

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE INFORMES DE PSIQUIATRAS CONSULTORES Y PSIQUIATRAS TRATANTES EN LA INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIA COMUN DEL CENTRO ASISTENCIAL DE ASEPEYO EN SABADELL.

Autor:

Bernhard W. Hauschildt
Médico C.C.
ASEPEYO C.A. Sabadell

Correspondencia:

Bernhard W. Hauschildt
C.A. Sabadell
C / Ronda Ponent 8
08201, Sabadell
Tel. 93 726 79 88
e-mail: bhauschildt@asepeyo.es

RESUMEN

Los trastornos de salud mental constituyen una de las causas más frecuentes de incapacidad temporal o baja laboral, con consecuencias importantes para la vida laboral y el gasto sanitario. Tan solo en Cataluña abarcan cerca del 25% de las incapacidades temporales.

La realización de estudios sobre patologías psiquiátricas se ven limitados por la escasez de métodos objetivos para cuantificar algunas variables así como la subjetividad propia de la entrevista clínica.

A continuación se presenta un estudio descriptivo y retrospectivo, para determinar el si existe coincidencia en los diagnósticos y los peritajes de capacidad laboral reportados entre los informes de los médicos psiquiatras tratantes y los informes de los médicos psiquiatras consultores, así como el motivo de alta laboral, de los pacientes que iniciaron incapacidad temporal por contingencia común durante el 2009 en el Centro Asistencial de Asepeyo en Sabadell.

Se concluyó que entre los 37 informes hallados en los 12 casos incluidos en la muestra, el grado de coincidencia en los diagnósticos resultó bajo en el 50% de los casos o inexistente en el 33,3%. También se observó que en el 73,7% de los informes de psiquiatras tratantes no se reportó peritaje de capacidad laboral a diferencia de los informes de psiquiatras consultores, donde solo en un caso no se obtuvo tal peritaje (5,6%), mientras que el 66,7% informaba un peritaje de Apto para trabajar.

El grado de coincidencia entre los peritajes y el motivo de alta laboral fue parcial en 9 de los casos (75%) y no coincidente en los 3 restantes casos (25%).

Se hallaron dificultades o limitaciones para la realización del trabajo debido a la escasa muestra disponible, por el uso de diferentes métodos de clasificación para los diagnósticos y por la elevada ausencia del peritaje de capacidad laboral en los informes de psiquiatras de los servicios públicos de salud, motivo por el cual se sugiere confirmar los resultados aquí presentados con un trabajo más amplio y con una muestra más adecuada.

Palabras clave: incapacidad temporal, contingencia común, trastornos mentales, ansiedad, depresión, peritaje, capacidad laboral, informe psiquiátrico.

INDICE

Indice	3
Introducción	4
Objetivos	7
1. Objetivo general	
2. Objetivos específicos	
Fuentes utilizadas, materiales y métodos	8
Resultados	10
Discusión	18
Conclusiones	20
Glosario	21
Bibliografía	22
Agradecimientos	24

INTRODUCCION

Los trastornos de salud mental constituyen una de las causas más frecuentes de incapacidad temporal para el trabajo y afectan de modo importante la calidad de vida de los pacientes, con una prevalencia que puede variar entre el 8 y el 50% según series estudiadas. En Cataluña alrededor del 25% de las IT son debidas a patologías mentales.^{6,9,11}

De éstas, los trastornos por ansiedad y por depresión constituyen dos de las causas más frecuentes. La prevalencia de dichas patologías varían de un país a otro, oscilando entre el 3,7 y 9,8% para la ansiedad y, entre el 3,4 y el 7,3% para la depresión en las publicaciones consultadas.^{2,9}

En España, durante el segundo semestre del año 2008, los pacientes en incapacidad laboral diagnosticados con “Síndrome depresivo-ansioso” ocuparon el primer lugar (4,75%) de todas las prórrogas concedidas mediante resolución del INSS, al cumplir los 12 meses de baja laboral.⁵

Estas cifras ofrecen una idea sobre el impacto y alcance que pueden tener estas patologías sobre la actividad productiva de un país. Por otro lado, las IT debido a trastornos mentales en España tienden a menudo a prolongarse más allá del tiempo medio estimado para cada patología.¹¹

Según el Instituto Nacional de la Seguridad Social, el tiempo estándar para los trastornos de ansiedad y estados depresivos pueden variar desde los 14 días para el Trastorno de ansiedad por separación y el Trastorno de ansiedad excesiva, hasta los 90 días en el caso del Trastorno depresivo mayor grave, episodio único.⁴

Sin embargo, podemos hallar reportes que indican una tendencia generalizada a prolongar el tiempo de baja, incluso a negarse a recibir el alta laboral. Sanz y col. hallaron en su estudio que, el 58% de los paciente que habían recibido una incapacidad temporal, lo habían recibido por trastornos psiquiátricos. De los cuales, el 48% eran por ansiedad, el 38% por depresión y un 10% por ansiedad con depresión, con un tiempo medio de baja de 155 días.¹²

Por otro lado, a menudo un proceso de incapacidad temporal puede iniciar por una patología orgánica específica y finalizar con un trastorno mental. Es común observar la comorbilidad en pacientes psiquiátricos, lo cual tiende a prolongar aún más el tiempo de baja laboral, además de los subregistros debido a diagnósticos inadecuados. El trabajo de Calvo Bonacho revela que solo un 30,3% de los enfermos acuden a los servicios médicos y que hasta un 24,7% no reciben pauta terapéutica alguna después del contacto con el servicio de atención primaria.¹

Los pacientes con trastornos de salud mental y una incapacidad temporal laboral mayor de 7 días son más propensos al suicidio (x6), tienen mayor probabilidad de sufrir muerte por otras razones (x3,2) y también aumentan su

probabilidad de muerte por algún evento cardiovascular (x1,8), lo cual sugiere el impacto social y económico que pueden tener estas patologías.⁸

Agravando la situación de la incapacidad temporal por trastornos mentales está la negativa de algunos pacientes a aceptar el alta laboral. En ocasiones el paciente queda anclado en una situación que le genera incertidumbre y opta por permanecer de baja por razones no médicas. Giménez Basallote y col. resumen de manera interesante esta situación y proponen una lista de causas así como una aproximación al problema para intentar contenerlo.³

Cuadro 1. Motivos para la obtención/prolongación indebida de ITCC.

-
- Insatisfacción laboral.
 - Situación laboral difícil: posible cierre de empresas, reajustes de plantilla, huelgas conflictivas.
 - Prolongación de desempleos.
 - Despidos pactados.
 - Regímenes sin prestación por desempleo.
 - Cercanía a la jubilación. Jubilaciones anticipadas.
 - Problemática social o socio-familiar.
 - Cuidado de hijos o de familiares enfermos.
 - Rentismo.
 - Pacientes conflictivos, enfermos psiquiátricos
-

Fuente:

Giménez Basallote S, Calleja Pascual JM, Pérez Urrutia E, Iturralde Iriso J, Ruiz de Galarreta Zubillaga MA: Paciente asintomático que rechaza el alta laboral. Entrevista Clínica a propósito de un caso. El Médico. Sitio: SEMERGEN Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. Fecha de última actualización: 30.08.2011. URL: <http://www.semergen.es/semergen/contentFiles/10910/es/9.pdf>. Fecha de acceso: 30.08.2011

En la gestión de la incapacidad temporal por contingencia común participan las Mutuas de accidentes de Trabajo de la Seguridad Social (MATEPSS) en calidad de entes colaboradores. Al tener contratado la empresa mutualista o el trabajador por cuenta propia, en el Régimen Especial de Trabajador Autónomo, los servicios referidos en la LGSS, puede el trabajador activo percibir la prestación económica por incapacidad laboral a la cual hace referencia la mencionada ley, de acuerdo a las condiciones previstas.¹⁰

Como consecuencia de ello, la Mutua puede iniciar un seguimiento médico citando al paciente, pudiendo realizar las valoraciones que considere oportunas para lograr que el trabajador vuelva a la vida laboral en un tiempo razonable y en condiciones adecuadas.

En el caso de los pacientes psiquiátricos, los médicos que realizan el seguimiento de los paciente con IT por contingencia común pueden solicitar la valoración pericial por parte de un médico psiquiatra contratado para tales fines.

La observación frecuente de opiniones y valoraciones aportadas por los psiquiatras tratantes mediante informes médicos que solicitan los pacientes, en contraste con los resultados obtenidos mediante la valoración pericial por un psiquiatra consultor, ha permitido observar un fenómeno que ha despertado la atención y ha motivado para la realización de este estudio: en algunos procesos de IT se ha podido observar valoraciones, diagnósticos y peritajes de capacidad laboral discrepantes entre ambos grupos de psiquiatras.

El presente trabajo se propone indagar si existen indicios que sugieran tal posibilidad valorando en forma contrastada los diagnósticos reportados en tales informes, los peritajes laborales y por último, ambos criterios en contraste con el motivo de alta laboral.

OBJETIVOS

1. Objetivo general

Determinar si existe coincidencia en los diagnósticos y los peritajes de capacidad laboral reportados entre los informes de los médicos psiquiatras tratantes y los informes de los médicos psiquiatras consultores, y el motivo de alta laboral, de los pacientes que iniciaron incapacidad temporal por contingencia común (ITCC) entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del 2009 en el Centro Asistencial de Asepeyo en Sabadell.

2. Objetivos específicos

1. Comparar los diagnósticos reportados en los informes de los psiquiatras tratantes con aquellos reportados en los informes de psiquiatras consultores.
2. Determinar si existe coincidencia entre los diagnósticos del psiquiatra tratante y los diagnósticos del psiquiatra consultor.
3. Comparar el peritaje de capacidad laboral reportado en los informes de los psiquiatras tratantes con aquellos reportados en los informes de los psiquiatras consultores.
4. Determinar si existe coincidencia entre el peritaje de capacidad laboral del psiquiatra tratante y el peritaje de capacidad laboral del psiquiatra consultor.
5. Establecer si el peritaje de capacidad laboral reportado en los informes de los psiquiatras tratantes y de los psiquiatras consultores coincide con el motivo del alta laboral.

FUENTES UTILIZADAS, MATERIALES Y METODOS

Se trata de un estudio de tipo descriptivo y retrospectivo, para lo cual se ha solicitado al servicio de informática de Asepeyo MATEPSS nº 151 la relación de números de expedientes que correspondan a los pacientes que iniciaron incapacidad temporal entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del 2009 y estuvieran asignados al Centro Asistencial de Sabadell, provincia de Barcelona.

La selección se realizó sobre la base de las siguientes palabras clave: ansiedad y depresión. Siendo admisible una combinación como: ansiedad con depresión.

Para la selección de los expedientes se solicitó hacer un listado mediante el sistema **Qinfo** que permite obtener listados bajo criterios preestablecidos, sobre la base de datos que reposa en el sistema de historias clínicas de la mutua.

Se suministraron a los informáticos un total de 6 códigos diagnósticos internos en uso por el personal sanitario de la mutua y se obtuvo como resultado un listado que representa el universo (N=128). Se aplicaron los criterios de inclusión y se obtuvo la muestra (N=12).

Cuadro 2. Criterios de inclusión:

-
- IT que inicia entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del año 2009.
 - Un informe de psiquiatra tratante como mínimo.
 - Un informe de psiquiatra consultor como mínimo.
 - Motivo de alta laboral.
-

Se obtuvieron los siguientes datos de carácter epidemiológico por cada paciente incluido en la muestra: sexo, edad y días de IT.

Los datos fueron ordenados en tablas y se comparó el o los diagnósticos reportados en cada uno de los informes del psiquiatra tratante con el o los diagnósticos mencionados en los informes del psiquiatra consultor.

Cada diagnóstico se ajustó al CIE-10⁷ y se establecieron criterios para valorar el grado de coincidencia entre los diagnósticos:

Cuadro 3. Criterios de coincidencia:

-
- | | |
|---------------------------|--|
| - Alta coincidencia | 75% o más <i>criterios diagnósticos</i> en común |
| - Baja coincidencia común | de 25 a 74% <i>criterios diagnósticos</i> en común |
| - No coincidencia | <24% <i>criterios diagnósticos</i> en común |
-

Cada *criterio diagnóstico* corresponde a un síntoma o signo característico de cada cuadro clínico. El número de *criterios diagnósticos* en común determinará el grado de coincidencia según el criterio de coincidencia antes mencionado.

En relación al peritaje de la capacidad laboral, se valoraron en los informes de cada caso la existencia de comentarios apuntados en los mismos, que dieran una clara explicación sobre los hallazgos o no de algún tipo de alteración del funcionalismo del paciente. Con lo cual las posibilidades se reducían a tres:

Cuadro 4. Reportes de peritaje de capacidad laboral:

- Apto
- No apto
- No informado

Por último, sobre el motivo o causa de alta laboral al final del proceso de incapacidad temporal, se establecieron los siguientes criterios:

Cuadro 5. Criterios de coincidencia entre el peritaje de capacidad laboral y el motivo del alta laboral:

- Coincidencia total	Ambos grupos de informes coinciden en el peritaje.
- Coincidencia parcial	Los informes son contradictorios o existe un solo grupo de informes reportando peritaje.
- No coincidencia	El único informe que existe o ambos grupos de informes contradicen el motivo de alta.
- No concluyente	No existe peritaje de capacidad laboral en ningún informe.

Los resultados se expusieron en tablas y gráficas para posterior análisis y discusión.

RESULTADOS

De todos los 128 casos hallados que iniciaron IT durante el 2009 por trastornos de salud mental relacionados con ansiedad y/o depresión, solo 12 cumplieron con los criterios de inclusión.

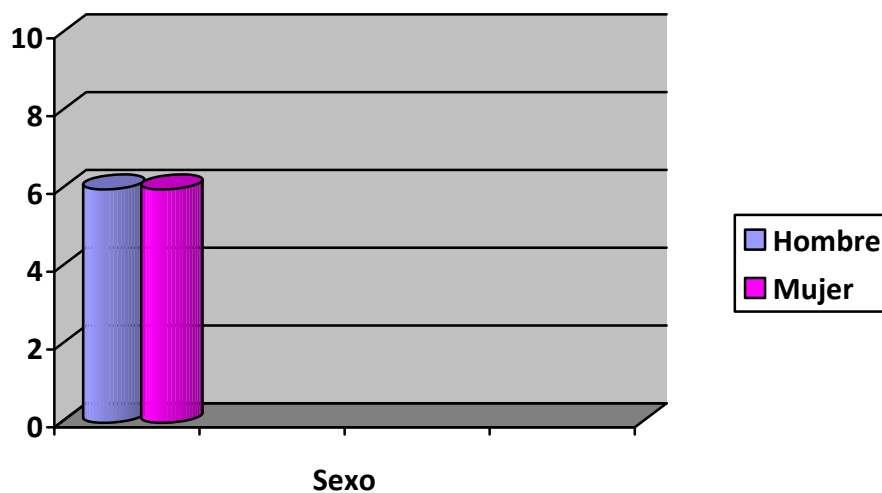
Distribución de los pacientes según edad y sexo:

Tabla 1. Distribución según edad y sexo.

Sexo	Núm.	Edad media (años)
Hombre	6	49
Mujer	6	44,5

La media de edad para ambos sexos fue de 46,8 años, con un rango desde los 19 hasta los 60 años.

Gráfica 1. Distribución según edad.



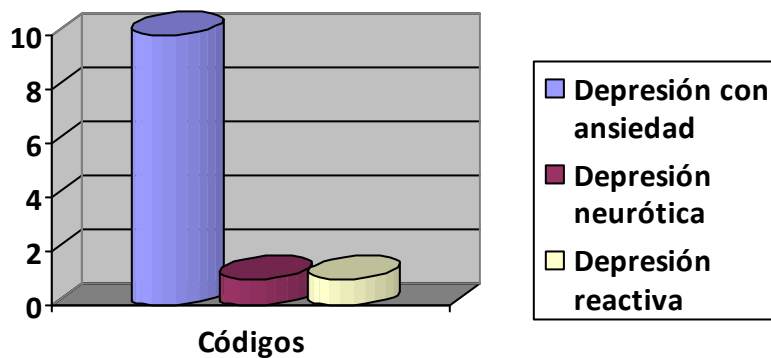
Distribución de casos según sus respectivos códigos diagnósticos:

Los casos de la muestra fueron hallados en el sistema de historias clínicas de Asepeyo bajo los siguientes códigos diagnósticos internos.

Tabla 2. Distribución según códigos diagnósticos de Asepeyo.

Código	Diagnóstico	N
3004A	Depresión con ansiedad	10
3004B	Depresión neurótica	1
3004D	Depresión reactiva	1

Gráfica 2. Distribución según códigos diagnósticos de Asepeyo.



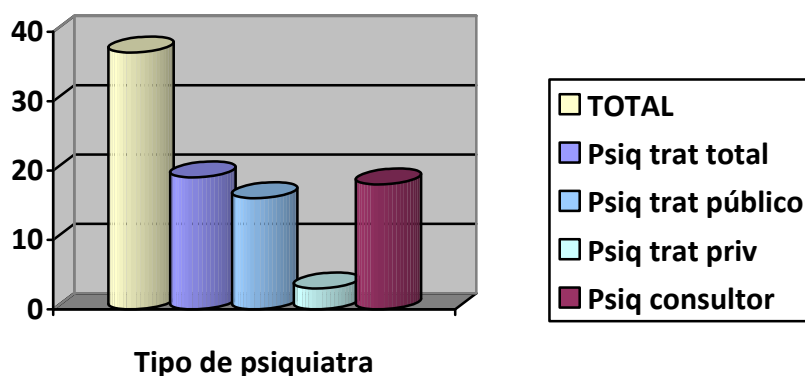
Número de informes de psiquiatras por caso:

Se distribuyeron los informes psiquiátricos según tipo de psiquiatra, obteniendo la media para cada tipo y el rango.

Tabla 3. Distribución según número de informes por tipo de psiquiatra.

	Núm. de informes por caso		Promedio por caso	Rango
	N	%		
Psiquiatra tratante (Total)	19	51,4	1,6	1 a 3
Serv. Públicos de Salud	16	84,2	1,6	1 a 3
Privado	3	15,8	1,5	1 a 2
Psiquiatra consultor	18	48,6	1,5	1 a 3
Total general:	37	100,0		

Gráfica 3. Distribución según número de informes psiquiátricos por caso.



Distribución de diagnósticos hallados en los informes psiquiátricos:

En la siguiente tabla se reportan los diagnósticos tal y como fueron hallados en los informes, distribuidos según frecuencia.

Tabla 4. Distribución de diagnósticos hallados en los informes psiquiátricos.

Diagnóstico hallado	Frecuencia
Trastorno distímico	4
Trastorno depresivo no especificado	3
Conflicto laboral	2
Cuadro ansio-depresivo	2
Depresión mayor recurrente con síntomas psicóticos	2
Trastorno adaptativo mixto de las emociones y de la conducta	2
Trastorno de ansiedad no especificado	2
Trastorno histriónico de la personalidad	2
Trastorno por dependencia de alcohol, en remisión	2
Trastorno somatomorfo no especificado	2
Abuso de benzodiazepinas	1
Cuadro depresivo	1
Depresión mayor grave sin síntomas psicóticos	1
Esquizofrenia paranoide continua	1
Estado de ansiedad	1
Posible simulación	1
Rasgos obsesivos de la personalidad	1
Síndrome ansioso depresivo	1
Sintomatología ansiosa generalizada	1
Trastorno adaptativo ansioso	1
Trastorno adaptativo con síntomas depresivos	1
Trastorno adaptativo con síntomas mixtos	1
Trastorno adaptativo con sintomatología depresiva y ansiosa	1
Trastorno adaptativo mixto	1
Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y depresión	1
Trastorno adaptativo mixto con características fóbico-avoidantes	1
Trastorno ansioso no especificado	1
Trastorno de angustia	1
Trastorno de ansiedad con agorafobia	1
Trastorno de ansiedad generalizada	1
Trastorno de personalidad cluster B	1
Trastorno depresivo mayor	1
Trastorno depresivo mayor recurrente, leve	1
Trastorno depresivo mayor recurrente, moderado-grave	1
Trastorno depresivo mayor, episodio recurrente con síndrome cognitivo	1
Trastorno depresivo mayor, episodio recurrente con síndrome cognitivo de moderada a grave intensidad	1
Trastorno depresivo mayor, episodio recurrente con síndrome cognitivo de severa intensidad	1
Trastorno depresivo no especificado	1

Nota: Se omite la Gráfica 4, correspondiente a la Tabla 4, debido a razones técnicas. Se mantiene la numeración de las gráficas según su correspondiente tabla o fuente de datos.

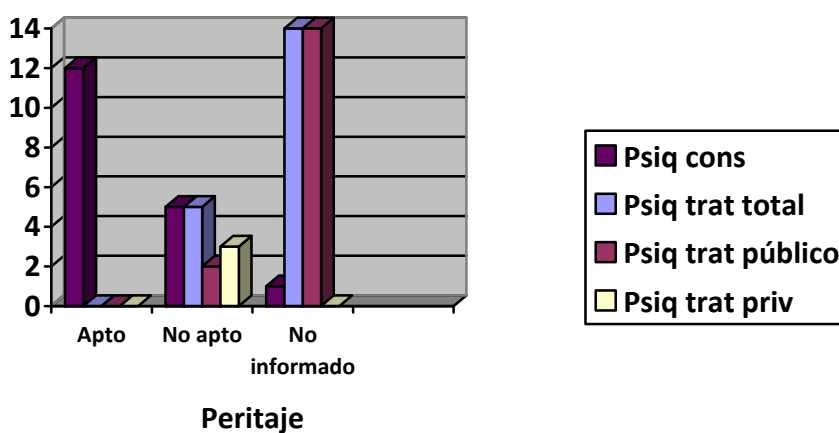
Distribución de los casos según peritaje laboral y tipo de informe psiquiátrico:

En la siguiente tabla se reporta la existencia o no de peritaje laboral en los informes valorados así como su resultado.

Tabla 5. Distribución según peritaje laboral y tipo de informe psiquiátrico.

	Peritaje laboral							
	Apto		No apto		No informado		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Psiquiatra consultor	12	66,7	5	27,8	1	5,6	18	100,0
Psiquiatra tratante (Total)	0	0,0	5	26,3	14	73,7	19	100,0
Serv. Públicos de Salud	0	0,0	2	12,5	14	87,5	16	100,0
Privado	0	0,0	3	100	0	0,0	3	100,0

Gráfica 5. Distribución según peritaje laboral y tipo de informe psiquiátrico.



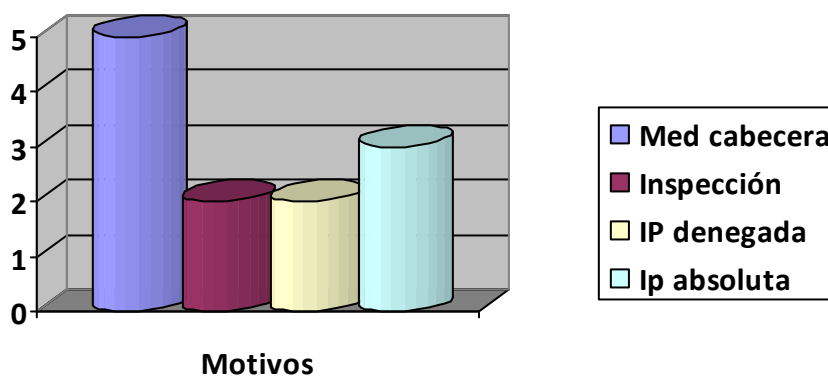
Distribución de los casos según motivo de alta laboral:

En la próxima tabla se reporta la distribución según la causa o motivo del alta laboral. En el caso de las Incapacidades Permanentes (IP) se reportan las causas según resoluciones del INSS.

Tabla 6. Distribución de los casos según motivo de alta laboral.

Motivo de alta laboral	Frecuencia	
	N	%
Médico de cabecera	5	41,7
Inspección médica	2	16,7
IP denegada	2	16,7
IP absoluta	3	25,0
Total:	12	100

Gráfica 6. Distribución según motivo de alta laboral.



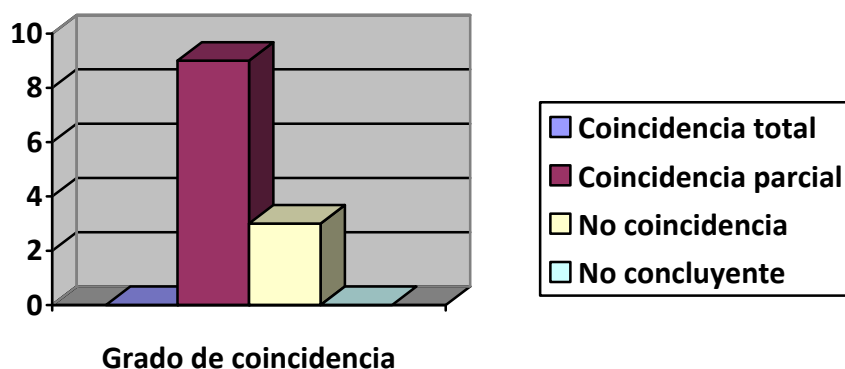
Distribución de los casos según grado de coincidencia entre el peritaje y el motivo de alta laboral:

Se reporta en la siguiente tabla el grado de coincidencia entre el peritaje laboral de los informes psiquiátricos y el motivo de alta laboral.

Tabla 7. Distribución de los casos según grado de coincidencia entre el peritaje y el motivo de alta laboral.

Motivo de alta laboral	Frecuencia	
	N	%
Coincidencia total	0	0,0
Coincidencia parcial	9	75,0
No coincidencia	3	25,0
No concluyente	0	0,0
Total:	12	100

Gráfica 7. Distribución según coincidencia entre peritaje y motivo de alta laboral.



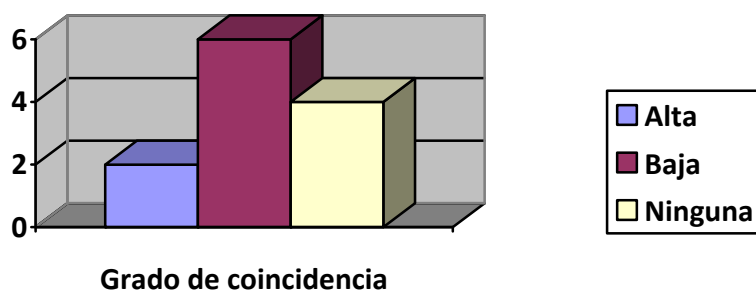
Distribución de los casos según grado de coincidencia en los diagnósticos entre los informes de psiquiatras tratantes y de psiquiatras consultores:

A continuación se reportan los grados de coincidencia entre los diagnósticos hallados en los informes de los psiquiatras tratantes y la de los psiquiatras consultores.

Tabla 8. Distribución de los casos según grado de coincidencia entre los diagnósticos de los informes de los psiquiatras tratantes y de psiquiatras consultores.

Grado de coincidencia	Frecuencia	
	N	%
Alta	2	16,7
Baja	6	50,0
Ninguna	4	33,3
Total:	12	100

Gráfica 8. Distribución según grado de coincidencia entre diagnósticos de psiquiatras tratantes y consultores.



DISCUSION

Dado el amplio abanico de posibilidades para escoger diagnósticos que se pudieran incluir en el presente trabajo, se redujeron las mismas a dos de las patologías más frecuentes, aquellas donde predomina la ansiedad como cuadro y las depresivas o trastornos del estado de ánimo.

Por esta razón y, porque se concretó el trabajo en un solo año (2009) se obtuvieron 128 casos, de los cuales solo 12 cumplieron con los criterios de inclusión. Esta pequeña muestra es la primera dificultad importante hallada durante la realización del trabajo, ya que su escaso tamaño limita las posibilidades de concluir con certeza sobre algunos de los objetivos planteados, aun así, es posible extraer algunos indicios básicos que podrían dar a pie un trabajo de mayor envergadura y complejidad.

La distribución por sexo resultó ser del 50% para cada uno, lo cual, dada la escasa muestra, no permite mayor interpretación (ver tabla 1).

Los códigos diagnósticos explotados desde el sistema informático (ver tabla 2) resultaron al final en una larga lista de diferentes diagnósticos hallados en los distintos informes (ver tabla 4), todo lo cual hace pensar en la escasa actualización del diagnóstico de baja a lo largo del proceso en el sistema por parte del médico de la mutua. También podría pensarse en las dificultades halladas para poner el diagnóstico correcto cuando los mismos psiquiatras ofrecen opiniones diferentes.

Se hallaron 37 informes de psiquiatras en los 12 casos de la muestra, siendo 19 (51,4%) de ellos pertenecientes a los psiquiatras tratantes y 18 (48,6%) a los psiquiatras consultores (ver tabla 3).

La segunda dificultad importante hallada durante la realización del trabajo fue la forma heterogénea de diagnosticar por parte de los diferentes psiquiatras. Unos utilizaban el DSM-IV, otros el CIE-10 y otros mencionaban unos diagnósticos no estandarizados, con lo cual resultó complicada la tarea de clasificar los diagnósticos y compararlos entre ellos (ver tabla 4).

Otro aspecto fundamental que generó dificultades fue el escaso peritaje sobre la capacidad laboral que se observó entre los informes de los psiquiatras tratantes, ya que casi el 90% de los psiquiatras de los SPS no hicieron mención sobre ello en sus informes, a diferencia de los informes de psiquiatras privados, en los cuales todos reportaban que la capacidad laboral estaba mermada. En el caso de los psiquiatras consultores, tan solo el 5,6% de los informes dejaba por fuera tal peritaje (ver tabla 5).

Cuando valoramos los motivos de alta laboral se detectó que 3 de los casos (25%) recibieron el beneficio de una prestación económica por Incapacidad Permanente absoluta. Del resto de los casos a 2 (16,7%) se les denegó este beneficio y el restante de los casos fueron dados de alta por su médico de cabecera o por inspección médica (ver tabla 6).

Al intentar valorar el grado de coincidencia entre el peritaje de capacidad laboral reportado en los informes psiquiátricos y el motivo del alta laboral, se encontró que en la mayor parte de los casos (75%) la coincidencia fue parcial, ya sea porque solo uno de los psiquiatras informó capacidad laboral, o porque cuando ambos reportaron peritaje de capacidad laboral, éstos resultaron opuestos entre sí. En el restante 25% de los casos no hubo coincidencia. Es de notar que no se halló ni un solo caso donde existiera coincidencia total por parte de ambos psiquiatras con el motivo de alta laboral (ver tabla 7).

En la 8^{va} y última tabla se puede observar que solo en 2 de los casos hubo coincidencia en grado alto entre los diagnósticos de ambos tipos de psiquiatras (16,7%); en los restantes 10 casos la coincidencia fue baja o ninguna (50 y 33,3% respectivamente). Si bien estos resultados pueden plantear dudas respecto al sistema de médicos psiquiatras consultores o la calidad de sus peritajes, es necesario recordar que la muestra es insuficiente para llegar a esa conclusión y que tan solo puede sugerir la posibilidad de una duda razonable que dé pie para un trabajo más amplio y ambicioso.

Bien merece la pena citar aquí a Vallejo y Menchón, autores del tema 5 (Módulo 4) del material de estudio utilizado en el Master de Medicina Evaluadora, quienes afirman que *“...hay que tener en cuenta que todos los estudios están sujetos a limitaciones metodológicas que incluyen no sólo las propias de este tipo de estudios, sino las particulares de los trastornos mentales. Por ejemplo, la prevalencia puede variar según la definición de «caso» que se aplique, según el sistema de clasificación diagnóstica empleado, o según el instrumento que se utilice para realizar el ‘screening’ en la población.”*¹³

CONCLUSIONES

1. Tras aplicar los criterios de inclusión se obtuvo una muestra de 12 casos, con 37 informes psiquiátricos, 19 de los cuales pertenecían a los psiquiatras tratantes y los 18 restantes a psiquiatras consultores. La comparación de los diagnósticos reportados en los informes de psiquiatras tratantes con los informados en aquellos de los psiquiatras consultores resultó limitado por la escasa muestra disponible, por el uso de variados métodos de clasificación de los diagnósticos y por la elevada ausencia del peritaje de capacidad laboral en los informes de psiquiatras de los servicios públicos de salud.
2. Al comparar los diagnósticos reportados entre ambos tipos de informes, se evidenció un bajo nivel de coincidencia en el 50% de los casos y en el 33,3% ningún grado de coincidencia.
3. La capacidad laboral no fue peritada en 14 de 19 (73,7%) de los informes de psiquiatras tratantes, los cuales resultaron ser todos provenientes de los servicios públicos de salud, en cuyo caso el porcentaje asciende al 87,5% de todos los informes provenientes de los SPS. De los 3 informes de psiquiatras tratantes privados, todos (100%) reportaron peritaje, siendo el peritaje de *No Apto* común a los tres. De los 18 informes de psiquiatras consultores, 12 (66,7%) reportan como capacidad *Apto*; 5 (27,8%) reportan *No Apto* y tan solo 1 (5,6%) no reporta peritaje alguno.
4. La comparación entre los peritajes de capacidad laboral de ambos tipos de informes muestra un alto grado de coincidencia en tan solo 2 (16,7%) de los pacientes de la muestra, los restantes 10 pacientes presentaban bajo grado de coincidencia en 6 (50%) de ellos o incluso ninguna en 4 casos (33,3%).
5. El grado de coincidencia entre el peritaje de los informes analizados y el motivo de alta laboral muestra que en 9 de los casos (75%) la coincidencia fue parcial, ya sea por informes contradictorios o por existir peritaje por uno solo de los psiquiatras. En 3 de los casos (25%) se observó la ausencia de coincidencia. Ninguno de los casos mostró peritajes coincidentes con el motivo de alta.
6. Después de valorar los resultados obtenidos y dada las limitaciones y dificultades halladas en el estudio, lo prudente es recomendar un trabajo más amplio, tanto en tiempo a abarcar como en muestra a incluir, de tal forma que se pueda validar correctamente las conclusiones a las que se han podido llegar con el presente estudio.

GLOSARIO

CC: contingencia común.

CIE-10: código internacional de enfermedades, 10ª revisión.

DSM IV: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición.

ICAM: Instituto Catalán de Evaluaciones Médicas.

INSS: Instituto Nacional de la Seguridad Social.

IP: incapacidad permanente.

IT: incapacidad temporal.

ITCC: incapacidad temporal por enfermedad o accidente común.

LGSS: Ley General de la Seguridad Social.

MATEPSS: Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.

Motivo de alta laboral: causa de la alta laboral cuando finaliza la IT, ya sea mediada por el médico de cabecera o por la inspección médica, basada en la aptitud o no del paciente para su trabajo habitual.

Peritaje de capacidad laboral: establece si existe algún tipo de limitación funcional por causa o motivo de salud para la realización o ejecución de su trabajo habitual en condiciones adecuadas.

Psiquiatra consultor: es el médico especialista en psiquiatría contratado por ASEPEYO como médico consultor o peritador externo.

Psiquiatra tratante: para los propósitos del presente trabajo, es el médico especialista en psiquiatría quien realiza seguimiento y tratamiento al paciente incluido en la muestra. Puede formar parte de los servicios públicos de salud o puede ser un psiquiatra en ejercicio privado.

SPS: servicios públicos de salud.

BIBLIOGRAFIA

1. Calvo Bonacho E: **Duración de la incapacidad temporal asociada a diferentes patologías en trabajadores españoles. Cap. 3, 4 y 5.** Sitio: Seguridad Social. Copyright © Seguridad Social 1995. URL: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/146664.pdf>. Fecha de acceso: 04.09.2011
2. Castro Dono C, Esteban Fernández B, Alberdi Sudupe J, Viana Zulaica C: **Ansiedad generalizada.** Guías Clínicas 2010; 10 (14). Sitio: Fisterra: Atención Primaria de Salud en la Red. Fecha de última actualización: 30.08.2001. URL: <http://www.fisterra.com/guias2/ansiedad.asp>
Fecha de acceso: 30.08.2011
3. Giménez Basallote S, Calleja Pascual JM, Pérez Urrutia E, Iturralde Iriso J, Ruiz de Galarreta Zubillaga MA: **Paciente asintomático que rechaza el alta laboral.** Entrevista Clínica a propósito de un caso. El Médico. Sitio: SEMERGEN Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. Fecha de última actualización: 30.08.2011.
URL: <http://www.semergen.es/semergen/contentFiles/10910/es/9.pdf>. Fecha de acceso: 30.08.2011
4. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Catálogo general de publicaciones oficiales. **Tiempos estándar de Incapacidad Temporal**, 2ª edición, 2009
5. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Jornada Incapacidad Temporal. INSS-SEMG Madrid. “Un año tras el cambio del año”. Madrid. 04.12.2009
6. Isometsä ET, Katila H, Aro T: **Disability Pension for Major Depression in Finland.** Am J Psychiatry 2000; 157:1869–1872.
7. López-Ibor Aliño, Juan J. “Editor”. DSM IV. **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.** Barcelona. Masson. 1995.
8. Melchior M, Ferrie JE, Alexanderson K, Goldberg M, Kivimaki M, Singh-Manoux A: **Does Sickness Absence Due to Psychiatric Disorder Predict Cause-specific Mortality? A 16-Year Follow-up of the GAZEL Occupational Cohort Study.** Am J Epidemiol 2010; 172:700–707.
9. Mykletun A, Overland S, Dahl AA, Krokstad S, Bjerkeset O, Glozier N, et al: **A Population-Based Cohort Study of the Effect of Common Mental Disorders on Disability Pension Awards.** Am J Psychiatry 2006; 163:1412–1418.
10. Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio 1994, que aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. BOE 29-6-1994, núm. 154.

11. Sadock Benjamin J. y Sadock Virginia A. "Editores". **Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry**. Nueva York. Lippincott Williams & Wilkins Publishers. 2000.
12. Sanz M, Batalla C, Villagrasa D, Ezpeleta A, Escorza S, Comin E: **Incapacidad temporal por patología psiquiátrica en un centro de salud**. Aten Primaria. 2000; 25:100-6.
URL: <http://www.semergen.es/semergen/contentFiles/10910/es/9.pdf>. Fecha de acceso: 30.08.2011
13. Vallejo Ruiloba, Julio y Menchón Magriña, José Manuel. **Evaluación de los Trastornos Mentales**. "En" UB Virtual "Editores". Módulo 4. Patologías Médicas por especialidades y su evaluación. Tema 5, p. 6.

AGRADECIMIENTOS

Deseo agradecer la orientación y ayuda que recibí de:

Dr. Antonio García Barreiro

Director de Proyectos Sanitarios de la Dirección de Asistencia Sanitaria de ASEPEYO.

Dr. José Alfredo Jiménez Carrasquel

Médico psiquiatra.

Coordinador de Investigación.

Centre de recherche Fernand-Seguin,

Hôpital Louis-H Lafontaine,

Université de Montreal,

Montreal, Québec,

Canadá.