

Evaluación de la aptitud laboral en el enfermo mental

Alfredo Calcedo Barba
Universidad Complutense de Madrid
Hospital Gregorio Marañón

alfredocalcedo@gmail.com

www.psiquiatriaforense.net

MARCO DONDE SURGE EL PROBLEMA

- Actores
 - El trabajador
 - Jefes del trabajador
 - Jefe del Servicio
 - Superiores jerárquicos Departamento de Enfermería, Servicios Centrales, etc.
 - Servicio de Prevención de Riesgos Laborales
 - Servicio de Psiquiatría del propio centro
 - Dirección (médica, enfermería, RR HH)
 - El médico de atención primaria del trabajador

CADA ACTOR TIENE SU PAPEL Y SUS OBJETIVOS

- Trabajador
 - Considera que puede seguir trabajando aunque le recomiendan que no siga.
 - Considera que no debería seguir trabajando aunque le dicen que puede
- Jefes del trabajador/ Dirección
 - Seguridad de los pacientes
 - Entorno laboral tranquilo
- Servicio de prevención de riesgos laborales
 - Salud de los trabajadores
- Servicio de psiquiatría/ MAP
 - Tratar de la mejor manera posible a los pacientes que le llegan

TRABAJADOR QUE NO ACEPTA SU PAPEL DE ENFERMO (1)

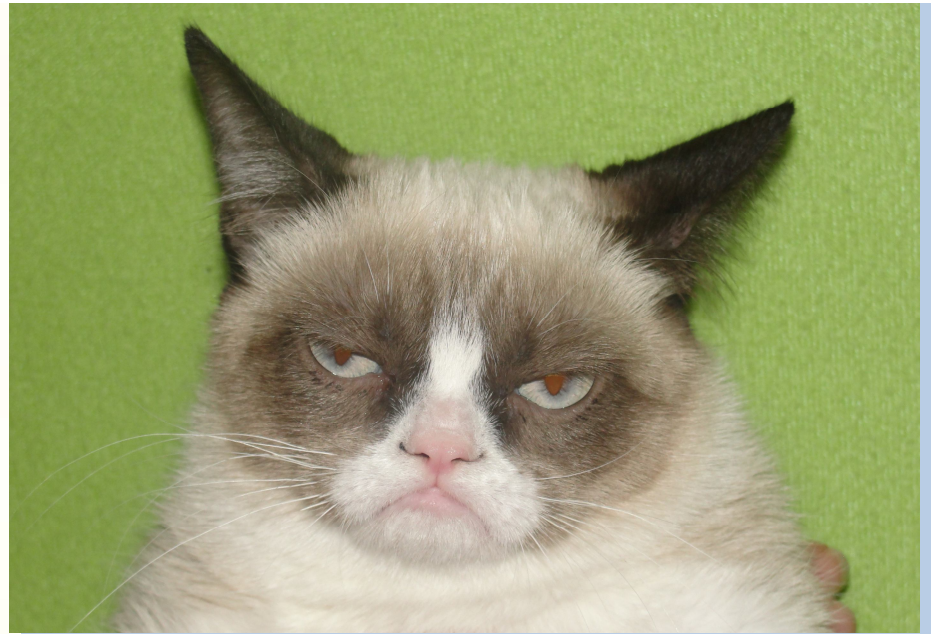
- Dirección tiene tres opciones
 - Vía disciplinaria
 - Aplicación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales
 - Pedir a la Inspección que abra un expediente de incapacidad temporal
- Coacción como elemento de gestión del caso

TRABAJADOR QUE NO ACEPTA SU PAPEL DE ENFERMO (2)

- En cualquiera de las opciones hacen falta argumentos
 - Diagnóstico
 - Repercusión de la enfermedad en las habilidades funcionales necesarias para el desempeño de su puesto de trabajo
 - Nivel de competencias

Implicaciones de la baja laboral en contra de la voluntad del trabajador

- Estigma social
- Agresividad del trabajador contra el sistema, presentando demandas
 - Colegio de Médicos
 - Agencia de Protección de Datos
 - Demanda de Protección al Honor y a la propia imagen
 - Querellas criminales
- Requerimiento de toda la documentación relevante



TRABAJADOR QUE NO ACEPTA SU PAPEL DE ENFERMO (4)

- ¿Quién tiene que valorar la repercusión de la enfermedad en las habilidades funcionales necesarias para el desempeño del puesto de trabajo, y comunicarlo oficialmente?
 - ¿El psiquiatra que ha visto al paciente?
 - ¿El médico del SPRL?
 - ¿El médico de atención primaria?

Propuesta

- La respuesta a la gran pregunta la tiene que realizar
 - El médico del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.
 - El superior inmediato del trabajador enfermo
- Todo debe realizarse bajo el principio de transparencia
 - En algunos casos se puede crear una comisión ad hoc para respaldar la decisión tomada.

Evaluación – los grandes síndromes

- Deterioro cognitivo
- Psicótico
 - Irritabilidad – agresividad
 - Inadecuación social
 - Desorganización
- Adicciones
 - Sustancias energizantes (cocaína, anfetaminas)
 - Sustancias depresoras SNC (alcohol, opiáceos, etc.)
- Acoso laboral
- Conflicto laboral
- Ineptitud (sea o no sobrevenida)
- Conductas psicopáticas
- Trastornos de personalidad

R. D. 1971/1999

- a) **El déficit en el mantenimiento de la concentración, la continuidad y el ritmo en la ejecución de tareas.** Esta función hace referencia a la capacidad para mantener un atención focalizada de modo que la finalización de las tareas laborales se lleve a cabo en un tiempo razonable.

R. D. 1971/1999

- b) **El deterioro o descompensación en la actividad laboral debido al fracaso en adaptarse a circunstancias estresantes**, entendiéndose como tales la toma de decisiones, el planificar y finalizar a tiempo los trabajos, la interacción con jefes y compañeros, etc. El fracaso puede ponerse de manifiesto en forma de retraimiento y/o evitación de dichas circunstancias, también por la aparición o exacerbación de los síntomas del trastorno en cuestión.

R. D. 1971/1999

- b) **El deterioro o descompensación en la actividad laboral debido al fracaso en adaptarse a circunstancias estresantes**, entendiéndose como tales la toma de decisiones, el planificar y finalizar a tiempo los trabajos, la interacción con jefes y compañeros, etc. El fracaso puede ponerse de manifiesto en forma de retraimiento y/o evitación de dichas circunstancias, también por la aparición o exacerbación de los síntomas del trastorno en cuestión.

R. D. 1971/1999

1. Presencia y estudio de los síntomas y signos constituyentes de criterios diagnósticos

1. Evidencia razonable de síntomas ajustados a los criterios diagnósticos definidos en los citados Manuales.
2. Posibilidad de establecer criterios de provisionalidad y/o temporalidad en función del grado de evolución del trastorno o de la carencia de datos en el momento de la valoración. Ante una cronicidad clara y estable la calificación ha de ser definitiva.
3. Posibilidad de solicitar informes psiquiátricos y/o psicológicos complementarios que permitan conocer

R. D. 1971/1999

d) Ajuste de la valoración al tipo de trastorno, teniendo en cuenta el **criterio de gravedad del mismo**. Así, aun cuando a nivel teórico no se establecen límites en las posibilidades de valoración de cada uno de los trastornos. Es obvio que no todos presentan el mismo abanico de deterioro, siendo en algunos invariable –psicosis o depresiones mayores– y en otros, muy estrecho - distimias o trastornos de personalidad.

En la práctica habrá que tener como **punto de referencia la prevalencia estadística** que proporcionan los estudios de la población general (DSM IV, etc.), distinguiendo entre rasgos y trastorno. Los rasgos sólo se constituirán en trastorno cuando sean inflexibles, desadaptativos y persistentes.

Nuevo contexto

- Menor absentismo
- Reducciones salariales
 - Globales
 - Estando de baja
- Tendencia a que haya cada vez más situaciones de ineptitud laboral sobrevenida en la que el trabajador pretenda seguir trabajando