parte, del ámbito rural.

La prolijidad clasificatoria de la CNO - 2011 supone una dificultad para el análisis de los datos, ya que éstos quedan disgregados en multitud de grupos en relación con los cuales puede resultar difícil emitir conclusiones con soporte estadístico suficiente, cuestión ésta que nos ha llevado a utilizar, a propósito de los resultados un grupo de "otros" y que aporta un importante componente de imprecisión. No obstante lo dicho, en relación con la agrupación de las profesiones constatadas en la muestra de nuestro estudio se muestra una estructura de las mismas muy parecida a la descrita en la estructura socioeconómica de la Provincia; más del 50% se puede vincular a actividades encuadrables en el sector terciario (servicios), seguido de las actividades relacionadas con el sector primario, aspecto éste que, al determinar unas características determinadas de los trabajos en cuanto a los requerimientos que ha de afrontar el trabajador con alguna discapacidad laboral, resulta muy relevante de cara al estudio de la IP.

5.1.4 La patología psiquiátrica en el conjunto de la IP.

La estimación de la proporción del volumen de expedientes que contienen algún diagnóstico psiquiátrico en procedimientos iniciales de valoración de una eventual IP es muy relevante; casi uno de cada cinco del total de expedientes que se tramita en una unidad médica, si consideramos la unidad médica de la provincia de Badajoz como representativa del conjunto de unidades médicas del INSS, tienen algún diagnóstico de trastorno mental. No podemos no obstante sustentar con rotundidad esta afirmación desde el mero análisis de los datos obtenidos en el estudio, ya que no disponemos de datos del resto de unidades médicas que permitan efectuar tal afirmación sobre la representatividad de la unidad de Badajoz. La comparación con los datos procedentes de las calificaciones de discapacidad en el ámbito no contributivo, recogidas a propósito de la descripción del ámbito de la provincia de Badajoz mostraba (si bien con más que probables diferencias en cuanto a la codificación) porcentajes similares en cuanto a la presencia de casos que presentaban diagnósticos psiquiátricos.

En relación con la prevalencia de los trastornos mentales en población general o en población clínica de usuarios de atención primaria, los datos han de compararse teniendo en cuenta los diferentes procedimientos metodológicos empleados para las estimaciones. Podemos citar estimaciones de prevalencia de trastornos mentales en población general de Cataluña (metodología mediante encuesta de salud; algo superior al 17% de la población mayor de 14 años)[312], pero no es la prevalencia anual o vital la que nos da un patrón adecuado de comparación, ya que nuestro objetivo y diseño se aproximan más, por ejemplo, al de las estimaciones sobre población usuaria de los servicios sanitarios de atención primaria: el acceso no está condicionado por la clasificación del problema de salud en el área de una u otra especialidad y la valoración médica, tanto en los servicios sanitarios como en el ámbito de la medicina evaluadora es rogada; es el usuario el que solicita la valoración (incluso cuando ésta

procede “ope legis” de un proceso de IT previo, ya que a éste se accede a través de los servicios asistenciales cuya atención es consecuencia de la petición del trabajador) ante un malestar que le resulta significativo. En población clínica de atención primaria algunos estudios identifican, mediante cuestionarios estandarizados, porcentaje algo mayores de casos psiquiátricos en población usuaria de servicios de atención primaria, detectados mediante instrumentos de cribado[313], o incluso, estimaciones puntuales de casos psiquiátricos de algo más del 50% utilizando el cuestionario de cribado PRIME-MD (que luego se reducen al estimaciones alrededor del 40% con cuestionarios más específicos)[314], o estimaciones entre 20% y el 35% en población rural (mediante cuestionarios estandarizados)[315].

En cualquier caso, no cabe duda de que estas cifras son estimaciones sobre poblaciones con unas determinadas características sociodemográficas, por lo demás variables a lo largo del tiempo en relación con factores, por ejemplo, de tipo socioeconómico, tal y como se comentó en referencia a los efectos de la crisis económica (informe SESPAS 2014[316]). No hemos localizado estudios con objetivo y diseño similar al nuestro en otros ámbitos geográficos que permitan establecer comparaciones de nuestros resultados. De cualquier forma, y en línea con nuestra afirmación anterior en relación con la variabilidad de las cifras, y dada la importancia de este tipo de trastornos en el ámbito de la discapacidad laboral y su enorme trascendencia económica, sería deseable contar con líneas de investigación que proporcionaran datos reales sobre la epidemiología de los trastornos mentales en el ámbito de la incapacidad laboral, donde sí encontramos estudios en lo referido a la incapacidad temporal pero no en lo que respecta a la incapacidad permanente.

El análisis de los casos que no provienen de una situación previa de IT ni están trabajando (los registrados como “no mantienen actividad” en el momento de la calificación) proporciona información muy relevante: se trata de una subpoblación caracterizada por la desconexión del mercado laboral en el momento del estudio (no tiene derecho a la prestación por IT, luego no está trabajando o no tiene la carencia mínima para poder percibir tal prestación: 180 días cotizados en los últimos 5 años) y no están trabajando. Estas características determinan un colectivo de personas pues “ajenas” al mercado laboral en el momento de la valoración, sea por motivos económicos y de la falta de oferta de empleo en el mercado, sea por causa de discapacidad o por el efecto conjunto de una y otra causa, que por otra parte, y como ya se expuso, están muy relacionadas: la falta de oferta de empleo genera un fenómeno de selección en el que, aquellos trabajadores con algún tipo de discapacidad, ven aumentadas sus dificultades para obtener o mantener el empleo.

En la muestra compuesta por todos los casos que presentan algún trastorno mental, no hemos encontrado diferencia estadísticamente significativa entre aquellos casos que provienen desde situación de actividad y los que no, por lo que hemos de asumir que ambos supuestos se sitúan en el 50%. Las diferencias en cuanto a que se

mantenga o no actividad laboral por parte del trabajador sólo son significativas en el caso de la muestra con diagnóstico psiquiátrico como causa principal de discapacidad laboral, que acceden en su mayor parte al procedimiento desde una situación de "vinculación" al mercado laboral. El resultado no obstante debe considerarse desde el contexto en el que se produce: se están analizando expedientes iniciales de IP, y aquellos trabajadores que mantengan de forma prolongada una discapacidad laboral tal que les separe de forma definitiva del mercado laboral no podrían nunca estar comprendidos en la muestra del estudio, ya que habrían accedido con anterioridad a las prestaciones por IP. El hecho de que en la muestra de casos en la que la principal causa de la discapacidad laboral deriva del cuadro psicopatológico predominen aquellos que se consideran vinculados al mercado laboral parece apuntar a que la existencia de algún trastorno mental como causa principal de discapacidad en el procedimiento parece tener menos peso a la hora de constituir una causa que ya hubiera dado lugar a una IP previa, asunción ésta coherente, con los resultados que discutiremos más adelante, y que apuntan a que la existencia de un trastorno mental se asocia con una menor frecuencia en lo que se refiere a la calificación de IP en alguno de sus grados.

En lo que a nosotros nos ocupa, no hemos encontrado diferencia significativa entre el acceso a procedimiento desde una situación de vinculación al mercado laboral y el sexo o la edad; sin embargo, sí hemos podido detectar que residir en medio urbano se asocia con una mayor probabilidad de acceder al procedimiento desde una situación de vinculación al mercado laboral, y por tanto, desde una mejor integración en el seno del mercado laboral, con una OR calculada para el medio urbano en relación al resultado "mantiene vinculación al mercado laboral" de 1,68.

5.1.5 Diagnósticos en el Eje I.

Ya hemos comentado las particularidades y dificultades del diagnóstico psiquiátrico en general, dificultades y particularidades que se ven matizadas en el ámbito de la valoración de la IP. La rigidez de los sistemas de diagnóstico categorial proporciona un elemento de inestabilidad en el diagnóstico, de forma que éste puede variar a lo largo del tiempo y en función de la variabilidad que puede constatarse entre los diversos profesionales que atienden al paciente, así como cuanto mayor sea el nivel de "precisión diagnóstica"[317,318], por lo que necesariamente en estudios como el que nos ocupa, en los que el diagnóstico además es efectuado en el ámbito clínico por un profesional ajeno al que efectúa la valoración de la discapacidad laboral, hemos de contextualizar el resultado considerando que, si bien los diagnósticos se realizan conforme a una referencia estándar (DSM-IV-TR[42] en nuestro medio), cabe esperar cierta variación en el diagnóstico del caso a lo largo de la evolución, aspecto éste que cobra especial relevancia sobre todo cuando el diagnóstico se recoge en el procedimiento de valoración prescindiendo (hasta cierto punto) de la historia evolutiva del diagnóstico actual; no sería de extrañar que en procedimientos previos de IP o en

posteriores el diagnóstico que se recogiera fuera distinto (cuestión ésta difícilmente imaginable en relación con una gonartrosis o una cardiopatía, por ejemplo). A este respecto, el análisis se ha efectuado considerando que la pretensión del estudio es básicamente establecer un punto de referencia en cuanto a la situación de los trastornos mentales en la calificación de la IP, y si bien es ineludible efectuar referencias a los diagnósticos concretos, lo cierto es que el peso del análisis de los diagnósticos constatados se haga recaer más en grupos diagnósticos que en diagnósticos concretos.

Los diagnósticos más frecuentemente registrados en la muestra son los trastornos afectivos (del estado de ánimo), que alcanzan casi el 30% de la muestra que recoge todos los casos, y a los que habrá que añadir patrones específicos de coocurrencia que podrían elevar el número de casos por encima del 40% (asociado a trastornos de ansiedad, a trastornos relacionados con substancias o a trastornos psicóticos). Siguen en importancia numérica los trastornos adaptativos con prácticamente un 17% de los casos (una parte de ellos asociado a trastornos relacionados con substancias). Los trastornos esquizofrénicos y las psicosis suponen poco más de un discreto 5% y se ven relegados al 6º puesto en el listado ordenado de casos de nuestra muestra de estudio.

Frente a esta predominancia de los trastornos del estado de ánimo, la morbilidad atendida (número de consultas) en los ESM (datos en relación a la CA de Extremadura y no a la provincia de Badajoz) presenta un patrón semejante; son los “trastornos neuróticos” los que ocupan el primer lugar en cuanto a proporción de los casos, si bien con cifras prácticamente iguales en relación con los trastornos afectivos; ambos grupos suponen alrededor del 30% de los casos atendidos.

Desde luego, los patrones de comorbilidad considerados a la hora de emitir las valoraciones clínico-laborales dificultan la comparación con datos procedentes de la codificación de actividad asistencial, basada en la asignación de un único diagnóstico, pero no es preciso hacer muchos esfuerzos para identificar en la codificación de la actividad ambulatoria de los ESM (basada por cierto en CI -9- MC) al amplio grupo de trastornos neuróticos, somatomorfos y secundarios a situaciones estresantes a nuestros grupos diagnósticos de trastornos adaptativos, mixto ansioso depresivo y trastornos de ansiedad para encontrar otra cifra semejante al referido 30%. Sí constatamos en nuestra muestra una importancia sensiblemente menor de los trastornos psicóticos y esquizofrenia, que llegan a ocupar el 9% de la actividad de los ESM.

Resulta evidente que unos y otros datos tienen distinta procedencia y distinto significado; mientras en el caso de la actividad de los ESM se refieren a porcentajes de consultas y no de casos, y resulta evidente, analizados los datos de primeras - sucesivas expuestos en el análisis de la actividad asistencial, que la mayor parte de la

actividad asistencial de los ESM se centra en la revisión, por lo que a un único caso pueden corresponder más de una visita en el período informado. Esto supone que, considerado que aquellos casos que requieren seguimiento más estrecho generarán mayor número de consultas, cabe esperar que el peso relativo en la actividad asistencial de los trastornos psicóticos o afectivos con cierta gravedad sea mayor (un único caso genere más consultas). Nos movemos no obstante en el campo de la especulación y no de la demostración estadística, y sería preciso diseñar estudios específicamente dirigidos para poder determinar la similitud o diferencia de la casuística diagnóstica en procedimientos de IP y en la consulta especializa de los ESM, si bien parece que, al menos en orden de importancia, tanto los EVI como los ESM deben afrontar una realidad semejante, caracterizada por la gran importancia que ocupan en sus casuísticas respectivas los trastornos afectivos y los, llámeseles como corresponda según la clasificación a la que se acuda, los “trastornos neuróticos”, que pueden copar, entre ambos, alrededor del 60% de los casos.

En relación con las estadísticas de hospitalización psiquiátrica, éstas muestran como primera causa de ingreso los trastornos esquizofrénicos y otras psicosis (algo más del 18% sumando los grupos CIE-9-MC que englobarían estos diagnósticos); en tasas muy similares se sitúan los trastornos afectivos con alrededor del 17% de los casos.

Los dos grupos diagnósticos pues que se presentaron más frecuentes en la hospitalización por causa psiquiátrica en la provincia de Badajoz durante el año 2013 serían los trastornos psicóticos y los trastornos afectivos, son también los dos grupos que con más frecuencia dieron lugar a la calificación de una IPA en nuestra muestra de estudio (un 30% de las IPA correspondieron a diagnósticos de trastornos afectivos y un 10% a esquizofrenias y otros trastornos psicóticos; ambas cifras referidas a casos con “único diagnóstico” y dejando al margen los casos en los que tales trastornos se presentan en comorbilidad con otros en el Eje I). Sin duda se trata de diagnósticos potencialmente graves y frecuentes, por lo que no es de extrañar que ocupen los primeros lugares en ambas estadísticas; de hospitalización y de IPA derivada de trastornos mentales.

Por otra parte, en nuestra casuística, en la que hemos analizado el antecedente de hospitalización psiquiátrica, encontramos antecedentes de hospitalización psiquiátrica en 76 casos; casi un 20% sobre los 389 casos que integran la muestra. De la distribución por diagnósticos, se desprende que, efectivamente, en sólo tres grupos diagnósticos y en un patrón concreto de morbilidad (trastorno afectivo asociado con trastorno relacionado con substancias) se concentra más del 60% de los ingresos registrados. Sobre el total de estas hospitalizaciones, en el 13% de los casos ésta se produce en relación con trastornos psicóticos. No obstante lo anterior, el diagnóstico con antecedente de hospitalización más frecuente en nuestros casos es el de trastorno afectivo, con más del 25% de los antecedentes de hospitalización, a los que habría

que sumar casi un 10% de casos con este antecedente que presentan un diagnóstico de trastorno afectivo en comorbilidad con un trastorno relacionado con substancias. Al menos (puede haber más casos en otros patrones de comorbilidad) un 35% del total de hospitalizaciones en los casos de estudio cuenta con diagnóstico de trastorno afectivo.

5.2 Evaluación de la repercusión funcional del cuadro psicopatológico.

El recurso a uno u otro procedimiento para cuantificar la repercusión funcional de los procesos clínicos que se objetivan en el trabajador se decide, por el médico evaluador encargado de emitir el IMS, con arreglo a los criterios científico-técnicos que considere más adecuados. No hay norma imperativa alguna, como se ha dicho, que determine cómo ha de efectuarse esta valoración. No obstante tal libertad científico - técnica, no cabe duda acerca de dos cuestiones: las conclusiones han de ser razonadas y razonables, y además, deben quedar a salvo principios generales de la actuación administrativa, como son el de igualdad y el de seguridad jurídica. Por este motivo, parecería adecuado que, tal y como ocurre en otros procedimientos de valoración médica en el ámbito del derecho, se contara con una norma que establezca los criterios de evaluación, en el bien entendido de que no son incompatibles la existencia de unos criterios de evaluación de obligado empleo y la necesaria flexibilidad que se requiere para poder considerar el fenómeno de la variabilidad biológica y su indudable trascendencia en la repercusión funcional de cualquier alteración de la salud.

Contando por el momento sólo con unos criterios “orientativos” de actuación, en la muestra que hemos estudiado, y en relación a la evaluación de la repercusión funcional de los trastornos psiquiátricos, no se ha recurrido al empleo de éstos en alrededor de un 5% de los casos, en los que el enunciado que traducía las limitaciones orgánicas y funcionales no se ha podido identificar con tales criterios.

La mejor garantía de que los procedimientos se ajustan a las exigencias de respeto a los principios de igualdad y seguridad jurídica pasa por dos exigencias ineludibles:

a) La publicidad, de forma que las normas de valoración puedan ser conocidas por el administrado.
b) El establecimiento del carácter vinculante de tales normas para el procedimiento de evaluación, si bien será preciso establecer ciertos rangos de valoración en los que, de forma razonada (y razonable), pueda moverse el evaluador para el enjuiciamiento de una situación concreta.

A este respecto, existen ejemplos de procedimientos de valoración médica en nuestro ordenamiento jurídico que verifican todos estos requerimientos, como puede ser el baremo establecido para la valoración del grado de discapacidad, establecido

mediante Real Decreto 1971/1999 o el baremo para las indemnizaciones por daños personales sufridos como consecuencia de accidentes de vehículos a motor, establecido por Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor[319]. Parece clara la voluntad del legislador en lo que respecta a aplicar procedimientos, llamémoslos "de obligada referencia", para la valoración de la incapacidad laboral, y así, ya desde la modificación del TRLGSS operada por la Ley 24/1997, de 15 de julio, de Consolidación y Racionalización del Sistema de Seguridad Social[320], el artículo 194 del TRLGSS impone un mandato al Ejecutivo para que éste elabore una "lista de enfermedades y la valoración de las mismas, a efectos de la reducción de la capacidad de trabajo, y la determinación de los distintos grados de incapacidad", mandato al que, a fecha de hoy, no se ha dado cumplimiento, manteniéndose un régimen de transitoriedad que ya alcanza los 20 años. La existencia de líneas de actuación orientativas para la actuación de los médicos evaluadores en el ámbito de la incapacidad laboral, aunque se encuentran publicadas de forma oficial, carecen de carácter normativo, pero parece que, considerado el tiempo transcurrido desde la descrita modificación legal, es lo más parecido que se tiene, al menos en este momento, en garantía tanto de los principios de actuación administrativa como de lo que parece ser "el espíritu de la Ley".

En cuanto a los casos en los que no se ha efectuado evaluación concreta en cuanto a la repercusión funcional de un trastorno mental recogido en el dictamen-propuesta, ha de entenderse, necesariamente, que no se considera tengan repercusión funcional significativa; se ha constado esta evaluación en un significativo número de casos. Desde luego, nada obsta a que, en el caso de que no se estime que exista repercusión significativa, ésta no se recoja expresamente (la ausencia de indicación al respecto de la repercusión funcional traduce claramente que ésta no existe o, al menos, que no se entiende como relevante). No obstante, tanto el rigor científico de los informes como la solidez que ha de exigirse a la fundamentación de la resolución administrativa que cierra el procedimiento parecen hacer aconsejable que se recurra, en su caso, a la valoración mediante "grado funcional 0", que disipa cualquier duda acerca de que se haya prescindido de evaluar la repercusión funcional de parte de un cuadro clínico que se da por constatado, y en esa línea, precisamente, se está trabajando desde el INSS en los criterios que se evalúan en los planes de calidad en unidades médicas que se han puesto ya en funcionamiento.

La consideración por otra parte, de distintas categorías, que se han denominado "grados funcionales", categorías en las que se ha de intentar ubicar al trabajador según la evaluación que realiza el médico encargado del caso, no deja de constituir una medida de aproximación a una realidad continua, el funcionamiento del sujeto. Esta consideración de continuidad subyacente es la que permite acudir a una aproximación cuantitativa, eso sí, medida en escala ordinal, para analizar los datos referidos a estas evaluaciones funcionales, considerado además que las propias

directrices de orientación asimilan los grados funcionales a una escala de menor a mayor repercusión. El funcionamiento de esta escala “de repercusión funcional” es semejante al que puede predicarse de otras más habituales para el clínico, como la EEAG, en la que, a través de una escala del 1 al 100, una serie de descripciones ayuda a efectuar una evaluación del caso concreto a través de un valor numérico.

Resulta por lo demás evidente que la calificación de un determinado grado de IP (o la calificación de que no existe IP) ha de guiarse por la evaluación de la repercusión funcional constatada más allá del diagnóstico o de otras consideraciones. A este respecto, el análisis efectuado concluye la existencia de asociación estadísticamente significativa entre la calificación de IP y la intensidad de la repercusión funcional evaluada a través del planteamiento de la evaluación del grado funcional a través de la “escala de repercusión funcional”, que permite su consideración como una variable ordinal. Es evidente que la repercusión funcional es mayor cuanto más se avanza en la escala, escala sobre la que la propia práctica habitual ya se ha encargado de establecer graduaciones intermedias entre los escalones definidos en el Manual de actuación para médicos del INSS[114]. Si bien esta aproximación desde el sistema de grados funcionales tiene ciertamente sus limitaciones, traduce desde luego un intento de plasmar la realidad funcional del sujeto que se evalúa en una cuantificación. El empleo de técnicas no paramétricas para el análisis estadístico permite abarcar la escala de grados funcionales (incluso con valores intermedios, como corresponde a la “realidad continua” que se pretende describir; la funcionalidad del sujeto) para ponerla en relación con las calificaciones administrativas de los casos. El resultado del análisis de la repercusión funcional y la calificación en relación con aquellos casos en los que se produce una denegación de la IP por “lesiones previas a la afiliación” (y que no se han agravado desde la incorporación del trabajador al sistema de protección contributiva de la incapacidad) parece reforzar la validez del sistema de evaluación: el análisis estadístico no puede concluir que exista asociación estadística en lo referente a la relación entre calificación administrativa y repercusión funcional evaluada salvo en la comparación con la calificación de No grado de IP, comparación en la que la denegación por lesiones previas a la afiliación presenta una repercusión funcional superior a la que se registra en la calificación de No grado de IP. Este resultado es justamente lo que cabría encontrarse en esta causa de denegación de IP, causa de denegación en la que la gravedad de la repercusión funcional es conceptualmente irrelevante. Pueden por tanto acabar en esta calificación desde casos con una repercusión funcional nula hasta aquellos en los que la situación funcional es la más grave imaginable, cobrando por tanto pleno sentido la conclusión que se deriva del análisis estadístico: en el caso de las lesiones previas a la afiliación no hay un patrón de asociación con la variable “grado funcional derivado del cuadro psicopatológico”. En relación al resto de las calificaciones puestas en relación con la evaluación de la repercusión funcional, el resultado del análisis identifica diferencias estadísticamente significativas que configuran una escala de gravedad. Cuando analizamos (para evitar interferencias por comorbilidad no psiquiátrica) la muestra de casos en la que la

principal causa de la discapacidad laboral deriva del cuadro psicopatológico, los casos con menor repercusión funcional se califican como No grado de IP y los que se califican como IPT tienen puntuaciones inferiores a los calificados como IPA, tal y como se precisará más adelante.

Cuando se agruparon los casos según el cuadro psicopatológico fuera o no la principal causa de la discapacidad laboral evaluada en cada caso, se definieron dos poblaciones claramente diferenciadas a efectos de la repercusión del cuadro psicopatológico sobre la funcionalidad de los sujetos. Al acudir a la comparación entre la puntuación en la escala de repercusión funcional entre la muestra de casos en la que la principal causa de la discapacidad deriva del cuadro psicopatológico y aquella muestra en la que el cuadro psiquiátrico tiene un papel secundario en cuanto a la discapacidad laboral que conlleva, el test estadístico identificó una mayor puntuación en los primeros en relación a los segundos. En estos casos en los que el cuadro psicopatológico tiene un papel secundario en cuanto a discapacidad laboral, cuando se pretende relacionar las puntuaciones de la escala de repercusión funcional del cuadro psicopatológico con la calificación administrativa, el resultado es no significativo; no puede el test estadístico encontrar asociación alguna entre el resultado de la valoración funcional del cuadro psicopatológico y la calificación administrativa, resultado éste plenamente coherente con casos en los que la principal causa de la discapacidad laboral no está relacionada con el cuadro psicopatológico ni, por tanto, con su repercusión funcional.

No debemos olvidar no obstante, en relación con las calificaciones administrativas, el papel “corrector” que ocupan los requerimientos profesionales de la actividad laboral determinada en concreto para cada caso y en relación a la cual ha de considerase la capacidad del trabajador: la relación estadísticamente evaluada entre calificación de IP y gravedad funcional del caso se ve influenciada por otro factor, el de los requerimientos laborales, de más difícil traslación estadística, y que interviene a la hora de determinar la calificación. El diseño de nuestro estudio no nos proporciona un modelo eficaz para evaluar el impacto de este segundo factor, el de los requerimientos profesionales, sobre la calificación final. Es evidente que ha de actuar como modulador de la repercusión funcional: una repercusión funcional significativamente importante puede no ser suficientemente relevante como para determinar una situación de IP en relación con unos requerimientos laborales concretos que no se vean afectados por esa limitación (dentro de ciertos límites de gravedad). De igual manera, la repercusión funcional derivada de un cuadro psicopatológico no necesariamente grave puede interferir con tareas con importantes requerimientos en cuanto a complejidad, integración de información o atención sostenida, pudiendo llegar a determinar una situación de IP para esa actividad laboral concreta. De cualquier manera, en la muestra de casos en los que el cuadro psicopatológico se considera la principal causa de la discapacidad laboral evaluada en el caso, y ahondando en la conclusión que se anticipaba, sí se diferencian en nuestros datos tres conjuntos de casos:

1. Unos que presentan una repercusión funcional inferior al resto de casos, y en los que se califica No grado de IP.

2. Otro grupo de casos, con repercusión funcional superior a los anteriores pero inferior a la que se estima para los que se califican en grado de IPA o Gran Invalidez; en estos casos, se calificará IPT (o No Grado de IP) en función de los requerimientos de la actividad laboral concreta.

3. Un último grupo de casos, con repercusión funcional superior a la de los dos grupos anteriores, y en los que se califica IPA o incluso Gran Invalidez. En este grupo, el grado de deterioro funcional es tan importante que se considera que no es posible mantener una actividad laboral rentable.

Desde el resultado del análisis de nuestros datos, por otra parte, no parece que pueda sostenerse que los sujetos que se encuentran desvinculados del mercado laboral presenten una mayor repercusión funcional del cuadro psicopatológico. Los resultados del test estadístico fueron no significativos a este respecto.

5.3 Relevancia en cuanto a la calificación de la existencia de un diagnóstico psiquiátrico.

La existencia de un trastorno mental se ha mostrado en nuestro estudio como un factor cuya presencia se asocia a una menor proporción de calificación de IP en alguno de sus grados; se califican menos IP en aquellos casos en los que se constata la presencia de un trastorno mental. De los 1993 casos que constituyen la muestra de casos analizados, sólo 389 presentaban algún diagnóstico psiquiátrico. Pues bien, la proporción de casos en los que se califica IP en aquellos que no tienen recogido en su cuadro clínico residual la presencia de un trastorno mental, se califica IP en alguno de sus grados es de casi el 60%, mientras que en los 389 casos que presentan algún trastorno mental, la proporción de calificaciones de IP no llega al 45%; la diferencia estimada de las proporciones es estadísticamente muy significativa y de más del 15%.

Si nos centramos sólo en la muestra en la que el cuadro psicopatológico se considera la principal causa de discapacidad laboral, la diferencia entre las proporciones en la calificación de IP se sitúan en más del 10% a favor de los casos en los que la principal causa de discapacidad laboral no deriva de un trastorno mental, resultando la diferencia muy significativa desde el punto de vista estadístico.

En general, en estudios de planteamiento similar al nuestro (muestra con comorbilidad física y análisis diferenciado de una submuestra con el trastorno mental como principal causa de discapacidad laboral) las conclusiones publicadas en la literatura señalan justamente al sentido contrario, asociándose la existencia de patología psiquiátrica con que se determine el derecho a percibir una prestación por incapacidad permanente, apuntándose no obstante a la existencia de variables de confusión que atenúan el efecto de esa asociación, como es el caso de la edad [321],

variable ésta que en nuestros resultados no muestra asociación estadísticamente significativa en lo que respecta al sentido de la calificación IP vs. No IP. No obstante lo dicho, lo cierto es que presentar un trastorno mental no puede, desde luego, considerarse sinónimo de discapacidad laboral que necesariamente de lugar a la calificación de una IP, y que la cronicidad de los trastornos mentales hace que una proporción significativa de la población que mantiene una actividad laboral presente algún trastorno mental, si bien la existencia de estos trastornos no resulta indiferente en relación a la productividad del trabajador, describiéndose que la existencia de un trastorno mental en el trabajador se traduce en un mayor absentismo o, más difícilmente cuantificable, en una disminución del rendimiento en el puesto, lo que se ha dado en llamar "presentismo"[322]. La intensidad del absentismo y la repercusión del presentismo sobre la productividad del trabajador condicionan, desde luego, la probabilidad de que sea posible mantener la actividad laboral en el seno del mercado de trabajo, sin que pueda perderse de vista la dinámica de los mercados de trabajo en cuanto a prescindir de los trabajadores menos rentables se refiere; y en particular, en épocas caracterizadas por una notable oferta de mano de obra. Estas características del mercado laboral en cuanto a la exigencia de productividad al trabajador que no está en condiciones de aportarla por causa de una discapacidad derivada de la existencia de un trastorno mental se ha asociado por algunos autores con el incremento de solicitudes de prestaciones por incapacidad relacionadas con trastornos mentales constatada en el Reino Unido, sin que aparentemente se haya producido un incremento parejo de la prevalencia de los trastornos mentales[323].

En cuanto a la causa de la IP que se llega a calificar, ésta se relaciona fundamentalmente con un cuadro clínico en el que se considera un trastorno mental como diagnóstico (y por tanto causa) principal en un 11,3%. Estos resultados muestran una amplia discrepancia con los datos provenientes de lo publicado al respecto, encontrándose por ejemplo en población Noruega que hasta el 24% de las prestaciones por incapacidad permanente se relacionan con los efectos discapacitantes derivados los trastornos mentales[324].

Pueden plantearse las diferencias observadas en relación a lo publicado a la distinta contemplación de la discapacidad desde distintos sistemas jurídicos a la hora de trasladar esa discapacidad al derecho a percibir o no una prestación económica compensatoria de la disminución de la capacidad para percibir ingresos derivados del trabajo. Así, mientras en el sistema jurídico vigente en nuestro país la discapacidad se ha de trasladar a uno de los grados previstos por la Ley (IPP, IPT, IPA o en su caso, GI), en otros sistemas la compensación se produce desde una aproximación porcentual a la pérdida de capacidad de ganancia, de forma que, mientras en España una disminución del rendimiento inferior al 33% (mínimo contemplado para calificar la IPP en el régimen general de la Seguridad Social) no daría lugar a grado alguno de IP, en otros sistemas de seguridad social no tiene por qué ser este mismo umbral el que determine la calificación, siendo habitual que se pueda reconocer el derecho a causar

una pensión por discapacidad laboral al tiempo que se desempeña el mismo trabajo en jornadas más reducidas, de forma que es la prestación la que compensa la pérdida de ingresos derivada de una disminución de jornada laboral que trae causa en las dificultades para abordar una jornada completa por causa de la discapacidad existente.

Por otra parte, la calificación de una IPP en nuestro sistema jurídico no va necesariamente asociada a una disminución de la jornada laboral, ni llega a constituir siquiera una prestación de carácter periódico, sino que se configura como una indemnización a tanto alzado, a percibir en un momento único y determinado, en claro contraste con la discapacidad de la que trae causa, que se reconoce como permanente y, por tanto, persistente en el tiempo. Resulta además que la calificación de IPP ha resultado ser algo muy infrecuente según nuestros datos; no se ha calificado como IPP ninguno de los casos que presentaban algún diagnóstico psiquiátrico en el dictamen-propuesta.

Parece que fue la intención del legislador, a la hora de modificar en 1997 la Ley General de la Seguridad Social, producir un viraje a la hora de proponer la ya descrita y comentada modificación de los grados de IP y su definición legalmente establecidos, proponiendo para ello la elaboración de un listado de enfermedades y del menoscabo laboral asociado a ellas, en lo que parecía un intento de aproximación a un sistema de base porcentual en la graduación de la discapacidad laboral más que en un sistema categorial como el vigente, pero ya vimos en el estudio de situación que tal pretensión no parece haber tenido éxito alguno y ha quedado, parece, relegada al olvido veinte años después de su formulación, permaneciendo aún vigente el sistema categorial que ya nos es tan familiar.

Estas diferencias en cuanto a los sistemas jurídicos hacen ciertamente complejo el análisis comparativo de los datos entre distintos países, y fuerza dos conclusiones:

1º. Es preciso disponer de datos internos, referidos a lo que ocurre en nuestro sistema jurídico, que permitan el análisis comparativo de lo que está sucediendo en relación con las calificaciones de IP y las causas médicas que dan lugar al reconocimiento (o denegación del derecho al mismo) de prestaciones por IP; en relación a la patología psiquiátrica por lo que nos ocupa, pero desde luego, resulta ser una necesidad extrapolable al conjunto de los diagnósticos que se barajan en estos procedimientos.

2º. Puede resultar necesario replantearse la situación de “aparcamiento” del proyecto de elaborar el tan anunciado listado de enfermedades y su valoración desde una perspectiva de aproximación del marco jurídico interno al de otros países, sobre todo en el seno de la Unión Europea, donde parece un contrasentido que frente a una libre circulación de trabajadores plenamente reconocida por los Tratados, no exista no ya un procedimiento común para

abordar la discapacidad laboral, sino ni siquiera una definición de las situaciones de incapacidad laboral sobre una base conceptual única.

5.4 Variables clínicas y sociodemográficas: su relación con la repercusión funcional del cuadro psicopatológico y las calificaciones administrativas.

La protección de la pérdida de capacidad de obtener rentas del trabajo por causa de la discapacidad es, como se ha visto, el objeto de la prestación por IP cuando se prevé una situación irrecuperable o al menos, sólo recuperable a largo plazo. En lo que respecta a los trastornos mentales, la comorbilidad, la morbilidad psiquiátrica presente a en edades precoces, el consumo de substancias o el sexo masculino se han mostrado, junto a otras variables, como predictores de una peor integración en el medio laboral de las personas que los sufren[325] y que reciben alguna prestación por la discapacidad que presentan (Finlandia). La comparación de las circunstancias en las que trabajadores sometidos a distintos sistemas jurídicos perciben prestaciones sustitutorias o compensatorias de la disminución de la capacidad de ganancia por causa de una discapacidad debe tomarse con precaución, ya que la propia definición de la situación de discapacidad susceptible de recibir prestaciones compensatorias varía en los distintos sistemas jurídicos. Analizaremos nuestros datos pues desde nuestra definición de IP; no puede ser de otra manera, definición que contempla las prestaciones por IP desde una perspectiva "sustitutoria" (sustituye el salario que no se percibe ante la exclusión del trabajador discapacitado del mercado laboral "reglado") más que compensatoria de una pérdida de capacidad de ganancia (que sería la de complementar un salario inferior por causa de un desempeño laboral con menor rendimiento), salvo en el grado de IPP, que precisamente reconoce el mantenimiento de una capacidad de ganancia en el seno del mercado laboral y de una actividad concreta, la que se considera habitual del trabajador discapacitado.

5.4.1 Comorbilidad en el Eje I.

El análisis de los diagnósticos en el eje I muestra un significativo nivel de comorbilidad, o quizá más apropiadamente, de coocurrencia, entendido este término como la situación en la que se verifican simultáneamente criterios de más de un trastorno, circunstancia ésta que, en nuestra muestra, se constata en más del 30% de los casos. Estudios previos han identificado tasas de comorbilidad muy significativas, por ejemplo, en relación con los trastornos afectivos mediante el empleo de escalas clínicas[326]. En nuestros datos, si bien referidos al conjunto de trastornos del humor (afectivos) clasificados según DSM-IV-TR[42] (que incluiría el trastorno bipolar o la distimia, por ejemplo), se registran 66 casos con trastornos afectivos en comorbilidad con otros trastornos del eje I (en relación a un total de 177 casos totales con algún diagnóstico de trastorno afectivo), lo que viene a suponer una estimación que vendría a situarse entre el 30 y el 45%.

Por otra parte, se ha identificado en la literatura que aquellos casos en los que se reúnen simultáneamente criterios de más de un trastorno mental se asocian con un

peor pronóstico y resultado funcional[327], como se relató por lo demás a propósito de la revisión efectuada al principio. Con arreglo a nuestros datos, podemos confirmar que, en relación a la muestra compuesta por todos los casos con diagnóstico psiquiátrico la evaluación funcional efectuada coincide con esta afirmación; la puntuación en la escala de repercusión funcional es más elevada en aquellos sujetos que presentan comorbilidad en el eje I. La conclusión se repite en relación a los casos en los que el cuadro psicopatológico ocupa un lugar secundario en cuanto a la discapacidad evaluada en el caso. Y sin embargo, las diferencias pierden significación en la muestra en la que el cuadro psicopatológico es el principal responsable de la discapacidad laboral establecida para el caso. No pueden pues establecerse diferencias en la que está constituida por casos con el cuadro psicopatológico como principal causa de la discapacidad laboral. No olvidemos, a la hora de interpretar estos resultados que fue posible poner de manifiesto la heterogeneidad de las muestras elaboradas según la principal causa de discapacidad laboral que se objetivaba en cada caso; en relación a la variable a través de la que nos aproximamos a la cuantificación del deterioro funcional pueden separarse estas dos muestras, una cuya causa principal de discapacidad deriva del cuadro psicopatológico y que alcanza puntuaciones más altas en la escala de repercusión funcional frente a otra en la que los trastornos mentales tienen una menor repercusión y se comportan como diagnóstico secundario de cara a determinar la causa de la que deriva fundamentalmente la discapacidad laboral. Esta circunstancia daría cabida a que diagnósticos únicos en la muestra de casos con causa principal de discapacidad en el cuadro psicopatológico tuvieran mucho más peso, de cara a la repercusión funcional, que cuadros comórbidos en la muestra cuyo diagnóstico principal no se relaciona con los trastornos mentales. Baste decir que los casos con cuadros psicóticos y sin comorbilidad, se ubican todos en esta muestra. Por el contrario, diagnósticos que, al menos a priori tienen menor entidad en cuanto a repercusión funcional, como el trastorno adaptativo, se ubican de forma preferente en la muestra que agrupa a los trastornos mentales como causa secundaria de discapacidad. Esta heterogeneidad en cuanto a las muestras se traduce claramente en la comparación de las puntuaciones en la escala de repercusión funcional; netamente distinta en ambas muestras y más elevada en aquella en la que el diagnóstico psiquiátrico se considera el principal. Por tanto, la existencia de comorbilidad en el eje I en los datos que se han analizado se corresponde efectivamente a una mayor repercusión funcional evaluada, pero debe ésta ser contextualizada en los diagnósticos concretos y en la intensidad de ese diferencial de repercusión que se estima.

En cuanto a la frecuencia con la que los casos con comorbilidad en el Eje I aparecen en cada uno de los niveles de gravedad considerados, en las tres muestras (todos los casos y las dos confeccionadas según el cuadro psicopatológico sea o no la principal causa de discapacidad laboral), en los niveles de menor gravedad (A y B) la mayor parte de los casos no tienen comorbilidad en el Eje I, mientras que la diferencia entre casos con comorbilidad y sin ella pierde significación estadística en el nivel C;

esto es, suponen cada uno alrededor del 50% del total de casos integrados en ese nivel de gravedad.

Esta mayor repercusión funcional en los casos con comorbilidad en el Eje I no se traduce, sin embargo, en una asociación de esta comorbilidad y una mayor proporción de calificación de IP en alguno de sus grados, mostrándose la variable a este respecto como indiferente. Ya se ha discutido que la relación entre la repercusión funcional y la calificación no puede ser directa, ya que existe un factor adicional a tener en cuenta; los requerimientos de la actividad laboral que se considera en el procedimiento.

5.4.2 Cronicidad.

En lo que se refiere a la antigüedad de los síntomas psiquiátricos, ya se comentó la dificultad que se constató en buen número de casos a la hora de determinar en qué momento empezaron a presentarse síntomas clínicamente significativos, en especial en lo que se refiere a procesos de larga duración. Sólo pudo establecerse, como se dijo, una aproximación fundamentada al tiempo de evolución de los síntomas en poco más del 70% de los casos; en el resto lo más que pudo precisarse es una referencia a "síntomas de larga evolución" o expresiones similares. Se efectuó la categorización de los casos según los intervalos de tiempo descritos en material y método; hasta dos años, de dos a siete años y más de siete años o referencias a "larga data".

Los trastornos mentales son responsables de una elevada cronicidad; muchos de los trastornos cursan con una evolución prolongada en el tiempo, con síntomas que oscilan en intensidad. Esto implica que la actividad asistencial especializada en el ámbito de los Equipos de Salud Mental tenga una notable presencia de consultas sucesivas, como hemos descrito, alcanzando el índice primeras / sucesivas alrededor de un 20% en 2013, si bien con datos históricos precedentes que describen un mayor peso de las consultas de revisión (sucesivas). Esta prolongación de los síntomas en el tiempo marca un escenario muy particular para los pacientes, que han de "aprender" a convivir con síntomas persistentes a pesar del tratamiento y con períodos de desestabilización clínica a menudo relacionados con estresantes ambientales, síntomas de intensidad variable pero que tienen lugar en el seno de trastornos en los cuales se documenta, por ejemplo, la persistencia de alteraciones cognitivas significativas incluso más allá de los períodos de reagudización sintomática[328], persistencia de síntomas que condiciona, evidentemente, la funcionalidad del sujeto. En ocasiones, incluso, se puede remontar a la misma infancia el inicio de síntomas significativos, síntomas precoces que se asocian a la exposición a circunstancias estresantes, dando lugar, como se ha dicho, a una neurobiología alterada que tendrá repercusión sobre la susceptibilidad a la aparición y cronificación de manifestaciones psicopatológicas ya en la edad adulta, como se describe por ejemplo a propósito de los trastornos de ansiedad y del humor[329].

En los casos estudiados se ha podido concluir, que en los procesos en los que el cuadro psicopatológico se considera la principal causa de discapacidad laboral, la antigüedad de los síntomas es superior en relación con aquellos casos en los que el cuadro psicopatológico tiene un carácter secundario. Por otra parte, se han puesto de manifiesto diferencias estadísticamente significativas entre las frecuencias con las que se presentan cada uno de los intervalos de antigüedad de síntomas en las muestras según el diagnóstico principal, resultando claramente significativas las magnitudes de las diferencias encontradas en los dos extremos de la variable que recoge esta antigüedad de los síntomas, de forma que los casos en los que se registran síntomas de menor antigüedad son mayoría en la muestra en la que el cuadro psicopatológico es secundario, mientas que en los casos con un diagnóstico psiquiátrico como principal, más de la mitad de los casos se sitúa en el segmento de mayor duración de los síntomas.

El análisis efectuado muestra una relación que, al menos inicialmente, se antoja contradictoria entre la antigüedad de los síntomas y el sentido de la calificación. El análisis planteado en tres categorías (hasta dos años, de dos a siete años y más de 7 años) en lo que respecta a la antigüedad de los síntomas, puesta esta evolución en relación con la calificación efectuada , no es capaz de concluir que exista asociación entre ambas variables en la muestra con diagnóstico psiquiátrico como principal causa de discapacidad laboral (la antigüedad de los síntomas se muestra como “factor indiferente” en lo que respecta a la calificación de una IP frente a la calificación de No IP), pero sí en la muestra constituida por el total de casos que presenta algún diagnóstico psiquiátrico y que incluye otra comorbilidad no derivada de los trastornos mentales (si bien con una intensidad de asociación ciertamente muy pequeña). Del análisis de los intervalos de confianza al 95% determinados y del nivel de significación de la diferencia entre la frecuencia de calificaciones de IP frente a No IP en cada grupo de evolución puede concluirse que sólo existen diferencias en lo que respecta al grupo de más de dos y hasta siete años, en el que es más frecuente la calificación de No IP frente a la de IP, mientras que en los otros dos grupos las estimaciones no logran establecer que sean distintas las proporciones en las que se califica IP o No IP; o dicho de otra forma, en los grupos de hasta dos años y de siete o más años/”larga data” las calificaciones de IP y No IP se distribuyen por igual. Es más frecuente, por tanto, la calificación de IP en alguno de sus grados en las categorías definidas en cuanto a los extremos de mayor y menor antigüedad de los síntomas, ya que en ellas la calificación de IP llega hasta el 50% de los casos (en términos estadísticos IP y No IP se presentan en la misma proporción; la mitad), mientras que en la categoría intermedia es claramente es superior la proporción de casos calificados como No IP frente a los que se califican como IP en alguno de sus grados. Se plantea en este punto pues analizar qué ocurre en estos extremos; en el de los procesos más agudos y en los de más larga evolución.

En cuanto a los procesos en los que se registra una mayor antigüedad de los síntomas, resulta desde luego posible concebir una afectación funcional significativa compatible con ciertas actividades laborales, y que éstas puedan ser desempeñadas con los requerimientos de rentabilidad propios del mercado laboral, desde un estado "basal" de funcionamiento en el seno de un proceso que acarrea una discapacidad crónica, y sobre el que no obstante pueden producirse reagudizaciones sintomáticas significativas que, en su caso, pueden llegar a interferir con la actividad laboral, pero que pueden considerarse susceptibles de tratamiento y mejoría, dando lugar a procesos de IT que no necesariamente terminarían en la calificación de una IP o que, caso de que se prolongue la evolución de la discapacidad más allá de los dos años, podría dar lugar a una IP que se prevea revisable en el tiempo ante una previsible mejoría que permitiera el retorno a esa situación basal de cronicidad compatible con la actividad laboral.

No hemos encontrado publicados datos previos al respecto de los cuales comparar nuestros resultados. No obstante, en relación con procesos de incapacidad temporal que llegan a los 12 meses, se ha descrito que el tiempo prolongado de seguimiento psiquiátrico se asocia a una valoración psiquiátrica (a través de interconsulta especializada) proclive a la calificación de IP[330]. Al tratarse de procesos de IT y de evaluaciones psicopatológicas que prescinden de la comorbilidad derivada de otros procesos médicos, deberíamos efectuar la comparación con la muestra de casos en la que la principal causa de discapacidad laboral se considera derivada del cuadro psicopatológico, muestra en relación a la cual se ha logrado demostrar una mayor presencia de casos en el grupo que engloba a los casos con síntomas más antiguos (más del 55%), así como una mayor proporción de calificaciones de IP, que alcanzan el 50% de las calificaciones en esta categoría, en comparación con lo que ocurre en la categoría de dos a siete años, en la que las calificaciones de IP apenas alcanzan el 34%. Cierto es que mientras el estudio citado se refiere a "tiempo de seguimiento psiquiátrico" en la definición de nuestra variable sólo se contempla la antigüedad de síntomas psiquiátricos significativos, precisaran o no atención especializada al respecto, y que en nuestros casos también se encuentra una elevada proporción de casos calificados como IP en el intervalo de hasta dos años, calificación que se sitúa igualmente alrededor del 50%.

Parece claro, sea como fuere, que cronicidad no es sinónimo de IP, si bien en el marco de esta cronicidad es frecuente que puedan aparecer períodos de descompensación, a veces prolongados en el tiempo, que precisan una solución en cuanto a la protección de la situación de discapacidad laboral que puede llevar aparejada, solución que en primer lugar recae en la IT pero que, si ésta se prolonga, puede precisar acomodo en la calificación de una IP, pero siempre desde la perspectiva de la posibilidad de mejoría funcional. Para reforzar la consistencia de la consideración, que parece subyacer en los procedimientos analizados, acerca de la posibilidad de mantener actividad laboral dentro de la cronicidad de un trastorno

mental, (una vez salvados los períodos de reagudización sintomática), debemos afrontar el análisis de las previsiones de mejoría funcional que se desprenden de las resoluciones que llegan a calificar un grado de IP, que efectivamente resultan ser más optimistas en lo que respecta a la previsión de mejoría en aquellos casos en los que el diagnóstico principal de la discapacidad laboral deriva de un cuadro psiquiátrico que en lo que se refiere al conjunto de casos sin presencia de trastornos mentales, cuestión ésta que, de nuevo, parece en línea con lo que ya apuntábamos: la presunción que parece está presente en el caso de la discapacidad laboral derivada de los trastornos mentales en lo que respecta a su compatibilidad con ciertos requerimientos laborales en el contexto de cronicidad, presunción en el seno de la cual los períodos de exacerbación de síntomas y por tanto de mayor discapacidad asociada, se prevén, al menos inicialmente, como recortados en el tiempo y susceptible de mejoría en mayor proporción de lo que sucede con la discapacidad de causa no psiquiátrica. Se justificaría así que las previsiones de mejoría de las IP calificadas en relación con los trastornos mentales sean claramente más optimistas comparadas con lo que se prevé en cuanto las IP calificadas por causa de enfermedades no psiquiátricas. En los datos analizados, cuanto mayor es el peso de la discapacidad laboral derivada del cuadro psicopatológico, mayor es la probabilidad de que se prevea una revisión por mejoría de la IP calificada, hasta el punto de que la OR de la previsión de mejoría llega a ser OR=4,00 cuando se toma en consideración la muestra de casos en la que el cuadro psicopatológico es la principal causa de la discapacidad laboral frente a aquellos casos en los que esta causa principal tiene origen en un diagnóstico no psiquiátrico.

Podría no obstante plantearse en este punto si la valoración administrativa sobre la razonable posibilidad de mantener una actividad laboral concreta en el contexto de una afectación crónica en los términos que hemos analizado se corresponde con una realidad o, por el contrario, resulta ser producto de una percepción excesivamente optimista sobre las posibilidades de estos trabajadores de mantener una actividad laboral económicamente rentable, así como cuestionarse si, dada la elevada proporción de casos en los que se prevé se produzca mejoría en el ámbito de los casos psiquiátricos (en relación al resto de casos inmersos en expedientes de IP), estas mejorías funcionales que se prevén efectivamente pueden constatarse en los procedimientos de revisión o, por el contrario, tales revisiones concluyen en el mantenimiento del grado inicialmente calificado. O incluso en la calificación de un superior grado de IP. Sería necesario diseñar estudios al respecto sobre los resultados de los procedimientos de revisión que se inicien de oficio ante la previsión de mejoría en la calificación inicial para dar respuesta a estas cuestiones.

Como contrapunto a lo descrito para procesos de larga duración, en aquellos procesos podríamos decir “agudos”, de hasta dos años, la calificación de IP alcanza, como dijimos, prácticamente el 50% en la muestra integrada por todos los casos con algún diagnóstico psiquiátrico y en la muestra con diagnóstico psiquiátrico como

principal causa de discapacidad laboral (si bien en esta última el test estadístico no identificó asociación entre la antigüedad de los síntomas y la calificación). Podríamos apuntar al papel de los procesos “agudos” como punto de ruptura con una situación psicobiográfica previa en relación con la cual sí existía una funcionalidad adecuada en el medio laboral. En estos procesos de menor duración no cabe la “adaptación” que comentábamos en relación con los síntomas muy prolongados en el tiempo, por lo que el camino hacia la incapacidad permanente parece menos difuso si se da el requisito de prolongación en el tiempo de la sintomatología y la discapacidad asociada. No debe olvidarse que, si transcurridos los 545 días máximos de duración de la IT y tras otros 180 días que puede demorarse la calificación, la discapacidad laboral persistiera en intensidad significativa como para no permitir afrontar los requerimientos de la actividad laboral habitual, debe calificarse una IP, en relación a la cual, si es preciso, podrá iniciarse de oficio posteriormente un procedimiento de revisión de grado por previsión de mejoría, cuestión ésta que acabamos de discutir por cuanto resulta muy llamativa la proporción de casos calificados como IP que, en relación con la existencia de un trastorno mental, dan lugar a la previsión de mejoría.

Parece pues que, en lo que se refiere a los trastornos mentales, la previsión en cuanto a la posibilidad de que pueda alcanzarse una estabilización en la cronicidad que sea compatible con los requerimientos de la actividad laboral del trabajo es prácticamente la norma. Puede así explicarse por ejemplo que, en nuestra muestra de estudio, de los casos calificados como “lesiones no permanentes”, más de un 33% remontaba el inicio de sus síntomas a más de 7 años y totalizaban más del 55% los casos con esta calificación en los que los antecedentes psiquiátricos significativos son de más de dos años de antigüedad.

Estos resultados, en lo que se refiere a las calificaciones, han de ponerse además en relación con los resultados de la evaluación de la repercusión funcional del cuadro psicopatológico en cada uno de los intervalos considerados en cuanto a la antigüedad de los síntomas. A este respecto, a síntomas más antiguos se asocia una mayor repercusión funcional, con diferencia estadísticamente significativa al menos en la muestra que recoge al conjunto de los casos, ya que las diferencias pierden significación al analizar por separado las muestras según el cuadro psicopatológico sea la principal causa de discapacidad laboral (en esta muestra es de esperar se encuentren procesos más graves y de carácter agudo) o no. En lo que se refiere a la muestra de casos en la que el diagnóstico psiquiátrico se considera la principal causa de discapacidad laboral, esta observación es particularmente relevante por lo que ya se ha referido en cuanto a los procesos disruptivos de corta evolución pero con repercusión funcional importante; baste comparar las medianas de la puntuación en la escala de repercusión funcional en la muestra integrada por el total de casos ($\tilde{x}$=3,0) y la que se registra en la muestra en la que el diagnóstico psiquiátrico es la principal causa de discapacidad laboral ($\tilde{x}$=5,0). En esta misma muestra, las calificaciones de IP en alguno de sus grados se reparten por igual, al 50%, en los grupos extremos en

cuanto a la antigüedad de los síntomas, mientras que en el grupo intermedio lo más frecuente es la calificación de No grado de IP.

En relación al diagnóstico, hemos de tener presente que la evolución de los síntomas a lo largo de la historia del sujeto es un dato relevante a la hora de emitir una formulación diagnóstica. Los trastornos adaptativos se presentan con mayor frecuencia en los casos con síntomas más recientes, mientras que casi un 8% de los casos con mayor duración de los síntomas tienen un diagnóstico de la esfera psicótica. Este dato es muy significativo, ya que, dadas las características de nuestra muestra, se trata de un grupo de sujetos que, diagnosticados de un trastorno potencialmente grave y cuyos síntomas se remontan mucho tiempo atrás, no perciben prestaciones por IP (sólo se han estudiado expedientes iniciales). Sería preciso determinar si este grupo de sujetos permanece desvinculado del mercado laboral o, por el contrario, su situación funcional permite mantener una actividad laboral reglada.

5.4.3 Personalidad disfuncional.

Ya se expuso que los trastornos de la personalidad constituyen patrones de respuesta disfuncional de prevalencia significativa y que se asocian con un impacto negativo en el funcionamiento del sujeto, trascendencia funcional que, desde luego, ha de tener reflejo en la capacidad laboral de los trabajadores que los presentan. Su diagnóstico en el sistema multiaxial propuesto por el DSM-IV-TR[42] se efectúa en el "eje II", que puede recoger la presencia de los trastornos de personalidad entendidos como aquellos en los que se verifican los criterios diagnósticos exigidos, y en caso de que no se lleguen a verificar tales criterios, la presencia de rasgos disfuncionales de personalidad que el clínico juzgue oportuno reseñar. A este respecto, se ha considerado tanto el conjunto de casos que presenta una personalidad disfuncional como el subgrupo de éstos que llegan a verificar criterios de trastorno de la personalidad.

No hemos localizado estudios en nuestro medio sobre el impacto de los trastornos de personalidad en procedimientos de calificación de incapacidad permanente. Sí se han encontrado estudios en relación con los trastornos de personalidad en el ámbito de la valoración clínico-laboral. Así, se ha podido concluir en población de la provincia de Madrid que, junto con otros factores como el sexo femenino o la edad entre 35 y 40 años, la presencia de un trastorno de personalidad parece aumentar el riesgo de sufrir un trastorno psiquiátrico reactivo a "conflictividad laboral"[331]. Estos hallazgos parecen consistentes con lo que habitualmente se viene describiendo en la literatura, asociándose en general la presencia de un trastorno de personalidad con la conflictividad en el medio laboral y a otros aspectos "negativos" en relación con el trabajo, como es la situación de desempleo y la asociación con un bajo nivel de formación[332].

En otra línea de trabajo, un estudio poblacional en Noruega identificó la existencia de asociación entre la presencia de un trastorno de personalidad y la interrupción de la

actividad laboral por discapacidad[333], si bien el estudio estaba basado en el diagnóstico del trastorno mediante entrevista estructurada y el seguimiento longitudinal de la población y no, como en nuestro caso, en una muestra de pacientes ya incursos en un procedimiento de calificación de incapacidad.

La presencia de una personalidad disfuncional se traduce en problemas a nivel cognitivo, afectivo, de relación interpersonal o en lo que respecta al control de impulsos, y ha sido relacionada con dificultades en el desempeño de la actividad laboral, desempleo prolongado y desarrollo de problemas interpersonales en el medio laboral[334]. Es preciso recordar que estamos, en nuestro estudio, ante una muestra de población clínica; procede del ámbito asistencial al que han acudido en busca de ayuda para paliar su distrés, y que ha podido identificarse que, incluso en población no clínica, la presencia de trastornos en la personalidad parece tener trascendencia sobre el funcionamiento social[335].

Al estudiar el posible efecto de una personalidad disfuncional sobre el sentido de la calificación en el conjunto de expedientes examinados (1993 casos de IP), resulta llamativo que, con nuestros datos, la presencia de rasgos disfuncionales de personalidad resulte asociarse de forma negativa con la calificación de una incapacidad permanente (OR inferior a 1); en otras palabras: es menos probable la calificación de una incapacidad permanente si el trabajador tiene diagnosticada la existencia de rasgos disfuncionales de personalidad, asociación que se muestra estadísticamente significativa. No hemos logrado obtener resultados significativos en el análisis de la relación entre la calificación administrativa y la existencia o ausencia de un trastorno de la personalidad, comportándose éste como un factor indiferente para la calificación.

Consideramos que tal resultado, si bien “a priori” se presenta como contrario a lo que cabía esperar, puede resultar perfectamente coherente con el fundamento de la valoración de la incapacidad permanente en el sistema de Seguridad Social vigente en España, que asienta sobre un carácter eminentemente profesional: salvo aquellos casos en los que se califica una incapacidad permanente absoluta, se determina la incapacidad para afrontar los requerimientos de una determinada actividad laboral, que es la que se considera la habitual del trabajador.

En el caso de los trastornos de personalidad, que por su naturaleza ya están presentes en el momento de iniciarse la edad laboral, cabría preguntarse si en efecto no se ha producido una adecuación de las capacidades de los pacientes a las posibilidades laborales, o dicho de otra forma, si los trabajadores han encontrado su nicho de trabajo en actividades en las que las alteraciones de la personalidad que presentan no son disruptivas hasta el punto de ser causa de incapacidad permanente. Se ha establecido, en población general (no clínica) la existencia de relación entre la presencia de un trastorno de personalidad y dificultades educativas, comportamentales o de relación interpersonal[336] que podrían influir en esta “selección laboral”. Nuestros

datos no permiten concluir la existencia de tal “selección”; en el análisis planteado al menos, que cuenta con la limitación de que la agrupación de las distintas actividades laborales en “white collar”, “blue collar” o “trabajador del comercio o servicios” no es probablemente capaz de recoger las diferencias que, en cuanto a requerimientos concretos de la actividad laboral, serían necesarias para que tal fenómeno de “adaptación” pueda ser “captado” y se traduzca en resultados con adecuada significación estadística. Sí se ha descrito, si bien en relación con los trastornos de ansiedad (que tienen en común por lo general con los trastornos de la personalidad la prolongada evolución en el tiempo) y en estructuras productivas distintas (Australia) un sesgo hacia el sector primario en lo que respecta a las ocupaciones laborales de los sujetos que presentan trastornos de ansiedad, que desarrollan su actividad, en mayores proporciones de lo esperado comparado con población control, en actividades relacionadas con la agricultura, la ganadería o la pesca[337], mientras que están menos presente en, por ejemplo, el ejercicio de profesiones liberales.

Sí se ha podido concluir, sobre los datos del presente estudio, que en casos en los que se ha establecido la existencia de una personalidad disfuncional, es más frecuente la calificación de No IP en el grupo profesional “trabajadores no cualificados en servicios (excepto transportes)”; es este el único grupo en el que se han obtenido diferencias estadísticamente significativas, resultando por lo demás en algún otro grupo una acumulación del 100% de casos en la calificación de IP o No IP, pero con tan pocos casos en tal grupo profesional que parece más que aventurado formular conclusiones al respecto más allá de la delimitación de “tendencias”.

Estos resultados podrían ponerse en conexión, por lo demás, con lo ya analizado en relación al tiempo de evolución de la sintomatología, de forma que la existencia de una personalidad disfuncional, por lo precoz de la aparición de las conductas desadaptativas y los efectos de las mismas sobre el propio sujeto, serían un subgrupo dentro de estos trastornos de larga evolución. De hecho, sí hemos podido concluir con significación estadística que los casos con diagnóstico de personalidad disfuncional se asocian con síntomas de mayor antigüedad.

Algunos estudios han concluido la asociación entre ciertos trastornos de la personalidad y la situación de desempleo (en el caso de los trastornos del cluster A, el trastorno límite de la personalidad o el trastorno de la personalidad por evitación)[338] ; si bien desde un punto de vista del análisis sobre el conjunto de los trastornos de la personalidad, nuestros datos no han concluido la existencia de asociación significativa entre la existencia de rasgos disfuncionales de personalidad ni de un trastorno de la personalidad con el hecho de acudir al procedimiento de valoración de una IP desde una situación de no - ocupado, entendiéndose ésta como la de desconexión del mercado laboral.

Por otra parte, la constatación de rasgos disfuncionales de la personalidad en los procedimientos de calificación de una IP se produce necesariamente en el seno de

procesos en los que los trabajadores que acuden al procedimiento han requerido atención específica por parte de los dispositivos asistenciales, por lo común en el contexto de un cuadro psicopatológico más amplio y en comorbilidad con trastornos del eje I. A este respecto, es preciso tener presente que el diagnóstico de la existencia de estos patrones de conducta disfuncionales, se trate de trastornos de la personalidad o de rasgos disfuncionales de la personalidad no siempre es fácil. En su presentación comórbida con trastornos mentales "graves" del Eje I, puede ser difícil su individualización en el contexto del cuadro psicopatológico en general, y en relación con otros trastornos, si se quiere menos graves, puede ser difícil establecer el límite entre el trastorno del eje I y los patrones disfuncionales de conducta. En esta línea, Dewa y cols.[339] concluían que, si bien en la información médica asistencial se incluían habitualmente diagnósticos psiquiátricos secundarios (entre los que considera su estudio las alteraciones de la personalidad), éstos no eran siempre recogidos en el procedimiento médico de valoración de la incapacidad, insistiendo los autores en la dificultad de concluir la presencia de un diagnóstico en el eje II y delimitarlo en relación con los diagnósticos del eje I. Puede por tanto suceder pues que en nuestra muestra estén infradiagnosticadas las alteraciones clínicamente significativas de la personalidad y que, en realidad, el número de casos reales existentes en la misma sea superior. No obstante esta posibilidad, lo cierto es que la muestra procede de la realidad del trabajo cotidiano en los procedimientos de calificación de incapacidad permanente, y que en ese contexto, los resultados son los descritos.

En lo que se refiere a los resultados obtenidos en relación al sentido de la calificación, en el análisis de la muestra de casos en los que el diagnóstico psiquiátrico se considera principal causa de la discapacidad laboral y sobre la relación entre calificación y la existencia de una personalidad disfuncional, no se ha logrado identificar asociación estadísticamente significativa; es decir, la existencia o ausencia de una personalidad disfuncional no parece tener efecto significativo sobre la calificación que se hace para el caso, comportándose como una variable indiferente. Los resultados son los mismos (no puede demostrarse que exista asociación) cuando el análisis se efectúa no ya sobre casos con "rasgos disfuncionales de personalidad" sino sobre aquellos con diagnóstico de trastorno personalidad establecido; téngase en cuenta al respecto lo ya expuesto acerca de la posible interferencia del trastorno del eje I con el diagnóstico de la existencia de una alteración en el eje II. A esto hay que añadir que sí hemos logrado concluir la existencia de asociación entre un diagnóstico de personalidad disfuncional o de trastorno de la personalidad y la evaluación en el caso de una mayor repercusión funcional de los síntomas, si bien esta mayor repercusión funcional pierde significación en los casos en los que el cuadro psicopatológico sólo tiene un papel secundario en cuanto a la discapacidad laboral considerada en el caso.

Estas conclusiones, analizadas desde la consideración de los resultados obtenidos para la evaluación de la relación repercusión funcional - calificación, deben llevarnos a

plantear, de nuevo y como ciertamente no podría ser de otra manera dado el marco jurídico que define la IP, el papel decisivo que supone la determinación de la relación repercusión funcional-requerimientos de la actividad laboral.

Retomando lo ya expuesto a la hora de analizar los resultados en relación con la duración de los síntomas, los datos parecen apuntar a que la larga evolución de los síntomas, o ahora al tratar específicamente de la incardinación de tales síntomas en un patrón de conducta desadaptativo y persistente (como el que caracteriza a la existencia de una personalidad disfuncional), puede actuar como un factor que "dirige" la vida laboral del sujeto hacia actividades cuyos requerimientos van a ser compatibles con las limitaciones que efectivamente presenta (y que se constatan a la hora de determinar una determinada afectación funcional, que ya se ha dicho se objetiva es mayor en los casos con personalidad disfuncional). Tenemos pues sujetos con una repercusión funcional significativa derivada de un cuadro psicopatológico en los que no se considera que tal afectación sea constitutiva de IP una vez evaluadas las capacidades residuales y puestas en relación con los requerimientos de la actividad laboral concreta. Viene ahora muy a cuento la observación recogida en las directrices de evaluación del manual del INSS[114] en relación a la "distimia" y que ya aludimos a propósito de este trastorno: "habitualmente el inicio del trastorno es previo al comienzo de la actividad laboral, motivo por el que estos pacientes optarán por profesiones acordes con sus limitaciones", observación que ya se puntualizó en su momento.

Se llegaría en este punto a la necesidad de determinar qué actividades laborales se consideran compatibles con tal grado de repercusión funcional, y se llegaría a él desde la dificultad, ya aludida, de tener que analizar esta cuestión desde un punto de vista estadístico, desde una muestra necesariamente limitada y desde un amplísimo repertorio de posibilidades en cuanto actividades laborales a considerar. En el abordaje que hemos efectuado, desde una clasificación en tres grupos de actividades laborales ("white collar", "blue collar" y "trabajadores del comercio o servicios") no hemos podido obtener resultados significativos en cuanto a demostrar al existencia de esta "selección". Desde luego sin pretensiones de obtener significación estadística alguna, pero sí de obtener una descripción de aquellas actividades en las que se está considerando la existencia de compatibilidad entre un nivel significativo de afectación funcional y el mantenimiento de una actividad laboral (No IP), podemos efectuar una primera aproximación al caso, aproximación que desde luego, deberá ser tomada con toda precaución y, en su caso, deberá ser objeto de estudio desde diseños específicos. Así, en los resultados por grupos de ocupación según CNO - 2011 parece constatarse que los casos en los que finalmente no se califica la existencia de una IP y sí se puede constatar una personalidad disfuncional se agrupan fundamentalmente en actividades laborales en los que los requerimientos de carga mental no parecen constituir un componente fundamental de la actividad (peones, trabajadores no cualificados, trabajadores agrícolas o trabajadores de los servicios de restauración o comercio, a salvo de las llamativas excepciones en relación a los casos en relación

con el grupo “directores y gerentes”). Puede constatarse, por el contrario, que las mayores tasas de calificación de IP se producen en actividades en las que la carga mental es más alta (trabajadores de la salud y el cuidado de las personas, técnicos o profesionales intelectuales) y aquellas en las que las que existen condiciones de riesgo para sí o terceros puede ser significativa (profesionales de la seguridad).

Aun con resultados estadísticamente no significativos (el escaso número de integrantes de la muestra puede contribuir a que no se alcance suficiente significación al respecto), los datos referidos a aquellos sujetos que llegan a verificar criterios de trastorno de la personalidad irían en la línea de lo señalado en relación al grupo más amplio de personalidad disfuncional, siendo superiores las tasas de calificación de IP en aquellos sectores de ocupación caracterizados por la carga mental significativa o la existencia de riesgo potencial para sí o para terceros.

5.4.4 Patología relacionada con substancias.

Ya se describió que la existencia de consumo de substancias psicoactivas era un dato que se asocia habitualmente en la literatura a un peor pronóstico funcional de los trastornos mentales.

El análisis de la contribución que el consumo de substancias pudiera aportar a la evaluación de la gravedad de la repercusión funcional del cuadro psicopatológico con arreglo a nuestros datos arroja una particularidad; se ha detectado la presencia de una asociación estadísticamente significativa a favor de una mayor repercusión funcional del cuadro psicopatológico en aquellos casos que efectivamente presentan consumo o antecedentes del mismo en la muestra compuesta por todos los casos que presentan algún diagnóstico psiquiátrico, perdiéndose la significación estadística en la muestra en la que se ha determinado un diagnóstico psiquiátrico como principal causa de la discapacidad laboral. Y todo ello al tiempo que el consumo de substancias o su antecedente no se asocia de forma significativa con la calificación de IP en alguno de sus grados. Las causas de la pérdida de significación estadística al limitar el análisis sólo a aquellos casos en los que la principal causa de la discapacidad laboral deriva del cuadro psicopatológico, habrá que buscarla bien en la disminución del tamaño muestral bien en el hecho de que, al circunscribir el análisis a procesos en los que el peso más significativo de la discapacidad derivada del cuadro psicopatológico es mayor, el cuadro psiquiátrico conjunto se debe a procesos más graves en los que la importancia del factor “consumo de substancias” se diluye, haciéndose más visible (en la muestra más amplia) cuando se incorporan al análisis cuadros clínicos de menor repercusión, como los que se excluyeron a la hora de evaluar el diagnóstico principal del caso y clasificarlo como “no psiquiátrico”.

Con arreglo a nuestros datos, el antecedente de consumo de substancias se ha mostrado asociado a un criterio de gravedad contemplado en las orientaciones de evaluación; el antecedente de ingreso hospitalario, asociación que se mantiene tanto en la muestra formada por todos los casos con algún diagnóstico de trastorno mental

como en la muestra en la que se ha considerado el diagnóstico de un trastorno mental principal como principal causa de la discapacidad laboral, si bien la OR en este último caso es menor. Puede deberse esta menor intensidad en la asociación a que, considerados sólo los casos cuyo diagnóstico principal es de tipo psiquiátrico, condicionan la posibilidad de ingreso (en unidades de psiquiatría o de desintoxicación hospitalaria) otros procesos que cobran más importancia relativa en este subgrupo. La asociación se continúa manteniendo estadísticamente significativa y con OR relevantes en lo que respecta a los casos en los que se mantiene un consumo activo en el momento de la valoración.

También hemos detectado asociaciones significativas desde el punto de vista estadístico entre el consumo de substancias el sexo, resultando para el sexo "hombre" en relación a la mujer OR=5,99, o la constatación de un trastorno de la personalidad, con OR= 3,47. Está descrita a este respecto la asociación entre el consumo de substancias y los trastornos de la personalidad, y así se informa de la elevada prevalencia de trastornos de la personalidad en población de sujetos en tratamiento de desintoxicación[340,341], así como de elevadas tasas de consumo de substancias en sujetos diagnosticados de trastorno negativista (pasivo - agresivo) de la personalidad[342] o en sujetos diagnosticados de trastorno límite de la personalidad[343].

5.4.5 Deterioro cognitivo.

No hemos logrado demostrar en nuestra casuística que la constatación de la existencia de algún grado de deterioro cognitivo se asocie significativamente con la evaluación de la gravedad funcional que se evalúa para el caso en la muestra de casos con diagnóstico psiquiátrico como diagnóstico principal; el análisis estadístico muestra que esta variable se comportan de forma indiferente. En la revisión efectuada se muestra claramente como, para el conjunto de trastornos, la existencia de un deterioro cognitivo asociado se relaciona con una mayor repercusión funcional del cuadro. No obstante, en nuestra muestra no se ha logrado concluir la relevancia de esta variable, que pasa "inadvertida" a la hora de concluir la presencia de un mayor deterioro funcional salvo en el análisis del total de casos con diagnóstico psiquiátrico, muestra en la que el test de una cola sí confirma una mayor repercusión, repercusión que, en todo caso, no trasciende a las calificaciones de IP. Es preciso no obstante destacar el escaso volumen de casos en los que se ha concluido la presencia de una repercusión cognitiva; en la muestra completa, 34 casos contaban con alguna alusión a la presencia de deterioro cognitivo, lo que supone apenas un 8% de los casos, mientras que en la muestra con diagnóstico psiquiátrico como causa principal de la discapacidad laboral, fueron 27 los casos que presentaban tal deterioro, lo que supone algo menos del 10%. Todo ello considerando que hasta 14 casos de la muestra completa contaban con un diagnóstico que presumía la presencia de deterioro cognitivo (demencias). Las diferencias encontradas entre la prevalencia del deterioro cognitivo entre el subgrupo con diagnóstico psiquiátrico como principal y la muestra completa, por otra parte, no resultan estadísticamente significativas vistos los IC al

95% para las estimaciones, cuando cabría esperar que se encontraran diferencias precisamente a favor del subgrupo en el que la presencia de psicopatología se ha considerado la principal fuente de discapacidad del caso. Sin descartar la influencia a este respecto del bajo tamaño muestral (que influye en que los intervalos estimados sean amplios y por tanto con poca sensibilidad para detectar según qué pequeñas diferencias), no puede ignorarse no obstante como causa de la posible falta de significación el infradiagnóstico o infrarregistro de la presencia de deterioro cognitivo. No olvidemos que no contamos entre las orientaciones de evaluación de nuestros casos con la exigencia de disponer de una evaluación de la eventual repercusión cognitiva, mientras que sí se cuenta con suficiente evidencia acerca del impacto funcional negativo que la presencia de deterioro cognitivo en lo que al rendimiento laboral atañe y a la asociación de compromiso de las funciones cognitivas con ciertos trastornos mentales, como se ha visto. En relación con nuestros resultados, sí hemos logrado identificar que la evaluación de la repercusión funcional en aquellos casos en los que se constata la existencia de deterioro cognitivo es superior en relación a aquellos en los que no, pero la significación estadística, como se dijo, sólo se mantiene en la muestra integrada por el total de casos con diagnóstico psiquiátrico, perdiéndose tal significación al centrar el análisis sólo en aquellos casos en los que la principal causa de la discapacidad laboral se estima derivada del cuadro psiquiátrico. Lo que sí permanece constante en todas las muestras es la ausencia de significación estadística en la relación deterioro cognitivo-calificación de IP en alguno de sus grados, resultando que la existencia de deterioro cognitivo se comporta como variable indiferente al respecto.

Sin restar valor a lo ya expuesto, a la hora no obstante de establecer cualquier conclusión sobre la relación deterioro cognitivo - repercusión funcional, no debemos olvidar que la variable se ha recogido sólo como presencia / ausencia de anotación al respecto de deterioro cognitivo, por lo que en los casos en los que sí se ha informado de la repercusión cognitiva constituyen, a priori, un grupo heterogéneo, en el que se mezclan tanto casos con deterioro grave como aquellos que podrían tener alteraciones menos relevantes desde el punto de vista funcional.

5.4.6 Antecedentes de ingreso psiquiátrico.

Se ha analizado la existencia en los casos de antecedentes de hospitalización en el contexto de la atención psiquiátrica, aspecto éste que se considera, en las orientaciones para la valoración de los distintos grados funcionales en cuanto a gravedad y repercusión laboral, como criterio indicador de cuadros con mayor repercusión funcional. En coherencia pues con lo que cabría esperar, el análisis de los datos confirma una puntuación más elevada en la escala de repercusión funcional en aquellos casos que presentan antecedentes de ingreso psiquiátrico. En este caso, sí se observa una asociación estadísticamente significativa en cuanto a la existencia de este antecedente y la calificación de IP en alguno de sus grados, con OR >1; tanto en la muestra constituida por el total de casos con diagnóstico

psiquiátrico como en aquella constituida por los casos en los que el cuadro psicopatológico es la principal causa de discapacidad laboral evaluada. La intensidad de la asociación medida a través de la OR no obstante se atenúa en esta segunda muestra en relación con la más amplia que suma a estos casos aquellos otros en los que el cuadro psicopatológico sólo tiene una importancia secundaria desde el punto de vista de la discapacidad laboral. Esta diferencia puede estar relacionada con que, al restringir la muestra a aquellos casos en los que el cuadro psicopatológico tiene mayor repercusión, el factor "antecedente de ingreso psiquiátrico" difumina su efecto entre otros que pueden contribuir a la calificación de IP.

5.4.7 Inclusión en el Programa de Trastornos Mentales Graves.

La totalidad de los casos incluidos en el programa de TMG se integra en la muestra con diagnóstico psiquiátrico como principal causa de al discapacidad laboral evaluada en el caso, resultado este esperable por lo demás: el hecho de incluir el caso en esta muestra se corresponde con la constatación de que el mayor grado de discapacidad que presenta el caso es atribuible al cuadro psicopatológico que presenta, por lo que no cabría otro resultado. Por lo demás, se puede demostrar asociación estadística entre una mayor repercusión funcional y la inclusión en el programa, repercusión que sin embargo no se traduce en la existencia de asociación estadísticamente significativa en lo que se refiere a la calificación de IP en alguno de sus grados.

Debe tenerse presente que la inclusión en un programa de estas características no forma parte de los criterios de especial gravedad recogidos en las orientaciones de evaluación vigentes en el INSS[75], cuestión ésta que probablemente podría necesitar ser revisada por cuanto supone que el sistema asistencial ha determinado la existencia de una repercusión funcional de entidad tal que hace necesaria una intervención específica por parte de dispositivos especializados y, sin embargo, este aspecto no tiene consideración específica en el ámbito de la evaluación de la repercusión funcional sobre el ámbito laboral. No obstante, los resultados en cuanto a la evaluación funcional que se efectúa (aún sin considerar la inclusión en el programa de trastornos mentales graves como criterio específico de gravedad) son coherentes con la asignación de una mayor puntuación en cuanto a la cuantificación del deterioro funcional que se objetiva en el trabajador. Dicho de otra forma; si bien no está contemplado como criterio específico a considerar, sí parece que la evaluación clínica que lleva a la inclusión en el programa y la evaluación de la repercusión funcional sobre el ámbito laboral coinciden al considerar que estos sujetos presentan un mayor deterioro funcional.

Ya se describió, a propósito de la revisión efectuada, que algunos estudios informan de la posibilidad de mantener a algunos de estos pacientes en el seno de una actividad laboral, y lo cierto es que el concepto de trastorno mental grave acoge una significativa heterogeneidad (con el punto de encuentro de un deterioro funcional muy

importante). Por otra parte, existen una serie de características que se han identificado como relevantes a la hora de aproximarse a la capacidad de desempeño laboral de estos sujetos, como el concreto diagnóstico, la presencia de síntomas negativos en la esquizofrenia o la repercusión cognitiva del trastorno[344]. Desde estas consideraciones, debería al menos plantearse si la inclusión de un trabajador en un programa específico de trastornos mentales graves debe presuponer una repercusión funcional en el ámbito laboral más que significativa, a la que, a salvo de la existencia de factores individuales que predigan un desempeño laboral adecuado, se debería anudar la presunción de que se trata de un caso con muy reducidas posibilidades de afrontar los requerimientos de una actividad laboral económicamente rentable en los términos en los que ésta se conceptualiza en nuestro Ordenamiento Jurídico, y por tanto, más cerca de la calificación de IP que de la consideración de que el cuadro clínico no se traduce en una incapacidad permanente, habida cuenta por lo demás que los datos analizados son coherentes con casos que presentan una mayor antigüedad de los síntomas.

Por lo demás, los resultados en relación con el tiempo de evolución resultan coherentes con la conceptualización del TMG como un trastorno crónico; la práctica totalidad de los casos, 11 (sobre un total de 12; recordemos) se sitúan en el intervalo de más de 7 años / “larga data”, si bien el reducido número de casos incluidos en el programa contribuye a que tanto la significación estadística como la intensidad de la asociación evaluada mediante el estadístico *V* de Cramèr sean “discretas”.

5.5 Evaluación de los requerimientos laborales y su trascendencia en la calificación.

El planteamiento de un análisis estadístico desde la contemplación del efecto de los requerimientos laborales concretos precisaría un elevado tamaño muestral dada la variabilidad de actividades laborales concretas y el elevado número de “subgrupos” que, en cuanto a requerimientos laborales, podrían configurarse. La clasificación CNO-2011 podría parecer pues difícil de manejar con este propósito, y además cuenta con dificultades añadidas en cuanto a la comparabilidad con publicaciones internacionales. Se ha recurrido a la agrupación de las actividades laborales mediante una clasificación en tres categorías; “white collar”, blue collar” y “trabajador del comercio o servicios”, además de, dadas las exigencias del procedimiento de calificación de incapacidades en el ámbito de la Seguridad Social en España, recurrir también a la CNO.

Sería preciso ahondar más en la cuestión a través de clasificaciones y análisis que permitieran diferenciar con mayor precisión en la cuantificación de los distintos requerimientos laborales, y si bien parece claro que en relación a los trabajos de tipo manual pueden a priori predicarse requerimientos menos intensos en cuanto a carga mental se refiere (y por tanto podrían ser compatibles con aceptable grado de desempeño en afectaciones funcionales relativamente significativas por causa de un cuadro psicopatológico), no es menos cierto que tal apreciación es necesariamente

susceptible de precisiones mayores. En los resultados obtenidos, se ha efectuado una aproximación a la cuestión a través del análisis de las diferencias, en cada grupo profesional ("white collar", blue collar" y "trabajador del comercio o servicios") entre las calificaciones de No grado de IP e IPT, ya que, partiendo de la definición de IPT (en relación a unos concretos requerimientos de la actividad), parece desde luego el enfoque más apropiado. En cuanto a la calificación de IPP (que también podría verse afectada por el factor "requerimientos de la actividad laboral), no hemos registrado casos con trastorno mental en nuestro estudio. Se han excluido pues las calificaciones de IPA y GI, que en prescinden de la consideración de requerimientos de actividad laboral concreta. Pues bien, partiendo de la consideración de que los resultados obtenidos al comparar las calificaciones con los grupos de ocupación en los que se clasifica el trabajador indican que no se pueden establecer asociaciones estadísticamente significativas, el análisis de lo que ocurre en las diferentes muestras puede proporcionar cierta información sobre el comportamiento del factor "requerimientos de la actividad laboral" en lo que se refiere al resultado de la calificación administrativa. De esta forma, en la muestra integrada por el total de casos con diagnóstico psiquiátrico, la proporción en la que se califica No grado de IP en cada uno de los grupos ocupacionales considerados ("white collar", blue collar" y "trabajador del comercio o servicios") es claramente superior a la proporción en la que se califica IPT en esos mismos grupos de ocupación. Ahora bien, cuando el análisis se limita a aquellos casos en los que la principal causa de discapacidad laboral deriva del cuadro psicopatológico, sólo se mantiene una mayor proporción de No grado de IP en los trabajadores manuales, aumentando la frecuencia de calificaciones de IPT en los grupos "comercio y servicios" y "white collar" hasta el punto de que las diferencias entre las calificaciones No grado de IP e IPT en cada grupo son estadísticamente no significativas (las calificaciones de No grado de IP e IPT se reparten al 50%).

En relación con lo anterior, puede traerse aquí la distinta composición, en cuanto al sexo, de los sectores ocupacionales que estamos considerando y que ya describimos: un predominio del sexo "hombre" en las actividades manuales y del sexo "mujer" en cuanto a actividades relacionadas con el "comercio o servicios", mientras que en las actividades "white collar" no se objetivó diferencia estadísticamente significativa. Pues bien; esta heterogeneidad en cuanto al sexo y la relación constatada entre la calificación de IPT y los distintos requerimientos de la actividad laboral según la naturaleza de ésta, podría explicar, al menos en parte, el comportamiento de la OR que para la calificación de IP se observaba en relación con el sexo, y que traducía una atenuación de la intensidad de la asociación a favor del sexo "hombre" y la calificación de IP cuando se trataba de la muestra de casos en la que la principal causa de la discapacidad laboral se estimaba derivaba del cuadro psicopatológico. Este comportamiento, que hemos interpretado como un aumento relativo de la discapacidad laboral derivada de los trastornos mentales en el sexo "mujer" cuando el trastorno mental es la principal causa de discapacidad laboral y que se evidencia al mismo tiempo que en esta muestra la repercusión funcional del cuadro psicopatológico es

mayor en el sexo “hombre”, podía tener relación con que, si efectivamente en el sexo “hombre” tienen mayor presencia ocupaciones que se consideran compatibles con una mayor afectación funcional psicopatológica (las actividades manuales o “blue collar”), el resultado de la calificación en estos casos será tendente a No grado de IP, mientras que en el caso del sexo “mujer”, con mayor presencia en el sector “comercio o servicios”, menor repercusión funcional pero con una mayor demanda en cuanto a requerimientos (condicionada por la tipología de la ocupación) llevaría a una mayor tendencia en la calificación de IPT.

Ya hemos visto que para evaluar el impacto de los requerimientos de la actividad laboral concreta sobre la calificación es preciso ceñirnos a los casos calificados como IPT (sin casos de IPP en nuestro estudio), permitiendo así analizar ese primer grado de repercusión funcional que se pudo constatar a propósito del estudio de la repercusión funcional y la calificación. Cuando analizamos, desde la CNO-2011 las calificaciones de IPT según el cuadro psicopatológico se considere causa principal o secundaria de la discapacidad laboral del caso, se han puesto de manifiesto diferencias estadísticamente significativas en ciertos grupos de actividad laboral. Así, en el caso de los trabajadores de los servicios de salud y el cuidado de personas, así como en lo que se refiere a los conductores y operadores de maquinaria móvil, la calificación de IPT es más frecuente (frente a No grado) en la muestra de casos en la que se considera que la principal causa e la discapacidad laboral del caso deriva del cuadro psicopatológico. Parecen estos hallazgos traducir que la capacidad de satisfacer los requerimientos de estas actividades laborales puede verse antes afectada en aquellos casos en los que la principal causa de discapacidad laboral deriva del cuadro psicopatológico, explicación coherente por lo demás con el hecho de que todos los casos calificados como IPT en relación con los grupos profesionales técnicos y profesionales científicos e intelectuales de la salud y la enseñanza, otros técnicos y profesionales científicos e intelectuales y empleados de oficina que no atienden al público están incluidos en la muestra en la que la principal causa de discapacidad laboral se considera derivada del cuadro psicopatológico. Parece pues que estos grupos de actividad laboral pueden identificarse con lo que, desde el punto de vista del procedimiento administrativo de la calificación de IP, se considerarían actividades con mayores requerimientos de carga mental.

No obstante estas consideraciones, lo cierto es que, considerando los resultados de las pruebas estadísticas, que se insiste, no demostraron significación estadística en la asociación entre calificación y la ocupación laboral (las OR que se calcularon para la calificación de IPT en función de que el cuadro psicopatológico fuera o no la principal causa de discapacidad laboral en cada uno de los grupos profesionales indicaban la ausencia de significación estadística), sería preciso contar con diseños más adecuados para concluir si la relación que se intuye desde nuestro método y resultados puede en efecto ser demostrada y, en su caso, cuantificada.

En otros estudios, efectuados sobre perceptores de pensiones por incapacidad si bien en el contexto de distintos ordenamientos jurídicos (que contemplan posibilidades intermedias para el reconocimiento de estas prestaciones más allá del sí/no que traduce nuestro planteamiento IPT/No grado), han empleado clasificaciones de actividad laboral semejantes y han concluido, en relación con la discapacidad laboral derivada de trastornos mentales, diferencias significativas en lo que a la percepción de estas prestaciones se refiere en uno y otro grupo. Así, en población sueca (sobre un diseño poblacional de cohortes), se ha publicado un mayor riesgo relativo de percibir una prestación por incapacidad en trabajadores "blue collar" de escasa cualificación, frente a diferencias no significativas estadísticamente en los grupos "white collar"[345], si bien en un estudio no circunscrito a los efectos discapacitantes de los trastornos mentales. Esta misma clasificación se ha mostrado además útil de cara a permitir demostrar, con nuestros datos, asociaciones estadísticas que se podían presumir existían en la muestra dado el contexto sociolaboral en el que tiene lugar el estudio, y así, por ejemplo, se ha podido concluir en nuestra muestra (con significación estadística suficiente) la mayor tasa de hombres frente a mujeres en relación a actividades laborales de tipo "blue collar", así como una mayor proporción de casos procedentes del medio urbano en relación a las actividades laborales "white collar" o del ámbito de los servicios o el comercio, mientras que los trabajos "blue collar" proceden en su mayor parte, del ámbito rural.

5.6 Acceso al procedimiento de calificación de una IP.

Los resultados muestran un elevado porcentaje de expedientes iniciado a instancias del trabajador sin proceder de una situación de IT previa; hemos identificado en la muestra de trabajadores con trastornos psiquiátricos un total de 188 expedientes iniciados en este supuesto. Constituye sin duda una proporción considerable de la muestra; casi un 50%. La mayor parte de estos expedientes iniciados a instancias del trabajador, se corresponde con casos en los que el cuadro psicopatológico se considera la principal causa de la discapacidad.

En relación a la muestra con diagnóstico psiquiátrico como principal causa de la discapacidad laboral, son prácticamente el 45% de los casos los que se inician a instancias del trabajador. Este supuesto de iniciación, en el que es la mera iniciativa del trabajador la que da lugar al expediente, alcanza una proporción aún más elevada en la muestra en la que el cuadro psicopatológico sólo tiene un papel secundario, por lo que puede concluirse que se inician más frecuentemente por este motivo expedientes en los que los trastornos mentales tienen un papel secundario en cuanto a la discapacidad laboral frente a aquellos casos en los que la principal causa de la discapacidad laboral deriva del cuadro psicopatológico.

Pueden además concluirse diferencias estadísticamente significativas en relación con los casos de IT que agotan la duración máxima de 545 días prevista para esta

situación y dan lugar a la apertura de un expediente de IP; esta circunstancia se produce en más del 30% de los casos que tienen un diagnóstico psiquiátrico como diagnóstico principal, y en poco más del 20% de los casos en los que el cuadro psicopatológico ocupa un papel secundario. En relación al total de casos que abocan a la apertura de oficio de un expediente de IP por agotamiento de la duración máxima de la IT, casi el 80% son expedientes en los que se identifica como causa principal de la discapacidad el cuadro psicopatológico que presenta el trabajador. Parece pues que los trastornos mentales se comportan como procesos de evolución muy prolongada, que llegan a agotar la duración máxima de la IT (545 días) sin que el trabajador haya podido ser dado de alta por mejoría; otra cuestión es que en la situación clínica que se determine en el expediente de IP se califique IP en alguno de sus grados, y en cas de que se califique tal IP, que ésta sea objeto de revisión para, tras un tiempo, determinar si puede constatarse la existencia de mejoría, tal y como se ha descrito y discutido anteriormente.

También resultan significativas las diferencias que se presentan en ambos tipos de casos cuando el expediente se inicia a instancias de los servicios de inspección; en el caso de que se trate de casos con diagnóstico principal psiquiátrico, son los servicios de inspección del INSS (unidades médicas) los que inician el expediente en una mayor proporción de casos, mientras que si el cuadro psicopatológico es secundario, son los servicios de inspección médica del servicio sanitario público (inspecciones de área) los que inician el procedimiento. No obstante lo dicho, debe tenerse presente que en el caso de procesos de IT con más de 365 días de duración, sólo podrán iniciarse expedientes de IP por parte de los servicios médicos del INSS. Este resultado parece coherente con lo concluido en el párrafo anterior: si los trastornos mentales se presentan como procesos de IT de larga duración, más allá de los 365 días, el resultado de que la inspección médica del servicio de salud, que sólo puede iniciar un expediente de IP en esos primeros 365 días, no pueda considerar agotadas las medidas terapéuticas en dicho período, siendo los servicios de inspección del INSS los que tienen la competencia para hacerlo a partir de ese momento.

La mayor parte de estos expedientes iniciados a instancias del trabajador se resuelven como No IP; más del 70% de los mismos se califican como No IP en la muestra integrada por el total de casos con diagnóstico psiquiátrico y un porcentaje similar en la muestra en la que éste se comporta como diagnóstico principal. Estos resultados, al menos en lo que se refiere a la muestra en la que el cuadro psicopatológico se presenta como principal causa de discapacidad laboral, han de ponerse necesariamente en relación con los resultados de la evaluación de la repercusión funcional, siendo así que no hemos logrado detectar diferencias estadísticamente significativas en esta muestra; con ello se quiere decir que tanto los que se inician por el interesado como el resto de expedientes tienen, al menos desde las consideraciones metodológicas de las que partimos, un nivel similar de afectación

funcional, y sin embargo, la diferencia en lo que al porcentaje de calificaciones de IP es claramente inferior en los que se inician a instancias del interesado.

La causa por la que se inicia el expediente de IP se muestra estadísticamente asociada con la calificación del mismo, de forma que es más frecuente concluir en la calificación de una IP en aquellos casos en los que se inicia el expediente tras una IT que se agota o cuando el expediente se inicia a resultas de una valoración médica de proceso previo de IT. Nuestros datos confirman que aquellos expedientes que se inician por el interesado alcanzan más difícilmente una calificación de IP. En las tres muestras consideradas (total de casos y las dos conformadas según el cuadro psicopatológico sea o no la principal causa de discapacidad laboral) la calificación de IP se mantiene en proporciones muy superiores en aquellos casos en los que se considera agotado el papel de la IT en cuanto a "período de recuperación funcional", situándose la diferencia, en la muestra en la que la principal causa de discapacidad deriva del cuadro psicopatológico, en más de 30 puntos porcentuales: frente a más del 60% de los casos "agotados" en cuanto a la IT que se califican como IP, en aquellos casos en los que el expediente se inicia por el interesado no llegan al 30% los que alcanzan la calificación de IP, con una diferencia de proporciones estadísticamente muy significativa.

No obstante tales resultados, en ninguna de las muestras configuradas se ha logrado demostrar que exista menor repercusión funcional (evaluada a través de la repercusión funcional establecida para cada caso) en aquellos casos que se inician a instancias del interesado.

La existencia de un trastorno mental, como se indicó, se ha identificado en la literatura como factor de riesgo para sufrir una desvinculación del mercado laboral; son mayores las dificultades para obtener y mantener un empleo para trabajadores que presentan una discapacidad derivada de la presencia de un trastorno mental [122,188,244,285,290]. Al definir la variable "vinculación al mercado laboral", a través de la inexistencia del derecho a percibir prestaciones por IT y de la constatación de que en efecto no se está realizando actividad laboral en el momento de acceder al procedimiento de calificación de IP, determinamos una población que consideramos "desvinculada" del mercado de trabajo frente a otra población, integrada por los sujetos que o bien estaban trabajando en el momento de acceder al procedimiento o bien tenían derecho a las prestaciones por IT. En nuestros resultados, la mayor parte de los casos (más del 60%) en los que la principal causa de la discapacidad laboral se considera derivada del cuadro psicopatológico, accede al procedimiento desde una situación de actividad, y por tanto, inmersos en el mercado de trabajo, mientras que en la muestra en la que el cuadro psicopatológico se considera una causa secundaria de discapacidad laboral no se objetiva diferencia estadísticamente significativa en cuanto a que se mantenga o no actividad laboral, resultando que una u otra situación se presentan por igual en estos casos. No se ha demostrado en esta muestra (la principal

causa de discapacidad laboral deriva del cuadro psicopatológico) que aquellos sujetos que se consideran desvinculados del mercado laboral presenten una mayor repercusión funcional del cuadro psicopatológico, pero sí resulta que la mayor parte de los casos calificados como IP (más del 60%) accedieron al procedimiento desde una situación de "vinculación al mercado laboral". Tampoco hemos logrado demostrar que existan más casos que se califican como lesiones no permanentes en la muestra de estudio en función de que provengan o no de una situación de IT previa, si bien el reducido número de casos en los que ésta es la causa de denegación puede influir en que las eventuales diferencias carezcan de significación estadística.

A la luz de nuestros datos, la repercusión funcional del cuadro psicopatológico es similar en los casos en los que el expediente de calificación de IP se inicia por el propio interesado y aquellos en los que el expediente se inicia desde una situación en la que la IT se considera "agotada" en cuanto a las posibilidades de recuperación. De la misma manera, los sujetos clasificados según se consideren vinculados o no al mercado laboral no difieren, en la muestra en la que la principal causa de discapacidad deriva del cuadro psicopatológico, en cuanto a la repercusión funcional derivada del referido cuadro que en ellos se objetiva. No parece por tanto que la repercusión clínica y funcional sea el determinante de las distintas tasas de calificación de IP que se ponen de manifiesto en los casos agrupados según se ha descrito.

Podríamos no obstante ahondar algo más en la cuestión para determinar si los sujetos que proceden desde una situación de desvinculación del mercado laboral se consideran, de cara al procedimiento, en relación con actividades laborales distintas de las que se registran en el caso de los trabajadores que mantienen su vinculación al mercado laboral en el momento de acceder al procedimiento, de forma que las diferencias en cuanto a calificación pudiesen explicarse no ya por la repercusión funcional del cuadro psicopatológico, sino por distintos requerimientos derivados de la actividad laboral que se considera habitual. El análisis efectuado muestra, en efecto, que entre aquéllos que se consideran alejados del mercado laboral predominan las actividades laborales de tipo manual ("blue collar"), que en principio, según se ha visto, parecen más proclives a ser consideradas compatibles con la discapacidad derivada de los trastornos mentales: mientras que en los grupos "comercio/servicios" o "white collar" la mayor parte de los trabajadores concurren al procedimiento desde una situación de relación con el mercado laboral ("mantienen actividad"), en el caso de los trabajadores manuales la proporción de casos que accede desde situación de desvinculación y de vinculación al mercado laboral es del 50% para cada supuesto, y por tanto, en comparación con los otros grupos, la frecuencia de personas desvinculadas del mercado laboral que constatamos es más mayor en el caso de trabajadores manuales.

¿Hasta qué punto el presentar un trastorno mental puede estar relacionado con una desvinculación del ámbito del trabajo remunerado? La respuesta no es fácil; ya se ha

aludido anteriormente al desempleo como factor de riesgo para el desarrollo y mantenimiento de los trastornos mentales, y en particular en el contexto de crisis económica que se viene padeciendo en Europa; algunos estudios incluso ponen de manifiesto un aumento en la tasa de suicidios en España durante esta crisis, si bien reconocen que es difícil establecer una relación directa de causalidad al tiempo que afirman que hay mecanismos plausibles que explicarían esta asociación, y que básicamente se articulan sobre la existencia de un estrés ambiental importante (originado por la precariedad económica y la imposibilidad de satisfacer las distintas necesidades económicas), estrés ambiental que conduce al trastorno mental y, a través de éste, incluso, a la muerte por suicidio[346]. La plausibilidad patogénica no obstante no implica causalidad, y en todo caso, nuestro diseño no permite extraer conclusión alguna al respecto. Sí tenemos, no obstante, que tener presente que los sujetos que presentan trastornos mentales tienen mayores problemas de empleabilidad, resultando por lo demás que precisamente los problemas derivados de la falta de empleo se encuentran en la patogenia del propio trastorno mental, dando pie a un mecanismo de "selección" del trabajador que tendería a excluir del mercado laboral a aquellos sujetos que pudieran presentar un trastorno mental (si bien la intensidad de esta selección no se ha documentado sea determinante y constatándose en todo caso que la obtención de un empleo mejora la situación funcional del trabajador afectado por un trastorno mental)[347].

Cabría preguntarse además por qué, ante similares niveles de gravedad en los casos que proceden de una situación de IT y los que no, se encuentran más calificaciones de IP en los que tienen una IT previa. Ya se ha señalado la más que probable implicación de factores derivados de la consideración de los requerimientos de la actividad laboral, pero a este respecto, no puede olvidarse la mayor dificultad que se tiene para establecer un nivel previo de "funcionamiento laboral en el seno de la cronicidad" en aquellos sujetos que no parten de una situación de IT, resultando por lo demás que nuestros datos muestran que en los casos que se consideran más alejados del mercado laboral los síntomas pueden remontarse más atrás en el tiempo que en los casos que mantienen actividad. Dicho de otra forma; constatado un proceso de larga evolución que ha venido siendo compatible, con mayor o menor estabilidad, con el desempeño de una actividad laboral, el inicio de una situación de IT supone un "punto de referencia" a partir del cual obtener una orientación sobre el momento y situación clínica en la que afrontar los requerimientos de la actividad laboral comienza a ser problemático. Si desde esa situación en la que se inicia la IT no se puede evidenciar mejoría y la IT llega incluso a agotarse por transcurso de su duración máxima, será preciso calificar un grado de IP. Sin embargo, en el caso de no partir de una situación de IT previa, y aun admitiendo la existencia de un cuadro psicopatológico con repercusión suficientemente significativa, será más difícil establecer ese "punto de referencia" en el que se produce el "agravamiento" que concluye en la mayor dificultad para afrontar ciertos requerimientos laborales.

Otra pregunta a plantearse sería si efectivamente el elevado número de expedientes con diagnóstico de trastorno mental iniciados a instancias del trabajador desde una situación de no actividad laboral está relacionado con cierta coyuntura económica de desempleo, que en concordancia con nuestros resultados, podría afectar en mayor medida a trabajadores poco cualificados. Ya describimos al inicio del análisis de las características de la Provincia de Badajoz las elevadas tasas que a este respecto se registran en 2013 en la CA de Extremadura, y se ha descrito con apoyo bibliográfico la asociación constatada entre desempleo, precariedad económica y trastorno mental. No disponemos de datos en relación al efecto que esta relación podría trasladar al sistema de protección de la discapacidad laboral; en todo caso, tenemos un dato puntual correspondiente a buena parte de la casuística registrada en el año 2013 en una unidad médica, la de la Provincia de Badajoz, y de cualquier manera, el resultado del estudio no dejaría de ser una fotografía estática en un momento dado de la "crisis económica", siendo desde luego preciso, para poder emitir cualquier conclusión válida al respecto, analizar la evolución de la casuística a lo largo del tiempo y poder constatar si efectivamente se puede comprobar la tendencia de aumento de los trastornos mentales constatados en procedimientos de IP durante la crisis económica, como ya se ha podido documentar en población clínica en centros de atención primaria (entre 2006 y 2010)[348], y particularmente, si este aumento de la prevalencia de trastornos mentales (se dispone de referencias acerca del aumento en los diagnósticos de trastorno depresivo mayor, cuyo incremento se ha cifrado en más del 19% , de la distimia en más del 10% y llegando a superar un aumento del 8% los trastornos de ansiedad generalizada)[349] lleva aparejada un aumento de la incapacidad permanente de ellos derivada. Podría así efectuarse una aproximación a la cuantificación de costes indirectos que se producirían por causa de la "crisis económica" a través de la discapacidad que, como estamos viendo, parece que de ella puede derivarse, y que induciría un mayor gasto en lo referente a la protección social de la discapacidad.

6 Fortalezas y limitaciones.

El presente estudio es el primero, que conozcamos, que se realiza en el ámbito de la IP derivada de la patología psiquiátrica con objetivos más amplios que la mera finalidad descriptiva. Las hipótesis planteadas se abordan desde dos tipos de resultados; la calificación administrativa y el estudio de la repercusión funcional del cuadro psicopatológico que se ha evaluado en el caso. Además, el estudio ha permitido efectuar esa primera aproximación que se planteaba como propósito en la idea inicial del Trabajo: situar el papel de los trastornos mentales en el conjunto de la IP.

Si bien el resultado último es el de la calificación administrativa, más complejo de analizar desde el punto de vista médico ya que intervienen además factores derivados de la actividad laboral, con el diseño de este estudio se han identificado variables clínicas que están relacionadas con el sentido de la calificación.

Y en cuanto al análisis de la evaluación de la repercusión funcional del cuadro psicopatológico, el diseño del estudio ha permitido una aproximación cuantitativa, elaborada a partir del sistema de grados funcionales que se emplea de manera habitual en el ámbito del Instituto Nacional de la Seguridad Social, sin que nos conste que se haya empleado hasta el momento una metodología semejante.

Cuenta el Trabajo no obstante con limitaciones significativas. Así, el hecho de que la asignación del diagnóstico principal del procedimiento se realice en el contexto del estudio y no en el momento de efectuar la evaluación del caso y sin contar con unos criterios homogéneos de codificación (que sí existen por ejemplo en el ámbito de la codificación de altas de hospitalización), dificulta la reproducibilidad. Si bien se ha tratado de establecer un procedimiento metodológico para disminuir la variabilidad que pudiera ser atribuible a criterios divergentes en cuanto a la determinación de la causa principal de la discapacidad laboral, lo más adecuado sería contar con una codificación previa de esa causa principal de la discapacidad laboral, codificación que se efectuase ya en el propio expediente administrativo y no en el contexto de los distintos estudios que pudieran realizarse. Salvado ya para el futuro el tema de la codificación del diagnóstico principal, que ya se recoge en los procedimientos, sería deseable que tal codificación se trasladara a los expedientes administrativos a efectos de facilitar la labor investigadora en el ámbito de la discapacidad laboral, y sobre todo, que se estableciesen unos criterios generales de codificación en el ámbito de la evaluación de la discapacidad laboral que disminuyeran la posible variabilidad individual a la hora de seleccionar los códigos diagnósticos.

La cuestión de la comorbilidad no psiquiátrica se ha tratado en este Trabajo desde la consideración de que en todo caso de IP existe una causa principal de la discapacidad laboral. No obstante, la relación entre distintos diagnósticos responsables de la discapacidad laboral que presenta el caso no siempre es fácil de manejar desde el momento en que la calificación es resultado no sólo de la

determinación de una determinada cantidad y tipología de discapacidad, sino de unos concretos requerimientos laborales. Desde esta primera aproximación que se ha efectuado al tema de la discapacidad derivada de los trastornos mentales, sería preciso profundizar en modelos de análisis que permitan incorporar conjuntamente variables clínicas (agrupadas en el concepto de repercusión funcional) y los requerimientos de las distintas actividades laborales, requerimientos que, desde luego, deberán ser cuantificados desde planteamientos que permitan una mejor aproximación que la meramente cualitativa que se ha tomado como referencia en el presente Trabajo.

Por último, es preciso señalar la dificultad que ha supuesto la obtención de los datos necesarios para el estudio. Los datos recogidos en los expedientes administrativos digitalizados no permiten una extracción de datos automática, siendo necesario revisar uno a uno los expedientes para obtener la información necesaria. Desde luego, la importancia de la discapacidad laboral, tanto desde el punto de vista sanitario como en lo que se refiere a la repercusión económica de la cuestión, justificaría un esfuerzo para orientar la estructura de los sistemas de información en este ámbito hacia un mejor manejo de la obtención de datos de cara a la investigación. Podría ser útil, por ejemplo, la definición de un Conjunto Mínimo de Datos, médicos y sociodemográficos, que permitiera un tratamiento eficiente de los datos más relevantes y que pudiera ser fácilmente accesible al investigador.

7 Conclusiones.

PRIMERA.

En los procedimientos de evaluación de incapacidad permanente, los trastornos mentales están presentes en un 19,5% de los casos. En los casos en los que se constata la presencia de un trastorno mental, la frecuencia con la que se califica IP en alguno de sus grados es menor que la frecuencia que se observa en aquellos procedimientos en los que no se determina la existencia de un trastorno mental.

Los trabajadores que, en el seno de un procedimiento de calificación de IP, presentan un trastorno mental, presentan una distribución semejante en cuanto al sexo, con una edad que se sitúa alrededor de los 48 años. Proceden del medio urbano en un 55% de los casos, en consonancia con lo que cabe esperar de la distribución geográfica en la provincia de Badajoz. El sexo “hombre” se relacionó con una mayor frecuencia de calificaciones de IP en alguno de sus grados en los casos que presentaban trastornos mentales, así como con una mayor repercusión funcional del cuadro psicopatológico en relación a lo que pudo constatarse para las mujeres.

SEGUNDA.

Si se llega a calificar una incapacidad permanente, en el caso en el que esté presente el diagnóstico de algún trastorno mental, y sobre todo si éste es considerado como la principal causa de la discapacidad laboral que presenta el trabajador, es más frecuente que se prevea la iniciación de oficio de un procedimiento de revisión por mejoría de la IP inicialmente calificada.

TERCERA.

Los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes que se han identificado como responsables de la calificación de IP en grado de absoluta han sido los trastornos afectivos, seguidos de los trastornos psicóticos. Estos diagnósticos aparecen como responsables de más del 40% de las hospitalizaciones psiquiátricas registradas en nuestro estudio. El antecedente de hospitalización psiquiátrica se ha mostrado como un factor indicativo de una mayor repercusión funcional y asociado con una mayor frecuencia de calificación de IP en alguno de sus grados.

CUARTA.

La constatación de la existencia de un trastorno mental, aunque de él se derive una repercusión funcional de gravedad significativa, se considera en el procedimiento administrativo de calificación de IP como compatible con el desempeño de una determinada actividad laboral en condiciones de mercado en una proporción muy importante de los casos, no llegándose pues a la calificación de IP en ninguno de sus grados. Una posible explicación de este hallazgo podría encontrarse en la

consideración que se efectúa de los requerimientos de la actividad laboral a desempeñar por el trabajador desde la conceptualización de la IP en nuestro ordenamiento jurídico.

QUINTA.

La asociación entre una mayor cronicidad de los síntomas o la presencia de una personalidad disfuncional y la no calificación de IP en alguno de sus grados, a pesar de constatarse la relación entre esta cronicidad y la existencia de una personalidad disfuncional con una mayor repercusión funcional del cuadro psicopatológico, podría apuntar a la existencia de un proceso de selección (o acomodación) entre los requerimientos de la actividad laboral y capacidad del trabajador, de forma que la actividad laboral en la que el trabajador encuentra acomodo sea en fin aquélla en la que la discapacidad que presenta no sea excesivamente conflictiva con tales requerimientos.

SEXTA.

La duración prolongada de los síntomas o la existencia de una personalidad disfuncional no se muestran, en nuestro estudio, asociados a una mayor frecuencia de calificaciones de incapacidad permanente cuando se comparan con grupos en los que los síntomas son de menor evolución o en los que no se ha concluido la presencia de una personalidad disfuncional.

Cuando el proceso psicopatológico irrumpe de forma brusca, disruptiva, sin una "larga evolución" previa, sus efectos discapacitantes sobre una capacidad laboral previamente no comprometida parecen tener traslación, desde la situación de IT y en caso de la prolongación en el tiempo de la discapacidad laboral, a la calificación de una incapacidad permanente.

SEPTIMA.

De acuerdo con lo descrito en la literatura, hemos identificado una asociación significativa entre la presencia de comorbilidad en el Eje I y una mayor repercusión funcional de los trastornos mentales considerados en el conjunto de la discapacidad laboral. No obstante, no hemos logrado determinar tal asociación cuando nos referimos exclusivamente a casos en los que el cuadro psicopatológico constituye la principal causa de discapacidad laboral. Esta mayor repercusión no se traduce en una mayor frecuencia de la calificación de una IP ante la existencia de tal comorbilidad en el Eje I.

OCTAVA.

Contrariamente a lo que cabría esperar según lo descrito en la literatura, la existencia de deterioro cognitivo, en aquellos sujetos en los que la principal causa de

la discapacidad laboral se estima que deriva de un cuadro psicopatológico, se muestra como variable indiferente sobre la repercusión funcional del cuadro psicopatológico establecida para el caso. Consecuentemente con esto, tampoco la constatación de deterioro cognitivo contribuye de forma significativa a la calificación de IP en alguno de sus grados.

NOVENA.

Una relación importante a la hora de determinar una mayor frecuencia de calificaciones de IP en alguno de sus grados en trabajadores en los que se objetiva la presencia de un trastorno mental se encuentra en la asociación entre el sexo “hombre” y el consumo de tóxicos o antecedentes del mismo, consumo que igualmente se asocia con una mayor frecuencia de antecedentes de hospitalización psiquiátrica.

DÉCIMA.

No se ha logrado demostrar asociación entre el lugar de residencia de los casos (área de salud, medio rural o urbano) y la repercusión funcional del cuadro psicopatológico que presentan, ni tampoco con distintas tasas de calificación de IP.

UNDÉCIMA.

El hecho de que el trabajador esté incluido en un programa específico de atención a trastornos mentales graves, no determina una mayor probabilidad de que se califique una IP en alguno de sus grados, si bien se ha demostrado que estos casos presentan una mayor repercusión funcional derivada del cuadro psicopatológico.

DUODÉCIMA.

La calificación de IP en alguno de sus grados en trabajadores que presentan algún trastorno mental es más infrecuente en aquellos casos que provienen de una situación de desvinculación del mercado laboral.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Editorial. Ethics in Evolution: The Incompatibility of Clinical and Forensic Functions. Am. J. Psychiatry 1997; 154 : 445-446.

[2] Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la salud, Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, junio 19 - julio 22. 1946.

[3] Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria de Salud. Ginebra; 1978.

[4] Terris M. Approaches to an Epidemiology of Health. American Journal of Public Health 1975; 65: 1037-1045.

[5] World Health Organization (WHO). International classification of functioning, disability and health : ICF. World Health Organization. Geneva, 2001.

[6] World Health Organization (WHO). International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease. Geneva: WHO; 1980.

[7] Fernández-López JA, Fernández-Fidalgo M, Geoffrey R, Stucki G, Cieza A. Funcionamiento y discapacidad: la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud. Rev. Esp. Salud Pública 2009; 83: 775-783.

[8] Vicente-Herrero MT, Terradillos MJ, Capdevila LM. et al. Minusvalía, discapacidad e incapacidad. Una revisión desde la legislación española. Semergen 2010; 36: 456-461.

[9] Abellán AM. La problemática del estado del bienestar como fenómeno internacional. Revista de Derecho Político 1996; 42: 95-135.

[10] Balaguer F, Cámare G, López JF, Balaguer ML, Montilla JA. Constitución económica y derechos sociales. En: Manual de Derecho Constitucional. Madrid. Tecnos; 2010: 302-333.

[11] Sala JS. El largo camino hacia la racionalización de las pensiones públicas. Cuadernos de Ciencias Económicas y Empresariales 1994; 26: 47-72.

[12] González JI. Salud y seguridad social entre la solidaridad y la equidad. Gerencia y Políticas de Salud 2002; 1: 2-24.

[13] Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. Boletín Oficial del Estado núm. 255 (24 de octubre de 2015.

[14] Ley General de Sanidad. Ley 14/1986. Boletín Oficial del Estado núm. 102, (29 de abril de 1986).

[15] Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado núm. 173 (20 de julio de 1974).

[16] Constitución Española. Boletín Oficial del Estado núm. 311 (29 de diciembre de 1978).

[17] Sentencia del Tribunal Constitucional de 21 de mayo de 1987. Boletín Oficial del Estado núm. 137 (Suplemento 9 de junio de 1987).

[18] Constitución de la República Española. Gaceta de Madrid núm. 344 (10 de diciembre de 1931).

[19] Sentencia del Tribunal Constitucional 37/1994, de 10 de febrero de 1994. Boletín Oficial del Estado núm. 65 (17 de marzo de 1994).

[20] Caracuel MR. La reforma del sistema de pensiones en España. Cuadernos de relaciones laborales 1998; 12: 21-33.

[21] Pérez LM. Ciclos vitales y Seguridad Social: trabajo y protección social en una realidad cambiante. Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración 2008; 74: 49-134.

[22] Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre. Boletín oficial del Estado núm. 261 (31 de octubre de 2015).

[23] Sentencia del Tribunal Constitucional de 31 de mayo de 1993. Boletín Oficial del Estado núm. 159 (5 de julio de 1993).

[24] Sentencia del Tribunal Constitucional de 20 de septiembre de 1993. Boletín Oficial del Estado núm. 269 (10 de noviembre de 1995).

[25] Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. Boletín Oficial del Estado núm. 256 (26 de octubre de 1993).

[26] Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Boletín Oficial del Estado núm. 289 (3 de diciembre de 2013).

[27] Real Decreto 1273/2003, de 10 de octubre, por el que se regula la cobertura de las contingencias profesionales de los trabajadores incluidos en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos y la ampliación de la prestación por incapacidad temporal para los trabajadores por cuenta propia. Boletín Oficial del Estado núm. 253 (22 de octubre de 2003).

[28] Ley del Estatuto del trabajo autónomo. Ley 20/2007, de 11 de julio. Boletín Oficial del Estado núm. 166 (doce de julio de 2007).

[29] Torrente S. Los trastornos mentales y los grados de Incapacidad Permanente: Criterios jurisprudenciales. En: El trastorno mental como enfermedad común en la protección de la incapacidad permanente. Primera Ed. Albacete; Dyckinson; 2007: 99-179.

[30] Marfeo EE, Haley SM, Jette AM, Eisen SV, Ni P, Bogusz K, Meterko M et al. Conceptual foundation for measures of physical function and behavioral health function for Social Security work disability evaluation. Arch. Phys. Med .Rehabil. 2013;94:1645-1652.

[31] Ley 24/1997de consolidación y racionalización del sistema de Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado núm. 169 (16 de julio de 1997).

[32] Álvarez JC. La protección de la dependencia en las enfermedades terminales. Temas laborales 2005; 78: 219-233.

[33] Vicente JM. La profesión habitual: una referencia a modificar en la valoración de la incapacidad laboral. Med. Segur. Trab. (Internet) 2015; 61 (238): 68-77.

[34] Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, por el que se desarrolla, en materia de incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social, la Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social. Boletín Oficial del Estado núm. 198 (19 de agosto de 1995).

[35] Orden de 18 de enero de1996 para la aplicación y desarrollo del Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, sobre incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado núm. 23 (26 de enero de 1996).

[36] Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. Boletín Oficial del Estado núm. 236 (2 de octubre de 2015).

[37] Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social. Boletín Oficial del Estado núm. 245 (11 de octubre de 2011).

[38] Campagne DM. Causas orgánicas y comórbidas de la depresión: el primer paso. SEMERGEN-Medicina de Familia 2012; 38: 301-311.

[39] El concepto de trastorno mental: implicaciones diagnósticas del análisis de la disfunción prejudicial. World Psychiatry (Esp) 2007; 5: 149-156.

[40] Stein DJ, Phillips KA, Bolton D, Fulford KWM, Sadler JZ, Kendler KS. What is a mental/psychiatric disorder? From DSM-IV to DSM-V. Psychol Med. 2010; 40: 1759-1765.

[41] Wakefield JC. The concept of mental disorder: on the boundary between biological facts and social values. American Psychologist 1992; 47: 373-388.

[42] DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona. MASSON; 2002.

[43] Aragona M. The concept of mental disorder and the DSM-V. Dial Phil Ment Neurol Sci 2009; 2: 1-14.

[44] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.) 2013. Washington, DC.

[45] Scully JL. What is a disease? Disease, disability and their definitions. EMBO reports 2004; 5: 650-653.

[46] Bolton D. Coceptualization of mental disorder and its personal meaning. J Ment Health 2010; 19: 328-336.

[47] Mingote JC, del Pino P, Gálvez M, Gutiérrez MªD, Sánchez R. Utilidad preventiva del constructo "trastorno mental grave" en el ámbito sociosanitario. Med. Segur. Trab. [Internet]. 2010 Dic [citado 2016 Jul 26] ; 56(221): 306-322. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2010004400006&lng=es.

[48] Conejo S, Moreno P, Morales JM, Alot A, García-Herrera JM, González M.J, Quemada C, Requena J, Moreno B. Opiniones de los profesionales del ámbito sanitario acerca de la definición de trastorno mental grave: un estudio cualitativo. Anales Sist. San. Navarra 2014; 37: 223-233.

[49] Ministerio de Sanidad y Política Social. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social 2009.

[50] Ruggeri M, Leese M, Thornicroft G, Bisoffi G, Tansella M. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. Br J Psychiatry. 2000;177:149-55.

[51] Slade M, Powell R, Strathdee G. Current approaches to identifying the severely mentally ill. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1997; 32:177-184.

[52] Programa de trastornos mentales graves. García-Ordás A (coordinador). Mérida. Servicio Extremeño de Salud; 2007.

[53] Gladman B, Waghorn G, Wishart L, Dias S. Reliability of Health Professionals' Perceptions of Employment for People with Severe Mental Illness. Journal of Rehabilitation 2015; 81: 3-8.

[54] Arvaniti A, Samakouri M, Kalamara E, Bochtsou V. Bikos C, Livaditis M. Health service staff's attitudes towards patients with mental illness. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 2009; 44: 658-665.

[55] Goldberg RW, Lucksted A, McNary S, Gold JM, Dixon L, Lehman A. Correlates of long-term unemployment among inner-city adults with serious and persistent mental illness. Psychiatr Serv. 2001;52:101-3.

[56] Salomon JA, Haagsma JA, Davis A, de Noordhout CM, Polinder S, Havelaar AH, et al. Disability weights for the Global Burden of Disease 2013 study. Lancet Glob. Health. 2015;3: 712-723.

[57] Burstein R, Fleming T, Haagsma J, Salomon JA, Vos T, Murray CJ. Estimating distributions of health state severity for the global burden of disease study. Popul Health Metr. 2015 Nov 18;13:31. doi: 10,1186/s12963-015-0064-y. eCollection 2015. PubMed PMID: 26582970; PubMed Central PMCID: PMC4650517.

[58] Boardman J. Work, employment and psychiatric disability. Advances in Psychiatric Treatment 2003; 9: 327-334.

[59] GIisbert C. (ed.). Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental. Madrid. AEN; 2003.

[60] Morris CG. Personalidad. En: Psicología General. 9ª Ed. México. Prentice Hall; 1997:449-484.

[61] Watson D, Clark LA, Chmielewski M. Structures of personality and their relevance to psychopathology: II. Further articulation of a comprehensive unified trait structure. J Pers. 2008; 76: 1545-1586.

[62] Godoy - Izquierdo, D., Godoy, J. F.. La personalidad resistente: Una revisión de la conceptualización e investigación sobre la dureza Clínica y Salud [en linea] 2002, 13 (Sin mes) : [Fecha de consulta: 13 de mayo de 2015] Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180618085001> ISSN 1130-5274

[63] Hong RY. and Paunonen, S. V. Personality Vulnerabilities to Psychopathology: Relations Between Trait Structure and Affective-Cognitive Processes. J. Pers. 2011, 79: 527–562.

[64] Krueger, Robert F.; Caspi, Avshalom; Moffitt, Terrie E.; Silva, Phil A.; McGee, Rob. Personality traits are differentially linked to mental disorders: A multitrait-multidiagnosis study of an adolescent birth cohort. J. Abnorm.l Psychol. 1996; 105: 299-312.

[65] Jakšić N, Brajković L, Ivezić E, Topić R, Jakovljević M. The role of personality traits in posttraumatic stress disorder (PTSD). Psychiatr. Danub. 2012;24: 256-66.

[66] DeYoung CG, Cicchetti D, Rogosch FA. Moderation of the association between childhood maltreatment and neuroticism by the corticotropin-releasing hormone receptor 1 gene. J. Child. Psychol. Psychiatry 2011;52:898-906.

[67] Joensuu M, Mattila-Holappa P, Ahola K, Ervasti J, Kivimäki M, Kivekäs T, Virtanen M. Clustering of adversity in young adults on disability pension due to mental disorders: a latent class analysis. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.2016; 51: 281-287.

[68] Clark, L.A, Watson, D, Mineka, S. Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. J Abnorm Psychol. 1994; 103:103-116.

[69] Rutten BPF, Hammels C, Geschwind N et al. Resilience in mental health: linking psychological and neurobiological perspectives. Acta. Psichyatric. Scand. 2013: 128; 3- 20,

[70] Iglesias E B. Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. Revista de psicopatología y psicología clínica 2006; 11: 125-146.

[71] Lucassen PJ, Pruessner J, Sousa N, Almeida OF, Van Dam AM, Rajkowska G, Swaab DF, Czéh B. Neuropathology of stress. Acta Neuropathol. 2014; 127:109–135.

[72] Huber M, Knottnerus J A., Green L., van der Horst H, Jadad A R, Kromhout D, Schnabel P. How should we define health?. BMJ 2011;343:d4163 doi:10,1136/bmj.d4163.

[73] Joan Y. Chiao and Katherine D. Blizinsky. Population disparities in mental health: Insights from cultural Neuroscience. Am. J. Public. Health. 2013; 103: 122-132.

[74] Kalia M. Assessing the economic impact of stress--the modern day hidden epidemic. Metabolism. 2002 Jun;51(6 Suppl 1):49-53.

[75] Carbajo MD, coordinadora. Guía de valoración profesional. Madrid. Instituto Nacional de la Seguridad Social (publicación oficial); 2014.

[76] Silva-Junior, JS, Fischer FM. Long-term sickness absence due to mental disorders is associated with individual features and psychosocial work conditions. PloS one 9.12 (2014): e115885.

[77] Ndjaboué R, Brisson C, Vézina M, Blanchette C, Bourbonnais R. Effort--reward imbalance and medically certified absence for mental health problems: a prospective study of white-collar workers. Occup. Environ. Med. 2014; 71: 40-7.

[78] Vrijkotte TG, van Doornen LJ, de Geus EJ. Work stress and metabolic and hemostatic risk factors. Psychosom. Med. 1999;61: 796-805.

[79] Fernandes JD, Melo CM, Gusmão MC, Fernandes J, Guimarães A. Mental health and work: meanings and limits of theoretical models. Revista latino-americana de enfermagem 2006; 14: 803-811.

[80] Sickness, Disability and Work keeping on track in the economic downturn. Organisation for Economic Co-operation and Development Directorate for Employment, Labour and Social Affairs. High-Level Forum, Stockholm, 14-15 May 2009.

[81] Anthony VA, Rogers ES. Cohen M, Davies RR. Relationships between psychiatric symptomatology, work skills and future vocational performance, Psychiatric Serv. 1995; 46: 353 -358.

[82] Keith Massel H, Liberman RP, Mintz J. Evaluating the capacity to work of the mentally ill. Psychiatry 1990: 31-43.

[83] Bond G R, Resnick S G, Drake R E, Xie H, McHugo G J, Bebout R R. Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness? Journal of consulting and clinical psychology 2001; 69: 489 - 501. ../AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/Citas ordenadas con hipervínculos/Does_competitive_employment_improve_nonvocational_ outcomes SMI.pdf

[84] Drake RE, Skinner JS, Bond GR, Goldman HH. Social security and mental illness: reducing disability with supported employment. Health Aff. (Millwood) 2009; 28: 761-770.

[85] Üstün B, Kennedy C. What is “functional impairment”? Disentangling disability from clinical significance . World Psychiatry. 2009;8:82-85.

[86] Battista, M E. Assessing work capacity. Journal of Insurance Medicine 1988; 20(3), 16–22.

[87] Roca M. ¿Es posible la recuperación funcional en la esquizofrenia?: un análisis cuali-cuantitativo de la opinión de los psiquiatras. Actas Esp. Psiquiatr. 2016; 44: 97-106.

[88] Han C, Pae CU. Pain and Depression: A Neurobiological Perspective of Their Relationship. Psychiatry Investig. 2015;12:1-8.

[89] Paulino J; Segura E ; Revuelta E. Depresión, ansiedad y fibromialgia. Rev. Soc. Esp. Dolor 2010;7 :326 - 332.

[90] Vallejo J. Neurosis: generalidades. En: Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 3ª Ed. Barcelona: Masson; 1993: 321 - 339.

[91] Kheirbek MA, Klemenhagen KC, Sahay A, Hen R. Neurogenesis and generalization: a new approach to stratify and treat anxiety disorders. Nature neuroscience. 2012;15:1613-1620.

[92] Pittenger C, Duman R S. Stress, depression, and neuroplasticity: a convergence of mechanisms. Neuropsychopharmacology 2008; 33: 88-109.

[93] Russo SJ, Nestler EJ. The Brain Reward Circuitry in Mood Disorders. Nat. Rev. Neurosc. 2013;14: 609-625.

[94] Williams C D. Disability and occupational assessment: objective diagnosis and quantitative impairment rating. Harv. Rev. Psychiatry 2010; 18: 336-352.

[95] Blasco J, Pallardó L. Detección de exageración de síntomas mediante el SIMS y el MMPI-2-RF en pacientes diagnosticados de trastorno mixto ansioso-depresivo y adaptativo en el contexto medicolegal: un estudio preliminar. Clínica y Salud 2013; 24: 177-183.

[96] Cocchiarella L, Andersoon GBJ (eds). Guides to the evaluation of permanent impairment. 5th ed. Chicago. AMA Press: 2001.

[97] Guidelines for evaluation of permanent impairment. Workers' Compensation Regulator Office of Fair and Safe Work Queensland Department of Justice and Attorney-GeneralBrisbane, 2013.

[98] Gonzalo C. Valoración del menoscabo en los trastornos mentales y de la conducta. En: Domínguez M, Robledo F, Gonzalo C Redactores. Guía de Valoración del Menoscabo Permanente Tomo III. Madrid 1991. Ministerio de Sanidad y Consumo: 1-46.

[99] Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. Boletín Oficial del Estado núm. 22 (26 de enero de 2000).

[100] Dirección General del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Valoración de las situaciones de minusvalía. Madrid 2000. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

[101] Williams CD. Disability and occupational assessment: objective diagnosis and quantitative impairment rating. Harv. Rev. Psychiatry. 2010; 18: 336-52.

[102] Álvarez F, Jardón E (Dirección y Coordinación). Manual de actuación para médicos del INSS. Publicación elaborada por la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas del INSS. Madrid 2011. Instituto Nacional de la Seguridad Social. NIPO 791110278.

[103] Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. Boletín Oficial del Estado núm. 236 (2 de octubre de 2015).

[104] Regal Ramos R. El Médico Inspector de la Seguridad Social. Med Segur Trab (Internet) 2014; Suplemento extraordinario n.º 1: 12-16.

[105] Orden de 18 de enero de 1996 para la aplicación y desarrollo del Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, sobre incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social. BOE núm. 23 (de 26 de enero de 1996).

[106] Arancón A. Criterios guía para la evaluación del menoscabo permanente. Med. Seg. Trab. 1996; 168: 5-15.

[107] Consejo General de Colegios de Médicos. Código de Deontología Médica. Madrid, 2011.

[108] Milne BJ, Caspi A, Harrington H, Poulton R, Rutter M, Moffit TE. Predictive value of family history on severity of illness: the case for depression, anxiety, alcohol dependence, and drug dependence. Arch. Gen. Psychiatry. 2009; 66: 738–747.

[109] Burgos-Ruiz S, Díaz-García AM , Roldán-León J. Valoración de la incapacidad laboral. Equipo de valoración de incapacidades. Rehabilitación. 2008; 42 (6):291-314.

[110] Anner J, Schwegler U, Kunz R, Trezzini B, de Boer W. Evaluation of work disability and the international classification of functioning, disability and health: what to expect and what not. BMC Public Health 2012 12:470, doi:10,1186/1471-2458-12-470, Accesed 22/07/2014.

[111] Dazinger S, Frank RG, Meara E. Mental Illness, Work, and Income Support Programs. Am J Psychiatry 2009; 166: 398-404.

[112] Social Security Administration USA Office of Disability Programs. Disability Evaluation Under Social Security. 2005.

[113] ReturnTo Work SA (issuing body.) & American Medical Association. Guides to the evaluation of permanent impairment. Impairment assessment guidelines: Return to Work scheme. Adelaide. South Australia; 2015.

[114] Briceño F, Fernández E, Olalla T, Regal R, Llamuza C, Cano J, Molina Castillo JJ, et al. Criterios Orientativos para la valoración de la incapacidad en los trastornos mentales. En Manual de actuación para médicos del INSS. Madrid. Instituto Nacional de la Seguridad Social; 2011.

[115] Domínguez M, Robledo F, Gonzalo C. Redactores. Guía de valoración del menoscabo permanente. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1991.

[116] Arndt V, Rothenbacher D, Daniel U, Zschenderlein B, Schuberth S, Brenner H. Construction work and risk of occupational disability: a ten year follow up of 14,474 male workers. Occup Environ Med. 2005; 62: 559-566.

[117] Månsson N O, Råstam L, Eriksson K.F, Israelsso, B. Socioeconomic inequalities and disability pension in middle-aged men. Int. J. Epidemiol. 1998; 27: 1019-1025.

[118] Gilmour H, Patten SB. Depression and work impairment. Health Reports 2007; 18: 9 - 22.

[119] Sanchez-Moreno J, Martinez-Aran A, Tabarés-Seisdedos R, Torrent C, Vieta E, Ayuso-Mateos JL. Functioning and disability in bipolar disorder: an extensive review. Psychother. Psychosom. 2009; 78: 285-97.

[120] Simon GE, Bauer MS, Ludman EJ, Operskalski BH, Unützer J. Mood symptoms, functional impairment, and disability in people with bipolar disorder: specific effects of mania and depression. J Clin Psychiatry 2007; 68:1237-1245.

[121]Daglas R, Yücel M, Cotton S, Allott K, Hetrick S, Berk M. Cognitive impairment in first-episode mania: a systematic review of the evidence in the acute and remission phases of the illness. Int J Bipolar Disord. 2015;3:9. doi: 10,1186/s40345-015-0024-2. eCollection 2015.

[122] Zimmerman M, Galione J, Chelminski I, Young D, Dalrymple K, Ruggero C. Sustained unemployment in psychiatric outpatients with bipolar disorder: frequency and association with demographic variables and comorbid disorders. Bipolar Disorders [serial on the Internet]. (2010, Nov), [cited August 7, 2016]; 12: 720-726.

[123] Grande, I., Goikolea, J. M., de Dios, C., González-Pinto, A., Montes, J. M., Saiz-Ruiz, J., Prieto, E., Vieta, E. and for the PREBIS group. Occupational disability in bipolar disorder: analysis of predictors of being on severe disablement benefit (PREBIS study data). Acta Psychiatr Scand. 2013; 127: 403-11.

[124] Rosa AR, Reinares M, Michalak EE, Bonnin CM, Sole B, Franco C, Comes M, Torrent C, Kapczinski F, Vieta E. Functional impairment and disability across mood states in bipolar disorder. Value Health. 2010; 13: 984-988.

[125] Simon GE, Ludman EJ, Unützer J, et al. Severity of mood symptoms and work productivity in people treated for bipolar disorder. Bipolar Disord. 2008; 10: 718–25.

[126] Tse SS, Walsh AE. How does work work for people with bipolar affective disorder? Occup. Ther. Int. 2001; 8: 210-225.

[127] Leyton F, Barrera A. El diagnóstico diferencial entre la Depresión Bipolar y la Depresión Monopolar en la práctica clínica. Revista médica de Chile 2010; 138: 773-779.

[128] Díaz-Villa BA, González-González C. Actualidades en neurobiología de la depresión. Rev. Latinoam. Psiquiatría 2012;11:106-115.

[129] Drevets WC, Videen TO, Price JL, et al. A functional anatomical study of unipolar depression. J. Neurosci 1992; 12: 3628-41.

[130] Rao U, Chen L-A, Bides, Shad M ., Thomas, M A, Hammen C L. Hippocampal changes associated with early – life adversity and vulnerability to depression. Biological Psychiatry 2010; 67: 357. http://doi.org/10,1016/j.biopsych.2009.10,017.

[131] Lorant V, Deliège D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Ansseau M. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. Am J Epidemiol. 2003;15:98-112.

[132] Adler DA, McLaughlin TJ, Rogers WH, Chang H, Lapitsky L, Lerner D. Job performance deficits due to depression. Am J Psychiatry. 2006;163:1569-76.

[133] Mingote Adán J C, Gálvez Herrer M, Pino Cuadrado P, Gutiérrez García Mª D. El paciente que padece un trastorno depresivo en el trabajo. Med. segur. trab. [revista en la Internet]. 2009 Mar [citado 2015 Sep 10] ; 55: 41-63. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2009000100004&lng=es.

[134] Lagerveld SE, Bültmann U, Franche RL, van Dijk FJ, Vlasveld MC, van der Feltz-Cornelis CM, Bruinvels DJ, Huijs JJ, Blonk RW, van der Klink JJ, Nieuwenhuijsen K. Factors associated with work participation and work functioning in depressed workers: a systematic review. J Occup Rehabil. 2010; 20: 275-92.

[135] Marvel C L, Paradiso S. Cognitive and neurological impairment in mood disorders. The Psychiatric Clinics of North America, 2004; 27(1), 19–viii. http://doi.org/10,1016/S0193-953X(03)00106-0.

[136] Baquero M, Martín N. Depressive symptoms in neurodegenerative diseases. World J Clin Cases 2015; 3: 682-693.

[137] Arancón A. Criterios - guía para la evaluación del menoscabo permanente. Med. Seg. Trab. 1996; 168: 5-15.

[138] Alonso-Fernández F. Las cuatro dimensiones del enfermo depresivo. Salud mental 2009; 32: 443-445.

[139] Alonso-Fernández F. El modelo tetradimensional clínico y neurobiológico del síndrome depresivo. Revista de Neuro-Psiquiatría 2013; 71: 43-50,

[140] Broadhead W E, Blazer D G, George LK, Tse, C. K. Depression, disability days, and days lost from work in a epidemiologic survey. Jama 1990; 264: 2524-2528.

[141] Mojtabai R. Residual Symptoms and Impairment in Major Depression in the Community. Am J Psychiatry 2001; 158:1645–1651.

[142] Hasselbalch BJ, Knorr U, Kessing LV. Cognitive impairment in the remitted state of unipolar depressive disorder: a systematic review. J Affect Disord. 2011;134:20-31.

[143] Smith DJ, Muir WJ, Blackwood DHR. Neurocognitive impairment in euthymic young adults with bipolar spectrum disorder and recurrent major depressive disorder. Bipolar Disord 2006: 8: 40–46.

[144] Baune BT, Miller R, McAfoose J, Johnson M, Quirk F, Mitchell D. The role of cognitive impairment in general functioning in major depression. Psychiatry Res. 2010;176:183-9.

[145] McClintock SM, Husain MM, Greer TL, Cullum CM. Association between depression severity and neurocognitive function in major depressive disorder: a review and synthesis. Neuropsychology. 2010;24:9-34.

[146] Yuen GS, Gunning FM, Woods E, Klimstra SA, Hoptman MJ, Alexopoulos GS. Neuroanatomical correlates of apathy in late-life depression and antidepressant treatment response. J Affect Disord. 2014;166:179-86.

[147] Weightman MJ, Air TM, Baune BT. A review of the role of social cognition in major depressive disorder. Front Psychiatry. 2014 Dec 11;5:179. doi: 10.3389/fpsyt.2014.00179.

[148] Rytsälä HJ, MelartinT K, Leskelä U S, Sokero,T P, Lestelä Mielonen PS, Isometsä E T. Predictors of long term work disability in Major Depressive Disorder: a prospective study. Acta Psychiatr. Scand. 2007; 115: 206-213.

[149] Isometsa¨ ET, Katila H, Aro T. Disability pension for major depression in Finland. Am J Psychiatry 2000; 157: 1869–1872.

[150] Romero CC, Sierra MC, Gutiérrez JS, Albarrán JB, Conesa AM, Bonacho EC. Variables moduladoras de la discapacidad asociada al trastorno depresivo. Revista de Calidad Asistencial 2011; 26:39-46.

[151] Bulmash EL, Moller HJ, Kayumov L, Shen J, Wang X, Shapiro CM. Psychomotor disturbance in depression: assessment using a driving simulator paradigm. J Affect Disord. 2006; 93: 213-188.

[152] Sansone RA, Sansone LA. Dysthymic Disorder: Forlorn and Overlooked? Psychiatry (Edgmont). 2009; 6: 46-51.

[153] Hellerstein DJ, Agosti V, Bosi M, Black SR. Impairment in psychosocial functioning associated with dysthymic disorder in the NESARC study. J Affect Disord. 2010; 127: 84-8.

[154] Batinic B, Saula-Marojevic B, Vukosavljevic-Gvozden T. Personality profiles of patients with dysthymic and panic disorder. Psychiatr Danub. 2013; 25: 115-22.

[155] Andrews G, Stewart G, Morris-Yates A, Holt P, Henderson S. Evidence for a general neurotic syndrome. Br J Psychiatry. 1990; 157: 6-12.

[156] Lerner D, Adler DA, Chang H, et al. Unemployment, job retention, and productivity loss among employees with depression. Psychiatr. Serv. 2004; 55: 1371–1378.

[157] Adler DA, Irish J, McLaughlin TJ, Perissinotto C, Chang H, Hood M, Lapitsky L, Rogers WH, Lerner D. The work impact of dysthymia in a primary care population. Gen Hosp Psychiatry. 2004; 26: 269–276.

[158] Rodríguez MR, Nuevo R, Chatterji S, Ayuso-Mateos JL. Definitions and factors associated with subthreshold depressive conditions: a systematic review. BMC Psychiatry. 2012 Oct 30;12:181. doi: 10,1186/1471-244X-12-181.

[159] Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2012. UAH / AEN Núm. 2012.

[160] Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Harriss L. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. J Clin Psychiatry 2005; 66: 693-704.

[161] Goodwin GM, Martínez Arán DC, Glahn DC et al. Cognitive impairment in bipolar disorder: Neurodevelopment or neurodegeneration? An ECNP expert meeting report. European Neuropsychopharmacology 2008; 18: 787-793.

[162] Marvel CL, Paradiso S. Cognitive and neurological impairment in mood disorders. The Psychiatric clinics of North America. 2004; 27: 19-36.

[163] Burdick KE, Goldberg JF, Harrow M. Neurocognitive dysfunction and psychosocial outcome in patients with bipolar I disorder at 15-year follow-up. Acta Psychiatr Scand. 2010;122:499-506.

[164] Lerner D, Adler DA, Chang H, et al. The Clinical and Occupational Correlates of Work Productivity Loss Among Employed Patients With Depression. Journal of occupational and environmental medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine. 2004; 46: S46-S55.

[165] Keller, Martin B., et al. "Double depression": two-year follow-up." Am J Psychiatry 1983; 140: 689-694.

[166] Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades (décima edición, CIE-10). Geneva 1992.

[167] Wedegaertner F, Arnhold-Kerri S, Sittaro NA, Bleich S, Geyer S, Lee W E). Depression-and anxiety-related sick leave and the risk of permanent disability and mortality in the working population in Germany: a cohort study. BMC Public Health 2013; 13: 145. http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/145.

[168] Ninan PT. Dissolving the burden of generalized anxiety disorder. J Clin Psychiatry. 2001;62 Suppl. 19: 5-10,

[169] Kessler RC, DuPont RL, Berglund P, Wittchen HU. Impairment in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression at 12 months in two national surveys. Am J Psychiatry 1999; 156: 1915-23.

[170] Akiskal HS. Toward a definition of generalized anxiety disorder as an anxious temperament type. Acta Psychiatr Scand Suppl. 1998; 393: 66-73.

[171] Mineka S, Watson D, Clark LA. Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. Annu Rev Psychol. 1998; 49: 377-412.

[172] Gantiva, C., Luna, A., Dávila, A.,Salgado, M. Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. Psychologia: avances de la disciplina 2012; 4: 63-70,

[173] Rego SA, Muller, KL, Sanderson .C.. Psychopathological mechanism across anxiety disorders. In: Salzinger K, Serper, M. (Eds.), Behavioral Mechanisms and Psychopathology: Advancing the Explanation of Its Nature, Cause and Treatment. Washington DC 2009. American Psychological Association.

[174] Martens EJ, de Jonge P, Na B, Cohen BE, Lett H, Whooley MA. Scared to death? Generalized anxiety disorder and cardiovascular events in patients with stable coronary heart disease. Arch Gen Psychiatry 2010; 67: 750-758.

[175] Yonkers, K. A., Dyck, I. R., Warshaw, M., Keller, M. B. Factors predicting the clinical course of generalised anxiety disorder. Br J Psychiatry. 2000; 176: 544- 549.

[176] Tyrer P, Seivewright H, Johnson T. The core elements of neurosis: mixed anxiety-depression (cothymia) and personality disorder. J Pers Disord. 2003; 17: 129-38.

[177] Latas M, Starcevic V, Vucinic D. Predictors of work disabilities in patients with panic disorder with agoraphobia. Eur Psychiatry. 2004;19:280-284.

[178] Park YL, Kim W, Chae JH, Oh KS, FrickKD,Woo JM. . Impairment of work productivity in panic disorder patients. J. Affect. Disord. 2014; 157: 60-65.

[179] Fava GA, Rafanelli C, Ottolini F, Ruini C, Cazzaro M, Grandi S. Psychological well-being and residual symptoms in remitted patients with panic disorder and agoraphobia. J Affect Disord. 2001; 65:185-190,

[180] Stein DJ. Obsessive-compulsive disorder. The Lancet 2002; 360(9330):397-405.

[181] Huppert JD, Simpson HB, Nissenson KJ, Liebowitz MR, Foa EB. Quality of life and functional impairment in obsessive–compulsive disorder: a comparison of patients with and without comorbidity, patients in remission, and healthy controls. Depress. Anxiety 2009; 26: 39-45.

[182] Bobes J, Gonzalez MP, Bascaran MT, Arango C, Saiz PA, Bousono M. Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. Eur. Psychiatry 2001; 16: 239-245.

[183] Mancebo MC, Greenberg B, Grant JE, et al. Correlates of occupational disability in a clinical sample of obsessive-compulsive disorder. Compr Psychiatry. 2008; 49:43–50,

[184] Greisberg, S. & McKay, D. Neuropsychology of obsessive-compulsive disorder: a review and treatment implications. Clin. Psychol. Rev.; 23; 95-117.

[185] Veale DM, Sahakian BJ, Owen AM, Marks IM. Specific cognitive deficits in tests sensitive to frontal lobe dysfunction in obsessive-compulsive disorder. Psychol.Med. 26:1261-1269.

[186] Chamberlain SR, Blackwell AD, Fineberg NA, Robbins TW, Sahakian BJ. The neuropsychology of obsessive compulsive disorder: the importance of failures in cognitive and behavioural inhibition as candidate endophenotypic markers. Neurosc. Biobehav. Rev. 2005; 29: 399-419.

[187] Jakubovski E, Diniz JB, Valerio C, Fossaluza V, Belotto-Silva C, Gorenstein C, Miguel E, Shavitt RG. Clinical predictors of long-term outcome in obsessive-compulsive disorder. Depress. Anxiety. 2013; 30: 763-772.

[188] Eisen JL, Sibrava NJ, Boisseau CL, Mancebo MC, Stout RL, Pinto A, Rasmussen SA. Five-year course of obsessive-compulsive disorder: predictors of remission and relapse. J Clin Psychiatry 2013; 74:233-239.

[189] Torres AR, Prince MJ, Bebbington PE, Bhugra D, Brugha TS, Farrell M, Jenkins R, Lewis G, Meltzer H, Singleton N. Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. Am J Psychiatry 2006; 163:1978-1985.

[190] López de la Parra, MP, Mendieta Cabrera, D, Muñoz Suarez, M. A., Díaz Anzaldúa, A., Cortés Sotres, JF. Calidad de vida y discapacidad en el trastorno de ansiedad generalizada. Salud mental 2014; 37: 509-516.

[191] Hendriks SM, Spijker J, Licht CM, Hardeveld F, de Graaf R, Batelaan NM, Penninx BW, Beekman AT. Long-term work disability and absenteeism in anxiety and depressive disorders. J Affect Disord. 2015;178:121-130,

[192] Hendriks SM, Spijker J, Licht CM, Beekman AT, Hardeveld F, de Graaf R, Penninx BW. Disability in anxiety disorders. J Affect Disord. 2014;166: 227-233.

[193] Brakoulias V, Sara G. Hospital admissions for obsessive-compulsive disorder in NSW, 1997 to 2010. Australas. Psychiatry 2011; 19: 502-506.

[194] Balci V, Sevincok L. Suicidal ideation in patients with obsessive-compulsive disorder. Psychiatry Res. 2010; 175:104-108.

[195] Kenneth J.D. Allen, Jason W. Krompinger, Brittany M. Mathes, Jesse M. Crosby, Jason A. Elias. Thought control strategies in patients with severe obsessive–compulsive disorder: Treatment effects and suicide risk. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders 2016; 8: 31-37.

[196] Olalla T. Espectro ansioso-depresivo-somatizador, fibromialgia y síndrome de fatiga crónica. Medicina General 2007; 93:105-109.

[197] Gureje O, Simon GE, Ustun TB, Goldberg DP. Somatization in crosscultural perspective: a world health organization study in primary care. Am J Psychiat. 1997;154: 989–995.

[198] Andrés H, Enríquez P, Escudero A, Día JL, García J. Trastornos somatomorfos. En manual del Residente en psiquiatría pág. 333-339. ENE editores. Madrid 2010.

[199] Pérez DL, Barsky A J, Vago D R, Baslet G, Silbersweig, D. AA neural circuit framework for somatosensory amplification in somatoform disorders. Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2015; 27:40-50,

[200] Greck M, Bölter AF, Lehmann L, Ulrich C, Stockum E, Enzi B, et al. Changes in brain activity of somatoform disorder patients during emotional empathy after multimodal psychodynamic psychotherapy. Front Hum Neurosci. 2013 Aug 16;7:410, doi: 10,3389/fnhum.2013.00410, eCollection 2013.

[201] SPECT Scan in Somatization Disorder Patients: An Exploratory Study of Eleven Cases. Aust N Z J Psychiatry 2001; 35: 359-363.

[202] Bass C, Pveler R, House A. Somatoform disorders: severe psichyatric illnesses neglectec by psychiatrists. Br. J. Psych. 2001; 179: 11-14.

[203] Hiller W, Fichter MM, Rief W. A controlled treatment study of somatoform disorders including analysis of healthcare utilization and cost-effectiveness. J Psychosom Res. 2003;54:369-80,

[204] Rask M, Rosendal M, Fenger-Grøn M et at. Sick leave and work disability in primary care patients with recent-onset multiple medically unexplained symptoms and persistent somatoform disorders: a 10-year follow-up of the FIP study. Gen. Hosp. Psychiatry 2015; 37: 53–59.

[205] Hoedeman R, Blankenstein AH, Krol B, Koopmans PC, Groothoff JW. The contribution of high levels of somatic symptom severity to sickness absence duration, disability and discharge. J Occup Rehabil 2010; 20: 264–73.

[206] Bass C, Murphy M. Somatoform and personality disorders:syndromal comorbidity and ovelaping developmental pathways. J Psycho- som Res. 1995;39: 403-27.

[207] De Waal M. W, Arnold IA, Eekhof JA, Van Hemert, AM. Somatoform disorders in general practice. Br.J. Psychiatry 2004; 184: 470-476.

[208] Plaisier I, Beekman AT, de Graaf R, Smit JH, van Dyck R, Penninx BW.Work functioning in persons with depressive and anxiety disorders: the role of specific psychopathological characteristics. J Affect Disord 2010;125:198–206.

[209] Allen L A, Gara M A, Escobar JI, Waitzkin H, Silver RC. Somatization: debilitating syndrome in primary care. Psychosomatics 2001; 42: 63-67.

[210] Harris A M, Orav E J, Bates,D W, Barsky A J. Somatization increases disability independent of comorbidity. J. Gen. Int. Med. 2009; 24: 155-161.

[211] AscensiónC, Martín R, Moro A, Hernández M. Pacientes somatizadotes e atención primaria: del reconocimiento del síntomas a la intervención sin yatrogenia (I). SEMERGEN 2003; 29: 311-317.

[212] Kroenke K. Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. Psychosom. Med. 2007; 69:881-888.

[213] Koelen JA, Houtveen JH, Abbass A, Luyten P, Eurelings-Bontekoe EH, Van Broeckhuysen-Kloth SA, Geenen R. Effectiveness of psychotherapy for severe somatoform disorder: meta-analysis. Br.J. Psychiatry 2004; 204: 12-19.

[214] Mai, F. Somatization disorder: a practical review. Can. J. Psychiatry 2004; 49: 652-662.

[215] Guzmán RE. Trastorno por Somatización: su abordaje en Atención Primaria. Rev. Clín. Med. Fam. 2011; 4: 234-243.

[216] Niemi PM, Portin R, Aalto S, et al. Cognitive functioning in severe somatization: A pilot study. Acta Psychiatr Scand. 2002;106:461–463.

[217] Hiller W, Rief W, Fichter MM. How disabled are patients with somatoform disorders? Gen. Hosp. Psychiatry 1997; 19: 432-438.

[218] Brown F W, Golding JM, Smith Jr G R. Psychiatric comorbidity in primary care somatization disorder [Abstract]. Psychosom. Med. 1990; 52: 445-451.

[219] López J, Belloch A. La somatización como síntoma y como síndrome: una revisión del trastorno de somatización. Revista de psicopatología y psicología clínica 2002; 7: 73-93.

[220] Al-Adawi S, Al-Zakwani I, Obeid YA, Zaidan Z. Neurocognitive functioning in women presenting with undifferentiated somatoform disorders in Oman. Psychiatry Clin Neurosci. 2010; 64:555-564.

[221] Binzer M, Andersen PM, Kullgren G. Clinical characteristics of patients with motor disability due to conversion disorder: a prospective control group study. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry 1997; 63: 83-88.

[222] Truyols MM, Pérez J, Medinas MM, Palmer A, Sesé A. Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. Clínica y Salud [revista en la Internet]. 2008 [citado 2016 Mar 18] ; 19: 295-320,

[223] Sturgeon JA. Psychological therapies for the management of chronic pain. Psychol Res Behav Manag. 2014; 7: 115-24.

[224] Waller E, Scheidt CE. Somatoform disorders as disorders of affect regulation: a development perspective. Int. Rev. P Somatoform disorders as disorders of affect regulation: a development perspective. sychiatry 2006; 18: 13-24.

[225] Valet M, Gündel H, Sprenger T, Sorg C, Mühlau et al. Patients with pain disorder show gray-matter loss in pain-processing structures: a voxel-based morphometric study. Psychosom. Med. 2009; 71: 49-56.

[226] Giesecke T, Gracely RH, Grant MA, Nachemson A, Petzke F,Williams, DA, Clauw DJ. Evidence of augmented central pain processing in idiopathic chronic low back pain. Arthritis Rheum 2004; 50: 613–623.

[227] Imbierowicz K, Egle UT. Childhood adversities in patients with fibromyalgia and somatoform pain disorder. Eur. J. Pain 2003; 7: 113-119.

[228] Guzmán Guzmán R E. Trastorno por somatización: su abordaje en Atención Primaria. Revista Clínica de Medicina de Familia 2011; 4: 234-243.

[229] Clarkin JF, Cain N. An integrated approach to treatment of patients with personality disorders. Journal of Psychotherapy Integration 2015 American Psychological Association 2015; 25: 3–12.

[230] Esbec E, Echeburúa E. La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. Actas Esp Psiquiatr 2011; 39: 1-11.

[231] Jackson HJ, Burgess PM. Personality disorders in the community: results from the Australian national survey of mental health and well-being, part III. Relationships between specific type of personality disorder, axis I mental disorders and physical conditions with disability and health consultations. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2004; 39: 765-767.

[232] Friborg O, Martinsen EW, Martinussen M, Kaiser S, Øvergård KT, Rosenvinge J. H. Comorbidity of personality disorders in mood disorders: a meta-analytic review of 122 studies from 1988 to 2010. J. Affect. Disord. 2014;152: 1-11.

[233] Bowden C, Maier W. Bipolar disorder and personality disorder. Eur. Psychiatry 2003; 18: 9-12.

[234] Hölzel L, Härter M, Reese C, Kriston L. Risk factors for chronic depression—a systematic review. J Affect Disord. 2010;129: 1-13.

[235] Newton-Howes G, Tyrer P, Johnson T, Mulder R, Kool S, Dekker J, Schoevers R. Influence of personality on the outcome of treatment in depression: systematic review and meta-analysis. J. Pers. Disord. 2014; 28: 577-593

[236] GaskL, EvansM, KesslerD. Personality disorder. BMJ 2013; 347:f5276 doi:10,1136/bmj.f5276

[237] Cardenal V, Sánchez MP, Ortiz-Tallo M. Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora. Clínica y Salud 2007; 18: 305-324.

[238] Montes A, García-Andrade R F, Casado A, Carrasco JL. Estudios de neuroimagen en el trastorno límite de la personalidad. Actas Esp Psiquiatr. 2009; 37: 123-127.

[239] Kolla NJ, Matthews B, Wilson AA, Houle S, Bagby RM, Links P, Simpson AI, Hussain A, Meyer JH. Lower Monoamine Oxidase-A Total Distribution Volume in Impulsive and Violent Male Offenders with Antisocial Personality Disorder and High Psychopathic Traits: An [(11)C] Harmine Positron Emission Tomography Study. Neuropsychopharmacology 2015;40:2596-603.

[240] Widiger TA, Trull TJ. Plate tectonics in the classification of personality disorder: shifting to a dimensional model. Am. Psychol. 2007 62: 71-83.

[241] Skodol AE, Gunderson JG, McGlashan TH, Dyck IR, Stout R L, Bender DS, Sanislow CA. Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. Am. J. Psychiatry 2002;159: 276-283.

[242] Gálvez Herrer M, Mingote Adán J Cs, Moreno Jiménez B. El paciente que padece un trastorno de personalidad en el trabajo. Med. Segur. Trab. [Internet]. 2010 Sep [citado 2016 Jul 10] ; 56: 226-247.

[243] Oltmanns TF, Melley AH, Turkheimer E. Impaired social functioning and symptoms of personality disorders assessed by peer and self-report in a non-clinical population . J. Pers. Disord. 2002;16:437-452.

[244] Harvey S. B., Henderson M. Occupational psychiatry. Psychiatry 2009; 8:174-178.

[245] Ettner SL, Maclean JC, French MT. (2011). Does having a dysfunctional personality hurt your career? Axis II personality disorders and labor market outcomes. Industrial Relations; 50: 149–173.

[246] Sansone RA, Sansone LA. Personality Dysfunction and Employment Dysfunction: Double, Double, Toil and Trouble. Psychiatry (Edgmont) 2010; 7: 12-16.

[247] Tajima Pozo K, de Anta Tejado L. Trastornos de la personalidad. En manual del Residente en psiquiatría pág. 389-396. ENE editores. Madrid 2010,

[248] Rodríguez Rosado Ana, Fontalba Navas Andrés, Pena Andreu José Miguel. Fundamentos teóricos a problemas clínicos en los trastornos de la personalidad y su proyección en el DSM-5/CIE-11. Salud Ment [revista en la Internet]. 2013 Abr [citado 2016 Ago 30] ; 36: 109-113. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000200003&lng=es.

[249] Ferreras de la Fuente A, Pérez Urdániz A, Molina Ramos R, Solana Sorribas J, Rubio García I. Trastornos de la personalidad en Manual de valoración de la incapacidad laboral en las enfermedades psiquiátricas. Madrid 2001. Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo: 125-142.

[250] Bolton JM, Robinson J. Population-attributable fractions of Axis I and Axis II mental disorders for suicide attempts: findings from a representative sample of the adult, noninstitutionalized US population. Am J Public Health 2010 ;100: 2473-2480.

[251] Zanarini MC, Jacoby RJ, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. The 10-year course of social security disability income reported by patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects. J. Pers. Disord. 2009; 23: 346-356.

[252] Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH, et al. Ten-Year Course of Borderline Personality Disorder: Psychopathology and Function From the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. Arch. Gen. Psychiatry. 2011; 68: 827-837.

[253] Comtois KA, Kerbrat AH, Atkins DC, Harned MS, Elwood L. Recovery from disability for individuals with borderline personality disorder: a feasibility trial of DBT-ACES. Psychiatr Serv 2010; 61: 1106-1111.

[254] Zanarini M C, Frankenburg F R, Dubo E D, Sicke A , Trikha A, Levin A, Reynolds V. Axis I comorbidity of borderline personality disorder. American journal of Psychiatry 1998; 155:1733–1739.

[255] Zanarini M, Frankenburg F, Reich D, Silk K, Hudson J, McSweeney L. Fenomenología subsindrómica del trastorno límite de la personalidad: estudio de seguimiento de 10 años. Am. J Psychiatry - Edición Española 2007; 10: 498-504.

[256] Moeller F, Barratt E, Dougherty D, Schmitz J, Swann A . Psychiatric aspects of impulsivity. Am. J. Psychiatry 2001;158: 1783-1793.

[257] Esbec E, Echeburúa E. Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses. *Actas Españolas de Psiquiatría* 2010; *38*: 249-261.

[258] Tyrer P, Reed G M, Crawford M J. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. The Lancet 2015, 385: 717-726.

[259] Tyrer P, Johnson T. Establishing the severity of personality disorder. Am J Psychiatry 1996; 153: 1593–97.

[260] Penttilä M, Jääskeläinen E, Hirvonen N, Isohanni M, Miettunen J. Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. Br. J. Psychiatry 2014; 205: 88-94.

[261] Cuevas-Esteban J, Campayo A, Gutiérrez-Galve L, Gracia-García P, López-Antón R. Fundamentos y hallazgos de la neuroimagen en la esquizofrenia: una actualización. Rev Neurol. 2011; 52: 27-36.

[262] Bryson G, Lysaker P, Bell M. Quality of life benefits of paid work activity in schizophrenia. Schizophr. Bull. 2002;28: 249-257.

[263] Dunn EC, Wewiorski, N. J, Rogers ES. The Meaning and Importance of Employment to People in Recovery from Serious Mental Illness: Results of a Qualitative Study. Psychiatr. Rehab. J. 2008, 32: 59-62.

[264] Marwaha S, Jonhson S. Schizophrenia and employment-a review. Social Psychiatry Psychiatric Epidemioogy. 2004, 39: 337-49.

[265] Priebe S, Warner R, Hubschmid T, Eckle I. Employment, attitudes toward work, and quality of life among people with schizophrenia in three countries. Schizophr Bull. 1998;24: 469-77.

[266] Kaneda Y., Jayathilak K, Meltzer H Y. Determinants of work outcome in schizophrenia and schizoaffective disorder: role of cognitive function. Psychiatry Res. 2009; 169: 178-179.

[267] Green MF, Kern R, Braff DL, Mintz J. Neurocognitive Deficits and Functional Outcome in Schizophrenia: Are We Measuring the "Right Stuff"?. Schizophr. Bull. 2000, 26: 119-136.

[268] Midin M, Razali R, Zam Zam R, Fernandez A, Hum L C, Shah S. A., Sinniah A. Clinical and cognitive correlates of employment among patients with schizophrenia: a cross-sectional study in Malaysia. Int J Ment Health Syst.2011; 5: 14. doi: 10,1186/1752-4458-5-14.

269 Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment: A review. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2004; 39: 337-349.

[270] Mueser K T, Salyers M P, Mueser P.R. A prospective analysis of work in schizophrenia. Schizophr. Bull. 2001; 27: 281-296.

[271] Barrera P Alvaro. Los trastornos cognitivos de la esquizofrenia. Rev. Chil. Neuro-Psiquiatr. 2006; 44: 215-221.

[272] Hofer A, Rettenbacher MA, Widschwendter CG, Kemmler G, Hummer M, Fleischhacker WW. Correlates of subjective and functional outcomes in outpatient clinic attendees with schizophrenia and schizoaffective disorder. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2006; 256: 246-255.

[273] Menezes NM, Arenovich T, Zipursky RB. A systematic review of longitudinal outcome studies of first-episode psychosis. Psychol Med. 2006; 36: 1349-1362.

[274] Razzano LA, Cook JA, Burke-Miller JK, Mueser KT, Pickett-Schenk SA, Grey DD, Goldberg RW, Blyler CR, Gold PB, Leff HS, Lehman AF, Shafer MS, Blankertz LE, McFarlane WR, Toprac MG, Ann Carey M. Clinical factors associated with employment among people with severe mental illness: findings from the employment intervention demonstration program. J Nerv Ment Dis. 2005 ;193: 705-713.

[275] Suresh K, Kumar C, Gangadhar B, et al. Work functioning of schizophrenia patients in a rural south Indian community: status at 4-year follow-up. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2012; 47:1865-1871.

[276] Srinivasan T N, Thara R. How do men with schizophrenia fare at work? A follow-up study from India. Schizophr. Res. 1997;25: 149-154.

[277] Salavert J, Berrospi M, Miralles ML, Dueña, R M, Tiffon ML, San Molina L. El trastorno delirante. Revisando los aspectos de la paranoia. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona 2003; 30: 304-313.

[278] Mingote Adán J C, Pino Cuadrado P D, Huidobro A, Gutiérrez García D, Miguel Peciña I D, Gálvez Herrer M. El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: diagnóstico y tratamiento. Med. Seg. Trab. 2007; 53: 29-51.

[279] Harvey RC, James AC, Shields GE. A Systematic Review and Network Meta-Analysis to Assess the Relative Efficacy of Antipsychotics for the Treatment of Positive and Negative Symptoms in Early-Onset Schizophrenia. CNS Drugs. 2016; 30:27-39.

[280] Cavieres F. Alvaro, Valdebenito V. Mónica. Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia. Rev. Chil. Neuro-Psiquiatr. 2005; 43: 97-108.

[281] Cahoon EK, McGinty EE, Ford DE, Daumit GL. Schizophrenia and potentially preventable hospitalizations in the United States: a retrospective cross-sectional study. BMC Psychiatry. 2013; 25:13:37.

[282] Pinkham, Amy E., Philip D. Harvey, and David L. Penn. Paranoid individuals with schizophrenia show greater social cognitive bias and worse social functioning than non-paranoid individuals with schizophrenia. Schizophr. Res. Cogn. 2016; 3: 33-38.

[283] Kalin M, Kaplan S, Gould, F, Pinkham A, Penn D, Harvey, P D. Social Cognition, Social Competence, Negative Symptoms and Social Outcomes: Inter-relationships in People with Schizophrenia. J. Psychiatr. Res. 2015; 68:254–260.

[284] Moré, D. S. Problemas médico-legales del consumo de drogas. Adicciones 2003; 15; 77-89.

[285] Pérez de Heredia J L, Gonález Pinto A, Ramírez M, Imaz A, Ruiz J. Abuso y dependencia de sustancias en e l trastorno bipolar. Trastornos Adictivos 2001;3 (Monográfico 2):19-24.

[286] Mèlich M T. Patología dual: situación actual y retos de futuro. Adicciones 2008; 20: 315-320.

[287] Serecigni J G, Segura L, Gonzalvo B, Iglesias L, Roncero C. Neuroimagen y alteraciones del funcionamiento cerebral, asociadas al consumo de cocaína. Adicciones 2001; 13: 415-431.

[288] Verdejo-García A, Pérez-García M., Sánchez-Barrera M, Rodríguez-Fernández A, Gómez-Río M. Neuroimagen y drogodependencias: correlatos neuroanatómicos del consumo de cocaína, opiáceos, cannabis y éxtasis. Rev. Neurol. 2007; 44: 432-439.

[289] Pope H G, Gruber AJ, Hudson JI, Cohane G, Huestis M A, Yurgelun-Todd, D. Early-onset cannabis use and cognitive deficits: what is the nature of the association?. Drug Alcohol Depend. 2003; 69: 303-310.

[290] Benavides Fernando G., Ruiz-Forès Núria, Delclós Jordi, Domingo-Salvany Antònia. Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral en España. Gac Sanit [Internet]. 2013 June [cited 2016 Jan 24]; 27:248-253. http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112013000300010&lng=en. http://dx.doi.org/10,1016/j.gaceta.2012.06.006.

[291] Levola J, Kaskela T, Holopainen A, Sabariego C, Tourunen J, Pitkänen T, et al. Psychosocial difficulties in alcohol dependence: a systematic review of activity limitations and participation restrictions. Disabil. Rehabil. 2014; 36: 1227-1239.

[292] Cervera G, Rubio G, Haro G, Bolinches F, de Vicente P, Valderrama JC. La comorbilidad entre los trastornos del control de los impulsos, los relacionados con el uso de sustancias y los de la personalidad. Trastornos adictivos 2001;3: 3-10.

[293] Caballería J. Criterios de derivación a la medicina especializada del paciente alcohólico. Criterios de ingreso hospitalario. Criterios de baja laboral. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado 2004; 9: 481-483.

[294] Verdejo-García A, Bechara A, Recknor EC, Pérez-García M. Executive dysfunction in substance dependent individuals during drug use and abstinence: an examination of the behavioral, cognitive and emotional correlates of addiction. J Int Neuropsychol Soc. 2006;12:405-415.

[295] Möller HJ, Bandelow B, Volz HP, Barnikol UB, Seifritz E, Kasper S. The relevance of 'mixed anxiety and depression' as a diagnostic category in clinical practice. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2016 Mar 22. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 27002521.

[296] Airaksinen E, Larsson M, Lundberg I, Forsell Y. Cognitive functions in depressive disorders: evidence from a population-based study. Psychological medicine 2004; 34: 83-91.

[297] Tyrer P, Tyrer H, Boliang G. The General Neurotic Syndrome: A Re-Evaluation. Psychotherapy & Psychosomatics [serial on the Internet]. (2016, June), [cited August 10, 2016]: 193-197. Available from: Academic Search Complete.

[298] Gorman J. Comorbid depression and anxiety spectrum disorders. Depress. Anxiety 1996; 4: 160-168.

[299] Tiller J WG. Depression and anxiety. MJA Open 2012; 1 Suppl 4: 28-31.

[300] Merino H, Senra C, Ferreiro F. Are worry and rumination specific pathways linking neuroticism and symptoms of anxiety and depression in Patients with Generalized Anxiety Disorder, Major Depressive Disorder and Mixed Anxiety-Depressive Disorder? PLoS One. 2016 May 31; 11:e0156169. doi: 10,1371/journal.pone.0156169.

[301] Kovess-Masféty V, Alonso J, de Graaf R, Demyttenaere K. A European approach to rural-urban differences in mental health: the ESEMeD 2000 comparative study. Can J Psychiatry. 2005; 50:926-936.

[302] Judd FK, Jackson HJ, Komiti A, Murray G, Hodgins G, Fraser C. High prevalence disorders in urban and rural communities. Aust N Z J Psychiatry. 2002 ;36:104-113.

[303] Sancho J, Reinoso D. La delimitación del ámbito rural: una cuestión clave en los programas de desarrollo rural. Estudios geográficos 2012; 73: 599-624.

[304] Buendía J. Psicopatología del desempleo. Anales de psicología 1990; 6: 21-36.

[305] Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado núm. 274 (15 de noviembre de 2002).

[306] Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Boletín Oficial del Estado núm. 298 (13 de diciembre de 1999).

[307] Sans M, Batalla C, Villagrasa D, Ezpeleta A, Escorza S, Comín E. Incapacidad temporal por patología psiquiátrica en un centro de salud. Atención primaria 2000; 25: 412-416.

[308] Rocha K B, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Borrel, C, Obiols JE. Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. Psicothema 2010; 22: 389-395.

[309] Vaez M, Rylander G, Nygren Å, Åsberg M, Alexanderson K. Sickness absence and disability pension in a cohort of employees initially on long-term sick leave due to psychiatric disorders in Sweden. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2007 ;42: 381-388.

[310] Judo FK, Jackson HJ, Komiti A, Murray G, Hodgins G, Fraser C. High prevalence disorders in urban and rural communities. Aust. N Z Psychiatry 2002; 36 : 104-113.

[311] Breslau J, Marshal GN, Pincus HA, Brown RA. Are mental disorders more common in urban than rural areas of the United Status? J Psychiatr Res. 2014; 56: 50 – 55.

[312] Rajmil L, Magarolas R , Gamisans M R, Rodríguez P M, Benedicto A S. Prevalencia de trastornos mentales en la población general de Catalunya. *Gaceta Sanitaria* 1998; *12*: 153-159.

[313] Garrido-Elustondo S, Reneses B, Navalón A, Martín O, Ramos I, Fuentes M. Capacidad de detección de patología psiquiátrica por el médico de familia. Aten Primaria. 2016; 48:449-457.

[314] Baca Baldomero E, Sáiz Ruiz J, Agüera Ortiz LF, Caballero Martínez L, Fernández-Liria A, Ramos Brieva JA, Gil Miguel A, Madrigal Jiménez M, Porras Chavarino A. Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en atención primaria usando el cuestionario PRIME-MD. Aten Primaria. 1999; 23:275-279.

[315] Martín Pérez C, Pedrosa García R, Herrero Martín JJ, Luna del Castillo JD, Ramírez García P, Saez García JM. Atención a la pa tología mental en un centro de salud rural. Med Fam (And) 2002; 3:165-171.

[316] Gili M., Campayo J G, Roca M. Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. Gaceta Sanitaria 2014; 28: 104-108.

[317] Kendell, R. La estabilidad de los diagnósticos psiquiátricos. Psiquiatría Biológica 2005; 12: 240-243.

[318] Bülow P, Svensson T. Stability of Diagnoses in a Cohort of Long-Term Mentally Ill Patients in Sweden. Scand J Disabil Res. 2005; 7: 23-40.

[319] Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor. Boletín Oficial del Estado núm. 267 (5 de noviembre de 2004).

[320] Ley 24/1997, de 15 de julio, de Consolidación y Racionalización del Sistema de Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado núm. 169 (16 de julio de 1997).

[321] Ahola K, Virtanen M, Honkonen T, Isometsä E, Aromaa A, Lönnqvist J. Common mental disorders and subsequent work disability: a population-based Health 2000 Study. J Affect Disord. 2011;134:365-72.

[322] Sanderson K, Andrews G. Common mental disorders in the workforce: recent findings from descriptive and social epidemiology. Can. J. Psychiatry 2006; 51:63-75.

[323] Mykletun A, Overland S, Dahl AA, Krokstad S, Bjerkeset O, Glozier N, Aarø LE, Prince M. A population-based cohort study of the effect of common mental disorders on disability pension awards. Am J Psychiatry. 2006 Aug;163:1412-1418.

[324] Knudsen A, Øverland S, Hotopf M, Mykletun A, Laks J. Lost Working Years Due to Mental Disorders: An Analysis of the Norwegian Disability Pension Registry. Plos ONE [serial on the Internet]. (2012, Aug), [cited September 28, 2016]; 7: 1-7.

[325] Mattila-Holappa P, Joensuu M, Ahola K, Vahtera J, Virtanen M. Attachment to employment and education before work disability pension due to a mental disorder among young adults. BMC Psychiatry 2016;16:143. doi: 10,1186/s12888-016-0854-1.

[326] Aragonès E, Piñol J L, Labad A. Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria. Atención primaria 2009; *41*: 545-551.

[327] Beard J, Heathcote K, Brooks R, Earnest A, Kelly B. Predictors of mental disorders and their outcome in a community based cohort. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2007; 42: 623-630.

[328] Martinez-Aran A, Vieta E, Torrent C, Sanchez-Moreno J, Goikolea JM, Salamero M, Malhi GS, Gonzalez-Pinto A, Daban C, Alvarez-Grandi S, Fountoulakis K, Kaprinis G, Tabares-Seisdedos R, Ayuso-Mateos JL. Functional outcome in bipolar disorder: the role of clinical and cognitive factors. Bipolar Disord. 2007; 9:103-113.

[329] Heim C, Nemeroff CB. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. Biol Psychiatry. 2001;49:1023-39.

[330] Pastrana-Jiménez J I, Fernández-Labandera C, Ramos-Muñoz R, Carrasco-Perera J L. Características clínicas y sociolaborales de pacientes psiquiátricos al término de la incapacidad temporal por contingencia común. Med. Seg. Trab. 2013; 59: 205-226.

[331] Regal Ramos R. Trastornos psiquiátricos reactivos a conflictividad laboral. Características epidemiológicas de los pacientes evaluados en la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades de Madrid. Med. Segur. Trab. (Internet) 2015; 61: 220-232.

[332] Hengartner MP, Müller M, Rodgers S, Rössler W, Ajdacic-Gross V. Occupational functioning and work impairment in association with personality disorder trait-scores. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 2014; 49: 327-335.

[333] Østby KA, Czajkowski N, Knudsen GP. Ystrom E, Gjerde LC, Kendler KS, Reichborn-Kjennerud T. Personality disorders are important risk factors for disability pensioning. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2014; 49: 2003-2011.

[334] Ettner SL, Maclean JC, French MT. Does having a dysfunctional personality hurt your career? Axis II personality disorders and labor market outcomes. Ind Relat (Berkeley) 2011, 50: 149–173.

[335] Oltmanns TF, Melley AH, Turkheimer E. Impaired social functioning and symptoms of personality disorders assessed by peer and self-report in a non-clinical population . J Pers Disord. 2002;16:437-452.

[336] Johnson J.G, First MB, Cohen P, Skodol AE, Kasen S, Brook JS. Adverse outcomes associated with personality disorder not otherwise specified in a community sample. Am. J Psychiatry 2005; 162:1926-1932.

[337] Waghorn G, Chant D, White P, Whiteford H. Disability, employment and work performance among people with ICD-10 anxiety disorders. Aust N Z J Psychiatry 2005; 39: 55-66.

[338] Hengartner M, Müller M, Rodgers S, Rössler W, Ajdacic-Gross V. Occupational functioning and work impairment in association with personality disorder trait-scores. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2014; 49: 327-335.

[339] Dewa CS, Hees H, Trojanowski L, Schene AH (2015) Clinician Experiences Assessing Work Disability Related to Mental Disorders. PLoS ONE 10: e0119009. doi:10,1371/journal.pone.0119009.

[340] Pedrero EJ, Puerta C, Lagares A, Sáez A. Prevalencia e intensidad de los trastornos de personalidad en adictos a sustancias en tratamiento en un centro de atención a las drogodependencias. Trastornos Adictivos 2003; 5: 241-255.

[341] Pérez E J P. Temperamento, carácter y trastornos de la personalidad.: Aplicación del TCI-R a una muestra de consumidores de drogas en tratamiento y su relación con el MCMI-II. Adicciones: Revista de socidrogalcohol 2006; 18: 135-148.

[342] Pérez E P, López-Durán A, Arroyo A O. El trastorno negativista de la personalidad y su relación con el abuso de sustancias. Trastornos Adictivos 2006; 8: 22-41.

[343] Trull . J, Sher K J, Minks-Brow C, Durbin J, Burr R. Borderline personality disorder and substance use disorders: A review and integration. Clinical psychology review 2000; 20: 235-253.

[344] López Menéndez LA. Predictores del desempeño laboral de personas con discapacidad por trastorno mental severo: revisión de estudios y análisis de evidencias. Psychosocial intervention 2008; 17: 245-268.

[345] Samuelsson Å, Alexanderson K, Ropponen A, Lichtenstein , Svedberg P. Incidence of disability pension and associations with socio-demographic factors in a Swedish twin cohort. Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2012; 47: 1999-2009.

[346] James A. Lopez Bernal, Antonio Gasparrini, Carlos M. Artundo, Martin McKee. The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis. The Eur J Public Health 2013; 23: 732-736.

[347] Paul K I, Moser, K. Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. J Vocat Behav 2009; 74: 264-282.

[348] Gili M, Roca M. Basu S, McKee M, Stuckler D. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. Eur J Public Health. 2013; 23): 103-108.

[349] Gili M, Campayo J G, Roca M. Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. Gaceta Sanitaria 2014; 28: 104-108.

ANEXOS

1. Índice de sentencias.

Se recogen a continuación, sistematizadas en función de su contenido, algunas de las referencias jurisprudenciales empleadas en el estudio precedente con el fin de facilitar el acceso a las mismas, debiéndose insistir en el carácter ilustrativo con el que se ha recurrido a las resoluciones judiciales en este trabajo, que en ningún caso pretende hacer un desarrollo exhaustivo de la cuestión.

Contenido constitucional de la Seguridad Social.

- STC 137/2010 de 16 de diciembre. Obligación, constitucionalmente impuesta, de “mantener un régimen público de Seguridad Social”.

- STC 37/1994, de 10 de febrero. El legislador tiene libertad para modular la acción protectora del sistema, pero queda vedada cualquier actuación legislativa que pudiera desnaturalizar la esencia del régimen de protección social.

Incapacidad Permanente.

- Alcance: desde la IPP hasta la IPA. STSJ AR 170/2014 de veintiséis de marzo, STSJ EXT 523/2014 de veinticinco de marzo.
- La “existencia abstracta” de un trabajo compatible con la situación del trabajador incurso en un procedimiento de IP no es justificación suficiente para no calificar una IPA; esa “posibilidad abstracta” ha de ser compatible con los requerimientos reales del mercado de trabajo: STSJ EXT 2278/2009 de doce de noviembre de dos mil nueve.
- STS de 6 de marzo de 1989. La definición legal de IPA no puede entenderse en un sentido literal y estricto; siempre resta una capacidad de trabajo residual que puede ser utilizada, incluso de forma regular, en determinados empleos. De esta forma, la calificación de la incapacidad permanente absoluta es "un juicio problemático de las expectativas de empleo" del trabajador, que en los casos incluidos en el grado de IPA quedan extraordinariamente limitadas. No parece pues que deba exasperarse el concepto de IPA hasta el punto en que prácticamente quedaría vacío de contenido.
- STSJ CANT 1020/2004 de ocho de junio de dos mil cuatro. Define la frontera entre la IP y la compatibilidad de la situación clínica con el mantenimiento de una actividad laboral con las adaptaciones procedentes en aplicación de la legislación de prevención de riesgos laborales.
- Momento en el que se ha de calificar la IP. No procede antes de que las limitaciones puedan considerarse previsiblemente definitivas; STSJ AR 1307/2013, de cuatro de diciembre de dos mil trece.

- Lesiones previas a la afiliación. Debe entenderse pues el “momento de la afiliación” como aquél en el que se inicia la vida laboral con incorporación al sistema de protección contributiva fin de determinar la existencia de incapacidad permanente de nivel contributivo (SSTS de 28 de noviembre de 2006, de 26 de septiembre de 2007 y de 21 de febrero de 2008 ; STSJ Cataluña de 17 de septiembre de 2009).

Criterios de gravedad y especial gravedad.

1. Ideación suicida.
    - La existencia "*marcadas* ideas de suicidio", aunque todavía no se hayan materializado en un serio intento autolítico (STSJ Madrid de veinticuatro de enero de dos mil seis) son un elemento a tener en cuenta a favor de la consideración de la existencia de una gran invalidez.
    - La STSJ CANT 1199/2014, de dieciocho de diciembre; analiza la repercusión de la ideación suicida en otras resoluciones judiciales precedentes, pudiendo conducir a la IPA e, incluso, a la gran invalidez.

2. Necesidad de ingresos hospitalarios repetidos.
    - STSJ NA 74/2016 de dieciocho de marzo de dos mil dieciséis, en relación a una gerente de establecimiento hostelero afectada por trastorno mixto de la personalidad y distimia. Califica la sentencia una IPA atendiendo, entre otros argumentos, a que la trabajadora presenta frecuentes descompensaciones y ha precisado varios ingresos hospitalarios

    - STSJ AS 3959/2014, de diecinueve de diciembre de dos mil catorce. No considera que un camarero, afecto de un trastorno bipolar tipo 2, sea susceptible de ser calificado como IPA en ninguno de sus grados *a pesar de haberse acreditado que precisó varios ingresos hospitalarios por episodios hipomaniacos y sintomatología psicótica*. Se sostiene la argumentación de que no se constata deterioro cognitivo o intelectivo acompañante de conductas auto o heteroagresivas ni de relevantes manifestaciones psicopatológicas o de deterioro de la personalidad, concluyendo que en los periodos intercrisis o de estabilización, de menor intensidad sintomática, se puede trabajar, aunque no se pueda hacer en las fases más críticas.

1. Deterioro cognitivo.

    STSJ PV 600/2015, de veinticuatro de febrero de dos mil quince y STSJ MU 2486/2012, de quince de octubre de dos mil doce; entienden no existe IP en sendos diagnósticos de trastorno bipolar (tipo 1 y 2) atendiendo a su adecuado control farmacológico y a la inexistencia de deterioro cognitivo.

Trastornos mentales.

1. Trastorno mental grave.

   STSJ CV 8485/2014 de 28 de octubre de. Confirma la calificación en instancia de IPA (en vía administrativa se calificó “no grado”) en el caso de un trastorno de personalidad (neurosis compleja con síntomas somáticos múltiples). El dictamen psiquiátrico señalaba que se trata de un trastorno mental grave, con *fracasos en las tentativas de trabajo*, que habían concluido en un incremento de la sintomatología.

2. Trastorno depresivo mayor.
   - STSJ EXT 2154/2013, de veintisiete de diciembre de dos mil trece. Trastorno depresivo mayor con ansiedad generalizada y síndrome del colon irritable; no tiene entidad suficiente para cualificar el grado de incapacidad permanente absoluta a pesar de la coexistencia de un posible trastorno disociativo con fuga y amnesia al no quedar acreditado que no pueda desempeñarse profesión alguna, revisando además la sentencia los criterios de calificación de una IPA.
   - STSJ CAT 2125/2015 de dieciocho de marzo de dos mil quince; niega la calificación de IPA en un caso en el que el trastorno depresivo se encuentra en tratamiento y no es descrito por los profesionales como recurrente y grave (notas que, continúa la sentencia, junto a la necesidad de que se trate de una depresión mayor cronificada caracterizarían a un cuadro que pudiera ser considerado como causa de IPA).

3. Trastorno bipolar.
   - STSJ AS 2581/2013, de diecinueve de julio. Puede llegar a dar lugar a IPA, si bien sólo en ciertos casos con afectación significativa.

   - STSJ LR 109/2015, de doce de marzo. Fundamenta la existencia de IPA en el caso de la demandante, cicladora rápida, con problemas cognitivos, tratándose de lesiones que según el propio informe del EVI limitan la capacidad de la trabajadora para desarrollar trabajos de riesgo o que requieran concentración mantenida.

   - STSJ CAT 5751/2006. “Observamos en particular que la sentencia registra la existencia de una patología mental grave y crónica asociada a un trastorno bipolar tratado con sales de litio y que ha determinado sucesivos y diversos ingresos hospitalarios pese a lo que no se ha logrado su compensación”. El criterio seguido por el juzgador pues, más allá de la necesidad de hospitalización, debe

entenderse referido a que no se haya logrado la compensación del cuadro clínico a pesar de tales ingresos.

4. Trastorno distímico.

   o STSJ AST 2944/2012, de dieciséis de noviembre de dos mil doce, califica IP en grado de absoluta en relación con un cuadro clínico residual del que destaca, junto a problemas de limitado alcance del aparato locomotor, la presencia de un cuadro depresivo crónico iniciado ya 15 años antes, diagnosticado de distimia, con mala evolución pese a tratamiento y complicado en su evolución con un episodio depresivo mayor. Recoge además el antecedente de "años de tratamiento farmacológico a dosis altas" y la constatación de la existencia de "repercusión cognitiva", así como "su larga evolución".

   o STSJ AR 469/2015, de quince de julio de dos mil quince, desestima la pretensión de que se calificase IP para la profesión de oficial 2º de laboratorio en relación con un cuadro clínico constituido por distimia crónica y trastorno depresivo crónico recurrente en el contexto por lo demás de alteraciones del aparato locomotor. Se argumenta que no se ha objetivado mediante examen clínico el grado de afectación cognitiva para que pueda llegar a concluirse el grado de limitación que pueda producir y su relación con las tareas propias de su profesión".

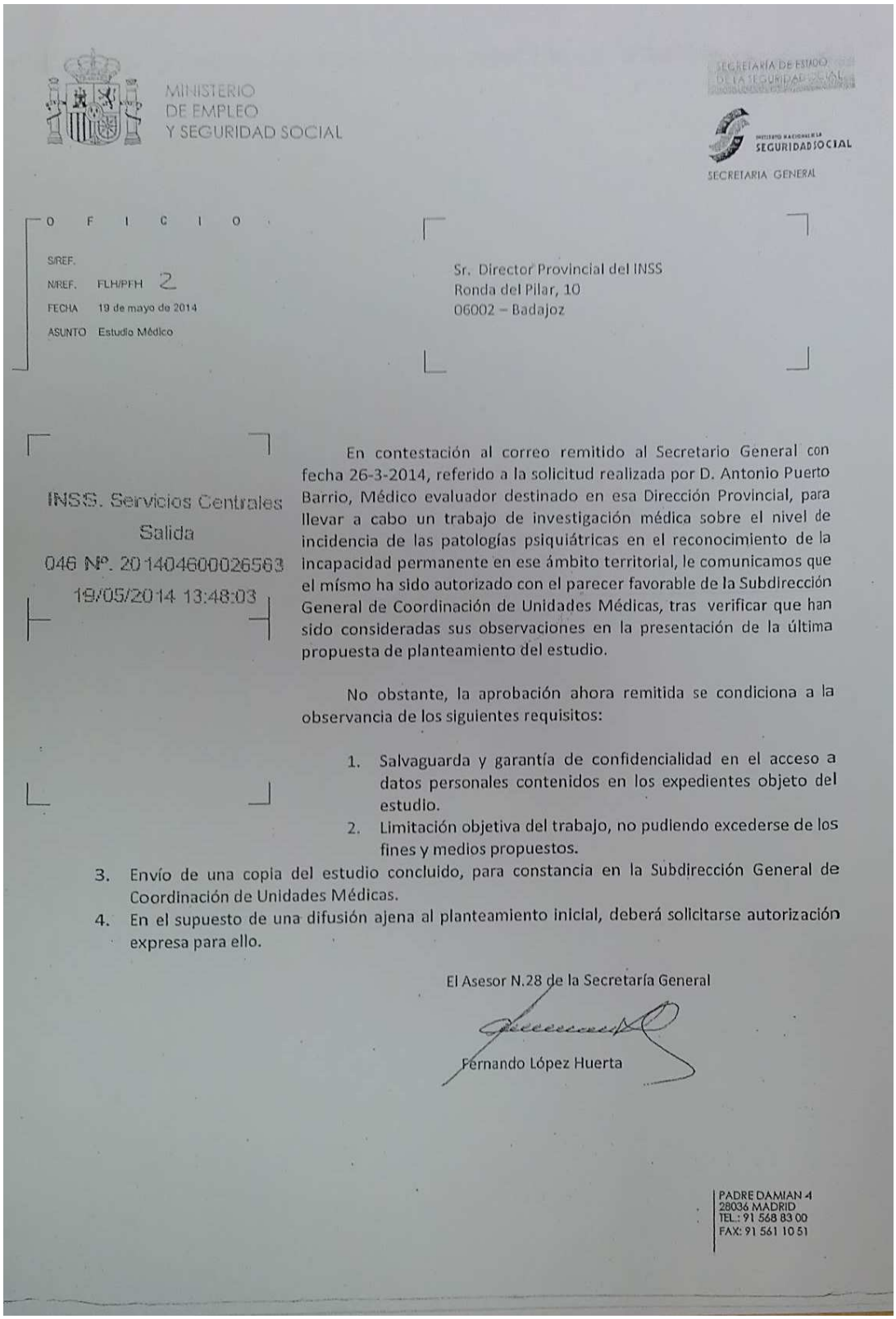
5. Trastorno obsesivo-compulsivo.

   STSJ PV 3259/2014, de siete de octubre de dos mil catorce. Confirma la existencia de una IPA en el caso de un escolta que presenta un cuadro clínico consistente en trastorno depresivo mayor, trastorno obsesivo compulsivo; hernias discales y dorsales sin alteraciones en la médula espinal. Recoge la sentencia, como descriptores de la gravedad en cuanto a repercusión funcional del conjunto del cuadro clínico, manifestaciones que esencialmente derivan del TOC: "*rumiaciones obsesivas rebeldes al tratamiento, actitudes compulsivas en forma de actos rituales de comprobación relacionados con el orden y la limpieza a lo que se une la obsesión por contar y repetir números que, por el tiempo que consumen, su reiteración y frecuencia, y el agotamiento psíquico que producen".*

6. Trastorno límite de la personalidad.

   STSJ CANT 47/2016, de veintisiete de enero de 2016. Recoge la inclusión de este diagnóstico en el concepto de Trastorno Mental Grave y ha de presumírsele importante repercusión funcional.

2. Autorización de la Dirección General del INSS para el acceso y tratamiento de los datos objeto de estudio.



MINISTERIO
DE EMPLEO
Y SEGURIDAD SOCIAL

SECRETARÍA DE ESTADO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

SECRETARIA GENERAL

O F I C I O

S/REF.
N/REF. FLH/PFH 2
FECHA 19 de mayo de 2014
ASUNTO Estudio Médico

Sr. Director Provincial del INSS
Ronda del Pilar, 10
06002 – Badajoz

INSS. Servicios Centrales
Salida
046 Nº. 201404600026563
19/05/2014 13:48:03

En contestación al correo remitido al Secretario General con fecha 26-3-2014, referido a la solicitud realizada por D. Antonio Puerto Barrio, Médico evaluador destinado en esa Dirección Provincial, para llevar a cabo un trabajo de investigación médica sobre el nivel de incidencia de las patologías psiquiátricas en el reconocimiento de la incapacidad permanente en ese ámbito territorial, le comunicamos que el mismo ha sido autorizado con el parecer favorable de la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas, tras verificar que han sido consideradas sus observaciones en la presentación de la última propuesta de planteamiento del estudio.

No obstante, la aprobación ahora remitida se condiciona a la observancia de los siguientes requisitos:

1. Salvaguarda y garantía de confidencialidad en el acceso a datos personales contenidos en los expedientes objeto del estudio.
2. Limitación objetiva del trabajo, no pudiendo excederse de los fines y medios propuestos.
3. Envío de una copia del estudio concluido, para constancia en la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas.
4. En el supuesto de una difusión ajena al planteamiento inicial, deberá solicitarse autorización expresa para ello.

El Asesor N.28 de la Secretaría General

Fernando López Huerta

PADRE DAMIAN 4
28036 MADRID
TEL.: 91 568 83 00
FAX: 91 561 10 51

3. Informe favorable del Proyecto de Tesis Doctoral por parte de la Comisión de Bioética y Bioseguridad de la Universidad de Extremadura.

UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN, TRANSFERENCIA E INNOVACIÓN

Campus Universitario
Avdª de Elvas s/nº
06071 BADAJOZ

Tel.: 924 28 93 05
Fax: 924 27 29 83

Nº Registro: 60/2015

Dª Mª ANGELES TORMO GARCIA, SECRETARIA DE LA COMISION DE BIOÉTICA Y BIOSEGURIDAD DE LA UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA.

INFORMA: Que una vez analizada, por esta Comisión la solicitud de Proyecto de Tesis Doctoral titulado "Patología psiquiátrica en la Incapacidad Permanente cuyo Investigador Principal es es D/Dª.Antonio Mª Puerto Barrio, ha decidido por unanimidad valorar positivamente el precitado proyecto por considerar que se ajusta a las normas éticas esenciales cumpliendo con la normativa vigente al efecto.

Y para que conste y surta los efectos oportunos firmo el presente informe en Badajoz a 26 de Mayo de 2015.

Vº Bº
Fdo.: Fernando Henao Dávila
Presidente por Delegación de Comisión
de Bioética y Bioseguridad