

## Valoración funcional de la patología psiquiátrica menor. Guía de valoración de la Incapacidad Temporal (IT) de patología psiquiátrica

**Iñaki Madariaga Zamalloa**

*Psiquiatra del Hospital Psiquiátrico Aita Menni. Arrasate-Mondragón. Gipuzkoa.*

### Correspondencia

imadariaga@aita-menni.org

La Sociedad Occidental va avanzando progresivamente y en este contexto, también se va judicializando progresivamente.

Esto es bueno siempre que se haga de forma armonizada, de forma progresiva y acorde con las necesidades reales de la ciudadanía.

Ahondando en esta misma línea de pensamiento, esto es bueno siempre que el proceso de judicialización (Civil, Penal, Administrativo-Laboral) al que hacemos referencia sea un medio, un instrumento para beneficio de la propia Sociedad y de los ciudadanos que la configuran y no un fin en sí mismo.

Sin embargo, tengo la impresión de que los profesionales de la Sanidad (incluidos los de la Salud Mental), hemos mirado este proceso de aproximación entre el mundo judicial y el mundo sanitario como una “invasión” a nuestro territorio profesional y a nuestra “particular relación” con los pacientes, preferentemente de carácter paternalista a lo largo de la historia.

En este marco, referir que posiblemente al ámbito de lo judicial lo hemos mirado desde el mundo sanitario con cierta “desconfianza y recelo” y posiblemente lo seguimos haciendo a fecha de hoy.

No obstante, la realidad es que los profesionales de la Sanidad y por supuesto también los de la Salud Mental, jugamos un importante papel en este contexto y por supuesto, tenemos una gran responsabilidad al respecto. Y esto lo tenemos que asumir como una realidad que se nos impone progresivamente en el marco de una sociedad cada vez más avanzada y desarrollada.

Y ya conectando con el Mundo Judicial en su conjunto, esto es aplicable tanto al ámbito de lo penal, de lo civil y también de lo administrativo-laboral.

Este último es el que justifica fundamentalmente esta exposición.

Focalizando nuestra atención en este último (el ámbito de lo administrativo-laboral) y siendo consciente que no es desde el marco de esta exposición el lugar idóneo para decir cual son las obligaciones profesionales de determinados compañeros médicos (médicos de cabecera, atención primaria, Mutuas, etc.), sin embargo se hace obvio señalar que hay aspectos administrativo-laborales tales como el de las bajas y altas laborales, procesos de incapacidad, etc. que parece que forman parte, entre otras, de las responsabilidades de dichos colectivos y que el abordaje de tales asuntos, se presta inevitablemente y en muchas ocasiones a situaciones de conflicto con el paciente, difíciles de abordar.

Y todo esto es perfectamente aplicable al campo de la Psiquiatría donde a medida que han ido transcurriendo los años, se ha ido acentuando cuantitativamente y de forma significativa —diría que casi de forma casi exponencial—, el número de procesos

administrativos-laborales vinculados a problemáticas “psiquiátricas” y que de una u otra forma, nos afectan y tenemos que abordar desde nuestro ámbito profesional.

## LA PSIQUIATRÍA MENOR

Y es en este marco de aumento de casos psiquiátricos en el ámbito administrativo laboral, lo que cada vez denominamos con mayor asiduidad “La Psiquiatría Menor” la que ha tenido una mayor relevancia cuantitativa y cualitativa.

La Psiquiatría Menor es básicamente aquella en la que está fundamentalmente presente la sintomatología ansioso-depresiva, asociada a alteraciones habitualmente del apetito y regulación del ciclo vigilia-sueño básicamente, con intensidad no especialmente relevante y con repercusión funcional no significativa en quien la padece.

En este contexto, es importante señalar que somos totalmente conscientes de que hablar de “Psiquiatría Menor” es hacerlo de forma poco “ortodoxa” y que la propia denominación se presta a ser totalmente discutible desde una perspectiva conceptual.

En cualquier caso lo único que se pretende es facilitar la dimensión didáctica de esta exposición.

Sobre esta base y utilizando a su vez la denominación de “Psiquiatría Mayor” como contrapunto, lo que sucede en el medio administrativo-laboral con la “Psiquiatría Menor”, no es lo mismo que lo que ocurre con la “Psiquiatría Mayor”.

Me explico, tanto en el ámbito de lo civil (donde hay que valorar la Capacidad del individuo para GESTIONAR aspectos propios personales tales como testar, ejercer funciones de tutela, contraer matrimonio, tomar decisiones sanitarias con respecto a uno mismo, votar, etc.) como en el ámbito de lo penal (donde hay que valorar Capacidad para asumir RESPONSABILIDADES casi siempre en actos de carácter delictivo), el debate se centra en cuadros clínicos en los que la psicopatología es fundamentalmente grave y tiene una intensidad elevada, y aquí, —y sin pretender decir que las cosas sean fáciles de discernir ni mucho menos—, es cierto que los casos clínicos están más claros y existe menos discusión al respecto.

Sin embargo, en el mundo de lo administrativo-laboral y aunque la clínica es de menor intensidad sintomática y gravedad en su conjunto, —y quizás precisamente por eso—, dilucidar cuál es finalmente el nivel de Capacidad del individuo para desarrollar una ACTIVIDAD LABORAL concreta, acaba siendo en muchas ocasiones muy complicado y difícil de delimitar.

Y esto ¿por qué es así?... básicamente y aún a riesgo de ser un “poco reduccionistas”, porque la psicopatología “Psiquiátrica Menor” está muy próxima en su sintomatología clínica a los signos y síntomas que se presentan en los problemas vitales, en los conflictos laborales, en los problemas de adaptación, etc. que las personas tenemos a lo largo de nuestras vidas.

Y ¿cuál es en definitiva el ámbito, el medio, el territorio,... que hace que la “Psiquiatría Menor” y los problemas vitales, personales, conflictos laborales, etc. compartan territorio, que tengan puntos fronterizos, que haya solapamiento sintomático... pues es precisamente la sintomatología ansioso-depresiva no intensa, junto a otro tipo de alteraciones en las que cabe destacar las del ciclo vigilia-sueño y del apetito, tal y como señalábamos anteriormente.

Qué es lo que ocurre? ... que en los problemas vitales, esta sintomatología ansioso-depresiva, ni por razones cualitativas ni cuantitativas, tiene entidad suficiente para poder otorgarle carácter psicopatológico mientras que en la llamada “Psiquiatría Menor”, si lo tiene.

Si en todo este contexto —que muchas veces y como ya hemos dicho— se presta en sí mismo a la dificultad en la definición y delimitación, nos encontramos además con que ya el propio ámbito laboral también se presta en muchas ocasiones a ser depositario de problemas personales del trabajador (vitales, conyugales, económicos, etc.), a situaciones de conflictos laborales con superiores, subordinados o compañeros, a ser también depositario muchas veces de frustraciones profesionales, a ser un ámbito de la vida al que “es mejor evitar en la medida de lo posible” (en nuestra cultura desgraciadamente hay mucha gente que está “reñida con el trabajo” y dispuesta a hacer lo que sea con tal de evitarlo) etc., etc., en definitiva, todo ello, hace que la probabilidad de crearse para el Médico una situación difícil de analizar, delimitar y encauzar, es altamente probable que suceda.

Sobre esta base y llegados a este punto, se hace inevitable preguntarse de que diagnósticos estamos hablando cuando hacemos referencia a esta problemática conceptualizada en términos de “Psiquiatría Menor”.

Bueno, pues básicamente hacemos mención a esos diagnósticos tan habituales, y por todos conocidos en nuestra práctica habitual diaria como son los de:

- Trastornos de adaptación.
- Síndromes ansioso-depresivos.
- Trastornos por estrés.
- Depresión Mayor en grado leve.
- Estados ansioso-depresivos.
- Etc., etc.

En definitiva, diagnósticos en los que sin entrar en consideraciones conceptuales de Clasificaciones Diagnósticas Internacionales tipo CIE 10–DSM–IV, —no pretendemos en este marco de exposición ahondar al respecto—, nos encontramos habitualmente en nuestra labor diaria y que frecuentemente son considerados desde el entorno médico laboral-administrativo como “diagnósticos refugio” para justificar una baja laboral, la prolongación de la misma, etc. o incluso, utilizarlos para el logro posterior de posibles incapacitaciones laborales.

Llegado a este punto de la exposición, es oportuno preguntarse cuál debe ser nuestra actitud como profesionales de la Salud Mental ante este tipo de casos.

De entrada, estar en “actitud de alerta” ante este tipo de situaciones y en este marco, valorar la posibilidad de que se estén buscando “beneficios secundarios” por parte del paciente-trabajador.

En este mismo contexto, considerar que salvo casos concretos y que además se detectan habitualmente con rapidez, no suelen ser casos graves y que “a priori”, no se justifica que por su causa, las bajas laborales no se prolonguen en el tiempo más allá de dos-tres meses aproximadamente.

Pero más allá de posicionarnos en una “actitud de alerta” (lo que habitualmente y además de forma muy comprensible, nos cuesta mucho hacer a los sanitarios), ... ¿qué referentes nos pueden ayudar y ser útiles en nuestra práctica diaria en el discernimiento de este tipo de casos?

Hacer diferenciación entre lo “vital y lo psicopatológico”. Sobre este punto decir que en sí mismo y por su elevada complejidad, sería motivo de amplio estudio y debate, y que lógicamente, todo ello sobrepasaría el marco de esta exposición.

Sin embargo y aún a riesgo de ser muy “simplistas y reduccionistas”, consideramos que en este caso, un buen indicador es la propia intensidad de los síntomas. Es decir, sin cuestionar de que hay casos psicopatológicamente en grado leve, los que únicamente tienen una dimensión vital, casi siempre quedan enmarcados en la intensidad sintomática

baja (salvo excepciones pero que ya por su intensidad, quedarían enmarcados en los casos claramente psicopatológicos. p.e. el duelo patológico).

Hacer un “barrido longitudinal” más allá de la dimensión clínica buscando aspectos tales como historia laboral, bajas laborales anteriores, dificultades personales y familiares, problemas-conflictos laborales, valoraciones previas con entidades tales como el EVI, problemas orgánicos-físicos de los que no se ha obtenido un posible beneficio, etc, etc.

Hacer hincapié en la exploración de la “dimensión funcional”. Habitualmente, los profesionales de la Salud Mental nos centramos en la dimensión clínica que es lo que nos han enseñado y con lo que nos identificamos más fácilmente. Sin embargo, en estos casos en los que no hay certeza diagnóstica y al mismo tiempo tenemos la percepción de que el problema es básicamente vital e incluso con posibilidad de búsqueda de “beneficios secundarios” por parte del paciente, hay que “ir más allá” e indagar en sus dinámicas habituales e intentar verificar si existe correlación directa entre la sintomatología que presenta y su funcionamiento habitual.

## ALGUNAS REFLEXIONES ANTES DE FINALIZAR

Sobre la “psiquiatrización” de casos: con frecuencia, prescribimos psicofármacos de manera no justificada desde una perspectiva exclusivamente terapéutica. Al respecto, tenemos que ser muy cautelosos y evitar de esta manera, el consiguiente riesgo de “psiquiatrización” del caso. Ahondando en esta línea de pensamiento, a veces se pautan psicofármacos por “compromiso”, para que el paciente tenga la impresión de que se le hace algo, etc. etc. y lo que estamos haciendo en realidad es “psiquiatrizar” un caso que en la práctica no lo es bajo ningún supuesto.

Deshacer esta situación suele resultar difícil y en ocasiones, motivo de conflicto con la persona atendida, especialmente cuando ésta detecta que la utilización de psicofármacos puede ser un buen “argumento” para justificar su “enfermedad” y obtener de esa forma beneficios de diferente orden.

### Sobre la “alianza terapéutica”

Hay muchos Médicos y por supuesto Psiquiatras que justifican su actitud “proteccionista” con el paciente en base a la existencia de una “alianza terapéutica” que se va a romper si se le dice al paciente que ya no se justifica la baja laboral en la que se encuentra y tiene que ir a trabajar.

Ante todo esto, solo se me ocurre decir que deberíamos reflexionar sobre lo que consideramos muchas veces como “alianza terapéutica”. Si realmente la alianza se sostiene sobre este tipo de principios, uno no puedo menos de pensar que dicha alianza tiene aspectos posiblemente insanos en su propia esencia y estructura.

En este contexto, referir lo difícil que es encontrar informes de Médicos de Cabecera, Psiquiatras de Centros de Salud Mental, etc. que digan en la parte final de sus informes médicos, que un paciente está en condiciones de trabajar y que incluso, la propia actividad laboral le puede resultar beneficiosa para su estado psíquico y físico en general.

Sin embargo, que fácil es que se dé la circunstancia contraria.

Siendo consciente del atrevimiento de mi comentario, pienso que muchos Médicos no son conscientes de la importancia de las repercusiones posteriores que tienen muchas de sus decisiones en este ámbito.

### Sobre la “negociación”

Pienso que vivimos en conjunto en una Sociedad tolerante en relación a la actividad laboral de los ciudadanos y en este contexto, entendemos que a veces hay que ser comprensivos con algunos pacientes que por diversas circunstancias adversas de la vida,

requieren una” parada en su actividad laboral”. Posiblemente casi nadie se niega a aceptar este supuesto entre los que me incluyo y en este marco, “negociar” tiempos limitados de no actividad laboral.

Insisto, estoy de acuerdo pero siempre que al mismo tiempo tengamos claro los Médicos que el entorno sanitario, no es el que tiene que resolver problemas que a fin de cuentas y en muchas ocasiones, son exclusivamente de índole social, económica, sindical, etc. y que en definitiva, no tienen nada que ver con la actividad asistencial psiquiátrica.

### **Sobre el rol de “cajón de sastre” y “furgón de cola” de la Psiquiatría**

La Psiquiatría es muchas veces un “cajón de sastre” en el que confluyen con frecuencia todo tipo de adversidades, dificultades, etc. (que no son precisamente casos psiquiátricos) y por eso nos encontramos en nuestra práctica diaria con muchos problemas de diferente índole que para nada son psiquiátricos pero que se “filtran” en nuestro ámbito de actuación, muchas veces con nuestro propio consentimiento y por supuesto, sin ninguna finalidad exclusivamente terapéutica.

En este contexto, me gustaría hacer mención explícita a los problemas físico-orgánicos que a veces llegan a nuestra consulta tras haber pasado por otros especialistas, que no han encontrado “beneficio” por estas vías y que se incorporan a al último eslabón que muchas veces es la Psiquiatría a fin de obtener un beneficio que nada tiene que ver con lo terapéutico.

Todos sabemos la estrecha interrelación que existe entre los cuadros clínicos de tipo ansioso-depresivo y la presencia de cuadros de carácter físico-somático vinculados a dolores varios e inespecíficos, fibromialgia, cefaleas, vértigos, etc.

En definitiva, evitemos el riesgo que tenemos de convertir la Psiquiatría en un “cajón de sastre” en el que confluyen pacientes que en esencia, no se justifica su atención desde nuestra especialidad.

Tras llevar a cabo estas reflexiones, damos por finalizada esta exposición que ha intentado en un tiempo limitado, hacer una primera aproximación a un problema de gran relevancia sanitaria, social y económica y en el que los sanitarios —en este caso de forma especial los profesionales de la salud mental— estamos implicados y tenemos una gran responsabilidad.

=====