

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA E INCAPACIDAD LABORAL

Ignacio Jáuregui Lobera

Instituto de Ciencias de la Conducta. Sevilla

Contacto: ijl@tcasevilla.com

ESTUDIO MEDICO-LEGAL DE LAS INCAPACIDADES

La Incapacidad Temporal deriva de enfermedad común o profesional y accidente, sea o no de trabajo, mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria de la Seguridad Social y esté impedido para el trabajo, con una duración máxima, prorrogable, cuando se presuma que ese tiempo pueda el trabajador ser dado de alta médica por curación. Es pues algo transitorio o temporal. El concepto de Incapacidad Permanente Total implica imposibilidad para desempeñar la profesión que ejercía el interesado o del grupo profesional, en que aquélla estaba encuadrada. Es la imposibilidad para la profesión habitual. El individuo no puede desempeñar las tareas de su profesión habitual o no puede, en todo caso, desarrollar las fundamentales. La cuestión clave, añadida, es que sí puede desempeñar otra actividad distinta. Naturalmente, en función de lo que la profesión habitual exija, veremos determinantes fundamentales para calificar esta incapacidad con el grado de total. No es lo mismo una profesión muy cualificada que requiere gran formación, conocimientos especializados, etc., en las que las alteraciones psicopatológicas, por ejemplo, pueden ser determinantes o, en el otro extremo, las tareas menos cualificadas en las que la imposibilidad para el desempeño vendrá dada, generalmente, por patología física que afecte a la movilidad, coordinación, fuerza, etc. Queda claro que debemos conocer la patología en cuestión y, especialmente, las tareas de la actividad laboral. No es nuestra misión exclusivamente diagnosticar sino poner en relación la patología (su repercusión) con las tareas a desarrollar. En ocasiones es el riesgo (propio o ajeno) el determinante de la incapacidad (imaginemos un conductor de autobús que precisa un fuerte tratamiento psicofarmacológico de forma continuada, tal vez su patología le permitiría conducir, otra cosa es que deba hacerlo y más aún que deba hacerlo con el tratamiento señalado). Y, finalmente, no solo existe el riesgo vital para el paciente y personas, hemos de considerar también el riesgo de agravamiento que pudiera producirse con ocasión del desempeño laboral y que, además, pudiera llegar a ocasionar secuelas irreversibles. De cara a la valoración médica, lo esencial sería:

-Señalar la patología padecida.

-Valorar los tratamientos realizados y analizar si, efectivamente, no se ha conseguido la curación o una mejoría suficiente.

-Valorar las tareas que exige la profesión habitual, en todo caso las fundamentales.

-Relacionar las alteraciones, su repercusión, con las tareas a desempeñar: ¿hay imposibilidad

psicofísica para el desempeño?, ¿hay riesgo de agravamiento o de secuelas con dicho desempeño?, ¿hay riesgos para terceras personas?.

-Sustanciado todo lo anterior, deben plasmarse las conclusiones.

En cuanto a la Incapacidad Permanente Absoluta sería la que inhabilita para todo tipo de trabajo, para toda profesión u oficio. Y aquí deben extremarse las consideraciones sobre los elementos a analizar. La enfermedad y el trabajo marcan la situación. Por un lado debemos valorar las limitaciones que causa la patología, el riesgo que *cualquier trabajo* pueda representar para el trabajador enfermo y el riesgo que pudiera originarse a terceros con el desempeño, por parte del trabajador enfermo, de *cualquier tipo de trabajo*. El otro elemento, el trabajo, debe valorarse con arreglo a criterios de normalidad, no se trata de *poder trabajar* sino de *poder trabajar con normalidad*. Entendiendo por normalidad el seguir un horario, permanencia continuada, regularidad en el desempeño, rendimiento (el de tipo medio para cada trabajo), calidad (no se trata de hacer tornillos, de forma continuada, x tornillos... además deben hacerse bien) y fiabilidad (las conductas imprevisibles, la aparición brusca de descompensaciones... pueden impedir esta fiabilidad). Y al igual que decíamos antes, la valoración médica exige:

-Señalar la patología padecida.

-Valorar los tratamientos y analizar expresamente si se han agotado las posibilidades terapéuticas de cara a la recuperación de una mínima capacidad psicofísica en relación con el desempeño laboral.

-Valorar la repercusión *global* en la vida diaria del enfermo, no solo la laboral. En el ámbito de la psicopatología esto resulta esencial. Naturalmente se especificará cómo repercute todo ello en los parámetros de normalidad señalados para la realización de cualquier tipo de tarea laboral así como circunstancias personales que pudieran influir, por ejemplo no es igual contar con un adecuado soporte sociofamiliar que no disponer de él.

Desde el punto de vista médico-legal tiene gran interés la llamada Incapacidad Permanente Parcial, incapacidad que, sin llegar a ser total, merma en no menos del 33% el rendimiento normal en una profesión pero no impide llevar a cabo las tareas fundamentales de la misma. El proceso o las secuelas del mismo han de ser presumiblemente definitivos y con dicha alteración poder llevar a cabo las tareas fundamentales del trabajo correspondiente. Por ello,

es fácil comprender que la delimitación clara de las alteraciones, la objetivación de las repercusiones y las características, también muy específicas, de las tareas fundamentales son los elementos a valorar con sumo cuidado. Queda claro que lo que se valora es que se puedan desempeñar las tareas fundamentales de modo habitual y con normalidad, entendiendo ésta, de nuevo, como el desempeño con calidad, fiabilidad, rendimiento y seguridad. Desde luego lo que resulta complejo, y mucho más en psicopatología, es hablar de porcentajes. La merma tiene que ser superior al 33%, pero ¿cómo medir esto?. Si en tareas mecánicas y en valoraciones orgánicas ya es algo complejo imaginemos en el terreno de la psicopatología. En algunos casos las pruebas psicométricas sí nos permiten objetivar de modo aceptable las diferentes alteraciones. No obstante el curso cambiante, fluctuante, de muchos trastornos es otra variable que viene a dificultar una emisión de dictamen estrictamente cuantitativa.

Y en el extremo opuesto nos queda hacer alguna referencia a la Gran Invalidez. Aquí nos encontramos con una incapacidad permanente en la que, por sus graves repercusiones, la persona afectada precisa de la asistencia de otra persona para los actos más elementales o esenciales de la vida. Puede ser vestirse, asearse, comer, desplazarse o similares. Para todo ello el paciente va a necesitar de una tercera persona. El proceder médico ha de ser similar a lo ya comentado. En primer lugar debemos fijar los diagnósticos y establecer las repercusiones de los mismos (local, regional o general). Habrá que expresar qué funciones están afectadas en relación con dichas repercusiones o limitaciones y, finalmente, ver si queda una capacidad mínima para esos actos esenciales de la vida diaria. Estos actos hacen referencia a las siguientes cuestiones:

-Alimentación: se entiende que no hacemos referencia exclusiva al simple acto de comer. Es necesario hacer la compra y preparar los alimentos. Por lo tanto aunque hay que ver si existe autonomía suficiente para todo el proceso, en todo caso el único acto individual en dicha secuencia es el hecho mismo de comer, el manejo del cubierto, el llevar el alimento a la boca, la masticación y la deglución. En la realidad cotidiana observamos que en muchas ocasiones el paciente lo único que puede es masticar y deglutir y, a veces, ni eso. Los familiares, cuando el acto de comer falla en alguna conducta de la secuencia suelen decir, con razón, que *hay que darle de comer*.

-Higiene: en cuanto al aseo personal suele ser habitual que el paciente pueda hacer algunas cosas sí y otras no. Muchas limitaciones físicas impiden, por ejemplo, lavarse la cabeza o peinarse, otras veces no pueden entrar en la ducha, etc. En relación con el vestido, es muy

frecuente que vestirse y calzarse correctamente resulten imposibles y, finalmente, las funciones excretoras están muchas veces alteradas. Por ello, asearse, vestirse, calzarse, micción y defecación suelen ser los puntos a valorar.

-Movilidad, desplazamiento: para todo lo anterior es preciso poder moverse, desplazarse. Hay que ir al baño, a la cocina, para ir a la compra, al médico... hemos de valorar pues la ayuda que se precise en este sentido.

-Otros actos elementales: poder coger un teléfono para avisar en caso de necesidad, levantarse a abrir la puerta, poder coger un libro, cambiar de postura y un largo etcétera.

Una vez evaluado todo ello, además de fijar para qué precisa ayuda hay que valorar cuanto tiempo la necesita. Basta con unas horas y para determinados actos, por ejemplo, o se precisa ayuda durante todo el día. Otro aspecto de esencial interés, más en el terreno de la psicopatología, es el riesgo que corre el paciente cuando no está asistido. Por último en la gran invalidez derivada de situaciones no contributivas debe valorarse la capacidad de aprendizaje del paciente de cara a ir supliendo la ayuda de terceras personas.

Por último merece algunas consideraciones la Incapacidad Permanente derivada de accidente de trabajo. Desde el punto de vista médico-legal estimamos que tiene escaso interés la situación en la que claramente un elemento externo resulta evidente en relación con la patología. El nexo de causalidad está, a veces, muy claro. ¿Qué ocurre cuando el elemento externo, exógeno, no está tan claro?. Esta cuestión es de esencial interés en psicopatología. Hoy en día asistimos a un peligro evidente que se traduce en la pretensión de que *todo cuanto ocurre en el trabajo es por causa del trabajo*. Gravísimo error traducido, entre otras cosas, en el bolsillo del contribuyente. Pérez Pineda, García-Blázquez y García-Blázquez Pérez (2000) proponen la siguiente forma de aproximarnos cuando el agente externo no está claro. En primer lugar valorar la patología. En segundo lugar ver si existía patología preexistente, si era conocida o no y si era subclínica aun siendo conocida. Una vez conocida la patología deben analizarse los factores de riesgo para la misma y ver si esos factores de riesgo se dan en el trabajo habitual y, muy importante en psicopatología, valorar si esos factores también se dan fuera. En el terreno de la patología psiquiátrica es muy frecuente que alguien achaque un trastorno de ansiedad al trabajo en pleno proceso de separación matrimonial, sirva como ejemplo. Deberíamos concluir que el factor de riesgo que se da en el trabajo, es excepcional fuera de él para la patología que estamos valorando. Así, aun sin nexo causal de certeza (en psiquiatría, salvo la patología orgánico-cerebral, tóxica y, en discusión, los trastorno de estrés

agudo y postraumático, rara vez se puede hablar de causalidad en relación con *agentes externos*) podríamos considerar que la patología se ha producido como consecuencia del trabajo. En relación con la *causalidad* debemos recordar que hay que valorar *etiología, tiempo y espacio*.

-Etiología: hace referencia a que la causa de la patología está en el trabajo, de forma directa o indirecta (cuando entre el trabajo y la patología hay concausas intermedias como una patología previa, un tratamiento inadecuado, complicaciones, etc.).

-Tiempo: se refiere al hecho de que para hablar de accidente de trabajo, la patología debe ocurrir en tiempo de trabajo (con todas las consideraciones conceptuales sobre el tema, al ir y venir del trabajo, etc.). El nexo puede ser directo (la patología se produce en horario de trabajo y ahí se manifiesta) o indirecto (surge en el trabajo pero se manifiesta en forma más o menos diferida).

-Espacio: se refiere a que la patología surja en el lugar de trabajo, entendiendo esto en un sentido amplio.

Y dado que la consideración de la patología como accidente de trabajo esté mejor *remunerada* no es de extrañar que haya cierta tendencia a buscar esta calificación. Así surge el abuso al que, a nuestro modo de ver, asistimos en los últimos años. Nos podemos encontrar con que un Guardia Civil que prestó servicios en el País Vasco hace 20 años y que no ha tenido patología psiquiátrica hasta ahora, sufra una crisis de ansiedad y comente que *eso me viene de cuando yo estuve allí*. La moda del *mobbing* está haciendo que la patología psiquiátrica y el acoso moral en el trabajo ya casi sean un binomio indisoluble. Por otro lado el nivel de tolerancia a la frustración en una sociedad compulsivamente hedonista ha decrecido tanto que cualquier arbitrariedad laboral se convierte en *acoso despiadado*. Y, por último, no debemos olvidar a muchos profesionales que *se atreven* a *diagnosticar mobbing*, algo que no es un diagnóstico clínico ni es competencia de la medicina juzgar sobre su existencia.

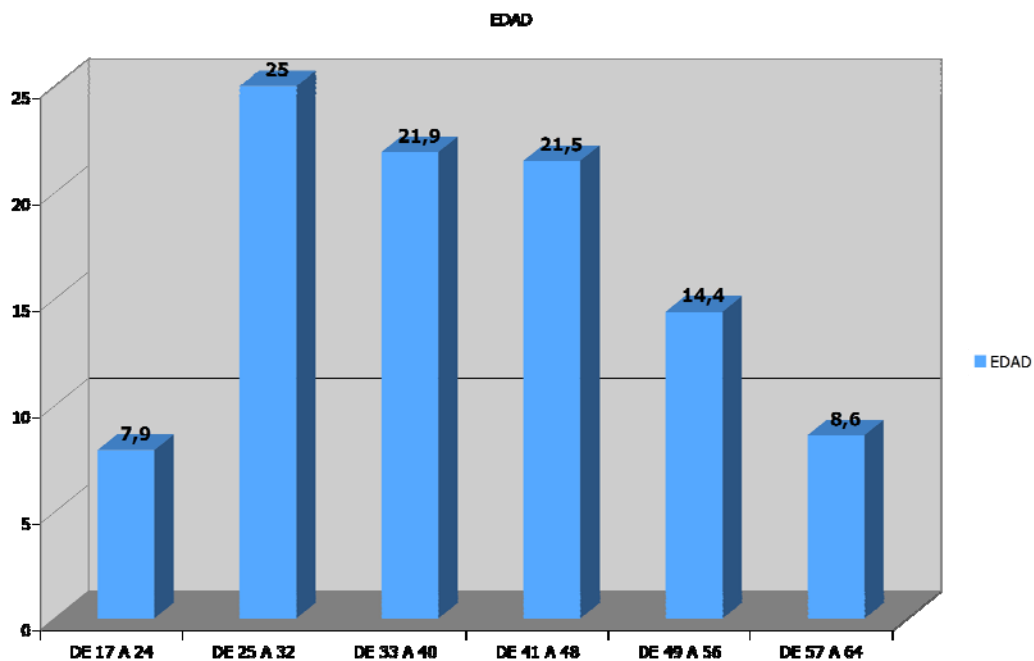
Por último, la Incapacidad Permanente como consecuencia de enfermedad profesional merece algunas consideraciones. Desde el punto de vista normativo se exige que la enfermedad en cuestión está incluida en la relación de enfermedades profesionales que periódicamente suele actualizarse. De no ser así, quedaría por demostrar que la etiología está en el trabajo y no para esa persona en cuestión sino en general para los trabajadores de ese contexto. Tal vez el problema médico legal más relevante en este caso es el de las patologías que pudieran llevar a

la confusión. Por ello, en algunos casos es clara la especificidad y en otros casos no podremos pasar de la presunción. Y otro caso de interés es la situación en la que una patología *ajena* al trabajo es motivo de invalidez pero coexiste con una enfermedad profesional que, sin embargo, en ese momento no es susceptible de invalidez. Tendríamos que valorar en este caso hasta que qué punto esa enfermedad profesional agrava en algún sentido la otra patología.

INCAPACIDAD TEMPORAL Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Entre agosto del año 2000 y julio de 2005 evaluamos un total de 557 pacientes sobre los que se había solicitado valoración psiquiátrica e informe acerca de su capacidad laboral, con o sin tratamiento a cargo, siempre en relación con su situación de incapacidad temporal de causa psiquiátrica. Los pacientes habían sido remitidos por la Mutua que gestionaba dicha incapacidad. En relación con el sexo, el 55,1% eran mujeres y el 44,9% hombres. En cuanto a la edad de los pacientes, la distribución puede verse en la Gráfica 1.

Gráfica 1. Edad de los pacientes evaluados.



Seguindo la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), los pacientes fueron diagnosticados dentro de los siguientes grupos, con la frecuencia siguiente:

TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A ENFERMEDAD, LESIÓN O DISFUNCIÓN CEREBRAL, ENFERMEDAD SOMÁTICA O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPAS (ORG): 26 pacientes.

TRASTORNOS PSICÓTICOS (PSIC). 7 pacientes.

TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS): 78 pacientes.

TRASTORNOS NEURÓTICOS, SECUNDARIOS A SITUACIONES ESTRESANTES Y SOMATOMORFOS (NEUR): 424 pacientes.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA): 8 pacientes.

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD (TP): 4 pacientes.

DUELO (RD): 10 pacientes.

Se observa que de un total de 531 pacientes evaluados, sólo 8 tenían algún diagnóstico incluíble en el grupo de los trastornos de la conducta alimentaria. Ello supone el 1,5% del total. Podríamos concluir que los TCA rara vez causan incapacidad temporal. Naturalmente, muchos pacientes con trastornos alimentarios no están en edad laboral o, dicho de otro modo, se trata de una patología especialmente infanto-juvenil y por lo tanto más de estudiantes que de trabajadores.

Con ocasión de una ponencia relacionada con el tema, en las pasadas Jornadas de Adaner de Cantabria (2007), tuvimos ocasión de comprobar la situación de nuestros pacientes, en tratamiento ambulatorio. Pudimos conocer la situación de 121 pacientes, 5 de ellos varones (4,13%). En cuanto al desempeño de alguna actividad encontramos:

*ESTUDIAN: 54

*TRABAJAN (EN ACTIVO) FUERA DE CASA: 44

*TRABAJAN EN CASA: 10

*INCAPACIDAD TEMPORAL: 2

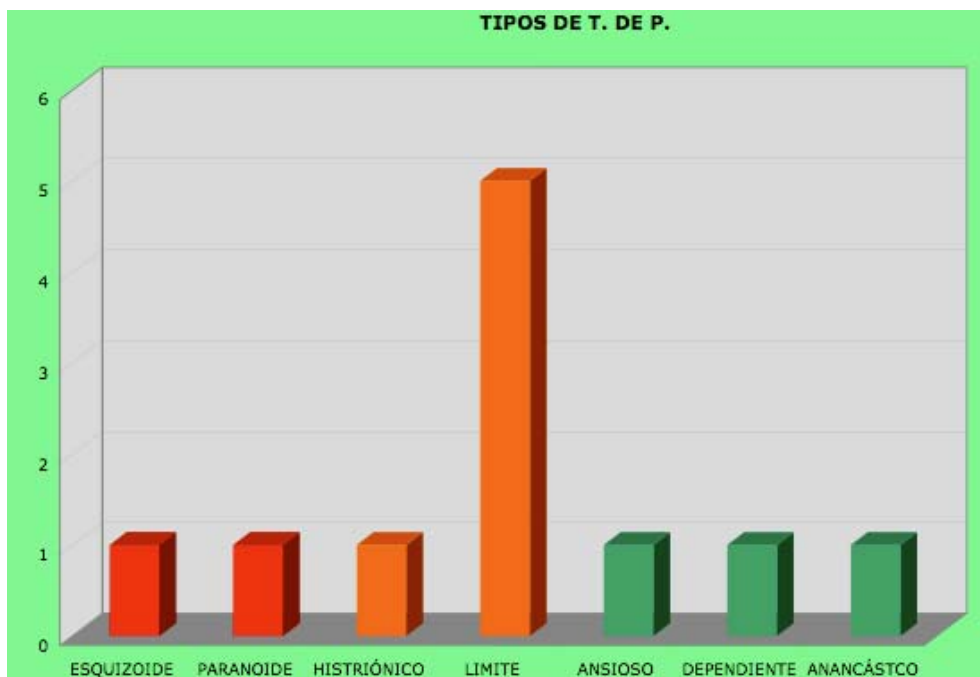
*INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL: 3

*INVALIDEZ NO CONTRIBUTIVA: 8

Se aprecia que, de los que se hallan en el mundo laboral extradoméstico (49 pacientes), el 89,79% se encuentra en activo, 4,08% está en situación de incapacidad temporal y 6,12% tiene una incapacidad permanente. Si se comparan estas cifras con las que tienen que ver con los trastornos adaptativos, se confirma la hipótesis de que los trastornos alimentarios generan poca pérdida de trabajo y, con ello, poco gasto económico derivado de la no productividad. De hecho, en el grupo de la CIE-10 denominado TRASTORNOS NEURÓTICOS, SECUNDARIOS A SITUACIONES ESTRESANTES Y SOMATOMORFOS, se agrupan el 76,12% de los casos de patología psiquiátrica que originan incapacidad temporal.

Un hecho llamativo, encontrado en aquella ocasión, fue que los 11 casos que presentaban una incapacidad permanente o habían sido calificados con una invalidez no contributiva asociaban algún trastorno de la personalidad. Aunque sólo se trata de 11 casos, resulta interesante la distribución de los trastornos de la personalidad, que puede verse en la Gráfica 2.

Gráfica 2. Trastornos de la personalidad en TCA, con incapacidad permanente/invalidez no contributiva.



INCAPACIDAD PERMANENTE Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Visto que la incapacidad temporal no parece representar un gran problema en los TCA (al menos si lo comparamos con las consecuencias laborales de otras patologías psiquiátricas), quisimos ver qué representan estas patologías en el contexto de las incapacidades permanentes. Para ello se hizo una revisión de la Jurisprudencia tomando como herramienta una base de datos, la llamada *LEY NEXUS*. En dicha base de datos se recogen 26 sentencias sobre capacidad laboral en relación con la bulimia nerviosa, entre 1999 y 2007. En cuanto a la bulimia nerviosa se pueden ver 47 sentencias entre 1986 y 2007, siempre en relación con la capacidad laboral. Junto a ellas se recogen datos relacionados con prórrogas de la situación de incapacidad temporal, impugnaciones de alta médica, solicitudes de incapacidad permanente, revisión de grado (para pasar de incapacidad permanente total a absoluta), valoración para pensiones no contributivas y grados de minusvalía.

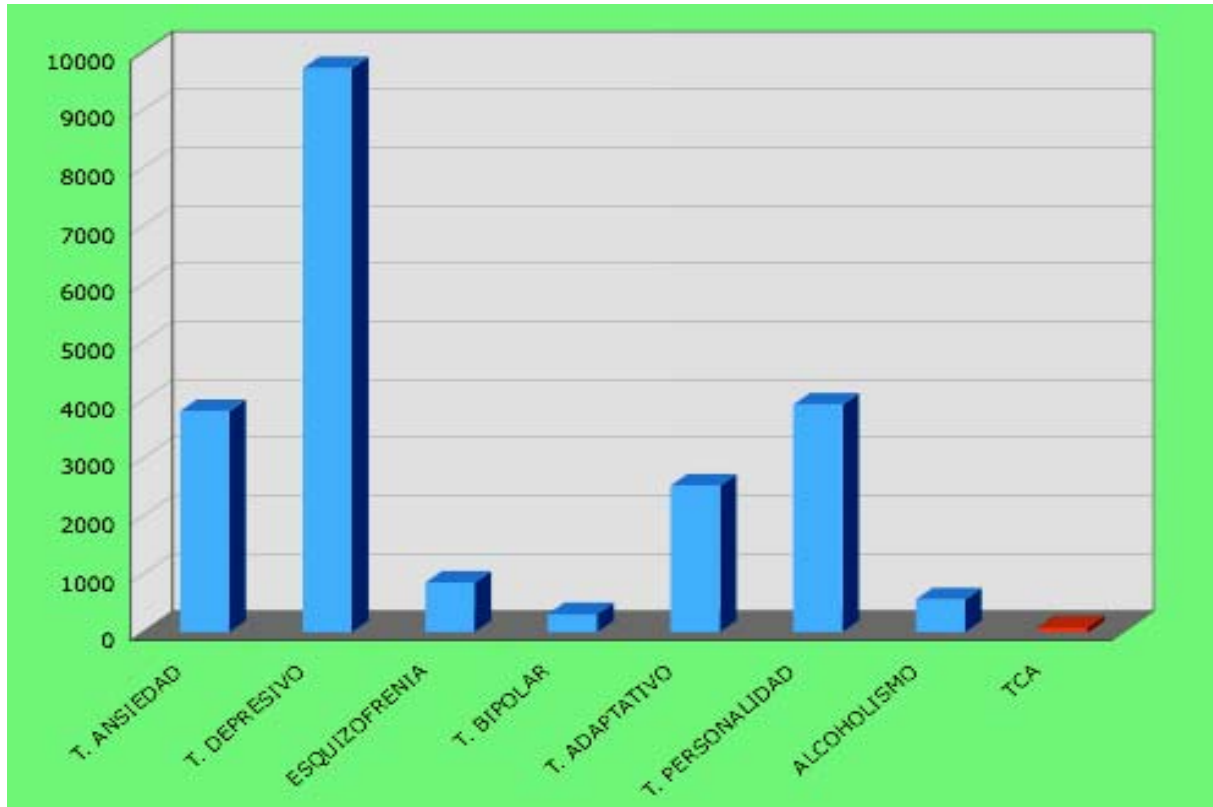
De nuevo queda patente que, en relación con la capacidad laboral, los TCA no resultan especialmente relevantes. En la Tabla I puede verse el número de sentencias sobre incapacidad, por año, en relación con distintas patologías psiquiátricas.

Tabla I. Sentencias sobre capacidad laboral / año para distintas patologías.

| PATOLOGÍA | SENTENCIAS/AÑO |
|---|-----------------------|
| • Alcoholismo: 562 | 25,54 |
| • Esquizofrenia: 851 | 38,68 |
| • Trastorno Bipolar: 310 | 14,09 |
| • Trastornos Depresivos: 9714 | 441,54 |
| • Trastornos de Ansiedad: 3806 | 173 |
| • Trastornos Adaptativos: 2523 | 114,68 |
| • Trastornos de Personalidad: 3918 | 178,09 |
| • ANOREXIA NERVIOSA: | 2,13 |
| • BULIMIA NERVIOSA: | 2,88 |

La Gráfica 3 permite ver los resultados, teniendo en cuenta el número total de sentencias recogidas para cada una de las patologías señaladas.

Gráfica 3. Número de sentencias, por patologías.



Otra cuestión que queda bastante clara en las sentencias estudiadas es que, en general, las prórrogas de Incapacidad temporal suelen desestimarse. Se tiende a considerar el TCA como "definitivo y no incapacitante", con alta a efectos laborales. Del mismo modo, las impugnaciones de alta médica suelen desestimarse.

Las solicitudes de incapacidad permanente, cuando se hacen para cualquier grado (absoluta o, en su defecto, total) suelen ser casi siempre denegadas; si se hace la solicitud de incapacidad permanente total, las resoluciones vienen a seguir lo solicitado en la mitad de los casos; finalmente, cuando se solicita directamente una incapacidad absoluta, las resoluciones la aceptan en el 68,75% de los casos. En este caso, cuando es denegada la incapacidad absoluta, la resolución tiende a ser de incapacidad permanente total. En cuanto a las revisiones de grado, para pasar de una incapacidad permanente total a absoluta, se atiende la demanda en el

40% de los casos, denegándose en el 60%. En caso de mejoría, cuando se pretende pasar de una incapacidad absoluta a una total, también suele denegarse, al igual que cuando desde una situación de incapacidad absoluta se pretende una gran invalidez. Todo ello parece indicar un fenómeno de "arrastre", de inmovilismo sobre la capacidad y el diagnóstico, por lo demás bastante común en psiquiatría.

VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD LABORAL EN TCA

Como en cualquier otra patología, en el ámbito de la psicopatología, hay algunos elementos a tener en cuenta a la hora de determinar la capacidad laboral del paciente. No obstante hay dos cuestiones que merecen una especial consideración:

1.- Déficit en mantenimiento de atención; continuidad y ritmo al ejecutar tareas.

2.- Deterioro o descompensación en la actividad laboral por fracaso en adaptarse a circunstancias estresantes:

- Toma de decisiones.
- Planificación
- Acabar a tiempo las tareas.
- Interacción con jefes/compañeros.

En los TCA debemos reflexionar sobre algunas cuestiones, que pueden ayudarnos a determinar la capacidad real del paciente para un desempeño laboral normalizado. A modo de guía, podrían ser:

- ¿El TCA ha impedido o retrasado la vida académica?.
- ¿Cuánto tiempo ha trabajado el paciente, CON NORMALIDAD, en los 2-3 últimos años?.
- ¿Ha estado reiteradamente de baja?.
- ¿Hay CLARO riesgo de recaída en su trabajo habitual? (esfuerzo físico, manipulación de alimentos, trabajo relacionado con imagen...).

- ¿Hay deterioro biopsicosocial cuantificado? (ansiedad social, habilidades sociales, deterioro cognitivo...).
- ¿Hay comorbilidad? (trastornos de personalidad, trastorno depresivo recurrente, distimia...).

Finalmente algunas preguntas son esenciales, más allá del mero hecho de querer / poder trabajar. No es infrecuente que los pacientes con TCA quieran trabajar, incluso con claro perjuicio para su salud. Sin embargo el trabajo puede ser una espléndida forma de canalizar una hiperactividad conducente al control de peso o a la pérdida del mismo, en este caso bajo la loable apariencia de unos tremendos deseos de trabajar, de hacer algo. Por ello el trabajo debe contemplarse bajo dos perspectivas:

- * Trabajar con normalidad.
- * Trabajar sin riesgo para la salud.

En relación con ello hay que considerar, entre otras cuestiones:

- *¿Puede trabajar con normalidad?
- *¿Puede soportar un horario, una jornada laboral completa?
- *¿Puede ir todos los días a trabajar?
- *¿Puede tolerar límites/normas?
- *¿Es capaz de no poner en riesgo el propio trabajo?
- *¿Se agrava el TCA, con el desempeño laboral?
- *¿Entorpece el tratamiento el hecho de llevar a cabo una actividad laboral?
- *¿Tiene riesgos específicos la actividad laboral?

Cualquier decisión que se tome sin tener en cuenta la situación clínica real del paciente y las peculiaridades de los TCA en relación con la "actividad", será, en todo caso, una decisión poco meditada y, muchas veces, irresponsable.

BIBLIOGRAFÍA

Jáuregui I (2007). *Psicopatología e incapacidad laboral*. Barcelona: Grafema.

Jáuregui I (2007, noviembre). *Evolución de los TCA e incapacidad laboral permanente: ética de la propuesta*. Ponencia presentada en las IX Jornadas sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, Adaner-Cantabria, Santander.

Pérez Pineda, B., García Blázquez, M. y García-Blázquez Pérez, M. (2000). *Fundamentos médico-legales de la incapacidad laboral permanente*. Granada: Comares.

La Ley Digital:

http://www.laleydigital.es/vaps/nex_juris_8_J/inicio.html?origen=NEX&sgid=5827799.80.3.1071328500.25681862