

GUÍA-PROTOCOLO PARA EL MANEJO DEL PACIENTE CON DEPRESIÓN EN EL MUNDO DEL TRABAJO

**DOCUMENTO DEPRESIÓN Y TRABAJO: ASPECTOS
CLÍNICO-LABORALES**

GRUPO DE TRABAJO GUÍAS Y PROTOCOLOS-AEEMT

*Con el aval científico de la Asociación Española de Especialistas en
Medicina del Trabajo (AEEMT)*



Como citar este texto:

Vicente-Herrero MT (coord.) Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Capdevila García L, Terradillos García MJ, Aguilar Jiménez E, Vicente-Herrero MT. Ruiz-Flores Bistuer M. Guía-Protocolo para el manejo del paciente con depresión en el mundo del trabajo. Grupo de Trabajo Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT); 2018.

GRUPO DE TRABAJO GUÍAS Y PROTOCOLOS-AEEMT

Coordinación:

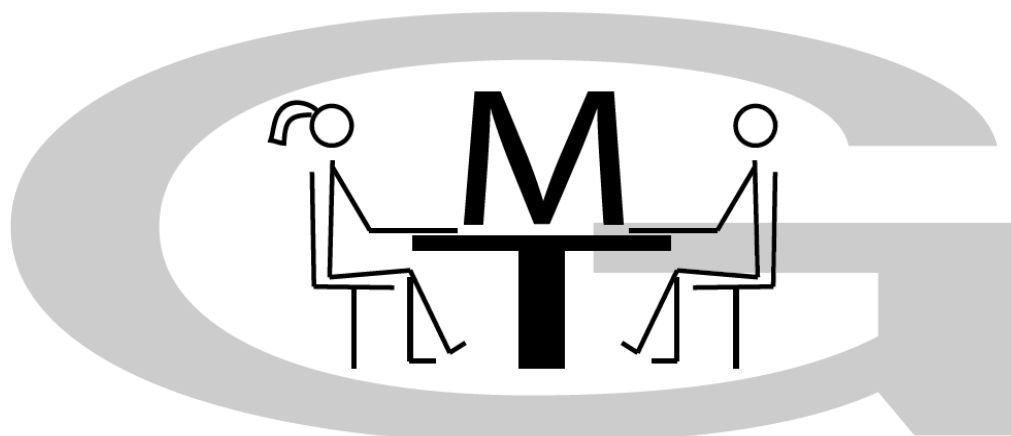
M^a Teófila Vicente-Herrero

Autoría parte I:

Miguel Ruiz Flores Bistuer. Doctor en Medicina. Especialista en Psiquiatría

Autoría parte II:

- M^a Victoria Ramírez Iñiguez de la Torre. Doctora en Medicina. Especialista en Medicina del Trabajo
- Luisa M. Capdevila García. Doctora en Medicina. Especialista en Medicina del Trabajo y en Medicina de Familia
- M^a Jesús Terradillos García. Doctora en Medicina. Especialista en Medicina del Trabajo
- M^a Teófila Vicente Herrero. Doctora en Medicina. Especialista en Medicina del Trabajo
- Encarna Aguilar Jiménez. Doctora en Medicina. Especialista en Medicina del Trabajo y en Medicina de Familia



GRUPO MEDICINA DEL TRABAJO

ÍNDICE

I.- ASPECTOS CLÍNICO-TERAPÉUTICOS EN DEPRESIÓN

1. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS:	5
2. PATOGENIA	6
3.-DIAGNÓSTICO	7
4.- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	9
5.-TRATAMIENTO	10
6.- ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL TDM	16

II.- ASPECTOS SOCIOLABORALES EN DEPRESIÓN

2.1 INTRODUCCIÓN	17
2.2 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA EN DEPRESIÓN Y TRABAJO	19
2.3 CONSIDERACIONES DE LA DEPRESIÓN EN SALUD LABORAL	23
2.3.1 APTITUD LABORAL EN EL TRABAJADOR CON DEPRESIÓN.....	23
2.3.2.- EL TRABAJADOR CON DEPRESIÓN COMO ESPECIALMENTE SENSIBLE	38
2.3.3.- VIGILANCIA DE LA SALUD EN EL PACIENTE CON TRASTORNO DEPRESIVO.	41
2.4 LA INCAPACIDAD LABORAL EN DEPRESIÓN. CRITERIOS DE VALORACIÓN	48
2.4.1 CONCEPTO DE INCAPACIDAD LABORAL	48
2.4.2 CONSIDERACIONES GENERALES EN LA VALORACIÓN DE LA INCAPACIDAD LABORAL EN DEPRESIÓN	51
2.4.3 PROCEDIMIENTO PARA LA VALORACIÓN DE LA INCAPACIDAD LABORAL EN DEPRESIÓN	53
2.4.4 LIMITACIÓN FUNCIONAL Y VALORACIÓN DE LA INCAPACIDAD LABORAL EN LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS	56
2.5 CRITERIOS DE DISCAPACIDAD EN DEPRESIÓN	61
NORMAS GENERALES EN LA VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN LA ENFERMEDAD MENTAL.....	62
2.6 HERRAMIENTAS PARA LA VALORACIÓN DE LA DEPRESIÓN	64
ESCALAS GENÉRICAS	66
EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL (EEAG)	66
2.7 EL MANEJO DEL TRABAJADOR CON DEPRESIÓN COMO URGENCIA LABORAL: CRITERIOS DE DERIVACIÓN	67

III.- BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA	66
---------------------------	-----------

IV.- ANEXOS

HISTORIA CLÍNICO-LABORAL	72
CUESTIONARIOS	76

I- ASPECTOS CLÍNICO-TERAPÉUTICOS EN DEPRESIÓN

La depresión viene definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como *un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.*

Desde una perspectiva histórica, inicialmente la depresión fue denominada melancolía, concepto atribuido a Hipócrates, término que continuó usándose hasta el Renacimiento.

Su evolución podría dividirse en cuatro etapas tomando como base la aparición de bibliografía relacionada con este tema hasta la actualidad (Guillén Guillén E, 2013):

- Periodo inicial, con referencias al concepto de melancolía.
- Un segundo periodo, que se inicia en el siglo XIX.
- Un tercer periodo, que incluye la primera mitad del siglo XX, con una progresiva fijación del término “depresión” y un creciente interés.
- Una cuarta etapa, a partir de la segunda mitad del siglo XX, con abundante producción bibliográfica y análisis detallados sobre la enfermedad depresiva.

Se tiene conocimiento de que existe el estado de ánimo depresivo desde que existe palabra escrita. Ya en la *Ilíada* Homero nos describe la depresión de Belerofonte... *Cuando Belerofonte se atrajo el odio de todas las deidades, vagaba solo por los campos de Alea, royendo su ánimo y apartándose de los hombres...*, y en la epopeya de Gilgamesh hablan de los cambios corporales producidos por la tristeza... *Transido de miedo, quieto, sin un sonido, su corazón se turbaba, nublado su rostro. Pues el pesar había penetrado en su vientre; su cara era como la de un viajero llegado de lejos...*

Hipócrates describió la causa haciendo referencia a una acumulación en el cerebro de la *bilis negra*, producida en intestino y bazo. De allí el origen del término melancolía: del griego antiguo μέλας *negro* y χολή *bilis*.

Tras la revolución francesa Pinel, en su *Traité Médico-Philosophique sur l'aliénation mentale* (1801) divide los trastornos mentales en cuatro grupos (melancolía simple, manía, demencia e idiocia), situando ya la melancolía como uno de los grandes diagnósticos.

Durante el resto del siglo XIX el término melancolía reflejaba un afecto triste haciéndose sinónimo de *depresión*, que describía la situación emocional asociada con un estado de ánimo bajo. Más adelante, la depresión englobó a la melancolía, que pasó a ser un subtipo de depresión endógeno y de mayor gravedad.

1. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS:

El trastorno depresivo mayor es un problema de salud pública que afecta a más de 350 millones de personas. En el momento actual es el trastorno mental más frecuente en Europa y en España y constituye un importante problema de salud dada su elevada frecuencia. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2030 será la primera causa de carga de enfermedad a nivel mundial en términos de años de vida ajustados por discapacidad,

a lo que se une la pérdida en calidad de vida y las consecuencias laborales por reducción de productividad y pérdida de jornadas o incapacidades permanentes (Haro JM, et al, 2004). (Gabilondo A et al, 2010) (Curran GM et al, 2007)(WHO 2004).

La prevalencia ha aumentado con el tiempo duplicándose con creces en el período de 1991/1992 al 2001/2002 (del 3% al 7%) (Andrade L et al, 2003) (Compton WM et al, 2006).

Actualmente, dicha prevalencia es muy elevada en los países desarrollados (Estados Unidos y Europa), de aproximadamente del 18% (Kessler RC et al. 2001).

En España la prevalencia estimada es más baja. Según el European Study of the Epidemiology of Mental Disorders, es del 3,96 % para el TDM, del 1,49% en la distimia y del 4,37 % para trastorno del estado de ánimo en general, siendo el riesgo de sufrir al menos un episodio depresivo mayor del 10,6 %, en algún momento de la vida (Gabilondo A et al, 2010).

En gran cantidad de ocasiones pasa inadvertida, y con ello se agudizan las consecuencias, tanto para el enfermo como para su entorno social y laboral. Por ello, cuanto más precoz sea su detección y, con ello, el tratamiento prescrito, tanto más efectiva será la ayuda para reducir el sufrimiento individual y minimizar los costes asociados a la enfermedad.

La prevalencia en función del sexo es 2:1 en mujeres frente a hombres, pudiendo observarse diferencias en esta distribución en función de la etiología (Pedersen CB et al, 2014) (Kendler KS et al, 2014).

Para su tratamiento y control se dispone de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos; sin embargo, es mayoritario el uso de terapias farmacológicas con uso de antidepresivos, por lo que la prescripción de estos fármacos debe ir previamente informada por la mejor evidencia disponible.

Los estudios muestran que, en términos de eficacia, todos los antidepresivos son más efectivos que el placebo. En estudios comparativos, la agomelatina, amitriptilina, escitalopram, mirtazapina, paroxetina, venlafaxina y vortioxetina fueron más efectivos que otros antidepresivos, mientras que la fluoxetina, fluvoxamina, reboxetina y trazodona fueron las drogas menos eficaces. En cuanto a aceptabilidad, agomelatina, citalopram, escitalopram, fluoxetina, sertralina y vortioxetina fueron más tolerables que otros antidepresivos, mientras que amitriptilina, clomipramina, duloxetina, fluvoxamina, reboxetina, trazodona y venlafaxina tuvieron las tasas más altas de abandono.

En la práctica se debe recurrir a la medicina basada en la evidencia e informar a los pacientes, a los médicos, a los desarrolladores de directrices y creadores de políticas públicas sobre las características específicas de los diferentes antidepresivos para su mejor manejo en la consulta diaria (Cipriani A et al, 2018).

2. PATOGENIA

El TDM ocurre más a menudo en pacientes con factores de riesgo específicos (Kendler KS et al, 2006). Estos factores múltiples e interactivos constituyen tres amplias vías para desarrollar la enfermedad, tal como se expone en la tabla:

Factores que intervienen en el desarrollo de la enfermedad	
Factores internos	Genética, neuroticismo, baja autoestima, trastorno de ansiedad de inicio temprano, historial de depresión mayor
Factores externos	Epigenética, abuso de sustancia, alteraciones de conducta

Eventos estresantes	Trauma durante la infancia o la edad adulta, acontecimientos estresantes de la vida en el año previo, pérdida de los padres, baja calidez parental, historia de divorcio, problemas conyugales, bajo apoyo social, baja educación
----------------------------	---

Fuente: modificado de Kendler KS et al, 2006

Aunque hasta el 70% del riesgo de padecer una depresión es debido a factores genéticos, los antecedentes traumáticos en la infancia están implicados de forma significativa en su desarrollo; y el factor de riesgo más importante es la exposición a situaciones vitales estresantes recientes, sobre todo cuando las experiencias adversas dañan la autoestima personal. Los factores laborales, pueden actuar como desencadenantes en un paciente con predisposición a desarrollar depresión o agravar una situación previa.

Sobre la genética del TDM, no se han identificado genes específicos relacionados con el riesgo de desarrollarlo. Parece ser que hay implicados genes que probablemente contribuyen a la vulnerabilidad personal, pero que requiere de factores ambientales no genéticos adicionales para producir el trastorno (Sullivan PF et al, 2009).

Existen múltiples efectos genéticos e influencias ambientales específicas del individuo, con expresión genética alterada, que concurren durante el desarrollo del cerebro y en respuesta al estrés (Tsuang, MT et al, 1990).

Sin duda el factor genético juega un papel de importancia, esto se pone de manifiesto en el metaanálisis realizado en 2010 sobre el TDM que observó tasas de concordancia en gemelos monocigóticos del 37%, datos similares a los encontrados en un estudio posterior, con una tasa del 38 % (Sullivan PF et al, 2000) (Kendler KS et al, 2006). En esta misma línea, la heredabilidad del TDM es más alta en las mujeres en comparación con los hombres y en pacientes con inicio del cuadro en una edad temprana de (Kendler KS. Et al, 2006) (Kendler KS et al, 2009).

Existe una relación en la predisposición a esta patología cuando existen trastornos previos en los padres por enfermedad mental, en casos de abuso de sustancias y en conductas de criminalidad (Green JG, et al, 2010). Con respecto de los factores sociales, las relaciones familiares pobres en etapas precoces (antes de los 20 años) son predictivas de aparición de depresión en mayores de 50 años (Waldinger RJ et al, 2007).

En el Framingham Heart Study publicado en 2010, los sujetos tenían más probabilidades de estar deprimidos si lo estaba una persona con la que estaban directamente conectado, siendo tanto menor la relación cuanto menor fuera el grado de relación interpersonal (Rosenquist JN et al, 2010).

El aislamiento, el escaso apoyo social y las críticas de los miembros de la familia pueden conducir a la aparición de la depresión o perpetuar episodios depresivos (Paykel ES et al, 2003) (Hayhurst H et al, 1997) (Rosenquist JN et al, 2010) (Teo AR et al, 2013).

3.-DIAGNÓSTICO

El TDM es una patología clínicamente heterogénea con una presentación sindrómica muy variable. Esta heterogeneidad está presente en las numerosas conjunciones disyuntivas en los criterios diagnósticos del DSM 5.

Las combinaciones de los nueve criterios del DSM 5, ofrecen 227 posibles perfiles de depresión. Si se toman los síntomas de cada criterio surgen 16.400 posibles presentaciones. Así pues, no es de extrañar que entre el 30-50 % de pacientes con depresión no estén diagnosticados (Fried EI et al, 2015) (Cleare A et al, 2015)

En una revisión sobre el estudio *Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depresión (STAR*D)* se investigó la cantidad de perfiles de síntomas informados por 3.703 pacientes ambulatorios deprimidos al comienzo de la primera etapa de tratamiento, identificándose hasta 1.030 perfiles. De estos, 864 perfiles (83,9%) fueron presentados por cinco o menos sujetos, y 501 perfiles (48,6%) fueron presentados por un solo individuo. El perfil de síntomas más común exhibió una frecuencia de tan solo 1,8%. Incluso cuando se realizó una comparación teniendo en cuenta la gravedad de la depresión, no se redujo la heterogeneidad observada (Fried EI et al, 2015).

Ante tal diversidad y con intención práctica, los síntomas que pueden presentarse se esquematizan en tres grandes grupos tal y como se muestran en la tabla:

- síntomas afectivos
- síntomas cognitivos
- síntomas somáticos

Síntomas del Trastorno Depresivo mayor		
Síntomas afectivos	Síntomas cognitivos	Síntomas somáticos
Tristeza	<i>Dificultades de:</i> Atención y concentración	Fatiga
Ansiedad	Memoria reciente y a largo plazo	Cambios en el apetito / peso
Irritabilidad	Toma de decisiones	Insomnio / hipersomnia
Bajo estado de ánimo	Planificación y organización	Disfunción sexual
Pensamientos suicidas	Agudeza mental	Cefalea
Desesperanza	Encontrar palabras	Problemas de estómago
Sentimiento de culpa sin motivo	Velocidad de pensamiento	Dolor torácico
	Juicio	Agitación psicomotora

Fuente: American Psychiatric Association, 2013; Marazziti D et al, 2010; Hammar A et al, 2009.

Las dudas más frecuentes respecto al TDM se plantean cuando puede existir una respuesta a una pérdida significativa que, de manera no patológica, pudiera incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso (Criterio A).

Según el DSM 5 *...estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería descartar la presencia de un episodio de un TDM, además de la respuesta normal a una pérdida significativa...* En estos casos, se precisa tener un conocimiento amplio de la historia del individuo y de las normas culturales de su grupo sociocultural sobre la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

En la introducción del DSM 5 se refiere que... *para establecer un diagnóstico de trastorno mental, no basta con comprobar la presencia de los síntomas citados en los criterios de diagnóstico...* y también que *...el objetivo final de la redacción de la historia clínica radica en la utilización de la información disponible sobre el contexto y el diagnóstico, para elaborar un plan de tratamiento integral adecuadamente fundamentado en el contexto cultural y social del individuo...*

Criterios diagnósticos del actual DSM 5
A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.
<i>Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.</i>
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (Ej. se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (Ej. se le ve lloroso). (Nota: en niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (Ej. modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: en los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Fuente: American Psychiatric Association. *Diagnostic of Mental Health Disand Statistical Manual orders*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013;

4.- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Ante la variabilidad de los síntomas depresivos y la complejidad de su diagnóstico, se presentan múltiples situaciones que requieren un diagnóstico diferencial: diversos cuadros orgánicos, duelo complicado, déficit de atención, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno adaptativo con ánimo deprimido, tristeza no patológica....

Se sospecha una causa orgánica subyacente cuando aparece un inicio severo sin tener antecedentes de cuadros afectivos, sobre todo de subtipo melancólico y psicótico en ancianos o adultos que presentan enfermedad aguda o crónica. Igual ocurre en casos de depresión que no responde a tratamientos o si presenta de manera concomitante un déficit cognitivo significativo o excesiva ansiedad.

Las enfermedades orgánicas que pueden causar o contribuir a la presencia de un TDM se recogen en la siguiente tabla.

Enfermedades orgánicas que pueden causar o contribuir a un TDM	
Fármacos	Alcohol, betabloqueantes, esteroides, opiáceos, barbitúricos, retirada de cocaína o anfetaminas, envenenamiento por metales pesados, inhibidores de la colinesterasa, cimetidina, agentes quimioterapéuticos.
Causas metabólicas y endocrinas	Hiper e hipotiroidismo, anemia severa, hiper e hipoparatiroidismo, hiper e hipocaliemia, hiponatremia, hipocalcemia, enfermedad de Cushing, enfermedad de Addison, uremia, gota, hipopituitarismo, porfiria, enfermedad de Wilson, síndrome de Wernicke-Korsakoff, Diabetes, Hipogonadismo, Hiperprolactinemia, deficiencia de ácido fólico, hipervitaminosis A, déficit de vitamina B1, déficit de vitamina B12, déficit de niacina.
Enfermedades infecciosas	Tuberculosis, Epstein-Barr, HIV, neumonía, postinfluenza, sífilis terciaria, encefalitis, estados postencefalitis, neumonitis hepatitis, brucelosis, fiebre tifoidea, viriasis sistémica.
Enfermedades neurodegenerativas desmielinizantes	Enfermedad de Alzheimer, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, Enfermedad de Huntington, demencias subcorticales
Cuadros neurológicos	Epilepsia, epilepsia temporal, lesiones medulares, atrofas cerebrales hematoma subdural, hidrocefalia a presión normal, Accidentes cerebro vasculares, tumores cerebrales, síndromes post traumatismo craneoencefálico
Oncológicos	Carcinomatosis, Adenocarcinoma de páncreas. Adenocarcinoma de estómago. Linfomas. Cáncer de colon, mama, útero, pulmón y otros
Otras	Enfermedades inflamatorias crónicas, enfermedades autoinmunes, infarto de miocardio, cardiopatías, hipertensión arterial, apnea del sueño, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cirrosis hepática, enfermedad inflamatoria intestinal, insuficiencia renal, artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, arteritis temporal, fibromialgia, fractura de cadera, psoriasis, acné, trasplante de órgano

Fuente: Privitera MR et al, 2007.

5.-TRATAMIENTO

En el tratamiento del TDM se considera que se ha alcanzado la **remisión completa** cuando hay una ausencia de síntomas significativos de depresión durante un tiempo determinado (al menos 2 meses).

Se considera **respuesta al tratamiento** cuando hay una respuesta superior al 50%, pero menor de lo requerido para remisión.

Si existe una nueva manifestación de la enfermedad con reagudización de los síntomas antes de 6 meses tras haber logrado la recuperación, se denomina **recaída**. Si han pasado más de seis meses, se denomina **recurrencia**.

Las publicaciones muestran que durante la remisión suelen persistir de promedio dos síntomas del TDM, siendo los más comunes los síntomas cognitivos, la falta de energía y los problemas del sueño. Los síntomas residuales de la depresión son frecuentes y se asocian a una mala evolución a largo plazo y más del 70 % de los pacientes que responden siguen presentando síntomas cognitivos, siendo estos los tipos de síntomas residuales más prevalentes. (Trivedi MH et al, 2008; Paykel ES et al, 1995; Nierenberg AA et al, 1999; Roca M et al, 2011; Conradi HJ et al, 2011) (McClintock SM et al, 2011) (Conradi HJ et al, 2011).

EL tratamiento inicial es habitualmente una combinación de farmacoterapia con psicoterapia ya que ha mostrado ser más efectivo que cualquiera de los tratamientos por sí solo, si bien ambos se han mostrado eficaces, sin embargo los antidepresivos como monoterapia son la opción más estudiada y utilizada por ser más accesible, más sencilla, y mejor admitida por algunos pacientes frente a la psicoterapia (Rush AJ et al, 2006; Cuijpers P et al, 2009) (Kupfer DJ 2012) (Givens JL et al, 2007).

Los metaanálisis de ensayos aleatorizados han encontrado eficacia con el uso de muchos antidepresivos en la depresión mayor unipolar, incluidos: Agomelatina, Amitriptilina, Citalopram, Duloxetina, Escitalopram, Imipramina, inhibidores de la monoaminoxidasa, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, Mirtazapina, Paroxetina, Sertralina, tricíclicos, Vortioxetina (orden alfabético).

Algunos estudios concretos han comprobado que la ventaja de los antidepresivos sobre el placebo suele ser de 2 a 4 puntos en una escala de evaluación estándar, como la Escala de Hamilton para la depresión de 17 ítems (forma 1A-C), que oscila entre 0 y 52 puntos (Thase ME, 2011).

Fármacos antidepresivos y su dosis diaria habitual y diaria máxima (mg)			
	Fármaco	Dosis diaria habitual(mg)	Dosis diaria máxima(mg)
Segunda generación	Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina		
	Citalopram	20-40	40
	Escitalopram	10-20	30
	Fluoxetina	20-60	80
	Fluvoxamina	50-200	300
	Paroxetina	20-40	50
	Sertralina	50-200	300
	Inhibidores de recaptación de serotonina y noradrenalina		
	Desvenlafaxina	50-100	200
	Duloxetina	60-120	120
	Venlafaxina retard	75-225	375
	Agentes atípicos		
	Agomelatina	50	50
	Bupropion	300 (en dos tomas)	450
	Bupropion retard	300	300
	Mirtazapina	15-45	60
	Moduladores de la serotonina		
Trazodona	100-400	400	

	Antidepresivo multimodal		
	Vortioxetina	10-20	20
Primera generación	Tricíclicos y tetracíclicos		
	Amitriptilina	150-300	300
	Clomipramina	100-250	300
	Imipramina	150-300	300
	Maprotilina	100-225	225
	Nortriptilina	50-150	150
	Inhibidores de la Monoaminoxidasa (IMAO)		
	Isocarboxazida	10-40	60
	Tranilcipromina	30-60	60

Fuente: modificado de Unipolar depression in adults: Antidepressant doses In: UpToDate, Basow, DS (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2018.

Para los pacientes con depresión mayor unipolar, cuyo tratamiento inicial incluye el uso de antidepresivos, se recomiendan los de segunda generación. Los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la monoaminoxidasa generalmente no se usan debido a su manejo más dificultoso por la problemática en seguridad, los efectos adversos e interacciones con alimentos (Gartlehner G et al, 2011).

En estudios previos a la aparición de la vortioxetina, y referidos a la comparación entre antidepresivos, se encontraron algunas diferencias estadísticamente significativas, pero pequeñas y no clínicamente relevantes entre ellos, como ejemplo, una mejoría mayor con escitalopram frente a citalopram, con una diferencia promedio en la Escala de Depresión de Montgomery-Asberg -que varía en puntaje de 0 a 60 puntos- de 1.5 puntos. En los últimos años se han realizado revisiones más actuales, como el meta-análisis de 2010 sobre los antidepresivos prescritos que clarifican el manejo en la práctica (Gartlehner G et al, 2011) (Lenox-Smith et al, 2010).

La vortioxetina se ha incorporado en el tratamiento de la depresión mayor con especial relevancia en su manejo y por su mejora de la sintomatología cognitiva en pacientes con depresión mayor unipolar que ha mostrado ser mayor que con otros antidepresivos (Ej. duloxetina), siendo reseñable la mejora en la compatibilidad con la conducción de vehículos, este beneficio puede ser independiente de la resolución del síndrome depresivo y relacionado directamente con el uso del fármaco. Otra ventaja de este fármaco es que no presenta el síndrome de retirada, habitual en otros compuestos antidepresivos y presenta menos efectos secundarios que agomelatina, duloxetina y venlafaxina (Pae CU et al, 2015; Thase ME, et al, 2016; Baldwin DS et al, 2016) (McIntyre RS et al, 2016; Thase ME, 2015). (Montgomery SA et al, 2014; Alvarez E et al, 2012; Li G et al, 2016).

Sin embargo, dada la falta de una clara superioridad en la eficacia entre los antidepresivos, la selección de un fármaco se basa en otros factores (Gartlehner G et al, 2012):

- Seguridad.
- Perfil de efectos secundarios.
- Síntomas depresivos específicos.
- Enfermedades comórbidas.

- Medicamentos concurrentes y posibles interacciones entre medicamentos.
- Facilidad de uso.
- Preferencia o expectativas del paciente.
- Costo.
- Respuesta del paciente a antidepresivos durante episodios depresivos previos.
- Historial familiar (Relación de primer grado) de la respuesta a los antidepresivos.

El 25-44 % de los pacientes con depresión que reciben tratamiento con un inhibidor selectivo de recaptación de la serotonina lo suspenden durante los 3 primeros meses de tratamiento por presentar efectos adversos. No es de extrañar el abandono del tratamiento, ya que la mayoría de los pacientes tratados con antidepresivos presentan uno o más efectos secundarios molestos, de hecho, en algunos estudios se ha encontrado que el 36% de los pacientes que suspendió el tratamiento lo hizo precisamente con causa en los efectos adversos (Bull SA et al, 2002; Bull SA et al-b, 2002; Kelly K et al, 2008; Lin EH et al, 2003) (Kelly K et al, 2008) (Hu XH et al, 2004).

La mala tolerabilidad y el incumplimiento terapéutico contribuyen a los escasos resultados del tratamiento del TDM (Doesschate MC et al, 2009; Sansone RA et al, 2012; Akerblad AC et al, 2006).

Por ello, previo a la prescripción de cualquier terapia farmacológica, conviene revisar escrupulosamente las características de cada fármaco, sus efectos terapéuticos y los efectos adversos teniendo en cuenta la actividad social y laboral de cada paciente y sus características personales, de cara a garantizar la máxima eficacia y el cumplimiento de las pautas terapéuticas estipuladas.

Se presenta a continuación una comparativa de efectos adversos de los fármacos antidepresivos, utilizando como base referencial las guías CANMAT de 2016.

Prevalence of Adverse Events among Newer Antidepressants: Unadjusted Frequency (%) of Common Adverse Events as Reported in Product Monographs.

	Nausea	Constipation	Diarrhea	Dry Mouth	Headaches	Dizziness	Somnolence	Nervousness	Anxiety	Agitation	Insomnia	Fatigue	Sweating	Asthenia	Tremor	Anorexia	Increased Appetite	Weight Gain	Male Sexual Dysfunction
Citalopram	21		8	19				3	3	2		5	11		8	4			9
Escitalopram	15	4	8	7	3	6	4	2	2		8	5	3		2		2	2	10
Fluoxetine	21			10			13	14	12		16		8	9	10	11			2
Fluvoxamine	37	18	6	26	22	15	26	2	2	16	14		11	5	11	15			1
Paroxetine	26	14	11	18	18	13	23	5	5	2	13		11	15	8		1		16
Sertraline^a	26	8	18	16	20	12	13	3	3	6	16	11	8		11	3	1		16
Desvenlafaxine^b	22	9		11		13	4	<1	3		9	7	10		2				6
Duloxetine	20	11	8	15		8	7		3		11	8	6		3				10
Levomilnacipran	17	9		10	17	8			2		6		9						11

Milnacipran	12	7		9	10				4		7	3	4		3				
Venlafaxine IR	37	15	8	22	25	19	23	13	6	2	18		12	12	5	11			18
Venlafaxine XR	31	8	8	12	26	20	17	10	2	3	17		14	8	5	8			16
Agomelatine^e	C	C	C		C	C	C		C		C	C	C						
Bupropion SR^d	11	7	4	13	28	7	3	5	5	2	8		2	2	3				
Bupropion XL	13	9		26	34	6			5	2	16				3				
Mirtazapine		13		25		7	54							8	7		17	12	
Moclobemide	5	4	2	9	8	5	4	4	3	5	7	3	2	1	5				
Vilazodone^e	24		29	7	14	8	5				6	3					3	2	5
Vortioxetine^f	23	4	5	6		5	3				3	3	2						<1

Fuente: Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder. Can J Psychiatry. 2016 Sep; 61(9): 540–560.

6.- ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL TDM

¿CUÁNTO TIEMPO SE DEBE TRATAR AL PACIENTE?
→ Primer episodio depresivo: Tras respuesta completa (1-2 meses) seis meses, disminución en dos meses
→ 2º episodio: Tras respuesta completa 12 meses, disminución en dos meses
→ 3º episodio: Tras respuesta completa 24 meses disminución en dos meses
→ Más de 3 episodios, grave, riesgo vital, >75 años: Tras respuesta completa, de 5 años a toda la vida
FACTORES QUE FAVORECEN LA CRONICIDAD DE LA DEPRESIÓN:
→ Maltrato en la infancia
→ Inicio temprano del TDM
→ Dos o más episodios de TDM previos
→ Persistencia o aparición de síntomas depresivos residuales
→ Enfermedad orgánica o psiquiátrica comorbida
→ Estresores psicosociales o discapacidad
→ Estilo cognitivo negativo
→ Historia familiar de trastornos afectivos
¿CUÁNDO DERIVAR A PSIQUIATRÍA?
→ La presencia de ideas autolíticas estructuradas o paciente con antecedentes de gestos autolíticos en el contexto de episodios depresivos graves.
→ Paciente diagnosticado de trastorno bipolar, esquizoafectivo o esquizofrenia.
→ Depresión secundaria a patología orgánica.
→ Depresión severa o con síntomas psicóticos o catatónicos.
→ Comorbilidad con abuso de sustancias tóxicas.
→ Antecedentes de falta de respuesta al tratamiento en Atención Primaria.
→ Siempre que el médico tenga dudas o no se sienta capaz de atender correctamente al paciente.
→ Siempre que el paciente desee ser tratado por Salud Mental.

2. - ASPECTOS SOCIOLABORALES EN DEPRESIÓN

2.1 Introducción

Según datos de 2017 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes. Se calcula que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo y constituye la principal causa mundial de discapacidad, contribuyendo de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad.

Estos datos apoyan el hecho de que sea considerada una de las afecciones prioritarias en el Programa de acción de la OMS para superar la brecha en salud mental, cuyo objetivo consiste en ayudar a los países a ampliar los servicios para personas con trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, mediante la prestación de la asistencia por profesionales sanitarios que no son especialistas en salud mental.

El Programa parte del principio de que, con una atención adecuada, ayuda psicosocial y medicación, decenas de millones de personas con trastornos mentales, entre ellos la depresión, podrían tener una vida normal, incluso en entornos con escasos recursos.

Uno de los aspectos que más preocupa en esta enfermedad es cómo afecta la depresión en el trabajo y, en sentido contrario, cómo afecta el desempeño laboral al trabajador con depresión. Se parte de la idea global de que la depresión interfiere con las actividades personales, sociales y laborales, y de que genera un alto impacto económico en la sociedad.

Los aspectos laborales que con mayor frecuencia influyen en la depresión y su relación con el entorno laboral son:

- Conflictividad laboral.
- Mala adaptación a los cambios e innovaciones.
- Descenso en la productividad laboral.
- Dificultad para ajustarse a normas.
- Incremento en los errores.
- Dificultad en la toma de decisiones o lentitud en las mismas.
- Incremento en los periodos de incapacidad temporal o de ausencias laborales.

Por otra parte, el trabajador con depresión sufre los mismos síntomas en todos los momentos de su vida y, por ello, no se puede separar el ámbito laboral del extralaboral, pues ambos están interconectados e influyen conjuntamente en la misma persona. La salud mental del trabajador, inseparable de la salud general, repercute en todos los ámbitos de la vida personal, entre ellos el desempeño laboral, pudiendo afectar a la percepción de las características del trabajo y alterando el desarrollo seguro del mismo. Y a su vez, como se ha referido, el trabajo puede influir en la aparición o empeoramiento de un cuadro depresivo.

En términos generales, se habla del concepto de “desconectar” en relación con olvidar los conflictos y preocupaciones que conlleva el trabajo cuando se sale de él y, al contrario, desconectar de los problemas personales cuando se llega al trabajo. Sin embargo, esto es con frecuencia difícil para cualquier persona y, más si cabe, para un trabajador con depresión.

Una buena parte de nuestras vidas transcurre en el lugar de trabajo y, por ello, son aspectos a destacar dentro del estudio de la depresión aquellas situaciones para las que el trabajador puede ser especialmente sensible como: malas relaciones con los compañeros o jefes, la inestabilidad laboral, la insatisfacción o sentimiento de insuficiente reconocimiento, la actividad rutinaria o repetitiva, las escasas o nulas opciones de ascensos o mejoras. Aunque son importantes para cualquier persona, adquieren especial relevancia en un trabajador con un trastorno depresivo.

Uno de los aspectos que más destaca en los últimos años en relación con el trabajo, especialmente en países industrializados, es el de los factores psicosociales y organizacionales como causa de desajustes emocionales y, en relación con la depresión, de causalidad o agravamiento de esta. Señalar de forma especial todo cuanto gira alrededor del estrés laboral, como factor claramente influyente en la sintomatología depresiva.

En el estudio de la relación entre el trastorno depresivo, los tratamientos utilizados y la problemática laboral asociada, el enfoque es complejo y se parte de valorar conjuntamente la relación entre las condiciones laborales como causa de inicio de proceso depresivo o de su agravamiento y, de otro lado, considerar a la propia depresión o a los efectos adversos de su tratamiento, como potencial causa de riesgo laboral o de problemática en el trabajo.

Además, no se debe olvidar que la integración laboral es un componente clave para facilitar una mejor respuesta en el paciente con depresión, ya que favorece aspectos claves integradores como su autonomía personal, su independencia, las relaciones sociales y mejora la valoración personal del trabajador.

En la tabla que se muestra a continuación se resumen algunas de estas relaciones:

La Interrelación depresión y trabajo: tipos	
El trabajo como causa de depresión	<p>Por riesgos asociados a factores psicosociales /organizacionales laborales: estrés laboral</p> <p>En relación con conductas agresivas: mobbing, hostigamiento</p> <p>Malas condiciones medioambientales: espacio reducido, mala iluminación o ventilación, ruido</p> <p>Por plaguicidas</p> <p>Por desempleo</p>
La depresión como secuela laboral	<p>Por accidente de trabajo</p> <p>Por estrés postraumático</p>
<p>La depresión como causa de riesgo laboral</p> <p>→ Irritabilidad</p> <p>→ Insomnio</p> <p>→ Enlentecimiento</p> <p>→ Falta de memoria o de concentración</p> <p>→ Descuido en la imagen</p>	<p>Conflictividad con jefes o compañeros</p> <p>Riesgo de somnolencia diurna: accidentes de trabajo de tráfico</p> <p>Disminución de la productividad y pérdida de jornadas laborales</p> <p>Incremento del número de errores</p> <p>Menores opciones de promoción laboral</p>
<p>Las terapias como causa de riesgo laboral</p> <p>→ Sedación</p> <p>→ Disminución de reflejos</p>	<p>Incremento de accidentes laborales y de tráfico</p> <p>Incumplimiento de horarios</p> <p>Pérdida de productividad</p>

<ul style="list-style-type: none"> → Pérdida de concentración → Enlentecimiento psicomotor → Debilidad muscular → Molestias físicas: Pérdida de apetito, pérdida de peso, náuseas, etc. 	Menor capacidad física para tareas con cargas Conflictos interpersonales en el trabajo
Adaptaciones temporales o definitivas en el trabajador con depresión <ul style="list-style-type: none"> → Prevención primaria o secundaria 	Adaptación de horarios (turnos, trabajo nocturno) Cambios de puesto o de tareas concretas en el mismo puesto Modificaciones en el entorno personal Modificaciones en las condiciones medioambientales Apoyo médico o psicoterapia Control y seguimiento coordinado

Fuente: Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo-GIMT

2.2 Revisión bibliográfica en Depresión y Trabajo

Una revisión bibliográfica comprende actividades relacionadas con la búsqueda de información escrita sobre un tema acotado previamente y sobre el cual se reúne y discute parte de la información recuperada y utilizada, en este caso sobre el concepto de depresión y su relación con el trabajo.

La bibliografía médica recoge una gran cantidad de publicaciones en relación con la depresión como enfermedad, si bien se reducen notablemente cuando se acota la búsqueda al concepto depresión y trabajo.

PubMed- Bibliografía Médica en Depresión			
Concepto de búsqueda	Nº de publicaciones	Nº publicaciones últimos 10 años	Nº publicaciones últimos 5 años
depressive disorder	116.604	50.120	26.504
depressive disorder prevalence	29.906	15.954	7.812
depressive symptoms	357.242	162.113	96.340
depresión	381.466	167.379	98.272
depresión treatment	197.508	89.325	50.281
depresión review	50.563	25.311	14.790
depresión diagnosis	158.891	67.763	34.915
depresión and occupation	1.379	739	449
depresión and workplace	1.279	944	581
depresión and disability	12.649	7.797	4.677
depresión and occupational risk factor	1.236	847	519

depresión and occupational health	4.114	2.841	1.930
depresión and occupational medicine	1.985	1467	1.136

Fuente: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>-Búsqueda realizada 27/12/2017

Quizás uno de los aspectos más estudiados ha sido el concepto de absentismo, ausentismo y presentismo ligado a trabajadores con depresión, especialmente en los casos más complejos como la depresión mayor o en situaciones con doble afectación (trastorno depresivo mayor más distimia), y que confirman la carga económica que esto supone para las empresas y, por ello, para la sociedad. Se hace especialmente recomendable la implementación de programas de salud laboral, junto con el adecuado diagnóstico y tratamiento dentro de un concepto global de política sanitaria (Uribe JM, et al, 2017).

En la depresión a pesar de ser la principal causa de discapacidad en todo el mundo y el aspecto que más contribuye a su impacto económico es la pérdida de productividad; encontramos, sin embargo, muy poca investigación sobre los costos de la misma fuera de los países occidentales, si bien constan estudios en algunos países, como Corea, con cálculos de costos de la enfermedad (Chang SM et al, 2012). Algunos trabajos han realizado comparativas entre varios de ellos. Destaca el de Evans-Lacko S et al de 2016, que examina el impacto de la depresión en la productividad laboral en ocho países diferentes: Brasil, Canadá, China, Japón, Corea del Sur, México, Sudáfrica y Estados Unidos. Se valora la influencia en absentismo y pérdida de productividad, tanto por factores individuales, como laborales y sociales.

Los costos anuales promedio más bajos por persona debidos al ausentismo fueron los de Corea del Sur (181 \$) y los más altos en Japón (2.674 \$). Respecto al presentismo, los costos promedio más altos por persona se encontraron en los EE. UU. (5.524 \$) y Brasil (5.788 \$). En términos generales, los costos asociados con el presentismo tienden a ser 5-10 veces más altos que los asociados con el ausentismo. Pero, independientemente de las diferencias halladas entre países, este estudio pone de manifiesto que el impacto de la depresión en el lugar de trabajo es considerable en todos los países, tanto en términos monetarios absolutos como en relación con la proporción del PIB del país. El estudio concluye afirmando que, la depresión es un tema que merece mucha más atención, independientemente del desarrollo económico, el ingreso nacional o la cultura de un país.

Datos de España de 2011 estiman un coste mínimo asociado al grupo de patologías: trastornos depresivos, ansiedad y trastorno adaptativo de 78.380.255€, por un total de 56.795 procesos que cursaron con IT, con 3.666.055 jornadas perdidas de trabajo y con una duración media por proceso de 64,5 días, lo que representó el 3,5% del total de procesos de IT por todas las patologías y el 5,13% de las jornadas perdidas (Vicente-Herrero MT et al, 2013).

En los trastornos depresivos mayores adquiere especial trascendencia todo cuanto gira en torno a la reincorporación laboral de un trabajador después de un proceso de Incapacidad Temporal (IT) prolongado. El retorno al trabajo es un objetivo terapéutico en este tipo de pacientes, pero algunos estudios se plantean si el tratamiento antidepressivo realizado mejora de manera significativa y confiable las medidas de funcionamiento del paciente en el lugar de trabajo. Los resultados (que han de ser valorados en comparativa con diversas sustancias) sugieren que, en términos generales, las terapias farmacológicas mejoran los resultados en el lugar de trabajo y que esta mejoría debe ser incluida en los análisis de costo-beneficio para informar mejor los estudios de modelos de costos relacionados con la terapia antidepressiva (Lee Y et al, 2017).

Sin embargo, mientras que el empleo ha demostrado ser beneficioso para las personas con trastorno depresivo, la conflictividad laboral que puede aparecer cuando existen limitaciones, y generar actitudes negativas por parte de los empleadores, puede ocasionar el empeoramiento del cuadro y suponer una barrera importante en su participación laboral, dentro de un marco más complejo de estigma, o discriminación laboral de los trabajadores, especialmente valorado desde su propia perspectiva.

La discriminación relacionada con la depresión actúa como una barrera para la participación social y la integración social y laboral. Este concepto de estigmatización, especialmente en depresión mayor, está relacionado con la historia clínica, la atención médica recibida y la experiencia de divulgación del diagnóstico o con experiencias previas de discriminación.

La no divulgación de la depresión es, en sí misma, una barrera más para buscar ayuda y recibir un tratamiento efectivo y, por ello, se necesitan enfoques nuevos y sostenidos para evitar la estigmatización de las personas con depresión y reducir los efectos del estigma cuando ya está establecido (ASPEN/INDIGO Study Group, 2013).

Estudios realizados en 35 países han valorado conjuntamente varios aspectos relacionados con la discriminación laboral: si las personas con TDM anticipan y experimentan discriminación cuando intentan encontrar o mantener un empleo remunerado cuando existen limitaciones; si los participantes, en función de si proceden de países desarrollados altos, medios y bajos, difieren en estos aspectos; y si las experiencias de discriminación están relacionadas con el estado laboral actual (es decir, tener un trabajo remunerado o no).

En términos generales, y con las diferencias obvias entre países y culturas distintas, las personas con TDM con mucha frecuencia informaron discriminación en el entorno laboral, de forma que son necesarias intervenciones efectivas para mejorar la participación laboral en este tipo de pacientes, centrándose simultáneamente en disminuir el estigma en el entorno de trabajo y la autodiscriminación de los trabajadores con esta patología (ASPEN/INDIGO Study Group, 2016). Confirman así los resultados del estudio previo de 2015, en el que se informaba del papel que juegan los factores contextuales en la discriminación anticipada, de forma que, las personas que viven en países con un índice de desarrollo humano muy alto informaron una mayor discriminación que los países con un índice medio / bajo y concluye que, la variación en la discriminación informada entre los países se explica, solo en parte, por variables de nivel individual (ASPEN/INDIGO Study Group, 2015).

Los problemas de salud mental y, entre ellos, sin duda la depresión, son comunes en el lugar de trabajo, pero los trabajadores afectados por tales problemas no siempre son bien apoyados por el entorno. Motivado por ello, se han desarrollado trabajos concretos para establecer pautas o consideraciones adicionales en un contexto laboral, y que destacan su importancia integradora, especialmente en actuaciones de adaptación incorporadas en las políticas preventivas y en los procedimientos de la organización (Bovopoulos N et al, 2016).

Es función prioritaria en Salud Laboral actuar en prevención y especialmente en los accidentes de trabajo que, aunque pueden ocurrir en cualquier entorno laboral, son menos probables si se crea un ambiente de trabajo seguro y programas de capacitación para prevenirlos. Por ello, se ha de identificar a los empleados con mayor riesgo por condiciones personales y ofrecer intervenciones preventivas en el lugar de trabajo (Lurati AR, 2017).

Entre otros factores de riesgo laboral estudiados en relación con los procesos depresivos se encuentra el horario laboral. La revisión de Watanabe K et al, de 2016 muestra que el trabajo de horas extras se asoció con un riesgo ligeramente elevado y no significativo de trastorno depresivo, y que esta asociación tiende a ser mayor para las mujeres, por lo que recomienda tener en cuenta estas consideraciones como abordaje futuro.

Pero, sin duda, es el estrés y cuanto conlleva dentro del ámbito laboral uno de los factores más destacados cuando se asocia al trabajador con depresión y la influencia de aspectos como el desequilibrio esfuerzo-recompensa (ERI). Una amplia revisión de la bibliografía en este tema concluye afirmando que los trabajadores expuestos a ERI tenían un mayor riesgo de trastorno depresivo (Rugulies R et al, 2017). Del mismo modo, aspectos como las diferencias de género o todo cuanto rodea a la evaluación de factores psicosociales adquiere importancia creciente, a la vez que datos como la falta de iniciativa en la toma de decisiones, las situaciones de tensión laboral o intimidación, pueden suponer un aumento de los síntomas depresivos a lo largo del tiempo y son condiciones susceptibles de intervenciones organizacionales (Theorell T et al, 2015). Las diferentes respuestas en hombres y mujeres ante situaciones de estrés laboral se manifiestan en niveles más altos de tensión laboral entre las mujeres y se relaciona con los síntomas depresivos en ambos sexos, pero con mayor intensidad y frecuencia entre las mujeres (Theorell T et al, 2014).

Si bien el papel de los factores psicosociales en el trabajo es relevante en cualquier proceso depresivo, es más notorio en los casos de depresión mayor, hecho ya destacado en 2008 por Bonde JP.

Hoy en día, los trastornos depresivos, debido a su alta prevalencia y consecuencias graves, representan un desafío para la medicina y la salud pública. Por ello, mejorar nuestra comprensión de los factores de riesgo modificables puede ayudar a avanzar en los esfuerzos preventivos. El estrés psicosocial crónico en el trabajo, tal como se define en dos modelos teóricos, el desequilibrio demanda-control y el esfuerzo-recompensa, son uno de esos factores de riesgo modificables e interesa evidenciar la asociación entre el estrés psicosocial relacionado con el trabajo y la depresión a partir de las revisiones realizadas en estudios publicados de estos dos modelos. Los resultados corroboran que hay evidencia sólida de una asociación moderada establecida de forma prospectiva de estrés psicosocial crónico en el trabajo, según lo definido por los modelos teóricos, con depresión y que obligan a realizar un abordaje de las implicaciones desde la prevención (Siegrist J, 2008).

Por otra parte, en algunos colectivos concretos se ha investigado el efecto depresivo de los plaguicidas. Kim J et al, valoraron en agricultores intoxicados esta asociación y muestran que, entre los pesticidas que causan las intoxicaciones, el dicloruro de paraquat es un importante predictor de síntomas depresivos. Los resultados sugieren que el riesgo de depresión parece estar relacionado con la gravedad de los síntomas de la intoxicación, con el tipo de atención recibida y el número de episodios previos de intoxicaciones agudas (Kim J et al, 2013).

Independientemente de lo comentado anteriormente, se han de tener en consideración aquellas situaciones que pueden cursar con una secuela en forma de trastorno depresivo. Este ha sido el objetivo de algunos autores, determinando las tasas de prevalencia de depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático, años después de un accidente laboral. Se considera que son factores relevantes para este tipo de secuelas: la gravedad de la lesión y la inestabilidad del trabajo, y se recomienda el seguimiento y control regular de estos trabajadores en lo que respecta a la salud psicológica, física y la estabilidad económica (Chin WS et al, 2017).

Del mismo modo, los síntomas depresivos son comunes en el primer año después de una lesión musculoesquelética. Si bien los síntomas parecen mejorar con el tiempo, los primeros 6 meses parecen ser importantes para establecer los niveles de síntomas futuros y pueden representar una ventana de oportunidad para la detección temprana (Carnide N et al, 2016).

La actuación coordinada clínico-asistencial y laboral es efectiva y eficaz, tanto para el paciente como para la empresa y se traduce en datos llamativos de reducción de los días de baja laboral. Sin embargo, no se ha mostrado evidencia en la diferencia de días que existe en ausencia por enfermedad depresiva en la comparación entre tratamientos prescritos. Los

estudios de intervención clínica también deben incluir los resultados del trabajo para mejorar resultados tan llamativos como los días de ausencia de enfermedad en personas con depresión (Nieuwenhuijsen K et al, 2014).

La heterogeneidad de los estudios no permite afirmar que exista una evidencia clara del efecto en la reducción de los días de baja laboral por depresión con el efecto de la medicación sola, mediante una atención primaria mejorada, con intervenciones psicológicas o mediante la combinación de todos ellos. Sin embargo, está aceptado es que, las intervenciones en depresión deben abordar específicamente los problemas de trabajo, y los resultados ocupacionales deben usarse para medir el efecto terapéutico (Nieuwenhuijsen K et al, 2008).

En Salud Laboral, tan importante como el control clínico de la enfermedad es la consideración de los efectos adversos de los antidepresivos. Estos efectos son más comunes al comienzo del tratamiento, pero también es posible que se observen más adelante y en todo caso pueden tener relación con lesiones o daño laboral, y se han de valorar teniendo en cuenta la duración del tratamiento y el tipo de trabajo desempeñado.

Algunos autores han afirmado que el uso de antidepresivos no se asoció con un mayor riesgo de lesión relacionada con el trabajo al comienzo del tratamiento, pero que son necesarios más análisis y ensayos para determinar si el uso a largo plazo de antidepresivos aumenta el riesgo de lesión relacionada con el trabajo (Kouvonen A et al, 2016).

Sigue siendo objeto de debate la eficacia a medio-largo plazo de los tratamientos antidepresivos. Estudios de 1997 hacen referencia ya a este tema afirmando que, desde un punto de vista clínico los medicamentos antidepresivos han demostrado que en general son efectivos (mediciones efectuadas siguiendo la escala Hamilton -HAM-D-) en aproximadamente dos tercios de los pacientes. Sin embargo, los resultados de los ensayos a largo plazo bajo condiciones rigurosamente controladas muestran que, incluso con un seguimiento minucioso y la provisión de psicoterapia interpersonal, un tercio o más de los pacientes no lograrán ni mantendrán una respuesta a los medicamentos para la depresión.

Los factores asociados con una mejor respuesta a un agente específico o clase de medicamentos incluyen la gravedad de los síntomas, la edad del paciente y el perfil de síntomas del episodio depresivo. La respuesta temprana de un paciente a un medicamento dado puede ayudar a predecir el resultado a largo plazo. No obstante, no reflejan necesariamente una mejora en la capacidad del paciente para funcionar en el lugar de trabajo; solo muestran que un paciente en particular en un momento determinado ha respondido al tratamiento de manera significativa midiendo una escala de depresión (Fawcett J et al, 1997).

La recomendación de Castellón (Leal E et al, 2016) aboga por un enfoque multidisciplinar y en base a un acercamiento holístico, situando esta patología como una problemática clave en la empresa y cuyo abordaje debe ser objetivo de una estrategia prioritaria.

2.3 Consideraciones de la depresión en salud laboral

La salud laboral es el concepto básico relacionado con las condiciones de trabajo y salud del trabajador, con el objetivo de alcanzar el máximo bienestar físico, emocional, y psíquico del mismo.

Dentro del concepto de Salud laboral, y de las competencias del Médico del Trabajo en este marco, destacamos por su trascendencia la valoración de aptitud laboral.

2.3.1 Aptitud laboral en el trabajador con depresión

Se conoce como aptitud a aquella capacidad y la buena disposición que una persona ostenta para desempeñarse o ejercer determinada tarea, empleo o función.

La aptitud laboral para el desempeño de la prestación laboral está condicionada por la existencia o no de deficiencias psicofísicas que impidan la ejecución del trabajo con normalidad o que constituyan un riesgo para la salud del trabajador o para terceros.

La valoración de la aptitud laboral se realiza mediante el examen del estado de salud del trabajador y de las condiciones en las que se ejecuta el trabajo. En líneas generales, esta valoración debe realizarse: antes del comienzo de la relación laboral, si el trabajador va a ser adscrito a un puesto de trabajo con riesgo de contraer una enfermedad profesional; de forma periódica, una vez iniciada la relación laboral; durante su desarrollo; tras la concurrencia de un accidente de trabajo o la detección de una enfermedad profesional o en alguna circunstancia relacionada con ella; y/o tras una ausencia prolongada por motivos de salud.

Tras el examen médico del estado de salud, el trabajador podrá ser calificado como:

- 1) Apto sin ningún tipo de restricción: Podrá desempeñar su tarea habitual sin limitaciones.
- 2) Apto con restricciones: Le permite desarrollar tareas fundamentales de su puesto de trabajo, pero otras sólo de forma parcial e incluso algunas pueden quedar al margen de su estado psicofísico.
- 3) Apto en observación: Situación que se produce cuando no se obtienen datos concluyentes sobre su aptitud y existe una sospecha de enfermedad profesional, que no le impide desarrollar su trabajo.
- 4) No apto: Implica que el desempeño de sus tareas conlleva serios problemas de salud o que sus capacidades fisiológicas y psicológicas le impiden su realización de forma segura.

Como se ha referido, la depresión es un tema que ocupa un lugar destacado en el campo de la salud mental y en el trabajo, tanto en lo concerniente a su impacto laboral, como por la posible influencia de diversos aspectos relacionados con los riesgos laborales en la salud mental del trabajador, o bien actuando de forma directa como agentes etiológicos del trastorno mental, o bien agravando patologías ya existentes.

La enfermedad relacionada con el trabajo resulta de la confluencia de dos factores: un factor individual de predisposición constitucional, y un factor laboral relacionado con las condiciones de trabajo. El trabajo puede desencadenar y/o agravar una enfermedad compleja y de etiología multifactorial para la que el paciente está predispuesto, como la depresión. Al valorar al trabajador con depresión dentro del ámbito del trabajo, se deben tener en cuenta tres aspectos básicos:

- a) Los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud mental.
- b) Los efectos de la patología mental sobre el desempeño laboral. Dentro de este capítulo, será necesario valorar la influencia de los tratamientos que sigue el trabajador.
- c) La influencia de variables individuales: patologías concomitantes, estado civil, familia, nivel sociocultural, etc.

1.- Efectos de las condiciones laborales sobre la salud mental

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL 31/95), define las **condiciones de trabajo** como: *cualquier característica del mismo que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y salud del trabajador*. Y dentro de dichas condiciones, que pueden influir en el desarrollo o agravamiento de un trastorno depresivo destacan los **factores psicosociales del trabajo**, definidos por el comité mixto OIT/OMS en 1984 como “aquellas condiciones presentes en una situación de trabajo, relacionadas con la organización, el contenido y la realización del trabajo susceptibles de afectar tanto al bienestar y la salud (física, psíquica o social) de los trabajadores como al desarrollo del trabajo”.

A esto se pueden añadir otros factores de riesgo, como el ruido o la exposición a determinados productos químicos neurotóxicos, que deben también tenerse en cuenta a la hora de valorar la aptitud laboral de un trabajador por su potencial relación con la enfermedad.

Se recogen a continuación los aspectos más relevantes de estos factores de riesgo y su relación con la patología depresiva.

1) Factores psicosociales.

La psicopatología laboral se dedica al estudio de los trastornos que se desarrollan como consecuencia directa del desempeño de un trabajo, así como de las alteraciones que surgen debido a la ausencia del mismo. Los rasgos depresivos forman parte a menudo de los síntomas de inicio o “carta de presentación” de los problemas relacionados con el trabajo.

En el ámbito psicosocial, la depresión puede ocasionar gran sufrimiento en la persona afectada y en las de su entorno, con importantes repercusiones laborales y socioeconómicas debido, entre otros, a los aspectos anteriormente mencionados: la pérdida de productividad, el absentismo y las posibles bajas laborales.

Numerosos estudios han demostrado la relación entre las condiciones psicosociales del trabajo y la salud mental de los empleados. Estos factores psicosociales comprenden aspectos relativos al puesto y entorno de trabajo, como el clima y la cultura organizacional, las funciones laborales, las relaciones interpersonales (formales e informales) en el trabajo, el diseño y el contenido de las tareas y el grado de autonomía y control.

Factores de riesgo psicosocial y aspectos laborales relacionados.			
Características del puesto de trabajo		Iniciativa/autonomía	Es la posibilidad de que el trabajador pueda organizar su trabajo. La falta de autonomía puede provocar insatisfacción.
		Monotonía	Puede producir un empobrecimiento del trabajo.
		Ritmo de trabajo	Un ritmo de trabajo repetitivo puede producir fatiga, depresión e insatisfacción.
		Nivel de cualificación	Es un elemento que contribuye a la satisfacción o insatisfacción laboral, según se corresponda o no con la cualificación del trabajador.
		Nivel de responsabilidad	La responsabilidad es un factor de insatisfacción cuando se no corresponde con el nivel de formación del trabajador.
Organización	Estructura de la	Comunicación	Un clima de trabajo adecuado depende de que haya canales de comunicación

del trabajo	organización		apropiados.
		Estilo de mando	Un estilo de mando democrático aporta mayor satisfacción al trabajador.
	Organización del tiempo de trabajo	Jornada	La distribución del tiempo de la jornada y de los descansos debe favorecer la recuperación del trabajador.
		Horario	El horario nocturno y a turnos puede provocar trastornos tanto fisiológicos como psicológicos y sociales.
Características individuales del trabajador	Personalidad, edad, motivación, formación, vida familiar, relaciones sociales	Aunque son los factores de la organización los que producen insatisfacción, estrés, etc., las características de la persona son las que determinan la forma de actuar.	

Fuente: OIT 1986

Existen diferentes aspectos de la organización laboral que son capaces de provocar estrés en los trabajadores cuando no se ajustan a sus necesidades, expectativas y capacidades y son moderados, a su vez, por factores individuales y del contexto organizativo. Es de reseñar de forma especial, la combinación de la alta demanda y el bajo apoyo social como predictores de aparición de procesos depresivos. Aspectos como el desequilibrio en la recompensa, la injusticia organizacional, conflictos interpersonales, el estrés laboral y la inseguridad laboral, actuando aisladamente o de forma combinada, pueden precipitar el desarrollo de un cuadro depresivo (Wang JL, 2001; Wang JL, 2006; Vicente Herrero MT, 2013).

Estos factores de riesgo ambientales pueden provocar a corto plazo cambios del estado de ánimo y del afecto, acompañándose con frecuencia variaciones de comportamiento y llegando, en ocasiones, a un estado de ánimo depresivo. Cuando estos factores estresantes persisten, las respuestas, que en una etapa inicial pueden ser reversibles, pasan a ser modificaciones estables y permanentes, llegando al agotamiento o un trastorno depresivo mayor.

Visto en sentido contrario, las características de la persona pueden interactuar con los factores psicosociales laborales de riesgo y acentuar o amortiguar sus efectos. La capacidad de afrontamiento de cada persona puede aumentar a medida que el proceso de afrontamiento progresa con éxito ("aprendizaje") o, en caso contrario, los problemas de salud mental prolongados en el tiempo, a menudo reducirán a la larga esa capacidad de afrontamiento.

Existen factores que protegen a los trabajadores de estas situaciones. En 2012, Gao YQ et al publicaron un estudio donde se señala que, contar con el apoyo de los supervisores, realizar comidas regulares, ejercicio físico, poder utilizar las habilidades personales y una mayor satisfacción en el trabajo pueden disminuir el estrés laboral y, con ello, el riesgo de depresión o mejorar el control de la propia enfermedad si ya está instaurada (Gao YQ, 2012). A este respecto, en algunos estudios se señala que, el hecho de modificar la relación tiempo libre/tiempo de trabajo dándole una mayor flexibilidad, como, por ejemplo, con más fines de semana libres y menos presión emocional, también contribuyen a la mejora en el trabajo, disminuyendo el nivel de estrés y la depresión (Ruggiero JS, 2005).

Existen grupos específicos de la población activa con riesgo más elevado de desarrollar cuadros depresivos (u otros problemas de salud mental) relacionados con el trabajo. En las profesiones con elevados ritmos de trabajo y/o baja discreción respecto al uso de las destrezas, el riesgo de trastorno mental es máximo. Los profesionales que interactúan la mayor parte del tiempo con las personas que necesitan ayuda, entre ellos los profesionales de enfermería, son los más

susceptibles a padecer enfermedad mental (Baba VV, 1999). Problemas en las relaciones en el lugar de trabajo, dificultad de reubicación, jornada de trabajo extenuante, y cambios sistemáticos figuran como factores predisponentes para la aparición de la enfermedad depresiva (Mark G, 2012).

El concepto de relación entre depresión y trabajo forma parte de numerosos estudios recogidos en la bibliografía médica como ya se ha visto con anterioridad. Algunos de ellos (Córdoba JJ, 2011) inciden de forma especial en la inseguridad laboral, el bajo apoyo social, la baja remuneración económica, el pobre clima laboral, el desequilibrio entre la tensión laboral y la recompensa al esfuerzo y el bajo control laboral como condiciones relacionadas estrechamente con mayores índices de depresión. Encuentran, así mismo, diferencias por género y aspectos socioeconómicos y culturales, de forma que se asocian con más frecuencia a depresión en mujeres: el bajo nivel de autoridad y los trabajos manuales (los denominados de *cuello azul*) en áreas industriales, fábricas o talleres y trabajos con alta demanda emocional. En el caso de los hombres son el estrés, la inseguridad laboral, los trabajos pasivos y en ambos tipos de trabajos, tanto trabajos manuales como no manuales (*cuello blanco* y *cuello azul*) los más asociados con depresión.

Dentro de los factores psicosociales laborales se hará en este trabajo mayor hincapié en el estrés y el trabajo a turnos o nocturno por su especial repercusión en esta patología.

a.- Estrés

El estrés se define como “el mecanismo general con que el organismo se adapta a todos los cambios, influencias, exigencias y tensiones a que pueda estar expuesto”, y supone una interacción entre la persona y el medio ambiente de trabajo.

El estrés laboral resulta del desequilibrio entre las exigencias de la práctica profesional y la capacidad de afrontamiento de los trabajadores, y se asocia con el desgaste profesional. El grado en el que la demanda excede la expectativa percibida y el grado de recompensa diferencial esperado del cumplimiento o no de esa demanda se relacionan con la magnitud del estrés a que la persona se ve sometida. El tipo de respuesta que cada persona tiene, tanto emocional como fisiológica, y su comportamiento influyen significativamente en la interpretación que hace de la situación de estrés.

Importa también destacar en este tema la experiencia previa del individuo ante un situación similar y su respuesta empírica, asociada al factor de refuerzo, positivo o negativo, a los éxitos o fracasos, ya que pueden intervenir para reducir o aumentar, respectivamente, los niveles de estrés subjetivo experimentado.

Dentro de esta definición conceptual, el agotamiento es una forma de estrés, definido como una sensación de deterioro y cansancio progresivos con eventual pérdida completa de energía, y acompañado a menudo de falta de motivación. Es una sobrecarga que afecta a las actitudes, al estado de ánimo y a la conducta general. Los trastornos que con mayor frecuencia se relacionan con el agotamiento emocional son la ansiedad y la depresión.

b.- Trabajo a turnos o nocturno

La definición legal de turnicidad queda recogida en el Art. 36.3 del Estatuto de los trabajadores: “toda forma de organización del trabajo en equipo según la cual los trabajadores ocupan sucesivamente los mismos puestos de trabajo, según un cierto ritmo, continuo o discontinuo, implicando para los trabajadores la necesidad de prestar sus servicios en horas diferentes en un período determinado de días o semanas”. Se incluyen tres modalidades de trabajo a turnos:

- a) Trabajo a turnos continuo: la actividad se mantiene todos los días de la semana y veinticuatro horas al día, de forma ininterrumpida. Supone tres turnos de trabajo al día, incluyendo trabajo nocturno.
- b) Trabajo a turnos discontinuo: el trabajo se interrumpe normalmente por la noche y el fin de semana. Supone dos turnos de trabajo: mañana y tarde.
- c) Trabajo a turnos semicontinuo: la actividad se lleva a cabo las veinticuatro horas del día, interrumpida por descanso los domingos y festivos. Supone tres turnos los días laborables (mañana, tarde y noche).

El desempeño continuado de un trabajo a turnos puede tener repercusiones negativas sobre la salud de los trabajadores (Vicente-Herrero MT, 2016; Vicente-Herrero MT, 2014). Los trabajos con un sistema de rotación requieren una adaptación constante, de un programa de turnos a otro, y el organismo se encuentra inmerso en un proceso continuo de cambio y de adaptación, que predispone a mayor problemática que el que puede suponer otro tipo de horarios más convencionales. Desde una perspectiva psicológica destacan: los trastornos del sueño, el síndrome de fatiga crónica, el estrés laboral, la **sintomatología depresiva** y problemas familiares y sociales.

Existe relación entre alteraciones del sueño (muy frecuentes en trabajadores a turnos o nocturno) y el desarrollo de síntomas depresivos. Asimismo, se ha observado un mayor número de problemas laborales (absentismo, menor rendimiento y aumento de accidentes de trabajo) en comparación con los trabajadores con un horario convencional.

Sin embargo, el grado de tolerancia a los turnos de trabajo varía considerablemente en función de variables individuales, familiares, sociales, laborales y de aspectos relacionados con el propio sistema de turnos y la adaptación personal a ellos.

Factores que influyen en la tolerancia al trabajo por turnos	
Características individuales	Edad Sexo Ejercicio físico Años de trabajo en un sistema de turnos Rasgos de personalidad (introversión-extraversión, neuroticismo) Estructura circadiana Cronotipos (matutinidad-vespertinidad) Hábitos de alimentación y de sueño
Características familiares	Estado civil Número y edad de los hijos Nivel socioeconómico Trabajo por turnos de la pareja Actitudes familiares
Características sociales	Mercado laboral Tradición del trabajo por turnos en la comunidad. Actividades de ocio Apoyo social Actitudes de la comunidad

Características laborales	Sector laboral Horas de trabajo Ambiente de trabajo Características del puesto desempeñado Nivel de ingresos Cualificación Satisfacción con el trabajo Oportunidad para el desarrollo de la carrera. Relaciones humanas
Características de los turnos	Turnos continuos o semicontinuos Turnos rotativos o permanentes Dirección de la rotación (hacia delante o hacia atrás) Duración del ciclo de turnos Número de noches consecutivas Número de noches por año Fines de semana libres por cada ciclo de turnos. Horario del comienzo y del final del turno

Fuente: Fernández-Montalvo, 2000

Por otra parte, el trabajo nocturno es el que se realiza entre las diez de la noche y las seis de la mañana (Art. 36.1 ET). Trabajador nocturno: *es aquel que al menos 3 h de su jornada las desempeña entre los límites establecidos, o cuando según el cómputo anual se observe que pasa al menos un tercio de la jornada entre los mismos* (Art. 36.1.3 ET). Lo importante no es la constatación real a final del año del número de horas de trabajo cumplidas en período nocturno por cada trabajador, sino cuál es la programación del trabajo establecida por la empresa y si en dicha programación se prevé que al menos un tercio de la jornada se lleve a cabo en período nocturno.

Múltiples estudios relacionan el trabajo nocturno con trastornos del sueño, cuando no se ajusta el turno al cronotipo individual y edad del trabajador (Van de Ven HA, 2015) y el riesgo de alteración de la salud tiende a incrementarse a medida que lo hace la edad (Ramin C, 2015). El sueño diurno es menos reparador que el nocturno y que la hipersomnolencia asociada favorece la aparición de trastornos ansiosos y depresivos.

La asociación de la nocturnidad o turnicidad, junto a otros factores o agentes de riesgo relacionados con las condiciones de trabajo (estrés laboral y trabajos con carga mental y contenidos del trabajo excesivos) especialmente cuando los descansos son inadecuados, tanto por su duración como por su temporalización predispone a sufrir alteraciones o las agrava de forma importante.

Trabajo a turnos y nocturno. Factores relacionados	
Factores predisponentes	Factores agravantes
Edad mayor de 50 años	Más de 5 noches seguidas sin descanso
Pluriempleo	Primer turno comenzando antes de las 07.00 am
Fuerte carga doméstica	Turnos rotativos semanales
Matutinidad frente a vespertinidad	Menos de 48 horas de descanso después de una serie de noches
Historia previa de problemas de	Horas extras

sueño	Rotación hacia atrás (1ª >3ª >2ª)
Problemas psiquiátricos	Turnos de 12 horas en trabajos críticos o pesados
Alcohol y drogas	Trabajo excesivo en fin de semana
Problemas gastrointestinales	Largo recorrido in itinere
Epilepsia, diabetes y problemas cardiacos	Periodos de reposo inapropiados
	Turnos que hacen difícil planificar a medio plazo las actividades personales

Fuente: Fernández-Montalvo, 2000

La OIT aconseja evitar la exposición a estos tipos de trabajo en individuos menores de 25 años y mayores de 50 años. Así mismo recomienda que a partir de los 40 años el trabajo nocturno continuado sea voluntario.

II) Otros factores laborales

a.- Exposición a sustancias neurotóxicas

La neurotoxicidad se define como la capacidad de los agentes químicos, biológicos o físicos para producir cambios funcionales o estructurales adversos en el sistema nervioso central y/o periférico.

Las alteraciones del estado de ánimo son casi siempre los primeros síntomas de los cambios iniciales del mal funcionamiento del sistema nervioso en los casos de intoxicación. Irritabilidad, euforia, cambios bruscos del estado de ánimo, cansancio exagerado, sentimientos de hostilidad, inquietud, depresión y tensión se encuentran entre los estados de ánimo asociados con mayor frecuencia a la exposición a sustancias neurotóxicas. Cuando la exposición crónica a neurotóxicos laborales se produce a bajas concentraciones (sin exceder límites permisibles por la Ley), el diagnóstico, y en especial su nexo con el ámbito laboral, suele estar dificultado por varios factores como son: manifestaciones clínicas de aparición tardía; cuadro clínico muy inespecífico y difícilmente diferenciable, tanto con respecto a las enfermedades comunes del sistema nervioso como entre las diferentes sustancias neurotóxicas; y la interferencia o sinergismo de la acción del tóxico con otros factores internos o del ambiente, lo que con frecuencia enmascara la clínica.

Dentro de los cuadros secundarios a exposición tóxica crónica profesional a neurotóxicos, se encuentra la encefalopatía. Se debe a una alteración difusa del cerebro y puede provocar fatiga, deterioro del aprendizaje, de la memoria y de la capacidad de concentración, ansiedad, depresión, aumento de la irritabilidad e inestabilidad emocional. Estos síntomas pueden aparecer después de una exposición prolongada de bajo nivel a varios productos químicos diferentes, como disolventes, metales pesados (especialmente mercurio y plomo), ácido sulfhídrico, ácido bórico y piridina.

Se hará una breve revisión de algunos de ellos:

La clínica de la intoxicación por **mercurio** es de evolución insidiosa, dificultando el diagnóstico. Las manifestaciones leves comprenden: Insomnio, timidez, mareos, nerviosismo. Cuando la exposición continúa aparece irritabilidad, somnolencia y depresión. En las exposiciones prolongadas se observa labilidad emocional, disminución de la memoria, pérdida del autocontrol y de la autoconfianza. En casos severos se ha descrito melancolía suicida, delirio, alucinaciones y psicosis maníaco-depresiva. Se ha relacionado el desarrollo de depresión con niveles de concentración de mercurio en orina de 100 a 500 µg/l.

La exposición crónica al **plomo** también se ha relacionado con la aparición de trastornos afectivos (Rhodes D., 2003) como irritabilidad, fatiga, ansiedad, fobia, agresividad y depresión, y se ha observado que una exposición temprana a este metal pesado está asociado con la aparición de conductas antisociales que incluyen las características anteriores.

Los efectos tóxicos de los **solventes** orgánicos pueden ser generales o específicos, dependiendo de la estructura química de los mismos, de la magnitud y frecuencia de exposición, de la susceptibilidad individual, de la interacción con otros factores como tabaquismo, alcohol, estado nutricional y existencia de otras enfermedades en el trabajador, como diabetes mellitus, uremia, etc. En el ámbito ocupacional es común la exposición a mezclas de solventes orgánicos, que puede dar lugar a efectos de potenciación, efectos aditivos, a sinergismo o antagonismo, con variabilidad del cuadro clínico. Es bien conocida la relación entre exposición a solventes orgánicos y alteraciones en el sistema nervioso, por lo que la detección temprana de alteraciones neuropsicológicas o neurofisiológicas en trabajadores expuestos a estas sustancias debe ser una prioridad. En fases iniciales de intoxicación leve pueden presentar cefalea, alteraciones del estado de ánimo con depresión y ansiedad, irritabilidad, fatiga, disminución de la atención y concentración, alteraciones de la memoria, confusión, náusea, vómitos y, en casos graves, estupor, coma y muerte (Ramos G, 2004).

Los **policlorocicloalcanos** (PCCAs) constituyen un grupo de insecticidas organoclorados, que incluye al lindano, otros isómeros del hexaclorociclohexano y ciclodienos. Las exposiciones accidentales a dosis no convulsionantes de PCCAs determinan un cuadro llamado síndrome neurotóxico por PCCAs, constituido por: *manifestaciones neurológicas*: mioclonias, ataxia, alteraciones piramidales, del electroencefalograma y deambulación; *trastornos oculares*: nistagmus, visión deficitaria, destellos luminosos, constricción del campo visual periférico, papiloedema, pigmentación macular, etc.; *anomalías sensoriales*: vértigo, pérdida de memoria reciente; *trastornos psicológicos*: agresividad, irritabilidad, hiperactividad, depresión con ansiedad, temores, confusión, insomnio; así como *síntomas generales*: anorexia, disfagia, pérdida ponderal, etcétera (Vicente-Herrero MT, 2015).

En lugares de trabajo en los que se utilizan sustancias neurotóxicas, los trabajadores, las empresas y el personal de salud y seguridad laboral deben estar especialmente atentos a la sintomatología de intoxicación inicial, indicativa de la vulnerabilidad del sistema nervioso a la exposición.

Para realizar una vigilancia específica de los puestos en los que se utilizan sustancias neurotóxicas, es importante una adecuada historia clínica ocupacional, enfatizando aspectos relacionados con la exposición a solventes orgánicos y sus posibles efectos en la salud del trabajador expuesto. Incluirá una exploración neurológica detallada por el médico especialista en salud ocupacional de las respectivas unidades de Medicina del Trabajo.

Es útil utilizar una **encuesta específica** (ver tabla) en las personas expuestas a solventes orgánicos, encaminada a detectar síntomas o signos precoces de disfunción neurológica o neuropsicológica o de otros órganos y sistemas, posiblemente generados por la exposición a solventes orgánicos. Si en la encuesta se encuentran síntomas o signos sugerentes de disfunción del sistema nervioso o de otros órganos, se debe hacer una evaluación de las posibles fuentes de solventes orgánicos, valorar la posibilidad de cambiar los solventes utilizados por otros menos tóxicos, una evaluación de los sistemas de protección de los trabajadores y la corrección de las alteraciones.

Lista de control de síntomas neurotóxicos crónicos		
Señale los síntomas que haya experimentado en el último mes	Si	No
1. ¿Se cansa con más facilidad de lo esperado para el tipo de actividad que realiza?		
2. ¿Se ha sentido mareado o con vértigo?		
3. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
4. ¿Se ha sentido confuso o desorientado?		
5. ¿Ha tenido problemas para recordar las cosas?		
6. ¿Han notado sus familiares que le cuesta recordar las cosas?		
7. ¿Ha tenido que anotar las cosas para recordarlas?		
8. ¿Le cuesta entender lo que dicen los periódicos?		
9. ¿Se ha sentido irritable?		
10. ¿Se ha sentido deprimido?		
11. ¿Ha notado palpitaciones incluso sin hacer ejercicio?		
12. ¿Ha tenido convulsiones?		
13. ¿Ha dormido más de lo habitual?		
14. ¿Ha tenido dificultad para conciliar el sueño?		
15. ¿Ha notado falta de coordinación o pérdida de equilibrio?		
16. ¿Ha notado pérdida de fuerza en piernas o pies?		
17. ¿Ha notado pérdida de fuerza en brazos o manos?		
18. ¿Ha notado dificultad para mover los dedos de las manos o coger cosas?		
19. ¿Ha notado acorchamiento u hormigueo en los dedos de las manos de más de 1 día de duración?		
20. ¿Ha notado acorchamiento u hormigueo en los dedos de los pies de más de 1 día de duración?		
21. ¿Ha tenido dolor de cabeza frecuente (más de 1 vez por semana)?		
22. ¿Ha tenido dificultad para conducir del trabajo a su casa porque se ha sentido mareado o cansado?		
23. ¿Se ha sentido eufórico cuando utiliza algún producto químico en su trabajo?		
24. ¿Se emborracha con más facilidad que antes?		

Fuente: OIT. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo

Si por los resultados de la evaluación médica o del cuestionario se sospecha posible alteración neurológica del trabajador:

- Se separará a dicho trabajador de la exposición.
- Se realizará una nueva valoración después de un tiempo sin exposición.
- Si los síntomas persisten, se remitirá a neurología para ampliar estudio.

El diagnóstico diferencial entre un síndrome neurotóxico y una enfermedad neurológica primaria plantea un enorme reto a los médicos que trabajan en el marco laboral. Es necesario obtener una buena historia clínica, el mantenimiento de un elevado grado de sospecha y el seguimiento adecuado de un individuo, así como de grupos de individuos. El reconocimiento precoz de enfermedades relacionadas con agentes tóxicos en su medio ambiente o con una

exposición profesional determinada es fundamental, ya que un diagnóstico adecuado puede conducir a la separación inmediata de un individuo de los peligros de la exposición continua a una sustancia tóxica, evitando posibles lesiones neurológicas irreversibles. Además, el reconocimiento de los primeros casos afectados en un entorno determinado puede conseguir que se produzcan cambios que protegerán a otros todavía no afectados. (OIT, 2004)

b.- **Exposición a Ruido**

El ruido en el lugar de trabajo, incluso a niveles bajos que no exija de la implantación de medidas para disminuirlo, puede ser un factor de estrés (Ej: un teléfono que suena con frecuencia o el zumbido constante de un equipo). No obstante, el grado en que el ruido afecta al nivel de estrés de los trabajadores depende de una compleja combinación de factores, entre los que destacan:

- a) La naturaleza del ruido, como su volumen, tono y previsibilidad.
- b) La complejidad de la tarea que realiza el trabajador, especialmente si las tareas exigen concentración.
- c) La profesión del trabajador.
- d) La situación individual del propio trabajador: si la persona está cansada, enferma o con cefalea, tolera peor el ruido, etc.

Aunque no se considera que la contaminación acústica sea causa directa de enfermedad mental, y por ello tampoco de depresión, se asume que puede acelerar o intensificar el desarrollo de patologías latentes. Los niños, las personas mayores y los individuos con depresión pueden ser especialmente vulnerables a los efectos psicológicos del ruido, al carecer de los mecanismos adecuados para afrontarlos (Goines L, 2007).

2.- Efectos de la patología mental sobre el desempeño laboral

La depresión, como ya se ha visto previamente, es una enfermedad frecuente en los países occidentales, que a menudo tiende a cronificarse y/o complicarse con otras enfermedades, con importantes consecuencias negativas, tanto para los trabajadores como para las organizaciones, especialmente si no se diagnostica precozmente y no se trata de forma efectiva.

Se debe diferenciar la Depresión o tristeza patológica, de la tristeza “normal”, leve, transitoria, asociada a pensamientos negativos en relación con problemas identificables, presente de forma habitual en algún momento de la vida de todas las personas. Los rasgos diferenciadores, descritos por Ramos y Cordero, se recogen en la tabla adjunta.

Diferencias entre la tristeza normal y patológica	
Tristeza Normal	Tristeza Patológica
El motivo es siempre de carácter negativo. El tiempo de aparición es casi inmediato.	El motivo no es siempre de carácter negativo, puede tener carácter positivo, cualquier cambio.
La duración es adecuada al motivo.	El tiempo de aparición es hasta 6 meses después.
La intensidad adecuada al motivo.	La duración es desproporcionada.
El rendimiento no queda afectado significativamente.	La intensidad es desproporcionada
La reactividad a estímulos externos permanece	El rendimiento queda afectado significativamente.
	La reactividad a estímulos externos queda

prácticamente intacta	disminuida o ausente.
La vivencia de sentimientos se mantiene prácticamente intacta	La vivencia de sentimientos queda disminuida o ausente.
El tipo de experiencia es conocida, psicológicamente “localizable”.	El tipo de experiencia es cualitativamente diferente, corporalizada, vaga, imprecisa.

Fuente: Ramos JA et al, 2005

Como consecuencia de la depresión, se produce un deterioro en los roles sociolaborales y de las relaciones interpersonales. Los pacientes con depresión suelen ser considerados negativos en sus interacciones con los demás, inducen respuestas negativas de las personas con que se relacionan, desencadenando antipatía, sentimientos de incapacidad, tendencia a ser evaluados negativamente y a ser evitados. Este aislamiento social agrava el proceso y facilita su evolución a la cronicidad.

La depresión tiene altas tasas de prolongarse en el tiempo y de cursar con sucesivas recurrencias. Tras un episodio depresivo, el 50-60 % de pacientes tiene un segundo episodio; tras dos episodios, el 70% tiene un tercero; y tras tres episodios, el 90% recae. Por tanto, la depresión no puede ser contemplada como un hecho aislado, sino como una enfermedad crónica y recurrente (Vilela Manyari M, 2017).

Cuando existe una recurrencia depresiva, ésta se acompaña de un rápido empeoramiento del rendimiento sociolaboral, referido tanto a la eficacia en la realización de las tareas como a la aparición de conductas de aislamiento y frecuentes conflictos interpersonales.

En el trabajo, las personas con depresión tienden a presentar las siguientes características:

- ❖ Están desmotivadas en mayor medida.
- ❖ Mantienen deseos de abandono profesional o retirada prematura.
- ❖ Establecen peores relaciones personales con problemas de comunicación.
- ❖ Se ven implicadas con mayor frecuencia en situaciones de conflicto laboral.
- ❖ Disminuyen su rendimiento, capacidad de concentración y eficacia.

Esto es especialmente importante en la depresión mayor, que es considerado uno de los trastornos más severos y difíciles de manejar.

Cuando se estudia la repercusión laboral de la depresión, no deben olvidarse otras patologías a tener en cuenta en el ámbito laboral como son: el trastorno bipolar (o también denominado trastorno “maníaco-depresivo”), en el que el paciente alterna períodos de depresión y de manía; la distimia, la depresión de inicio tardío y el trastorno adaptativo. La repercusión en el trabajo va a depender del tipo de trastorno y del grado de control que se consiga con el tratamiento prescrito, así como de los efectos adversos ocasionados por dichos tratamientos (Mingote Adán, 2009).

Veamos algunos de estos procesos desde un punto de vista laboral:

La **depresión mayor** tiene fuerte influencia en el comportamiento del paciente, con tendencia al aislamiento y evitación de situaciones estresantes como las reuniones de trabajo, por la intensidad del malestar depresivo. Además, el trabajador con depresión no le encuentra sentido al trabajo, lo que influye en el descenso de su productividad y colaboración. Puede tener alterado el juicio de realidad, tomar decisiones erróneas y tardías, ausentarse de forma injustificada de su puesto y desmoralizar al resto de compañeros de trabajo e incluso provocar accidentes y posibles daños para su salud y la de terceros. Cuando la depresión no se reconoce

de forma adecuada suele agravarse y puede complicarse con conductas de riesgo tales como adicciones, accidentes o suicidio consumado.

La **distimia** se caracteriza por la existencia de un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, la mayoría de los días, durante mínimo 2 años. Se utiliza este término para describir depresiones de intensidad moderada, curso crónico y/o fluctuante, que con frecuencia se inician antes de los 20 años en personas con antecedentes depresivos. Se trata de un diagnóstico de baja precisión y que con frecuencia coexiste con otros diagnósticos psiquiátricos en el mismo paciente como síndromes ansiosos y trastornos de la personalidad.

En el trabajo puede manifestarse con quejas físicas y bajas médicas excesivas, sin hallazgos objetivos de enfermedad médica alguna que las explique. La persona distímica parece negativa, irritable, desinteresada e hipersensible a las críticas, con tendencia al aislamiento y a ser poco colaboradora. Puede expresar pérdida de la capacidad de disfrutar y frecuentes sentimientos de vacío crónico. En ocasiones, puede sentirse sobrecargado de trabajo e incluso discriminado por el superior jerárquico, así como verse implicado en repetidos conflictos con sus compañeros de trabajo.

Los **trastornos bipolares** se caracterizan por la coexistencia de episodios maníacos, hipomaniacos o estados mixtos, a la vez que por la presencia o historia de episodios depresivos mayores. Los episodios de manía suele ser muy perturbadores, ya sea un episodio de grandiosidad extrema, de violencia y/o de rechazo de las normas de conducta, y generan un clima de inquietud en los compañeros y problemas interpersonales. Existe además riesgo de daño a sí mismo y/o a los demás por la escasa percepción de riesgo. Los cambios de humor en breves periodos de tiempo (días u horas) también provocan el rechazo de los demás. En el caso del trastorno bipolar tipo II, las alteraciones de conducta son más leves y suelen confundirse con una personalidad simpática y carismática, creativa y muy productiva, aunque con frecuencia pueden dispersarse, ser impulsivos y poco eficientes. Con el tiempo y sin un tratamiento adecuado, se harán patentes las equivocaciones, los errores de juicio, la irritabilidad y la agresividad descontrolada.

La **depresión de inicio tardío** se caracteriza por su inicio en la edad madura (usualmente > 50 años), por su asociación con varios factores de riesgo cardiovascular, con deterioro cognitivo leve, así como con hallazgos característicos en las pruebas de neuroimagen, que predice demencia vascular en los años posteriores. Su importancia radica en el creciente envejecimiento de la población trabajadora, con aumento progresivo del número de trabajadores afectados por esta depresión de causa vascular. La interferencia en el desempeño laboral vendrá determinada por el grado de afectación y la gravedad del cuadro depresivo.

El **trastorno adaptativo** se distingue por una baja autoestima y un estado de ánimo depresivo como respuesta a un estresor psicosocial identificable (durante los tres meses siguientes al mismo). El síndrome clínico supone un malestar mayor de lo esperable con deterioro significativo de la actividad sociolaboral y de la salud personal (conductas de riesgo, patologías psicosomáticas, etc.) bien de forma aguda (menos de seis meses) o crónica (más de seis meses).

En adultos, los estresores más comunes que están en el origen de los trastornos adaptativos son los problemas conyugales (25%), procesos de separación o divorcio (23%), mudanza (17%), problemas de carácter económico (14%) y dificultades de carácter laboral (9%). Dentro de estas últimas, destacan la violencia en el trabajo, situaciones de acoso o abuso emocional, cambios de trabajo o pérdida del mismo.

El malestar o el deterioro de la actividad asociado a los trastornos adaptativos se manifiesta frecuentemente a través de una disminución del rendimiento en el trabajo, de la motivación y de una reducción de las relaciones sociales.

Una situación estrechamente ligada a los trastornos adaptativos es el desgaste profesional o burnout, caracterizado por la percepción de pérdida de recursos emocionales para enfrentarse al trabajo (agotamiento emocional), el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y cinismo hacia los receptores del servicio prestado (despersonalización) y por una tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa, con sentimientos y apreciaciones de baja autoestima profesional (falta de realización personal).

Como consecuencia de la depresión relacionada con el estrés laboral se puede mencionar la tensión y la insatisfacción en el trabajo, factores que pueden actuar de una manera bidireccional, en la medida que aumenta la carga de estrés en el trabajador y sus colegas. La depresión relacionada con el estrés en el trabajo también causa daños a la salud física y mental, el absentismo, la calidad de la atención y puede aumentar la rotación en los sectores.

La relación entre los altos niveles de estrés en el trabajo y la aparición de la depresión puede ser considerada bidireccional por tanto, ya que tiene consecuencias como el empeoramiento de la calidad de vida, la satisfacción en el trabajo y las relaciones con los colegas y puede causar más estrés y el empeoramiento de los trastornos depresivos (da Silva Gherardi-Donato EC, 2015).

3.- Valoración de efectos secundarios del tratamiento antidepresivo

Uno de los aspectos de mayor interés en medicina del trabajo tiene que ver con las enfermedades crónicas o de larga duración, y que requieren control permanente con fármacos. En el caso de la depresión, los antidepresivos constituyen la primera línea de tratamiento para episodios moderados y severos (así como en muchos casos leves, dependiendo de ciertas características individuales y preferencias del paciente). Pero deben considerarse múltiples factores para la elección del fármaco, entre los cuales están: la severidad de los síntomas, comorbilidad o comorbilidades asociadas, medicación concomitante o antecedentes de respuesta al tratamiento tanto personal como familiar y, especialmente en salud laboral debe tenerse en cuenta el diferente perfil de efectos adversos y de tolerabilidad, lo cual ha sido revisado en todas las guías consultadas.

Aproximadamente, el 63% de los pacientes en tratamiento con antidepresivos de segunda generación sufren efectos adversos leves a lo largo del tratamiento, aunque han ido apareciendo nuevas moléculas que persiguen combinar una mayor eficacia antidepresiva, con una mejor tolerabilidad (ver tabla). (Vilela Manyari M, 2017; Medina J, 2004).

Efectos adversos de antidepresivos		
Grupo farmacológico	Fármacos	Efectos adversos
Antidepresivos Tricíclicos (ATC)	<i>Imipramina, Amitriptilina, Amoxapina, Nortriptilina</i>	a) Alteraciones cardiovasculares (hipotensión ortostática, arritmias, alteraciones electrocardiográficas). Contraindicados tras IAM b) Alteraciones de la motilidad intestinal (estreñimiento, íleo paralítico) c) Retención urinaria, dilatación pupilar, sequedad de boca y temblor d) SNC: trastornos de memoria, sedación y confusión e) Pueden bajar umbral para convulsiones

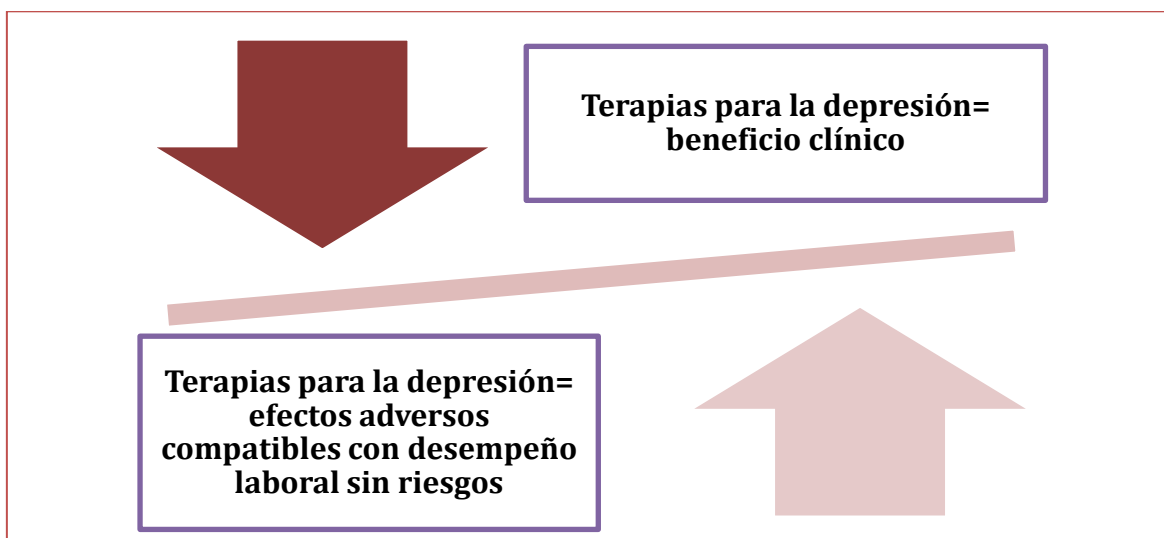
Inhibidores de la Monoaminoxidasa (IMAOs)	<i>Iproniazida, Moclobemida, Selegilina</i>	f) Agitación e hipomanía g) Alucinaciones y convulsiones (raras) h) Cefaleas, debilidad, fatiga, sequedad de boca. i) Interacción con la Tiramina (en quesos, bebidas alcohólicas) que puede desencadenar crisis hipertensivas
Inhibidores selectivos de recaptación de Serotonina (ISRS)	<i>Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina, Citalopram, Fluvoxamina, Sertralina, Escitalopram</i>	j) Gastrointestinales (náuseas, vómitos y diarrea) k) Síntomas de activación del SNC (inquietud, nerviosismo, alteración del sueño, temblor, vértigos), l) Disfunción sexual m) Efectos vegetativos (sequedad de boca y la sudación) y neurológicos (exacerbación de cefaleas migrañosas o tensionales).
Antidepresivos de nueva generación	IRSN: Venlafaxina, Desvenlafaxina, Duloxetina	Nerviosismo, insomnio, sudación, náuseas, sequedad de boca, disfunción sexual e hipertensión.
	IRDN: <i>Bupropion</i>	Puede reducir el umbral convulsivo (dosis-dependiente)
	ASIR: <i>Trazodona</i> NASSA: <i>Mirtazapina</i> , IRNA Reboxetina Antidepresivo de acción Multimodal: <i>Vortioxetina</i> (inhibe la recaptación de serotonina y modula actividad de receptores serotoninérgicos)	n) Mirtazapina puede provocar sedación, aumento de peso y, excepcionalmente, discrasias sanguíneas o) Vortioxetina: baja incidencia de efectos adversos en comparación con los ISRS e IRSN. Sueños anormales, Mareo, náuseas, Diarrea, Estreñimiento, Vómitos, Prurito. Puede aumentar riesgo de convulsiones (con muchos ADs).
IRDN: Inhibidores selectivos de la recaptación de dopamina y noradrenalina; IRSN: Inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina; ASIR: antagonistas de los receptores serotoninérgicos 5-HT ₂ e inhibidores débiles de la captación de 5-HT; NASSA: antagonistas selectivos de serotonina y noradrenalina; IRNA: Inhibidores de la recaptación de noradrenalina.		

Fuente: Modificado de INFAC. 2017

Los efectos secundarios de los fármacos antidepresivos, sobre todo al inicio del tratamiento, pueden implicar limitaciones para la realización de determinadas actividades, por aumento del riesgo de accidente o de lesiones a terceros, especialmente: la conducción de vehículos, el trabajo en alturas o en espacios confinados, el manejo de maquinaria peligrosa y, en general, las tareas con alto grado de concentración mental mantenida, por ello, es fundamental la búsqueda del equilibrio entre los efectos terapéuticos buscados y los efectos adversos generados.

OBJETIVO DE SEGURIDAD:

Búsqueda del equilibrio en las terapias antidepresivas-objetivo compatibilidad con desempeño laboral sin riesgos



2.3.2.- El trabajador con depresión como especialmente sensible

La depresión es un trastorno psicobiológico complejo, de etiología multifactorial que se explica por la interacción de varios factores de riesgo genéticos, neurobiológicos, socioambientales y otros propios del desarrollo de cada persona.

Desde una perspectiva integradora, la valoración del trabajador con depresión deberá incluir también la consideración de los factores de vulnerabilidad y de protección individuales.

Trabajador especialmente sensible es aquel trabajador que, por sus características personales o estado biológico conocido, incluido el que tengan reconocida la situación de discapacidad física, psíquica y/o sensorial, es especialmente vulnerable al posible daño de los riesgos derivados del trabajo.

Hablaremos de trabajadores especialmente sensibles a los riesgos laborales relacionados con patología depresiva (especialmente a los riesgos psicosociales) cuando tras confrontar las características del trabajador y las patologías previas que presente con las características del puesto, se compruebe que la capacidad del individuo para desarrollar su actividad laboral no esté alterada, permitiéndole afrontar los requerimientos laborales habituales, aunque con un mayor riesgo personal de empeorar su estado de salud mental.

La protección de los trabajadores especialmente sensibles se desarrolla en el art. 25 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL): *El empresario garantizará de manera específica la protección de los trabajadores que, por sus propias características personales o estado biológico conocido, incluidos aquellos que tengan reconocida la situación de discapacidad física, psíquica o sensorial, sean especialmente sensibles a los riesgos derivados del trabajo. A tal fin, deberá tener en cuenta dichos aspectos en las evaluaciones de los riesgos y, en función de éstas, adoptará las medidas preventivas y de protección necesarias.*

Los trabajadores no serán empleados en aquellos puestos de trabajo en los que, a causa de sus características personales, estado biológico o por su discapacidad física, psíquica o sensorial debidamente reconocida, puedan ellos, los demás trabajadores u otras personas relacionadas con la empresa ponerse en situación de peligro o, en general, cuando se encuentren manifiestamente en

estados o situaciones transitorias que no respondan a las exigencias psicofísicas de los respectivos puestos de trabajo.

Para la detección de los trabajadores especialmente sensibles frente a **riesgos psicosociales** se proponen, en la *Guía de buenas prácticas para la prevención y manejo de problemas de salud mental en trabajadores del ámbito sanitario*, tres indicadores de riesgo principales:

- Cuestionario de Goldberg modificado (GHQ-12), autocumplimentado por el trabajador, con puntuación ≥ 3 .
- Presencia de antecedente personal de trastorno mental y/o consumo de abuso.
- Presencia de condiciones psicosociales adversas (personales, familiares, laborales, o una combinación de ellas).

Así, se considerará trabajador especialmente sensible para los riesgos psicosociales laborales a aquel con mala respuesta al estrés (cuadros de ansiedad importantes, severas somatizaciones, etc.), con antecedentes personales de trastornos psicológicos, o de conductas adictivas previas, con historia familiar de adicciones, o con alto riesgo sociofamiliar (divorcios traumáticos, presión social, etc.)

Además, habrá que valorar la especial sensibilidad frente a los factores estresantes en determinados colectivos:

- Trabajadores con reconocimiento de discapacidad psíquica por trastorno mental, incluyendo la discapacidad intelectual. Debe tenerse en cuenta el déficit que presentan, para establecer si son necesarias adaptaciones laborales específicas.
- Individuos con trastorno depresivo previo o actual con repercusión funcional de diverso grado (como trastorno bipolar), cuando la afectación de la funcionalidad repercute en la actividad laboral (dificultad para solventar problemas, reacciones emocionales inadecuadas en los enfrentamientos, o bien por una dificultad importante o incapacidad para la toma de decisiones).
- Trabajadores con características de personalidad o rasgos de carácter que facilitan el distress y agotamiento profesional (perfeccionistas, obsesivos, inseguros, con baja autoestima, etc.).
- Personas con conductas adictivas, aún referidas al tiempo de ocio, con repercusión funcional.
- Trabajadores con alteraciones somáticas con excesiva reactividad al estrés cotidiano (insomnio crónico, etc.).
- Vivencia reciente de experiencias estresantes específicas graves con repercusión en la salud mental (acontecimientos traumáticos, muerte de un familiar próximo, separación de la pareja, situaciones económicas desfavorables, etc.)

En relación con **neurotoxicidad**, se debe valorar la presencia de patologías que aumenten la susceptibilidad del trabajador a los efectos de las sustancias neurotóxicas, principalmente nefropatías y enfermedades estructurales y funcionales del SNC. Se considerarán trabajadores especialmente sensibles a agentes químicos neurotóxicos aquellos que desarrollan clínica depresiva con la exposición a niveles por debajo del límite legal permitido, aun respetando todas las condiciones de seguridad.

Datos a rellenar por el TRABAJADOR:

Historia Actual (en las casillas poner X si la respuesta es afirmativa):

1. Escala de Salud (modificado de GHQ-12):

tache con "X" el número elegido, con el que vd. se identifique más, de 0 a 3

(ítems positivos) DURANTE EL ÚLTIMO MES...	Más que lo habitual (0)	Igual que habitualmente (1)	Menos de lo habitual(2)	Mucho menos de habitual (3)
¿ha podido concentrarse bien en lo que hace?				
¿ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?				
¿se ha sentido capaz de tomar decisiones?				
¿ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales diarias?				
¿ha sido capaz de hacer frente a sus problemas?				
¿se siente razonablemente feliz con todas circunstancias?				
(ítems negativos) DURANTE EL ÚLTIMO MES...	No en absoluto(0)	No más que lo habitual(1)	más de lo habitual(2)	Mucho más de habitual(3)
¿sus preocupaciones le hacen perder mucho sueño?				
¿se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?				
¿ha sentido que no puede superar sus dificultades?				
¿se ha sentido deprimido o infeliz?				
¿ha perdido confianza en sí mismo?				
¿ha pensado que vd es una persona que no sirve para nada?				

2. Síntomas que ha presentado durante el último mes: (codificar como X si la respuesta es afirmativa)

- Sentimiento de irritabilidad, nerviosismo o tensión emocional
- Dificultad para relajarse o conciliar el sueño
- Alguno/s de estos: cefaleas, cervicalgias, tensión muscular, temblores, sudores, hormigueos, diarrea
- Dificultad en la concentración y atención
- Pérdida reciente de apetito y/o pérdida reciente de peso
- Sensación de falta de energía reciente, cansancio desde por las mañanas
- Sentimientos depresivos, tristeza, apatía
- Ausencia de síntomas, sensación de bienestar físico y psíquico
- Otros (especificar):.....

3. Situación sociofamiliar: (codificar como X si la respuesta es afirmativa)

- Importante carga familiar (hijos/padres a su cargo) y/o importante carga económica
- Dificultad en las relaciones familiares/amistades (poca dedicación por falta de tiempo, etc)
- Dificil adaptación al entorno social, relaciones interpersonales en general

Declaro que toda la información aportada es veraz.

Nombre y Apellidos del Trabajador:

Fdo.:

En _____ a _____ de _____ de 20__

Página 2 de 2

En cuanto al efecto del **trabajo a turnos**, no se conoce con exactitud el tipo de turno que genera más problemas de salud entre los trabajadores. No obstante, existen una serie de características personales que desaconsejan el trabajo en un sistema de turnos rotativos y, especialmente, en el turno de noche.

- Enfermedad gastrointestinal grave (incluye enfermedad hepática o pancreática grave)
- Diabetes, especialmente la insulino dependiente
- Irregularidades hormonales graves
- Epilepsia
- Factores de alto riesgo cardiovascular
- Estados depresivos
- Estados psicóticos
- Trastornos crónicos del sueño

También se desaconseja el trabajo a turnos o nocturno, debido a un posible empeoramiento de los efectos adversos de la turnicidad en:

- Trabajadores de más de 45-50 años
- Condiciones domésticas insatisfactorias para dormir
- Ausencia de apoyo social y familiar
- Mujer con niños pequeños

2.3.3.- Vigilancia de la Salud en el paciente con trastorno depresivo

I.- La exploración psiquiátrica en Vigilancia de la Salud

La exploración de la salud mental del trabajador debe estar integrada en la propia actividad de la vigilancia periódica de la salud. Por ello, en cualquier examen salud (inicial, periódico, tras retorno de IT etc.), además de aplicar los protocolos específicos en función de los riesgos del puesto de trabajo, se valorará, en la medida de lo posible, el estado de salud mental del trabajador así como la interrelación con su entorno laboral.

La objetivación de la situación funcional se realizará, además de por lo que refiera el paciente, por las impresiones que los médicos obtengan de la entrevista, por las repercusiones somáticas de los procesos (estigmas físicos de ansiedad o depresión) y por los datos objetivos sobre su gravedad o evolución (asistencias a urgencias, internamientos, procedimientos judiciales...).

Se deben establecer dos grupos bien diferenciados:

- Síndromes depresivos de mayor o menor entidad, distimias, trastornos de ansiedad, trastornos adaptativos, etc.: las facultades superiores (pensamiento, juicio, lenguaje) suelen encontrarse intactas y las limitaciones vendrán dadas más por aspectos menos importantes, como tristeza, falta de impulso, falta de ilusión, tendencia al aislamiento o emotividad inadecuada.

Suelen ser compatibles con una actividad laboral adecuada, aunque a expensas de un esfuerzo por parte del paciente y así, habitualmente, el mantenimiento de una actividad laboral continuada es recomendado por los psiquiatras como factor beneficioso en su tratamiento y estabilización.

Es un aspecto fundamental en la recuperación la participación del individuo en la mayor medida posible en sus actividades cotidianas, entre las que se incluye el trabajo a pesar de la existencia de síntomas. En síndromes ansioso-depresivos y trastornos adaptativos, pueden existir periodos de no aptitud temporal durante la reagudización de algún síntoma (insomnio, pérdida de apetito, estresor agudo,...), pero el paciente debe entender que esta situación será transitoria, y podrá volver al trabajo cuando los síntomas mejoren sin esperar a la «curación» completa, entendiendo como curación la ausencia de síntomas.

→ Patologías graves y habitualmente crónicas con sintomatología cognitiva secundaria asociada: entre las que se pueden incluir trastornos bipolares y trastorno depresivo crónico severo o con síntomas psicóticos. Suelen estar afectadas las facultades superiores, ser progresivas y pueden alterar el juicio sobre la realidad.

La capacidad laboral suele estar mermada de forma considerable salvo que constatemos una evolución satisfactoria o al menos estable y sin criterios de severidad, corroborada con informes de atención especializada.

Debe evaluarse especialmente la capacidad para desarrollar profesiones que impliquen alto nivel de exigencia, responsabilidad, presión mental excesiva, esfuerzo intelectual alto o reflejos activos (conductores, maquinaria peligrosa). Los pacientes con depresión severa son menos resueltos a la hora de solventar los problemas, con más utilización de reacciones emocionales en los enfrentamientos y mayor dificultad en la toma de decisiones.

En general, son factores generales de mal pronóstico en las patologías psiquiátricas:

- Mal ajuste premórbido
- Predominio de síntomas de deterioro cognitivo
- Marcado retraimiento social y deficiente apoyo sociofamiliar
- Más de 3 brotes (recaídas)
- Resistencia a un tratamiento adecuado
- Alteración conductual
- Escasa adherencia al tratamiento
- Ingresos hospitalarios prolongados o reiterados

En trabajadores con patología mental ya diagnosticada o para valorar el riesgo de un trabajador de padecer una alteración de su salud mental con repercusión en el trabajo, o a consecuencia del mismo, será clave la entrevista clínica, ajustada al caso y orientada al conocimiento del problema y clínica asociada, estado mental del trabajador y repercusiones personales, sociales y laborales, incorporando las pautas de la entrevista psiquiátrica en la historia clínico-laboral.

Siguiendo las recomendaciones de la *Guía de buenas prácticas para la prevención y manejo de problemas de salud mental en trabajadores del ámbito sanitario* y la *Guía de valoración de incapacidad laboral para médicos de atención primaria*, se recogerán los siguientes datos:

- Antecedentes Laborales: trabajos de riesgo para consumo de alcohol o drogas, descripción de trabajos anteriores y tiempo de permanencia. Causas de abandono.
- Antecedentes Familiares: antecedentes psiquiátricos en la familia, conductas de adicción en padres. Cargas o problemas familiares importantes.
- Características del Puesto de trabajo actual: descripción (horario, turnos), complejidad de la tarea (toma de decisiones rápidas, importantes exigencias cognitivas, elevada responsabilidad hacia terceras personas, manejo de equipos de trabajo o entornos

peligrosos, etc.). Descripción del riesgo psicosocial del puesto de trabajo (situación laboral actual, estresores laborales).

- Valorar la existencia de factores laborales implicados en el problema: Factores que pueden estar facilitando la aparición o agravamiento del problema de salud mental o riesgo laboral que puede surgir (para la persona o terceros) debido al problema de salud mental del trabajador.
- Entorno familiar y social actual.
- Antecedentes Personales Psiquiátricos: Ansiedad y mala respuesta adaptativa al estrés, somatizaciones, trastornos psicológicos y/o psicopatológicos o conductas adictivas previas.
- Antecedentes patológicos o psiquiátricos: enfermedades crónicas, secuelas... Padecimiento de enfermedades crónicas (especialmente neurológicas) que impliquen deterioro de la capacidad funcional.
- Historia actual:
 - a) Anamnesis general (por órganos y aparatos) y de la esfera psicológica (entrevista semiestructurada de escucha activa).
 - Síntomas actuales: tristeza, ansiedad, angustia, fobias, etc. Preguntar de qué manera percibe que estos síntomas actuales en su actividad laboral y otras actividades diarias (conducir, realizar actividades domésticas, etc.).
 - Hábitos tóxicos: consumo de tabaco, alcohol, sustancias de abuso, bebidas excitantes, consumo de fármacos (en especial psicofármacos) y actividades de ocio (discotecas, deportes...).
 - Exploración física general: según los protocolos que correspondan al puesto, específicamente, exploración neurológica (reflejos, equilibrio, coordinación, temblores...).
 - Exploración psicológica. Los elementos básicos a evaluar son:
 - Descripción general: aspecto, conducta explícita y psicomotriz, actitud
 - Humor y afectividad
 - Percepción
 - Sensorio y cognición: identificando procesos mentales con alteraciones de contenido, de conciencia (sobre sí mismo y el entorno), orientación, memoria, concentración y atención

Se debe prestar especial atención a la presencia de signos de alarma en cuanto a alteración de aspecto general, hiperreactividad al estrés cotidiano, sensopercepción (alucinaciones, ilusiones, despersonalización, desrealización), deterioro cognitivo, comportamiento alterado con patrones desadaptativos de conducta, agresividad (hacia los otros o hacia sí mismo), alteraciones del lenguaje y de la manera de expresarse, contenido del pensamiento (ideas obsesivas, fobias, delirios) o falta de conciencia de la propia enfermedad (introspección o insight). Valorar también la disponibilidad de apoyo sociofamiliar y posibilidad de establecer un compromiso terapéutico y de controlar su eficacia y continuidad

Los aspectos que se deben recoger en la valoración de un trabajador con patología depresiva se resumen en la Hoja-Historia clínico-laboral en aspectos psiquiátricos que se adjunta como Anexo.

En referencia a la utilización de escalas de valoración psicológica:

- Pueden ser un medio de objetivar y cuantificar el estado actual del paciente.

- Son un sistema estandarizado y comúnmente aceptado de valoración.
- Permiten un mejor control de la evolución y homogeneizar los criterios de valoración y severidad.
- No deben realizarse mediante preguntas directas y cerradas.
- Su utilidad estriba en su aplicación a modo de «guion» que permita obtener todos los datos relevantes en la evaluación de estas patologías.

Basándonos en todo lo expuesto en puntos anteriores, se determinará la aptitud para el puesto de trabajo teniendo en consideración dos aspectos fundamentales que son: el nivel de riesgo del puesto de trabajo y el grado de limitación del trabajador.

- **El nivel de riesgo del puesto de trabajo**

Estará en función de:

- b) La *presencia de factores de riesgo psicosocial* en el puesto (turnos cambiantes, tareas con altas demandas de atención, puestos de responsabilidad, etc.). La estimación de la magnitud del riesgo psicosocial se obtendrá de la Evaluación de Riesgos Psicosociales.
- c) La dificultad de la propia tarea: especialmente si conlleva elevada peligrosidad con riesgo personal para el propio trabajador.
- d) La *responsabilidad respecto a terceros*: riesgo de causar lesiones a terceros por realización inadecuada de la tarea o por comportamiento inadecuado (agresivo)
- e) Las situaciones personales sobreañadidas: tratamientos con psicofármacos, patologías concomitantes, alteraciones del sueño, etc.

En la tabla adjunta se resumen los diferentes grados de riesgo estimados para las distintas circunstancias laborales del puesto que se deben valorar. Cada tipo de riesgo se valorará por separado (pues es frecuente que presenten distinto grado de riesgo) y el nivel de riesgo de un puesto de trabajo concreto se correspondería con la suma de las diferentes puntuaciones obtenidas en cada uno de los campos valorados.

Las actuaciones a realizar en cada nivel de riesgo serían las siguientes:

- Nivel de riesgo 0 (0-1 punto): **Riesgo muy bajo**. No precisa adaptaciones o serían muy concretas
- Nivel de riesgo 1 (2-4 puntos): **Riesgo bajo**. Solo precisa adaptaciones mínimas o muy concretas en cuanto a la organización del trabajo.
- Nivel de riesgo 2 (5-7 puntos): **Riesgo moderado**. Precisa adaptaciones más complejas o cambio de puesto. Solo en casos graves y sin posibilidad de adaptación o cambio de puesto, se valoraría la incapacidad permanente.
- Nivel de riesgo 3 (8-9 puntos): **Riesgo alto**. Precisa adaptaciones muy complejas o cambio de puesto de trabajo, y se valorará la incapacidad permanente según la gravedad y evolución del trastorno mental.

Niveles de riesgo del puesto de trabajo				
Grado	Factores de riesgo psicosocial	Otros riesgos	Riesgo de daño a terceros	Puntuación
0 Riesgo muy bajo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Factores de riesgo psicosocial previsibles y tolerables (bajas exigencias cognitivas) sobre los que el trabajador puede actuar (organizar actividad, autonomía, etc.) ▪ Con compensaciones. ▪ Poca o nula conflictividad Interna y externa. ▪ Turno fijo mañana o tarde, sin nocturnidad ni turnos prolongados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipos de trabajo seguros. • Ausencia de riesgos físicos o químicos importantes. • Riesgo de accidente in itinere muy bajo 	Muy bajo.	0
1 Riesgo bajo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Factores de riesgo psicosocial previsibles y tolerables (moderadas exigencias cognitivas) sobre los que se puede actuar desde la empresa (mejorar Puestos de trabajo). ▪ Con algunas compensaciones. ▪ Poca conflictividad interna o externa. ▪ Turno fijo mañana o tarde, con cambios o turno prolongado esporádicos. 	<ul style="list-style-type: none"> → Equipos de trabajo con riesgo bajo de accidente. → Riesgos físicos o químicos bajos. → Riesgo de accidente in itinere bajo 	Bajo.	1
2 Riesgo moderado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Factores de riesgo psicosocial previsibles, pero poco tolerables o sobre los que no se puede actuar (sin autonomía en la tarea, repetitividad...) ▪ Sin compensaciones. ▪ Presencia de conflictividad Interna y externa. ▪ Turnicidad o nocturnidad o jornadas prolongadas ≥ 4/mes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipos de trabajo con riesgo moderado de accidente. • Riesgos físicos o químicos moderados. • Riesgo de accidente in itinere moderado 	Moderado-alto	2
3 Riesgo alto o muy alto	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Factores de riesgo psicosocial elevados y poco tolerables sobre los que apenas se puede actuar. ▪ Sin compensaciones o situaciones de agravio comparativo. ▪ Moderada a alta conflictividad interna y externa. ▪ Turno rotatorio o fijo de noche o jornada habitual > 8 h 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipos de trabajo con riesgo elevado de accidente. • Riesgos físicos o químicos elevados. • Riesgo de accidente in itinere importante. 	Alto-muy alto	3

Fuente: Modificado de Otero Dorrego C, 2012 (Guía de buenas prácticas para la prevención y manejo de problemas de salud mental en trabajadores del ámbito sanitario).

El grado de limitación del trabajador afectado de un trastorno depresivo.

Nos basaremos en la *Guía de valoración de incapacidad laboral para médicos de atención primaria*, en su edición de 2009, que indica que los grados de limitación dependerán de la clínica, el tratamiento y la funcionalidad, tal como se recoge en el cuadro resumen de grados de limitación.

Grados de limitación funcional por trastorno depresivo				
Grado	Clínica	Tratamiento	Funcionalidad	Limitaciones
0	Síntomas aislados	No precisa tratamiento, ni seguimiento especializado	Conservada	No presenta
1	Cumple criterios diagnósticos de forma intermitente	Tratamiento y seguimiento intermitente con compensación de síntomas	Alterada en crisis	IT en crisis
2	Cumple criterios diagnósticos de forma continuada	Tratamiento y seguimiento especializado habitual con respuesta parcial	Defecto leve o moderado	Limitados para actividades de responsabilidad, riesgo, gran carga estresante o que precisen contacto frecuente con terceros
3	Cumple criterios diagnósticos de forma continuada con criterios de gravedad	Tratamiento y seguimiento especializado habitual con respuesta escasa.	Defecto severo	No apto para la actividad laboral productiva, posible en ambientes protegidos
4	Cumple criterios diagnósticos de forma especialmente severa	Tratamiento y seguimiento Especializado habitual con mínima o nula respuesta	Defecto muy severo	Capacidad nula, puede requerir ayuda o supervisión para ABVD

Fuente: Guía de valoración de Incapacidad laboral para médicos de atención primaria, 2009

- Los **grados 0 y 1** serán susceptibles de realizar su trabajo prácticamente con normalidad, salvo durante las crisis en el grado 1. Se beneficiarían de medidas preventivas (formación en prevención de riesgos psicosociales, información para el manejo de situaciones específicas de su puesto de trabajo, adaptación de tareas, etc.). Se debe establecer por parte del Médico del Trabajo, teniendo en cuenta el estado de salud del trabajador y el puesto de trabajo que ocupa, un plan de seguimiento periódico de los trabajadores de nivel de riesgo 1, máximo cada 2 años si no hay crisis.
- En el **grado 2**, el Médico del Trabajo indicará los cambios o restricciones necesarias para que el trabajador pueda realizar su trabajo sin riesgo. Pueden precisar cambio de puesto de trabajo o ser susceptibles de Incapacidad Permanente para su trabajo habitual en caso de no ser posible la adaptación o el cambio. Se establecerá por parte del Médico del Trabajo, teniendo en cuenta el estado de salud del trabajador y el puesto de trabajo que ocupa, un plan de seguimiento de los trabajadores, máximo anual si no hay cambios en este tiempo.
- Los trabajadores con limitaciones **de grado 3**, solo podrían prestar actividad laboral en empresas de integración (Ej. el grupo ONCE). Entre otros diagnósticos y siempre con criterios de gravedad, se incluirían en este grupo:
 - Depresión mayor severa, de evolución crónica y resistente a tratamiento.
 - Trastorno bipolar con recaídas frecuentes que requieran tratamiento (cicladores rápidos: tienen al menos cuatro episodios, sean maníacos, hipomaniacos, depresivos o mixtos durante los doce meses previos).

- Episodios maníacos y depresión recurrentes con tentativas de suicidio en fases depresivas.
- Las personas con un **grado 4** tendrán una capacidad nula para el trabajo y pueden requerir de ayuda o supervisión para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

II.- Conducta a seguir en función de las alteraciones que se detecten

La aptitud y las recomendaciones de adaptación o cambio de puesto deben ser individualizadas y personalizadas, y vendrán determinadas, como se ha referido, por la confrontación entre la situación clínica del trabajador (*grado de limitación*) y los riesgos del puesto (*nivel de riesgo del puesto de trabajo*).

En función de la respuesta a las siguientes cuestiones:

- *¿Presenta signos y síntomas que se ajusten a criterios diagnósticos?*
- *¿Existe una repercusión funcional que impida la realización de su trabajo?*
- *¿Toma psicofármacos que puedan limitar su actividad laboral?*
- *¿Es capaz de realizar su trabajo dentro de su jornada laboral habitual (horario, ritmo, desplazamiento...)?*
- *¿Es capaz de realizar su trabajo dentro del entorno material y humano habituales (lugar de trabajo, compañeros, usuarios...)?*
- *¿Es capaz de realizar su tarea sin cometer errores que puedan repercutir en su seguridad o la de otros (tomar decisiones rápidamente, prestar atención mantenida, etc.)?*

La calificación de aptitud podrá ser:

→ **Apto**

- Trabajadores con grado 0 de limitación clínica y un nivel de riesgo 0-1 (muy bajo o bajo).
- Trabajadores con grado 1 de limitación clínica y un nivel de riesgo 0-1 (muy bajo o bajo). En crisis o descompensaciones deben reevaluarse y determinar la posible calificación como no apto temporal.

→ **Apto con restricciones y/o Adaptaciones de Puesto de trabajo**

- Trabajadores con grado 1 de limitación clínica y un nivel de riesgo 2-3 (moderado a muy alto).
- Trabajadores con un grado 2 de limitación clínica y un nivel de riesgo 0-1 (muy bajo o bajo).

Las limitaciones o adaptaciones irán encaminadas a evitar las situaciones que puedan ser *facilitadoras* de las crisis. Se realizará un seguimiento individualizado tras la adopción de las medidas preventivas para valorar si la evolución del paciente es satisfactoria.

→ **No apto temporal**

En trabajadores con un grado 1 o 2 de limitación clínica y, cualquiera que sea su nivel de riesgo, durante las crisis. Se le facilitaría la asistencia sanitaria de su proceso y la situación de incapacidad temporal, mediante la coordinación del médico del trabajo con profesionales asistenciales.

Al alta de su proceso de incapacidad temporal, se reevaluará la aptitud para determinar si es necesaria la adaptación o cambio de su puesto de trabajo.

→ **No apto permanente**

Trabajadores con grado 2 de limitación clínica y un nivel de riesgo 2-3 (moderado a muy alto). Se intentará, siempre que sea factible en la organización, el cambio a otro puesto en donde no concurren las condiciones de riesgo para las que el trabajador está limitado. En caso de que no haya disponibilidad de otro puesto de trabajo en esas condiciones, procederá valoración de incapacidad permanente.

En trabajadores con un grado 3 de limitación clínica y cualquier nivel de riesgo. Solo pueden trabajar en ambiente protegido o de tutelaje con nivel de riesgo muy bajo.

2.4 La Incapacidad laboral en Depresión. Criterios de valoración

La valoración en Incapacidad Laboral tiene implicaciones personales, laborales y económicas. Por ello, debe seguirse un riguroso protocolo que parte de la clarificación del concepto y de una sistematización preestablecida que se verá a continuación.

2.4.1 Concepto de incapacidad laboral

Se entiende por Incapacidad Laboral el estado transitorio o permanente de una persona que, por accidente o enfermedad, queda mermada en su capacidad laboral.

Conceptualmente, puede entenderse como un **desequilibrio entre las capacidades funcionales y los requerimientos de un puesto de trabajo**, pudiendo ser ese desequilibrio transitorio (incapacidad laboral temporal) o permanente (incapacidad laboral permanente).

La definición de Incapacidad Laboral viene también recogida en el Diccionario de la Real Academia Española como un término de Derecho: *Situación de enfermedad o de padecimiento físico o psíquico que impide a una persona, de manera transitoria o definitiva, realizar una actividad profesional y que, normalmente, da derecho a una prestación de la Seguridad Social.*

El término incapacidad se puede utilizar, por tanto, en referencia a la *situación sobrevenida de forma involuntaria e imprevista*, y debe tenerse en cuenta que el término opuesto, la *capacidad*, está determinada por distintos aspectos: culturales, físicos, educacionales, económicos, etc., que de por sí limitan la incorporación laboral de todos los individuos a todos los puestos (es decir, “no todos podemos realizar todas las tareas”).

Así, puede decirse que la incapacidad laboral es la situación del trabajador que *“viniendo realizando una determinada tarea, le sobreviene, de forma involuntaria e imprevista, una disminución o anulación de su capacidad laboral”*. No deben entenderse como incapacidad laboral determinadas situaciones de tipo social o laboral no ligadas a la repercusión que una lesión o enfermedad pueda causar sobre las capacidades del individuo (por ejemplo, desempleo, cierre de la empresa, nuevas tecnologías, cambio de ubicación del puesto de trabajo, etc.).

El Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la seguridad Social, es la norma que recoge todas las disposiciones en materia de Seguridad Social de nuestro ordenamiento jurídico. Consta de 373 artículos, siendo los artículos 169 a 176 los que regulan lo relativo con la incapacidad temporal, los artículos 193 a 200 lo concerniente a la incapacidad permanente contributiva, los artículos 201 a 203 lo

tocante a las lesiones permanentes no incapacitantes, y los artículos 363 a 368, a la invalidez no contributiva.

La situación de incapacidad laboral puede conllevar una *pérdida de ganancia*: tal circunstancia es la que se trata de proteger con las prestaciones económicas de la Seguridad Social.

El origen que determina la contingencia de la incapacidad puede ser *común* (enfermedad común y accidente no laboral) o *profesional* (enfermedad profesional y accidente laboral).

I. Incapacidad Temporal

El artículo 169 de la Ley General de la Seguridad Social enumera las situaciones que se consideran determinantes de Incapacidad Temporal y, por tanto, pueden dar derecho a una prestación económica de la Seguridad Social:

- Las debidas a enfermedad común o profesional y a accidente, sea o no de trabajo, mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria de la Seguridad Social y esté impedido para el trabajo, con una duración máxima de trescientos sesenta y cinco días, prorrogables por otros ciento ochenta días cuando se presuma que durante ellos el trabajador pueda ser dado de alta médica por curación.
- Los períodos de observación por enfermedad profesional en los que se prescriba la baja en el trabajo durante los mismos, con una duración máxima de seis meses, prorrogables por otros seis cuando se estime necesario para el estudio y diagnóstico de la enfermedad.

Así pues, podemos observar cómo es preciso que se cumplan dos condiciones indispensables para que, dentro del marco jurídico de la Seguridad Social, se reconozca la situación de incapacidad temporal:

- Que las consecuencias de la enfermedad o accidente produzcan una alteración de la salud de tal intensidad que, a juicio médico, el paciente esté *impedido para el trabajo*, de modo que se justifique el alejamiento temporal de su puesto de trabajo. Es decir, cualquier alteración de la salud del trabajador no comporta automáticamente el nacimiento de la prestación por incapacidad temporal.
- Que dichas alteraciones precisen asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Se admite, no obstante, que la asistencia sanitaria se preste por medios privados siempre que el control de la situación se realice por el facultativo del Servicio Público de Salud.
- También recoge la Ley General de la Seguridad Social los requisitos para generar el derecho a la prestación económica por encontrarse el trabajador en situación de Incapacidad Temporal, las causas de suspensión, extinción, agotamiento, gestión, etc., del subsidio correspondiente.

II. Incapacidad Permanente

La Ley General de la Seguridad Social define en su artículo nº 133 la Incapacidad Permanente (IP) como la *situación del trabajador que, después de haber sido sometido al tratamiento prescrito, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral*.

Se establecen diferentes grados de IP en función de las limitaciones funcionales de carácter permanente que presente el paciente y de la afectación que supongan para el desempeño de su puesto de trabajo habitual. Cada grado conlleva una prestación económica de diferente cuantía.

La solicitud de valoración de Incapacidad Permanente puede ser iniciada por:

- El interesado: en cualquier momento
- Propuesta del Servicio Público de Salud (Médico asistencial, generalmente el Médico de Atención Primaria, o Inspector Médico)
- Propuesta de la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social responsable del pago de la prestación.
- De oficio:
 - A propuesta del Instituto Nacional de la Seguridad Social
 - A propuesta de la Inspección de Trabajo
 - Agotamiento de plazo de incapacidad temporal: Transcurridos 545 días de incapacidad temporal.
 - En asegurados de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE) o de la Mutua General Judicial (MUGEJU), según el órgano de personal que corresponda.

La valoración de la incapacidad permanente deberá hacerse una vez agotadas las posibilidades terapéuticas y cuando las secuelas y limitaciones del paciente son definitivas.

La incapacidad permanente, cualquiera que sea su causa, se clasificará en los siguientes grados:

- Incapacidad Permanente Parcial.
- Incapacidad Permanente Total.
- Incapacidad Permanente Absoluta.
- Gran Invalidez.

Estos grados se determinarán en función del porcentaje de reducción de la capacidad de trabajo y de cómo incida dicha reducción en el desarrollo de la profesión –o del grupo profesional en que dicha profesión estaba encuadrada– que ejercía el trabajador antes de producirse el hecho que originó la incapacidad permanente.

El organismo competente para declarar la situación de incapacidad permanente es el Instituto Nacional de la Seguridad Social.

La calificación de incapacidad permanente puede ser revisada por las siguientes causas:

- Agravación.
- Mejoría.
- Error de diagnóstico.
- Realización de trabajos –por cuenta propia o ajena– del pensionista.

Tras la revisión, podrá determinarse un aumento o una disminución del grado de incapacidad (incluso, puede retirarse la calificación de *incapacitado permanente* si se ha recuperado la capacidad de trabajo) o no variarse el grado.

Si el pensionista está desempeñando un trabajo, se revisará su situación para comprobar si dicho trabajo es compatible con su estado de salud y/o si ha mejorado su situación incapacitante, lo que podría conllevar la variación del grado de incapacidad inicialmente reconocido.

En cuanto a las prestaciones económicas a que dan lugar los distintos grados de incapacidad permanente, son los siguientes:

Grados de incapacidad permanente	
Incapacidad permanente parcial	Dará lugar a una cantidad a tanto alzado.
Incapacidad permanente total	Dará lugar a una pensión vitalicia, que podrá excepcionalmente ser sustituida por una indemnización a tanto alzado cuando el beneficiario fuese menor de sesenta años. Por otra parte, esta pensión será incrementada en el porcentaje que reglamentariamente se determine cuando se presuma la dificultad que pueda tener el trabajador para encontrar empleo en actividad distinta de la habitual debido a su edad, falta de preparación general o especializada y circunstancias sociales y laborales del lugar de residencia. Esta pensión es compatible con un empleo, en la misma empresa o en otra distinta, siempre y cuando las funciones no coincidan con las que dieron lugar a la incapacidad permanente total.
Incapacidad permanente absoluta	Dará lugar a una pensión vitalicia. Esta situación no impedirá el ejercicio de actividades, sean lucrativas o no, compatibles con el estado de salud del incapacitado y que no supongan un cambio en su capacidad de trabajo a efectos de revisión del grado de incapacidad.
Gran invalidez	En este caso, a la pensión vitalicia recibida por el grado de incapacidad permanente (total o absoluta) se le añadirá un complemento destinado a que el inválido pueda remunerar a la persona que le atienda. Al igual que la pensión por incapacidad permanente absoluta, es compatible con actividades, lucrativas o no, compatibles con el estado de salud del incapacitado y que no supongan un cambio en su capacidad de trabajo a efectos de revisión del grado de incapacidad.

Fuente: Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

III. Lesiones permanentes no incapacitantes

En caso de que el trabajador, como consecuencia de un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, quede afectado por lesiones, mutilaciones o deformidades de carácter definitivo que, sin llegar a constituir una incapacidad permanente, supongan una disminución o alteración de su integridad física y aparezcan recogidas en el baremo reglamentario correspondiente, tendrán derecho a recibir una indemnización con la cantidad a tanto alzada determinada en dicho baremo.

Estas indemnizaciones serán incompatibles con la pensión por incapacidad permanente, salvo en el caso de que las lesiones, mutilaciones y deformidades sean totalmente independientes de las que hayan sido tomadas en consideración para declarar tal incapacidad permanente y el grado de la misma.

2.4.2 Consideraciones generales en la valoración de la Incapacidad Laboral en Depresión

Dentro del grupo de diagnóstico *Trastornos Mentales* (capítulo V de la CIE-10), la prevalencia de patologías relacionadas con síndromes ansiosos y depresivos ha experimentado un notable incremento en los últimos años, siendo además causa de un porcentaje elevado de procesos de incapacidad temporal. No obstante, en numerosas ocasiones estos procesos no determinan

limitaciones laborales graves o con repercusión a largo plazo; sin embargo, el hecho de que la información de que se dispone a la hora de valorar la incapacidad laboral sea fundamentalmente subjetiva (es decir, referida por el propio trabajador) dificulta la adecuada evaluación de las repercusiones para desempeñar las tareas del puesto de trabajo.

En base a que el trastorno depresivo se ha asociado tradicionalmente con disminución de la productividad, absentismo laboral y mayor número de procesos de incapacidad temporal, mayor duración de estos procesos, rotación laboral y desempleo, así como con jubilación anticipada, en la tabla adjunta se reflejan los datos globales de incapacidad temporal por trastorno ansioso-depresivo/adaptativo referentes al año 2011.

Procesos de incapacidad temporal por patología depresiva (2011)			
Mes año 2011	Duración media	Nº procesos	Nº días
Enero	72,8	3.860	280.893
Febrero	65,6	4.838	317.293
Marzo	62,1	5.900	366.650
Abril	60,1	5.217	313.455
Mayo	62,5	5.280	330.152
Junio	59,1	5.738	339.198
Julio	65,9	5.196	342.670
Agosto	64,3	3.536	227.205
Septiembre	79,0	4.334	342.333
Octubre	66,8	4.361	291.290
Noviembre	62,6	4.648	291.042
Diciembre	57,6	3.887	223.874
Total	64,5	56.795	3.666.055

Fuente: Vicente Herrero et al, 2013

La tendencia cada vez más frecuente a la utilización de términos patológicos del ámbito psiquiátrico en ámbitos cotidianos (afirmaciones tales como “estoy deprimido” tras una ruptura sentimental, “tengo un síndrome de ansiedad” ante la normal inquietud por un próximo examen, “te está entrando una crisis de pánico” a alguien que se muestra expectante y temeroso de un rechazo a un puesto de trabajo al que postula, etc.) y a la catalogación -por parte de muchos médicos asistenciales- con diagnósticos psiquiátricos de situaciones vitales propias de todo ser humano favorece la percepción por parte del trabajador de encontrarse limitado para sus actividades normales más allá de lo que realmente lo está.

Como se ha referido, en la valoración de los trastornos mentales es imprescindible diferenciar dos grupos bien definidos:

- Un primer grupo serían aquellas patologías graves y habitualmente crónicas que suelen afectar a las facultades superiores, suelen ser progresivas y alteran el juicio sobre la realidad (esquizofrenia y psicosis de curso crónico y progresivo, trastornos bipolares, trastorno depresivo crónico severo o con síntomas psicóticos, demencias).

→ Un segundo grupo mucho más numeroso y con una frecuencia en aumento constituido por síndromes depresivos de mayor o menor entidad, distimias, trastornos de ansiedad, fobias, trastornos de la personalidad, trastornos adaptativos, etc.

Podría decirse de un modo generalizado que ambos grupos de pacientes se diferencian por su actitud frente a su situación: el *no poder* de los del primer grupo, con el *no tener ganas* de los del segundo; entre la *aptitud* y la *actitud*, entre la *posibilidad* y la *voluntad*.

El capítulo que nos ocupa se engloba en este segundo grupo, en el que la capacidad funcional está mucho más a menudo conservada totalmente o levemente limitada, y donde la valoración de la situación funcional del trabajador es mucho más importante y necesaria, pudiendo verificarse en muchos casos que la actividad laboral no solamente es posible por las escasas limitaciones funcionales, sino que, además, puede ser en sí misma terapéutica.

Al igual que ocurre con cualquier patología, la valoración funcional de los pacientes con depresión debe hacerse de manera individualizada, pues no todos los que padezcan la misma enfermedad van a ver mermadas sus capacidades de la misma forma y, fundamentalmente, porque sus limitaciones van a estar íntimamente relacionadas con los requerimientos del puesto de trabajo. La propia motivación e incentivación, la actitud del interesado, va a influir en la superación de las limitaciones causadas por la patología.

Así pues, la determinación de si un trabajador que presenta determinado trastorno está incapacitado para el desempeño de su puesto de trabajo está condicionada por tres factores principales:

- La enfermedad y sus consecuencias (secuelas y limitaciones funcionales).
- Los requerimientos del puesto de trabajo.
- El propio trabajador.

Por ello, en la evaluación de la situación del trabajador debe hacerse tanto la valoración médica como la del puesto de trabajo. Con cierta frecuencia, erróneamente la valoración de un determinado paciente se realiza en base a la enfermedad que presenta; sin embargo, no se debe olvidar que debe realizarse de manera individualizada, pues al igual que se utiliza la máxima *no existen enfermedades, sino enfermos*, puede decirse que *no existen enfermedades incapacitantes, sino trabajadores incapacitados*.

El problema radica precisamente, y más concretamente en el caso de los trastornos depresivos, en poder realizar una valoración **objetiva** de las limitaciones, pues muchas veces entran en juego factores no médicos que pueden influir en la actitud del trabajador para conseguir una prestación económica (“rentismo”).

2.4.3 Procedimiento para la valoración de la Incapacidad Laboral en Depresión

La valoración del enfermo mental tiene que llevarse a cabo por medio de una entrevista clínica que, de forma más o menos completa, puede realizar cualquier médico (especialista en psiquiatría o no). Hay que tener en cuenta que, a diferencia de otras especialidades en las que las pruebas complementarias son determinantes en el diagnóstico, en psiquiatría éste se basa prácticamente en exclusiva en una correcta interpretación de los datos obtenidos en la entrevista clínica, herramienta de la que dispone todo médico encargado de realizar dicha valoración.

Puede decirse que, en general, para valorar las limitaciones funcionales que pueden dar lugar a una incapacidad laboral en pacientes con depresión deben responderse las siguientes cuestiones:

- ¿El diagnóstico se ajusta a los *criterios diagnósticos* de los Manuales de referencia (DSM, CIE)?
- ¿La sintomatología origina una repercusión funcional tal que impide la realización del trabajo habitual?
- ¿El permanecer en situación de incapacidad temporal va a servir realmente para mejorar o curar la enfermedad? o es una situación en la que la única solución va a venir dada por otras instancias (incapacidad temporal por problemas laborales, litigios, situaciones familiares). Por ejemplo, limpiadora que solicita incapacidad temporal por "depresión" por tener a un familiar enfermo para a dedicarse a su cuidado.
- ¿El tratamiento pautado limita de forma significativa las actividades del paciente?
- ¿La naturaleza y el pronóstico de la enfermedad hacen pensar que, previsiblemente, las limitaciones van a ser progresivas y/o definitivas?

De la respuesta a las cuestiones planteadas se puede derivar ya una primera valoración de la capacidad laboral. Dichas respuestas y su consiguiente valoración se obtendrán fundamentalmente del desarrollo de la ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA, elemento clave en la valoración de este tipo de pacientes.

Los datos que deben recogerse necesariamente de la entrevista son:

- Síntomas que refiere el paciente y las limitaciones laborales que, según él, le suponen.
- Actividades diarias que realiza: domésticas, de ocio, relaciones familiares y sociales, conducción de vehículos... Este relato nos proporciona datos sobre la memoria, concentración, lenguaje, atención, orientación temporo-espacial, independencia, astenia, ritmos circadianos, anhedonia, apatía, aislamiento, capacidad de relación.

Se suele considerar que la entrevista psiquiátrica más eficiente es aquella en la que el paciente habla libremente dirigido por el médico, intentando que proporcione detalles, evitando preguntas directivas o cerradas, huyendo de interpretaciones u opiniones personales y valorando los síntomas y las limitaciones que refiere correlacionándolos con la actividad que en realidad realiza a lo largo del día (a nivel doméstico, social, laboral, lúdico...), así como los signos que nos transmite su lenguaje no verbal. Por ejemplo, un paciente que refiere alteraciones de memoria y es capaz de relatar sus actividades sin dudas o lagunas o manejar la documentación clínica sin limitaciones (su posible alteración de memoria se deberá, en general, a factores atencionales y no a deterioro cognitivo).

La exploración psiquiátrica se debe iniciar desde que el paciente accede a la consulta y, aunque no hay reglas especiales, es necesario incidir en una serie de aspectos que van a permitirnos exponer de una manera pormenorizada y cuantificada la impresión que sobre las limitaciones funcionales obtengamos.

La utilidad de la historia clínica psiquiátrica radica no sólo en conseguir un acercamiento diagnóstico, sino una descripción detallada de los síntomas y la disfunción que provocan. Es importante recoger los siguientes datos:

2.4.3.1.- ANAMNESIS:

- *Antecedentes familiares* de patologías psiquiátricas.
- *Antecedentes personales*:
 - Psiquiátricos: diagnósticos previos, asistencias a urgencias, ingresos hospitalarios...
 - Somáticos.

- Consumo de tóxicos
- *Entorno del paciente:*
 - Familiar: relaciones y estresores familiares. Condiciones socioeconómicas.
 - Social: relaciones y estresores sociales. Actividades de ocio. Conflictos judiciales.
 - Laboral: puestos de trabajo desempeñados y motivos de los cambios (si los hay). Situación laboral actual. Tipo de contrato. Estresores laborales.
- *Enfermedad actual:* fecha y forma de inicio de los síntomas. Causas objetivas y desencadenantes. Intensidad y evolución. Limitaciones funcionales. Actividades cotidianas.
- *Tratamiento, tanto actual como anterior (si es que los ha habido): fármaco, dosis, respuesta, tolerancia, etc. Para la valoración de la incapacidad laboral es básico tener en cuenta si se han adoptado las medidas terapéuticas indicadas y si éstas están agotadas (momento de valorar una posible limitación permanente) así como los efectos secundarios o precauciones inherentes a seguir ante determinadas pautas farmacoterapéuticas.*

2.4.3.2.- EXPLORACIÓN:

La exploración del paciente psiquiátrico se inicia desde antes incluso de comenzar la entrevista: desde el momento en que le vemos llegar.

- *Modo de acceso a la consulta:* solo o acompañado. En transporte público o conduciendo.
- *Aspecto:* vestimenta, aseo, maquillaje, aspecto general.
- *Actitud:* colaborador, defensivo, hostil, agresivo.
- *Postura:* tensa, relajada, inadecuada; mímica facial.
- *Signos de ansiedad:* psíquicos (inquietud, irritabilidad, tensión, miedos) y somáticos (fatiga, temblores, sudoración, sequedad de boca, rubor, palidez, disnea...).
- *Signos de tristeza:* facies, actitud, emotividad, anhedonia, cambios de humor, falta de reactividad.
- *Conciencia:* clara o alterada.
- *Orientación temporoespacial y personal.*
- *Atención:* excesiva (hipervigilante) o disminuida (distráido).
- Concentración respecto a la conversación con el médico.
- Memoria: inmediata, reciente y remota.
- Sensopercepción: alucinaciones, ilusiones, despersonalización, desrealización.
- Pensamiento: forma (rápido o enlentecido), alteraciones en la continuidad y en las asociaciones de ideas, bloqueos o fugas de ideas, incongruencia y respuestas anómalas) y contenido (fobias, obsesiones, delirios).
- Lenguaje: tono, cantidad, velocidad, flujo de respuesta.
- Juicio: capacidad para valorar las consecuencias de sus propios actos (exploración mediante ejemplos, como “qué haría si se encontrara en un cine donde se declarase un incendio”).

→ Ideación autolesiva: diferenciar las ideas no estructuradas y los gestos impulsivos no planificados, con grandes posibilidades de salvación y con métodos de baja letalidad destinados fundamentalmente a llamar la atención, de las tentativas bien planificadas, con medios de alta letalidad, deseo inequívoco de morir y con escasas posibilidades de salvación.

En general, los especialistas en psiquiatría prescriben ingreso hospitalario ante intentos autolíticos, pero no ante los gestos autolíticos. Si un paciente nos dice que ha intentado suicidarse en varias ocasiones, pero que nunca le dejaron ingresado en el hospital, debemos pensar que se trataba más de gestos que de intentos autolíticos.

- Agresividad: auto y heteroagresividad.
- Alimentación: cambio de hábitos y repercusión ponderal.
- Sueño: alteración en el horario, ritmo y calidad y repercusión sobre la actividad diurna.
- Libido: modificaciones respecto al estado habitual previo.
- Introspección (insight): conciencia de la propia enfermedad.
- Otros datos relevantes: rasgos de la personalidad. Fiabilidad y congruencia de los datos recabados.

2.4.3.2- Escalas de valoración

Las escalas de valoración pueden servir de ayuda para objetivar y cuantificar el estado del paciente. Se trata de un sistema estandarizado y comúnmente aceptado de valoración. Permiten un mejor control de la evolución y una homogeneización de los criterios de valoración y severidad.

Deben evitarse las preguntas directas y cerradas.

Su utilidad estriba en su aplicación a modo de guion de modo que se facilita la obtención de todos los datos relevantes en la evaluación de la patología psiquiátrica.

Algunas de las escalas más útiles y fáciles de realizar por facultativos no especialistas en psiquiatría son:

- Montgomery Asberg Depresión Rating Scale (MADRS) (Validada por Lobo y cols)
- Escala de Hamilton para la Depresión (validada por Ramos-Brieva y cols)
- Beck Depresión Inventory (BDI): es una escala de autoevaluación que valora fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión.

Estos instrumentos nos permiten realizar una monitorización sintomática, evalúan la gravedad de la depresión y la respuesta al tratamiento.

2.4.4 Limitación funcional y valoración de la incapacidad laboral en los trastornos depresivos

Al contrario que en el caso de patologías somáticas, la presencia de las limitaciones funcionales de un trabajador afectado por depresión "se percibe más que se cuenta", es decir: además de la sintomatología referida por el propio paciente debemos ser capaces de abstraer conclusiones a partir de lo observado.

Hay determinados parámetros importantes a tener en cuenta:

- Suele existir un empeoramiento matutino (en la distimia suele ser vespertino).
- La posibilidad de recurrencias se correlaciona fielmente con el número de episodios previos.
- La gravedad del episodio inicial es un buen predictor de la posibilidad de persistencia del trastorno.
- Peor pronóstico: inicio precoz, coexistencia con distimia (depresión doble), abuso de sustancias, trastorno de la personalidad, trastorno de ansiedad.
- El mero hecho de estar en tratamiento no es indicativo de incapacidad laboral: hay que tener en cuenta que tras la fase aguda y de estabilización es necesario en muchos casos un tratamiento de mantenimiento a largo plazo para minimizar las recurrencias (en algunos casos de forma indefinida) compatible con el desempeño de una vida personal y laboral completamente normal.

Se considera interesante en este capítulo abordar concretamente el trastorno depresivo mayor (TDM):

- En primer lugar, debe recordarse que el término *mayor* no es indicativo de ningún grado predeterminado de severidad ya que dentro de él existen los grados leve, moderado y grave.
- Un TDM es una patología que se define por la presentación de uno (TDM episodio único) o más (TDM recurrente) episodios depresivos mayores. Según el DSM, se consideran *recurrencias* cuando ha existido una remisión parcial o completa de los síntomas de al menos dos meses).
- Un **episodio depresivo mayor** se define, a su vez, por la presencia de cinco o más de los síntomas definitorios de episodio depresivo mayor:
 - 1-tristeza
 - 2-anhedonia
 - 3-fatiga
 - 4-agitación o inhibición psicomotora
 - 5-alteraciones del sueño
 - 6-alteraciones del apetito
 - 7-alteraciones de la concentración
 - 8-sentimientos de inutilidad o culpa
 - 9-pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida

Se ha de prolongar durante al menos, dos semanas y han de representar una modificación respecto a la actividad previa (uno de ellos debe ser tristeza o anhedonia) los cuales deben producir un "malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes en la actividad del individuo" (DSM).

Respecto a la gravedad, se considera un **episodio leve** cuando no hay más de cinco o seis criterios diagnósticos del episodio depresivo y que "permiten el desarrollo de las actividades cotidianas a base de un esfuerzo extra" (por lo que, ateniéndose a este concepto, en la mayoría de los casos no sería precisa la prescripción de incapacidad temporal o, a lo sumo, durante las 4-8 semanas que se precisan para que el paciente se adapte a la medicación). Un

episodio es **grave** cuando existen todos los síntomas y, además, una "incapacidad evidente y observable" para el funcionamiento normal. Los **episodios moderados** son definidos como "los que tienen síntomas intermedios entre los anteriores" (DSM).

La presencia de síntomas psicóticos o tentativas de suicidio de riesgo letal elevado indica "per se" gravedad.

En cuanto a la evolución cronológica, se puede encontrar un TDM **remitente** cuando los síntomas fluctúan en intensidad sin llegar a normalizarse completamente, y se denomina **recurrente** cuando los síntomas fluctúan en intensidad existiendo períodos asintomáticos entre unas y otras agravaciones. Tanto en unos como en otros deberá conocerse la frecuencia y duración de los períodos de agravación para poder determinar si es pertinente la valoración de cara a una posible incapacidad permanente.

El **TDM crónico** se define como la persistencia de síntomas depresivos significativos durante, al menos, dos años de forma continuada y sin remisiones, y su presencia indica en general mala evolución y pronóstico.

De todo lo anterior se desprende que el diagnóstico de TDM precisa ser completado con el grado de severidad para la determinación de una incapacidad temporal y con la evolución temporal para poder determinar, en su caso, una incapacidad permanente.

Es importante tener en cuenta, a la hora de valorar las limitaciones funcionales, los factores de mal pronóstico en los cuadros depresivos, pues suponen un peor pronóstico de la enfermedad:

- Mal ajuste premórbido.
- Predominio de síntomas de deterioro cognitivo.
- Marcado retraimiento social y deficiente apoyo sociofamiliar.
- Más de 3 brotes (recaídas).
- Resistencia a un tratamiento adecuado.
- Alteración conductual.
- Escasa adherencia al tratamiento.
- Ingresos hospitalarios prolongados o reiterados.

Se describen a continuación una serie de aspectos más destacables que pueden ayudar a la compleja tarea de valorar las limitaciones funcionales y la incapacidad laboral en trabajadores que presentan trastornos depresivos:

1) La mayoría de pacientes no están completamente limitados o incapacitados como consecuencia de los mismos; en caso de existir limitaciones, para considerar que la situación es incapacitante dichas limitaciones habrán de ser similares en las tres esferas (laboral, social y familiar) sin diferencias significativas entre ellas: no puede considerarse lógico que una persona esté limitada para su actividad laboral, por ejemplo, limpiadora, y nos conste que desarrolle unas actividades sociales y familiares normales (cuidado de la casa, de los hijos, de familiares enfermos,...).

2) El medio para realizar la valoración del enfermo depresivo es, como ya se ha recogido anteriormente, la entrevista clínica, que debe tener la exhaustividad y profundidad necesaria para llegar a un diagnóstico clínico y funcional.

3) La objetivación de la situación funcional no puede basarse únicamente en lo referido por el trabajador, sino que el médico que evalúa deberá, a partir de la entrevista, extraer y anotar sus propias impresiones y conclusiones. Así mismo, es indispensable dejar constancia de las repercusiones físicas constatables que puedan derivar de los procesos psiquiátricos (estigmas físicos de ansiedad o depresión) así como los datos sobre su gravedad o evolución (asistencias a urgencias, internamientos, procedimientos judiciales...).

4) Actualmente existe una tendencia generalizada a lo que se ha denominado *psiquiatrización* de meras circunstancias existenciales ligadas a la propia naturaleza humana, además de una creciente *vulgarización* de la terminología psiquiátrica; ello ha hecho que en muchas ocasiones se utilicen términos diagnósticos de tipo “cajón de sastre” equiparando situaciones vitales con patologías psiquiátricas concretas, como, por ejemplo, la tristeza ante el fallecimiento de un ser querido (sentimiento vital normal que, a priori, no produce limitaciones funcionales insuperables) con la depresión (tristeza patológica que puede dar lugar a limitaciones funcionales), o el nerviosismo (mecanismo normal de respuesta al estrés) ante una situación comprometida, como un examen, con ansiedad-angustia (respuesta excesiva e inadecuada que determina síntomas signos físicos y/o psíquicos que pueden producir limitaciones funcionales). Esta psiquiatrización de la vida y los sentimientos pueden incluso llevar aparejada la instauración de un tratamiento farmacológico, lo que contribuye a que el paciente perciba su situación como patológica e incapacitante, en lugar de como un evento más enmarcado en el transcurso de su vida.

5) Hoy en día la mayoría de los modernos psicofármacos son de mucho más fácil manejo y mucho menos peligrosos que los fármacos tradicionales (neurolépticos clásicos, IMAO, tricíclicos), por lo que se tiende a utilizarlos, en general, de forma mucho más laxa e indiscriminada que hace unas décadas, de modo que hay que tener presente que el hecho de “estar en tratamiento” no es indicativo en modo alguno de severidad o limitación funcional ni un impedimento para seguir ejerciendo la actividad laboral .

6) El grado de limitación funcional y discapacidad no está correlacionado con el diagnóstico, sino con la repercusión de la patología con ese diagnóstico ejerce sobre el nivel de funcionamiento de cada individuo. Así pues, debe prescribirse un periodo de incapacidad temporal en función no de la patología diagnosticada, sino en relación a la dificultad que presenta el paciente para desempeñar su actividad laboral o las repercusiones negativas que pueda tener ésta sobre su patología.

7) Ciertas patologías pueden determinar una limitación funcional derivada más que de los síntomas propios de la enfermedad de una alteración cognitiva secundaria asociada (trastornos bipolares, psicóticos, depresiones graves y crónicas). Debe evaluarse especialmente la capacidad para desarrollar profesiones que impliquen alto nivel de exigencia, responsabilidad, presión mental excesiva, esfuerzo intelectual alto, reflejos activos (conductores, maquinaria peligrosa). Ciertos pacientes (depresivos severos y psicóticos residuales) tienen menor capacidad de resolución a la hora de solventar los problemas, con mayor utilización de reacciones emocionales en los enfrentamientos y mayor dificultad en la toma de decisiones.

8) Todo médico debe evitar el perjuicio que para el paciente puede suponer la pérdida de su actividad laboral (perjuicio económico, social, familiar...) y más aún cuando no es previsible que la patología y las limitaciones vayan a mejorar por el hecho de dejar de trabajar; por tanto, un uso indebido de la prestación de Incapacidad Temporal puede generar *iatrogenia* al no suponer una mejora (en ocasiones incluso puede empeorar la situación del paciente, tanto a nivel personal, social, familiar como patológico).

9) Está demostrado que la participación del individuo en la mayor medida posible en sus actividades cotidianas, entre las que se incluye la actividad laboral, a pesar de la existencia de sintomatología, influye de manera positiva en la recuperación del estado de salud.

10) En algunos casos concretos, fundamentalmente en trastornos adaptativos y síndromes ansioso-depresivos, podría valorarse la prescripción de periodos breves de incapacidad temporal en episodios de reagudización de determinados síntomas en particular (insomnio persistente, anorexia importante, agudización severa ante ciertos estresores,...), explicando claramente al paciente que esa situación de incapacidad será transitoria y de corta duración, ya que es fundamental que mantenga su actividad laboral como parte de la terapia para la mejora de su afección psíquica y que, por tanto, es necesario que retome el trabajo en cuanto su sintomatología mejore, sin esperar a una total "curación" (entendiendo como curación la ausencia total de síntomas).

11) Hay que tener en cuenta el aumento que se está produciendo en los últimos tiempos de la incidencia de procesos de incapacidad temporal derivados de problemas laborales, y podría ser comprensible la necesidad de un periodo de adaptación para que el trabajador se amolde a su situación en su medio de trabajo. En muchos casos se trata de problemas relacionales u organizativos, no de alteraciones psicopatológicas en sí mismas (muchas veces los propios pacientes reconocen que podrían realizar su trabajo si estuvieran en una localización más cercana a su domicilio, o con otro horario,...); el médico debe hacerle comprender que dichas situaciones deben regularse en el ámbito laboral, que es donde se originan, y nunca debe utilizarse la prescripción de la incapacidad temporal (mucho menos permanente) como recurso para solucionarlas (sólo estaría justificado, como ya se ha explicado, periodos breves de incapacidad temporal ante una repercusión psicopatológica relevante mientras se adapta a la situación vivida).

Una medida que permite evitar el perjuicio que a nivel funcional puede suponer para el paciente la pérdida de una actividad tan importante en las relaciones interpersonales como lo es la actividad laboral (especialmente cuando no es previsible que la patología y limitaciones mejoren con ello), es la negociación con el paciente de periodos limitados y concretos de incapacidad temporal para atender a la reagudización de algún síntoma en particular (insomnio, pérdida de apetito, astenia ...), o adaptarse a una situación estresante, con la explicación inicial al paciente de que esta situación será transitoria, que dentro de su terapéutica su actividad cotidiana en general y el trabajo en particular son fundamentales y, por tanto, la necesidad de volver al trabajo cuando estos síntomas mejoren sin esperar a la "curación" completa para ello (entendiendo como curación la ausencia de síntomas). Esto evita

extender bajas laborales solo por lo que nos refiere el paciente lo que podría suponer (en caso de pacientes que desean seguir en baja laboral por motivo que fuere) dificultades para dar el alta hasta que no nos dijera que está recuperado, puesto que no tendríamos argumentos para hacerlo: el paciente condicionó la baja y condicionará el alta.

Para finalizar, y como se ha apuntado ya anteriormente, no debe nunca olvidarse que la limitación funcional no está correlacionada con el diagnóstico, sino con la repercusión de ese diagnóstico sobre el nivel de funcionamiento de cada individuo. La incapacidad laboral debe ser considerada, por tanto, no en función de la patología diagnosticada, sino en relación a la dificultad que presenta el paciente para desempeñar su actividad laboral o las repercusiones negativas que pueda tener ésta sobre su patología.

2.5 Criterios de Discapacidad en Depresión

La discapacidad es la falta o limitación de alguna facultad física o mental que imposibilita o dificulta el desarrollo normal de la actividad de una persona.

Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las *deficiencias* son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las *limitaciones* de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las *restricciones de la participación* son problemas para participar en situaciones vitales.

Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive (OMS).

En este caso, también se debe diferenciar entre la verdadera depresión, que puede convertirse en un verdadero problema de salud, especialmente si es de intensidad moderada a grave y de larga evolución, de las alteraciones del estado de ánimo reactivas a sucesos vitales problemáticos y de corta duración, que se consideran reacciones adaptativas, no patológicas en personas normales.

La publicación del manual de la American Psychiatric Association (APA)- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, en su 5ª edición (DSM-V), mayo de 2013- ha creado controversia en cuanto al cambio de ciertos parámetros y críticas, que van desde la falta de rigor científico en la conceptualización de los trastornos hasta la patologización de conductas normales y los sesgos del grupo de investigación, que los mismo autores reconocen como una clasificación en transición.

La valoración de la discapacidad de las personas con depresión estará en función de cómo la clínica afecta a la capacidad para realizar las tareas de la vida diaria, teniendo en cuenta unas normas generales:

- El proceso patológico origen de la deficiencia, ha de haber sido diagnosticado por los organismos competentes, haber recibido las medidas terapéuticas y estar documentado.
- No se debe considerar como criterio de valoración el mero diagnóstico, sino la severidad de las consecuencias de la enfermedad.

- Solo se valorarán las deficiencias permanentes, es decir, aquellas deficiencias no recuperables, sin posibilidad razonable de restitución o mejoría, habiendo dejado un plazo razonable de evolución de la patología para la valoración.
- En el caso de la depresión que puede evolucionar con oscilaciones y/o reagudizaciones, la valoración se realizara en las épocas de estabilidad, aunque las características de la evolución en cuanto al número de reagudizaciones, la severidad y la duración de las mismas se deberá tener en cuenta en la valoración.

Para valorar la discapacidad en la depresión, utilizaremos como referencia los criterios de los sistemas de clasificación CIE- 10 y DSM-IV, y se realizara en base a:

- Disminución de la capacidad del individuo para llevar a cabo una vida autónoma.
- Disminución de la capacidad laboral
- Ajuste a la sintomatología psicopatológica universalmente aceptada.

2.5.1 Normas generales en la valoración de la discapacidad en la enfermedad mental

→ Capacidad del individuo afectado para llevar una vida autónoma, en base a la capacidad para realizar las siguientes actividades:

- Capacidad para relacionarse con el entorno, manejo de la información general, uso del teléfono, relaciones sociales y comportamiento con el entorno, aspecto físico, uso de transporte, tareas de su hogar, manejo del dinero, actividades de ocio y capacidad de enjuiciamiento de su capacidad de la de otros, etc.
- Actividades relacionadas con el cuidado personal como aseo, comida, desplazamientos, y capacidad de evitar lesiones y riesgos.

→ La repercusión que el trastorno pueda representar en su actividad laboral, que se valorará en relación a:

- Capacidad de mantener la concentración y la atención, continuidad en la realización de tareas, y de mantener una atención focalizada que permita finalizar las tareas en un plazo razonable, que puede extenderse de la misma manera a las tareas de casa.
- Capacidad para adaptarse a los cambios, la toma de decisiones, la planificación de tareas, la interacción con compañeros y jefes, las situaciones estresantes que puede reflejarse en forma de retraimiento, evitación de situaciones y aparición o exacerbación de los síntomas.
- Se valorará de igual forma la capacidad de adaptarse a situaciones de trabajo diversas en Centros Ocupacionales o Centros especiales de empleo, sin entrar a valorar la existencia de dichos recursos, sino las capacidades del individuo.
- También se valorará si la posibilidad de una prestación económica puede repercutir de forma positiva en la recuperación del individuo, evitando conceder dicha prestación si existe posibilidad de integración laboral.

→ Existencia y valoración de los síntomas y signos ajustados a los diagnósticos de los sistemas de clasificación generalmente aceptados, teniendo en cuenta que la presencia de síntomas no produce obligatoriamente una limitación general de las actividades de la vida diaria, sino que pueden expresarse en limitaciones específicas en un área funcional determinada, así que en la valoración de un trastorno mental como la depresión se considerará:

- Evidencia razonable de la existencia de síntomas ajustados a los criterios diagnósticos definidos en los manuales referidos.
- Posibilidad de poder establecer criterios de temporalidad y/o provisionalidad, en función de la evolución de la patología, lo que conllevaría la imposibilidad de valoración, en un momento dado, en espera de la estabilización de la clínica. Cuando se den criterios de cronicidad, la valoración será definitiva.
- Posibilidad de poder solicitar informes psiquiátricos/psicológicos, que nos den información sobre la historia del paciente y la evolución de la patología, así como del pronóstico del paciente.
- En un mismo tramo, la valoración puede variar en función de la gravedad del trastorno, valoración que habrá que ajustar en función de la misma, ya que las repercusiones sobre la funcionalidad del individuo puede variar en función de la patología. Tomaremos como referencia las estadísticas sobre población general (DSM IV, etc.), distinguiendo entre rasgos y trastornos, transformándose los primeros en los segundos cuando se conviertan en inflexibles, desadaptativos y persistentes.
- La dependencia a sustancias psicoactivas no se valorarán en sí misma, sino las patologías que puedan asociarse tanto las predisponentes y previas, como las secuelas que originan.

En la siguiente tabla se estratifican los grados y criterios asimilados en función de la clínica y su repercusión en las tareas de la vida diaria, así como el porcentaje de discapacidad a que puede dar lugar, teniendo en cuenta que se estratifican en tramos que habrá que individualizar en función de la repercusión del trastorno.

CRITERIOS DE VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN DEPRESIÓN		
	Discapacidad	Criterios
CLASE I	0%	Existe sintomatología psicopatológica que no supone disminución de la capacidad funcional
CLASE II	Leve (1-29%) a + b + c	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conservada o ligeramente disminuida la capacidad para llevar una vida autónoma, excepto en periodos de crisis <p style="text-align: center;">y</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Puede mantener una actividad laboral normalizada excepto en periodos de gran estrés o descompensación. <p style="text-align: center;">y</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ - Cumplen los criterios diagnósticos requeridos sin que existan síntomas que excedan los mismos.
CLASE III	Moderada (30-59%) a + b + c	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Restricción moderada de las actividades de la vida diaria, incluidas las sociales, y en la capacidad de llevar a cabo un trabajo remunerado en el mercado laboral. El tratamiento es necesario de forma habitual, y si a pesar de ello se mantiene una sintomatología evidente: <ul style="list-style-type: none"> → si interfiere marcadamente en las actividades del paciente, se encuadra en el extremo superior del intervalo → si no interfiere marcadamente en las actividades del paciente, se encuadra en el extremo inferior del intervalo <p style="text-align: center;">y</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ La clínica y dificultades puede agravarse en periodos de crisis. Fuera de ellos: → Sólo puede realizar tareas ocupacionales con supervisión mínima en centros ocupacionales (extremo superior del intervalo) → Puede desarrollar actividad laboral normalizada en puesto de trabajo adaptado en centro de empleo (extremo inferior del intervalo) <p style="text-align: center;">y</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Existencia de algunos síntomas que exceden los criterios diagnósticos requeridos, con repercusión funcional de entre leve y grave.
CLASE IV	Grave 60-74% a + b + c	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grave restricción de las actividades de la vida diaria. Precisa supervisión intermitente en ambientes protegidos, y total fuera de ellos. <p style="text-align: center;">y</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Grave restricción de su capacidad laboral, con deficiencias severas en la capacidad de concentración, continuidad y ritmo en la ejecución de las tareas, así como repetidos episodios de descompensación como consecuencia de las dificultades en la adaptación a situaciones estresantes. No puede mantener una actividad laboral normalizada. Incluso en centros con supervisión el rendimiento es pobre e irregular. <p style="text-align: center;">y</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ - Presenta todos o casi todos los síntomas que exceden los criterios requeridos para el diagnóstico, o alguno de ellos es especialmente grave.
CLASE V	Muy Grave 75%	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La enfermedad repercute de forma invalidante sobre el individuo, con incapacidad para cuidar de sí mismo incluidas las actividades de la vida diaria. Necesitan de otra persona de forma constante. ▪ No hay posibilidad de realizar trabajo alguno, ni en centros ocupacionales. ▪ - Presenta todos los síntomas que exceden los criterios requeridos para el diagnóstico, o alguno de ellos es extremadamente grave.

Fuente: 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 (última actualización agosto 2017).

2.6 Herramientas para la Valoración de la Depresión

Los conceptos de valoración, evaluación y calificación están íntimamente relacionados, así el diccionario de la real academia de la lengua define:

- **Valoración:** acción y efecto de valorar
- **Evaluación:** cálculo, valoración de una cosa
- **Calificación:** acción y resultado de valorar. Se valora un hecho o una cualidad

En el ámbito médico-pericial se valora/evalúa para posteriormente calificar.

De entre las escalas de valoración utilizadas en depresión, se destacan los instrumentos mayormente valorados (Sanz J, Izquierdo A, García Vera MP, 2013):

1. El Inventario de Depresión de Beck, en sus tres versiones completas: original de 1961 (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961), modificada de 1978 (BDI-IA; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; Beck y Steer, 1993) y segunda edición (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996), y en sus versiones breves: versión breve de 13 ítems del BDI (Beck y Beck, 1972), las dos versiones breves del BDI-IA (Beck y Steer, 1993; Bennett et al., 1997) y la versión breve del BDI-II para atención primaria o pacientes médicos (BDI-PC o BDI-FastScreen; Beck, Guth, Steer y Ball, 1997; Beck, Steer y Brown, 2000).
2. La subescala de Depresión de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) de Zigmond y Snaith (1983).
3. La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D; Radloff, 1977) y sus versiones abreviadas de 8 ítems (CES-D 8; Huppert et al., 2009; Van de Velde et al., 2010) y 7 ítems (CESD-7; Herrero y Gracia, 2007).
4. La subescala de Depresión del Cuestionario de 90 Síntomas Revisado (SCL-90-R) de Derogatis (1977).
5. La Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (SDS; Zung, 1965).
6. La subescala de Depresión del Cuestionario de Salud General (GHQ-28) de Goldberg y
7. Las escalas clínicas de Depresión (D ó 2) de la versión original del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI; Hathaway y McKinley, 1967) y de su segunda versión (MMPI-2; Hathaway y McKinley, 1989) y la escala de Depresión basada en el contenido (DEP) del MMPI-2.
8. El módulo de Depresión del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ) de Spitzer, Kroenke y Williams (1999) y su aplicación como escala aislada de 9 ítems o Cuestionario de Salud del Paciente de 9 ítems (PHQ-9; Kroenke, Spitzer y Williams, 2001).
9. El Cuestionario Tridimensional para la Depresión (CTD) de Jiménez-García y Miguel-Tobal (2003).
10. Las subescalas de Depresión del Inventario Breve de Síntomas (BSI) de Derogatis (1975) y de su versión abreviada de 18 ítems (BSI-18; Derogatis, 2001).
11. El Cuestionario Básico de Depresión (CBD) de Peñate Castro (2001).
12. Las escalas de Distimia (D) y Depresión Mayor (CC) de las versiones del Inventario Clínico Multiaxial de Millon segunda (MCMI-II; Millon, 1987) y tercera (MCMI-III; Millon, Davis y Millon, 1997).
13. Las siete escalas de Depresión (D1, D2, D3, D4, D5, D6 y D7) del Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ) de Krug (1980).
14. La subescala de Depresión de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG; Goldberg, Bridges, Duncan-Jones y Grayson, 1988) utilizada de forma autoaplicada.
15. Las subescalas de Depresión de las dos versiones (completa y breve de 21 ítems) de las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS y DASS-21, respectivamente) de Lovibond y Lovibond (1995).
16. La subescala de Depresión del Inventario Chino de Polaridad (CPI) de Zhen y Lin (1994).

Se muestran en la siguiente tabla algunas de las más utilizadas y sus características específicas:

Comparativo de escalas utilizadas en depresión		
Escalas específicas	Indicaciones	Autoría/Adaptación española
Escala de Depresión de Bech-Rafaelsen	Heteroaplicada para síntomas maníacos. Contiene 11 ítems valorados mediante una escala de 5 puntos	Bech P, Rafaelsen OJ, Kramp P, Bolwig TG (1978)
Escala Autoaplicada para la Medida de la Depresión de Zung y Conde	20 ítems. Cuantifica la frecuencia de los síntomas de depresión. Los síntomas cognitivos y somáticos tienen gran peso (16 ítems).	(Zung, 1965). Adaptación española Conde et al. (1970, 1973) Aragónes et al. (2001)
Escala de Evaluación de Resultados Clínicos en Depresión (Clinically Useful Depression Outcome Scale, CUDOS)	Instrumento de evaluación de la depresión mayor desde la perspectiva del paciente. Consta de 18 ítems, rango 0-4	Adaptación al español Luis Agüera-Ortiz (2013)
Inventario de Sintomatología Depresiva Autoaplicado (Inventory of Depressive Symptomatology Self-Rated, IDS-SR30)	Muy utilizada en la práctica la versión QIDSR-16. Incluye 16 ítems valorados de 0-3 con una puntuación total de 0-17. Puntuaciones más altas indican depresión.	Validación al español Margalida Gili et al, 2014
Cuestionario de Salud del Paciente – 9 (Patient Health Questionnaire, PHQ-9)	9 ítems que evalúan la presencia de síntomas depresivos presentes en las últimas 2 semanas. Rango de puntuaciones 0-27. Cada uno de los ítems oscila de 0 (nunca) a 3 (más de la mitad de los días).	Diez-Quevedo et al. (2001; Pinto-Meza et al., 2005)
Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depresión Rating Scale, HDRS)	21 ítems (17 en la versión revisada) con un baremo de 0-5 puntos según gravedad de los síntomas y estado actual del paciente.	Hamilton M (1960 y 1967) Adaptación española Comeche y cols 1995
Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (Montgomery-Asberg Depresión Rating Scale, MADRS)	Escala con 10 ítems, rango 0-6, 3 corresponden a niveles intermedios	Mongomery S, Asberg M (1979). Versión española Conde y Franch 1984
Inventario de Depresión de Beck (Beck Depresión Inventory, BDI)	Autoinforme de 23 ítems con 4 alternativas ordenadas según gravedad (rango 0-3)	BDI: Conde y Useros (1974; Conde et al., 1976) BDI breve: Conde y Franch (1984)
Escala de Anhedonia Física (Physical Anhedonia Scale, PAS)	61 ítems que se responden como verdadero o falso	Chapman, y Rawlin, 1978
Escalas genéricas		
Evaluación de la actividad Global (EEAG)	Escala descriptiva que consta de un único ítem que se puntúa de 1-100	Bobes J, Portilla MP G, Bascarán MT, Saiz PA, Bousoño M. 2004.

Fuente: modificado por Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo-GIMT de validez de contenido de los cuestionarios de depresión Hillier (1979).

2.7 El manejo del trabajador con depresión como urgencia laboral: Criterios de derivación

El Médico del Trabajo intervendrá en el proceso depresivo:

1. “De novo”, ante un **trabajador no diagnosticado** previamente y que presenta síntomas depresivos durante la entrevista en los reconocimientos específicos de vigilancia de la salud (de inicio, periódicos o tras incapacidad temporal prolongada, etc.), o bien que es remitido por presentar sintomatología de sospecha o conductas irregulares por jefes inmediatos o por el departamento de Recursos Humanos.
2. En un **trabajador ya diagnosticado**, con tratamiento y control asistencial por especialista en psiquiatría o médico de atención primaria, que presenta modificaciones en su conducta o cambios en su patología – sintomatología habitual que son detectados por el Médico del Trabajo en cualquiera de los reconocimientos o por asistencia médica en salud laboral, y que implican descompensación o agravamiento.
3. Cuando en la evaluación de riesgos se detecten síntomas de alerta en varios trabajadores con riesgos por exposición a sustancias (Ej. plaguicidas) que puedan desencadenar sintomatología depresiva.
4. Ante cualquier **situación de urgencia** surgida en el trabajo que implique gravedad. La gravedad del episodio dependerá de los siguientes criterios:
 - Duración, número e intensidad de los síntomas
 - Insuficiente respuesta al tratamiento
 - Comorbilidad
 - Antecedentes personales de depresión
 - Ideación suicida o conducta suicida, síntomas psicóticos, bajo apoyo social, discapacidad
 - Abuso de sustancias
 - Negación del trastorno
 - abandono del tratamiento
 - Cuando el cuadro plantea dudas diagnósticas o terapéuticas

En estos casos necesarios, la derivación se hará a urgencias hospitalarias, a un médico especialista en psiquiatría o a un médico de familia, para valorar modificación en el tratamiento y la necesidad de incapacidad temporal.

En todos los casos se requiere de un proceso continuo de coordinación inter-especialistas para una más precoz detección, un adecuado diagnóstico, un tratamiento eficaz y con los mínimos efectos adversos, y un control y seguimiento coordinado que favorezcan unos mejores resultados y compatibilizar la patología con la máxima integración social y laboral exenta de riesgos.

**Detección, control y seguimiento
por el Médico del Trabajo**

**Trabajador
con depresión
control
coordinado**

**Psicoterapia
(si lo requiere)**

**Diagnóstico,
tratamiento y
control por
Psiquiatra
(si lo requiere)**

**Diagnóstico, tratamiento, control y
seguimiento por Médico de
Familia/Atención Primaria
(si lo requiere)**

BIBLIOGRAFÍA

1. Akerblad AC, Bengtsson F, von Knorring L, Ekselius L. Response, remission and relapse in relation to adherence in primary care treatment of depression: a 2-year outcome study. *Int Clin Psychopharmacol*. 2006 Mar;21(2):117-24.
2. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al ; ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004;(420):21-7.
3. Alvarez E, Perez V, Dragheim M, Loft H, Artigas F. A double-blind, randomized, placebo-controlled, active reference study of Lu AA21004 in patients with major depressive disorder. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2012 Jun;15(5):589-600.
4. Álvarez-Blázquez Fernández F, Director. Jardón Dato E, Carbajo Sotillo MD, Terradillos García MJ, Valero Muñoz MR, Robledo Muga F, Maqueda Blasco J, Cortés Barragán R, Veiga de Cabo J, coordinadores. *Guía de Valoración de Incapacidad Laboral para Médicos de Atención Primaria*. Madrid: Escuela Nacional de Medicina del Trabajo (ENMT). Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación;2009.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic of Mental Health Disease and Statistical Manual orders*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
6. American Psychiatric Association. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Madrid: Editorial Panamericana; 2014.
7. Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV, De Graaf R, Vollebergh W, et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res* 2003; 12:3.
8. Ansoleaga Moreno E, Miranda-Hiriart G. Depresión y condiciones de trabajo: revisión actualizada de la investigación. *Revista Costarricense de Psicología*. 2014; 33(1):1-14.
9. Arbesú Prieto JA (Coord.)Lopez Chamón S, Gasull Molñinera V, Alcalá Partera JA. *Depresión Mayor. Actualización 2016. Recomendaciones SEMERGEN*. Madrid: Medical & Marketing Communications; 2016.
10. Aubá E, Manrique E, Seva A, Jiménez M. Enfermedad psiquiátrica en Atención Primaria. *Medicine*. 2011;10(85):5759-65.
11. Autoría múltiple. *Tratamiento de la depresión en Atención Primaria: cuándo y con qué*. INFAC. Volumen 25, nº 01. 2017. Departamento de Salud. Gobierno Vasco. https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2017/es_def/adjuntos/INFAC-Vol-25-n-1_antidepresivos.pdf (consultado el 15-01-2018)
12. Baba VV, Galperin BL, Lituchy TR. Occupational mental health: a study of work-related depression among nurses in the Caribbean. *Int J Nurs Stud*. 1999 Apr;36(2):163-9.
13. Baldwin DS, Florea I, Jacobsen PL, Zhong W, Nomikos GG. A meta-analysis of the efficacy of vortioxetine in patients with major depressive disorder (MDD) and high levels of anxiety symptoms. *J Affect Disord* 2016; 206:140.
14. Bonde JP. Psychosocial factors at work and risk of depresión: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occup Environ Med*. 2008 Jul;65(7):438-45.

15. Bovopoulos N, Jorm AF, Bond KS, LaMontagne AD, Reavley NJ, Kelly CM, et al. Providing mental health first aid in the workplace: a Delphi consensus study. *BMC Psychol*. 2016 Aug 2;4(1):41.
16. Brouwers EP, Mathijssen J, Van Bortel T, Knifton L, Wahlbeck K, Van Audenhove C, et al; ASPEN/INDIGO Study Group. Discrimination in the workplace, reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional study in 35 countries. *BMJ Open*. 2016 Feb 23;6(2):e009961.
17. Bull SA, Hu XH, Hunkeler EM, Lee JY, Ming EE, Markson LE, Fireman B. Discontinuation of use and switching of antidepressants: influence of patient-physician communication. *JAMA*. 2002 Sep 18;288(11):1403-9.
18. Bull SA, Hunkeler EM, Lee JY, Rowland CR, Williamson TE, Schwab JR, Hurt SW. Discontinuing or switching selective serotonin-reuptake inhibitors. *Ann Pharmacother*. 2002 Apr;36(4):578-84.
19. Calcedo Barba A. La incapacidad temporal por enfermedad mental en atención primaria: criterios de actuación. *Psiquiatría y Atención Primaria*; 2001;2(1): 32-7.
20. Carnide N, Franche RL, Hogg-Johnson S, Côté P, Breslin FC, Severin CN, et al. Course of Depressive Symptoms Following a Workplace Injury: A 12-Month Follow-Up Update. *J Occup Rehabil*. 2016 Jun;26(2):204-15.
21. Castellón Leal E, Ibern Regàs P, Gili Planas M, Lahera Forteza G, Sanz González J, Saiz Ruiz J. El abordaje de la depresión en el ámbito del trabajo: recomendaciones clave. *Psiquiatr Biol*. 2016;23(3):112-7.
22. Chang SM1, Hong JP, Cho MJ. Economic burden of depression in South Korea. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012 May;47(5):683-9.
23. Chin WS, Shiao JS, Liao SC, Kuo CY, Chen CC, Guo YL. Depressive, anxiety and post-traumatic stress disorders at six years after occupational injuries. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2017 Jan 2.
24. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Chaimani A et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet*. 2018 Feb 20. pii: S0140-6736(17)32802-7.
25. Cleare A, Pariante CM, Young AH, Anderson IM, Christmas D, Cowen PJ. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines. *J Psychopharmacol*. 2015 May;29(5):459-525.
26. Compton WM, Conway KP, Stinson FS, Grant BF. Changes in the prevalence of major depression and comorbid substance use disorders in the United States between 1991-1992 and 2001-2002. *Am J Psychiatry* 2006; 163:2141.
27. Conradi HJ, Ormel J, de Jonge P. Presence of individual (residual) symptoms during depressive episodes and periods of remission: a 3-year prospective study. *Psychol Med*. 2011 Jun;41(6):1165-74.
28. Córdoba JJ, Fuentes A, Ruiz C. Revisión bibliográfica sobre características sociodemográficas y repercusiones de la depresión en el trabajador. *Med Seg Tr* 2011; 57(223):186-96.

29. Cuijpers P, Dekker J, Hollon SD, Andersson G. Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2009; 70:1219.
30. Curran GM, Booth BM, Kirchner JE, Deneke DE. Recognition and management of depression in a substance use disorder treatment population. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2007;33(4):563-9.
31. da Silva Gherardi-Donato ED, Cardoso L, Araújo Bastos Teixeira C, de Souza Pereira S, Reisdorfer E. Asociación entre depresión y estrés laboral en profesionales de enfermería de nivel medio. *Rev. Latino-Am. Enfermagem jul.-ago. 2015;23(4):733-40.*
32. Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica Universidad Complutense de Madrid. Sanz J, Izquierdo A, García-Vera MP. Una Revisión desde la Perspectiva de la Validez de Contenido de los Cuestionarios, Escalas e Inventarios Autoaplicados más Utilizados en España para Evaluar la Depresión Clínica en Adultos. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*. 2013;13: 139-75.
33. Doesschate MC, Bockting CL, Schene AH. Adherence to continuation and maintenance antidepressant use in recurrent depression. *J Affect Disord*. 2009 May;115(1-2):167-70.
34. Druss BG, Hoff RA, Rosenheck RA. Underuse of antidepressants in major depression: prevalence and correlates in a national sample of young adults. *J Clin Psychiatry*. 2000 Mar;61(3):234-7; quiz 238-9.
35. Evans-Lacko S, Knapp M. Global patterns of workplace productivity for people with depression: absenteeism and presenteeism costs across eight diverse countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016 Nov;51(11):1525-1537.
36. Ey Henri, Bernard, P. *Tratado de Psiquiatría (8ª Edición)* Madrid: Editorial Mason; 2014.
37. Fawcett J, Barkin RL. Efficacy issues with antidepressants. *J Clin Psychiatry*. 1997;58 Suppl 6:32-9.
38. Fernández Montalvo J, Pinol E. Horario laboral y salud: consecuencias psicológicas de los turnos de trabajo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2000;5:207-22.
39. Fidalgo AM, Piñuel I. La escala Cisneros como herramienta de valoración del mobbing. *Psicothema* [en línea] 2004, 16 [Fecha de consulta: 21 de enero de 2018]. Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72716413>> ISSN 0214-9915.
40. Florea I, Danchenko N, Brignone M, Loft H; Rive B, Abetz-WebbL. The Effect of Vortioxetine on Health-Related Quality of Life in Patients With Major Depressive Disorder. *Brain Behav*. 2017 Feb 2;7(3):e00622.
41. Fried EI, Nesse RM. Depresión is not a consistent syndrome: An investigation of unique symptom patterns in the STAR*D study. *J Affect Disord*. 2015 Feb 1;172:96-102.
42. Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Vilagut G, Haro JM, Fernández A, Pinto-Meza A, et al. Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: results from the ESEMeD-Spain project. *J Affect Disord*. 2010 Jan;120(1-3):76-85.
43. Gao YQ, Pan BC, Sun W, Wu H, Wang JN, Wang L. Depressive symptoms among Chinese nurses: prevalence and the associated factors. *J Adv Nurs*. 2012 May;68(5):1166-75
44. Gartlehner G, Hansen RA, Morgan LC, et al. Comparative benefits and harms of second-generation antidepressants for treating major depressive disorder: an updated meta-analysis. *Ann Intern Med* 2011; 155:772.

45. Gartlehner G, Thaler K, Hill S, Hansen RA. How should primary care doctors select which antidepressants to administer? *Curr Psychiatry Rep* 2012; 14:360.
46. Givens JL, Houston TK, Van Voorhees BW, et al. Ethnicity and preferences for depression treatment. *Gen Hosp Psychiatry* 2007; 29:182.
47. Goines L, Hagler L. Noise pollution: a modern plague. *South Med J*. 2007 Mar; 100(3):287-94.
48. Green JG, McLaughlin KA, Berglund PA, et al. Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67:113.
49. Hammar A, Ardal G. Cognitive functioning in major depression--a summary. *Front Hum Neurosci*. 2009;3:26.
50. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al; Grupo ESEMeD-España. Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study. *Med Clin (Barc)*. 2006 Apr 1;126(12):445-51.
51. Hayhurst H, Cooper Z, Paykel ES, Vearnals S, Ramana R. Expressed emotion and depression. A longitudinal study. *Br J Psychiatry* 1997; 171:439.
52. Hernán Silva I. DSM-5: Nueva clasificación de los trastornos mentales. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2014; 52 (Supl 1): 7-8.
53. Hu XH, Bull SA, Hunkeler EM, Ming E, Lee JY, Fireman B, Markson LE. Incidence and duration of side effects and those rated as bothersome with selective serotonin reuptake inhibitor treatment for depression: patient report versus physician estimate. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(7):959-65.
54. Informe del comité mixto OIT/OMS de Medicina del Trabajo. Novena reunión. Ginebra; 1984.
55. Instituto Nacional de Medicina y Seguridad en el Trabajo. Guías de valoración del menoscabo permanente. 2.ª Edición. Madrid: INSALUD; 1998.
56. Kelly K, Posternak M, Alpert JE. Toward achieving optimal response: understanding and managing antidepressant side effects. *Dialogues Clin Neurosci*. 2008;10(4):409-18.
57. Kendler KS, Fiske A, Gardner CO, Gatz M. Delineation of two genetic pathways to major depression. *Biol Psychiatry* 2009; 65:808.
58. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Toward a comprehensive developmental model for major depression in men. *Am J Psychiatry* 2006; 163:115.
59. Kendler KS, Gardner CO. Sex differences in the pathways to major depression: a study of opposite-sex twin pairs. *Am J Psychiatry* 2014; 171:426.
60. Kendler KS, Gatz M, Gardner CO, Pedersen NL. A Swedish national twin study of lifetime major depression. *Am J Psychiatry* 2006; 163:109.
61. Kessler RC, Ormel J, Petukhova M, et al. Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization world mental health surveys. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68:90.
62. Kim J, Ko Y, Lee WJ. Depressive symptoms and severity of acute occupational pesticide poisoning among male farmers. *Occup Environ Med*. 2013 May;70(5):303-9.
63. Kouvonen A, Vahtera J, Pentti J, Korhonen MJ, Oksanen T, Salo P, et al. Antidepressant use and work-related injuries. *Psychol Med*. 2016 May;46(7):1391-9.

64. Kupfer DJ, Frank E, Phillips ML. Major depressive disorder: new clinical, neurobiological, and treatment perspectives. *Lancet* 2012; 379:1045.
65. Lasalvia A, Van Bortel T, Bonetto C, Jayaram G, van Weeghel J, Zoppei S, et al; ASPEN/INDIGO Study Group. Cross-national variations in reported discrimination among people treated for major depression worldwide: the ASPEN/INDIGO international study. *Br J Psychiatry*. 2015 Dec;207(6):507-14.
66. Lasalvia A, Zoppei S, Van Bortel T, Bonetto C, Cristofalo D, Wahlbeck K, et al; ASPEN/INDIGO Study Group. Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey. *Lancet*. 2013 Jan 5;381(9860):55-62.
67. Lasser J, Kahn JP. Depresión. Cap. 5. Salud Mental. En: Enciclopedia de la salud y seguridad social en el trabajo. Organización internacional del trabajo; 2004.
68. Lee Y, Rosenblat JD, Lee J, Carmona NE, Subramaniapillai M, Shekotikhina M, et al. Efficacy of antidepressants on measures of workplace functioning in major depressive disorder: A systematic review. *J Affect Disord*. 2017 Nov 7;227:406-415.
69. Lenox-Smith A, D'yachkova Y, Deberdt W, Raskin J. Meta-analyses and antidepressant prescribing. *J Psychopharmacol*. 2010 Apr;24(4):629-30.
70. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. Jefatura del Estado. Boletín Oficial del Estado, núm. 269, de 10 de noviembre de 1995, p:590-611.
71. Li G, Wang X, Ma D. Vortioxetine versus Duloxetine in the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Clin Drug Investig* 2016; 36:509.
72. Lin EH, Von Korff M, Katon W, Bush T, Simon GE, Walker E, Robinson P. The role of the primary care physician in patients' adherence to antidepressant therapy. *Med Care*. 1995 Jan;33(1):67-74.
73. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Re R, Badia X, Baro E. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depresión Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Med Clin (Barc)* 2002;118(13):493-9.
74. Lurati AR. Identifying Personal Risk Factors for Falls in the Workplace. *Workplace Health Saf*. 2017 Jun;65(6):236-239.
75. Magnusson LL, Theorell T, Bech P, Rugulies R, Burr H, Hyde M, et al. Psychosocial working conditions and depressive symptoms among Swedish employees. *Int Arch Occup Environ Health* 2009 Ago; 82(8):951-60).
76. Marazziti D, Consoli G, Picchetti M, Carlini M, Faravelli L. Cognitive impairment in major depression. *Eur J Pharmacol*. 2010 Jan 10;626(1):83-6.
77. Mark G, Smith AP. Occupational stress, job characteristics, coping, and the mental health of nurses. *Br J Health Psychol*. 2012 Sep;17(3):505-21.
78. Masand PS. Tolerability and adherence issues in antidepressant therapy. *Clin Ther*. 2003;25(8):2289-304.
79. McClintock SM, Husain MM, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Stewart JW, Trivedi MH, et al. Residual symptoms in depressed outpatients who respond by 50% but do not remit to antidepressant medication. *J Clin Psychopharmacol*. 2011 Apr;31(2):180-6.

80. McIntyre RS, Harrison J, Loft H, et al. The Effects of Vortioxetine on Cognitive Function in Patients with Major Depressive Disorder: A Meta-Analysis of Three Randomized Controlled Trials. *Int J Neuropsychopharmacol* 2016.
81. Medina J, García de León M. Efectos secundarios de los antidepresivos. *Vigilia-Sueño* 2004; 16 Supl 1:48-57.
82. Mergler D. Sistema nervioso: visión general. Cap. 7. Sistema nervioso. *Enciclopedia de la salud y seguridad social en el trabajo . Organización internacional del trabajo*; 2004.
83. Mingote Adán JC, del Pino Cuadrado P, Sánchez Alaejos R, Gálvez Herrer M, Gutiérrez García MD. El trabajador con problemas de salud mental. Pautas generales de detección, intervención y prevención. *Med Segur Trab* 2011; 57(1): 1-262.
84. Mingote Adán JC, Gálvez Herrer M, del Pino Cuadrado P, Gutiérrez García MD. El paciente que padece un trastorno depresivo en el trabajo. *Med Segur Trab* 2009; 55 (214): 41-63.
85. Montgomery SA, Nielsen RZ, Poulsen LH, Häggström L. A randomised, double-blind study in adults with major depressive disorder with an inadequate response to a single course of selective serotonin reuptake inhibitor or serotonin-noradrenaline reuptake inhibitor treatment switched to vortioxetine or agomelatine. *Hum Psychopharmacol* 2014; 29:470.
86. Mur de Vía C, Maqueda Blasco J. Salud laboral y salud mental: estado de la cuestión. *B Med Segur Trab* 2011; 57. Suplemento 1: 1-262
87. Nierenberg AA, Keefe BR, Leslie VC, Alpert JE, Pava JA, Worthington JJ 3rd, et al. Residual symptoms in depressed patients who respond acutely to fluoxetine. *J Clin Psychiatry*. 1999;60(4):221-5.
88. Nieuwenhuijsen K1, Bültmann U, Neumeyer-Gromen A, Verhoeven AC, Verbeek JH, van der Feltz-Cornelis CM. Interventions to improve occupational health in depressed people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Apr 16;(2):CD006237.
89. Organización Internacional del Trabajo. Factores psicosociales en el trabajo: reconocimiento y control. Ginebra: OIT [documento electrónico]; 1986. [Consultado 20 de enero de 2018]. Disponible en: <http://biblioteca.uces.edu.ar/MEDIA/EDOCS/FACTORES>.
90. Organización Mundial de la Salud. Clasificación CIE-10 trastornos mentales y comportamiento: con glosario y criterios y diagnóstico de investigación. Madrid: Editorial Panamericana; 2014.
91. Organización Mundial de la Salud. Depresión. Nota descriptiva; Febrero 2017. [Consultado 20 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>.
92. Otero Dorrego C (coord), Gálvez Herrer M, Mingote Adán C, Núñez López C. Guía de buenas prácticas para la prevención y manejo de problemas de salud mental en trabajadores del ámbito sanitario Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Madrid: Ministerio de Economía y Competitividad; 2012.
93. Otero Dorrego C, Gálvez Herrer M. Plan de retorno al trabajo tras baja laboral por motivos de salud mental. *Med Segur Trab* 2014; 60 (235) 392-405.
94. Pae CU, Wang SM, Han C, Lee SJ, Patkar AA, Masand PS, et al. Vortioxetine: a meta-analysis of 12 short-term, randomized, placebo-controlled clinical trials for the treatment of major depressive disorder. *J Psychiatry Neurosci* 2015; 40:174.
95. Paykel ES, Ramana R, Cooper Z, Hayhurst H, Kerr J, Barocka A. Residual symptoms after partial remission: an important outcome in depression. *Psychol Med*. 1995;25(6):1171-80.

96. Paykel, ES. Life events and affective disorders. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2003: 61. Review.
97. Pedersen CB, Mors O, Bertelsen A, et al. A comprehensive nationwide study of the incidence rate and lifetime risk for treated mental disorders. *JAMA Psychiatry* 2014; 71:573.
98. Pérez, J. Nogareda, C. NTP 926: Factores psicosociales: metodología de evaluación. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo; 2012.
99. Phyllis G, Liimatainen, MR, Organización Internacional del Trabajo. *Mental Health in the Workplace*. Ginebra: OIT; 2000.
100. Pichot P (cord.), Autoría multiple. *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson S.A.; 1995.
101. Privitera MR, Lyness JM. Depresión. In: *The Practice of Geriatrics*, 4th ed, Duthie E Jr, Katz PR, Malone ML (Eds), W.B. Saunders; 2007.
102. Ramin C, Devore EE, Wang W, Pierre-Paul J, Wegrzyn LR, Schernhammer ES. Night shift work at specific age ranges and chronic disease risk factors. *Occup Environ Med*. 2015;72:100-7.
103. Ramos Brieva J, Cordero Villafafila A. Validación de la versión castellana de la escala Hamilton para la depresión. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1986;14:324-34.
104. Ramos Brieva JA, Cordero Villafáfila A, Ayuso Mateos JL. The distinctive quality of depressed mood. II: Predictive value of a pathologic sadness index. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. 1989 Nov-Dec;17(6):424-7.
105. Ramos Burbano G. Neurotoxicidad por solventes orgánicos Aspectos neurológicos y neurofisiológicos. *Acta neurol. colomb*; 20(4): 190-202.
106. Ramos J. y Cordero A. *La melancolía. Gestación de la hipótesis secuencial*. Madrid: Grupo Aula Médica. Formación Continuada; 2005.
107. Ramos JA, Cordero A, Gutiérrez R, Zamarro ML. Symptoms that contribute to the perception of depressive symptom intensity. A preliminary study. *Actas Esp Psiquiatr*. 2009 Jul-Aug;37(4):191-5.
108. Real Decreto 1856/2009, de 4 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad, y por el que se modifica el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre. B.O.E nº 311, 26 dic 2009; sec. I; p. 110413-415.
109. Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.; B.O.E nº 22; 26 enero 2000; p. 3317-410.
110. Rhodes D, Spiro A III, Arp A, Hu H. Relationship of bone and blood lead levels to psychiatric symptoms: the normative ageing study. *J Occup Environ Med*. 2003 Nov;45(11):1144-51.
111. Rios Rial B. *Notas Clínicas para la formulación de casos en psiquiatría*. Madrid: GlaxoSmithKline; 2011.
112. Roca M, García-Toro M, García-Campayo J, Vives M, Armengol S, García-García M, et al. Clinical differences between early and late remission in depressive patients. *J Affect Disord*. 2011;134(1-3):235-41; 5.
113. Rosenquist, JN, Fowler, JH, Christakis, NA. Social network determinants of depresión. *Mol Psychiatry*. 2011 Mar;16(3):273-81.

114. Ruggiero JS. Health, work variables, and job satisfaction among nurses. *J Nurs Adm.* 2005 May;35(5):254-63.
115. Rugulies R, Aust B, Madsen IE. Effort-reward imbalance at work and risk of depressive disorders. A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Scand J Work Environ Health.* 2017 Jul 1;43(4):294-306.
116. Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, et al. Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report. *Am J Psychiatry* 2006; 163:1905.
117. Sansone RA, Sansone LA. Antidepressant adherence: are patients taking their medications? *Innov Clin Neurosci.* 2012 May;9(5-6):41-6.
118. Serrani, D. Modelo psicosocial y de género de la discapacidad funcional en Adultos Mayores. El rol del afrontamiento proactivo y los recursos sociales. *Alcmeon, Revista Argentina de clínica Neuropsiquiátrica.* 2008;14(4):42-55.
119. Siegrist J. Chronic psychosocial stress at work and risk of depression: evidence from prospective studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2008 Nov;258 Suppl 5:115-9.
120. Sullivan PF, de Geus EJ, Willemsen G, et al. Genome-wide association for major depressive disorder: a possible role for the presynaptic protein piccolo. *Mol Psychiatry* 2009; 14:359.
121. Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1552.
122. Teo AR, Choi H, Valenstein M. Social relationships and depression: ten-year follow-up from a nationally representative study. *PLoS One* 2013; 8:e62396.
123. Terradillos García MJ, Aguado Benedí MJ, García Puerto M, Sainz González J, Cabello-Heranz MJ, coordinadores científicos. Guía de valoración de incapacidad laboral temporal para médicos de atención primaria, 2ª edición. Madrid: Escuela Nacional de Medicina del Trabajo (ENMT). Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Economía, Competitividad y Ciencia; 2015.
124. Thase ME, Mahableshwarkar AR, Dragheim M, et al. A meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials of vortioxetine for the treatment of major depressive disorder in adults. *Eur Neuropsychopharmacol* 2016;26:979.
125. Thase ME. The small specific effects of antidepressants in clinical trials: what do they mean to psychiatrists? *Curr Psychiatry Rep* 2011; 13:476.
126. Thase ME. US Food and Drug Administration's review of the novel antidepressant vortioxetine. *J Clin Psychiatry* 2015; 76:e120.
127. Theorell T, Hammarström A, Aronsson G, Träskman Bendz L, Grape T, Hogstedt C, et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. *BMC Public Health.* 2015 Aug 1;15:738.
128. Theorell T, Hammarström A, Gustafsson PE, Magnusson Hanson L, Janlert U, Westerlund H. Job strain and depressive symptoms in men and women: a prospective study of the working population in Sweden. *J Epidemiol Community Health.* 2014 Jan;68(1):78-82.
129. Thomas Carazo E, Nadal Blamco MJ. Entrevista psiquiátrica en Atención primaria. *Semergen* 2002; 28(4):185-92.
130. Tratado multidisciplinar sobre la actividad cerebral, los procesos mentales superiores y nuestro comportamiento. *Biología y salud mental.* [Consultado el 20 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.biopsicologia.net/>.

131. Trivedi MH, Hollander E, Nutt D, Blier P. Clinical evidence and potential neurobiological underpinnings of unresolved symptoms of depression. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(2):246-58.
132. Tsuang, MT, Faraone, SV. *The Genetics of Mood Disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1990.
133. Uribe JM, Pinto DM, Vecino Ortiz AI, Gómez Restrepo C, Rondón M. Presenteeism, Absenteeism, and Lost Work Productivity among Depressive Patients from Five Cities of Colombia. *Value Health Reg Issues*. 2017 Dec;14:15-9.
134. Vallejo J. *Psiquiatría en Atención Primaria*. Barcelona: Ars Médica; 2005.
135. Van de Ven HA, Van der Klink JJ, Vetter C, Roenneberg T, Gordijn M, Koolhaas W, et al. Sleep and need for recovery in shift workers: Do chronotype and age matter? *Ergonomics*. 2015; 4:1-15.
136. Vicente Herrero MT, Capdevila García LM, Terradillos García MJ, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Aguilar Jiménez E, López González AA. Neurotóxicos laborales y contingencia profesional. Comparativa hispano-mexicana. *Arch Neurocién (Mex)*. 2015; 20(2): 137-47.
137. Vicente Herrero MT, Terradillos García MJ, Capdevila García, LM, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, López González AA. La incapacidad temporal en España por algunas enfermedades psiquiátricas. (Trastornos esquizofrénicos, trastorno bipolar y trastornos ansiosos, depresivos y adaptativos). *Rev Med Chile* 2013; 141: 248-54.
138. Vicente Herrero MT, Torres Alberich JJ, Capdevila García LM, Gómez JJ, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Terradillos García MJ, et al. Trabajo Nocturno y Salud Laboral. *Rev Esp Med Legal*. 2016;42(4):142-54.
139. Vicente Herrero MT, Torres Alberich JJ, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Terradillos García MJ, López-González AA. Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo. Trastornos del sueño y trabajo. Aspectos preventivos, médico-legales y laborales. *Rev Esp Med Legal*. 2014;40(2):63-71.
140. Vilela Manyari M, Martínez Salinas I, Andrade-González N y Lahera G. Tratamiento farmacológico de la depresión: comparación entre las principales Guías de Práctica Clínica. *Tratamiento farmacológico de la depresión: comparación entre las principales Guías de Práctica Clínica*. RIECS 2017;2(1):74.84.
141. Waldinger RJ, Vaillant GE, Orav EJ. Childhood sibling relationships as a predictor of major depression in adulthood: a 30-year prospective study. *Am J Psychiatry* 2007; 164:949.
142. Wang JL, Patten SB. Perceived work stress and major depression in the Canadian employed population, 20-49 years old. *J Occup Health Psychol* 2001; 6:283-9.
143. Wang JL. Perceived work stress, imbalance between work and family/personal lives, and mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41:541-8.
144. Watanabe K, Imamura K, Kawakami N. Working hours and the onset of depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med*. 2016 Dec;73(12):877-84.
145. World Health Organization. Quantifying burden of disease from environmental noise: Second technical meeting report. WHO Regional Office for Europe; 2007.
146. World Health Organization. The global Burden of Disease. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2004.

ANEXOS

HISTORIA CLÍNICO - LABORAL EN ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS			
DATOS PERSONALES			
Apellidos y Nombre.		Sexo	
DNI	Fecha de nacimiento/Edad	<input type="checkbox"/> Estado civil <input type="checkbox"/> Nº de hijos	
Nivel socio-cultural:			
Entorno familiar:	<input type="checkbox"/> Relaciones y estresores familiares: <input type="checkbox"/> Condiciones socioeconómicas:		
Entorno social:	<input type="checkbox"/> Relaciones y estresores sociales: <input type="checkbox"/> Actividades de ocio: <input type="checkbox"/> Conflictos judiciales:		
Apoyos (familiares, sociales, económicos)			
DATOS LABORALES			
Entorno laboral:	<input type="checkbox"/> Profesiones desempeñadas anteriormente <input type="checkbox"/> Motivos de los cambios		
Nombre de la empresa. Actividad	Puesto de trabajo actual.	Antigüedad	
Características del Puesto de trabajo actual:			
<input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Eventual <input type="checkbox"/> Discontinuo			
- Riesgo psicosocial del puesto de trabajo. - Factores agravantes:			
Otros Riesgos relacionados con la patología (ver check-list)			
DATOS CLÍNICOS			
Antecedentes familiares psiquiátricos			
Antecedentes personales generales			
Antecedentes personales psiquiátricos	- Diagnósticos - Consumo de alcohol y/u otros Tóxicos - Asistencia a urgencias - Ingresos hospitalarios		
Patologías orgánicas ACTUALES			
Hábitos tóxicos actuales	- Tabaco - Drogas - Alcohol		
ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA ACTUAL:			
DIAGNÓSTICO			
Tratamientos previos:		Tratamiento actual	
Efectos adversos /intolerancias y eficacia		Efectos adversos Eficacia: → Nula	

	→ Remisión Parcial → Remisión total
SÍNTOMAS	
Fecha y forma de inicio.	
Causas subjetivas y desencadenantes.	
Intensidad y evolución de los síntomas (recaídas...)	
Limitaciones funcionales subjetivas.	
Valoración de las actividades cotidianas.	
Otras consideraciones limitantes:	
SIGNOS	
ACCESO	Solo, acompañado, medio de transporte, conducción vehículo.
ASPECTO	Vestimenta, aseo, maquillaje, aspecto general.
ACTITUD	Colaboradora, defensiva, hostil.
PSICOMOTRICIDAD	Movilidad y postura (tensa, relajada, inadecuada), mímica acial.
SIGNOS DE TRISTEZA	Facies, actitud, emotividad, anhedonia, cambios de humor, falta de reactividad.
SIGNOS DE ANSIEDAD	Psíquicos (inquietud, irritabilidad, tensión, miedos...). Somáticos (fatiga, temblores, sudoración, sequedad de boca...)
CONCIENCIA.	Clara, afectada
ORIENTACIÓN	Témporo-espacial y personal.
ATENCIÓN	Exceso (hipervigilante) o defecto (distráido).
CONCENTRACIÓN	Respecto a la conversación mantenida.
MEMORIA	Inmediata, reciente y remota.
SENSOPERCEPCIÓN	Alucinaciones, ilusiones, despersonalización, desrealización.
INTELIGENCIA	Valorar deterioro (minimental test, si procede).
FORMA DE PENSAMIENTO	Rápido o enlentecido. Alteraciones en continuidad y en asociaciones de ideas. Bloqueos o fugas de ideas. Incongruencia
CONTENIDO DE PENSAMIENTO	Fobias, obsesiones, delirios.
LENGUAJE FORMA	Tono, cantidad, velocidad y flujo de respuesta.
JUICIO	Capacidad del paciente para medir las consecuencias de sus propios actos (¿qué haría si...?)
IDEAS AUTOPUNITIVAS	Diferenciar las ideas no estructuradas, los gestos impulsivos no planificados, con grandes posibilidades de salvación y métodos de baja letalidad destinados a llamar la atención, de las tentativas bien planificadas, con medios de alta letalidad, deseo inequívoco de morir y con escasas posibilidades de salvación.
AGRESIVIDAD	Auto y heteroagresividad
ALIMENTACIÓN	Cambio de hábitos y repercusión ponderal.
SUEÑO	Cambio de hábitos y repercusión en su actividad.
LÍVIDO	Modificaciones frente al estado habitual previo.
JUICIO DE REALIDAD	Conservado o perturbado.

INTROSPECCIÓN (INSHIGT)	Conciencia de la propia enfermedad.
ESCALAS de valoración utilizadas y resultados	<ul style="list-style-type: none"> — Escala de Depresión de Montgomery - Asberg — Escala de Hamilton para la evaluación de la Ansiedad (HRSA) — Escala Breve de evaluación psiquiátrica (BPRS). — Otras:
EXPLORACIÓN GENERAL POR APARATOS	
Exploración neurológica	
Otros aparatos o sistemas	
Apellidos y Nombre del profesional Médico Especialidad Fecha Firma	

CHECK LIST DE RIESGOS LABORALES A CONSIDERAR

Riesgos		Repercusiones		Comentarios adicionales
		Por la patología	Por los tratamientos	
Organización del trabajo	Trabajo continuo y sin alternancia de tareas en su trabajo			
	Tareas repetitivas/monótonas			
	Posturas fijas y sin alternancia de posiciones en su trabajo			
	No puede realizar pausas para descansar durante el trabajo			
	Falta de autonomía			
	Trabajo a turnos/nocturno (valorar la jornada mensual)			
	Alto nivel de estrés			
	Frecuentes viajes de trabajo			
	Trabajos en solitario			
	Contacto habitual con público			
	Supervisión muy estricta del trabajo			
	Trabajos con objetivos rígidos o muy exigentes			
	Elevada competitividad laboral			
Condiciones laborales	Carga de trabajo inadecuada (excesiva, irregular, no adaptada a sus capacidades...)			
	Condiciones medioambientales de su trabajo (temperatura, humedad...) empeoran su cuadro clínico			
	No dispone de elementos de apoyo en sus tareas (aparatos, instrumentos, máquinas...)			
	Realiza trabajo en altura (>3 m)			
	Realiza trabajo en espacios confinados (túnel, desagüe, foso...)			
	Realiza trabajos eléctricos a tensión			
	Conducción habitual en su trabajo			
	Maneja maquinas o herramientas de riesgo			
	Maneja sustancias químicas peligrosas			
	Está expuesto a contaminantes biológicos			
	Realiza tareas que requieran atención/concentración/memoria alta			
Trabajos con riesgo para terceros				

INFORMES FINALES

CONCLUSIONES	
Efectos limitantes observados por patología	
Efectos limitantes observados por tratamiento	
RECOMENDACIONES*	
Clínicas	
Laborales	

*El concepto recomendación **no implica obligatoriedad de su cumplimiento**. Será el médico del trabajo o el Médico valorador (EVO, EVI, Perito judicial...) quien establezca los límites de dicha recomendación a efectos de calificación o valoración de aptitud/capacidad.

CUESTIONARIOS DE APOYO EN LA VALORACIÓN. ESCALAS DEPRESIÓN

Escala de Depresión de Bech-Rafaelsen (Bech-Rafaelsen Melancholia Scale, MES)

La entrevista debe evaluar la presencia e intensidad de todos los ítems en el marco temporal de los últimos 3 días como mínimo. En muchos casos suele considerarse la última semana, y en este caso el marco temporal debe ser especificado. No es obligatorio seguir el orden de los ítems durante la entrevista, aunque la experiencia señala que los ítems siguen un ordenamiento lógico. En cualquier caso, las preguntas y su orden dependerán de la situación del paciente. Si el entrevistador tiene dudas respecto a la puntuación de un ítem, se solicitará información a los familiares o, si el paciente está hospitalizado, al personal del Servicio.

1. *Actividad social e intereses*

Las actividades e intereses deben medirse en términos del grado de eficiencia (ejecución y/o motivación) del paciente en su vida social, por ejemplo, en el trabajo, las tareas del hogar, la escuela, el tiempo de ocio y la estructuración de las actividades diarias en general.

0. Sin dificultades; siente que ha aprovechado el tiempo

1. Ligeras dificultades en las actividades sociales; el paciente siente que no realiza suficientes actividades sociales
2. Claras dificultades (poco interés o disfrute en la realización de actividades), pero todavía sólo moderadas dificultades en las actividades diarias
3. Dificultades para realizar incluso las actividades rutinarias del día a día, que son llevadas a cabo con un gran esfuerzo
4. A menudo necesita ayuda para realizar las tareas de autocuidado (incapaz de funcionar de manera independiente)

2. *Humor disminuido*

0. Ausente

1. Ligera tendencia al ánimo disminuido

2. El paciente se muestra claramente preocupado por sentimientos desagradables a pesar de que no se siente desesperanzado
3. Marcadamente deprimido. Cierta desesperanza y/o claros signos no verbales de humor disminuido
4. Grado intenso de humor disminuido. Pronunciada desesperanza

3. *Trastornos del sueño*

Este ítem hace referencia a la experiencia subjetiva del paciente sobre la duración del sueño (horas de sueño al día).

La puntuación deberá basarse en las 3 noches precedentes, con independencia de la administración de hipnóticos o sedantes. La puntuación es la media de las 3 noches pasadas.

0. Duración del sueño habitual

1. Ligera reducción del sueño

2. Clara, pero aún moderada, reducción del sueño, por ejemplo, reducción de menos del 50%
3. Marcada reducción del sueño
4. Extrema reducción del sueño, que interfiere enormemente en la vida diaria del paciente

4. *Ansiedad*

0. Ausente

1. Ligera tensión, preocupación, miedo o aprensión

2. El paciente se encuentra en un claro estado de ansiedad, aprensión o inseguridad que, sin embargo, es capaz de controlar
3. La ansiedad o aprensión es, en ocasiones, más difícil de controlar. Al límite del ataque de pánico
4. Grado extremo de ansiedad, que interfiere enormemente en la vida diaria del paciente

5. *Introversión emocional*

0. Ausente

1. Ligera tendencia a la indiferencia emocional en la relación con el entorno social (colegas)

2. El paciente se muestra claramente introvertido en la relación con los colegas u otra gente, pero todavía contento de estar con la familia o los amigos

3. Moderada a marcada introversión, por ejemplo, menor necesidad o habilidad para expresar cercanía hacia amigos o familia

4. El paciente se siente aislado o emocionalmente indiferente incluso cerca de familiares o amigos

6. *Dificultades de concentración*

0. Ausentes

1. Ligera tendencia a perturbaciones en la concentración o problemas en la toma de decisiones

2. Ocasionales dificultades de concentración, incluso con un esfuerzo importante

3. Dificultades de concentración, incluso en tareas que habitualmente no requieren un esfuerzo (lectura de periódico, seguimiento de un programa de televisión)

4. La presencia de dificultades de concentración es patente, incluso durante la entrevista

7. *Cansancio*

0. Ausente

1. Ligera sensación de cansancio

2. El paciente se encuentra en un claro estado de cansancio o debilidad, pero estos síntomas no influyen aún en su vida diaria

3. Marcados síntomas de cansancio que interfieren ocasionalmente en la vida diaria del paciente

4. Sensaciones extremas de cansancio que interfieren de manera constante en la vida diaria del paciente

Escala Autoaplicada para la Medida de la Depresión de Zung y Conde

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 20 apartados. Detrás de cada frase marque con una cruz la casilla que mejor refleje su situación actual.

- A: Muy poco tiempo, muy pocas veces, raramente
- B: Algún tiempo, algunas veces, de vez en cuando
- C: Gran parte del tiempo, muchas veces, frecuentemente
- D: Casi siempre, siempre, casi todo el tiempo

	A	B	C	D
Me siento triste y deprimido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por las mañanas me siento mejor que por las tardes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me cuesta mucho dormir o duermo mal por la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ahora tengo tanto apetito como antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Todavía me siento atraído por el sexo opuesto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creo que estoy adelgazando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy estreñido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo palpitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me canso por cualquier cosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi cabeza está tan despejada como antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hago las cosas con la misma facilidad que antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento agitado e intranquilo y no puedo estar quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo esperanza y confianza en el futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento más irritable que habitualmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encuentro fácil tomar decisiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me creo útil y necesario para la gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encuentro agradable vivir, mi vida es plena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creo que sería mejor para los demás si me muriera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Escala de Evaluación de Resultados Clínicos en Depresión
(Clinically Useful Depression Outcome Scale, CUDOS)

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

<i>Durante la SEMANA PASADA, INCLUYENDO HOY...</i>	<i>No es cierto en absoluto (0 días)</i>	<i>Rara vez es cierto (1-2 días)</i>	<i>A veces cierto (3-4 días)</i>	<i>A menudo cierto (5-6 días)</i>	<i>Casi siempre cierto (cada día)</i>
Me he sentido triste o deprimido	0	1	2	3	4
He perdido interés en mis actividades cotidianas	0	1	2	3	4
He tenido poco apetito y no me apetece comer	0	1	2	3	4
He tenido mucho más apetito de lo habitual	0	1	2	3	4
He tenido dificultades para dormir	0	1	2	3	4
He dormido demasiado	0	1	2	3	4
Me he sentido muy nervioso, resultándome difícil permanecer quieto	0	1	2	3	4
Me he sentido físicamente más lento o pesado	0	1	2	3	4
He tenido poca energía	0	1	2	3	4
Me he sentido culpable	0	1	2	3	4
He pensado que era un fracasado	0	1	2	3	4
He tenido problemas de concentración	0	1	2	3	4
He tenido más problemas para tomar decisiones que habitualmente	0	1	2	3	4
He deseado estar muerto	0	1	2	3	4
He pensado en suicidarme	0	1	2	3	4
He pensado que no había esperanza en el futuro	0	1	2	3	4

En general, ¿en qué medida los síntomas de depresión han interferido o le han causado problemas en su vida diaria durante la semana pasada?

0: nada 1: un poco 2: moderadamente 3: bastante 4: mucho

Durante la semana pasada, ¿cómo calificaría su calidad de vida en general?

0: muy buena, mi vida no podía ser mejor	1: bastante buena, la mayoría de mis cosas están yendo bien	2: las partes buenas y malas están más o menos igualadas	3: bastante mala, la mayoría de mis cosas están yendo mal	4: muy mala, mi vida no podría ser peor
--	---	--	---	---

Inventario de Sintomatología Depresiva Autoaplicado
(Inventory of Depressive Symptomatology Self-Rated, IDS-SR₃₀)

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Este formulario debe ser completado solamente por el paciente
 Por favor, haga un círculo en la respuesta que mejor describa su estado durante los últimos 7 días.
 Por favor, ahora señale para cada uno de estos síntomas cuanto le ha molestado en su vida diaria durante los últimos 7 días

	0	1	2	3	4
	<i>Nada</i>	<i>Un poco</i>	<i>Regular</i>	<i>Bastante</i>	<i>Mucho</i>
1. Conciliar el Sueño:					
0 Nunca tardo más de 30 minutos conciliar el sueño.					
1 Tardo por lo menos 30 minutos conciliar el sueño, menos del cincuenta por ciento de las ocasiones.	0	1	2	3	4
2 Tardo por lo menos 30 minutos conciliar el sueño, más del cincuenta por ciento de las ocasiones.					
3 Tardo más de 60 minutos conciliar el sueño, más del cincuenta por ciento de las ocasiones.					
2. Sueño Durante la Noche:					
0 No me desperté de noche.					
1 Tengo el sueño inquieto, ligero, con pocos y breves despertares cada noche.	0	1	2	3	4
2 Me desperté al menos una vez por noche, pero me vuelvo a dormir fácilmente.					
3 Me desperté más de una vez por noche y permanezco despierto durante 20 minutos o más, más de la mitad de las veces.					
3. Despertar Demasiado Temprano:					
0 La mayoría de las veces, me desperté no más de 30 minutos antes de lo habitual para levantarme.					
1 Más de la mitad de las veces, me desperté más de 30 minutos antes de lo habitual para levantarme.	0	1	2	3	4
2 Casi siempre me desperté por lo menos una hora o alrededor de una hora antes de lo habitual, pero eventualmente me vuelvo a dormir.					
3 Me desperté al menos una hora antes de lo habitual, y no me puedo volver a dormir.					
4. Dormir Mucho:					
0 Duermo como máximo 7-8 horas por noche, sin hacer siestas durante el día.					
1 Duermo como máximo 10 horas en un periodo de 24 horas incluyendo las siestas.	0	1	2	3	4
2 Duermo como máximo 12 horas en un periodo de 24 horas incluyendo las siestas.					
3 Duermo más de 12 horas en un periodo de 24 horas incluyendo las siestas.					
5. Tristeza:					
0 No me he sentido triste.					
1 Me siento triste menos de la mitad del tiempo.	0	1	2	3	4
2 Me siento triste más de la mitad del tiempo.					
3 Me siento triste casi todo el tiempo.					
6. Irritabilidad:					
0 No me he sentido irritable.					
1 Me siento irritable menos de la mitad del tiempo.	0	1	2	3	4
2 Me siento irritable más de la mitad del tiempo.					
3 Me siento extremadamente irritable casi todo el tiempo.					

Cuestionario de Salud del Paciente – 9
(Patient Health Questionnaire, PHQ-9)

¿Durante las últimas 2 semanas ¿con qué frecuencia le ha afectado alguno de los siguientes problemas? (Para indicar su respuesta rodee el número con un círculo)	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
1. Poco interés o alegría por hacer cosas	0	1	2	3
2. Sensación de estar decaído, deprimido o desesperanzado	0	1	2	3
3. Problemas para quedarse dormido, para seguir durmiendo o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sensación de cansancio o de tener poca energía	0	1	2	3
5. Poco apetito o comer demasiado	0	1	2	3
6. Sentirse mal consigo mismo; sentir que es un fracasado o que ha decepcionado a su familia o a sí mismo	0	1	2	3
7. Problemas para concentrarse en algo, como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. Moverse o hablar tan despacio que los demás pueden haberlo notado. O lo contrario: estar tan inquieto o agitado que se ha estado moviendo de un lado a otro más de lo habitual	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto o de querer hacerse daño de algún modo	0	1	2	3
SUBTOTALES	0	+	+	+
	= Puntuación total:			

Si ha marcado alguno de los problemas de este cuestionario, ¿hasta qué punto estos problemas le han creado dificultades para hacer su trabajo, ocuparse de la casa o relacionarse con los demás?

Ninguna dificultad	Algunas dificultades	Muchas dificultades	Muchísimas dificultades
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Escala de Hamilton para la Depresión
(Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)

Ítems	Criterios operativos de valoración
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta
9. Agitación	0. Ninguna 1. «Juega» con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Temores expresados sin preguntarle

Escala de Depresión de Montgomery-Asberg
(Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS)

1. Tristeza aparente

El paciente expresa abatimiento, tristeza y desesperación a través de la voz, el gesto y la expresión mímica. Evalúese en función de la gravedad e incapacidad para ser animado.

0. No tristeza
- 1.
2. Parece desanimado, pero se anima fácilmente
- 3.
4. Parece triste e infeliz la mayor parte del tiempo
- 5.
6. Parece desgraciado todo el tiempo. Extremadamente abatido

2. Tristeza expresada

El enfermo aporta datos verbales sobre su humor deprimido, independientemente de que lo exprese por su apariencia o no. Incluye ánimo bajo, abatimiento, desesperanza, sentimiento de desamparo.

Evalúese de acuerdo con la intensidad, duración e influenciabilidad del humor por las circunstancias:

0. Tristeza ocasional en consonancia con las circunstancias ambientales
- 1.
2. Tristeza que cede (se anima) sin dificultad
- 3.
4. Sentimientos de tristeza o abatimiento profundo, pero el humor es todavía ligeramente influenciable por las circunstancias externas
- 5.
6. Continua e invariable tristeza, abatimiento, sentimiento de desgracia

3. Tensión interior

El paciente expresa sentimientos de malestar indefinido, nerviosismo, confusión interna, tensión mental que se vuelve pánico, temor o angustia.

Evalúese de acuerdo con la intensidad, frecuencia o duración de la tranquilidad perdida:

0. Placidez aparente. Sólo manifiesta tensión interna
- 1.
2. Ocasionales sentimientos de nerviosismo y malestar indefinido
- 3.
4. Continuos sentimientos de tensión interna o sentimientos de pánico que aparecen intermitentemente y que el paciente puede dominar, pero con dificultad
- 5.
6. Angustia o temor no mitigado. Pánico abrumador

4. Sueño reducido

El paciente expresa una reducción en la duración o en la profundidad de su sueño en comparación a cómo duerme cuando se encuentra bien.

0. Sueño como los normales
- 1.
2. Leve dificultad para dormir o sueño ligeramente reducido: sueño ligero
- 3.
4. Sueño reducido o interrumpido al menos durante 2 horas
- 5.
6. Menos de 2 o 3 horas de sueño

5. Disminución del apetito

El paciente expresa una reducción del apetito respecto al que tiene cuando se encuentra bien.

Evalúese la pérdida del deseo de alimento o la necesidad de forzarse uno mismo a comer.

0. Apetito normal o aumentado
- 1.
2. Apetito ligeramente disminuido
- 3.
4. No apetito. Los alimentos saben mal
- 5.
6. Necesidad de persuasión para comer

Inventario de Depresión de Beck
(Beck Depression Inventory, BDI)

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.

1. Estado de ánimo
 - Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos
 - No me encuentro triste
 - Me siento algo triste y deprimido
 - Ya no puedo soportar esta pena
 - Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar

2. Pesimismo
 - Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
 - Creo que nunca me recuperaré de mis penas
 - No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
 - No espero nada bueno de la vida
 - No espero nada. Esto no tiene remedio

3. Sentimientos de fracaso
 - He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)
 - He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
 - Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
 - No me considero fracasado
 - Veo mi vida llena de fracasos

4. Insatisfacción
 - Ya nada me llena
 - Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
 - Ya no me divierte lo que antes me divertía
 - No estoy especialmente insatisfecho
 - Estoy harto de todo

5. Sentimientos de culpa
 - A veces me siento despreciable y mala persona
 - Me siento bastante culpable
 - Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
 - Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
 - No me siento culpable

6. Sentimientos de castigo
 - Presiento que algo malo me puede suceder
 - Siento que merezco ser castigado
 - No pienso que esté siendo castigado
 - Siento que me están castigando o me castigarán
 - Quiero que me castiguen

7. Odio a sí mismo
 - Estoy descontento conmigo mismo
 - No me aprecio
 - Me odio (me desprecio)
 - Estoy asqueado de mí
 - Estoy satisfecho de mí mismo

8. Autoacusación
 - No creo ser peor que otros
 - Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
 - Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
 - Siento que tengo muchos y muy graves defectos
 - Me crítico mucho a causa de mis debilidades y errores

9. Impulsos suicidas
 - Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
 - Siento que estaría mejor muerto
 - Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
 - Tengo planes decididos de suicidarme
 - Me mataría si pudiera
 - No tengo pensamientos de hacerme daño

10. Períodos de llanto
 - No lloro más de lo habitual
 - Antes podía llorar; ahora no lloro ni aun queriéndolo
 - Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo
 - Ahora lloro más de lo normal

Escala de Anhedonia Física (Physical Anhedonia Scale, PAS)

Por favor, conteste si cree que cada una de las afirmaciones que se le presentarán a continuación es verdadera o falsa. Es importante que conteste a todas, incluso si no está seguro de cuál es la mejor respuesta.

Algunas de las frases que se le presentarán pueden referirse a experiencias que usted ha tenido solamente al consumir drogas. A menos que usted haya tenido esas experiencias en otras ocasiones, conteste como si no las hubiera tenido.

Algunas afirmaciones se parecen entre sí, pero todas son ligeramente diferentes. Conteste a cada una por separado y no se preocupe de cómo contestó a otras parecidas anteriormente.

Después de cada afirmación que se le presente, rodee con un círculo la respuesta que le parezca más correcta: la V si es verdadero y la F si es falso.

1. Se exagera sobre la belleza de las puestas de sol	V	F
2. A veces he bailado a solas simplemente para sentir mi cuerpo moverse con la música	V	F
3. Raras veces he tenido ganas de cantar en la ducha	V	F
4. Después de un día ajetreado, a menudo me relaja dar un paseo	V	F
5. A menudo he disfrutado al recibir un fuerte y caluroso apretón de manos	V	F
6. La música de un desfile nunca me ha entusiasmado	V	F
7. Cuando tomo una de mis comidas favoritas, a menudo como más despacio para que dure más tiempo	V	F
8. Al ver una alfombra gruesa y mullida, a veces he sentido ganas de quitarme los zapatos y caminar descalzo sobre ella	V	F
9. Una comida me sabe tan buena como cualquier otra	V	F
10. He disfrutado muy poco de actividades físicas como caminar, nadar o hacer deporte	V	F
11. Cuando paso cerca de unas flores, a menudo me detengo a olerlas	V	F
12. El sexo está bien, pero no es tan divertido como dice la gente	V	F
13. A menudo he encontrado que pasear es relajante y agradable	V	F
14. Colocarse en un lugar alto y echar un vistazo alrededor es muy emocionante	V	F
15. Siempre he disfrutado probando nuevos platos	V	F
16. Las tormentas nunca me han parecido emocionantes	V	F
17. Contemplar las brillantes luces de una ciudad es emocionante	V	F
18. A menudo me siento incómodo cuando mis amigos me tocan	V	F
19. Nunca me ha preocupado la textura de la comida	V	F
20. Al pasar cerca de una panadería, el olor a pan recién hecho a menudo me ha abierto el apetito	V	F
21. Los poetas siempre exageran la belleza y los encantos de la naturaleza	V	F
22. Siempre he disfrutado de un bonito paisaje	V	F
23. Siempre me he sentido bien cuando algún ser querido me toca	V	F
24. A menudo me ha sentado bien masajear mis músculos cuando están fatigados o doloridos	V	F
25. Me ha encantado siempre que me den un masaje en la espalda	V	F
26. El sonido de la música de órgano a menudo me ha estremecido	V	F
27. Las primeras nieves del invierno me parecen preciosas	V	F
28. Pienso que hacer volar una cometa es una tontería	V	F
29. Nunca me ha agradado mucho el sonido de las hojas de los árboles	V	F
30. La música suave habitualmente me ha parecido más aburrida que relajante	V	F
31. Nunca me ha gustado tomar el sol; simplemente me da calor	V	F

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL (EEAG)

Indicación: Se utiliza en salud mental del hospital a domicilio, de forma semejante a la ICG a la cual complementa, tanto al inicio como al final del ingreso. Permite valorar la gravedad del paciente y su evolución dentro del programa. Resulta fácil de aplicar y supone una buena referencia dado su extenso uso en la Psiquiatría. Cabe recordar en este sentido que constituye el Eje V del diagnóstico multiaxial que propone la APA.

Administración: Instrumento heteroaplicado que evalúa el funcionamiento global de los pacientes a lo largo de un hipotético continuum de salud-enfermedad. Consta de un único ítem puntuado entre 1 (expectativa manifiesta de su muerte) y 100 (actividad satisfactoria en una gama amplia de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas). García-Portilla y cols. (2006) señalan una importante crítica a esta escala ya que algunos de sus criterios operativos incorporan síntomas mezclándolos con la discapacidad. Estos autores proponen utilizar la escala de la Organización Mundial de la Salud que supera este inconveniente.

Interpretación:
Es una escala descriptiva que proporciona una puntuación única sobre la actividad del paciente. A mayor puntuación, mejor nivel de actividad.

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL (EEAG)

Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético continuum de salud-enfermedad. No hay que incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales).

100	Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas.
91	Sin síntomas.
90	Síntomas ausentes o mínimos (p. ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (p. ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).
81	Si existen síntomas, son transitorios y consiguen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (p. ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., descenso temporal del rendimiento escolar).
71	Algunos síntomas leves (p. ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
61	Síntomas moderados (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela).
51	Síntomas graves (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).
41	Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p. ej., el lenguaje es a veces lógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
31	La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p. ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p. ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).
21	Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p. ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p. ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (p. ej., muy incoherente o mudo).
11	Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (p. ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.
1	Información inadecuada.
0	Información inadecuada.