



UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Facultad de Medicina

DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA HUMANA,

MEDICINA LEGAL E HISTORIA DE LA CIENCIA

***PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS COMO
CAUSA DE INCAPACIDAD PERMANENTE***



Memoria de Tesis para aspirar al grado de Doctor en Medicina y Cirugía

***Directores de tesis:* Dr. D. Ignacio Santos Amaya, Dra. Dña. Leticia O. Rubio Lamia,
Dr. D. Santiago Cabuchola Moreno**

***Doctorando:* M^a Begoña Rodríguez Gallego**

Málaga 2015



Publicaciones y
Divulgación Científica

AUTOR: María Begoña Rodríguez Gallego

 <http://orcid.org/0000-0002-7470-9640>

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): riuma.uma.es



Ignacio Miguel Santos Amaya, Profesor Titular del Área de Medicina Legal y Forense de la Universidad de Málaga, Leticia Olga Rubio Lamia, Profesora Ayudante Doctora del Área de Medicina Legal y Forense de la Universidad de Málaga y Santiago Cabuchola Moreno, Médico Evaluador Jefe de la Unidad Médica del Equipo de Valoración de Incapacidades de la Dirección Provincial del INSS de Málaga

CERTIFICAN

Que el trabajo que presenta para aspirar al grado de doctor D^a. Begoña Rodríguez Gallego, titulado "Patologías Psiquiátricas como causa de Incapacidad Permanente", se ha realizado bajo nuestra dirección y reúne los requisitos académicos, formales y de calidad necesarios para que pueda ser defendido públicamente ante el Tribunal que se constituya para tal fin.

Y para que conste a los efectos oportunos, se expide el presente en Málaga a 11 de noviembre de 2015.

Fdo.: IM Santos Amaya

Fdo.: LO Rubio Lamia

Fdo.: S. Cabuchola Moreno

*A mi marido, José Miguel,
y a nuestros hijos Alicia, Paloma, Carmen y Miguel.*

AGRADECIMIENTOS:

A mis directores de tesis:

Prof. Dr. D. Ignacio Santos Amaya, Vicedecano de Ordenación Académica y Calidad, y profesor titular del área de Medicina Legal y Forense de la Facultad de Medicina de Málaga, por darme la oportunidad de volver a sentirme universitaria después de tanto tiempo al permitir y facilitar que realizara en el departamento la presente memoria de tesis doctoral.

Prof. Dra. Dña. Leticia Olga Rubio Lamia, Secretaria de departamento y profesora del área de Medicina Legal y Forense de la Facultad de Medicina de Málaga, por sus certeras indicaciones y correcciones, y por la tranquilidad transmitida durante la realización de este trabajo en los momentos en que más la necesité.

Prof. Dr. D. Santiago Cabuchola Moreno, profesor asociado del área de Medicina Legal y Forense de la Facultad de Medicina de Málaga e Inspector Médico Jefe de la Unidad Médica del Equipo de Valoración de Incapacidades de Málaga, por su claridad de ideas, por su calidad humana y por su apoyo en todo momento, pero sobre todo por transmitirme el orgullo de ser Inspector Médico.

A mis compañeros de la Unidad Médica del Equipo de Valoración de Incapacidades, a todos ellos, por compartir día a día y durante años ya, el trabajo no siempre comprendido de la valoración laboral, en el que conviven juntos las dudas y el estudio, el compañerismo y la comprensión, el cansancio y el nuevo ánimo para seguir hacia delante.

A José Miguel Ramos, mi esposo, mi compañero de vida y mi apoyo siempre, por todo, pero en este caso por enseñarme el manejo de los programas informáticos, estadísticos y de procesamiento de bibliografía, necesarios para poder llevar a cabo este trabajo.

A los médicos, adjuntos y residentes, que compartieron conmigo el período de Médico Interno Residente de Cirugía en el Hospital

Ramón y Cajal de Madrid porque, cada uno a su modo, me enseñaron que en medicina el esfuerzo y estudio siempre tienen sentido, y que la ilusión ejerciendo tu profesión nunca debe perderse.

A mis padres y hermanas, porque sin ellos no hubiera llegado a ser yo. y por supuesto a mis hijos que, en esta tarea como en tantas otras, han confiado siempre en mí.

ÍNDICE GENERAL

1.INTRODUCCIÓN	1
1.1.IMPORTANCIA DE LAS PATOLOGIAS PSIQUIÁTRICAS	4
1.1.1. Programa mundial en salud mental (OMS,2002)	4
1.1.2. Mejora y ampliación de la atención a trastornos mentales (OMS, 2008)	5
1.1.3. Informe sobre Salud Mental del Parlamento Europeo	7
1.1.4. Plan Estratégico 2011-2013 CIBERSAM	8
1.1.5. Plan Estratégico de Salud Mental de Andalucía	12
1.1.6. Estudio ESEMeD-España	13
1.2. INCAPACIDAD LABORAL PERMANENTE (INVALIDEZ)	15
1.2.1. Concepto y clases	15
1.2.2. Grados de incapacidad permanente	16
1.2.3. Calificación y revisión de la incapacidad permanente	17
1.3. PENSIÓN DE ORFANDAD	18
2. OBJETIVOS	19
2.1. HIPOTESIS	20
2.2. OBJETIVOS	21
3. MATERIAL Y MÉTODO	22
3.1. REALIZACIÓN DE LOS EXPEDIENTES DE INCAPACIDAD PERMANENTE QUE SERÁN REVISADOS	23
3.1.1. Expedientes de incapacidad permanente y expedientes de orfandad	23
3.1.2. Expedientes procedentes de incapacidad temporal	29
3.1.3. Expedientes de revisión de grado	33
3.2. REVISIÓN DE LOS EXPEDIENTES DE INCAPACIDAD PERMA- NENTE EN EL PERIODO A ESTUDIAR	35
3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE LOS EXPEDIENTES REVISADOS EN EL ESTUDIO A REALIZAR	37

3.4. RECOGIDA DE DATOS Y VARIABLES EVALUADAS	38
4. RESULTADOS	42
4.1.1 SEXO	44
4.1.2. EDAD	45
4.1.3. TRABAJO	48
4.1.4. DIAGNÓSTICO	50
4.1.5. DICTAMEN	52
4.1.6. TIPO DE EXPEDIENTE	54
4.1.7. TRATAMIENTO	55
4.1.8. ANTECEDENTES	57
4.2.1. RELACIÓN ENTRE VARIABLES SEXO-EDAD	59
4.2.2. RELACIÓN ENTRE VARIABLES SEXO-TRABAJO	61
4.2.3. RELACIÓN ENTRE VARIABLES SEXO-DIAGNÓSTICO	63
4.2.4. RELACIÓN ENTRE VARIABLES SEXO-TIPO DE EXPEDIENTE	65
4.2.5. RELACIÓN ENTRE VARIABLES SEXO-TRATAMIENTO	66
4.2.6. RELACIÓN ENTRE VARIABLES SEXO-DICTAMEN	67
4.2.7. RELACIÓN ENTRE VARIABLES ANTECEDENTES-SEXO	69
4.2.8. RELACIÓN ENTRE VARIABLES EDAD-TIPO EXPEDIENTE	70
4.2.9. RELACIÓN ENTRE VARIABLES DIAGNÓSTICO-TRABAJO	72
4.2.10. RELACIÓN ENTRE VARIABLES DIAGNÓSTICO-DICTAMEN	76
4.2.11. RELACIÓN ENTRE VARIABLES TRATAMIENTO-DICTAMEN	79
4.2.12. RELACIÓN ENTRE VARIABLES TIPO EXPEDIENTE-DICTAMEN.....	81
4.2.13. RELACIÓN ENTRE VARIABLES ANTECEDENTES-TIPO EXPEDIENTE ..	82
4.2.14. RELACIÓN ENTRE VARIABLES EDAD-DIAGNÓSTICO	84

5. DISCUSIÓN	85
5.1. ANÁLISIS DE LA VARIABLE SEXO	87
5.1.1. Relación sexo-edad	88
5.1.2. Relación sexo-trabajo	89
5.1.3. Relación sexo-diagnóstico	89
5.1.4. Relación sexo-tipo de expediente	90
5.1.5. Relación sexo-tratamiento	91
5.1.6. Relación sexo-dictamen	91
5.1.7. Relación sexo-antecedentes	91
5.2. ANÁLISIS DE LA VARIABLE EDAD	91
5.3. ANÁLISIS DE LA VARIABLE TRABAJO	93
5.4. ANÁLISIS DE LA VARIABLE DIAGNÓSTICO	94
5.5. ANÁLISIS DE LA VARIABLE TIPO DE EXPEDIENTE	96
5.6. ANÁLISIS DE LA VARIABLE DICTAMEN	97
5.7. ANÁLISIS DE LA VARIABLE TRATAMIENTO	99
5.8. ANÁLISIS DE LA VARIABLE ANTECEDENTES	99
6. CONCLUSIONES	101
7. BIBLIOGRAFÍA	104
ANEXOS	111
CLASIFICACION DE TRASTORNOS MENTALES (CIE 10)	112
CLASIFICACIÓN NACIONAL DE OCUPACIONES (CNO 11)	123

1.INTRODUCCIÓN

La situación de incapacidad laboral, tanto en su aspecto temporal como permanente, tiene un importante peso humano, social y económico en nuestra actual sociedad de bienestar. Las personas en edad laboral lo normal, y por tanto deseable, es que estén ejerciendo su trabajo. Una ruptura laboral temporal conlleva una cierta desubicación en el rol familiar y social que se venía ejerciendo implicando, por ejemplo, una pérdida o retraso en la carrera profesional, situación que es más evidente cuando el trabajador ha debido invertir una cantidad importante de esfuerzo y tiempo en reunir los requisitos exigidos en el mercado laboral, es decir, ha debido formarse previamente. Cuando la incapacidad es ya permanente el enfrentarse a una situación que se prevé prácticamente como definitiva exige evitar una pérdida de autoestima y una adaptación a una nueva circunstancia que no era esperable en los planes de vida futuros. Respecto a la carga económica en nuestro sistema de protección social baste decir que la incapacidad temporal laboral es la partida que mayor gasto genera en el Sistema Nacional de Salud, pues representa aproximadamente el 65% del gasto sanitario total en España¹. La incapacidad permanente implica económicamente y a efectos prácticos una jubilación de personas jóvenes, en edad productiva, inclinando aún más la balanza negativa entre las rentas obtenidas por el trabajo y el gasto que supone el pago de las pensiones.

Al hablar de la actividad laboral en los enfermos mentales un aspecto en el que hay un gran margen de mejora es el relativo al trabajo protegido o supervisado. No es lo mismo que las personas puedan trabajar al cien por cien de sus posibilidades que no puedan hacer nada en absoluto. Como afirma Celso Arango² la mayoría de las personas que padecen trastornos mentales graves pueden desarrollar trabajos parciales o con apoyo. De esta forma, se sienten útiles con la sociedad y, además, la sobrecarga económica es menor por la productividad que generan. Cuesta comprender por qué no se invierte más en puestos laborales para estas personas que, en su mayoría, terminan cobrando una pensión que les imposibilita para cualquier tipo de actividad laboral.

En el presente estudio se va abordar aspectos concretos de la incapacidad permanente. El acceso a esta prestación supone una serie de etapas o procedimientos, los cuales se traducen en requisitos que deben cumplirse. En el reconocimiento del derecho del trabajador a la percepción de esta prestación de seguridad social, la valoración médica ocupa un lugar prioritario. Las patologías médicas que padezca el paciente, o más bien las limitaciones funcionales que estas conlleven, serán recogidas en el Informe Médico de Síntesis (IMS)³ el cual, aun no siendo vinculante para la resolución final, sí es preceptivo y constituye el centro de todo este proceso. Será un órgano colegiado, el Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI) el que evalúe cada expediente considerando, además del IMS, las características o tareas que configuran el trabajo del paciente y los requisitos administrativos-económicos de cotización exigibles. Con toda esta información concluirá un dictamen propuesta⁴ que elevará al Director Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS). Será éste quien finalmente ratificará o no, la incapacidad laboral y su tipo. La resolución del Director Provincial del INSS no es el final del proceso ya que, en caso de que el interesado no esté de acuerdo con la misma, puede recurrir a las distintas instancias de la jurisdicción laboral.

La labor del médico inspector como médico evaluador es confeccionar el mencionado IMS, basándose en los síntomas referidos por el paciente, los signos objetivados en la exploración del trabajador en la consulta, los resultados de las pruebas diagnósticas complementarias y en los informes de los médicos especialistas o de atención primaria que habitualmente siguen y tratan al paciente. La finalidad de las conclusiones del IMS es que estas sean acordes con la real capacidad laboral del trabajador.

Existe una gran diferencia entre las patologías de tipo físico en las que es posible obtener datos objetivos, bien por la exploración, bien por los resultados de las pruebas, y las patologías mentales donde deben buscarse otros indicadores o parámetros que ayuden a evaluar la afectación funcional⁵. La importancia de esta labor de búsqueda de puntos de apoyo objetivos en la evaluación laboral de los trastornos mentales es más clara cuando se comprueba la frecuencia de estas patologías como responsables de la incapacidad laboral. Así en España, de las tres entidades que se consideran principales causas de incapacidad temporal, dos son psiquiátricas: la ansiedad y la depresión. A nivel mundial la tercera parte de los casos de discapacidad se deben a trastornos mentales⁶. En la clasificación en función de los años de vida perdidos por discapacidad, cuatro trastornos mentales figuran entre las diez primeras posiciones: los trastornos depresivos unipolares, la esquizofrenia, el trastorno por abuso de alcohol y el trastorno bipolar. Las proyecciones llevadas a cabo por la OMS para el año 2020 apuntan a que la importancia relativa de los trastornos mentales ascenderá a un 14% del total, debido fundamentalmente a la mayor expectativa de vida en la población y a la disminución de la carga atribuible a las enfermedades infecciosas. En España en 2013, el 10,3% de las pensiones contributivas de la seguridad social fueron por incapacidad permanente, existiendo 935.220 pensionistas por esta causa, lo que representa un gasto anual de aproximadamente 1.186 millones de euros⁷.

En el presente trabajo se estudiarán las características o factores de las patologías psiquiátricas que determinan el que estos procesos impliquen incapacidad permanente laboral. Para ello se realizará una revisión de los expedientes de incapacidad permanente valorados en el EVI entre marzo y septiembre de 2013 en los que el diagnóstico, único o principal, ha sido una patología psiquiátrica. Dado que esto serán los primeros pasos en este sentido en nuestra Unidad Médica de Valoración de Incapacidades, se ha considerado que debe comenzarse por un estudio descriptivo que proporcione una información general sobre los mismos y permita en un futuro concretar o ampliar dicho estudio.

Realmente pocos son los estudios médicos relativos a la incapacidad laboral y aún menos los que se refieren en concretos a la enfermedades mentales. Es preciso un análisis epidemiológicos de esta prestación, crear en definitiva un mapa de la incapacidad en España en que se recojan datos epidemiológicos en incapacidad laboral, se haga un análisis situacional de la misma con información sobre la distribución, frecuencia, factores determinantes, predicciones y control de los factores relacionados, obteniendo los distintos patrones de la enfermedad y sus consecuencias sobre la incapacidad laboral.

1.1. IMPORTANCIA DE LAS PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS

Los organismos internacionales, nacionales y autonómicos implicados en la salud de la población han reconocido la importancia de las patologías psiquiátricas. En consecuencia han publicado varios trabajos al respecto y elaborado diferentes programas. Entre ellos destacan:

1.1.1 OMS - Programa Mundial de Acción en Salud Mental, 2002, mhGAP: Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental⁶

En este programa la OMS llama la atención sobre la necesidad de actuar frente a los trastornos mentales. Una de cada cuatro personas, es decir el 25% de la población, sufre en algún momento de la vida de al menos un trastorno mental. Actualmente hay 450 millones de personas con trastornos mentales en países tanto desarrollados como en desarrollo. Los problemas de salud mental constituyen cinco de las diez principales causas de discapacidad en todo el mundo, lo que supone casi un tercio del total de la discapacidad mundial. Los trastornos con mayor peso son la depresión, el abuso de sustancias, la esquizofrenia y la demencia. Esta carga cobra un elevado tributo en forma de sufrimiento, discapacidad y pérdidas económicas. Aunque los trastornos mentales afectan a personas de todos los grupos sociales y países, los pobres los sufren de forma desproporcionadamente mayor. Además, dado que la longevidad aumenta y las poblaciones envejecen, en las próximas décadas aumentará el número de afectados por trastornos mentales, así como la carga consiguiente.

Los trastornos mentales entrañan evidentes costos económicos. Las personas enfermas y sus familiares o las personas que cuidan de ellos a menudo pierden productividad en el hogar y en el trabajo. Las pérdidas de ingresos, junto a la posibilidad de incurrir en enormes gastos de salud, pueden dejar maltrecha la economía de los pacientes y sus familiares, generando o agravando condiciones de pobreza. Allí donde se han estudiado las repercusiones económicas de los trastornos mentales se han obtenido cifras abrumadoras. El conjunto más completo de estimaciones proviene de los Estados Unidos de América, donde la carga económica total se ha estimado en 148 000 millones de dólares anuales. Un considerable porcentaje de esos gastos totales puede atribuirse a la discapacidad laboral y a las pérdidas de productividad que de ella se derivan. Según esos cálculos, el costo total de los trastornos mentales se acercaba al 2,5% del producto nacional bruto estadounidense.

AVAD (1990-2020) por grandes grupos de causas en los países en desarrollo (hipótesis de referencia). Fuente: OMS, Pruebas Científicas e Información para las Políticas, 2000

AVAD = Años de Vida Ajustados en función de la Discapacidad

CAUSAS	PORCENTAJE 1990	PORCENTAJE 2020
Enf.transmisibles, enf.maternas y perinatales, enf.carenciales	49	22
Traumatismos	15	21
Trastornos neuropsiquiátricos	9	14
Enfermedades no transmisibles	27	43

Los trastornos mentales tienen también una serie de consecuencias sobre la evolución y el desenlace de afecciones crónicas asociadas, como el cáncer, las cardiopatías coronarias, la diabetes o el VIH/SIDA. Numerosos estudios han revelado que las personas con trastornos mentales no tratados son más propensas a observar una conducta negligente en relación con su salud, incumplir el tratamiento médico que tienen prescrito, padecer disfunciones del sistema inmunitario y sufrir una evolución negativa de su enfermedad. Se ha demostrado, por ejemplo, que los pacientes afectados de depresión tienen tres veces más probabilidades de contravenir las prescripciones médicas que los no afectados, y que la depresión es un factor predictivo de la incidencia de cardiopatías.

1.1.2. OMS - Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias, del programa mhGAP, 2008⁸

El 14% de la carga mundial de morbilidad, medida en años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVDAD), puede atribuirse a las patologías psiquiátricas. Los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias son prevalentes en todas las regiones del mundo y son los principales factores que contribuyen a la morbilidad y la mortalidad prematura. En todo el mundo, los estudios epidemiológicos basados en la comunidad han estimado que las tasas de prevalencia en el curso de la vida de los trastornos mentales en adultos son del 12,2-48,6% y que las tasas de prevalencia de 12 meses alcanzan el 8,4-29,1%. Cerca del 30% de la carga total de enfermedades no transmisibles se debe a estos trastornos. Los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias se vinculan de manera compleja con muchas otras afecciones.

Las condiciones prioritarias que se han identificado siguiendo los criterios ya indicados por el *mhGAP* son la depresión, la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, el suicidio, la epilepsia, la demencia, los trastornos debidos al consumo de alcohol, los trastornos por consumo de drogas ilícitas y los trastornos mentales infantiles. Estos trastornos son comunes en todos los países donde se ha examinado su prevalencia, y afectan sustancialmente la capacidad de aprender de los niños y la capacidad de los adultos de desenvolverse en el ámbito familiar, laboral y social. Dado que son sumamente prevalentes, persistentes y causan discapacidad, contribuyen de forma importante a la carga total de morbilidad. La discapacidad es la responsable de la mayoría de la carga atribuible a estos trastornos; sin embargo, la muerte prematura -en especial el suicidio- también es importante.

En la selección de los países a los que se debe dar mayor apoyo podrían utilizarse muchos criterios. Uno de ellos podría ser la carga de trastornos mentales. El enfoque utilizado en el proyecto de la Carga Mundial de Morbilidad fue usar los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) como un indicador descriptivo de la salud de la población según las categorías de enfermedades y de riesgo. Por ejemplo, el total de los años de vida ajustados en función de la discapacidad puede usarse como una medida de la carga de morbilidad para identificar a los países con ingresos bajos y medios-bajos que tienen las mayores cargas de condiciones prioritarias. También pueden usarse los años de vida ajustados en función de la discapacidad por 100.000 habitantes para medir la carga de morbilidad.

La depresión es el principal factor que contribuye a la carga de enfermedades no mortales y es responsable de un gran número de AVAD perdidos a escala mundial. Es la cuarta causa principal de carga de morbilidad (en AVAD) a nivel mundial y se prevé que subirá en esta escala hasta ser la segunda causa principal en el 2030. La prevalencia calculada de trastorno depresivo mayor o distimia a lo largo de toda la vida es del 4,2-17% (media ponderada:12,1%). Es un factor de riesgo de suicidio y de muchas enfermedades no transmisibles, como el accidente cerebrovascular, la cardiopatía coronaria y la diabetes de tipo II. La depresión comórbida es un factor predictivo de resultados adversos (por ejemplo, mayor mortalidad después de infarto de miocardio). La infección por el VIH-1 se asocia a una mayor incidencia de depresión; el cumplimiento del tratamiento antirretroviral se ve afectado por la depresión concomitante. Se ha demostrado que el cumplimiento del tratamiento antirretroviral mejora cuando se trata la depresión comórbida.

El riesgo de padecer a lo largo de la vida esquizofrenia es del 0,08-0,44% y el de psicosis no afectivas alcanza el 0,64- 1,68%. La prevalencia de vida de las psicosis no afectivas es del 0,3-1,6%. El 1,1% de todos los AVAD perdidos se debe a la esquizofrenia. El 2,8% del total de años vividos con discapacidad se debe a la esquizofrenia, ya que este trastorno se asocia a aparición temprana, duración prolongada y discapacidad grave. Es factor de riesgo de suicidio. En la esquizofrenia suele producirse abuso de sustancias. Socialmente la esquizofrenia es uno de los trastornos más estigmatizantes que lleva con frecuencia a la consiguiente violación de los derechos humanos y discriminación en áreas como el empleo, la vivienda y la educación.

El 4,4% de la carga de morbilidad mundial es atribuible al consumo de alcohol. Los trastornos neuropsiquiátricos por consumo de alcohol, incluida la dependencia alcohólica, representan el 34% de la carga de morbilidad y discapacidad, que es atribuible al alcohol. En algunos países de las Américas y Europa del Este, la prevalencia estimada de trastornos por consumo de alcohol es cercana al 10%. El consumo de alcohol se relaciona causalmente con más de 60 condiciones codificadas por la Clasificación Internacional de Enfermedades, como el daño hepático, el daño pancreático, el suicidio, las lesiones involuntarias y los trastornos hormonales.

Se calcula que en todo el mundo hay 200 millones de personas que consumieron drogas ilícitas en 2005-2006. Se ha calculado que en los países desarrollados el costo económico del consumo de drogas ilícitas es del 0,2–2% del producto interno bruto. En el año 2000 a escala mundial el uso ilícito de opioides representó el 0,7% de los AVAD. Se calcula que el 3,8% de la población mundial mayor de 15 años consume cannabis. Pese a que representa cerca del 80% del consumo de drogas ilícitas en todo el mundo, no se conoce bien la mortalidad y la morbilidad atribuibles a su uso, ni siquiera en los países desarrollados.

Basándose en los programas mhGAP de 2002 y 2008, la OMS ha establecido el *Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020*⁹ que es de alcance mundial y tiene por objeto proporcionar orientaciones para los planes de acción nacionales. En él se aborda la respuesta del sector social y de otros sectores pertinentes, así como las estrategias de promoción y prevención, con independencia de la magnitud de los recursos.

1.1.3. Informe sobre Salud Mental del Parlamento Europeo, procedimiento 2008/2209 INI.¹⁰

En este documento se recogen las propuestas del Parlamento Europeo respecto a la salud mental. Del mismo destacamos las referencias expresas, en forma de declaraciones y peticiones, relativas al cuidado y atención de la salud mental en el lugar de trabajo.

- Declara que el lugar de trabajo desempeña un papel central en la integración social de las personas con problemas de salud mental y pide que, con respecto a estas personas, se apoye su contratación, mantenimiento, rehabilitación y reintegración en el puesto de trabajo, prestando especial atención a la integración de los grupos más vulnerables, incluidas las comunidades étnicas minoritarias.
- Insta a los Estados Miembros a promover el estudio de las condiciones de trabajo que puedan facilitar la aparición de trastornos mentales, especialmente entre las mujeres.

- Pide a los Estados miembros que fomenten y lleven a la práctica cursos de formación profesional específicos para personas con problemas de salud mental, teniendo en cuenta sus capacidades y su potencial, con el fin de facilitar su integración en el mercado de trabajo y de desarrollar programas de reintegración en el lugar de trabajo; subraya también la necesidad de una formación adecuada de empleadores y trabajadores para hacer frente a las necesidades específicas de las personas con problemas de salud mental.
- Pide a los empleadores que promuevan un ambiente de trabajo saludable, prestando atención al estrés laboral, a las causas de la aparición de trastornos mentales en el lugar de trabajo y a la lucha contra los mismos.
- Pide a la Comisión que requiera a las empresas y organismos públicos que publiquen anualmente un informe sobre sus políticas y sus acciones en materia de salud mental con los mismos criterios empleados para informar sobre la salud física y la seguridad en el trabajo.
- Insta a los empleadores a que, en el marco de sus estrategias de salud y seguridad en el trabajo, adopten programas que promuevan la salud emocional y mental de sus trabajadores, faciliten opciones de apoyo que sean confidenciales y no estigmatizadoras e introduzcan políticas antiacoso y pide a la Comisión que los publique en Internet, con el fin de difundir los modelos positivos.
- Pide a los Estados miembros que aseguren que las personas que tengan derecho a recibir subsidios por enfermedad o incapacidad debidas a problemas de salud mental no se vean privadas del derecho al empleo, y que no pierdan los beneficios derivados de su incapacidad o enfermedad en cuanto encuentren un nuevo empleo.
- Pide la plena y efectiva aplicación por los Estados Miembros de la Directiva 2000/78/CE¹¹, de 27 de noviembre de 2000, relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación.

1.1.4. Plan Estratégico 2011-2013 CIBERSAM, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental. Ministerio de ciencia e investigación. Instituto de Salud Carlos III.¹²

Las enfermedades mentales son consideradas como un problema de salud pública de primer orden, con una gran repercusión sobre la morbi-mortalidad, la calidad de vida de pacientes y familiares y el uso de recursos del sistema sanitario. En su conjunto, los trastornos mentales constituyen la causa más frecuente de carga de enfermedad en Europa, por delante de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer. Además, su impacto en la calidad de vida

es superior al de enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardíacas y respiratorias.

A nivel mundial se considera que una de cada cuatro personas padece alguna enfermedad mental a lo largo de su vida. Unos 450 millones de personas en todo el mundo padecen alguna enfermedad mental. Un tercio de los años vividos con discapacidad pueden atribuirse a trastornos neuropsiquiátricos. Globalmente, el 12% de ellos se deben únicamente a la depresión. Las enfermedades mentales suponen el 40% de las enfermedades crónicas y la mayor causa de los años vividos con discapacidad. El impacto de los trastornos mentales en la calidad de vida es superior al que tienen otras enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardíacas y respiratorias. Se espera que en 2020 la depresión sea la causa de enfermedad número uno en el mundo desarrollado.

En España, se considera que aproximadamente el 9% de la población padece en la actualidad algún tipo de trastorno relacionado con la salud mental y que algo más del 25% lo padecerá a lo largo de su vida. En el año 1998, estas enfermedades supusieron en nuestro país un coste total de aproximadamente 3.000 millones de euros, entre costes directos (hospitalización, medicamentos...) e indirectos (invalidez, pérdida de vida laboral, muertes prematuras...). La depresión ocupa el cuarto lugar entre las causas de morbilidad y se prevé que en el año 2020 pase a ser la segunda. Los trastornos mentales graves (mayoritariamente la esquizofrenia y el trastorno bipolar) son menos frecuentes que los comunes y, en general, más discapacitantes, y suponen además una mayor carga para la familia de los afectados. El cuidado del paciente con esquizofrenia, por ejemplo, supone de 6 a 9 horas diarias para las personas que los cuidan, generalmente mujeres, lo que conlleva también efectos negativos en su vida laboral, social y familiar, cuando no la aparición de problemas de salud mental para los propios cuidadores. El suicidio se relaciona con una gran variedad de trastornos mentales graves. La tasa de mortalidad por suicidio ajustada para la edad y el sexo de las personas que padecen un trastorno esquizofrénico es 9 veces mayor que la de la población general. En la depresión mayor el riesgo se multiplica por 21. En cuanto a cifras globales, es de destacar que España se encuentra entre los países europeos con menores tasas de suicidios (de 2000 a 2004 esta tasa ha bajado de 6,35 a 5,32 casos por cada 100.000 habitantes).

El 9% de la población española padece en la actualidad una enfermedad mental, estimándose que entre un 19% y un 26% de la población padecerá un trastorno mental a lo largo de su vida, cifra que se prevee aumentará considerablemente en el futuro. Más de la mitad de las personas que necesitan tratamiento no lo reciben y de las que están en tratamiento, un porcentaje significativo no recibe el adecuado. Se estima que la repercusión económica de las enfermedades mentales en España tuvo un coste total, en 1998, de 3.005 millones de euros. Un 1% de la población desarrollará alguna forma de esquizofrenia a lo largo de su vida. En España la padecen 400.000 personas y se cree que muchas otras están sin diagnosticar. La tasa de mortalidad por suicidio ajustada para la edad y el sexo de las personas que padecen un trastorno esquizofrénico, es 9 veces mayor que la de la población general. En la depresión mayor, el riesgo de suicidio se multiplica por 21, en los trastornos de la alimentación, por 33 y en las toxicomanías, por 86. Según los últimos datos publicados por

el INE (2008), los trastornos mentales y del comportamiento fueron el grupo de enfermedad causante de fallecimiento que más aumentó respecto al año 2007, con un incremento del 4,6% y 12.879 defunciones.

Tasa de Prevalencia-año y prevalencia-vida por sexo de cualquier trastorno mental en población española, clasificada según DSM-IV

Cualquier trastorno mental	Total	Hombres	Mujeres
Prevalencia año (IC 95%)	8,48 (7,53-9,42)	5,25 (4,17-6,33)	11,44 (10,02-12,86)
Prevalencia vida (IC 95%)	19,46 (18,09-20,82)	15,67 (13,86-17,48)	22,93 (21,9-24,78)

Fuente: ESEMED.

Sin embargo el mayor impacto de las enfermedades mentales se refleja en la carga de enfermedad que generan. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que un tercio de los años vividos con discapacidad pueden atribuirse a trastornos neuropsiquiátricos. Globalmente, el 12% de ellos se deben únicamente a la depresión. Los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) es uno de los indicadores comúnmente utilizados para medir carga de enfermedad. Mide las pérdidas de salud en la población considerando tanto las consecuencias mortales como no mortales de las enfermedades. Los AVAD atribuibles a cada enfermedad o lesión son el resultado de sumar el tiempo de vida perdido por muerte prematura -años de vida perdidos (AVP)- y las pérdidas funcionales y de bienestar causadas por la discapacidad y la mala salud – años vividos con discapacidad. Las enfermedades neuropsiquiátricas representan la primera causa de años de vida ajustados por discapacidad, representando el 31,83% del total en el año 2006. Dentro de las enfermedades neuropsiquiátricas destaca el peso en AVADs de la depresión unipolar (con un 8,8% del total de AVADs). La OMS y los principales centros internacionales en Salud Pública recomiendan tener en cuenta los AVAD a la hora de definir las prioridades y la asignación de recursos. Según este mismo estudio el área de las enfermedades neuropsiquiátricas es una de las que mayor desequilibrio presenta entre AVADS y recursos dedicados a investigación. En concreto algunas enfermedades neuropsiquiátricas como los trastornos bipolares, ansiedad, trastorno en la infancia y la depresión son las causas que presentan menores tasas de fondos destinados a investigación por AVAD perdido menores.

Según los últimos datos se estima que las enfermedades mentales consumen hasta el 20% del gasto sanitario en los países desarrollados, con una previsión al alza en los próximos años. En España, el cáncer, las enfermedades del sistema circulatorio, y las enfermedades mentales son los tres grandes grupos a los que más recursos sanitarios destina el Sistema Nacional de Salud. Según datos de un estudio publicado en 2009 sobre el impacto socioeconómico de las enfermedades mentales en España, este tipo de enfermedades son la segunda causa de baja temporal y permanente en el trabajo, después de las enfermedades osteomusculares. Además, las enfermedades mentales son la cuarta causa de cuidados

informales (prestados por personas que no son profesionales, en general familiares), después de los accidentes cerebrovasculares, las demencias y las enfermedades osteomusculares.

A pesar de los importantes recursos económicos y humanos destinados a la prevención y tratamiento de enfermedades mentales (visibles en las cifras del gasto sanitario estimado), el coste social “oculto” (pérdidas laborales y costes de cuidados informales) supone una carga social aún mayor. Según la investigación, los costes directos ocasionados por enfermedades mentales representan el 57,3% del total del coste estimado; el 42,7% restante representa la pérdida de la productividad del trabajo. En referencia a los costes médicos directos, los gastos más significativos son las hospitalizaciones (19,1% del coste total estimado) y los medicamentos (15,6% del coste total estimado). En conjunto, los costes totales representaron en 2002 cerca del 1% del producto interior bruto (PIB) de la población española. Aunque los trastornos más frecuentes son depresión y ansiedad, los que generan más carga económica son esquizofrenia y demencia.

Aunque no es previsible que la actual crisis económica pueda incrementar el número de personas con enfermedad mental grave, el número de cuadros de ansiedad, estrés, excesiva preocupación o indicios depresivos, que, pese a no ser enfermedades mentales, sí que deterioran la salud mental. Además estas crisis económicas afectan de forma más marcada a las personas más vulnerables, como las que tienen una enfermedad mental. Las posibilidades de desempleo en tiempos de crisis económicas son mayores en personas que tienen trastornos mentales. La OMS advierte que la crisis repercute en la salud mental de las poblaciones y que provocará un aumento de casos de estrés, depresión y trastornos mentales. La pobreza y el estrés que la acompaña a causa del desempleo, la violencia, la exclusión social y la inseguridad constante están muy relacionadas con el origen de estos trastornos.

En España los principales retos identificados por las principales Sociedades Científicas psiquiátricas son:

- La necesidad de prestar atención a la salud física de las personas con enfermedades mentales graves. La vigilancia de las patologías asociadas a la enfermedad mental requiere el trabajo coordinado entre distintos especialistas para conseguir una buena asistencia de la salud física y mental.
- Necesidad de mejorar los recursos destinados a la promoción de la información sobre salud mental y a la prevención de las enfermedades mentales.
- Necesidad de aplicar medidas de promoción y prevención amplias, prestando especial atención a las familias y allegados de los pacientes que pueden sufrir desequilibrios emocionales.
- Atención al incremento de trastornos mentales comunes (ansiedad, depresión) que no son graves pero sí discapacitantes (debido a dificultades sociolaborales, económicas etc..) que causan gran número de incapacidades temporales y sufrimiento familiar.

Para atender a estos problemas se establecen los siguientes planes:

- Plan Estratégico Programa de Depresión
- Plan Estratégico Programa de Esquizofrenia

- Plan Estratégico Programa de Trastorno Bipolar
- Plan Estratégico Programa de Innovación Terapéutica
- Plan Estratégico Programa de Trastornos Mentales del Niño y Adolescente
- Plan Estratégico Programa de Trastornos Psicosomáticos, de Ansiedad y del Control de Impulsos

1.1.5. Plan Estratégico de Salud Mental de Andalucía¹³

A nivel mundial se considera que una de cada cuatro personas padece alguna enfermedad mental a lo largo de su vida, calculándose que unos 450 millones de personas en todo el mundo padecen alguna enfermedad mental. Se espera que en 2020 la depresión sea la causa de enfermedad número uno en el mundo desarrollado. Las enfermedades mentales suponen el 40% de las enfermedades crónicas y la mayor causa de los años vividos con discapacidad. El impacto de los trastornos mentales en la calidad de vida es superior al de las enfermedades como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardíacas y respiratorias. Un tercio de los años vividos con discapacidad pueden atribuirse a trastornos neuropsiquiátricos, de los que el 12% se deben únicamente a la depresión.

En Europa el coste social y económico de la enfermedad mental se calcula en torno al 4% del PNB de la Unión Europea, sobre los 182.000 millones de euros. El 20% del gasto sanitario en los sistemas sanitarios de la Unión Europea lo ocupan los procesos de tratamiento y rehabilitación de la enfermedad mental. El presupuesto para salud mental supone el 5,8% del presupuesto total en salud. Los trastornos neuropsiquiátricos son la segunda causa de carga por enfermedad, sólo por detrás de las enfermedades cardiovasculares. De entre estos trastornos la depresión unipolar figura como tercera causa de carga de enfermedad, detrás de la isquemia coronaria y de los accidentes cerebrovasculares, implicando el 6,2% de la carga causada por todas las enfermedades. En relación con la actividad laboral, se calcula que en la Unión Europea 18,4 millones de personas en edad laboral, es decir entre los 18 y los 65 años, padecen cada año una depresión importante. Las enfermedades mentales son la causa del 45-55% del absentismo laboral.

En España se calcula que algo más del 19% de la población padecerá un trastorno mental a lo largo de su vida y que un 9% de la población española padece en la actualidad una enfermedad mental, es decir la presentan 400.000 personas y se cree que muchas otras están sin diagnosticar. Los trastornos que aparecen con mayor frecuencia a lo largo de la vida, son los trastornos depresivos (26,23%) y los trastornos de ansiedad (17,48%). La prevalencia de la esquizofrenia es del 1,02%. Estas enfermedades se asocian a situaciones que acortan la esperanza de vida como el suicidio. Así, la tasa de mortalidad por suicidio ajustada para la edad y el sexo de las personas que padecen un trastorno esquizofrénico, es 9 veces mayor que la de la población general. En la depresión mayor, el riesgo de suicidio se multiplica por 21, en los trastornos de la alimentación por 33 y en las toxicomanías por 86. El principal ámbito de discriminación para las personas con enfermedad mental es el laboral; sólo el 5% de las

personas con enfermedad mental tiene un empleo regular, según un estudio en la Comunidad de Madrid¹⁴. Respecto a la repercusión económica de las enfermedades mentales en España, se calculó que tuvo un coste total, en 1998, de 3.005 millones de euros.

La importancia de las enfermedades mentales en Andalucía, según datos recogidos de 2005, queda reflejada en las siguientes cifras¹⁵; los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) atendieron a 191.447 usuarios, ascendiendo las actividades asistenciales a 938.656 intervenciones. La prevalencia de pacientes atendidos por enfermedad mental fue de 2.438,88 por 100.000 habitantes. De 2002 a 2005, el número de pacientes atendidos creció un 17,78%, de 162.540 a 191.447. El incremento en hombres fue del 20,81%, y el de mujeres, del 15,83%. El grupo de edad con un mayor incremento fue el de hombres (38,86%) y mujeres (46,02%) menores de 18 años. De 2002 a 2005, los grupos diagnósticos que más crecieron fueron “Sin patología psiquiátrica” (183,44%), trastornos neuróticos (51,63%) y trastornos por consumo de sustancias tóxicas (48,9%). Los grupos con menor subida fueron trastornos del humor (33,57%) y trastornos somáticos (32,89%).

1.1.6. Estudio ESEMeD-España¹⁶

Durante las últimas 2 décadas se han realizado numerosos estudios sobre la prevalencia de los trastornos mentales en la población general. Estos estudios han venido a mostrar que los trastornos mentales son frecuentes y causan una alta discapacidad. En los países occidentales donde se han realizado estos estudios, aproximadamente una de cada 4 personas cumplía criterios diagnósticos de un trastorno mental en el último año y alrededor de un 40% llegaba a presentar un trastorno en algún momento de la vida. Los avances en epidemiología psiquiátrica se aceleran a finales de la década de los setenta y durante la de los ochenta al incorporarse la determinación del diagnóstico psiquiátrico en los estudios poblacionales. En Europa esto es posible gracias a los estudios de doble fase, en los cuales se administra un cuestionario de cribado a una muestra de la población para detectar posibles casos de trastorno mental y, posteriormente, un entrevistador clínico evalúa a una proporción de esta muestra mediante una entrevista semiestructurada.

El estudio ESEMeD-España es el primer proyecto que ha evaluado la epidemiología de los trastornos mentales en una muestra de población general española adulta. Sus resultados muestran que los trastornos mentales son frecuentes en España. Aproximadamente una de cada 5 personas (19,5%) entrevistadas presentó un trastorno mental en algún momento de su vida (prevalencia-vida) y un 8,4% en los últimos 12 meses (prevalencia-año). El trastorno mental más frecuente es el episodio depresivo mayor, que tiene un 3,9% de prevalencia-año y un 10,5% de prevalencia-vida. Después del episodio depresivo mayor, los trastornos con mayor prevalencia-vida son la fobia específica, el trastorno por abuso de alcohol y la distimia.

La comparación de los resultados de la encuesta ESEMeD con los de estudios anteriores realizados en España está limitada porque ninguno de ellos evaluaba los trastornos

mentales en muestras representativas de la población general y, además, por los cambios en los sistemas diagnósticos existentes. A pesar de ello, podemos destacar el estudio llevado a cabo por Gaminde y colaboradores¹⁷ en 1993, sobre población de 18 a 65 años, que obtiene unos resultados de prevalencia-vida de depresión (un 20,6% en varones y un 36,7% en mujeres) muy superiores a los de nuestro estudio. Asimismo, el estudio llevado a cabo por Vázquez-Barquero y colaboradores¹⁸ en 1987 obtiene unos resultados de prevalencia puntual de depresión que podríamos considerar altos (un 4,3% en varones y un 7,8% en mujeres), al igual que los alcanzados en la prevalencia del trastorno de ansiedad (un 8,1% en varones y un 20,6% en mujeres). El estudio de Roca y colaboradores¹⁹ realizado en 1999 sobre una muestra de la población mayor de 15 años, estima una prevalencia puntual de trastornos mentales de un 21,4%, mientras que nuestro estudio cifra la prevalencia-año en un 8,4% y la prevalencia-vida en un 19,4%. No obstante, hemos de tener en cuenta que, además de las limitaciones mencionadas anteriormente, estos estudios han utilizado instrumentos (PSE y SCAN) distintos y se han basado en sistemas diagnósticos (CATEGO, DSM-III y CIE-10) diferentes.

En cambio, sí es posible la comparación con estudios epidemiológicos realizados en otros países. La prevalencia de los trastornos mentales obtenida en nuestro estudio es inferior a la de otros estudios en países occidentales. Así, el National Comorbidity Survey (NCS)²⁰, el NCS Replication²¹ y el estudio NEMESIS²² dan cifras de prevalencia-vida de depresión mayor superiores al 10% en varones y al 20% en mujeres, mientras que en nuestro estudio las cifras son del 6,2 y el 14,4%, respectivamente. Las diferencias son similares en la prevalencia-año de depresión, puesto que las cifras de los mismos estudios están entre el 5 y el 8% en varones y entre el 10 y el 13% en mujeres (en nuestro estudio, son exactamente del 2,1% en varones y del 5,6% en mujeres). Las frecuencias de los trastornos de ansiedad muestran diferencias similares. Por ejemplo, en el trastorno por angustia, la prevalencia-vida en el NCS es del 2% en varones y del 5% en mujeres, y la del estudio NEMESIS del 1,9 y el 5,7%, respectivamente. Sin embargo, en España las cifras que obtenemos son del 0,9 y el 2,3%. Estas prevalencias inferiores podrían estar relacionadas con la utilización de una nueva versión de la CIDI, que puede haber disminuido la cantidad de falsos positivos. Sin embargo, las diferencias entre los resultados del NCS y del NCS Replication, que usa la nueva versión de la CIDI, son pequeñas comparadas con las que se observan entre los estudios anteriores y el nuestro. Por otra parte, el estudio ESEMeD-ITALIA muestra unas prevalencias menores que las de los países del norte de Europa en ESEMeD, por lo que podríamos hipotetizar que las prevalencias de los trastornos mentales en los países mediterráneos son inferiores a las de los países del norte de Europa.

1.2 INCAPACIDAD LABORAL PERMANENTE (INVALIDEZ)

La Ley General de la Seguridad Social (L.G.S.S.)²³ en su Texto Refundido de 1994, Edición Actualizada de 6 de octubre de 2010, dedica su Capítulo V a la Invalidez.

1.2.1. CONCEPTO Y CLASES

El *artículo 136* de la L.G.S.S. recoge los conceptos y clases de invalidez (modalidad contributiva y no contributiva):

1. En la modalidad contributiva, es incapacidad permanente la situación del trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito y de haber sido dado de alta médicamente, 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.

No obstante lo establecido en el párrafo anterior, no será necesaria el alta médica para la valoración de la incapacidad permanente en los casos en que concurran secuelas definitivas.

También tendrá la consideración de incapacidad permanente, en el grado que se califique, la situación de incapacidad que subsista después de extinguida la incapacidad temporal por el transcurso del plazo máximo de duración señalado para la misma en el apartado a) del número 1 del artículo 128, salvo en el supuesto previsto en el segundo párrafo del número 2 del artículo 131 bis, en el cual no se accederá a la situación de incapacidad permanente hasta tanto no se proceda a la correspondiente calificación.

2. En la modalidad no contributiva, podrán ser constitutivas de invalidez las deficiencias, previsiblemente permanentes, de carácter físico o psíquico, congénitas o no, que anulen o modifiquen la capacidad física, psíquica o sensorial de quienes las padecen.

3. La incapacidad permanente habrá de derivarse de la situación de incapacidad temporal, salvo que afecte a quienes carezcan de protección en cuanto a dicha incapacidad temporal, bien por encontrarse en una situación asimilada a la de alta, de conformidad con lo previsto en el artículo 125, que no la comprenda, bien en los supuestos de asimilación a trabajadores por cuenta ajena, en los que se dé la misma circunstancia, de acuerdo con lo previsto en el apartado 2 del artículo 114 de esta Ley, bien en los casos de acceso a la incapacidad permanente desde la situación de no alta, a tenor de lo previsto en el número 3 del artículo 138.

1.2.2.- GRADOS DE INCAPACIDAD PERMANENTE

El **artículo 137** de la L.G.S.S. recoge los grados de incapacidad permanente en su modalidad contributiva

1. La invalidez permanente, cualquiera que sea su causa determinante, se clasificará con arreglo a los siguientes grados:

- Incapacidad permanente parcial para la profesión habitual.
- Incapacidad permanente total para la profesión habitual.
- Incapacidad permanente absoluta para todo trabajo.
- Gran invalidez.

2. Se entenderá por profesión habitual, en caso de accidente, sea o no de trabajo, la desempeñada normalmente por el trabajador al tiempo de sufrirlo. En caso de enfermedad común o profesional, aquélla 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.

3. Se entenderá por incapacidad permanente parcial para la profesión habitual la que, sin alcanzar el grado de total, ocasione al trabajador una disminución no inferior al 33 por 100 en su rendimiento normal para dicha profesión, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de la misma.

4. Se entenderá por 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.

5. Se entenderá por incapacidad permanente absoluta para todo trabajo la que inhabilite por completo al trabajador para toda profesión u oficio.

6. Se entenderá por 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.

1.2.3. CALIFICACIÓN Y REVISIÓN DE LA INCAPACIDAD PERMANENTE

El procedimiento de calificación y revisión de la incapacidad permanente se recoge en el **artículo 143** de la L.G.S.S., del que destacamos los siguientes puntos:

1. Corresponde al Instituto Nacional de la Seguridad Social, a través de los órganos que reglamentariamente se establezcan y en todas las fases del procedimiento, **declarar la situación de incapacidad permanente**, a los efectos de reconocimiento de las prestaciones económicas a que se refiere la presente Sección.

2. Toda resolución, inicial o de revisión, por la que se reconozca el derecho a las prestaciones de incapacidad permanente, en cualquiera de sus grados, o se confirme el grado reconocido previamente, **hará constar necesariamente el plazo a partir del cual se podrá instar la revisión** por agravación o mejoría del estado invalidante profesional, en tanto que el incapacitado no haya cumplido la edad mínima establecida en el artículo 161 de esta Ley, para acceder al derecho a la pensión de jubilación. Este plazo será vinculante para todos los sujetos que puedan promover la revisión.

No obstante lo anterior, si el pensionista por incapacidad permanente estuviera ejerciendo cualquier trabajo, por cuenta ajena o propia, el Instituto Nacional de la Seguridad Social podrá, de oficio o a instancia del propio interesado, promover la revisión, con independencia de que haya o no transcurrido el plazo señalado en la resolución.

Las revisiones fundadas en error de diagnóstico podrán llevarse a cabo en cualquier momento, en tanto el interesado no haya cumplido la edad a que se refiere el primer párrafo de este número.

1.3. PENSIÓN DE ORFANDAD

Esta prestación se recoge en el Capítulo VIII de la L.G.S.S que se dedica a las prestaciones de Muerte y Supervivencia. El **artículo 175**, en concreto, expone las características de la pensión de orfandad.

1. Tendrán derecho a la pensión de orfandad, en régimen de igualdad, cada uno de los hijos del causante, cualquiera que sea la naturaleza de su filiación, siempre que, al fallecer el causante, sean menores de veintiún años o estén incapacitados para el trabajo y que el causante se encontrase en alta o en situación asimilada al alta. Será de aplicación, asimismo, a las pensiones de orfandad lo previsto en el segundo párrafo del número 1 del artículo 174 de esta Ley.

2. En los casos en que el hijo del causante no efectúe un trabajo lucrativo por cuenta ajena o propia, o cuando realizándolo, los ingresos que obtenga resulten inferiores, en cómputo anual, a la cuantía vigente para el salario mínimo interprofesional, también en cómputo anual, podrá ser beneficiario de la pensión de orfandad, siempre que en la fecha de fallecimiento del causante, aquél fuera menor de 25 años.

Si el huérfano estuviera cursando estudios y cumpliera 25 años durante el transcurso del curso escolar, la percepción de la pensión de orfandad se mantendrá hasta el día primero del mes inmediatamente posterior al del inicio del siguiente curso académico

3. La pensión de orfandad se abonará a quien tenga a su cargo a los beneficiarios, según determinación reglamentaria.

2.OBJETIVOS

2.1.- HIPÓTESIS

La importancia que las patologías psiquiátricas tienen dentro de la evaluación médica laboral viene dada por dos motivos: el importante número de pacientes/trabajadores que presentan estos trastornos y la ausencia de datos objetivos que nos permitan graduar la limitación funcional derivada de las mismas²⁴. Por otra parte la escasez de trabajos epidemiológicos relativos a los factores médicos de la incapacidad laboral, en general y la derivada de patologías psiquiátricas en concreto, lleva a plantear la conveniencia, cuando no necesidad de realizar un estudio sobre este tema.

Los expedientes de incapacidad permanente son en realidad verdaderas historias clínico-laborales en las que existen diferentes datos relativos a las características sociológicas, médicas y ocupacionales de estos pacientes que ejercen o ejercieron un determinado trabajo. Conocer, ordenar y estudiar estos datos puede darnos una valiosa información. En el caso de las patologías psiquiátricas y en ausencia de pruebas objetivas, serán estos datos los que proporcionen orientación a la hora de concluir si se deriva o no incapacidad laboral.

Se establece la hipótesis de que el conocimiento de determinados factores que en la experiencia de valoración laboral son de mayor relevancia, las variables del estudio, y su repercusión en el dictamen final de cada expediente, ayudará a mejorar la práctica médica evaluadora en las Unidades Médicas del Equipo de Valoración de Incapacidades.

2.2. OBJETIVOS

Se pretende hacer un estudio estadístico descriptivo de diferentes variables para conocer las características de los expedientes de incapacidad permanente en los que la deficiencia en que se basa la decisión del dictamen sea una patología psiquiátrica. Los objetivos que se pretenden realizando este trabajo son:

- Comparar los resultados del estudio con los existentes en la literatura científica.
- En caso de observar variaciones llamativas de alguna variable realizar, en un futuro, un seguimiento específico de la misma.
- Plantear la conveniencia de la realización de este tipo de estudio en el resto de las Unidades Médicas para llegar a una homogenización de criterios que lleve a mejorar la valoración de la incapacidad laboral.
- Encontrar parámetros que ayuden en la valoración de estas patologías en las que apenas se disponen de pruebas objetivas que informen sobre la limitación funcional de las mismas. A falta de datos objetivos se buscan indicadores fiables directos e indirectos.
- Tener una herramienta de apoyo para evaluar el trabajo realizado respecto a dichos expedientes.

3. MATERIAL Y METODO

3.1. REALIZACIÓN DE LOS EXPEDIENTES DE INCAPACIDAD PERMANENTE

El número de expedientes evaluados en la UMEVI de Málaga es muy elevado, calculando que se valoran alrededor de 250 al día. Existen múltiples variables que diferencian unos de otros, empezando por el tipo de expediente (incapacidad temporal, prórroga de incapacidad temporal, incapacidad permanente, orfandad, revisiones de grado, seguro escolar, prestación de riesgo durante embarazo, expedientes de convenios internacionales...) y continuando con aspectos más médicos como las diferentes patologías que tendrán los pacientes/trabajadores.

Para realizar los informes médicos y tratar los distintos expedientes se utilizan programas diferentes, por lo que la recuperación de la información debe extraerse de los mismos. Aunque son programas con varias utilidades (medicas, administrativas...), dado que constituyen nuestro instrumento de trabajo, el lugar donde no sólo se recoge el resultado del mismo, sino también donde debemos volver para recuperarlos en el caso de realizar un estudio sobre los mismos, se realizará una escueta presentación de los más destacados.

3.1.1 EXPEDIENTES DE INCAPACIDAD PERMANENTE Y EXPEDIENTES DE ORFANDAD

Los expedientes de incapacidad permanente, tanto los aperturados a solicitud del interesado o del servicio público de salud, como los iniciados de oficio (es decir, por el propio INSS), se realizan actualmente mediante el programa e-SIL. En este mismo se cumplimentan también los informes correspondientes a los expedientes de orfandad.

Tras las perceptivas medidas de seguridad, mediante un código de identificación y una clave, se accede a una serie sucesivas de pantallas. De ellas unas proporcionan información administrativa del paciente, como por ejemplo su vida laboral y los regímenes en que la ha ejercido, y otras remiten al expediente en tramitación.

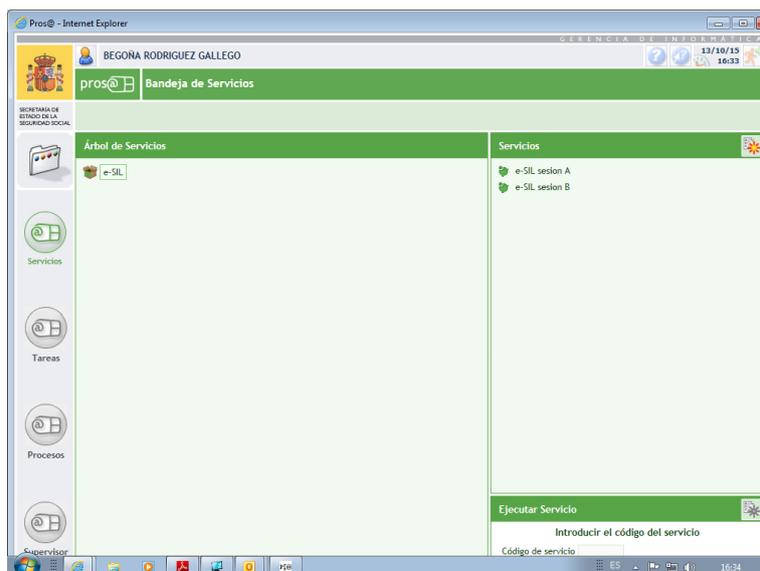


Imagen 1

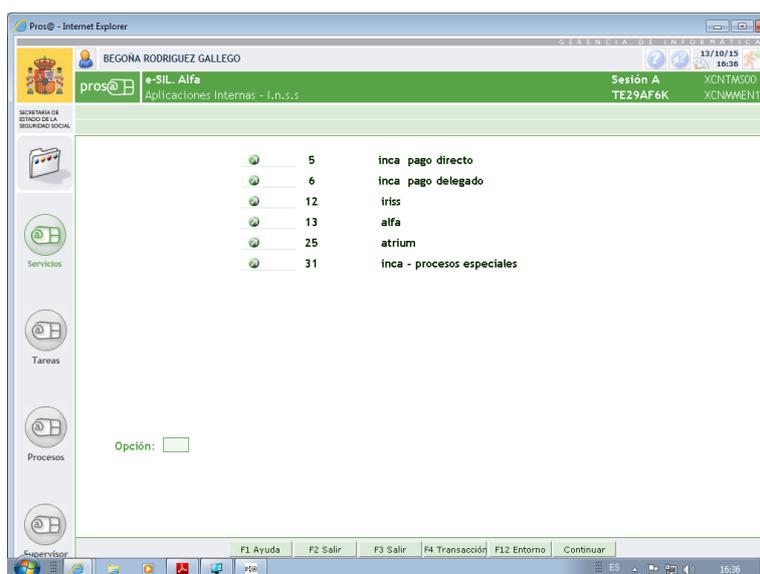


Imagen 2

Se debe seleccionar el tipo de expediente (por ejemplo los expedientes IRIS se refieren a los convenios internacionales). Al introducir los datos del paciente/trabajador se despliega once opciones con información relativa a los distintos pasos que se siguen desde la apertura del proceso hasta el final del trámite que no es otro que la emisión de un dictamen por el Equipo de Valoración de Incapacidades. La labor inicial y fundamental del médico evaluador, la realización del Informe Médico de Síntesis, se encuentra en el punto "2 consulta/actualización informe de valoración médica"

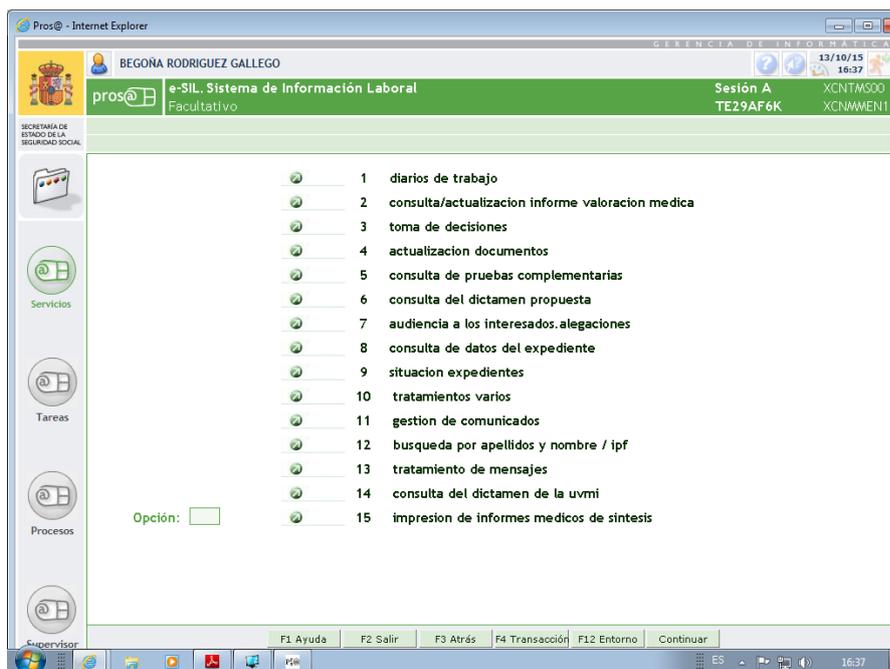


Imagen 3

La estructura del informe de valoración médica es básicamente la misma que la de un informe médico asistencial. Se recogen los antecedentes, la enfermedad actual así como la información relativa a los distintos aparatos o sistemas corporales

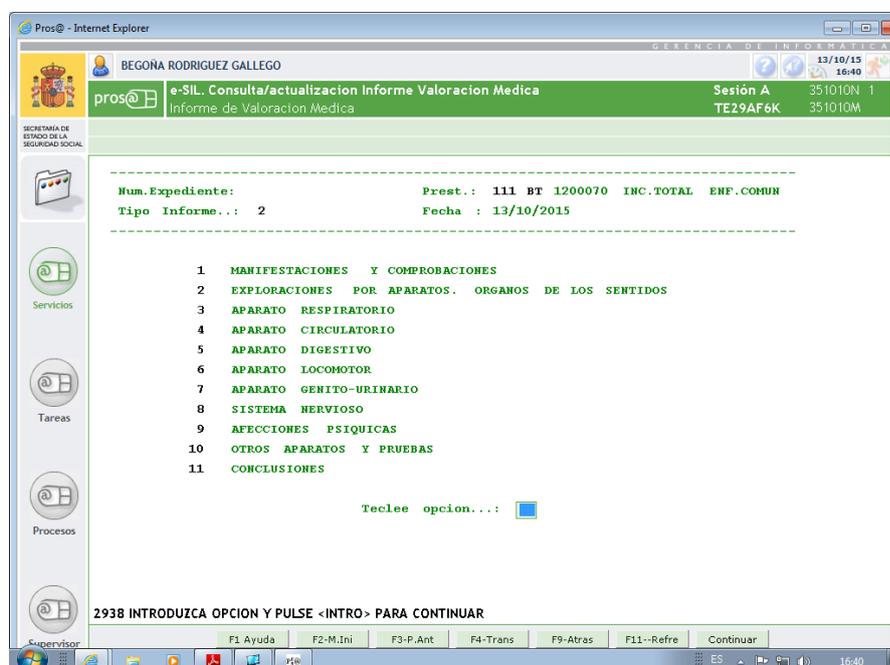


Imagen 4

Dentro de cada aparato de encuentran espacios donde recoger la pruebas diagnósticas o exploraciones propias del mismo, así como áreas de texto libre.

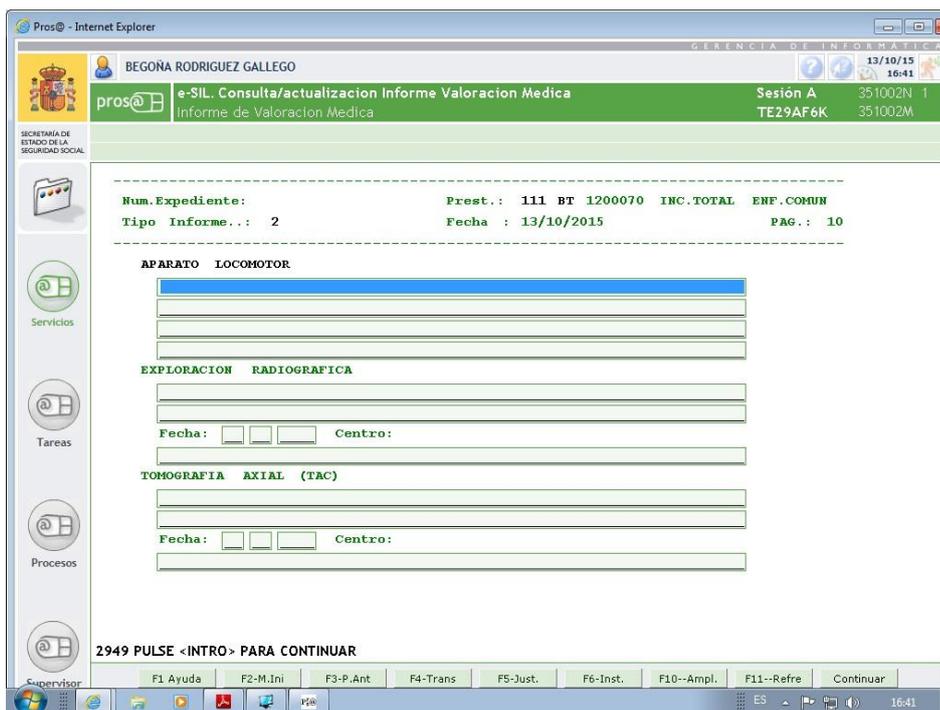


Imagen 5

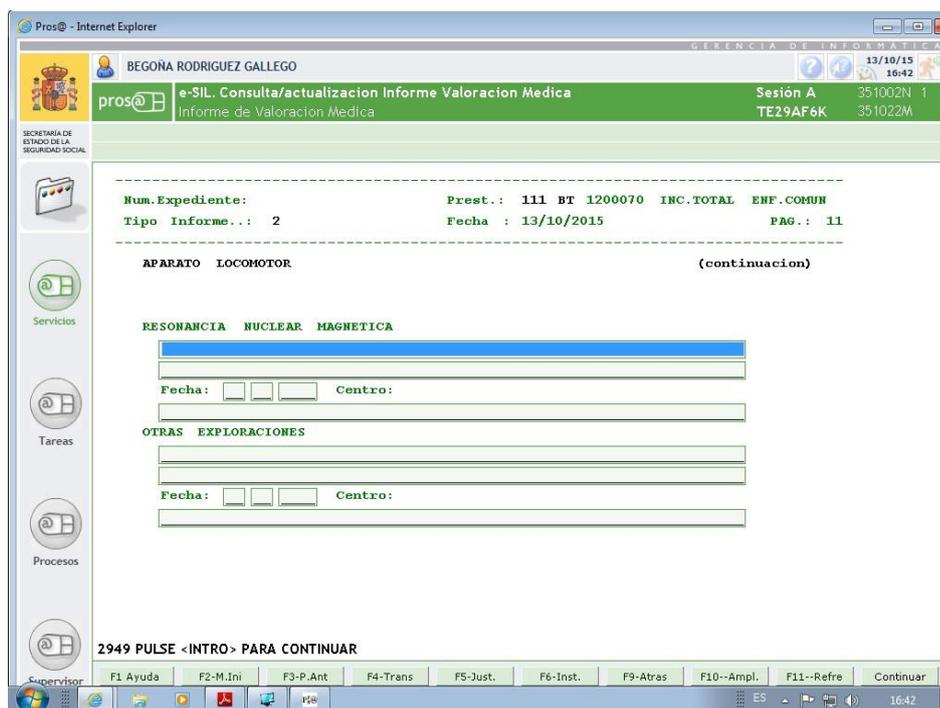


Imagen 6

En las patologías psiquiátricas la no existencia de pruebas de imagen u objetivas de otro tipo que nos permita concretar la situación funcional, lleva a que este apartado sea abierto, sin sub-apartados, para recoger la información de los informes psiquiátricos y psicológicos, y la exploración realizada por el médico evaluador.

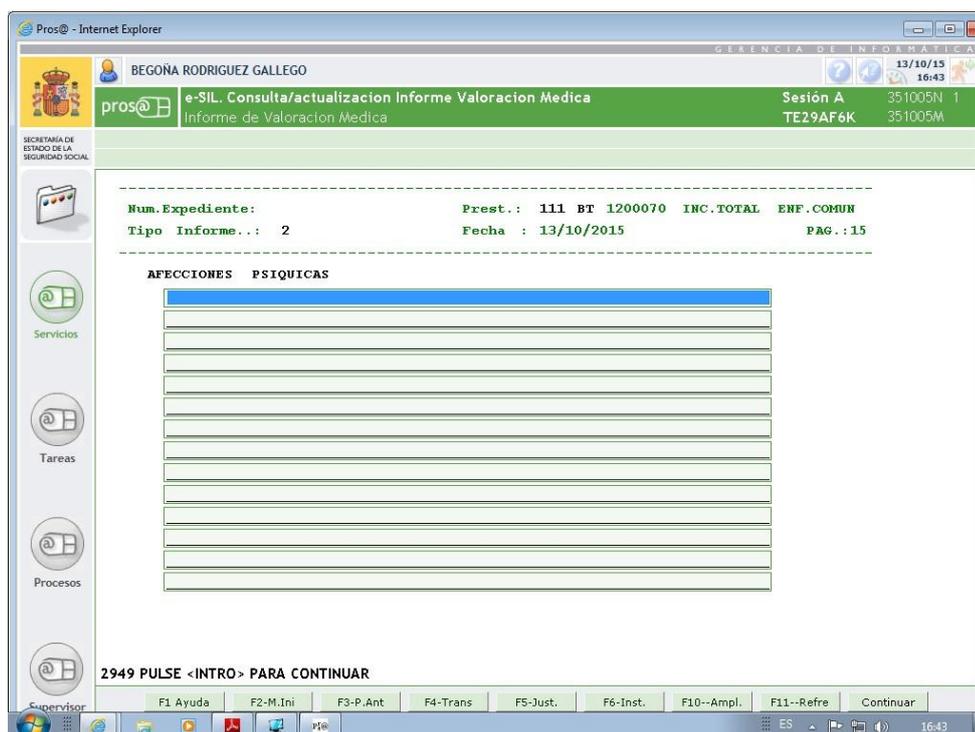


Imagen 7

El principal factor diferenciador respecto a un informe médico asistencial se encuentra en el apartado "11 CONCLUSIONES" donde se recogen:

- Las deficiencias más significativas. No se trata de poner todos los diagnósticos de las patologías o alteraciones que tiene el paciente, sino aquellos que provocan deficiencias que puedan implicar una significativa repercusión para la actividad laboral.
- Los tratamientos que han tenido o siguen los pacientes, por la repercusión que las secuelas de los mismo o los efectos secundarios tengan sobre su capacidad laboral.
- La evolución del proceso.
- Posibilidades terapéuticas o de rehabilitación, las que se han realizado o las que están aún abiertas.
- Las limitaciones tanto orgánicas como funcionales que presente el paciente como consecuencia de las enfermedades padecidas.
- Las conclusiones, donde el médico evaluador emite su valoración laboral.
- La contingencia del proceso: enfermedad común, accidente no laboral, enfermedad profesional o accidente de trabajo.

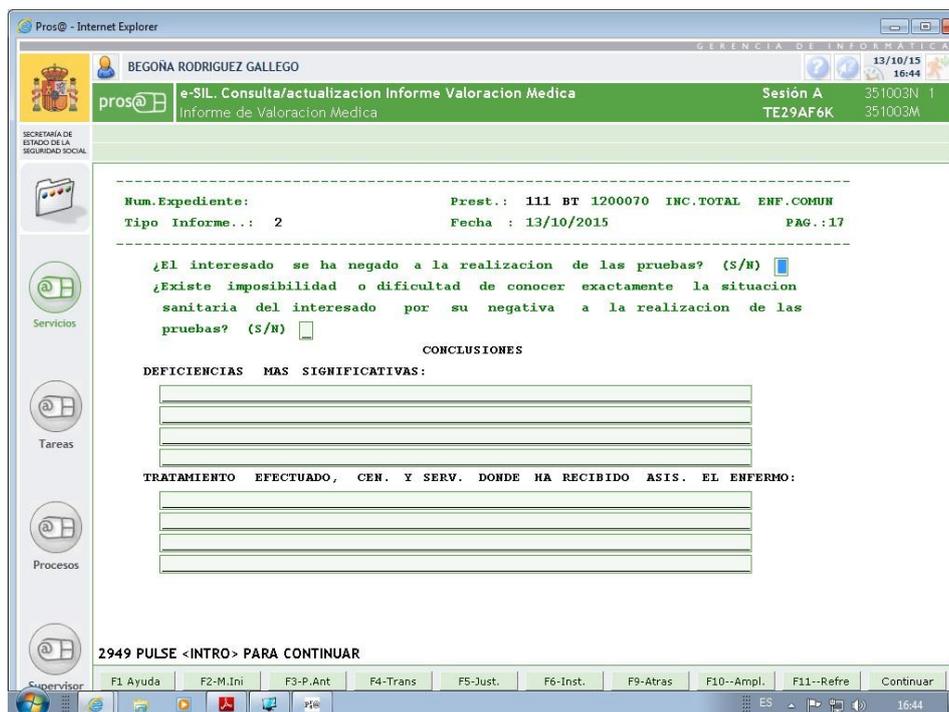


Imagen 8

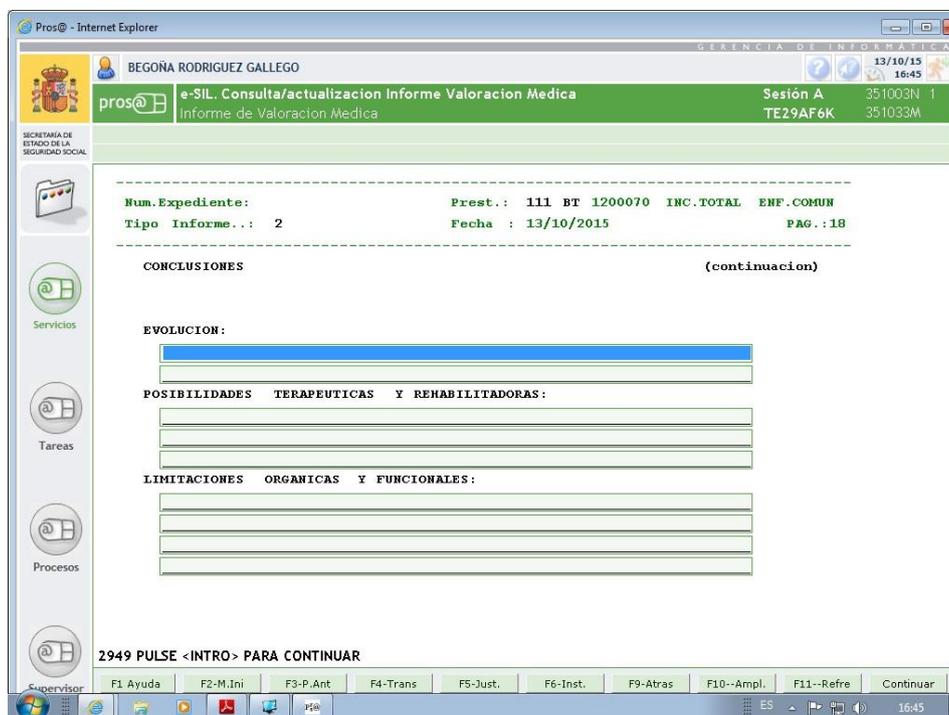


Imagen 9

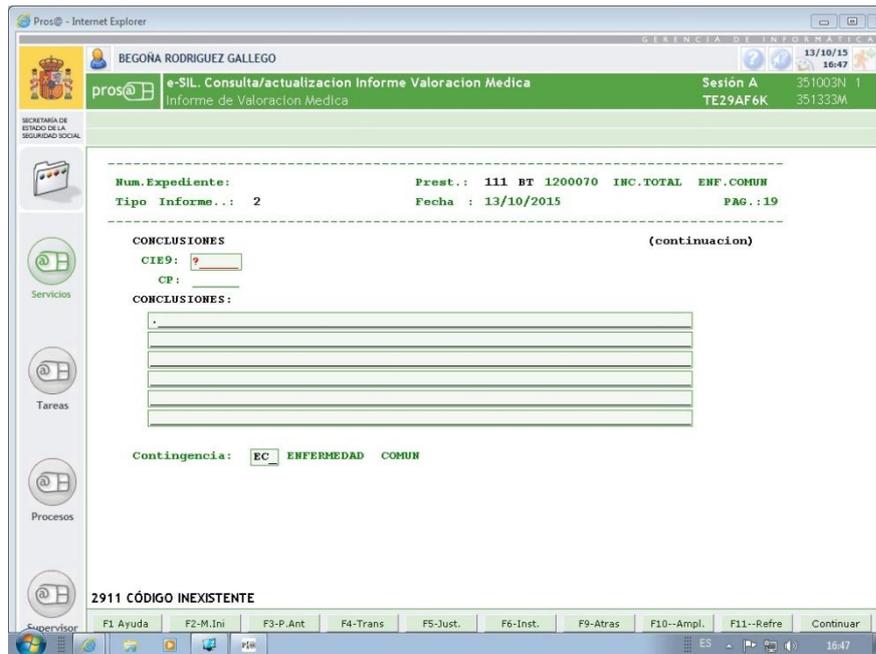


Imagen 10

Es decir, al final en vez de realizar un juicio diagnóstico y una indicación terapéutica como en los informes asistenciales, se gradúa la situación funcional de cada una de las patologías del paciente y se emite una evaluación laboral.

El diagnóstico se codifica siguiendo la CIE-9 en espera de completar la conversión de los códigos diagnósticos a la CIE 10.

3.1.2. EXPEDIENTES PROCEDENTES DE INCAPACIDAD TEMPORAL

La tramitación y realización de estos expedientes se efectúa desde portal Prosa actualmente en su versión 7.3.5.54 y dentro de él en el programa Atrium cuya última versión es la 05.10.03.

A diferencia del e-SIL que se estructuraba con pantallas sucesivas, el Atrium ofrece una distribución inicialmente arbórea, con ramas, que se agrupan en dos grandes apartados:

- Servicios, con información tanto administrativa como médica
- Tareas, donde se accederá a realizar los trámites que sea pertinente con el expediente. Los expedientes se subdividen según el tipo: Incapacidad Temporal y Revisiones. En la pantalla de la derecha saldrá el listado de todos los expedientes (con nombre de los pacientes) pendiente de ser evaluados. Aquí se selecciona el deseado que se abrirá en la pantalla

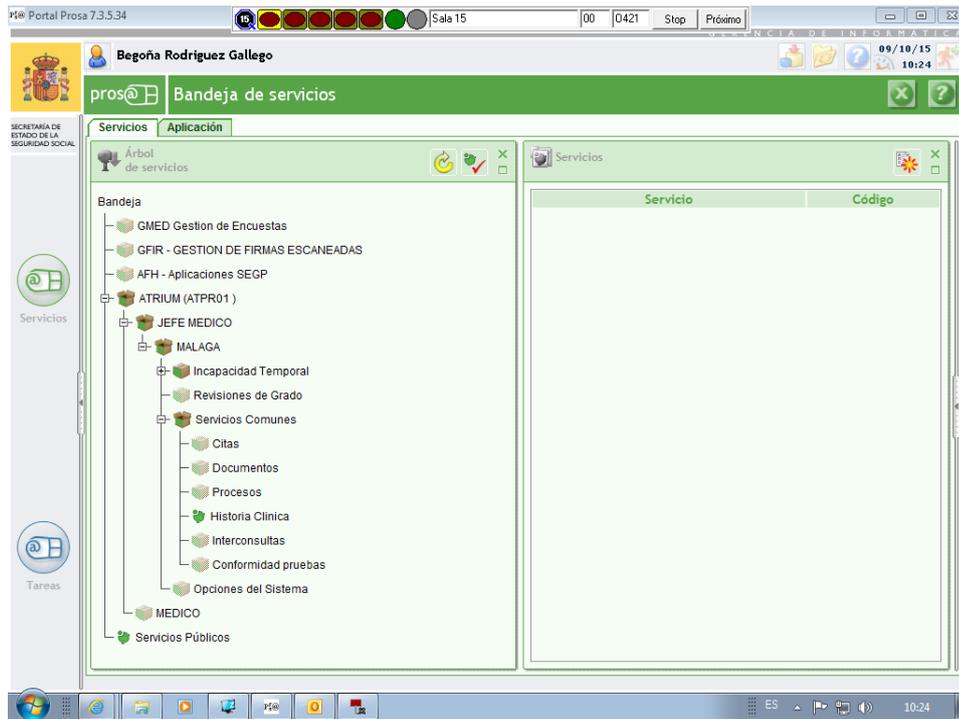


Imagen 11

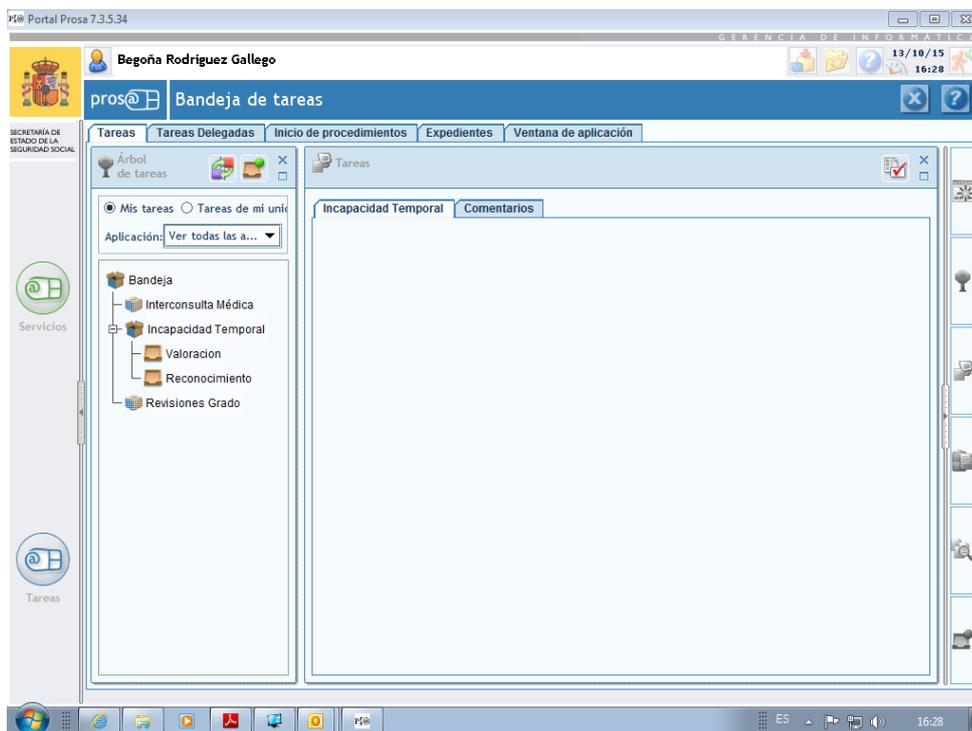


Imagen 12

Una vez en el expediente tendremos información en primer término de la identificación del paciente, su edad, el régimen de seguridad social en el que está y la entidad responsable del pago de la prestación. En segundo lugar figura el nombre de la empresa para la que presta su trabajo y el tipo de contrato. Se deberá, tras recabar del paciente la información relativa a cuál es su profesión, seleccionar el código que corresponda según la CNO-11.

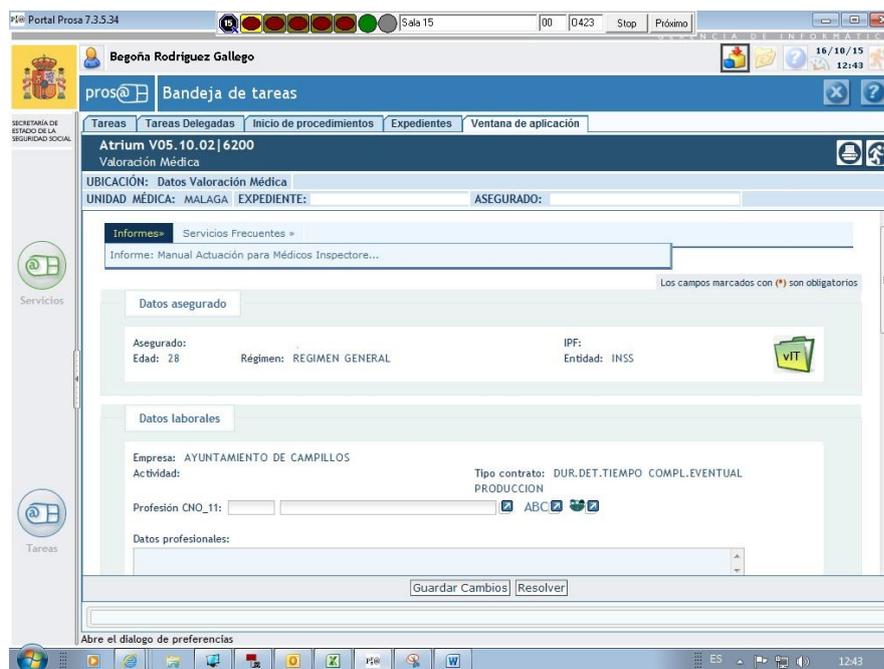


Imagen 13

En la parte superior de cada expediente existen diferentes pestañas desplegadas. Bajo el título "Informes" puede accederse al Manual para Actuación de Médicos Inspectores donde se recogen:

- Los aspectos más destacados en materia de valoración laboral de las patologías agrupadas en aparatos.
- La clasificación en grados funcionales según datos clínicos, evolutivos y resultados de pruebas diagnosticas.

Dentro de la pestaña "Servicios Frecuentes" se localiza información referente tanto a valoraciones previas durante el actual proceso de I.T., como historiales de anteriores episodios de baja laboral. Aquí se ubican también los informes remitidos desde su mutua o desde el servicio público de salud.

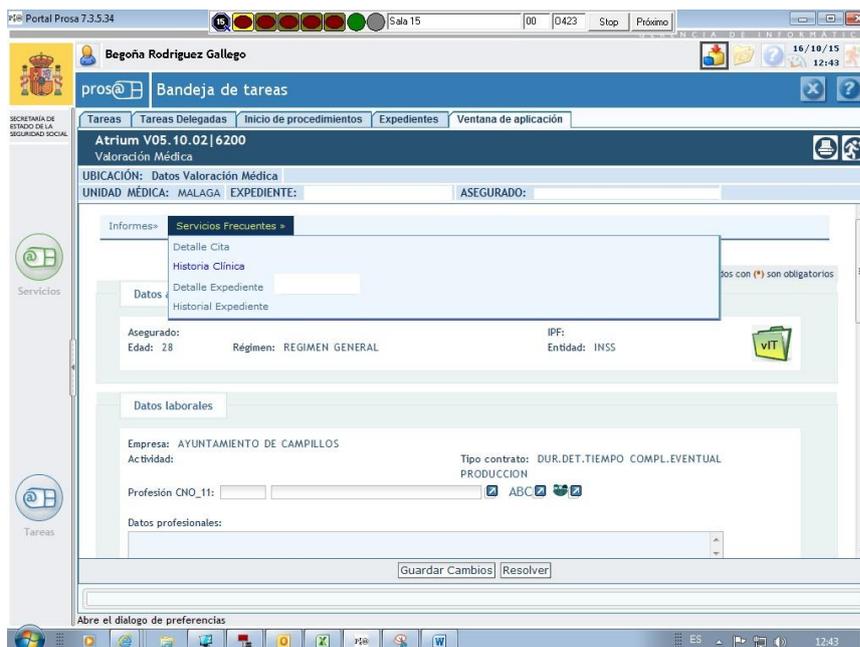


Imagen 14

El siguiente apartado recoge: el diagnóstico que figura en el parte de baja laboral, la contingencia del proceso de I.T. y la duración del mismo. El médico evaluador deberá codificar tanto el diagnóstico principal responsable de la baja laboral, como en su caso el secundario. Este diagnóstico no tiene que coincidir en ocasiones con el del parte, pues a veces un proceso comienza siendo un síntoma y a lo largo de la I.T. se objetiva y diagnostica de una determinada patología.

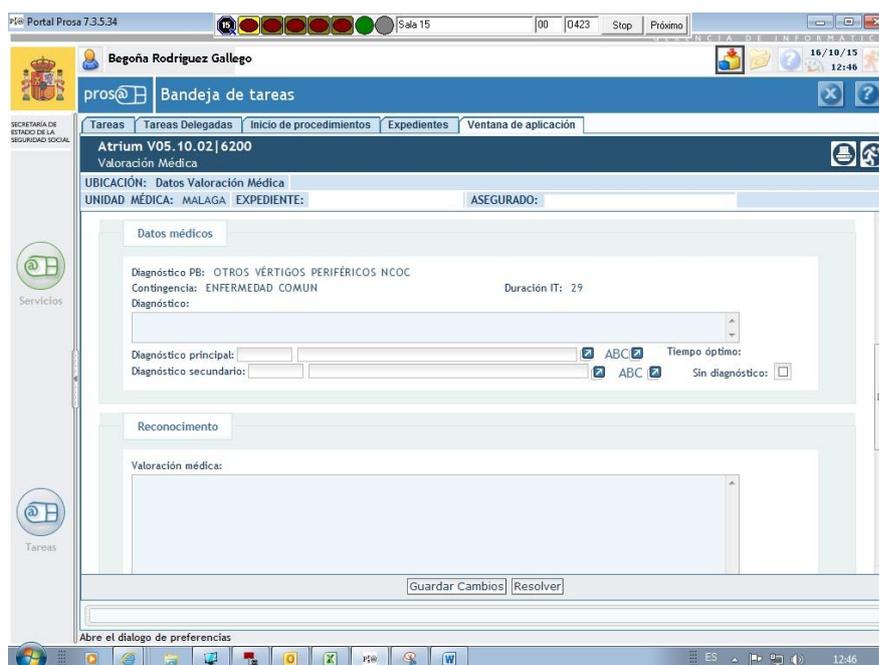


Imagen 15

La valoración médica se confecciona en un espacio abierto, sin apartados, donde el médico inspector recogerá los datos clínicos, pruebas y exploraciones en los que basara la decisión final, es decir la resolución. Las opciones de esta se abren en un desplegable y pueden ser: continuar de baja laboral, alta por mejoría o curación, alta por propuesta de incapacidad permanente, solicitud de pruebas o informes que se consideren necesarios para una correcta valoración o bien dejar el expediente pendiente de decisión.

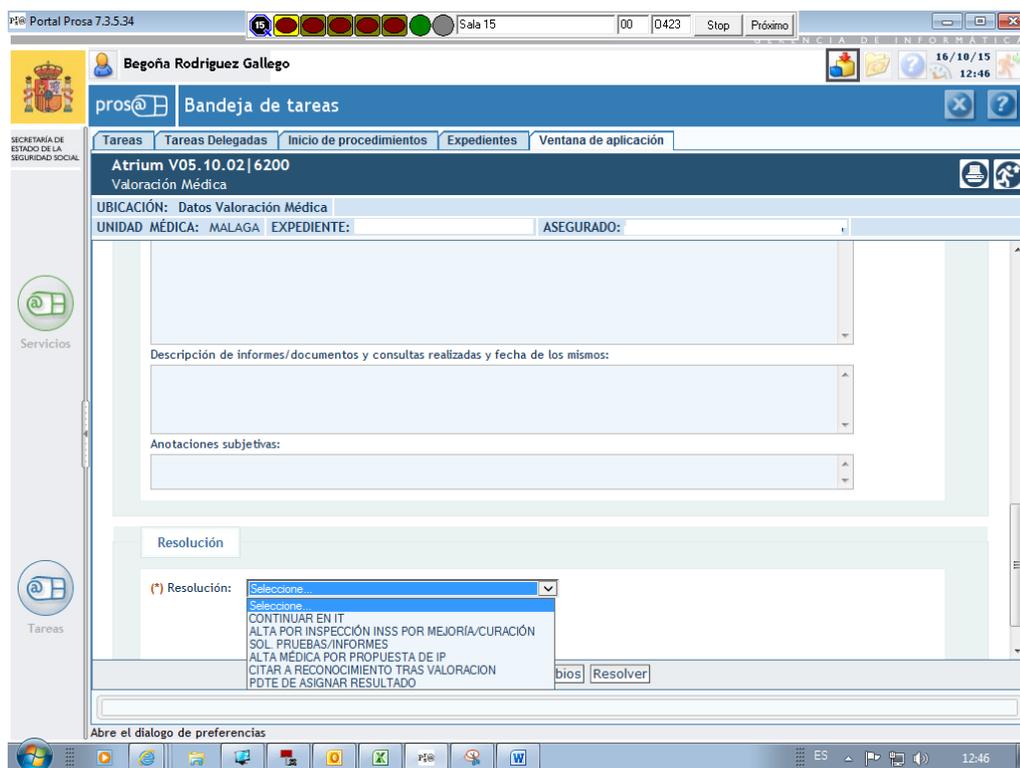


Imagen 16

3.1.3. EXPEDIENTES DE REVISIÓN DE GRADO

En la actualidad estos expedientes se realizan también en el programa Atrium, pero en el momento del estudio se realizaban en papel, bien de forma manual (escritos a mano) bien con un procesador de textos. El formato que seguían era el mismo que el expuesto en los expedientes de incapacidad permanente-orfandad realizados en e-SIL. Para ser exactos los hechos ocurrieron al revés: el soporte informático se hizo siguiendo el modelo manual previamente existente.

Estos informes deberán tener los siguientes apartados:

- Datos de identificación del paciente/trabajador
- Datos de identificación del inspector médico evaluador
- Antecedentes

- Enfermedad actual
- Recogida de informes de especialistas o pruebas de los distintos aparatos que proceda según la patología del paciente. En cada uno de ellos constará, también, la exploración o pruebas que realice el médico evaluador.
- Deficiencias más significativas
- Evolución y tratamiento
- Limitaciones funcionales
- Conclusiones
- Contingencia del proceso

Estos informes, así como los documentos médico que aporte el paciente o solicite el inspector se escanean y archivan en el programa Silcon de donde pueden recuperarse si se precisa para su consulta en otros expedientes posteriores, revisiones o para su estudio.

3.2. REVISIÓN DE LOS EXPEDIENTES DE INCAPACIDAD PERMANENTE EN EL PERIODO A ESTUDIAR.

El objetivo en este trabajo es hacer un estudio estadístico descriptivo que proporcione información sobre los expedientes de incapacidad permanente en los que la patología causante de las deficiencias sean enfermedades psiquiátricas

Para la realización de este estudio se revisaron los expedientes tramitados de incapacidad permanente entre marzo y septiembre de 2013. Dichos expedientes tenían distintas procedencias: expedientes iniciales (a instancia de parte o del Servicio Público de Salud), revisiones de grado (tanto de oficio como por el trabajador), orfandad y expedientes que agotaron el periodo máximo de I.T. (incluyendo la prórroga de I.T., por tanto 18 meses). No se incluyeron en el estudio los expedientes de convenios internacionales ni los de clases pasivas puesto que se tramitan y resuelve por unos procedimientos propios, diferentes.

Las cifras de los expedientes evaluados son:

1.- **Expedientes iniciales**: Revisamos **2596** con la siguiente distribución mensual:

Marzo	568
Abril	439
Mayo	374
Junio	335
Julio	412
Agosto	251
Septiembre	217

Al finalizar el año el total de expedientes iniciales que se resolvieron en la UMEVI de Málaga fueron 4310. Los revisados por nosotros supusieron, por tanto, el 60,2%.

2.- **Expedientes de orfandad**: Se revisaron **144**. A continuación se recoge el número total de los mismos que hubo cada mes estudiado

Marzo	22
Abril	35
Mayo	22
Junio	12
Julio	22
Agosto	13
Septiembre	18

Los expedientes revisados supusieron el 54,9% de todos los expedientes de orfandad resueltos durante el año 2013.

3.- Respecto a los **expedientes de revisiones de grado**, se estudiaron los resueltos en este periodo: **1690**, de los que 541 fueron iniciados a solicitud de los pensionistas, y 1149 iniciados de oficio.

4.- Se revisaron **373** expedientes **procedentes de prórroga de incapacidad temporal (PIT)** que se distribuyeron:

<u>Mes</u>	<u>I.P. desde PIT</u>	<u>Total PIT</u>	<u>%</u>
MARZO	70	409	17,11
ABRIL	74	471	15,71
MAYO	63	372	16,93
JUNIO	17	487	3,49
JULIO	65	516	12,59
AGOSTO	46	243	18,93
SEPTIEMBRE	38	453	8,38

Por tanto **el número total de expedientes revisados fue de 4803.**

3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE LOS EXPEDIENTES REVISADOS EN EL ESTUDIO A REALIZAR.

La presencia de una patología psiquiátrica es muy frecuente entre los diagnósticos de los expedientes de incapacidad permanente, pero habitualmente constituye una deficiencia acompañante, junto a otros procesos. En este estudio se quiere saber la repercusión concreta de los trastornos mentales por lo que se utilizarán unos criterios de inclusión estrictos. Se seleccionaron aquellos expedientes en los que el diagnóstico que motivó la decisión en el E.V.I. respecto a la procedencia o no de incapacidad permanente, y en su caso el grado de la misma, es decir el dictamen final, fue una patología psiquiátrica. Se admitieron dos situaciones:

- El diagnóstico único era un trastorno mental.
- Aun existiendo otros diagnósticos, fue la enfermedad psiquiátrica la determinante de la resolución.

Se encontro que **el número de expedientes que reunían estos requisitos fue de 152.**

3.4. RECOGIDA DE DATOS Y VARIABLES EVALUADAS

Se estudiaron de cada expediente 8 variables, atribuyendo a las variables nominales valores numéricos para facilitar el tratamiento de la información. Para la organización y análisis estas variables se utilizó el programa estadístico SSPS versión 15.0.

Las variables a recoger fueron las siguientes:

I) Sexo: Varón y mujer, con el valor 1 y 2 respectivamente.

II) Edad: Al ser una variable numérica se recogió directamente la edad del paciente en cada expediente.

III) Trabajo: Este dato se refiere a la actividad laboral que consta como trabajo del paciente en el dictamen propuesta. Se utilizó, para su clasificación la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011 aprobada en el Real Decreto 1591/2010 (BOE del 17-12-2010)²⁵. A cada grupo se le atribuyó un valor numérico:

- 1.- Directores y gerentes.
- 2.- Técnicos y profesionales científicos e intelectuales.
- 3.- Técnicos profesionales de apoyo.
- 4.- Empleados contables, administrativos y otros empleados de oficina.
- 5.- Trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores.
- 6.- Trabajadores cualificados en el sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero.
- 7.- Artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras y la construcción.
- 8.- Operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores.
- 9.- Ocupaciones elementales.
- 0.- Ocupaciones militares.

Se atribuyó el valor 10 a la situación de no haber realizado ninguna actividad laboral.

IV) Diagnóstico: Para establecer los grupos en este apartado, se utilizó como base la Clasificación de Trastornos Mentales recogida en la CIE 10²⁶. Para hacer el estudio más concreto, y teniendo en cuenta las patologías psiquiátricas que tienen repercusión en el período de la vida de actividad laboral, se agruparon los trastornos mentales en grupos a los que se atribuyeron los siguientes valores:

- 1.- Trastorno secundario al consumo de tóxicos.
- 2.- Esquizofrenia
- 3.- Otros trastornos psicóticos/psicosis
- 4.- Trastorno de ideas delirantes
- 5.- Trastornos del humor (manía)
- 6.- Trastorno depresivo
- 7.- Trastorno del humor persistente
- 8.- Trastorno bipolar
- 9.- Trastorno de ansiedad
- 10.- Trastorno obsesivo-compulsivo
- 11.- Reacción al estrés, trastorno adaptativo
- 12.- Trastorno del comportamiento
- 13.- Trastorno de la personalidad
- 14.- Trastorno del control de impulsos
- 15.- Retraso mental
- 16.- Demencia
- 17.- Trastorno depresivo + trastorno de la personalidad
- 18.- Autismo
- 19.- Trastornos mentales orgánicos

V) Resolución. Se distinguen en este apartado las siguientes opciones:

- 0.- Lesiones no definitivas
- 1.- No incapacidad permanente
- 2.- Incapacidad permanente total
- 3.- Incapacidad permanente absoluta
- 4.- Orfandad
- 5.- Gran invalidez

VI) Tipo de expediente. Se agruparon los expedientes en los siguientes tipo:

- 1.- Expediente de incapacidad permanente inicial
- 2.- Expediente de incapacidad permanente al que se llega por agotamiento del periodo de incapacidad temporal
- 3.- Revisión de grado previamente reconocido
- 4.- Orfandad

VII) Tratamiento. Nos referimos al tipo de tratamiento farmacológico que seguía el paciente en el momento de la resolución del expediente. Se distinguen así las siguientes categorías:

- 0.- No sigue tratamiento
- 1.- Antidepresivo
- 2.- Ansiolíticos
- 3.- Antipsicóticos
- 4.- Varios antidepresivos
- 5.- Asociación de antidepresivos y ansiolíticos
- 6.- Antidepresivos + ansiolíticos + antipsicóticos

- 7.- Antipsicóticos y ansiolíticos
- 8.- Antipsicóticos y antidepresivos
- 9.- Estabilizadores del ánimo con o sin otros fármacos

VIII) Antecedentes. Con la intención de objetivar si han existido solicitudes previas de incapacidad permanente anteriores a la valorada en este momento, se recogieron como parámetros:

- 0.- No constan antecedentes
- 1.- Existen dos o menos solicitudes previas
- 2.- Existen más de dos solicitudes previas de incapacidad permanente
- 3.- Expedientes posteriores.

4. RESULTADOS

Se presentan los resultados del trabajo realizado en dos apartados:

- **4.1. Resultados de las variables estudiadas**, recogiendo aquí la frecuencia (en porcentajes) de las mismas tanto en una tabla como, para una mejor visualización, en un tipo de gráfico (sectores o barras)
- **4.2. Resultados de las relaciones entre dos variables**. Se recogieron las relaciones entre dos variables que se considero podían proporcionar información interesante o útil. Se presentaran los datos en tabla de valores y en comparativa de gráfico de barras agrupadas.

4.1.1. SEXO

En la tabla I se recoge el resultado de la distribución de la variable sexo. Puede comprobarse como en el estudio realizado hubo una mayoría de expedientes debidos a pacientes varones puestos que estos supusieron un 65,8%. El porcentaje de expedientes correspondientes a mujeres fue del 34,2%.

TABLA I - Resultados variable "sexo"

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	varon	100	65,8	65,8	65,8
	mujer	52	34,2	34,2	100,0
	Total	152	100,0	100,0	

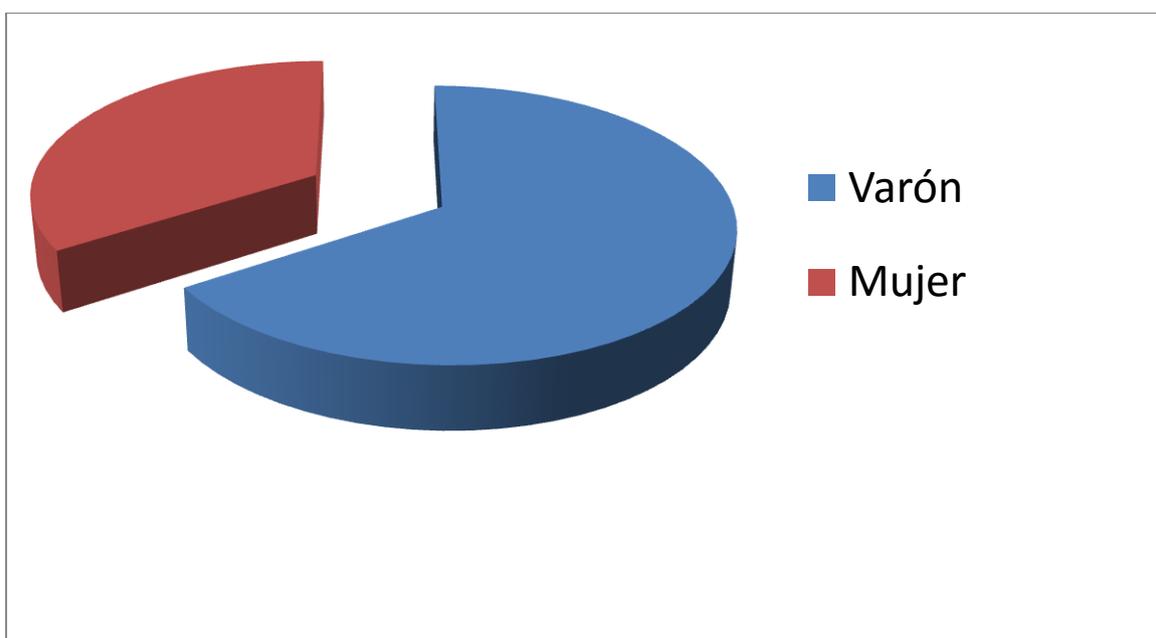


Gráfico 1

4.1.2. EDAD

Los resultados de la variable edad se recogen en la tabla II. Los valores extremos de la misma, en el estudio, fueron la edad de 21 años en el límite inferior y 63 en el superior. Como puede comprobarse en el gráfico 2, aunque existen casos en prácticamente todas las edades intermedias, los porcentajes más elevados (5,9%) se corresponden con los 38 y los 41 años, existiendo dos picos de 5,3% en los 48 y 53 años. El intervalo con menor frecuencia de expedientes se encuentra entre los 61 y 63 años.

Frecuencia

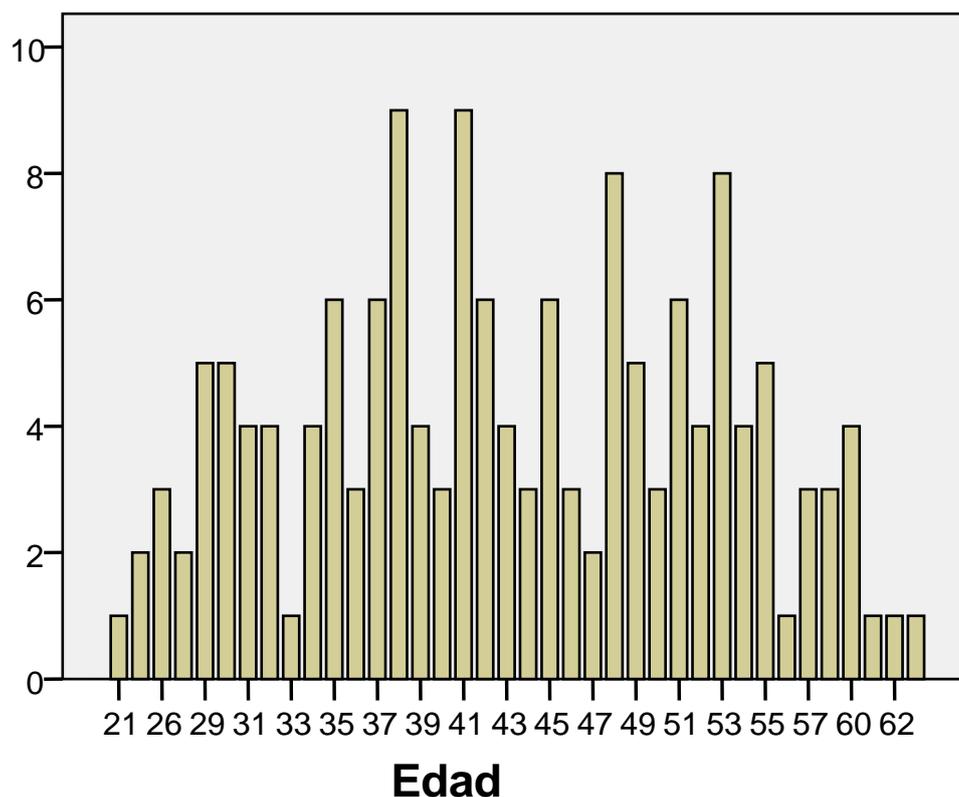


Gráfico 2

TABLA II- Resultados variable "edad"

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	21	1	,7	,7	,7
	22	2	1,3	1,3	2,0
	26	3	2,0	2,0	3,9
	27	2	1,3	1,3	5,3
	29	5	3,3	3,3	8,6
	30	5	3,3	3,3	11,8
	31	4	2,6	2,6	14,5
	32	4	2,6	2,6	17,1
	33	1	,7	,7	17,8
	34	4	2,6	2,6	20,4
	35	6	3,9	3,9	24,3
	36	3	2,0	2,0	26,3
	37	6	3,9	3,9	30,3
	38	9	5,9	5,9	36,2
	39	4	2,6	2,6	38,8
	40	3	2,0	2,0	40,8
	41	9	5,9	5,9	46,7
	42	6	3,9	3,9	50,7
	43	4	2,6	2,6	53,3
	44	3	2,0	2,0	55,3
	45	6	3,9	3,9	59,2
	46	3	2,0	2,0	61,2
	47	2	1,3	1,3	62,5
	48	8	5,3	5,3	67,8
	49	5	3,3	3,3	71,1
	50	3	2,0	2,0	73,0
	51	6	3,9	3,9	77,0
	52	4	2,6	2,6	79,6
	53	8	5,3	5,3	84,9
	54	4	2,6	2,6	87,5
	55	5	3,3	3,3	90,8
	56	1	,7	,7	91,4
	57	3	2,0	2,0	93,4
	58	3	2,0	2,0	95,4
	60	4	2,6	2,6	98,0
	61	1	,7	,7	98,7
	62	1	,7	,7	99,3
	63	1	,7	,7	100,0
	Total	152	100,0	100,0	

Los valores de la edad de los pacientes en lo expedientes estudiados tuvieron una mediana de 42,00 años y una media de 42,98 con una desviación típica de 9,683

Estadísticos edad

Válidos	152
Media	42,98
Mediana	42,00
Moda	38(a)

a Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

Histograma

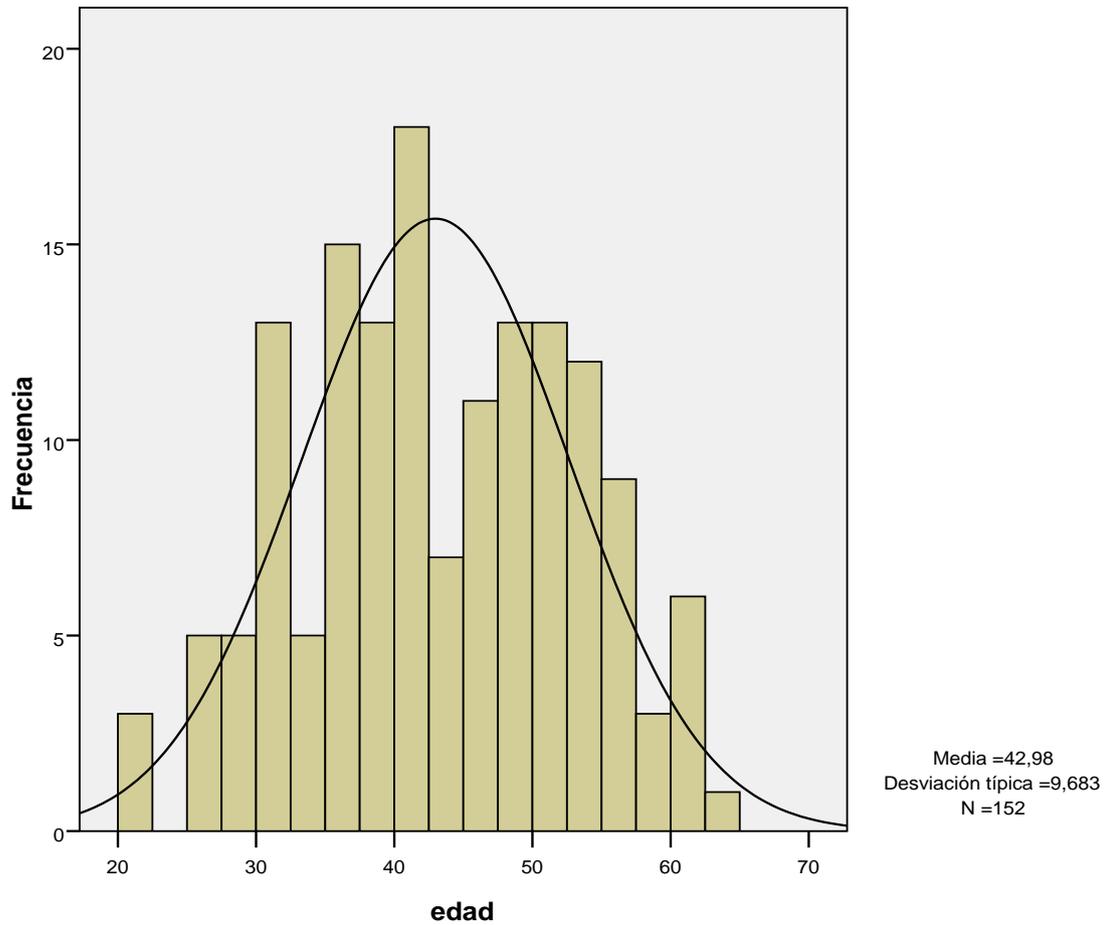


Gráfico 2b

4.1.3. TRABAJO

Los pacientes de los expedientes estudiados, según se recoge en la tabla III, tenían una actividad laboral que se encuadraba principalmente dentro de los grupos de "ocupaciones elementales" (33,6%) y "trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores" (30,3%). Con unos porcentajes significativamente menor le siguieron en frecuencia los grupos de "operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores" (8,6%), "artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras y la construcción" (7,9%) y "empleados contables, administrativos y otros empleados de oficina" (7,2%). Los pacientes que no habían realizado ninguna actividad laboral supusieron el 6,6%. Los menores porcentajes se correspondieron con "técnicos y profesionales científicos e intelectuales" (3,3%), "técnicos profesionales de apoyo" (1,3%) y "directores y gerentes" (1,3%). No hubo ningún expediente que correspondiese a trabajadores de los grupos de "trabajadores cualificados en el sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero" y "ocupaciones militares".

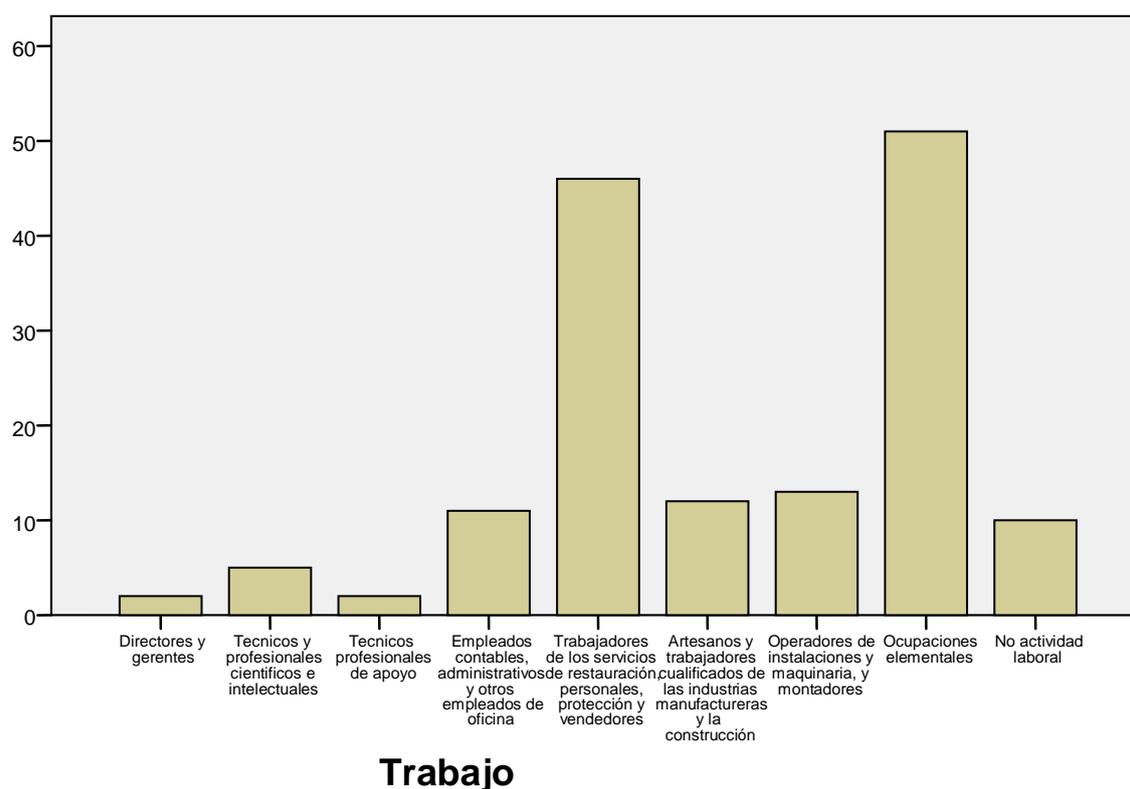


Gráfico 3

TABLA III - Resultados variable "trabajo"

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Directores y gerentes	2	1,3	1,3	1,3
	Técnicos y profesionales científicos e intelectuales	5	3,3	3,3	4,6
	Técnicos profesionales de apoyo	2	1,3	1,3	5,9
	Empleados contables, administrativos y otros empleados de oficina	11	7,2	7,2	13,2
	Trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores	46	30,3	30,3	43,4
	Artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras y la construcción	12	7,9	7,9	51,3
	Operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores	13	8,6	8,6	59,9
	Ocupaciones elementales	51	33,6	33,6	93,4
	No actividad laboral	10	6,6	6,6	100,0
	Total	152	100,0	100,0	

4.1.4. DIAGNÓSTICO

Los valores de esta variable se recogen en la tabla IV. Los resultados obtenidos muestran que los diagnósticos más frecuentes en los expedientes estudiados fueron el trastorno depresivo (14,5%), y la esquizofrenia (13,2%). Porcentajes cercanos tuvieron el trastorno bipolar, el trastorno de ansiedad (cada uno supuso un 11,2%), otros trastorno psicóticos (10,5%) y el trastorno de personalidad (9,9%). Sin embargo, si asociamos trastornos con datos clínicos similares los porcentajes varían. El primer lugar lo ocuparían los procesos de la esfera psicótica (esquizofrenia, otros trastornos psicóticos y trastorno de ideas delirantes) suponen un 27,6% de las patologías. El trastorno depresivo pasa a un segundo puesto con su 14,5%, los trastornos de personalidad implicarán un 11,3% casi el mismo porcentaje que el trastorno bipolar (11,2%) y el trastorno de ansiedad

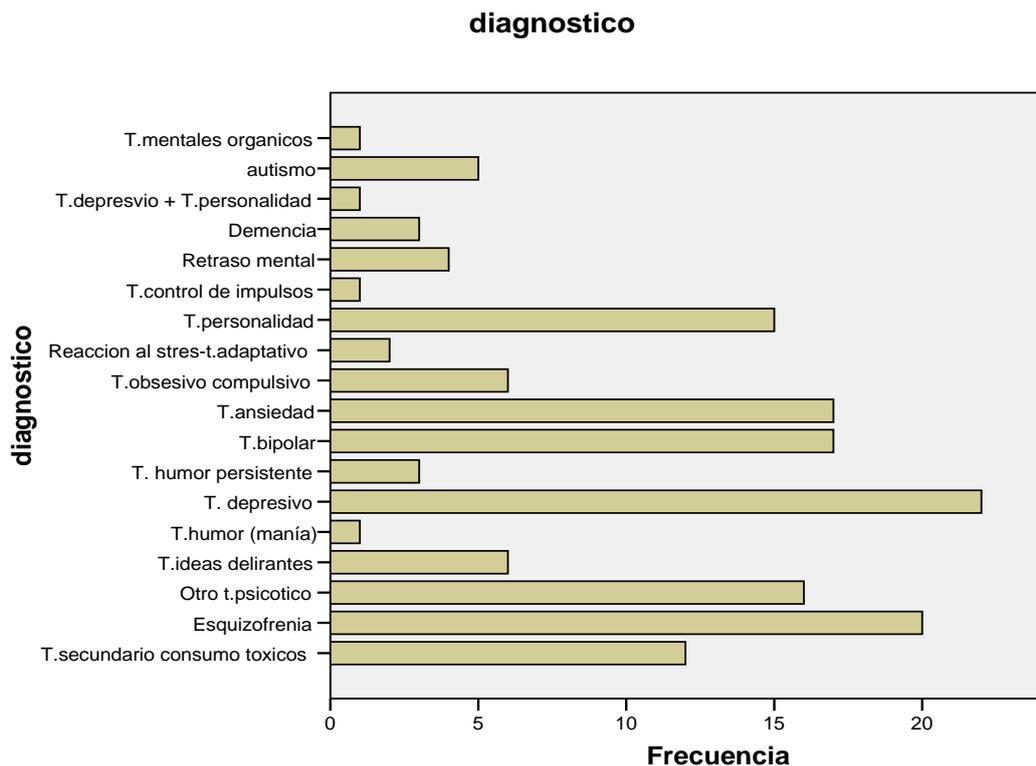


Gráfico 4

TABLA IV - Resultados de la variable "diagnóstico"

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	T.secundario consumo de tóxicos a	12	7,9	7,9	7,9
	Esquizofrenia	20	13,2	13,2	21,1
	Otro t.psicótico	16	10,5	10,5	31,6
	T.ideas delirantes	6	3,9	3,9	35,5
	T.humor (manía)	1	,7	,7	36,2
	T. depresivo	22	14,5	14,5	50,7
	T. humor persistente	3	2,0	2,0	52,6
	T.bipolar	17	11,2	11,2	63,8
	T.ansiedad	17	11,2	11,2	75,0
	T.obsesivo compulsivo	6	3,9	3,9	78,9
	Reaccion al stres-t.adaptativo	2	1,3	1,3	80,3
	T.personalidad	15	9,9	9,9	90,1
	T.control de impulsos	1	,7	,7	90,8
	Retraso mental	4	2,6	2,6	93,4
	Demencia	3	2,0	2,0	95,4
	T.depresvio T.personalidad +	1	,7	,7	96,1
	autismo	5	3,3	3,3	99,3
	T.mentales organicos	1	,7	,7	100,0
	Total	152	100,0	100,0	

4.1.5. DICTAMEN

Los resultados de la variable dictamen se recogen en la tabla V. En valores absolutos los 152 expedientes se distribuyeron entre los siguientes dictámenes: 63 se consideraron incapacidad permanente absoluta (I.P.A.), 45 no incapacidad, 15 casos fueron incapacidad permanente total (I.P.T.) y otros tantos gran invalidez. El número de expedientes en que se consideró que las deficiencias no eran definitivas fue de 11. En dos revisiones se modificó el grado de incapacidad permanente absoluta a no incapacidad. La variación de I.P.A a I.P.T. ocurrió en un único expediente, al igual que sucedió con el cambio de grado de I.P.T. a I.P.A.

Los porcentajes nos muestran que el dictamen más frecuente de los expedientes por patologías mentales fue el de incapacidad permanente absoluta, 41,4%, que aumenta al 42,1 % si se consideran los casos de revisión en que varió la resolución a I.P.A. Algo más de la cuarta parte de los dictámenes fue de no incapacidad (28,9%) . Los expedientes que implicaron incapacidad permanente total (I.P.T.) supusieron el 10,6%. Un porcentaje similar (9,9%) sumaron las resoluciones de orfandad. En 11 expedientes (7,2%) se consideraron lesiones no definitivas. Finalmente el 1,3% se calificaron como gran invalidez. Puesto que la consecuencia de proponer lesiones no definitivas es, a los efectos de percepción de prestación, una no incapacidad, el porcentaje final de expedientes en que se denegó la incapacidad permanente fue del 36,18 % y en los que se admitió el 63,82%. En el gráfico 5 se representan los resultados obtenidos al estudiar la variable dictamen. En el gráfico 6 se han agrupado los expedientes en los que el dictamen final fue de I.P.A. o I.P.T., independientemente de que fuesen en origen expedientes de revisión o no, y los que el dictamen efectivo fue de no incapacidad sumando los calificados como lesiones no definitivas y la no incapacidad.

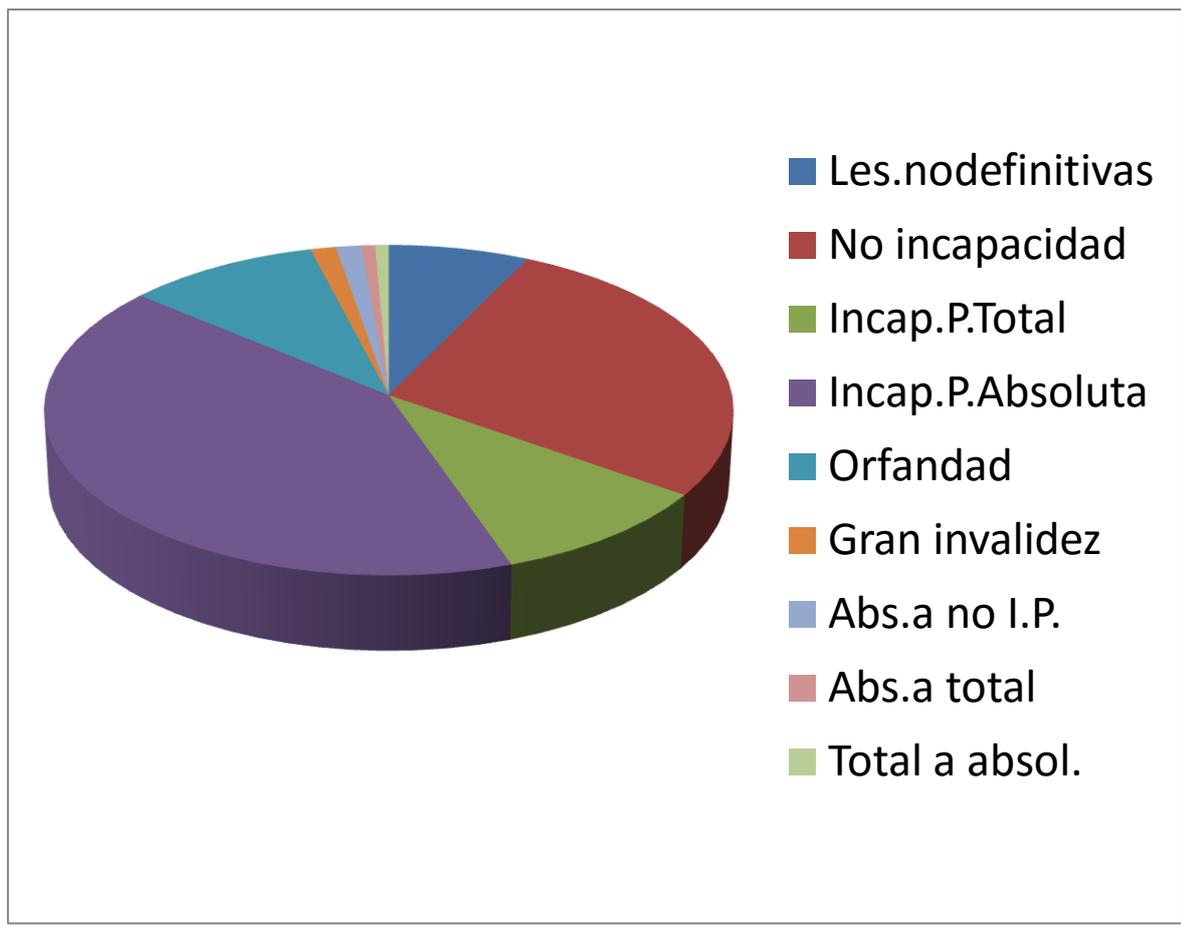


Gráfico 5

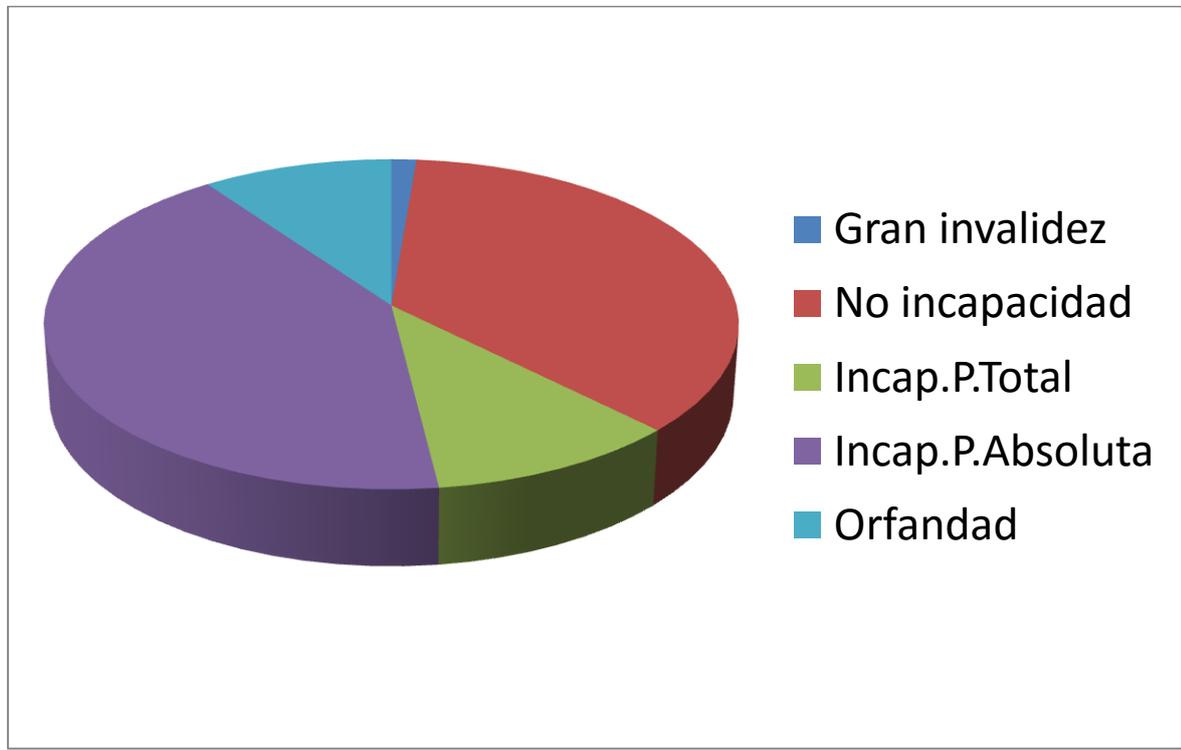


Gráfico 6

TABLA V - Resultados de la variable "dictamen"

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Lesiones no definitivas	11	7,2	7,2	7,2
	No incapacidad	42	27,6	27,6	34,9
	I.P.Total	15	9,9	9,9	44,7
	I.P.Absoluta	63	41,4	41,4	86,2
	I.P.Absoluta(orfandad)	15	9,9	9,9	96,1
	Gran invalidez	2	1,3	1,3	97,4
	Absoluta a no I.P.	2	1,3	1,3	98,7
	Absoluta a total	1	,7	,7	99,3
	Total a absoluta	1	,7	,7	100,0
	Total	152	100,0	100,0	

4.1.6. TIPO DE EXPEDIENTE

En la Tabla VI se recoge como el mayor porcentaje de expedientes en el periodo estudiado que tuvieron como causa principal diagnóstica un trastorno mental fue el correspondiente a las revisiones de grado (34,2%), seguidos de cerca por los expedientes iniciales (31,6%). Los expedientes derivados de finalizar la Incapacidad Temporal, agotado ya el periodo de prórroga de la misma, fueron un 19,1 %. Finalmente los de orfandad supusieron un 15,1%.

TABLA VI - Resultados de la variable "tipo de expediente"

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Inicial I.P.	48	31,6	31,6	31,6
	Agotamiento I.T.	29	19,1	19,1	50,7
	Revisión grado	52	34,2	34,2	84,9
	Orfandad	23	15,1	15,1	100,0
	Total	152	100,0	100,0	

Frecuencia

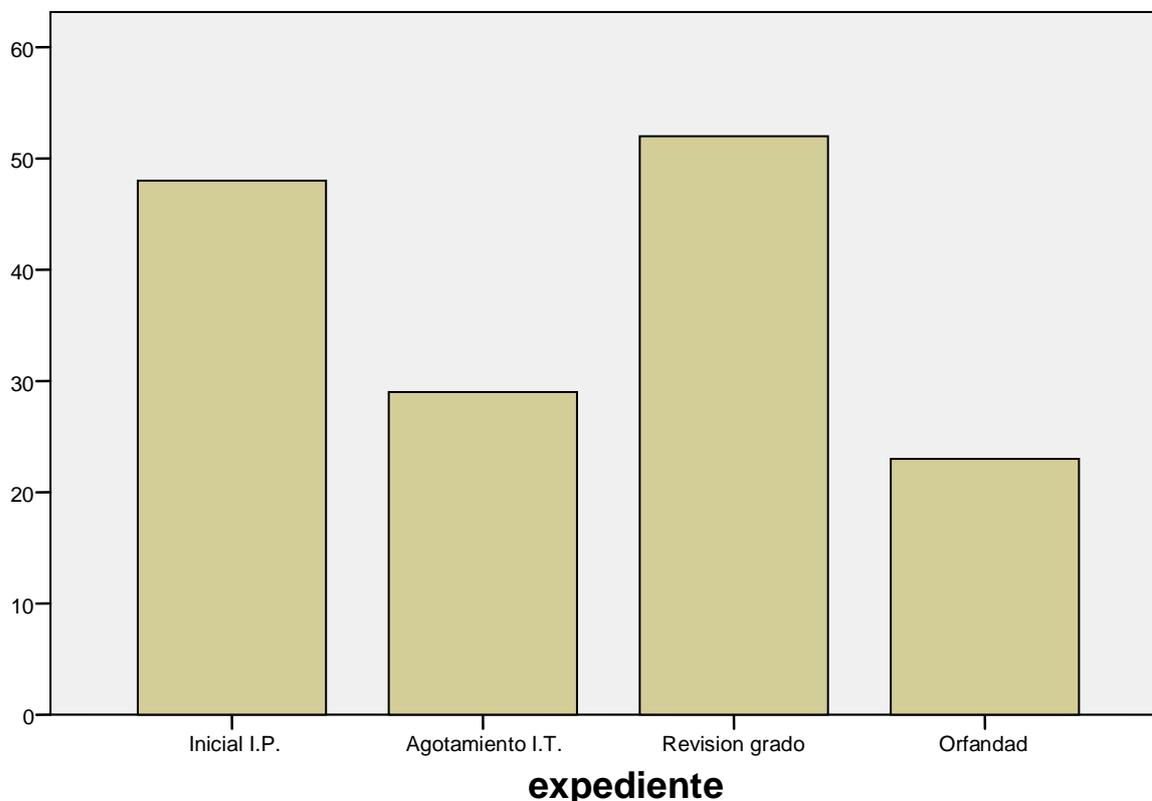


Gráfico 7

4.1.7. TRATAMIENTO

Entre los grupos de tratamiento farmacológico que se estudiaron en los expedientes, la pauta más frecuente suponiendo un 27,6%, según se ve en la tabla VII, fue la asociación de antidepresivos y ansiolíticos. Le siguió el tratamiento con antipsicótico (15,1%), el uso de un estabilizador del ánimo asociado con otros fármacos (11,8%) y una asociación de diversos tipos de psicofármacos (antidepresivos + ansiolíticos + antipsicóticos) que supuso el 11,2% de los casos. La combinación de antipsicótico y ansiolítico estuvo presente en un 9,2% y la de antipsicótico y antidepresivo en un 7,9%. Este mismo porcentaje fue el de personas que no seguían ningún tratamiento psiquiátrico farmacológico. Los porcentajes más bajos correspondieron a la toma de ansiolítico (4,6%), antidepresivo (2,6%) y varios antidepresivos (2%)

TABLA VII- Resultado de la variable "tratamiento"

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no sigue tratamiento	12	7,9	7,9	7,9
	antidepresivo	4	2,6	2,6	10,5
	ansiolítico	7	4,6	4,6	15,1
	antipsicótico	23	15,1	15,1	30,3
	varios antidepresivos	3	2,0	2,0	32,2
	antidepresi+ansiolítico	42	27,6	27,6	59,9
	antidepre+ansiolitic+anti psicótico	17	11,2	11,2	71,1
	antipsicótico+ansiolítico	14	9,2	9,2	80,3
	antidepresivo+antipsicot ico	12	7,9	7,9	88,2
	estabilizador+otros	18	11,8	11,8	100,0
	Total	152	100,0	100,0	

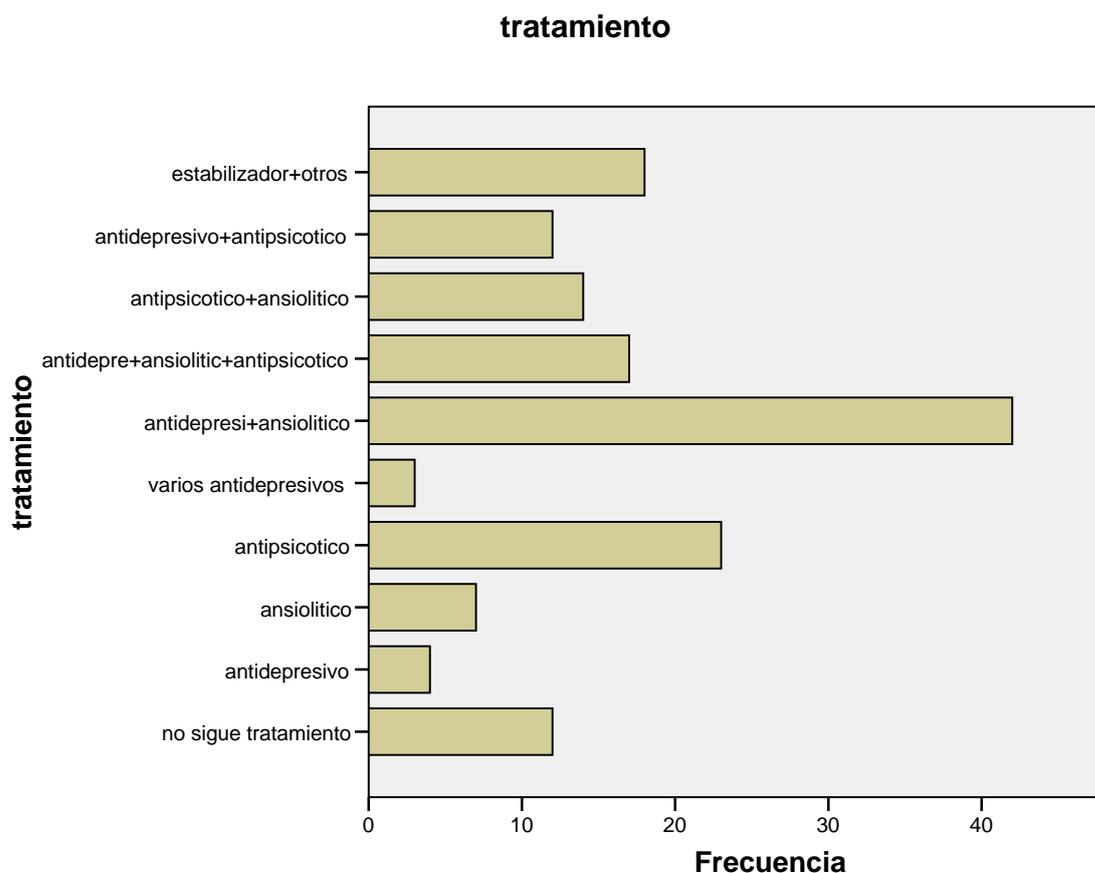


Gráfico 8

4.1.8. ANTECEDENTES

La tabla VIII recoge los resultados de la variable antecedentes. Algo menos de la mitad de los expedientes estudiados (48,7%) no presentaban antecedentes de solicitudes previas de incapacidad permanente. Por contra, en un 51,3% se había realizado al menos otra solicitud. El 33,6% tenían uno o dos expedientes además del que se valoraba, y en un 16,4% constaban más de dos antecedentes. Hubo dos expedientes, lo que supuso un 1,3%, en los que se denegó la I.P. y esta prestación volvió a solicitarse dentro del periodo que duró el estudio.

TABLA VIII - Resultado de la variable "antecedentes"

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
No consta	74	48,7	48,7	48,7
Hasta 2	51	33,6	33,6	82,2
Más de 2	25	16,4	16,4	98,7
Posteriores	2	1,3	1,3	100,0
Total	152	100,0	100,0	

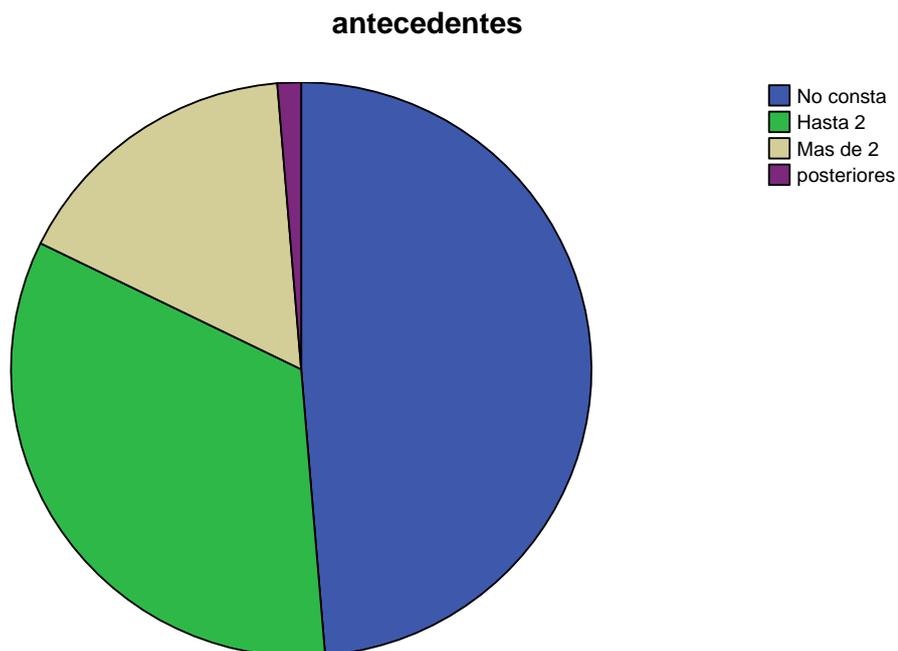


Gráfico 9

4.2.1.RELACIÓN ENTRE VARIABLES

SEXO-EDAD

Al comparar en el trabajo realizado las variables de sexo y edad se observó, como consta en la tabla IX, que predominaron los varones frente a las mujeres en el grupo de las primeras edades estudiadas, hasta los 38 años. En las edades medias las proporciones oscilan entre ambos sexos sin un claro patrón, aunque con más frecuencia el número de hombres es superior al de las mujeres. De hecho los picos de mayor frecuencia observados (gráfico 10) en la variable edad a los 38, 41, 48 y 53 años se debieron principalmente a que a estas edades hay una clara superioridad numérica del género masculino frente al femenino. En los últimos años de vida laboral, 61,62 y 63 años, los pacientes fueron todas mujeres. A parte de los tres años referidos, el sexo femenino sólo tuvo mayor presencia que el masculino a los 42, 51 y 57 años.

Gráfico de barras

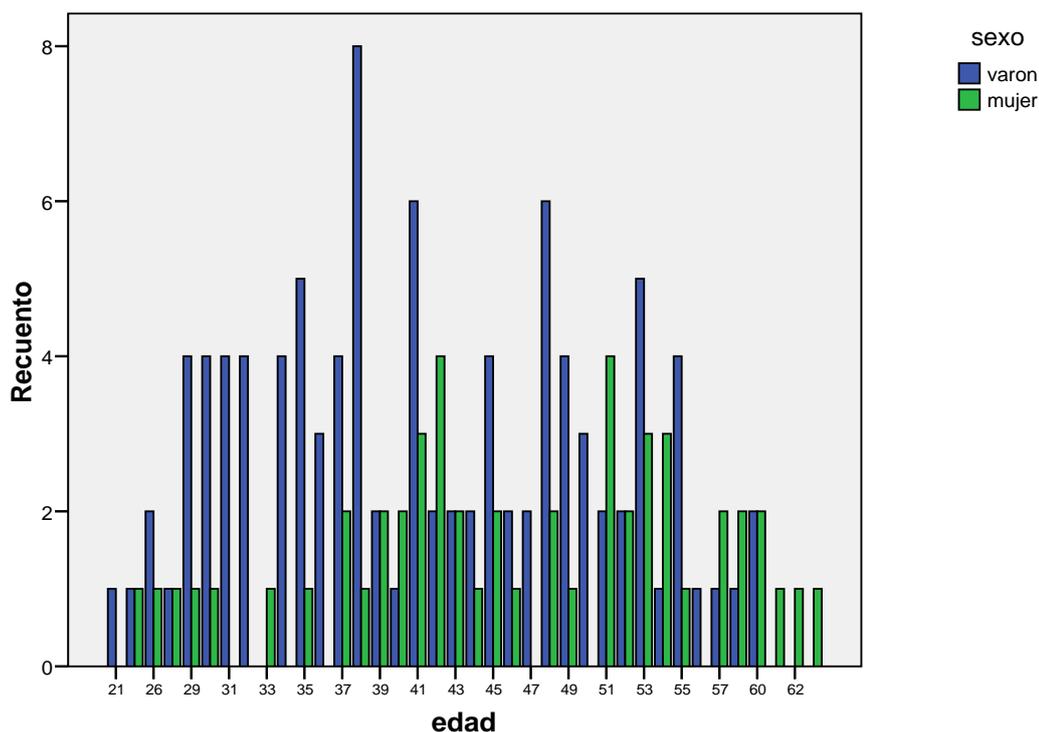


Gráfico 10

TABLA IX. Tabla de contingencia edad - sexo

Recuento		sexo		Total
		Varon	mujer	
edad	21	1	0	1
	22	1	1	2
	26	2	1	3
	27	1	1	2
	29	4	1	5
	30	4	1	5
	31	4	0	4
	32	4	0	4
	33	0	1	1
	34	4	0	4
	35	5	1	6
	36	3	0	3
	37	4	2	6
	38	8	1	9
	39	2	2	4
	40	1	2	3
	41	6	3	9
	42	2	4	6
	43	2	2	4
	44	2	1	3
	45	4	2	6
	46	2	1	3
	47	2	0	2
	48	6	2	8
	49	4	1	5
	50	3	0	3
	51	2	4	6
	52	2	2	4
	53	5	3	8
	54	1	3	4
	55	4	1	5
	56	1	0	1
	57	1	2	3
	58	1	2	3
	60	2	2	4
	61	0	1	1
	62	0	1	1
	63	0	1	1
Total		100	52	152

4.2.2. RELACIÓN ENTRE VARIABLES

SEXO-TRABAJO

La comparación (tabla X) entre las distintas ocupaciones que tenían los pacientes del sexo femenino y los del sexo masculino, mostró dos ocupaciones en las que existían trabajadores únicamente de un sexo: operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores en que sólo hubo varones, y técnicos profesionales de apoyo donde todos los casos eran mujeres. Sin embargo el volumen era muy diferente en ambas situaciones puesto que la relación en el caso de los operadores fue de 13/0 (varones/mujeres) y en el de los técnico profesionales de apoyo de (0/2). Dentro del resto de las ocupaciones se pueden hacer dos grupos. En el primero se incluirían aquellas en las que existe igualdad o leve diferencia de género como son las categorías de directores generales, técnicos y profesionales científicos e intelectuales, empleados contables, administrativos y otros empleados de oficina, y sin actividad laboral. El segundo grupo estaría formado por las categorías en las que, habiendo trabajadores de ambos sexos, existe una mayoría clara de uno de ellos, que en este estudio será en todos los casos el género masculino. Dentro de este grupo están los trabajos de: ocupaciones elementales, trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores, y artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras y la construcción

Grafico 11

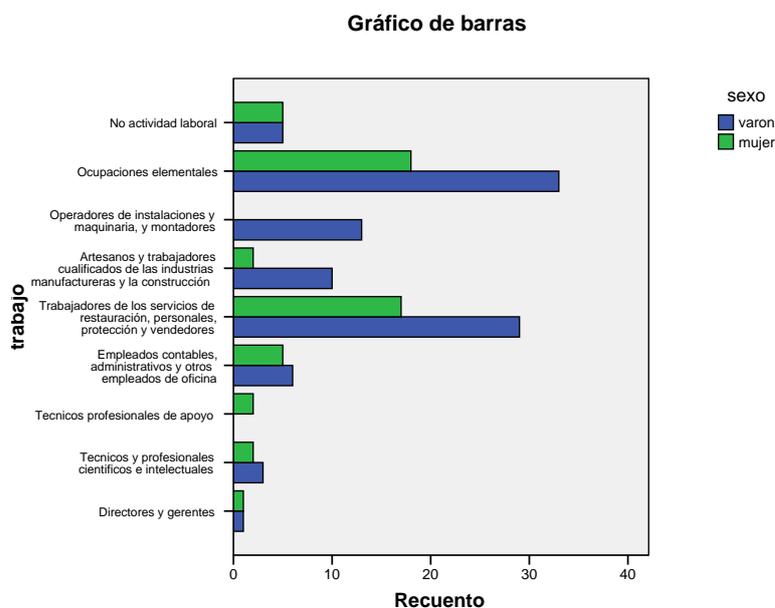


TABLA X. Tabla de contingencia trabajo - sexo

Recuento		sexo		Total
		varón	mujer	
trabajo	Directores y gerentes	1	1	2
	Técnicos y profesionales científicos e intelectuales	3	2	5
	Técnicos profesionales de apoyo	0	2	2
	Empleados contables, administrativos y otros empleados de oficina	6	5	11
	Trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores	29	17	46
	Artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras y la construcción	10	2	12
	Operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores	13	0	13
	Ocupaciones elementales	33	18	51
	No actividad laboral	5	5	10
Total	100	52	152	

4.2.3. RELACIÓN ENTRE VARIABLES SEXO-DIAGNÓSTICO

Tanto en la tabla XI como en la representación gráfica de la misma (gráfico 12) se recogen los número absolutos encontrados al relacionar las variables sexo y diagnóstico. De una forma más visual puede verse, en el gráfico de barras agrupadas, que hay algunas patologías en que el sexo masculino es predominante: el trastorno de personalidad, la esquizofrenia, el trastorno secundario a consumo de tóxicos y otros trastornos psicóticos. Hay también mayor número de expedientes correspondientes a varones, pero en un número más cercano al de mujeres, en los diagnósticos de: trastorno de ideas delirantes, trastorno depresivo, trastorno bipolar, trastorno de ansiedad, retraso mental y autismo. El número de casos es igual entre ambos sexos para los diagnósticos de trastorno obsesivo compulsivo y trastorno adaptativo. En tres categorías hubo sólo expedientes de varones: trastorno mental orgánico, demencia y trastorno del humor. También fueron tres los diagnósticos que se presentaron únicamente en mujeres: trastorno de humor persistente, trastorno del control de impulsos y la asociación de trastorno depresivo + trastorno de personalidad.

Gráfico 12

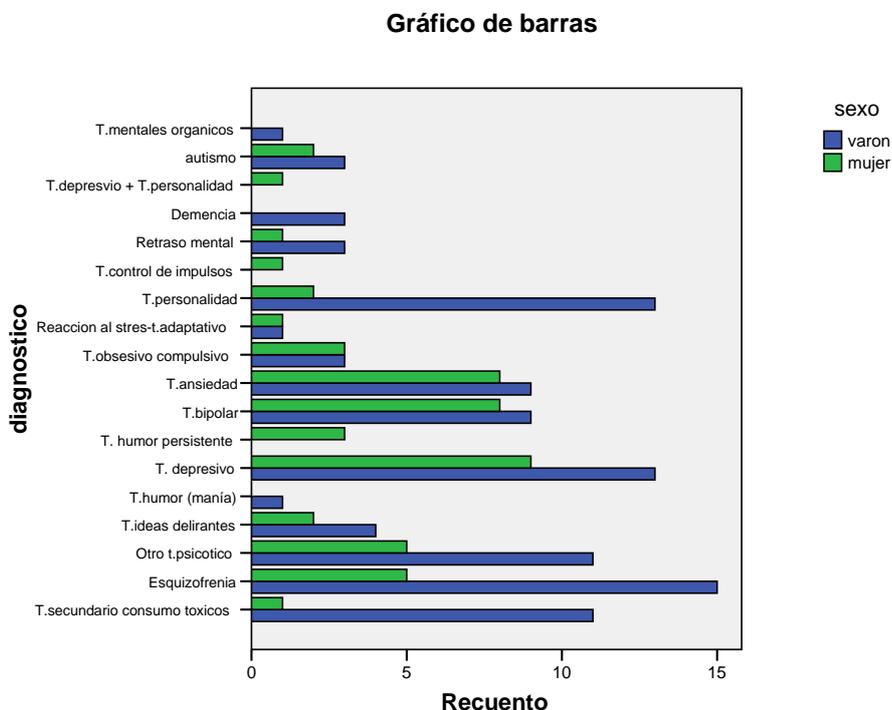


TABLA XI . Tabla de contingencia diagnóstico - sexo

Recuento		Sexo		Total
		varón	mujer	
diagnóstico	T.secundario consumo toxicos	11	1	12
	Esquizofrenia	15	5	20
	Otro t.psicotico	11	5	16
	T.ideas delirantes	4	2	6
	T.humor (manía)	1	0	1
	T. depresivo	13	9	22
	T. humor persistente	0	3	3
	T.bipolar	9	8	17
	T.ansiedad	9	8	17
	T.obsesivo compulsivo	3	3	6
	Reaccion al stres-t.adaptativo	1	1	2
	T.personalidad	13	2	15
	T.control de impulsos	0	1	1
	Retraso mental	3	1	4
	Demencia	3	0	3
	T.depresvio + T.personalidad	0	1	1
	autismo	3	2	5
	T.mentales organicos	1	0	1
Total		100	52	152

4.2.4. RELACIÓN ENTRE VARIABLES

SEXO-TIPO DE EXPEDIENTES

Los resultados obtenidos se muestran en la tabla XII, en la que se recoge que, en valores absolutos, existe un predominio en todos los tipos de expedientes del sexo masculino. La diferencia es menos acusada en las situaciones en que se llega a la I.P. tras agotar la I.T., y en las orfandades. En el caso de los expedientes iniciales el número de varones está cercano al doble de las mujeres y en las revisiones el número de pacientes del género masculino triplica a los del género femenino.

TABLA XII . Tabla de contingencia expediente - sexo

Recuento

		sexo		Total
		varon	mujer	
expediente	Inicial I.P.	30	18	48
	Agotamiento I.T.	17	12	29
	Revisión grado	39	13	52
	Orfandad	14	9	23
Total		100	52	152

Gráfico de barras

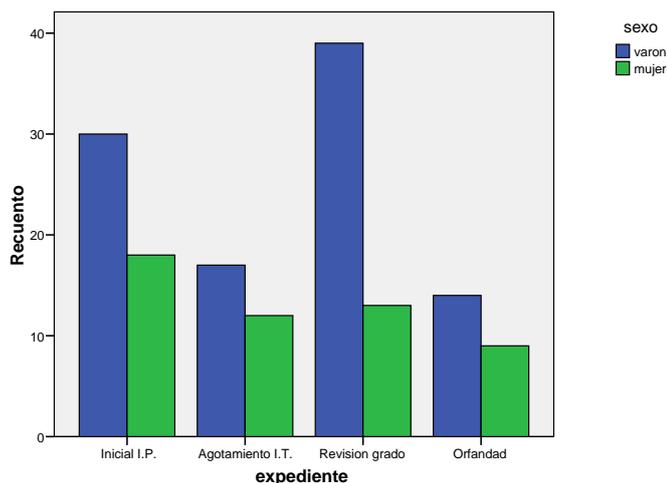


Gráfico 13

4.2.5. RELACIÓN ENTRE VARIABLES

SEXO-TRATAMIENTO

La relación entre los tratamientos recibidos y el sexo de los pacientes se recogen en la tabla XIII. Puede comprobarse que, en el trabajo realizado, no existen diferencias significativas de sexo, en cuanto al cómputo total de casos, en algunas de las pautas de terapia farmacológica estudiadas como son: la asociación de antipsicótico + ansiolítico, la toma de un ansiolítico o de un antidepresivo. Sin embargo en la mayoría de tratamientos predominan el número de casos de pacientes varones. Con una relación aproximadamente de 2:1 (varones:mujeres) se encuentran los tratamientos de antipsicóticos, asociación antidepresivo+ansiolítico, antidepresivo+antipsicótico y estabilizador + otros fármacos. Esta relación aumenta a 3:1 para la combinación de antidepresivo+ansiolítico+antipsicótico., y en los casos en que no se sigue ningún tratamiento. Solamente en un caso, la asociación de varios antidepresivos, existió predominio de mujeres.

TABLA XIII . Tabla de contingencia tratamiento - sexo

Recuento		sexo		Total
		varon	mujer	
tratamiento	no sigue tratamiento	9	3	12
	antidepresivo	2	2	4
	ansiolitico	4	3	7
	antipsicotico	16	7	23
	varios antidepresivos	1	2	3
	antidepresi+ansiolitico	28	14	42
	antidepre+ansiolitico+antipsicotico	13	4	17
	antipsicotico+ansiolitico	7	7	14
	antidepresivo+antipsicotico	8	4	12
	estabilizador+otros	12	6	18
Total		100	52	152

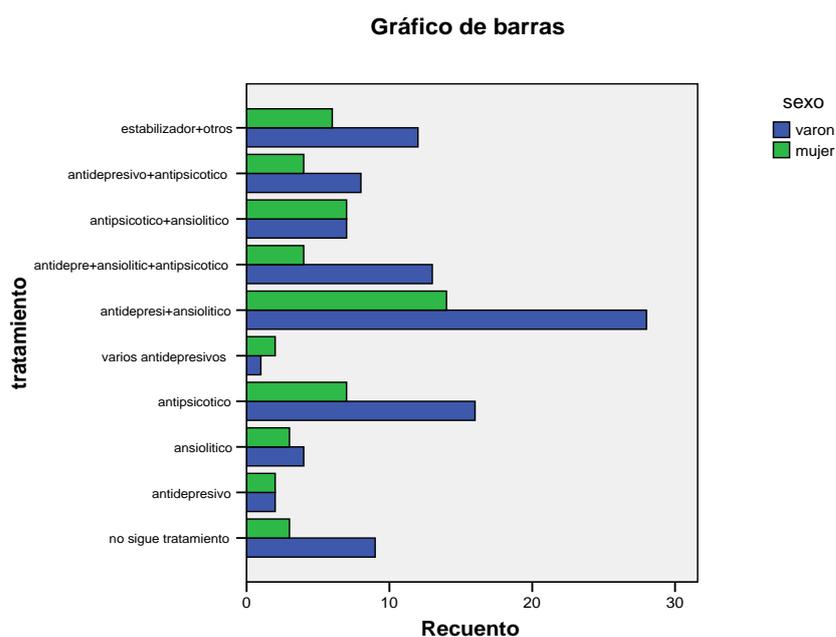


Gráfico 14

4.2.6. RELACIÓN ENTRE VARIABLES **SEXO-DICTAMEN**

Al observar la tabla XIV, en la que se recoge la correlación entre el sexo de los pacientes y el dictamen final del EVI, se comprueba que en cuatro categorías no hubo pacientes de género femenino: la correspondiente a la calificación de gran invalidez y los tres grupos que recogen los cambios de grado de las revisiones. En el caso de la aprobación de la pensión de orfandad existe una práctica igualdad entre sexos (hay un expediente más correspondiente a mujeres), para el resto de categorías predominan los varones en una relación de caso cercana a 2:1 (varones:mujeres).

TABLA XIV . Tabla de contingencia dictamen - sexo

Recuento

		sexo		Total
		varon	mujer	
dictamen	Lesiones no definitivas	7	4	11
	No incapacidad	26	16	42
	I.P.Total	11	4	15
	I.P.Absoluta	43	20	63
	I.P.Absoluta(orfandad)	7	8	15
	Gran invalidez	2	0	2
	Absoluta a no I.P.	2	0	2
	Absoluta a total	1	0	1
	Total a absoluta	1	0	1
Total	100	52	152	

Gráfico de barras

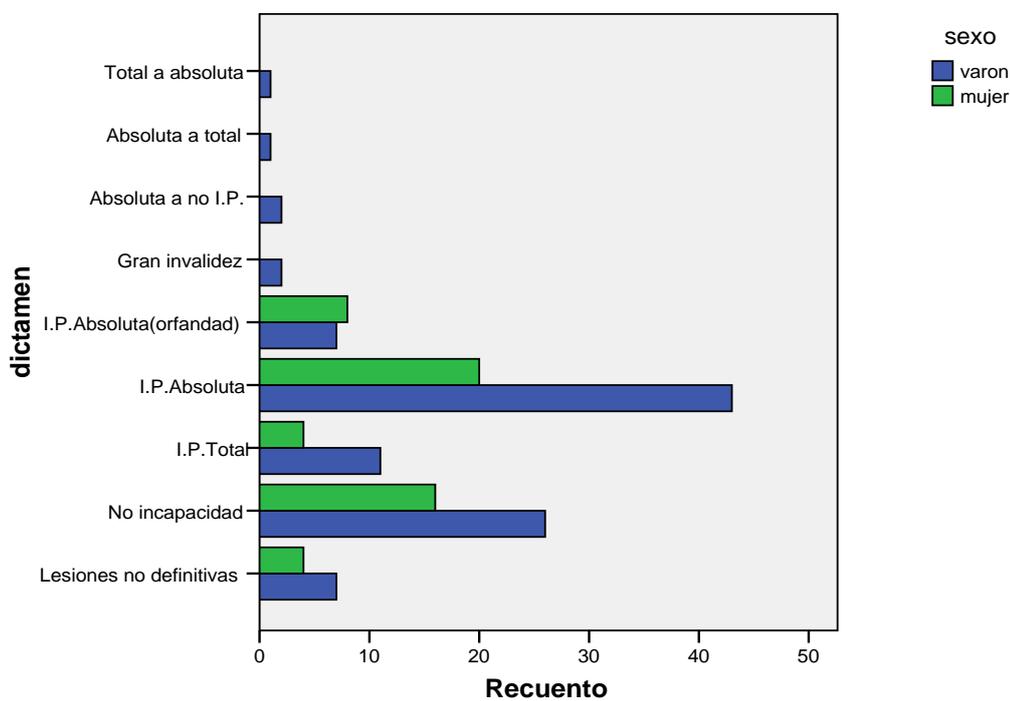


Gráfico 15

4.2.7. RELACIÓN ENTRE VARIABLES

ANTECEDENTES - SEXO

En todas las categorías (tabla XV) en que se recogió la variable antecedentes predominaron los expedientes correspondientes al género masculino manteniendo una relación de 2:1 respecto al género femenino. Únicamente existió el mismo número de casos, uno en cada sexo, para los expedientes que se volvieron a solicitar tras denegación en el periodo de tiempo estudiado.

TABLA XV . Tabla de contingencia antecedentes - sexo

Recuento

		sexo		Total
		varon	mujer	
antecedentes	No consta	48	26	74
	Hasta 2	35	16	51
	Mas de 2	16	9	25
	Posteriores	1	1	2
Total		100	52	152

Gráfico de barras

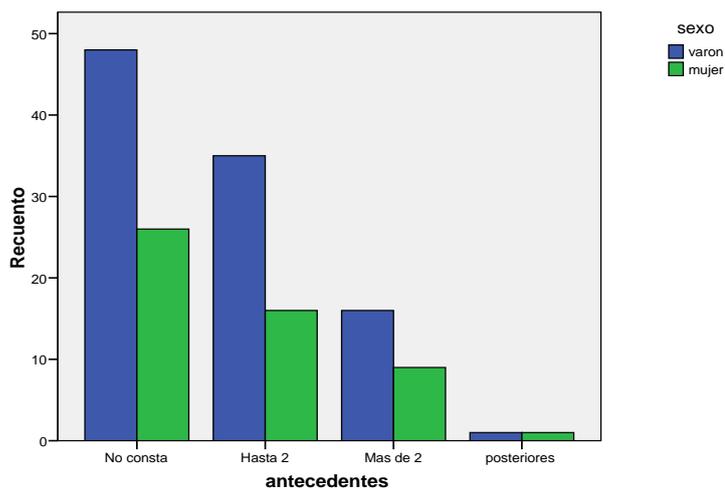


Gráfico 16

4.2.8. RELACIÓN ENTRE VARIABLES EDAD - TIPO DE EXPEDIENTE

La relación entre las variables tipo de expediente y edad (tabla XVI) mostró los siguientes resultados:

1.- Se recogieron 48 casos de *expedientes iniciales*. El mayor número de ellos se dio a la edad de 53 años. Le siguieron, con la misma cantidad de expedientes las edades de 38,48 y 49. Aunque la distribución fue dispersa en todos los grupos de edad, hubo una mayor presencia de solicitudes iniciales de I.P. en lo que puede ser el tramo medio de la vida laboral (38 a 55 años)

2.- El número de *expedientes que provenían de agotar la I.T.* fue de 29. No hubo ningún caso en los primeros tramos de edad. Los pacientes más jóvenes tuvieron 31 años (dos casos) y 32 (un caso) y no recogió ningún otro expediente hasta los 37 años. El número más alto de expedientes (cuatro) se dio a los 45 años. Le siguieron, con tres casos, las edades de 37 y 60 años.

3.- El grupo de los *expedientes de revisiones de grado* fue el más abundante , 52 casos, aunque con escasa superioridad respecto a los iniciales. Se distribuyeron entre los 27 y los 58 años de edad. El mayor número de este tipo de expediente se dio a los 29 años de edad (5 casos), seguido por las edades de 34, 38 y 41 años con cuatro expedientes cada una. La mitad de los casos de revisiones de grado se recogieron en edades menores de 40 años.

4.- Del total de expedientes estudiados 23 fueron de orfandad. No siguieron un claro patrón de distribución aunque hubo intervalos de edad en los que no se recogieron ningún caso, como los comprendidos entre los 44 y 50 años, de los 55 a los 58, y de los 61 a los 63. La mayor frecuencia ocurrió en la horquilla comprendida entre los 41 y los 43 años (6 casos).

TABLA XVI - Tabla de contingencia edad - expediente

Recuento

		expediente				Total
		Inicial I.P.	Agotamiento I.T.	Revisión grado	Orfandad	
edad	21	0	0	0	1	1
	22	0	0	0	2	2
	26	1	0	0	2	3
	27	0	0	1	1	2
	29	0	0	5	0	5
	30	2	0	2	1	5
	31	0	2	1	1	4
	32	2	1	1	0	4
	33	0	0	0	1	1
	34	0	0	4	0	4
	35	2	0	3	1	6
	36	1	0	2	0	3
	37	0	3	2	1	6
	38	4	1	4	0	9
	39	1	1	1	1	4
	40	2	0	1	0	3
	41	2	1	4	2	9
	42	1	2	1	2	6
	43	1	0	1	2	4
	44	2	1	0	0	3
	45	0	4	2	0	6
	46	1	0	2	0	3
	47	1	0	1	0	2
	48	4	2	2	0	8
	49	4	0	1	0	5
	50	1	1	1	0	3
	51	2	2	1	1	6
	52	1	0	1	2	4
	53	5	1	2	0	8
	54	1	1	1	1	4
	55	2	0	3	0	5
	56	1	0	0	0	1
	57	1	2	0	0	3
	58	1	0	2	0	3
	60	0	3	0	1	4
	61	1	0	0	0	1
	62	0	1	0	0	1
	63	1	0	0	0	1
Total		48	29	52	23	152

Gráfico de barras

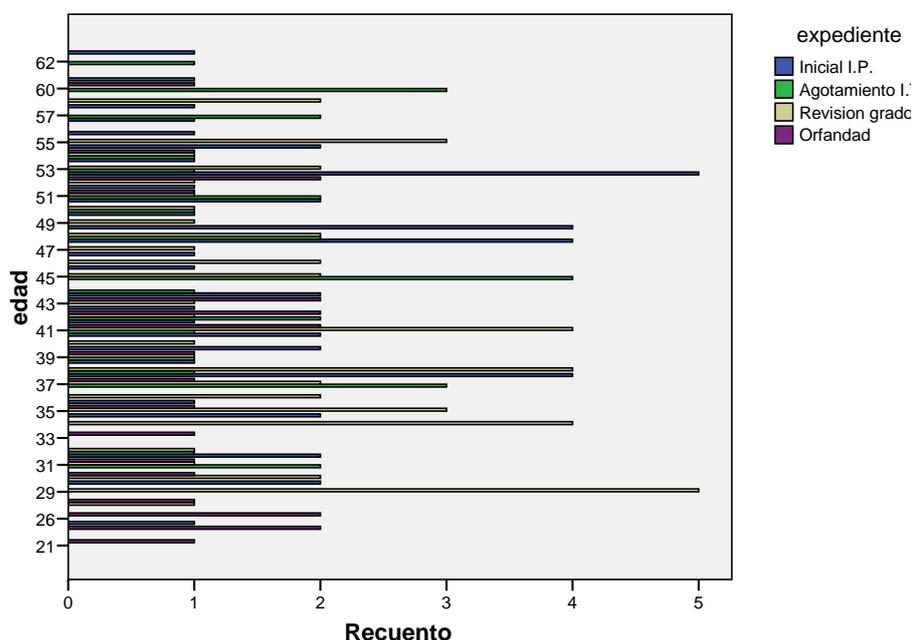


Gráfico 17

4.2.9. RELACIÓN ENTRE VARIABLES

DIAGNÓSTICO - TRABAJO

Las patologías estudiadas se distribuyeron de la siguiente manera entre los distintos grupos profesionales (tabla XVII):

1.- En el grupo de *directores y gerentes* hubo dos casos. Uno fue debido a trastorno secundario a consumo de tóxicos y el otro a trastorno bipolar.

2.- Dentro de los *técnicos y profesionales, científicos e intelectuales* se recogieron dos casos de esquizofrenia y un caso de cada uno de los siguientes diagnósticos: trastorno bipolar, trastorno de ansiedad y demencia

3.- Dos patologías, trastorno depresivo y trastorno de personalidad, con un caso cada uno, fueron los valores de la variable diagnóstico para el grupo de ocupación *técnicos profesionales de apoyo*.

4.- En la categoría de *empleados contables, administrativos y otros empleados de oficina*, la distribución de trastornos mentales fue la siguiente:

- cuatro casos de trastorno de ansiedad
- dos casos tanto en el trastorno de personalidad y como en el trastorno bipolar
- un caso tuvieron los diagnósticos de esquizofrenia, otro trastorno psicótico y trastorno obsesivo-compulsivo

5.- En el grupo de *trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores* hubo con un total de 46 casos que presentaron la siguiente relación diagnóstico/número de casos: otros trastornos psicóticos/8, trastorno depresivo/7, trastorno bipolar/6, trastorno de ansiedad/6, esquizofrenia/4, trastorno de personalidad/4, trastorno secundario a consumo de tóxicos/3, trastorno de ideas delirantes/2, y finalmente un caso presentaron los siguientes diagnósticos: trastorno de humor, trastorno de humor persistente, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno adaptativo, trastorno del control de impulsos, y la asociación de trastorno depresivo con trastorno de personalidad.

6.- Distribución de diagnósticos en el grupo de *artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras y la construcción*:

- las patologías esquizofrenia, trastorno depresivo y trastorno de ansiedad tuvieron dos casos cada una
- de los grupos trastorno secundario a consumo de tóxicos, otros trastornos psicóticos, trastorno de ideas delirantes y trastorno bipolar, hubo un caso de cada uno.

7.- La ocupación *operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores* tuvo 13 casos, que se repartieron según la enfermedad mental que tenían de la siguiente manera: tres casos de trastorno secundario a consumo de tóxicos, dos casos en los diagnósticos tanto de trastorno de ansiedad como de otro trastorno psicótico, y un caso los grupos de esquizofrenia, trastorno de ideas delirantes, trastorno bipolar, trastorno de personalidad, retraso mental y demencia.

8.- El grupo de *ocupaciones elementales* fue el más numeroso con 51 casos. Se recogen a continuación los diagnósticos que presentaron estos trabajadores refiriéndolos de mayor a menor frecuencia:

- trastorno depresivo: doce casos
- esquizofrenia: nueve casos
- cuatro casos presentaron respectivamente las categorías de trastorno secundario a consumo de tóxicos, trastorno bipolar, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de personalidad
- el diagnóstico de otros trastornos psicóticos lo presentaron tres expedientes

- dos casos tuvieron las categorías de: trastorno de ideas delirantes, trastorno del humor persistente, trastorno de ansiedad y retraso mental
- hubo un expediente de cada uno de los diagnósticos de trastorno adaptativo, demencia y trastorno mental orgánico

9.- Para los pacientes que no habían realizado ninguna actividad laboral el diagnóstico más frecuente, con cinco casos, fue el de autismo. El resto de los siguientes trastornos mentales tuvo un caso cada uno: esquizofrenia, otro trastorno psicótico, trastorno bipolar, trastorno de personalidad y retraso mental.

Gráfico de barras

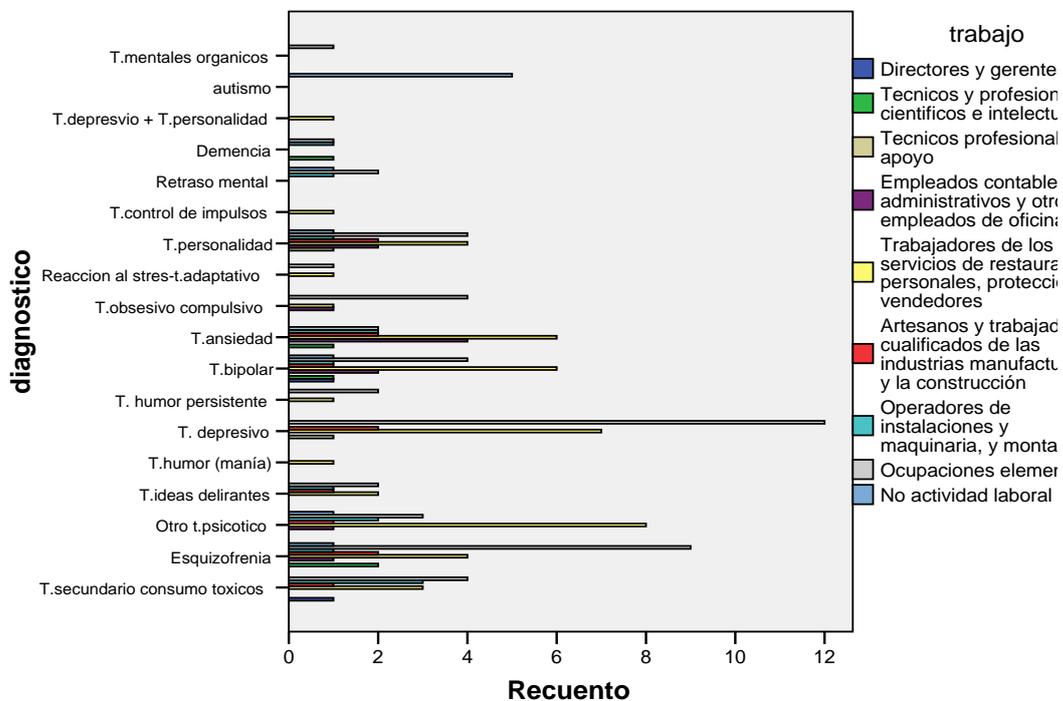


Gráfico 18

TABLA XVII . Tabla de contingencia diagnóstico - trabajo

Recuento		trabajo									Total
		Direc tores y geren tes	Técni cos y profe siona les cientifi cos e intelec tuales	Técni cos profe siona les de apoyo	Emplea dos ,admini strativos y otros emplea dos de oficina	Restaura cion, proctec cion personal y vendedo res	Artesano trabaj. indust Manufac tureras y la constru cción	Opera dores de maqui naria, y monta dores	Ocupa. element ales	No activ. labora	
Dgco.	T.secundario consumo toxicos	1	0	0	0	3	1	3	4	0	12
	Esquizofre nia	0	2	0	1	4	2	1	9	1	20
	Otro t.psicótico	0	0	0	1	8	1	2	3	1	16
	T.ideas delirantes	0	0	0	0	2	1	1	2	0	6
	T.humor (manía)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	T. depresivo	0	0	1	0	7	2	0	12	0	22
	T.humor persistente	0	0	0	0	1	0	0	2	0	3
	T.bipolar	1	1	0	2	6	1	1	4	1	17
	T.ansiedad	0	1	0	4	6	2	2	2	0	17
	T.obsesivo compulsivo	0	0	0	1	1	0	0	4	0	6
	Reacción al stres- t.adaptativo	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2
	T.personalid	0	0	1	2	4	2	1	4	1	15
	T.control impulsos	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	Retraso mental	0	0	0	0	0	0	1	2	1	4
	Demencia	0	1	0	0	0	0	1	1	0	3
	T.depresvio +	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	T.personali. Autismo	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5
	T.mentales organicos	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Total		2	5	2	11	46	12	13	51	10	152

4.2.10. RELACIÓN ENTRE VARIABLES DIAGNÓSTICO - DICTAMEN

Los 152 expedientes se distribuyeron entre los siguientes dictámenes: 63 se consideraron incapacidad permanente absoluta (I.P.A.), 45 no incapacidad, 15 casos fueron incapacidad permanente total (I.P.T.) y otros tantos gran invalidez. El número de expedientes en que se consideró que las deficiencias no eran definitivas fue de 11. En dos revisiones se modificó el grado de incapacidad permanente absoluta a no incapacidad. La variación de I.P.A a I.P.T. ocurrió en un único expediente, al igual que sucedió con el cambio de grado de I.P.T. a I.P.A.

Los diagnósticos que motivaron la calificación de lesiones no definitivas fueron el trastorno depresivo con tres casos, el trastorno secundario a consumo de tóxicos y otros trastornos psicóticos con dos casos, y con un caso los diagnósticos de esquizofrenia, trastorno de ideas delirantes, trastorno del humor persistente y trastorno de personalidad.

En el caso del dictamen de no incapacidad, este se motivó en 11 expedientes por el diagnóstico de trastorno de ansiedad, en 6 por trastorno depresivo, en 5 por trastorno secundario al consumo de tóxicos y en 4 por trastorno de personalidad. Las patologías recogidas como trastorno bipolar, y retraso mental fundamentaron 3 expedientes cada una. Dos casos tuvieron el diagnóstico de esquizofrenia, otro trastorno psicótico y trastorno del humor persistente. Hubo, finalmente, varios trastornos con un solo expedientes: trastorno del humor, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno adaptativo y trastorno del control de impulsos.

Los casos cuyo dictamen fue incapacidad permanente total se distribuyeron:

- 3 casos tuvieron cada uno de los siguientes diagnósticos: otro trastorno psicótico, trastorno de ansiedad y trastorno de personalidad
- el trastorno depresivo motivo 2 expedientes
- las categorías diagnósticas de trastorno de ideas delirantes, trastorno bipolar, trastorno adaptativo y trastorno mental orgánico, se presentaron en un expediente cada una

Respecto a los casos declarados como incapacidad permanente total, el diagnóstico más frecuente fue la esquizofrenia con 14 casos, seguida por el trastorno bipolar (10 casos) y con 8 casos cada uno el trastorno depresivo y otros trastornos psicóticos. Seis expedientes tuvieron el diagnóstico de trastorno de la personalidad. El trastorno de ideas delirantes se dio, al igual que el trastorno obsesivo compulsivo en cuatro casos. Tras ellos en frecuencia se situaron el trastorno secundario a consumo de tóxicos y el trastorno de ansiedad con tres expedientes cada uno, dos casos se diagnosticaron de demencia y uno de trastorno de personalidad asociado a trastorno depresivo.

La orfandades estuvieron motivadas por autismo en cinco casos, esquizofrenia en tres, trastorno bipolar en dos casos, y con un expediente se presentaron respectivamente los

diagnósticos de trastorno secundario a consumo de tóxicos, otro trastorno psicótico, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de personalidad y retraso mental.

Hubo sólo dos diagnósticos que motivaron cada uno un expediente de gran invalidez: el trastorno bipolar y la demencia.

Las variaciones de grado en las revisiones fueron tanto de aumento de grado como de disminución del mismo. En dos expedientes, con los diagnósticos de trastorno secundario a consumo de tóxicos en uno y trastorno depresivo en el otro, se consideró que existía una mejoría respecto al cuadro clínico que motivo la I.P.A. previa de entidad suficiente como para suponer no incapacidad. En un caso, con el diagnóstico de trastorno depresivo, esa mejoría implicó disminución de grado de I.P.A. a I.P.T. Un único expediente supuso aumento de grado pasando a ser considerado I.P.A. cuando se partía de I.P.T. siendo la patología que presentaba un trastorno depresivo.

Gráfico de barras

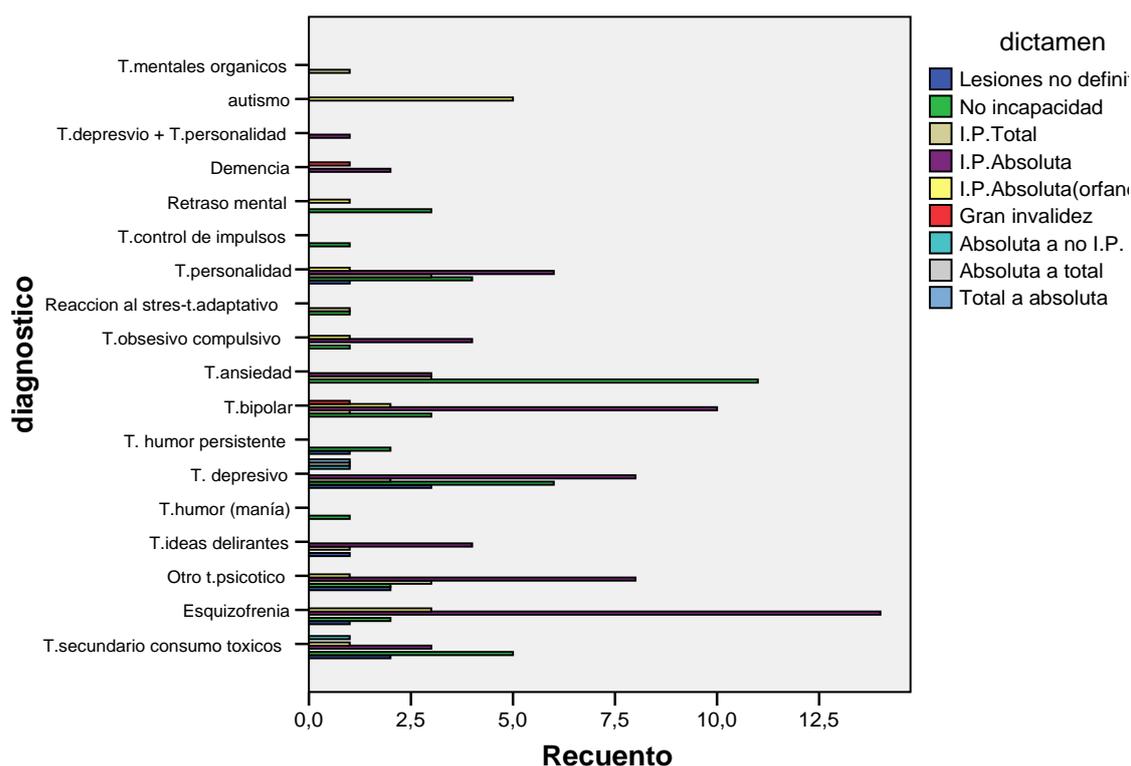


Gráfico 19

TABLA XVIII . Tabla de contingencia diagnóstico - dictamen

Recuento

		dictamen									Total
		Les. no defi.	No I.P.	I.P.T.	I.P.A.	I.P.Absoluta (orfandad)	Gran invalidez	IPA a no I.P.	IPA a IPT	IPTa IPA	
diagnostico	T.secundario consumo toxicos	2	5	0	3	1	0	1	0	0	12
	Esquizofrenia	1	2	0	14	3	0	0	0	0	20
	Otro t.psicotico	2	2	3	8	1	0	0	0	0	16
	T.ideas delirantes	1	0	1	4	0	0	0	0	0	6
	T.humor (manía)	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	T. depresivo	3	6	2	8	0	0	1	1	1	22
	T. humor persistente	1	2	0	0	0	0	0	0	0	3
	T.bipolar	0	3	1	10	2	1	0	0	0	17
	T.ansiedad	0	11	3	3	0	0	0	0	0	17
	T.obsesivo compulsivo	0	1	0	4	1	0	0	0	0	6
	Reaccion al stress-t.adaptativo	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2
	T.personalidad	1	4	3	6	1	0	0	0	0	15
	T.control de impulsos	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	Retraso mental	0	3	0	0	1	0	0	0	0	4
	Demencia	0	0	0	2	0	1	0	0	0	3
	T.depresivo + T.personalidad	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	autismo	0	0	0	0	5	0	0	0	0	5
	T.mentales organicos	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Total		11	42	15	63	15	2	2	1	1	152

4.2.11. RELACIÓN ENTRE VARIABLES

TRATAMIENTO- DICTAMEN

TABLA XIX . Tabla de contingencia tratamiento - dictamen

	dictamen									Total
	Lesion. no defini.	No I.P.	I.P.T.	I.P.A.	Orfandad	Gran invalide	I.P.A. a no I.P.	I.P.A. a I.P.T.I	I.P:T. a I.P.A.	
Tto. no sigue tratamiento	1	5	0	1	4	0	1	0	0	12
antidepresivo	0	1	1	2	0	0	0	0	0	4
ansiolítico	0	6	0	1	0	0	0	0	0	7
antipsicótico	1	3	1	15	3	0	0	0	0	23
varios	1	0	1	1	0	0	0	0	0	3
antidepresivos	4	19	5	10	2	0	1	0	1	42
antidepresi+ansiolítico	1	2	4	8	1	0	0	1	0	17
antidepre+ansiolítico+antipsicótico	2	2	1	9	0	0	0	0	0	14
antipsicótico+ansiolítico	0	0	1	9	2	0	0	0	0	12
antidepresivo+antipsicótico	1	4	1	7	3	2	0	0	0	18
estabilizador+otros	11	42	15	63	15	2	2	1	1	152
Total										

En la tabla XIX se recogen los valores que relacionan el tipo de tratamiento que tenía el paciente en el momento de la valoración con el dictamen que finalmente decidió el Equipo de Valoración de incapacidades.

En la categoría de no incapacidad la pauta terapéutica más frecuente fue la asociación de antidepresivos y ansiolíticos (19 casos), seguida a importante distancia del tratamiento con ansiolítico (6 casos), no tomar ningún fármaco (5 casos) y el uso de estabilizador + otro psicofármaco (4 casos).

Si nos referimos a la I.P.T. los tratamiento que estuvieron más presentes fueron antidepresivos+ansiolíticos (5 casos) y antidepresivos+ansiolíticos+antipsicóticos con 4 casos.

En los expedientes en los que se concluyó I.P.A. el tratamiento que más se repitió fueron los antipsicóticos bien de forma aislada (15 casos) o en asociación con otros psicofármacos: antidepresivo+antipsicótico (9 casos), antipsicótico+ansiolíticos también con

9 casos y antidepresivos +ansiolíticos+antipsicóticos con 8 casos. 10 casos con este dictamen seguían tratamiento con antidepresivos y 7 con estabilizador + otro psicofármaco.

Los 15 pacientes de los expedientes de orfandad tenían como tratamiento: antipsicótico (3 casos), estabilizados + otro fármaco (3 casos), antidepresivo +antipsicótico (2 casos) y antidepresivo +ansiolítico (2 casos). En 4 expedientes los pacientes no seguían ninguna tratamiento farmacológico.

Los dos casos de gran invalidez se correspondieron con el tratamiento de estabilizador + otro psicofármaco. Las variaciones de grado en revisiones se asociaron con el uso de un antidepresivo asociado a ansiolítico con o sin antipsicótico, no siguiendo en uno de los casos de cambio de I.P.A. a no incapacidad ningún tratamiento. En el caso de las lesiones no definitivas 4 expedientes tenían como tratamiento antidepresivo+ansiolítico, dos atipsicóticos+ansiolítico, en un expediente el paciente no seguía ningún tratamiento.

Gráfico de barras

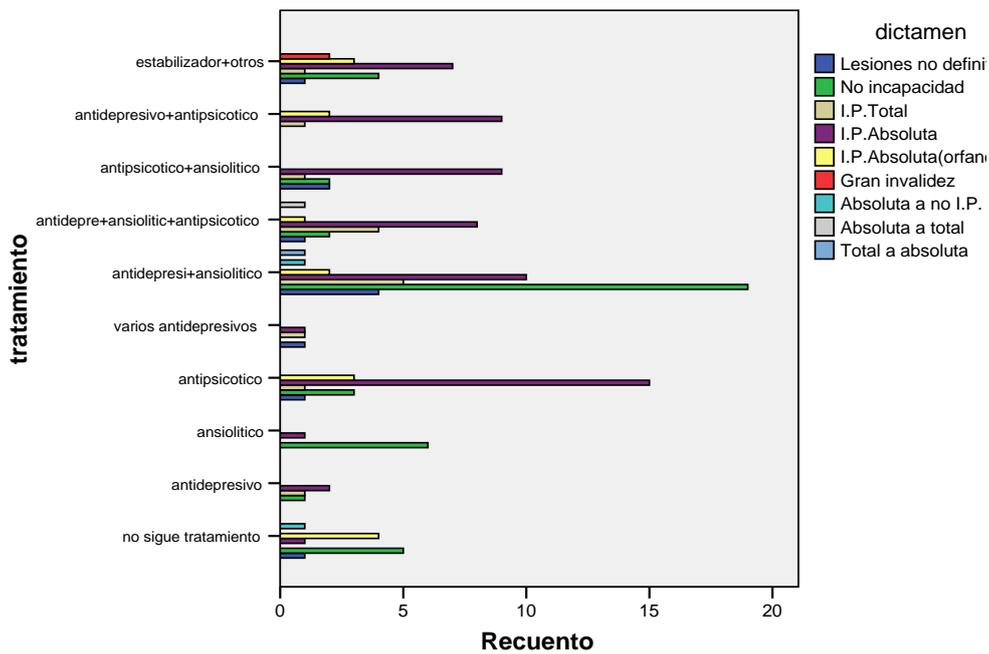


Gráfico 20

4.2.12. RELACION ENTRE VARIABLES

TIPO DE EXPEDIENTES-DICTAMEN

En la Gráfico 21 puede verse de una forma rápida los resultados de cruzar los datos de tipo de expediente aperturado y el dictamen final del mismo. En el caso de la orfandad, como no puede ser de otro modo, hay sólo dos dictámenes posibles: la estimación que es una incapacidad absoluta, o la desestimación que es una no incapacidad. De los 23 expedientes de orfandad 15 fueron estimados y 8 desestimados. También se ve con claridad que las variaciones de grado están, obviamente, asociadas a los expedientes de revisiones.

Revisando los resultados en la tabla XX se comprueba que en los expedientes iniciales el dictamen más frecuente, 23 casos, es el de no incapacidad. 13 casos se correspondieron con I.P.A., 9 con lesiones no definitivas, 2 con I.P.T. y uno con gran invalidez. En los casos en que se llegó a la I.P. tras agotar I.T. el dictamen más frecuente fue también de I.P.A (13 casos), seguido por no incapacidad (9 casos), I.P.T. (5 casos) y lesiones no definitivas (2 casos). En los expedientes de revisiones nuevamente, y además en mayor proporción que en el resto de tipos de expedientes, hay una mayoría de I.P.A. con 37 casos, le sigue la I.P.T. con 8 casos y la gran invalidez con uno. En dos casos se concluyó no incapacidad (se trataba de expedientes en situación de demora de calificación).

TABLA XX . Tabla de contingencia dictamen - expediente

Recuento

		expediente				Total
		Inicial I.P.	Agotamiento I.T.	Revision grado	Orfandad	
dictamen	Lesiones no definitivas	9	2	0	0	11
	No incapacidad	23	9	2	8	42
	I.P.Total	2	5	8	0	15
	I.P.Absoluta	13	13	37	0	63
	I.P.Absoluta(orfandad)	0	0	0	15	15
	Gran invalidez	1	0	1	0	2
	Absoluta a no I.P.	0	0	2	0	2
	Absoluta a total	0	0	1	0	1
	Total a absoluta	0	0	1	0	1
Total		48	29	52	23	152

Gráfico de barras

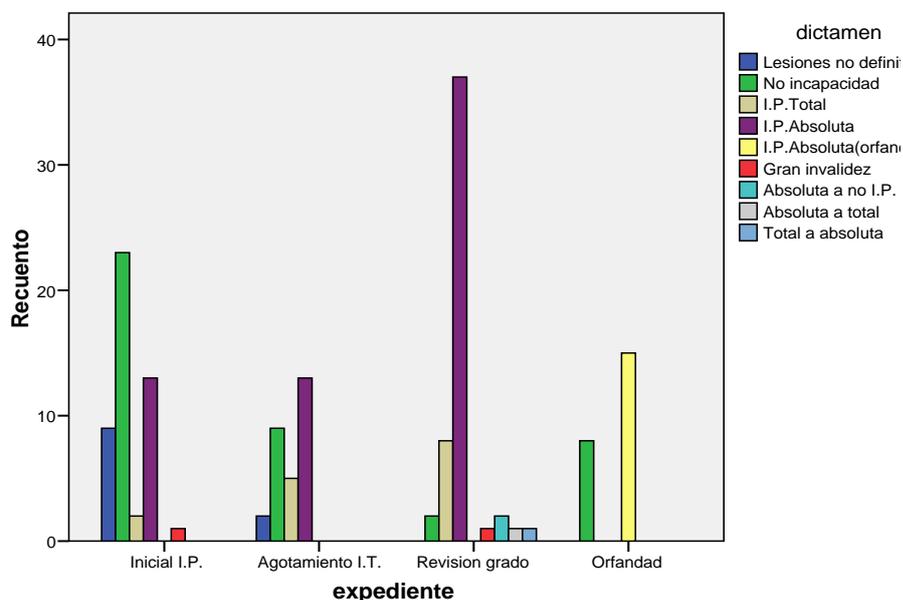


Gráfico 21

4.2.13. RELACIÓN ENTRE VARIABLES ANTECEDENTES -TIPO DE EXPEDIENTE

La inexistencia de expedientes previos al valorado fue predominante en los casos de orfandades, en los aperturados tras finalizar I.T. y en los iniciales, como puede verse con claridad en el Gráfico 22. Sin embargo en el caso de las revisiones de grado hay habitualmente un número variable de expedientes anteriores, que cuantificamos en más de 2 en veinte caso y en uno o dos en 31 casos. El expediente de revisión que no presenta antecedentes se corresponde con una demora de calificación previa, el otro expediente de demora si tenía otros trámites de I.P. previos. En el caso de los expedientes iniciales hubo 4 casos en que constaban más de dos antecedentes previos, 10 casos en que había 1-2 expedientes anteriores y dos casos en que se solicitó nueva I.P. tras denegación de la que se tramitó. Para los expedientes a los que se llega por finalizar la prórroga de I.T. los resultados recogen 7 casos en que había 1 ó 2 expedientes previos y un caso en que había más de 2.

TABLA XXI . Tabla de contingencia expediente - antecedentes

Recuento		antecedentes				Total
		No consta	Hasta 2	Mas de 2	Posteriores	
expediente	Inicial I.P.	32	10	4	2	48
	Agotamiento I.T.	21	7	1	0	29
	Revision grado	1	31	20	0	52
	Orfandad	20	3	0	0	23
Total		74	51	25	2	152

Gráfico de barras

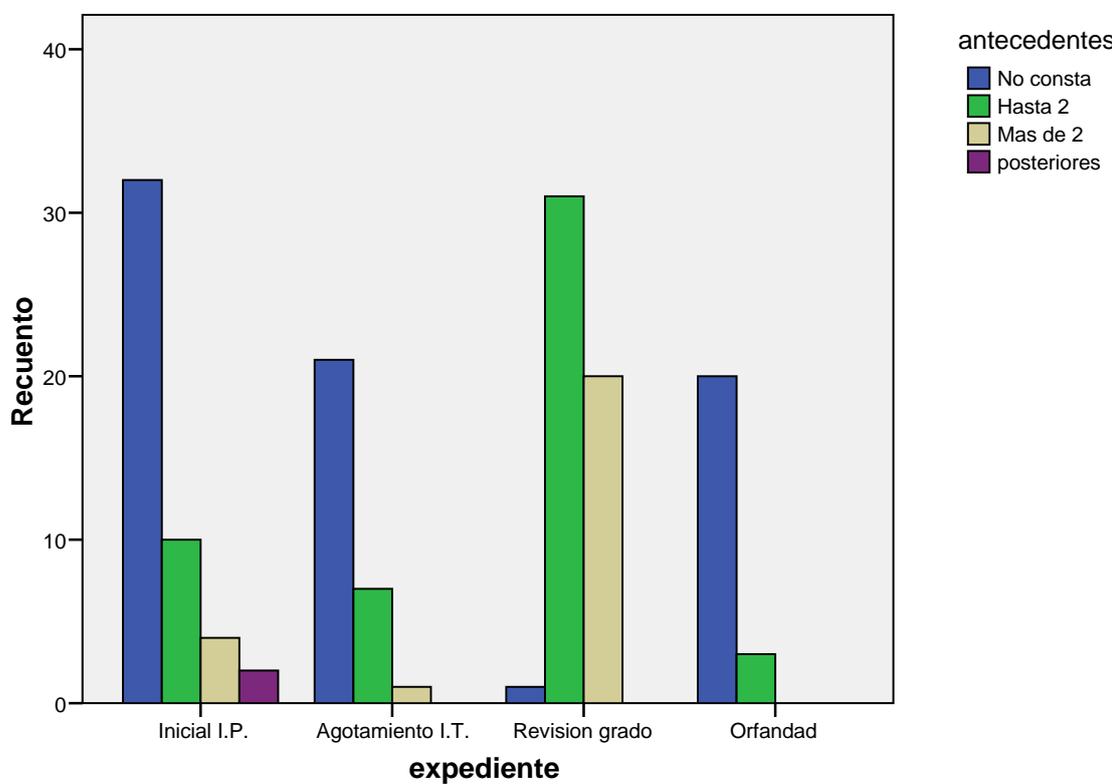


Gráfico 22

4.2.14 RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES EDAD-DIAGNÓSTICO

El Gráfico 23, que recoge los resultados de la correlación entre las variables edad y diagnóstico, recuerda a un código de barras. Esto se debe a que en proporción hay muchos grupos de edad para relacionar con muchos diagnósticos por lo que existe un número bajo de casos para cada cruce. Lo más frecuente es que para cada diagnóstico haya un expediente de una edad. Destacan, sin embargo, cuatro edades en las que se repite en tres ocasiones un diagnóstico, así hay:

- tres casos de otro trastorno psicótico a los 37 años y otros tres casos del mismo diagnóstico a los 38
- a los 48 años en tres expedientes se recoge como causa del dictamen un trastorno secundario a consumo de tóxicos
- y a la edad de 53 años hay tres casos de trastorno bipolar.

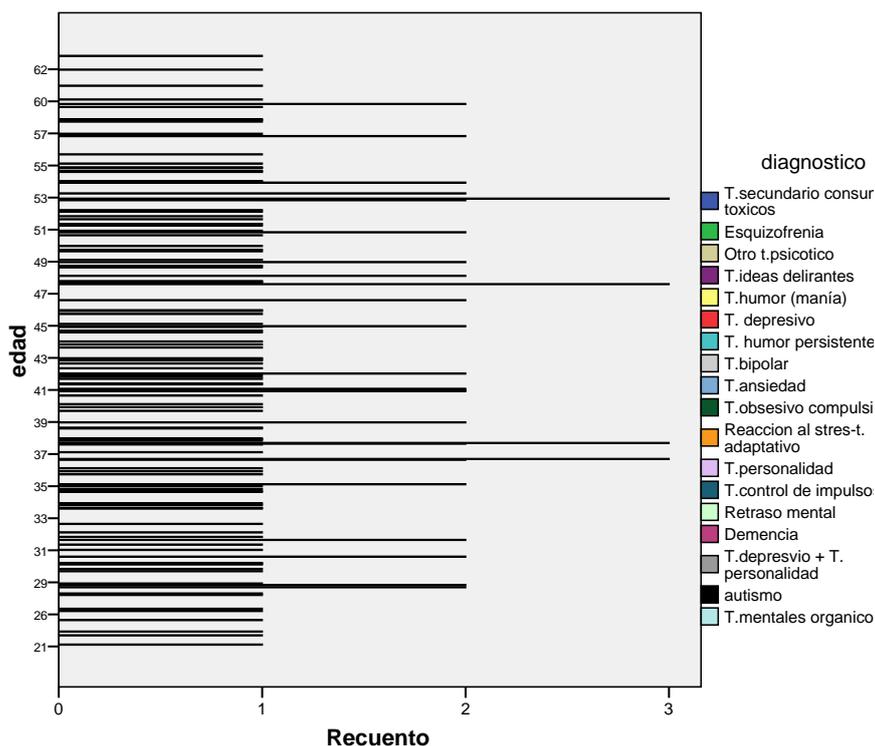


Gráfico 23

5. DISCUSIÓN

Según los estudios nacionales e internacionales, se acepta que entre el 20 y el 25%⁶ de la población general padecerá un trastorno mental a lo largo de su vida y que estas patologías suponen aproximadamente el 14% de la carga de morbilidad medida en AVAD⁸. En España, se considera que aproximadamente el 9% de la población padece en la actualidad algún tipo de trastorno relacionado con la salud mental¹². Por otra parte en la práctica cotidiana de la valoración de incapacidades laborales un importante porcentaje de los pacientes alega, y frecuentemente justifica, presentar algún tipo de patología psiquiátrica. Con estas premisas se esperaba encontrar una mayor frecuencia de expedientes de incapacidad permanente en los que la causa de la incapacidad fuese un trastorno mental. Sin embargo en la serie estudiada, de un total de 4803 expedientes revisados, únicamente 152 tenían un dictamen basado en la presencia de patología psiquiátrica. Esto supone un 3,1% de los mismos.

Los trabajadores-pacientes que alegan estas patologías aportan informes de seguimiento por psiquiatría y/o psicología bien en el servicio de salud público, bien en consultas privadas o en ambos. En dichos informes se recoge la evolución, diagnóstico y tratamiento farmacológico/psicoterapéutico que siguen. Por tanto no se puede atribuir a una falta de diagnóstico o tratamiento las cifras más bajas de lo esperado. En todo caso debería considerarse que la atención recibida por estos enfermos es óptima y les permite tener su patología controlada manteniendo una situación funcional compatible con la realización la actividad laboral.

Debe tenerse también en cuenta que el parámetro más frecuentemente utilizado para ver la carga de discapacidad es los AVAD. Y este valor no dice cuantos pacientes hay con incapacidad en un momento o lugar determinado, sino cuanto se le va a acortar la vida laboral a un paciente por su enfermedad.

Los valores estadísticos recogidos por la Seguridad Social²⁷ respecto a la incapacidad permanente (I.P.) hacen diferencias por sexos, régimen laboral, edad, comunidad autónoma pero no por diagnósticos. Sí existe información en este organismo de cómo repercuten las patologías psiquiátricas en incapacidad temporal (I.T), pero no en I.P.

Los resultados obtenidos puede explicarse por dos razones:

- Las enfermedades mentales que son susceptibles de incapacidad permanente son patologías crónicas, con una persistencia durante muchos años e incluso toda la vida, y que mantienen una clínica frecuentemente oscilante, con épocas de buen control y otras de reagudización²⁸. En las primeras la situación sería compatible con el desarrollo de una actividad laboral reglada, en las segundas procedería inicialmente incapacidad temporal. Sólo si la situación de limitación funcional severa persiste durante un tiempo prolongado que suponga el fin de la I.T., procederá reconocer una I.P.

- Los pacientes mentales presentan, como el resto de la población, y según algunos estudios con mayor frecuencia²⁹, otro tipo de patologías alguna de las cuales pueden ser de entidad suficiente como para implicar I.P., de manera que aunque entre los diagnósticos del caso figure la enfermedad mental, la causa de dictamen sea otra patología.

5.1. ANALISIS DE LA VARIABLE SEXO

Los resultados obtenidos muestran una clara mayoría de varones respecto a las mujeres con unos porcentajes respetivamente del 65,8% frente al 34,2%. Estos valores no se correlacionan con los datos demográficos y/o estadísticos que se han hecho sobre esta variable y las patologías estudiadas

Así no pueden explicarse por la distribución de sexos en la población puesto que los datos de los últimos Censos de Población y Viviendas³⁰, cifran la población residente en España en 46.815.916 personas, de las que 23.711.613 (el 50,6%) eran mujeres y 23.104.303 (el 49,4%) eran varones. En Málaga estas cifras son de 787.422 varones y 807.386 mujeres.

Tampoco se justifican por la diferencia de sexos en la población activa puesto que la Encuesta de Población Activa en España realizada por el INE³¹ (Primer trimestre de 2011 a primer trimestre de 2014) refleja unas cifras de hombres de 12.700 en 2012, 12.450 en 2013 y 12.280 en 2014. Las de mujeres son para esos mismos años de 10.700, 10.650 y 10.601 respectivamente. La tasa de empleo, siguiendo también el INE en 2011 era del 53,1 en varones y del 41,2 en mujeres.

Los datos recogidos por el ministerio de trabajo relativo a la afiliación a la seguridad social³² muestran que en 2012 la proporción fue de 54,20% hombres y 44,90 mujeres, variando escasamente en los años posteriores: 54% y 46% en 2013, 53.60% y 46.40% en 2014, y 53.55% y 46.45% en las cifras parciales de 2015.

En el conjunto de la Unión Europea (EU-28) en el año 2013³³, la tasa de empleo masculina fue del 69,4 %, y la femenina, del 58,8 %. Las mujeres constituían el 51,7% de la población de más de 15 años.

Si nos referimos a los estudios respecto a la frecuencia de trastornos mentales entre sexos en Andalucía durante el año 2011³⁴, el número de personas que acudieron a las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC) fueron 229.659, de las cuales, el 56,9% eran mujeres y un 43,1% hombres.

El estudio poblacional ESEMeD-España¹⁶ relativo a la prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados, realizada en 2006 concluyó que la prevalencia en mujeres de la mayoría de los trastornos de ansiedad y depresivos es más del doble que la de los varones, excepto en el caso de la fobia social, donde las diferencias son menores. En cambio, los varones presentan con mucha mayor frecuencia (un 6,3 frente al 0,9%) trastornos por abuso o dependencia de alcohol.

Montero I y colaboradores³⁵ concluyen que existe un exceso de morbilidad psiquiátrica entre las mujeres que se debe fundamentalmente a la presencia significativamente más elevada de cuadros depresivos, ansiosos y fóbicos en el género femenino, pero llaman la atención sobre el hecho de que esta mayor frecuencia de patología no se traduzca en aumento de discapacidad por esta causa en las mujeres sino que sean los varones quienes presentan mayor número de discapacidad por enfermedades mentales.

Benavides y col.³⁶ en su trabajo encuentran que la incidencia de incapacidad permanente en España por contingencias comunes en el periodo que estudiaron (2004-2007) fue del 39,3 en varones y 31,9 en mujeres. Es decir, aunque predominen los varones existe una diferencia mucho menor que en nuestro estudio.

Hay unas cifras con las que pueden considerarse concordantes los resultados obtenidos si bien ofrecen sólo datos de diferencia de género en la incapacidad permanente sin que se informe de los diagnósticos causante de la misma. Así en el Anuario de 2013 del Ministerio de Empleo⁷ se recoge que del total de pensiones de incapacidad permanente contributiva de ese año, que fueron 935.220, correspondieron a varones 610.531 y a mujeres 324.671. Hay, por tanto, una mayoría de I.P. en los hombres que en las mujeres y en una proporción cercana a 2:1. Mayoría de varones se hallaron también en un estudio previo realizado sobre incapacidad permanente por todo tipo de patologías en la UMEVI de Málaga por Cabuchola Moreno³⁷.

5.1.1. Relación sexo-edad

Se considera que las diferencias de frecuencias de los expedientes de incapacidad permanente entre el sexo femenino y masculino recogidas en la tabla IX pueden deberse a motivos socio-laborales y médicos. Distintos estudios³⁸ concluyen que varias enfermedades mentales se desarrollan de una forma más temprana y con un curso más agresivo en los varones. Montero I y colaboradores³⁵ recogen en su trabajo los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Deficiencias, Discapacidades y Estado de Salud, donde no sólo el número de hombres discapacitados por enfermedad mental supera al de las mujeres, sino que su distribución por edades parece corresponder más a criterios de productividad que a la repercusión que la enfermedad mental tiene en la vida de las personas.

Tabla 2. Personas con discapacidad por enfermedad mental por sexo y edad (España, 1999)

	Total	6-24	25-44	45-64	65-79
Ambos sexos	160.831	21.671	60.515	43.392	35.253
Hombres	88.829	13.118	42.023	21.654	12.035
Mujeres	72.002	8.553	18.493	21.738	23.218

Fuente: Encuesta Nacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (INE, 1999).

Otro factor a tener en cuenta es que las mujeres a las edades que se estudian en el trabajo, se incorporaban más tarde que los varones al mercado laboral, cuando ya la crianza de sus hijos les permitía ausentarse del hogar una jornada laboral, precisando tener un número de años de cotización mínimos para reunir la carencia suficiente exigida para acceder a la prestación de incapacidad permanente.

5.1.2. Relación sexo-trabajo

Aunque los número de casos parecen indicar que existen ciertas diferencias entre sexos respecto a las ocupaciones, al transformar estos valores en porcentajes se comprueba que hay escasa variación salvo en el grupo de industrias manufactureras y construcción, y en el de operadores de maquinaria. Los datos son muy similares para las categorías de "directores y gerentes", "técnicos científicos e intelectuales", "técnicos de apoyo y empleados contables administrativos" y "ocupaciones elementales". El porcentaje de mujeres en el grupo de "trabajadores de restauración, servicios de protección, personales y vendedores" es ligeramente mayor (32% frente al 29% de hombres). Por contra la cifra de varones es mayor en las categorías de "operadores de instalaciones y maquinaria" (13% hombres y ninguna mujer) y "artesanos y trabajadores de industrias manufactureras y la construcción" (10% varones y 3,8% mujeres)

5.1.3. Relación sexo-diagnóstico

Para ver la importancia de la presencia de cada unas de las categorías en que se agrupó la variable diagnóstico en ambos sexos, se calcularan los porcentajes que estos grupos suponen en el total de cada uno de los sexos. Es decir, se considerara como cifra global la de 100 para el género masculino y la de 52 para el femenino.

Realizados los cálculos se encuentran algunas diferencias entre sexos. Así algunas patologías son predominante en varones como el "trastorno secundario al consumo de tóxicos" (11% varones, 1,9% mujeres) y el "trastorno de personalidad" (13% hombres y 3,8 mujeres). Hay también cierta dominancia en el género masculino en las categorías de "esquizofrenia" (15% hombres y 9% mujeres) y en "otros trastornos psicóticos" (11% y 9% respectivamente). El género femenino predominó en los diagnósticos de "trastorno

depresivo" (17,3% mujeres, 13% hombres), "trastorno bipolar" (15% mujeres, 9% varones) y "trastorno de ansiedad" con los mismos porcentajes que el trastorno bipolar.

Judith Usall³⁸ en su trabajo *Diferencia de género en la esquizofrenia* en el que hace una revisión de los últimos realizados sobre este tema, concluye que los estudios recientes han cuestionado la idea clásica de que la incidencia y la prevalencia de la esquizofrenia no mostraban diferencias entre hombres y mujeres. Respecto al inicio de la enfermedad, la mayoría de los estudios encuentran que es más temprano en los hombres y sugieren que las mujeres presentan un mejor funcionamiento premórbido y, especialmente en seguimientos a largo plazo, un curso más favorable. Aunque los trabajos sobre diferencias clínicas de género muestran resultados heterogéneos, la diferencia más aceptada es la existencia de una mayor gravedad de los síntomas negativos en hombres. Buscando una posible causa de este distinto comportamiento clínico, mientras que los datos neuropsicológicos no son concluyentes al respecto, los estudios de neuroimagen parecen apuntar a la existencia de diferencias tanto de morfología como de función cerebral entre varones y mujeres.

Respecto a los trastornos de personalidad, Gaspar Cervera y J.Martínez-Raga³⁹ recogen en su estudio sobre el trastorno límite de la personalidad que esta patología es más frecuente en las mujeres con una ratio entre 2:1 y 4:1, y citando a Zlotnick y cols encuentran que las mujeres y los varones mostraban un patrón clínico distinto a la hora de reflejar este trastorno. Así los varones eran diagnosticado más de trastorno de abuso de sustancias, trastorno antisocial y trastorno explosivo intermitente, y las mujeres de trastornos alimentarios.

En los datos proporcionados por la Junta de Andalucía¹⁵ sobre la utilización de los ESMC las mujeres fueron el 69,09% de los pacientes que presentaron trastornos de ansiedad, depresión y somatizaciones, mientras que los hombres fueron el 57,75% de los pacientes que atendidos por trastorno mental grave.

5.1.4. Relación sexo-tipo de expediente

La distribución en porcentajes de los tipos de expedientes según los sexos es la siguiente:

- En los varones un 39% son revisiones de grado, un 30% iniciales, el 17% provienen de agotamiento de I.T., siendo un 14% expedientes de orfandad.
- Respecto a las mujeres el mayor porcentaje (34%) corresponde a expedientes iniciales, seguido por las revisiones que suponen el 25%. Un porcentaje cercano, el 23 %, lo forman los expedientes que se aperturan después de agotar I.T. Finalmente las orfandades suponen un 17,3%.

Estos datos sugieren que los varones son perceptores de la prestación de incapacidad permanente por patologías psiquiátricas a edades más tempranas que las mujeres.

5.1.5. Relación sexo-tratamiento

No se objetivó en el estudio diferencias entre los tratamientos farmacológicos recibidos por los varones y las mujeres. A pesar de que algunos autores^{40, 41} encuentran respuesta distintas a los psicofármacos entre hombres y mujeres, no existen unas pautas aceptadas para utilizar diferentes tratamientos se trate el paciente de género masculino o femenino.

5.1.6. Relación sexo-dictamen

Los porcentajes de varones-mujeres respecto de las distintas posibilidades de la variable dictamen en los expedientes fueron: lesiones no definitivas: 7% - 7,69%, no incapacidad: 26% - 30,7%, incapacidad permanente total: 11% - 7,69%, incapacidad permanente absoluta: 43% - 38,46%, orfandad: 7% - 15,38%. Aunque el número de expedientes de revisión de grado en que existe variación del mismo es pequeño, 4 casos, en todos ellos el paciente/ trabajador era un varón.

Por tanto hay una proporción ligeramente mayor de mujeres en las circunstancias (lesiones no definitivas y no incapacidad) en que no se reconoce la prestación de incapacidad permanente frente a los varones. Estos tienen un porcentaje más alto tanto en incapacidad permanente total, como absoluta y gran invalidez (2% varones, ninguna mujer). Estos datos indican que las patologías psiquiátricas en los varones tienen más repercusión sobre la incapacidad laboral que en las mujeres.

5.1.7. Relación sexo-antecedentes

La proporción de expedientes en los que no existen antecedentes de expedientes previos de I.P., aquellos en los que existen uno o dos y aquellos en que hay más de dos se mantiene según el número de hombres y mujeres respecto al total. Es decir, puesto que el número de varones es prácticamente el doble que el de las mujeres, en cada uno de los valores de la variable antecedentes se mantiene esta proporción.

5.2. ANALISIS DE LA VARIABLE EDAD

Al comparar los resultados del presente estudio con otros similares previamente realizado se encuentran datos coincidentes. Así el estudio ESEMeD-España¹⁶ constató que los trastornos de fobia social, agorafobia y fobia específica aparecen a edades más tempranas mientras que los trastornos del estado de ánimo (episodio de depresión mayor

y distimia), junto con el trastorno de angustia, muestran una aparición más tardía; su mediana de edad de inicio se sitúa a partir de los 40 años. Tanto en el caso de la fobia social como en el de la agorafobia, la incidencia decrece considerablemente a partir de los 50 años. El trastorno por dependencia y/o abuso de alcohol suele aparecer coincidiendo con la adolescencia, pero su incidencia es mucho mayor en los años posteriores, con lo que la mayoría (88%) de estos trastornos se presentan antes de los 40 años.

Según los datos recogidos por la Junta de Andalucía¹⁵ sobre la utilización de las Unidades de Salud mental el rango de edad más frecuente entre las mujeres fue de 31-50 años (28,11% del total de casos). En los varones el tramo de edad más frecuente fue 31-51 años (30,96% del total de casos).

Al revisarse en el trabajo tanto los expedientes de incapacidad permanente iniciales como las revisiones, surge la duda de si el segundo pico de incidencia pudiese deberse a revisiones de grado correspondientes a los expedientes ya reconocidos en un posible pico de edad anterior. Es decir, se estableció la hipótesis de que los expedientes presentes en el segundo intervalo de frecuencia fuesen revisiones. Se analizaron los tipos de expedientes en las edades de mayor frecuencia siendo los resultados:

- A los 38 años: un expediente es por agotamiento de plazo de I.T., del resto la mitad son **iniciales** y la otra mitad **revisiones**
- A los 41 años: la mayoría (casi la mitad) son **revisiones**, un expediente es por agotamiento de plazo de I.T. y el resto se reparte a partes iguales (aproximadamente por tanto una cuarta parte del total cada uno) son de orfandad e iniciales.
- A los 48 años: el 50% de los expedientes son **iniciales**, un 25% revisiones y otro 25% por agotamiento de I.T.
- A los 53 años la mayoría (un 62,5%) son **iniciales**, un 25% revisiones y el 12,5% restante PIT

La respuesta a la hipótesis inicial es negativa: el segundo pico de edad, más avanzada, no se corresponde con expedientes de revisión, sino que se trata principalmente de expedientes iniciales.

La situación de incapacidad permanente tiene mayor trascendencia, tanto personal como social y económica, cuando ocurre dentro de trabajadores jóvenes. Aunque las Organización de Naciones Unidas⁴² considera a la población joven la comprendida entre los 14 y 24 años, dado que la edad de incorporación legal es de 18 años (16 con autorización paterna/tutor) y que los trabajadores que precisan una formación importante previa previsiblemente no se incorporen al mercado laboral hasta completarla, se considero que edades "tempranas" en el presente estudio serían las comprendidas hasta los 30 o incluso 35 años puesto que, teóricamente al menos, quedaría por delante aun una vida laboral extensa, de 37 y 32 años respectivamente. El porcentaje de expedientes que

correspondían a trabajadores hasta 35 años supuso el 24,3 % de los casos, cifra muy superior al porcentaje que, dentro del total de casos de incapacidad permanente durante el año 2013⁷ en España supuso este rango de edad y que fue del 3,14%. Estas cifras indican que las patologías psiquiátricas llevan a situaciones de incapacidad permanente a trabajadores más jóvenes que el global de las otras enfermedades o patologías.

5.3. ANALISIS DE LA VARIABLE TRABAJO

En la tabla III se comprueba como el mayor porcentaje de expedientes se corresponden con "ocupaciones elementales" con un 33,6% , seguido por el grupo de "trabajadores de los servicios, de restauración, personales, protección y vendedores" que suponen un 30,3%. La suma de estos dos grupos implican, por tanto, un 63,9% de los casos. Tienen en común que las personas que los ejercen no precisan formación (o muy escasa) para ejercer estos trabajos. En el otro extremo, los grupos ocupacionales en que se requiere una formación alta o media "directores-gerentes", "técnicos profesionales, científicos e intelectuales" y "técnicos profesionales de apoyo" presentan unos porcentajes respectivamente de este tipo de expedientes del 1,31%, 3,2% y 1,31%, suponiendo entre los tres únicamente el 5,8%.

Revisando la bibliografía al respecto así como los datos proporcionados por el INE, no se han encontrado estadísticas que relacionen los grupos de trabajo con el sexo. Sí relacionando el factor varón-mujer con los niveles de formación/estudios. Así Benavides y col.³⁶ que estudian la relación de la incapacidad permanente con el tipo de estudios de los trabajadores, recogen que la incidencia de esta prestación según el nivel de formación es de 12 para quienes tienen estudios universitarios, 20 para los trabajadores con estudios secundarios, 37,8 en los que sólo tienen estudios primarios, y de 66,5 para los trabajadores que tienen menos de estudios primarios. Concluye, por tanto, que la incidencia es menor cuanto mayor el nivel de formación.

El estudio ESEMeD-España¹⁶ revisa la relación existente entre distintos factores socio-demográficos y el hecho de presentar un trastorno mental en el último año, medida a partir de las OR. El estudio refleja que, respecto a los trastornos afectivos, los principales factores de riesgo están relacionados con la ocupación: las personas de baja laboral por enfermedad o maternal, los desempleados y quienes presentan una discapacidad tienen, respectivamente, unas OR ajustadas de 3,4 (IC del 95%, 1,6-7,4), 2,2 (IC del 95%, 1,3-3,8) y 6,7 (IC del 95%, 3,6-12,4) respecto a las personas con empleo remunerado. El principal factor asociado a presentar un trastorno de ansiedad también es la ocupación o más bien la falta de la misma puesto que las OR ajustadas de presentar un trastorno de ansiedad en las personas en baja por enfermedad, en baja maternal o desempleadas respecto a las que están trabajando son 6,7 (IC del 95%, 3,6-12,4), 3,4 (IC del 95%, 1,6-7,4) y 2,2 (IC del 95%, 1,3-3,8), respectivamente.

Es necesario hacer notar, respecto a la relación del trabajo con las patologías psiquiátricas, que los manuales de trastornos mentales internacionalmente aceptados, como el DSM-IV o CIE-10, recogen como uno de los criterios diagnósticos de distintos trastornos mentales el que no se realice el trabajo habitual. Esto supone una importante dificultad al tener que decidir si la incapacidad laboral es una causa o una consecuencia de la enfermedad mental.

5.4. ANÁLISIS DE LA VARIABLE DIAGNÓSTICO

Se comparó la presencia y frecuencia de las patologías mentales encontradas en los expedientes motivo del presente estudio con los datos asistenciales en la zona geográfica de recogida de los expedientes y con algún estudio previo epidemiológico.

Según los datos proporcionados por la Junta de Andalucía¹³, el mayor porcentaje de usuarios de los ESMD en Andalucía presentaron trastornos neuróticos (29,88%) con una prevalencia de 728,69 personas por cada 100.000 habitantes. También destacan los trastornos del humor (19,82%) y los trastornos esquizofrénicos (9,69%). El trabajo llevado a cabo por Gaminde y colaboradores¹⁷, sobre población de 18 a 65 años, obtiene unos resultados de prevalencia-vida de depresión (un 20,6% en varones y un 36,7% en mujeres). El estudio ESMD concluye que, en la población española adulta, los trastornos más frecuentes son el episodio depresivo mayor, la fobia específica, la distimia y el abuso de alcohol, con una prevalencia-vida que oscila entre el 10,5 y el 3,5%. En cuanto a la prevalencia-año, casi un 8,5% de la población presentó un trastorno mental en el periodo del último año, siendo de nuevo la depresión mayor y la fobia las patologías más frecuentes.

Al analizar la variable edad se dejó expuesto el porcentaje relativamente elevado de expedientes en trabajadores de edades tempranas. Se consideró indicado revisar a qué tipo de diagnósticos correspondían estos expedientes centrando el seguimiento entre la población joven (21 a 35 años). En este intervalo de edad el 16% de los diagnósticos fue el trastorno depresivo y con el mismo porcentaje esquizofrenia. Les siguieron, con el mismo tanto por ciento (13,5%), el diagnóstico de "otros trastorno psicótico" y el de "trastorno de personalidad". Este último diagnóstico aumenta al 18,91% si se asocian los grupos de trastorno de control de impulsos + trastorno de personalidad, y al 19,2% si se considera también al trastorno por consumo de tóxicos. La patología más predominante son las incluidas en la esfera psicótica puesto que suman un 29,5%, cifra levemente superior al valor obtenido al considerar todas las edades. Teniendo en cuenta que las patologías con datos clínicos psicóticos son consideradas patologías mentales graves y que suelen debutar a edades jóvenes era esperable que estuviesen presentes en un importante porcentaje.²⁸ Así Braff⁴³ afirma que la esquizofrenia, con un índice de prevalencia durante la vida de aproximadamente un 1% en todas las culturas, es

responsable de una incapacidad social, profesional y personal significativa. El dato relativo al diagnóstico de trastornos depresivo puede explicarse también por la frecuencia del mismo a las distintas edades (implica a todas las edades) en las sociedades occidentales. En comparación con el total de la muestra, es decir, considerando cualquier edad, no hubo ningún expediente con el diagnóstico de trastorno de ansiedad, y el trastorno bipolar se equipara en frecuencia (8,1%) al trastorno por consumo de tóxicos. Los diagnósticos de retraso mental-autismo implicaron un 13,5% figurando, en todos los casos, en expedientes de orfandad.

En los resultados obtenidos destaca el porcentaje de expedientes en los que el diagnóstico es un trastorno de personalidad: 11,6 % considerando todas las edades y 19% en menores de 35 años. Ciertamente los trastornos de personalidad afectan a todas las esferas del paciente siendo el ámbito laboral uno de los que más se nota la disfuncionalidad, como recoge en su estudio multidisciplinar Gálver Herrero y colaboradores⁴⁴. Se considera que la prevalencia de estos trastornos se sitúa entre el 10-15% en la población adulta. Menchon⁴⁵ en su revisión afirma que entre el 11 y el 23% de la población adulta presenta un trastorno de personalidad (desde leve a grave intensidad). Sin embargo con frecuencia este diagnóstico es considerado, al menos en el terreno de la incapacidad laboral, más bien como un rasgo de personalidad y no como una enfermedad o patología. De hecho en los estudios de organismos nacionales e internacionales el trastorno de personalidad no se recoge como causa de incapacidad. Es cierto que este diagnóstico se asocia con una variable comorbilidad psiquiátrica, y que alguna de estos otros trastornos mentales si figuran como causas de incapacidad tal como el consumo de tóxicos o los trastornos de conducta alimentaria. El motivo de que conste como enfermedad en los expedientes estudiados es, obviamente, que así son diagnosticados por los psiquiatras los pacientes/trabajadores. Martínez Fernández⁴⁶ afirma que es una realidad clínica que ha crecido de manera exponencial en los últimos años, siendo uno de los diagnósticos por los que los pacientes solicitan frecuentemente informes de incapacidad. El, o más bien, los trastornos de personalidad se recogen y definen tanto en la CIE-10²⁶ como en el DSM IV. De hecho este capítulo ha sido uno de los más revisados y sometido a consenso en la nueva prevista versión del DSM, la V, pasando de considerar 10 subtipos en el DSM IV⁴⁷ (paranoide, esquizoide, esquizotípico, antisocial, borderline, histriónico, narcisista, evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo) y a 6 en el DSM V⁴⁸ (borderline, obsesivo-compulsivo, evitativo, esquizotípico, antisocial y narcisista). Las características clínicas de cada uno de ellos son distintos y pueden tener, dependiendo de los trabajos realizados por las personas que los padecen, mayor o menor repercusión en función de las características de la actividad laboral realizada. Desde el punto de vista de la valoración de la incapacidad debe también tenerse en cuenta que estos trastornos tienen mayor relevancia, es decir provocan más disfunción tanto familiar como social y laboral, durante la juventud, disminuyendo su repercusión a partir de los 50 años. Si tuvo lugar un reconocimiento de incapacidad permanente a una edad temprana laboral, máxime si esta es absoluta, será muy difícil conseguir que pueda existir una reincorporación laboral a los 50 años. Esto nos lleva a plantearnos la conveniencia o no de aperturar una posible revisión de grado en estos casos.

5.5. ANALISIS DE LA VARIABLE TIPO DE EXPEDIENTE

Con el fin de comprobar la repercusión que las patologías psiquiátricas tenían para motivar los distintos tipos de expedientes, se compararon los resultados de esta variable con el total de los expedientes en el mismo periodo y que estuvieron basados en todo tipo de patologías. Se encontró que los expedientes iniciales supusieron el 54,4% y los de revisión de grado el 35,18%. Porcentajes sensiblemente inferiores correspondieron a los expedientes por agotamiento de I.T. (7,76%) y a los de orfandad (2,99%). Entonces, según el presente estudio, las enfermedades mentales son motivo de un mayor número de expedientes de orfandad, de I.P. procedentes de prórroga de I.T. y de expedientes iniciales que el global de las patologías. Mantienen, sin embargo, una misma participación en los de revisiones de grado que otras patologías

En la tabla XVI se recogen los resultados de cruzar las variables edad con tipo de expediente. Entre los datos obtenidos destacan:

- Por el tipo de prestación se esperaba obtener unos valores de edad jóvenes para los expedientes de orfandad sin embargo la media de edad en este tipo de expedientes fue de 37,82 años siendo el porcentaje de menores de 30 años el mismo que de mayores de 50 años: 21,7%.
- Se planteó como previsible que los expedientes iniciales se diesen a edades más tempranas que otro tipo de expedientes, pero los resultados fueron los siguientes:
 - Entre los 21 y los 30 años (11,8% de los casos) el 44% de los expedientes fueron de revisión de grado, un 38,8% de orfandad y un 16% iniciales. No hubo ningún expediente por agotamiento de I.T.
 - De los 21 a 35 años (24,3% de los casos) los expedientes de revisión supusieron el 45,9%, los de orfandad un 27%, los iniciales 18,9% y los aperturados tras finalizar prórroga de incapacidad temporal un 8,1%.

Estos datos, en los que dominan las revisiones, indican que la incapacidad permanente ya se había reconocido con anterioridad, por tanto a edades aún más tempranas. Se consideró indicado saber qué tipo de patologías motivaron la incapacidad laboral a dichas edades. En el presente estudio el diagnóstico predominante fueron las patologías psicóticas (esquizofrenia, trastorno delirante y otros psicóticos) que supusieron un 29,7%, seguidas de los trastornos de personalidad (18,9%) y las depresiones (16,21).

5.6. ANALISIS DE VARIABLE DICTAMEN

Para ver la importancia, el peso, que los expedientes de incapacidad permanente por patologías psiquiátricas habían tenido en el periodo estudiado en la Unidad Médica del Equipo de Valoración de Incapacidades de Málaga, se compararon las cifras obtenidas en el periodo de estudio con todos los expedientes resueltos en la UMEVI en el mismo periodo para todo tipo de diagnósticos. Los resultados fueron los siguientes:

1.- Expedientes iniciales:

<u>Mes</u>	<u>Resueltos</u>	<u>Estimados</u>	<u>Denegados</u>	<u>%Estimados</u>	<u>%Denegados</u>
MARZO	568	269	299	47,36	52,64
ABRIL	439	197	242	44,87	55,13
MAYO	374	135	239	36,1	63,9
JUNIO	335	132	203	39,4	60,6
JULIO	412	152	260	36,89	63,11
AGOSTO	251	118	133	47,01	52,99
SEPTIEMBRE	217	88	129	40,55	59,45

Dentro del grupo de los estimados, es decir, aquellos a los que se les reconoció incapacidad permanente, la distribución de los siguientes grados fue la siguiente:

<u>Mes</u>	<u>Estimados</u>	<u>G.Invalidez</u>	<u>Absoluta</u>	<u>Total</u>	<u>Parcial</u>
MARZO	269	5	129	131	4
ABRIL	197	7	92	95	3
MAYO	135	9	59	66	1
JUNIO	132	4	62	64	2
JULIO	152	4	65	85	2
AGOSTO	118	3	53	61	1
SEPTIEMBRE	88	1	49	38	1

2.- Expedientes de orfandad:

<u>Mes</u>	<u>Resueltos</u>	<u>Estimados</u>	<u>Denegados</u>	<u>%Estimados</u>	<u>%Denegados</u>
MARZO	22	11	11	50	50
ABRIL	35	23	12	65,71	34,29
MAYO	22	16	6	72,73	27,27
JUNIO	12	7	5	58,33	41,67
JULIO	22	12	10	54,55	45,45
AGOSTO	18	13	5	72,22	27,78
SEPTIEMBRE	13	9	4	69,23	30,77

3.- Expedientes de revisión de grado. En los meses estudiados se realizaron:

- 541 revisiones solicitadas por los pensionistas de las cuales 131 tuvieron variación de grado y en 410 no hubo modificación.
- 1149 revisiones iniciadas de oficio. En 207 hubo variación de grado y en 942 no existió cambio en la calificación de incapacidad permanente.

De las revisiones de oficio:

- 676 corresponden a revisiones por fijación de plazo con previsible mejoría. Finalmente en 129 hubo modificación de grado y en las 547 el grado se mantuvo
- 473 fueron revisiones debidas a la realización de actividad laboral. En este caso el resultado tras el dictamen del EVI llevó a modificar el grado en 78 expedientes y a permanecer con el mismo en 395.

Del análisis de estas variable se extraen tres consideraciones destacables:

- 1.- Las patologías psiquiátricas o bien son consideradas como no incapacitantes o de suponer incapacidad esta será absoluta, es decir, para todo tipo de trabajo.
- 2.- Existe una escasa variación del dictamen en las revisiones: de 52 expedientes de revisión de grado sólo hubo variación en 4 (3 aumento de grado y 1 disminución del grado).
- 3.- Dentro de los expedientes de orfandad hubo dos en los que el interesado solicito a la vez incapacidad permanente y orfandad. Con los mismos diagnósticos y más o menos en el mismo momento, en el trámite de valoración de incapacidad se considero lesiones no definitivas o no incapacidad, y en el de orfandad se aprobó la misma, lo que a todos los efectos supone una valoración de incapacidad permanente absoluta.

En la tabla XVIII se recogen la correlación entre el dictamen de cada expediente con el diagnostico del mismo. Los tres diagnósticos que con más frecuencia se asociaron con I.P.A. fueron la esquizofrenia, el trastorno bipolar y otros trastornos psicóticos. Los diagnósticos que se correlacionaron con la denegación de I.P. fueron el trastorno de ansiedad y el trastorno por consumo de tóxicos. La I.P.T. se reconoció por distintas patologías sin que hubiese una relación clara con ninguna de ellas. Todos los casos de autismo se presentaron en expedientes de orfandad. Respecto a los trastornos de personalidad aproximadamente la mitad fueron no incapacidad, pero a los que se les reconoció la I.P. esta fue principalmente I.P.A.

5.7. ANALISIS DE LA VARIABLE TRATAMIENTO

Debe hacerse notar que el recoger el tipo de tratamiento que tiene un paciente en un momento dado es una especie de foto fija. La mayor parte de los casos son crónicos de larga evolución, y durante todo el periodo de seguimiento los psiquiatras han intentado frecuentemente distintas pautas terapéuticas. Pero el médico evaluador debe decidir acerca de la existencia o no de incapacidad laboral en un punto concreto de esa historia y uno de los pocos datos objetivos que tenemos es el tratamiento que sigue el paciente. De ahí el interés por estudiar esta variable

En el presente trabajo el tratamiento con antipsicóticos estuvo presente en un 43% de los casos, tanto asociado con otros psicofármacos como únicamente antipsicóticos (15%). La segunda pauta terapéutica más frecuente fue la asociación de antidepresivo y ansiolíticos que estaba presente en un 27,6% de los casos.

En la tabla XIX se recoge la relación entre las variables tratamiento y dictamen. La pauta terapéutica que se asoció con más frecuencia con la denegación de I.P. (no incapacidad) fue el tratamiento únicamente con ansiolíticos puesto que a sólo el 14% de los casos que seguían esta pauta farmacológica se le reconoció I.P. En el otro extremo los fármacos que se asociaron con la estimación de la incapacidad permanente fueron los antipsicóticos, así, en el 84,6% de los casos que tenía este tratamiento se les reconoció I.P. La asociación de antidepresivos y antipsicóticos se correlacionaron en el 100% con el dictamen de incapacidad permanente. Los casos de gran invalidez se asociaron con el uso de un estabilizador más otro psicofármaco.

5.8. ANALISIS DE LA VARIABLE ANTECEDENTES

La finalidad de estudiar la variable antecedentes era comprobar si existía algo similar a los pacientes hiperfrecuentadores de la práctica asistencial. En este estudio más de la mitad de los caso, el 51, 3% habían solicitado valoraciones de incapacidad permanente al menos en una ocasión más, y en el 16,4% más de dos veces. Estos datos parecen apoyar la existencia de solicitudes repetidas, como si el paciente, una vez denegadas las volviese a solicitar, puesto que la ley no pone límite de tiempo para volver a iniciar un nuevo expediente de I.P. cuando este ha sido desestimado. Sin embargo al cruzar las variables "tipo de expedientes" con "antecedentes" (tabla XXI) podemos comprobar que son los expedientes de revisión de grado los que acumulan mayor número de repeticiones. De hecho, el 65,38% de los expedientes que tienen antecedentes con revisiones de grado.

Los porcentajes de existencia de expedientes aparte del que se valora en el momento, respecto al total de cada tipo de expediente son:

- en el caso de expedientes iniciales hay un 33% de peticiones de I.P. previas
- en los expedientes tras agotar la I.T. existe un 27% de antecedentes
- en las orfandades este porcentaje es del 13%
- obviamente en las revisiones la existencia de expedientes previos de I.T. es del 100%

Podemos concluir que, si bien la mayor parte de las repeticiones de valoración de expedientes se deben a revisiones, algo que es inherente a las mismas, existe entre el resto de tipo de expedientes unos porcentajes importantes, que en el caso de los iniciales y los procedentes de finalizar I.T. suponen sobre la tercera parte de los mismos.

6.- CONCLUSIONES

Primera: El porcentaje de expedientes de incapacidad permanente motivados por patologías psiquiátricas respecto del total de patologías supuso el 3,1% , siendo estimados el 63,8%.

Segunda: En nuestra serie hay un porcentaje significativamente mayor de varones (65,8%) respecto al de mujeres (34,2%).

Tercera: La incapacidad permanente se estima en un porcentaje mayor en varones que en mujeres. Esta superioridad se mantiene en todos los grados: incapacidad permanente total, incapacidad permanente absoluta y gran invalidez.

Cuarta: Las patologías psiquiátricas en los varones tienen más repercusión sobre la incapacidad laboral que en las mujeres.

Quinta: Existen dos periodos de edad en las que la importancia de las enfermedades mentales como causa de incapacidad permanente es mayor: 38-41 años y 48-53 años.

Sexta: Las patologías psiquiátricas llevan a situaciones de incapacidad permanente a trabajadores más jóvenes que el global de las otras enfermedades o patologías. En los varones la incapacidad se reconoce a edades más tempranas que en las mujeres.

Séptima: El dictamen final de los expedientes de I.P. por patologías psiquiátricas es mayoritariamente incapacidad permanente absoluta (42,1%) o no incapacidad (36,18 %). Es decir, estos trastornos o no incapacitan o lo hacen para todo tipo de trabajo.

Octava: Los trastornos mentales que más frecuentemente implicaron incapacidad permanente fueron los psicóticos que supusieron un 37,6% de los diagnósticos.

Novena: Hay una escasa variación en las revisiones: de 52 expedientes de revisión de grado sólo hubo variación en 4 (3 aumento de grado y 1 disminución del grado).

Décima: La mayor parte de expedientes, 63'9%, se dieron en pacientes que tenían trabajos que, para ejercerlos, precisan ninguna o muy escasa formación específica.

7. BIBLIOGRAFIA

1. Social S. Guía práctica de la Seguridad Social en España. 2013. http://www.empleo.gob.es/es/mundo/consejerias/archivoscomunes/GUIA_seguridad_social_SEPT_2013.pdf.
2. Honorato J, Arango C, Sanjuán J, et al. Foro de Debate INESME “Presente y futuro de las enfermedades mentales más prevalentes.” 2009:1-78. <http://www.inesme.com/pdf/informediembre11.pdf>.
3. Seguridad Social:Normativa. http://www.segsocial.es/Internet_1/Normativa
4. 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. B.O.E. número 198 (19-8).
5. Pastrana-Jiménez J.I.1, Fernández-Labandera C.1 y colaboradores. Características clínicas y sociolaborales de pacientes psiquiátricos al término de la incapacidad temporal por contingencia común. *Med Segur Trab*. Madrid. Abr.-jun. 2013. Vol.59 N°.231.
6. OMS. Programa Mundial de Acción en Salud Mental. 2002:28.
7. index @ www.empleo.gob.es. <http://www.empleo.gob.es/estadisticas/ANUARIO2013/PEN/index.htm>.
8. Organización Mundial de la Salud. mhGAP Programa de acción para superar las brechas en salud mental. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales , neurológicos y por abuso de sustancias. *Oms*. 2008:48. http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/mhgap_final_spanish.pdf.
9. Salud OMD La. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. 2013:54.
10. ES. Parlamento europeo 2004.2009;2220:17. <http://www.europarl.europa.eu/>
11. EUR-Lex - c10823 - EN - EUR-Lex. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content>
12. Centro de investigación Biomédica En Red de Salud Mental. Ministerio de ciencia e inovacion. Plan Estratégico 2011-2013. *Minist Cienc e*

Innovación. 2013:1-158.

http://cibersam.es/images/PDF/Plan_Estrategico_CIBERSAM_2011_13_DEF2.pdf.

13. Valmisa Gómez de Lara, Eulalio (Coord.); Alén Fidalgo, M.; Amo Alfonso, M.; del Pino López R; e. A. II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012. 2012:148.
14. Consejería de Sanidad. Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014. 2010. <http://www.madrid.org>
15. Datos sobre la enfermedad mental : Información y recursos para eliminar el estigma social de la enfermedad mental - 1decada4.es. <http://www.1decada4.es/profmedios/datos>
16. Haro JM, Palacin C, Vilagut G, et al. Prevalencia y factores asociados de los trastornos mentales en España: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clínica (Barcelona)*. 2006;126(12):445-451.
17. Gaminde I, Uria M, Padro D, Querejeta I, Ozamiz A. Depression in three populations in the Basque country--a comparison with Britain. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1993;28(5):243-251. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8284738>.
18. Vázquez-Barquero JL, Díez-Manrique JF, Peña C, et al. A community mental health survey in Cantabria: a general description of morbidity. *Psychol Med*. 2009;17(01):227.
19. Roca M, Gili M, Ferrer V, et al. Mental disorders on the island of Formentera: prevalence in general population using the Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1999;34(8):410-415.
20. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51(1):8-19.
21. Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*. 2003;289(23):3095-3105.

22. Bijl R V, Ravelli A, van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1998;33(12):587-595.
23. Seguridad Social:Normativa.
http://www.seg-social.es/Internet_1/Normativa
24. Leonor M, Jurado A, Moreno SC. Programa formativo interdisciplinar entre los inspectores médicos del INSS y los equipos de salud mental en Málaga. 2014:243-250.
<http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v60s1/comunicacion5.pdf>.
25. BOE.es - Documento BOE-A-2010-19389.
https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2010-19389.
26. Organización Mundial de la Salud. *Guía de Bolsillo de La Clasificación CIE-10: Clasificación de Los Trastornos Mentales Y Del Comportamiento.*; 2008.
27. Seguridad Social:Estadísticas, Presupuestos y Estudios.
http://www.segsocial.es/Internet_1/Estadistica
28. Mingote Adán J.C. y colaboradores. *El trabajador con problemas de salud mental. Pautas generales de detección, intervención y prevención.* Medicina y Seguridad del Trabajo. Vol.57- supl.1. Madrid. 2011
29. Gili M y colaboradores. *Trastornos psiquiátricos y comorbilidad médica en un estudio epidemiológico comunitario.* Psicothema. Vol. 12, nº1. (131-135). 2000.
30. Instituto Nacional de Estadística. (National Statistics Institute).
<http://www.ine.es/jaxi>
31. INEbase / Mercado laboral /Actividad, ocupación y paro /Encuesta de población activa / Últimos datos.
<http://www.ine.es>
32. Seguridad Social:Estadísticas, Presupuestos y Estudios.
http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica
33. Estadísticas de empleo - Statistics Explained.
<http://ec.europa.eu/eurostat/>

34. Andaluz D del P. La situación de los enfermos mentales en andalucía abril 2013. 2013.
http://www.defensordelpuebloandaluz.es/sites/default/files/INFORME_SALUD_MENTAL_DPA.pdf.
35. Montero I, Aparicio D, Gómez-Beneyto M, et al. Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gac Sanit.* 18:175-181.
36. Benavides FG, Durán X, Martínez JM, Jódar P, Boix P, Amable M. Incidencia de incapacidad permanente en una cohorte de trabajadores afiliados a la Seguridad Social, 2004-2007. *Gac Sanit.* 24(5):385-390.
37. Cabuchola Moreno, S. Análisis de las patologías causantes de discapacidad laboral permanente mediante aplicación de técnicas de inteligencia artificial y prospección de datos. Tesis doctoral. Universidad de Málaga. 2003.
38. Usall J. Diferencias de género en la esquizofrenia. *Rev Psiquiatr Fac Med Barna.* 2003;30(5):276-287
39. Cervera G, Martínez-Raga J. *Trastorno Límite de La Personalidad: Paradigma de La Comorbilidad Psiquiátrica.* Ed. Médica Panamericana; 2005.
40. Yonkers KA, Kando JC, Cole JO, Blumenthal S. Gender differences in pharmacokinetics and pharmacodynamics of psychotropic medication. *Am J Psychiatry.* 1992;149(5):587-595.
41. Goldstein JM, Cohen LS, Horton NJ, et al. Sex differences in clinical response to olanzapine compared with haloperidol. *Psychiatry Res.* 2002;110(1):27-37.
42. Juventud | Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
<http://www.unesco.org/new/es>
43. Harrisson 18^o edición. *Principios de Medicina Interna.*; 2012.
44. Gálvez Herrer M, Mingote Adán JC, Moreno Jiménez B. El paciente que padece un trastorno de personalidad en el trabajo. *Med Segur Trab (Madr).* 56(220):226-247.

45. Menchón JM. Clasificación y diagnóstico en los trastornos de personalidad Personalidad. 2013.
http://www.acmf.cat/3-DR_JOSEP_MENCH_N_TrastPersonDSM5_.pdf.
46. Méjica J, Bobes J y Martínez J.L. Soporte legal y jurisprudencia de las incapacidades permanentes derivadas de trastornos mentales y de comportamiento. 2011.
<http://www.siis.net/documentos/hemeroteca/110401-12.pdf>.
47. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Editorial Masson.1978.
48. DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. American Psychiatric Association. Editorial Panamericana.2014
49. Global Mental Health Group. Serie sobre salud mental a escala mundial. *Lancet*, publicado en línea el 4 de septiembre del 2007.
<http://www.thelancet.com/online/focus/men>
50. Guía del Trastorno Límite de la Personalidad (guía del profesional). Consejería de Salud. Comunidad de Madrid. 2010.
51. Baremo de Enfermedad Mental. Boletín Oficial del Estado número 62 de 13 de marzo de 2010, de corrección de errores del R.D. 1971/1999 de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.
52. Ayuso-Mateos JL, Vázquez-Barquero JL, Dowrick C, Lehtinen V, Dalgard OS, Casey P, et al, and the ODIN group. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *Br J Psychiatry*. 2001;179:308-16.
53. Manual de Actuación para Médicos del INSS. 2ª edición. Secretaría de Estado de Seguridad Social

54. Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de Procedimiento para el Reconocimiento, Declaración y Calificación del grado de minusvalía. B.O.E. número 22 (26-1).
55. Villagómez,E. La actividad laboral de las mujeres en España:Retos económicos y sociales del sistema impositivo y de seguridad social. Gaceta Laboral v.11 n.2. Maracaibo, mayo 2005
56. Roca-Bennasar M, Gili-Planas M, Ferrer-Pérez V, Bernardo-Arroyo M. Mental disorders and medical conditions. A community study in a small island in Spain. J Psychosom Res. 2001; 50:39-44.
57. WHO International Consortium In Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. Bull World Health Org. 2000;78:413-26.

ANEXOS

CLASIFICACION DE TRASTORNOS MENTALES (CIE 10)

F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.

F00 Demencia en la enfermedad de Alzheimer.

- F00.0 Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio precoz.
- F00.1 Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío.
- F00.2 Demencia en la enfermedad de Alzheimer atípica o mixta.
- F00.9 Demencia en la enfermedad de Alzheimer sin especificación.

F01 Demencia vascular.

- F01.0 Demencia vascular de inicio agudo.
- F01.1 Demencia multi-infarto.
- F01.2 Demencia vascular subcortical.
- F01.3 Demencia vascular mixta cortical y subcortical.
- F01.8 Otras demencias vasculares.
- F01.9 Demencia vascular sin especificación.

F02 Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar.

- F02.0 Demencia en la enfermedad de Pick.
- F02.1 Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.
- F02.2 Demencia en la enfermedad de Huntington.
- F02.3 Demencia en la enfermedad de Parkinson.
- F02.4 Demencia en la infección por VIH.
- F02.8 Demencia en enfermedades específicas clasificadas en otro lugar.

F03 Demencia sin especificación.

F04 Síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas.

F05 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas

- F05.0 Delirium no superpuesto a demencia.
- F05.1 Delirium superpuesto a demencia.
- F05.8 Otro delirium no inducido por alcohol o droga.
- F05.9 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas sin especificación.

F06 Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática

- F06.0 Alucinosis orgánica.
- F06.1 Trastorno catatónico orgánico.
- F06.2 Trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme) orgánico.
- F06.3 Trastornos del humor (afectivos) orgánicos.
- F06.4 Trastorno de ansiedad orgánico.
- F06.5 Trastorno disociativo orgánico.
- F06.6 Trastorno de labilidad emocional (asténico) orgánico.
- F06.7 Trastorno cognoscitivo leve.
- F06.8 Otro trastorno mental especificado debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática.

F06.9 Otro trastorno mental debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática sin especificación.

F07 Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.

F07.0 Trastorno orgánico de la personalidad.

F07.1 Síndrome post-encefáltico.

F07.2 Síndrome post-conmocional.

F07.8 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.

F07.9 Trastorno de la personalidad y del comportamiento debido a enfermedad, lesión o disfunción cerebral sin especificación.

F09 Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación.

F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas.

F10 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol.

F11 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opioides.

F12 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides.

F13 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos.

F14 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína.

F15 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otros estimulantes (incluyendo la cafeína).

F16 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alucinógenos.

F17 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco.

F18 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de disolventes volátiles.

F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotropas.

F19.0 Intoxicación aguda.

F19.1 Consumo perjudicial.

F19.2 Síndrome de dependencia.

F19.3 Síndrome de abstinencia.

F19.4 Síndrome de abstinencia con delirium.

F19.5 Trastorno psicótico.

F19.6 Síndrome amnésico inducido por alcohol o drogas.

F19.7 Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas.

F19.8 Otros trastornos mentales o del comportamiento inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas.

F19.9 Trastorno mental o del comportamiento inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas sin especificación.

F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.

- F20 Esquizofrenia.
- F20.0 Esquizofrenia paranoide.
- F20.1 Esquizofrenia hebefrénica.
- F20.2 Esquizofrenia catatónica.
- F20.3 Esquizofrenia indiferenciada.
- F20.4 Depresión post-esquizofrénica.
- F20.5 Esquizofrenia residual.
- F20.6 Esquizofrenia simple.
- F20.8 Otras esquizofrenias.
- F20.9 Esquizofrenia sin especificación.

F21 Trastorno esquizotípico.

F22 Trastornos de ideas delirantes persistentes.

- F22.0 Trastorno de ideas delirantes.
- F22.8 Otros trastornos de ideas delirantes persistentes.
- F22.9 Trastorno de ideas delirantes persistentes sin especificación.

F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios.

- F23.0 Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia.
- F23.1 Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia.
- F23.2 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico.
- F23.3 Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes.
- F23.8 Otros trastornos psicóticos agudos transitorios.
- F23.9 Trastorno psicótico agudo transitorio sin especificación.

F24 Trastorno de ideas delirantes inducidas.

F25 Trastornos esquizoafectivos.

- F25.0 Trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco.
- F25.1 Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo.
- F25.2 Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto.
- F25.8 Otros trastornos esquizoafectivos.
- F25.9 Trastorno esquizoafectivo sin especificación.

F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos.

F29 Psicosis no orgánica sin especificación.

F30-39 Trastornos del humor (afectivos)

- F30 Episodio maníaco.
- F30.0 Hipomanía.
- F30.1 Manía sin síntomas psicóticos.
- F30.2 Manía con síntomas psicóticos.
- F30.8 Otros episodios maníacos.
- F30.9 Episodio maníaco sin especificación.

F31 Trastorno bipolar

- F31.0 Trastorno bipolar, episodio actual hipomaniaco.
- F31.1 Trastorno bipolar, episodio actual maniaco sin síntomas psicóticos.
- F31.2 Trastorno bipolar, episodio actual maniaco con síntomas psicóticos.
- F31.3 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado.
- F31.4 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos.
- F31.5 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos.
- F31.6 Trastorno bipolar, episodio actual mixto.
- F31.7 Trastorno bipolar, actualmente en remisión.
- F31.8 Otros trastornos bipolares.
- F31.9 Trastorno bipolar sin especificación.

F32 Episodios depresivos.

- F32.0 Episodio depresivo leve.
- F32.1 Episodio depresivo moderado.
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
- F32.8 Otros episodios depresivos.
- F32.9 Episodio depresivo sin especificación.

F33 Trastorno depresivo recurrente

- F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve.
- F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado.
- F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos.
- F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos.
- F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión.
- F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes.
- F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificación.

F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes.

- F34.0 Ciclotimia.
- F34.1 Distimia.
- F34.8 Otros trastornos del humor (afectivos) persistentes.
- F34.9 Trastorno del humor (afectivo) persistente sin especificación.

F38 Otros trastornos del humor (afectivos)

- F38.0 Otros trastornos del humor (afectivos) aislados.
- F38.1 Otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes.
- F38.8 Otros trastornos del humor (afectivos).
- F39 Trastorno del humor (afectivo) sin especificación

F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

- F40 Trastornos de ansiedad fóbica
- F40.0 Agorafobia.
- F40.1 Fobias sociales.
- F40.2 Fobias específicas (aisladas).
- F40.8 Otros trastornos de ansiedad fóbica.
- F40.9 Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación.

F41 Otros trastornos de ansiedad.

- F41.0 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica).
- F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada.
- F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo.
- F41.3 Otro trastorno mixto de ansiedad.
- F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados.
- F41.9 Trastorno de ansiedad sin especificación.

F42 Trastorno obsesivo-compulsivo

- F42.0 Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas.
- F42.1 Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos).
- F42.2 Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos.
- F42.8 Otros trastornos obsesivo-compulsivos.
- F42.9 Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación.

F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación

- F43.0 Reacción a estrés agudo.
- F43.1 Trastorno de estrés post-traumático.
- F43.2 Trastornos de adaptación.
- F43.8 Otras reacciones a estrés grave.
- F43.9 Reacción a estrés grave sin especificación.

F44 Trastornos disociativos (de conversión)

- F44.0 Amnesia disociativa.
- F44.1 Fuga disociativa.
- F44.2 Estupor disociativo.
- F44.3 Trastornos de trance y de posesión.
- F44.4 Trastornos disociativos de la motilidad.
- F44.5 Convulsiones disociativas.
- F44.6 Anestias y pérdidas sensoriales disociativas.
- F44.7 Trastornos disociativos (de conversión) mixtos.
- F44.8 Otros trastornos disociativos (de conversión).
- F44.9 Trastorno disociativo (de conversión) sin especificación.

F45 Trastornos somatomorfos

- F45.0 Trastorno de somatización.
- F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado.
- F45.2 Trastorno hipocondríaco.

- F45.3 Disfunción vegetativa somatomorfa.
- F45.4 Trastorno de dolor persistente somatomorfo.
- F45.8 Otros trastornos somatomorfos.
- F45.9 Trastorno somatomorfo sin especificación.

F48 Otros trastornos neuróticos

- F48.0 Neurastenia.
- F48.1 Trastorno de despersonalización-desrealización.
- F48.8 Otros trastornos neuróticos especificados.
- F48.9 Trastorno neurótico sin especificación.

F50-59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos

- F50 Trastornos de la conducta alimentaria.
- F50.0 Anorexia nerviosa.
- F50.1 Anorexia nerviosa atípica.
- F50.2 Bulimia nerviosa.
- F50.3 Bulimia nerviosa atípica.
- F50.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.
- F50.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas.
- F50.8 Otros trastornos de la conducta alimentaria.
- F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación.

F51 Trastornos no orgánicos del sueño.

- F51.0 Insomnio no orgánico.
- F51.1 Hipersomnio no orgánico.
- F51.2 Trastorno no orgánico del ciclo sueño-vigilia.
- F51.3 Sonambulismo.
- F51.4 Terrores nocturnos.
- F51.5 Pesadillas.
- F51.8 Otros trastornos no orgánicos del sueño.
- F51.9 Trastorno no orgánico del sueño de origen sin especificación.

F52 Disfunción sexual no orgánica

- F52.0 Ausencia o pérdida del deseo sexual.
- F52.1 Rechazo sexual y ausencia de placer sexual.
- F52.2 Fracaso de la respuesta genital.
- F52.3 Disfunción orgásmica.
- F52.4 Eyaculación precoz.
- F52.5 Vaginismo no orgánico.
- F52.6 Dispareunia no orgánica.
- F52.7 Impulso sexual excesivo.
- F52.8 Otras disfunciones sexuales no debidas a enfermedades o trastornos orgánicos.
- F52.9 Disfunción sexual no debida a enfermedad o trastorno orgánico.

F53 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar

F53.0 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar leves.

F53.1 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar graves.

F53.8 Otros trastornos mentales en el puerperio no clasificados en otro lugar.

F53.9 Otro trastorno mental o del comportamiento del puerperio, sin especificación.

F54 Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar

F55 Abuso de sustancias que no producen dependencia

F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos sin especificación.

F60-69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto

F60 Trastornos específicos de la personalidad.

F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad.

F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad.

F60.2 Trastorno disocial de la personalidad.

F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.

F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad.

F60.5 Trastorno anancástico de la personalidad.

F60.6 Trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad.

F60.7 Trastorno dependiente de la personalidad.

F60.8 Otros trastornos específicos de la personalidad.

F60.9 Trastorno de la personalidad sin especificación.

F61 Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad.

F61.0 Trastornos mixtos de la personalidad.

F61.1 Variaciones problemáticas de la personalidad no clasificables en F60 ó F62.

F62 Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral

F62.0 Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica.

F62.1 Transformación persistente de la personalidad tras enfermedad psiquiátrica.

F62.8 Otras transformaciones persistentes de la personalidad.

F62.9 Transformación persistente de la personalidad sin especificación.

F63 Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos

F63.0 Ludopatía.

F63.1 Piromanía.

F63.2 Cleptomanía.

- F63.3 Tricotilomanía.
- F63.8 Otros trastornos de los hábitos y del control de los impulsos.
- F63.9 Trastorno de los hábitos y del control de los impulsos sin especificación.

F64 Trastornos de la identidad sexual

- F64.0 Transexualismo.
- F64.1 Transvestismo no fetichista.
- F64.2 Trastorno de la identidad sexual en la infancia.
- F64.8 Otros trastornos de la identidad sexual.
- F64.9 Trastorno de la identidad sexual sin especificación.

F65 Trastornos de la inclinación sexual

- F65.0 Fetichismo.
- F65.1 Transvestismo fetichista.
- F65.2 Exhibicionismo.
- F65.3 Escoptofilia (voyeurismo).
- F65.4 Paidofilia.
- F65.5 Sadomasoquismo.
- F65.6 Trastornos múltiples de la inclinación sexual.
- F65.8 Otros trastornos de la inclinación sexual.
- F65.9 Trastorno de la inclinación sexual sin especificación.

F66 Trastornos psicológicos y del comportamiento del desarrollo y orientación sexuales

- F66.0 Trastorno de la maduración sexual.
- F66.1 Orientación sexual egodistónica.
- F66.2 Trastorno de la relación sexual.
- F66.8 Otros trastornos del desarrollo psicosexual.
- F66.9 Trastorno del desarrollo psicosexual sin especificación.

F68 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto

- F68.0 Elaboración psicológica de síntomas somáticos.
- F68.1 Producción intencionada o fingimiento de síntomas o invalideces somáticas o psicológicas (trastorno ficticio).
- F68.8 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto especificados.

F69 Trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto sin especificación

F70-79 Retraso mental

- F70 Retraso mental leve.
- F71 Retraso mental moderado.
- F72 Retraso mental grave.
- F73 Retraso mental profundo.
- F78 Otros retrasos mentales.
- F79 Retraso mental sin especificación.

F80-89 Trastornos del desarrollo psicológico

F80 Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje.

F80.0 Trastorno específico de la pronunciación.

F80.1 Trastorno de la expresión del lenguaje.

F80.2 Trastorno de la comprensión del lenguaje.

F80.3 Afasia adquirida con epilepsia (síndrome de Landau-Kleffner).

F80.8 Otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje.

F80.9 Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje sin especificación.

F81 Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar

F81.0 Trastorno específico de la lectura.

F81.1 Trastorno específico de la ortografía.

F81.2 Trastorno específico del cálculo.

F81.3 Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar.

F81.8 Otros trastornos del desarrollo del aprendizaje escolar.

F81.9 Trastorno del desarrollo del aprendizaje escolar sin especificación.

F82 Trastorno específico del desarrollo psicomotor

F83 Trastorno específico del desarrollo mixto

F84 Trastornos generalizados del desarrollo

F84.0 Autismo infantil.

F84.1 Autismo atípico.

F84.2 Síndrome de Rett.

F84.3 Otro trastorno desintegrativo de la infancia.

F84.4 Trastorno hiperkinético con retraso mental y movimientos estereotipados.

F84.5 Síndrome de Asperger.

F84.8 Otros trastornos generalizados del desarrollo.

F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación.

F88 Otros trastornos del desarrollo psicológico.

F89 Trastorno del desarrollo psicológico sin especificación.

F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

F90 Trastornos hiperkinéticos.

F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención.

F90.1 Trastorno hiperkinético disocial.

F90.8 Otros trastornos hiperkinéticos.

F90.9 Trastorno hiperkinético sin especificación.

F91 Trastornos disociales.

- F91.0 Trastorno disocial limitado al contexto familiar.
- F91.1 Trastorno disocial en niños no socializados.
- F91.2 Trastorno disocial en niños socializados.
- F91.3 Trastorno disocial desafiante y oposicionista.
- F91.8 Otros trastornos disociales.
- F91.9 Trastorno disocial sin especificación.

F92 Trastornos disociales y de las emociones mixtos.

- F92.0 Trastorno disocial depresivo.
- F92.8 Otros trastornos disociales y de las emociones mixtos.
- F92.9 Trastorno disocial y de las emociones mixto sin especificación.

F93 Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia.

- F93.0 Trastorno de ansiedad de separación de la infancia.
- F93.1 Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia.
- F93.2 Trastorno de hipersensibilidad social de la infancia.
- F93.3 Trastorno de rivalidad entre hermanos.
- F93.8 Otros trastornos de las emociones en la infancia.
- F93.9 Trastorno de las emociones en la infancia sin especificación.

F94 Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

- F94.0 Mutismo selectivo.
- F94.1 Trastorno de vinculación de la infancia reactivo.
- F94.2 Trastorno de vinculación de la infancia desinhibido.
- F94.8 Otros trastornos del comportamiento social en la infancia y adolescencia.
- F94.9 Trastorno del comportamiento social en la infancia y adolescencia sin especificación.

F95 Trastornos de tics

- F95.0 Trastorno de tics transitorios.
- F95.1 Trastorno de tics crónicos motores o fonatorios.
- F95.2 Trastorno de tics múltiples motores y fonatorios combinados (síndrome de Gilles de la Tourette).
- F95.8 Otros trastornos de tics.
- F95.9 Trastorno de tics sin especificación.

F98 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

- F98.0 Enuresis no orgánica.
- F98.1 Encopresis no orgánica.
- F98.2 Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia.
- F98.3 Pica en la infancia.
- F98.4 Trastorno de estereotipias motrices.
- F98.5 Tartamudeo (espasmofemia).
- F98.6 Farfulleo.

F98.8 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento en la infancia y adolescencia especificados.

F98.9 Trastorno de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia o la adolescencia sin especificación.

F99 Trastorno mental sin especificación.

CLASIFICACIÓN NACIONAL DE OCUPACIONES (CNO 11)

1	Directores y gerentes
A	<i>Directores y gerentes</i>
11	Miembros del poder ejecutivo y de los cuerpos legislativos; directivos de la Administración Pública y organizaciones de interés social; directores ejecutivos
111	Miembros del poder ejecutivo y de los cuerpos legislativos; directivos de la Administración Pública y organizaciones de interés social
1111	Miembros del poder ejecutivo (nacional, autonómico y local) y del poder legislativo
1112	Personal directivo de la Administración Pública
1113	Directores de organizaciones de interés social
112	Directores generales y presidentes ejecutivos
1120	Directores generales y presidentes ejecutivos
12	Directores de departamentos administrativos y comerciales
121	Directores de departamentos administrativos
1211	Directores financieros
1212	Directores de recursos humanos
1219	Directores de políticas y planificación y de otros departamentos administrativos no clasificados bajo otros epígrafes
122	Directores comerciales, de publicidad, relaciones públicas y de investigación y desarrollo
1221	Directores comerciales y de ventas
1222	Directores de publicidad y relaciones públicas
1223	Directores de investigación y desarrollo
13	Directores de producción y operaciones
131	Directores de producción de explotaciones agropecuarias, forestales y pesqueras, y de industrias manufactureras, de minería, construcción y distribución
1311	Directores de producción de explotaciones agropecuarias y forestales
1312	Directores de producción de explotaciones pesqueras y acuícolas
1313	Directores de industrias manufactureras
1314	Directores de explotaciones mineras
1315	Directores de empresas de abastecimiento, transporte, distribución y afines
1316	Directores de empresas de construcción
132	Directores de servicios de tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) y de empresas de servicios profesionales
1321	Directores de servicios de tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC)
1322	Directores de servicios sociales para niños
1323	Directores-gerentes de centros sanitarios
1324	Directores de servicios sociales para personas mayores
1325	Directores de otros servicios sociales
1326	Directores de servicios de educación
1327	Directores de sucursales de bancos, de servicios financieros y de seguros
1329	Directores de otras empresas de servicios profesionales no clasificados bajo otros epígrafes
14	Directores y gerentes de empresas de alojamiento, restauración y comercio

141	Directores y gerentes de empresas de alojamiento
1411	Directores y gerentes de hoteles
1419	Directores y gerentes de otras empresas de servicios de alojamiento
142	Directores y gerentes de empresas de restauración
1421	Directores y gerentes de restaurantes
1422	Directores y gerentes de bares, cafeterías y similares
1429	Directores y gerentes de empresas de catering y otras empresas de restauración
143	Directores y gerentes de empresas de comercio al por mayor y al por menor
1431	Directores y gerentes de empresas de comercio al por mayor
1432	Directores y gerentes de empresas de comercio al por menor
15	Directores y gerentes de otras empresas de servicios no clasificados bajo otros epígrafes
150	Directores y gerentes de otras empresas de servicios no clasificados bajo otros epígrafes
1501	Directores y gerentes de empresas de actividades recreativas, culturales y deportivas
1509	Directores y gerentes de empresas de gestión de residuos y de otras empresas de servicios no clasificados bajo otros epígrafes
2	Técnicos y profesionales científicos e intelectuales
B	<i>Técnicos y profesionales científicos e intelectuales de la salud y la enseñanza</i>
21	Profesionales de la salud
211	Médicos
2111	Médicos de familia
2112	Otros médicos especialistas
212	Profesionales de enfermería y partería
2121	Enfermeros no especializados
2122	Enfermeros especializados (excepto matronos)
2123	Matronos
213	Veterinarios
2130	Veterinarios
214	Farmacéuticos
2140	Farmacéuticos
215	Otros profesionales de la salud
2151	Odontólogos y estomatólogos
2152	Fisioterapeutas
2153	Dietistas y nutricionistas
2154	Logopedas
2155	Ópticos-optometristas
2156	Terapeutas ocupacionales
2157	Podólogos
2158	Profesionales de la salud y la higiene laboral y ambiental
2159	Profesionales de la salud no clasificados bajo otros epígrafes
22	Profesionales de la enseñanza infantil, primaria, secundaria y postsecundaria
221	Profesores de universidades y otra enseñanza superior (excepto formación profesional)
2210	Profesores de universidades y otra enseñanza superior (excepto formación profesional)
222	Profesores de formación profesional (materias específicas)
2220	Profesores de formación profesional (materias específicas)

223	Profesores de enseñanza secundaria (excepto materias específicas de formación profesional)
2230	Profesores de enseñanza secundaria (excepto materias específicas de formación profesional)
224	Profesores de enseñanza primaria
2240	Profesores de enseñanza primaria
225	Maestros y educadores de enseñanza infantil
2251	Maestros de educación infantil
2252	Técnicos en educación infantil
23	Otros profesionales de la enseñanza
231	Profesores y técnicos de educación especial
2311	Profesores de educación especial
2312	Técnicos educadores de educación especial
232	Otros profesores y profesionales de la enseñanza
2321	Especialistas en métodos didácticos y pedagógicos
2322	Profesores de enseñanza no reglada de idiomas
2323	Profesores de enseñanza no reglada de música y danza
2324	Profesores de enseñanza no reglada de artes
2325	Instructores en tecnologías de la información en enseñanza no reglada
2326	Profesionales de la educación ambiental
2329	Profesores y profesionales de la enseñanza no clasificados bajo otros epígrafes
C	<i>Otros técnicos y profesionales científicos e intelectuales</i>
24	Profesionales de la ciencias físicas, químicas, matemáticas y de las ingenierías
241	Físicos, químicos, matemáticos y afines
2411	Físicos y astrónomos
2412	Meteorólogos
2413	Químicos
2414	Geólogos y geofísicos
2415	Matemáticos y actuarios
2416	Estadísticos
242	Profesionales en ciencias naturales
2421	Biólogos, botánicos, zoólogos y afines
2422	Ingenieros agrónomos
2423	Ingenieros de montes
2424	Ingenieros técnicos agrícolas
2425	Ingenieros técnicos forestales y del medio natural
2426	Profesionales de la protección ambiental
2427	Enólogos
243	Ingenieros (excepto ingenieros agrónomos, de montes, eléctricos, electrónicos y TIC)
2431	Ingenieros industriales y de producción
2432	Ingenieros en construcción y obra civil
2433	Ingenieros mecánicos
2434	Ingenieros aeronáuticos
2435	Ingenieros químicos
2436	Ingenieros de minas, metalúrgicos y afines
2437	Ingenieros ambientales
2439	Ingenieros no clasificados bajo otros epígrafes
244	Ingenieros eléctricos, electrónicos y de telecomunicaciones
2441	Ingenieros en electricidad

2442	Ingenieros electrónicos
2443	Ingenieros en telecomunicaciones
245	Arquitectos, urbanistas e ingenieros geógrafos
2451	Arquitectos (excepto arquitectos paisajistas y urbanistas)
2452	Arquitectos paisajistas
2453	Urbanistas e ingenieros de tráfico
2454	Ingenieros geógrafos y cartógrafos
246	Ingenieros técnicos (excepto agrícolas, forestales, eléctricos, electrónicos y TIC)
2461	Ingenieros técnicos industriales y de producción
2462	Ingenieros técnicos de obras públicas
2463	Ingenieros técnicos mecánicos
2464	Ingenieros técnicos aeronáuticos
2465	Ingenieros técnicos químicos
2466	Ingenieros técnicos de minas, metalúrgicos y afines
2469	Ingenieros técnicos no clasificados bajo otros epígrafes
247	Ingenieros técnicos en electricidad, electrónica y telecomunicaciones
2471	Ingenieros técnicos en electricidad
2472	Ingenieros técnicos en electrónica
2473	Ingenieros técnicos en telecomunicaciones
248	Arquitectos técnicos, topógrafos y diseñadores
2481	Arquitectos técnicos y técnicos urbanistas
2482	Diseñadores de productos y de prendas
2483	Ingenieros técnicos en topografía
2484	Diseñadores gráficos y multimedia
25	Profesionales en derecho
251	Jueces, magistrados, abogados y fiscales
2511	Abogados
2512	Fiscales
2513	Jueces y magistrados
259	Otros profesionales del derecho
2591	Notarios y registradores
2592	Procuradores
2599	Profesionales del derecho no clasificados bajo otros epígrafes
26	Especialistas en organización de la Administración Pública y de las empresas y en la comercialización
261	Especialistas en finanzas
2611	Especialistas en contabilidad
2612	Asesores financieros y en inversiones
2613	Analistas financieros
262	Especialistas en organización y administración
2621	Analistas de gestión y organización
2622	Especialistas en administración de política de empresas
2623	Especialistas de la Administración Pública
2624	Especialistas en políticas y servicios de personal y afines
2625	Especialistas en formación de personal
263	Técnicos de empresas y actividades turísticas
2630	Técnicos de empresas y actividades turísticas
264	Profesionales de ventas técnicas y médicas (excepto las TIC)
2640	Profesionales de ventas técnicas y médicas (excepto las TIC)

265	Otros profesionales de las ventas, la comercialización, la publicidad y las relaciones públicas
2651	Profesionales de la publicidad y la comercialización
2652	Profesionales de relaciones públicas
2653	Profesionales de la venta de tecnologías de la información y las comunicaciones
27	Profesionales de las tecnologías de la información
271	Analistas y diseñadores de software y multimedia
2711	Analistas de sistemas
2712	Analistas y diseñadores de software
2713	Analistas, programadores y diseñadores Web y multimedia
2719	Analistas y diseñadores de software y multimedia no clasificados bajo otros epígrafes
272	Especialistas en bases de datos y en redes informáticas
2721	Diseñadores y administradores de bases de datos
2722	Administradores de sistemas y redes
2723	Analistas de redes informáticas
2729	Especialistas en bases de datos y en redes informáticas no clasificados bajo otros epígrafes
28	Profesionales en ciencias sociales
281	Economistas
2810	Economistas
282	Sociólogos, historiadores, psicólogos y otros profesionales en ciencias sociales
2821	Sociólogos, geógrafos, antropólogos, arqueólogos y afines
2822	Filósofos, historiadores y profesionales en ciencias políticas
2823	Psicólogos
2824	Profesionales del trabajo y la educación social
2825	Agentes de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres
283	Sacerdotes de las distintas religiones
2830	Sacerdotes de las distintas religiones
29	Profesionales de la cultura y el espectáculo
291	Archivistas, bibliotecarios, conservadores y afines
2911	Archivistas y conservadores de museos
2912	Bibliotecarios, documentalistas y afines
292	Escritores, periodistas y lingüistas
2921	Escritores
2922	Periodistas
2923	Filólogos, intérpretes y traductores
293	Artistas creativos e interpretativos
2931	Artistas de artes plásticas y visuales
2932	Compositores, músicos y cantantes
2933	Coreógrafos y bailarines
2934	Directores de cine, de teatro y afines
2935	Actores
2936	Locutores de radio, televisión y otros presentadores
2937	Profesionales de espectáculos taurinos
2939	Artistas creativos e interpretativos no clasificados bajo otros epígrafes
3	Técnicos; profesionales de apoyo
D	<i>Técnicos; profesionales de apoyo</i>
31	Técnicos de las ciencias y de las ingenierías
311	Delineantes y dibujantes técnicos

3110	Delineantes y dibujantes técnicos
312	Técnicos de las ciencias físicas, químicas, medioambientales y de las ingenierías
3121	Técnicos en ciencias físicas y químicas
3122	Técnicos en construcción
3123	Técnicos en electricidad
3124	Técnicos en electrónica (excepto electromedicina)
3125	Técnicos en electrónica, especialidad en electromedicina
3126	Técnicos en mecánica
3127	Técnicos y analistas de laboratorio en química industrial
3128	Técnicos en metalurgia y minas
3129	Otros técnicos de las ciencias físicas, químicas, medioambientales y de las ingenierías
313	Técnicos en control de procesos
3131	Técnicos en instalaciones de producción de energía
3132	Técnicos en instalaciones de tratamiento de residuos, de aguas y otros operadores en plantas similares
3133	Técnicos en control de instalaciones de procesamiento de productos químicos
3134	Técnicos de refinerías de petróleo y gas natural
3135	Técnicos en control de procesos de producción de metales
3139	Técnicos en control de procesos no clasificados bajo otros epígrafes
314	Técnicos de las ciencias naturales y profesionales auxiliares afines
3141	Técnicos en ciencias biológicas (excepto en áreas sanitarias)
3142	Técnicos agropecuarios
3143	Técnicos forestales y del medio natural
315	Profesionales en navegación marítima y aeronáutica
3151	Jefes y oficiales de máquinas
3152	Capitanes y oficiales de puente
3153	Pilotos de aviación y profesionales afines
3154	Controladores de tráfico aéreo
3155	Técnicos en seguridad aeronáutica
316	Técnicos de control de calidad de las ciencias físicas, químicas y de las ingenierías
3160	Técnicos de control de calidad de las ciencias físicas, químicas y de las ingenierías
32	Supervisores en ingeniería de minas, de industrias manufactureras y de la construcción
320	Supervisores en ingeniería de minas, de industrias manufactureras y de la construcción
3201	Supervisores en ingeniería de minas
3202	Supervisores de la construcción
3203	Supervisores de industrias alimenticias y del tabaco
3204	Supervisores de industrias química y farmacéutica
3205	Supervisores de industrias de transformación de plásticos, caucho y resinas naturales
3206	Supervisores de industrias de la madera y pastero papeleras
3207	Supervisores de la producción en industrias de artes gráficas y en la fabricación de productos de papel
3209	Supervisores de otras industrias manufactureras
33	Técnicos sanitarios y profesionales de las terapias alternativas
331	Técnicos sanitarios de laboratorio, pruebas diagnósticas y prótesis
3311	Técnicos en radioterapia
3312	Técnicos en imagen para el diagnóstico
3313	Técnicos en anatomía patológica y citología
3314	Técnicos en laboratorio de diagnóstico clínico

3315	Técnicos en ortoprótesis
3316	Técnicos en prótesis dentales
3317	Técnicos en audioprótesis
332	Otros técnicos sanitarios
3321	Técnicos superiores en higiene bucodental
3322	Técnicos superiores en documentación sanitaria
3323	Técnicos superiores en dietética
3324	Técnicos en optometría
3325	Ayudantes fisioterapeutas
3326	Técnicos en prevención de riesgos laborales y salud ambiental
3327	Ayudantes de veterinaria
3329	Técnicos de la sanidad no clasificados bajo otros epígrafes
333	Profesionales de las terapias alternativas
3331	Profesionales de la acupuntura, la naturopatía, la homeopatía, la medicina tradicional china y la ayurveda
3339	Otros profesionales de las terapias alternativas
34	Profesionales de apoyo en finanzas y matemáticas
340	Profesionales de apoyo en finanzas y matemáticas
3401	Profesionales de apoyo e intermediarios de cambio, bolsa y finanzas
3402	Comerciales de préstamos y créditos
3403	Tenedores de libros
3404	Profesionales de apoyo en servicios estadísticos, matemáticos y afines
3405	Tasadores
35	Representantes, agentes comerciales y afines
351	Agentes y representantes comerciales
3510	Agentes y representantes comerciales
352	Otros agentes comerciales
3521	Mediadores y agentes de seguros
3522	Agentes de compras
3523	Consignatarios
353	Agentes inmobiliarios y otros agentes
3531	Representantes de aduanas
3532	Organizadores de conferencias y eventos
3533	Agentes o intermediarios en la contratación de la mano de obra (excepto representantes de espectáculos)
3534	Agentes y administradores de la propiedad inmobiliaria
3535	Portavoces y agentes de relaciones públicas
3539	Representantes artísticos y deportivos y otros agentes de servicios comerciales no clasificados bajo otros epígrafes
36	Profesionales de apoyo a la gestión administrativa; técnicos de las fuerzas y cuerpos de seguridad
361	Asistentes administrativos y especializados
3611	Supervisores de secretaría
3612	Asistentes jurídico-legales
3613	Asistentes de dirección y administrativos
3614	Secretarios de centros médicos o clínicas
362	Agentes de aduanas, tributos y afines que trabajan en tareas propias de la Administración Pública
3621	Profesionales de apoyo de la Administración Pública de tributos

3622	Profesionales de apoyo de la Administración Pública de servicios sociales
3623	Profesionales de apoyo de la Administración Pública de servicios de expedición de licencias
3629	Otros profesionales de apoyo de la Administración Pública para tareas de inspección y control y tareas similares
363	Técnicos de las fuerzas y cuerpos de seguridad
3631	Técnicos de la policía nacional, autonómica y local
3632	Suboficiales de la guardia civil
37	Profesionales de apoyo de servicios jurídicos, sociales, culturales, deportivos y afines
371	Profesionales de apoyo de servicios jurídicos y sociales
3711	Profesionales de apoyo de servicios jurídicos y servicios similares
3712	Detectives privados
3713	Profesionales de apoyo al trabajo y a la educación social
3714	Promotores de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres
3715	Animadores comunitarios
3716	Auxiliares laicos de las religiones
372	Deportistas, entrenadores, instructores de actividades deportivas; monitores de actividades recreativas
3721	Atletas y deportistas
3722	Entrenadores y árbitros de actividades deportivas
3723	Instructores de actividades deportivas
3724	Monitores de actividades recreativas y de entretenimiento
373	Técnicos y profesionales de apoyo de actividades culturales, artísticas y culinarias
3731	Fotógrafos
3732	Diseñadores y decoradores de interior
3733	Técnicos en galerías de arte, museos y bibliotecas
3734	Chefs
3739	Otros técnicos y profesionales de apoyo de actividades culturales y artísticas
38	Técnicos de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC)
381	Técnicos en operaciones de tecnologías de la información y asistencia al usuario
3811	Técnicos en operaciones de sistemas informáticos
3812	Técnicos en asistencia al usuario de tecnologías de la información
3813	Técnicos en redes
3814	Técnicos de la Web
382	Programadores informáticos
3820	Programadores informáticos
383	Técnicos en grabación audiovisual, radiodifusión y telecomunicaciones
3831	Técnicos de grabación audiovisual
3832	Técnicos de radiodifusión
3833	Técnicos de ingeniería de las telecomunicaciones
4	Empleados contables, administrativos y otros empleados de oficina
E	Empleados de oficina que no atienden al público
41	Empleados en servicios contables, financieros, y de servicios de apoyo a la producción y al transporte
411	Empleados contables y financieros

4111	Empleados de contabilidad
4112	Empleados de control de personal y nóminas
4113	Empleados de oficina de servicios estadísticos, financieros y bancarios
412	Empleados de registro de materiales, de servicios de apoyo a la producción y al transporte
4121	Empleados de control de abastecimientos e inventario
4122	Empleados de oficina de servicios de apoyo a la producción
4123	Empleados de logística y transporte de pasajeros y mercancías
42	Empleados de bibliotecas, servicios de correos y afines
421	Empleados de bibliotecas y archivos
4210	Empleados de bibliotecas y archivos
422	Empleados de servicios de correos, codificadores, correctores y servicios de personal
4221	Empleados de servicios de correos (excepto empleados de mostrador)
4222	Codificadores y correctores de imprenta
4223	Empleados de servicio de personal
43	Otros empleados administrativos sin tareas de atención al público
430	Otros empleados administrativos sin tareas de atención al público
4301	Grabadores de datos
4309	Empleados administrativos sin tareas de atención al público no clasificados bajo otros epígrafes
F	Empleados de oficina que atienden al público
44	Empleados de agencias de viajes, recepcionistas y telefonistas; empleados de ventanilla y afines (excepto taquilleros)
441	Empleados de información y recepcionistas (excepto de hoteles)
4411	Empleados de información al usuario
4412	Recepcionistas (excepto de hoteles)
442	Empleados de agencias de viajes, recepcionistas de hoteles y telefonistas
4421	Empleados de agencias de viajes
4422	Recepcionistas de hoteles
4423	Telefonistas
4424	Teleoperadores
443	Agentes de encuestas
4430	Agentes de encuestas
444	Empleados de ventanilla y afines (excepto taquilleros)
4441	Cajeros de bancos y afines
4442	Empleados de venta de apuestas
4443	Empleados de sala de juegos y afines
4444	Empleados de casas de empeño y de préstamos
4445	Cobradores de facturas, deudas y empleados afines
4446	Empleados de mostrador de correos
45	Empleados administrativos con tareas de atención al público no clasificados bajo otros epígrafes
450	Empleados administrativos con tareas de atención al público no clasificados bajo otros epígrafes
4500	Empleados administrativos con tareas de atención al público no clasificados bajo otros epígrafes
5	Trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores
G	Trabajadores de los servicios de restauración y comercio

50	Camareros y cocineros propietarios
500	Camareros y cocineros propietarios
5000	Camareros y cocineros propietarios
51	Trabajadores asalariados de los servicios de restauración
511	Cocineros asalariados
5110	Cocineros asalariados
512	Camareros asalariados
5120	Camareros asalariados
52	Dependientes en tiendas y almacenes
521	Jefes de sección de tiendas y almacenes
5210	Jefes de sección de tiendas y almacenes
522	Vendedores en tiendas y almacenes
5220	Vendedores en tiendas y almacenes
53	Comerciantes propietarios de tiendas
530	Comerciantes propietarios de tiendas
5300	Comerciantes propietarios de tiendas
54	Vendedores (excepto en tiendas y almacenes)
541	Vendedores en quioscos o en mercadillos
5411	Vendedores en quioscos
5412	Vendedores en mercados ocasionales y mercadillos
542	Operadores de telemarketing
5420	Operadores de telemarketing
543	Expendedores de gasolineras
5430	Expendedores de gasolineras
549	Otros vendedores
5491	Vendedores a domicilio
5492	Promotores de venta
5493	Modelos de moda, arte y publicidad
5499	Vendedores no clasificados bajo otros epígrafes
55	Cajeros y taquilleros (excepto bancos)
550	Cajeros y taquilleros (excepto bancos)
5500	Cajeros y taquilleros (excepto bancos)
H	<i>Trabajadores de los servicios de salud y el cuidado de personas</i>
56	Trabajadores de los cuidados a las personas en servicios de salud
561	Auxiliares de enfermería
5611	Auxiliares de enfermería hospitalaria
5612	Auxiliares de enfermería de atención primaria
562	Técnicos auxiliares de farmacia y emergencias sanitarias y otros trabajadores de los cuidados a las personas en servicios de salud
5621	Técnicos auxiliares de farmacia
5622	Técnicos de emergencias sanitarias
5629	Trabajadores de los cuidados a las personas en servicios de salud no clasificados bajo otros epígrafes
57	Otros trabajadores de los cuidados a las personas
571	Trabajadores de los cuidados personales a domicilio (excepto cuidadores de niños)
5710	Trabajadores de los cuidados personales a domicilio

572	Cuidadores de niños
5721	Cuidadores de niños en guarderías y centros educativos
5722	Cuidadores de niños en domicilios
58	Trabajadores de los servicios personales
581	Peluqueros y especialistas en tratamientos de estética, bienestar y afines
5811	Peluqueros
5812	Especialistas en tratamientos de estética, bienestar y afines
582	Trabajadores que atienden a viajeros, guías turísticos y afines
5821	Auxiliares de vuelo y camareros de avión, barco y tren
5822	Revisores y cobradores de transporte terrestre
5823	Acompañantes turísticos
5824	Azafatos de tierra
5825	Guías de turismo
583	Supervisores de mantenimiento y limpieza de edificios, conserjes y mayordomos domésticos
5831	Supervisores de mantenimiento y limpieza en oficinas, hoteles y otros establecimientos
5832	Mayordomos del servicio doméstico
5833	Conserjes de edificios
584	Trabajadores propietarios de pequeños alojamientos
5840	Trabajadores propietarios de pequeños alojamientos
589	Otros trabajadores de servicios personales
5891	Asistentes personales o personas de compañía
5892	Empleados de pompas fúnebres y embalsamadores
5893	Cuidadores de animales y adiestradores
5894	Instructores de autoescuela
5895	Astrólogos, adivinadores y afines
5899	Trabajadores de servicios personales no clasificados bajo otros epígrafes
I	<i>Trabajadores de los servicios de protección y seguridad</i>
59	Trabajadores de los servicios de protección y seguridad
591	Guardias civiles
5910	Guardias civiles
592	Policías
5921	Policías nacionales
5922	Policías autonómicos
5923	Policías locales
593	Bomberos
5931	Bomberos (excepto forestales)
5932	Bomberos forestales
594	Personal de seguridad privado
5941	Vigilantes de seguridad y similares habilitados para ir armados
5942	Auxiliares de vigilante de seguridad y similares no habilitados para ir armados
599	Otros trabajadores de los servicios de protección y seguridad
5991	Vigilantes de prisiones
5992	Bañistas-socorristas
5993	Agentes forestales y medioambientales
5999	Trabajadores de los servicios de protección y seguridad no clasificados bajo otros epígrafes
6	Trabajadores cualificados en el sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero

J	Trabajadores cualificados en el sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero
61	Trabajadores cualificados en actividades agrícolas
611	Trabajadores cualificados en actividades agrícolas (excepto en huertas, invernaderos, viveros y jardines)
6110	Trabajadores cualificados en actividades agrícolas (excepto en huertas, invernaderos, viveros y jardines)
612	Trabajadores cualificados en huertas, invernaderos, viveros y jardines
6120	Trabajadores cualificados en huertas, invernaderos, viveros y jardines
62	Trabajadores cualificados en actividades ganaderas, (incluidas avícolas, apícolas y similares)
620	Trabajadores cualificados en actividades ganaderas (incluidas avícolas, apícolas y similares)
6201	Trabajadores cualificados en actividades ganaderas de vacuno
6202	Trabajadores cualificados en actividades ganaderas de ovino y caprino
6203	Trabajadores cualificados en actividades ganaderas de porcino
6204	Trabajadores cualificados en apicultura y sericicultura
6205	Trabajadores cualificados en la avicultura y la cunicultura
6209	Trabajadores cualificados en actividades ganaderas no clasificados bajo otros epígrafes
63	Trabajadores cualificados en actividades agropecuarias mixtas
630	Trabajadores cualificados en actividades agropecuarias mixtas
6300	Trabajadores cualificados en actividades agropecuarias mixtas
64	Trabajadores cualificados en actividades forestales, pesqueras y cinegéticas
641	Trabajadores cualificados en actividades forestales y del medio natural
6410	Trabajadores cualificados en actividades forestales y del medio natural
642	Trabajadores cualificados en actividades pesqueras y acuicultura
6421	Trabajadores cualificados en la acuicultura
6422	Pescadores de aguas costeras y aguas dulces
6423	Pescadores de altura
643	Trabajadores cualificados en actividades cinegéticas
6430	Trabajadores cualificados en actividades cinegéticas
7	Artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras y la construcción (excepto operadores de instalaciones y maquinaria)
K	Trabajadores cualificados de la construcción, excepto operadores de máquinas
71	Trabajadores en obras estructurales de construcción y afines
711	Trabajadores en hormigón, encofradores, ferrallistas y afines
7111	Encofradores y operarios de puesta en obra de hormigón
7112	Montadores de prefabricados estructurales (sólo hormigón)
712	Albañiles, canteros, tronzadores, labrantes y grabadores de piedras
7121	Albañiles
7122	Canteros, tronzadores, labrantes y grabadores de piedras
713	Carpinteros (excepto ebanistas y montadores de estructuras metálicas)

7131	Carpinteros (excepto ebanistas)
7132	Instaladores de cerramientos metálicos y carpinteros metálicos (excepto montadores de estructuras metálicas)
719	Otros trabajadores de las obras estructurales de construcción
7191	Mantenedores de edificios
7192	Instaladores de fachadas técnicas
7193	Instaladores de sistemas de impermeabilización en edificios
7199	Otros trabajadores de las obras estructurales de construcción no clasificados bajo otros epígrafes
72	Trabajadores de acabado de construcciones e instalaciones (excepto electricistas), pintores y afines
721	Escayolistas y aplicadores de revestimientos de pasta y mortero
7211	Escayolistas
7212	Aplicadores de revestimientos de pasta y mortero
722	Fontaneros e instaladores de tuberías
7221	Fontaneros
7222	Montadores-instaladores de gas en edificios
7223	Instaladores de conductos en obra pública
723	Pintores, empapeladores y afines
7231	Pintores y empapeladores
7232	Pintores en las industrias manufactureras
724	Soldadores, colocadores de parquet y afines
7240	Soldadores, colocadores de parquet y afines
725	Mecánicos-instaladores de refrigeración y climatización
7250	Mecánicos-instaladores de refrigeración y climatización
729	Otros trabajadores de acabado en la construcción, instalaciones (excepto electricistas) y afines
7291	Montadores de cubiertas
7292	Instaladores de material aislante térmico y de insonorización
7293	Cristaleros
7294	Montadores-instaladores de placas de energía solar
7295	Personal de limpieza de fachadas de edificios y chimeneas
L	<i>Trabajadores cualificados de las industrias manufactureras, excepto operadores de instalaciones y máquinas</i>
73	Soldadores, chapistas, montadores de estructuras metálicas, herreros, elaboradores de herramientas y afines
731	Moldeadores, soldadores, chapistas, montadores de estructuras metálicas y trabajadores afines
7311	Moldeadores y macheros
7312	Soldadores y oxicortadores
7313	Chapistas y caldereros
7314	Montadores de estructuras metálicas
7315	Montadores de estructuras cableadas y empalmadores de cables
732	Herreros y trabajadores de la fabricación de herramientas y afines
7321	Herreros y forjadores
7322	Trabajadores de la fabricación de herramientas, mecánico-ajustadores, modelistas, matriceros y afines
7323	Ajustadores y operadores de máquinas-herramienta
7324	Pulidores de metales y afiladores de herramientas

74	Mecánicos y ajustadores de maquinaria
740	Mecánicos y ajustadores de maquinaria
7401	Mecánicos y ajustadores de vehículos de motor
7402	Mecánicos y ajustadores de motores de avión
7403	Mecánicos y ajustadores de maquinaria agrícola e industrial
7404	Mecánicos y ajustadores de maquinaria naval y ferroviaria
7405	Reparadores de bicicletas y afines
75	Trabajadores especializados en electricidad y electrotecnología
751	Electricistas de la construcción y afines
7510	Electricistas de la construcción y afines
752	Otros instaladores y reparadores de equipos eléctricos
7521	Mecánicos y reparadores de equipos eléctricos
7522	Instaladores y reparadores de líneas eléctricas
753	Instaladores y reparadores de equipos electrónicos y de telecomunicaciones
7531	Mecánicos y reparadores de equipos electrónicos
7532	Instaladores y reparadores en electromedicina
7533	Instaladores y reparadores en tecnologías de la información y las comunicaciones
76	Mecánicos de precisión en metales, ceramistas, vidrieros, artesanos y trabajadores de artes gráficas
761	Mecánicos de precisión en metales, ceramistas, vidrieros y artesanos
7611	Relojeros y mecánicos de instrumentos de precisión
7612	Lutieres y similares; afinadores de instrumentos musicales
7613	Joyereros, orfebres y plateros
7614	Trabajadores de la cerámica, alfareros y afines
7615	Sopladores, modeladores, laminadores, cortadores y pulidores de vidrio
7616	Rotulistas, grabadores de vidrio, pintores decorativos de artículos diversos
7617	Artesanos en madera y materiales similares; cesteros, bruceros y trabajadores afines
7618	Artesanos en tejidos, cueros y materiales similares, preparadores de fibra y tejedores con telares artesanos o de tejidos de punto y afines
7619	Artesanos no clasificados bajo otros epígrafes
762	Oficiales y operarios de las artes gráficas
7621	Trabajadores de procesos de preimpresión
7622	Trabajadores de procesos de impresión
7623	Trabajadores de procesos de encuadernación
77	Trabajadores de la industria de la alimentación, bebidas y tabaco
770	Trabajadores de la industria de la alimentación, bebidas y tabaco
7701	Matarifes y trabajadores de las industrias cárnicas
7702	Trabajadores de las industrias del pescado
7703	Panaderos, pasteleros y confiteros
7704	Trabajadores del tratamiento de la leche y elaboración de productos lácteos (incluidos helados)
7705	Trabajadores conserveros de frutas y hortalizas y trabajadores de la elaboración de bebidas no alcohólicas
7706	Trabajadores de la elaboración de bebidas alcohólicas distintas del vino
7707	Trabajadores de la elaboración del vino
7708	Preparadores y elaboradores del tabaco y sus productos
7709	Catadores y clasificadores de alimentos y bebidas
78	Trabajadores de la madera, textil, confección, piel, cuero, calzado y otros operarios en oficios

781	Trabajadores que tratan la madera y afines
7811	Trabajadores del tratamiento de la madera
7812	Ajustadores y operadores de máquinas para trabajar la madera
782	Ebanistas y trabajadores afines
7820	Ebanistas y trabajadores afines
783	Trabajadores del textil, confección, piel, cuero y calzado
7831	Sastres, modistos, peleteros y sombrereros
7832	Patronistas para productos en textil y piel
7833	Cortadores de tejidos, cuero, piel y otros materiales
7834	Costureros a mano, bordadores y afines
7835	Tapiceros, colchoneros y afines
7836	Curtidores y preparadores de pieles
7837	Zapateros y afines
789	Pegadores, buceadores, probadores de productos y otros operarios y artesanos diversos
7891	Buceadores
7892	Pegadores
7893	Clasificadores y probadores de productos (excepto alimentos, bebidas y tabaco)
7894	Fumigadores y otros controladores de plagas y malas hierbas
7899	Oficiales, operarios y artesanos de otros oficios no clasificados bajo otros epígrafes
8	Operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores
M	<i>Operadores de instalaciones y maquinaria fijas, y montadores</i>
81	Operadores de instalaciones y maquinaria fijas
811	Operadores en instalaciones de la extracción y explotación de minerales
8111	Mineros y otros operadores en instalaciones mineras
8112	Operadores en instalaciones para la preparación de minerales y rocas
8113	Sondistas y trabajadores afines
8114	Operadores de maquinaria para fabricar productos derivados de minerales no metálicos
812	Operadores en instalaciones para el tratamiento de metales
8121	Operadores en instalaciones para la obtención y transformación de metales
8122	Operadores de máquinas pulidoras, galvanizadoras y recubridoras de metales
813	Operadores de instalaciones y máquinas de productos químicos, farmacéuticos y materiales fotosensibles
8131	Operadores en plantas industriales químicas
8132	Operadores de máquinas para fabricar productos farmacéuticos, cosméticos y afines
8133	Operadores de laboratorios fotográficos y afines
814	Operadores en instalaciones para el tratamiento y transformación de la madera, la fabricación de papel, productos de papel y caucho o materias plásticas
8141	Operadores de máquinas para fabricar productos de caucho y derivados de resinas naturales
8142	Operadores de máquinas para fabricar productos de material plástico
8143	Operadores de máquinas para fabricar productos de papel y cartón
8144	Operadores de serrerías, de máquinas de fabricación de tableros y de instalaciones afines para el tratamiento de la madera y el corcho
8145	Operadores en instalaciones para la preparación de pasta de papel y fabricación de papel
815	Operadores de máquinas para fabricar productos textiles y artículos de piel y de cuero
8151	Operadores de máquinas para preparar fibras, hilar y devanar
8152	Operadores de telares y otras máquinas tejedoras
8153	Operadores de máquinas de coser y bordar
8154	Operadores de máquinas de blanquear, teñir, estampar y acabar textiles

8155	Operadores de máquinas para tratar pieles y cuero
8156	Operadores de máquinas para la fabricación del calzado, marroquinería y guantería de piel
8159	Operadores de máquinas para fabricar productos textiles no clasificados bajo otros epígrafes
816	Operadores de máquinas para elaborar productos alimenticios, bebidas y tabaco
8160	Operadores de máquinas para elaborar productos alimenticios, bebidas y tabaco
817	Operadores de máquinas de lavandería y tintorería
8170	Operadores de máquinas de lavandería y tintorería
819	Otros operadores de instalaciones y maquinaria fijas
8191	Operadores de hornos e instalaciones de vidriería y cerámica
8192	Operadores de calderas y máquinas de vapor
8193	Operadores de máquinas de embalaje, embotellamiento y etiquetado
8199	Operadores de instalaciones y maquinaria fijas no clasificados bajo otros epígrafes
82	Montadores y ensambladores en fábricas
820	Montadores y ensambladores en fábricas
8201	Ensambladores de maquinaria mecánica
8202	Ensambladores de equipos eléctricos y electrónicos
8209	Montadores y ensambladores no clasificados en otros epígrafes
N	Conductores y operadores de maquinaria móvil
83	Maquinistas de locomotoras, operadores de maquinaria agrícola y de equipos pesados móviles, y marineros
831	Maquinistas de locomotoras y afines
8311	Maquinistas de locomotoras
8312	Agentes de maniobras ferroviarias
832	Operadores de maquinaria agrícola y forestal móvil
8321	Operadores de maquinaria agrícola móvil
8322	Operadores de maquinaria forestal móvil
833	Operadores de otras máquinas móviles
8331	Operadores de maquinaria de movimientos de tierras y equipos similares
8332	Operadores de grúas, montacargas y de maquinaria similar de movimiento de materiales
8333	Operadores de carretillas elevadoras
834	Marineros de puente, marineros de máquinas y afines
8340	Marineros de puente, marineros de máquinas y afines
84	Conductores de vehículos para el transporte urbano o por carretera
841	Conductores de automóviles, taxis y furgonetas
8411	Conductores propietarios de automóviles, taxis y furgonetas
8412	Conductores asalariados de automóviles, taxis y furgonetas
842	Conductores de autobuses y tranvías
8420	Conductores de autobuses y tranvías
843	Conductores de camiones
8431	Conductores propietarios de camiones
8432	Conductores asalariados de camiones
844	Conductores de motocicletas y ciclomotores
8440	Conductores de motocicletas y ciclomotores
9	Ocupaciones elementales
O	Trabajadores no cualificados en servicios (excepto transportes)

91	Empleados domésticos
910	Empleados domésticos
9100	Empleados domésticos
92	Otro personal de limpieza
921	Personal de limpieza de oficinas, hoteles y otros establecimientos similares
9210	Personal de limpieza de oficinas, hoteles y otros establecimientos similares
922	Limpiadores de vehículos, ventanas y personal de limpieza a mano
9221	Limpiadores en seco a mano y afines
9222	Limpiadores de vehículos
9223	Limpiadores de ventanas
9229	Otro personal de limpieza
93	Ayudantes de preparación de alimentos
931	Ayudantes de cocina
9310	Ayudantes de cocina
932	Preparadores de comidas rápidas
9320	Preparadores de comidas rápidas
94	Recogedores de residuos urbanos, vendedores callejeros y otras ocupaciones elementales en servicios
941	Vendedores callejeros
9410	Vendedores callejeros
942	Repartidores de publicidad, limpiabotas y otros trabajadores de oficios callejeros
9420	Repartidores de publicidad, limpiabotas y otros trabajadores de oficios callejeros
943	Ordenanzas, mozos de equipaje, repartidores a pie y afines
9431	Ordenanzas
9432	Mozos de equipaje y afines
9433	Repartidores, recaudistas y mensajeros a pie
9434	Lectores de contadores y recaudadores de máquinas recreativas y expendedoras
944	Recogedores de residuos, clasificadores de desechos, barrenderos y afines
9441	Recogedores de residuos
9442	Clasificadores de desechos, operarios de punto limpio y recogedores de chatarra
9443	Barrenderos y afines
949	Otras ocupaciones elementales
9490	Otras ocupaciones elementales
P	<i>Peones de la agricultura, pesca, construcción, industrias manufactureras y transportes</i>
95	Peones agrarios, forestales y de la pesca
951	Peones agrícolas
9511	Peones agrícolas (excepto en huertas, invernaderos, viveros y jardines)
9512	Peones agrícolas en huertas, invernaderos, viveros y jardines
952	Peones ganaderos
9520	Peones ganaderos
953	Peones agropecuarios
9530	Peones agropecuarios
954	Peones de la pesca, la acuicultura, forestales y de la caza
9541	Peones de la pesca
9542	Peones de la acuicultura
9543	Peones forestales y de la caza

96	Peones de la construcción y de la minería
960	Peones de la construcción y de la minería
9601	Peones de obras públicas
9602	Peones de la construcción de edificios
9603	Peones de la minería, canteras y otras industrias extractivas
97	Peones de las industrias manufactureras
970	Peones de las industrias manufactureras
9700	Peones de las industrias manufactureras
98	Peones del transporte, descargadores y reponedores
981	Peones del transporte, descargadores y afines
9811	Peones del transporte de mercancías y descargadores
9812	Conductores de vehículos de tracción animal para el transporte de personas y similares
982	Reponedores
9820	Reponedores
0	Ocupaciones militares
Q	<i>Ocupaciones militares</i>
00	Ocupaciones militares
001	Oficiales y suboficiales de las fuerzas armadas
0011	Oficiales de las fuerzas armadas
0012	Suboficiales de las fuerzas armadas
002	Tropa y marinería de las fuerzas armadas
0020	Tropa y marinería de las fuerzas armadas

TABLA XXII - Tabla de contingencia edad - diagnóstico

	diagnostico																		Total
	T.secun dario consum o toxicos	Esqu izofr enia	Otro t.psic otico	T.ideas deliran tes	T.hu mor (ma nía)	T. depre sivo	T. humor persist ente	T.bip olar	T.ans iedad	TOC	Reaccio n al stres- t.adaptati vo	T.perso nalidad	T.control de impulsos	Retra .men tal	De men cia	T.depres + T.perso n.	Auti smo	T.ment ales organ cos	
21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
22	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
26	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	3
27	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2
29	0	0	2	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
30	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	5
31	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	4
32	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4
33	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
34	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
35	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	6
36	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3
37	0	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	6
38	1	2	3	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9
39	1	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
40	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3
41	0	1	0	0	0	0	0	2	2	0	2	0	0	0	0	0	1	1	9
42	0	0	1	0	0	1	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	1	0	6
43	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
44	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3
45	1	0	1	0	0	0	0	1	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	6
46	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
47	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
48	3	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	8
49	0	1	0	1	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	5
50	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
51	0	1	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	6
52	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	4
53	0	0	0	0	0	2	1	3	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	8
54	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4
55	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	5
56	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
57	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
58	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
60	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4
61	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
62	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
63	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Total	12	20	16	6	1	22	3	17	17	6	2	15	1	4	3	1	5	1	152

