

Evaluación de la incapacidad laboral en psiquiatría

Dr. Carlos Rojas Malpica

Departamento de Salud Mental. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo

INTRODUCCION

Conceptos fundamentales

El concepto de capacidad laboral y su antónimo –el de incapacidad– son cada vez más importantes de reconocer y precisar. Desde el punto de vista legal, algunos autores consideran que deberían formar parte del concepto de capacidad civil, hasta ahora circunscrito a la capacidad de la persona de regirse responsablemente y de administrar su patrimonio. “Puede definirse la capacidad laboral como la potencialidad plena que existe en una persona para obtener, conservar o reincorporarse a una actividad laboral, con un rendimiento medio y de forma regular. Esta definición viene a ser la inversión coherente de la dada por Ehrhardt y Villinger para la incapacidad laboral, en la que se hace alusión a la falta o debilitamiento de las fuerzas físicas o psíquicas, que hacen imposible una actividad laboral con las características citadas” (1).

Mientras tanto, la Ley Venezolana del Seguro Social distingue entre incapacidad menor (Art. 22), incapacidad parcial (Art. 20) e invalidez en los siguientes apartes:

“Cap. II la Invalidez y la Incapacidad Parcial. Sección I. De la Invalidez. Art. 13: Se considerará inválido el asegurado que quede con una pérdida de más de dos tercios (2/3) de su capacidad para trabajar, a causa de enfermedad o accidente, en forma presumiblemente permanente o de larga duración.

Sección II. De la Incapacidad Parcial, Art. 20: El asegurado que a causa de enfermedad profesional o accidente de trabajo quede con una incapacidad mayor del veinticinco por ciento (25%) y no superior a

los dos tercios (66,66%), tiene derecho a una pensión. También tendrá derecho a esta pensión por accidente común, siempre que el trabajador esté sujeto a las obligaciones del Seguro Social. Artículo 22: El asegurado que a causa de enfermedad profesional o accidente de trabajo quede con una incapacidad mayor del cinco por ciento (5%) y no superior a veinticinco por ciento (25%), tiene derecho a una indemnización única igual al resultado de aplicar el porcentaje de incapacidad atribuido al caso, valor de tres anualidades de la pensión por incapacidad total que le habría correspondido. También tendrá derecho a esta pensión por accidente común, siempre que el trabajador esté sujeto a las obligaciones del Seguro Social (2).

Además, la misma Ley del Seguro Social distingue entre incapacidad laboral temporal y su duración máxima, así como la incapacidad definitiva en los siguientes Artículos:

Artículo 9: Los asegurados tienen derecho, en caso de incapacidad temporal para el trabajo debido a enfermedad o accidente, a una indemnización diaria desde el cuarto día de incapacidad. La duración y atribución de las indemnizaciones diarias no podrán exceder de cincuenta y dos semanas para un mismo caso (2).

Artículo 26: Durante los primeros cinco años de atribución de la pensión, el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales podrá revisar el grado de incapacidad del pensionado y suspender, continuar o modificar el pago de la respectiva pensión según el resultado de la revisión. Después de este plazo el grado de incapacidad se considerará definitivo o igualmente si el inválido o incapacitado ha cumplido sesenta años de edad (2).

Además de los conceptos de capacidad e incapacidad laboral, es importante el concepto de aptitud. La aptitud para un trabajo se define a partir del perfil de tareas a desarrollar por el trabajador. Así, será apto para desempeñar la ocupación, aquél que cumpla con los requisitos generales exigidos para el cargo, dentro de los cuales la salud mental es sólo uno de ellos.

La evaluación psiquiátrica de la incapacidad laboral

Un modelo o escala de evaluación de la incapacidad debería estar teóricamente fundamentado y además, contar con suficiente evidencia empírica de sus postulados. Por otra parte, dicho modelo tendría que tomar en cuenta no sólo la incapacidad resultante del daño o deterioro sufrido por la enfermedad o accidente, sino también la desventaja o inferioridad en que queda el afectado en relación a su entorno social. De allí que una interpretación mecanicista sobre el porcentaje de daño que genere la lesión de un órgano o segmento corporal, luzca a todas luces insuficiente para evaluar la magnitud de una incapacidad (3). De acuerdo con Lefroy, la evaluación o cuantificación de la incapacidad es un proceso dirigido a asistir a la persona con el fin de establecer su propia y relativa dependencia a través de la determinación de sus limitaciones habituales o potenciales de orígenes físico, mental y social, así como la evaluación de sus recursos disponibles (4). Tomada de esta manera, la evaluación incluye la opinión del individuo y no se reduce a una apreciación burocrática donde el paciente acepta pasivamente los resultados de un comité de expertos.

La independencia es un estado relativo (especialmente en niños y ancianos), y es así como cada persona necesita descubrir y conocer el grado de independencia aceptable tanto para sí misma, como para aquellos que los rodean. Dicha independencia es determinada por su rendimiento o funcionamiento (F) y puede ser representada en términos de habilidades (H) y limitaciones o incapacidades (L), de tal manera que:

$$F = \frac{H}{L}$$

El valor de F puede ser incrementado en dos sentidos: por aumento de H o por disminución de L (4).

De acuerdo con lo anteriormente expuesto, los

datos para la evaluación deben ser tomados por medio de la conversación con el incapacitado, la observación del experto, el examen físico y mental y los datos de laboratorio.

Por otra parte, no bastaría con disponer de fundamentos teóricos aceptables, ni con una postura epistemológica adecuada, si no se dispone de instrumentos de medición suficientemente válidos en el contexto social del sujeto incapacitado (5). Para construir un baremo confiable, es necesario conocer los patrones de desgaste psicofisiológico del grupo social y de la población general, pues, como ha sido probado por las investigaciones del Proyecto Venezuela, existe un deterioro diferencial de acuerdo al tipo de trabajo y condición social que determina variables tan importantes como salud, rendimiento, morbilidad y expectativa de la vida (6).

El instituto de Medicina del Trabajo de Cuba ha venido estandarizando una serie de instrumentos que le han permitido detectar precozmente a través del psicodiagnóstico el menoscabo que producen ciertos neurotóxicos. Entre estas pruebas tenemos: Inventario de Personalidad de Eysenck, Prueba de Retención Visual de AL Benton, Memoria de Rostros, Números y Frases de H Strümpe, Frecuencia Clínica de Fusión (FCF), Prueba Guestáltica Visomotora de Lauretta Bender, Test de Tiempo de Reacción, Prueba de Destreza Manual de MacQuarrie, Cuestionario Psicológico Neurológico (PFN) y el Cuestionario de Síntomas Subjetivos de Personalidad (7).

La Escala de ADL ("Activities of daily living") de Klein Bell mide y analiza categorías fundamentales de autonomía individual: vestido, hábitos de eliminación baño/higiene, alimentación y uso del teléfono de emergencia (8). Su utilidad ha quedado demostrada cuando se quiere medir la limitación de una persona con un menoscabo para rendir en acciones características. El índice de ADL se ha definido como un registro ordenado de las capacidades del paciente (9).

Fries y col. (10) estudiaron la salud al momento del egreso de un grupo de pacientes y lograron proponer un cuestionario cuantificador de salud, incapacidad y escala de dolor, que según los autores resultó muy útil para evaluar pacientes artríticos y formular expectativas pronósticas y terapéuticas.

Forrester (11) administró la Escala 1-E de Rotter para evaluar el locus de control de un grupo de 135 solicitantes de incapacidad ante la administración

del seguro social americano, encontrando que la sub-escala de locus de control sociopolítico fue diferente, significativamente, con las sub-escalas de control interno y externo e inversamente relacionada con el grado de menoscabo, lo que lo hace presumir que aquellos pacientes con limitaciones o incapacidades menores se ven a sí mismos en relación conflictiva con fuerzas sociopolíticas, por ejemplo: con la seguridad social.

German (12) ha discutido el valor de las diversas escalas para evaluar la incapacidad en la población anciana: Cuestionario General de Salud de Goldberg, Mini Mental Status de Folstein, Escala ADL, etc, destacando lo importante de cada una de ellas para conocer y comprender dicha población y para hacer un apropiado uso de la prevención secundaria.

Bourdier (13) ha revisado el valor de la psicometría en diversas afecciones mentales: la esquizofrenia, las lesiones del sistema nervioso central, la epilepsia, los estados depresivos, las neurosis, las demencias seniles y presenciales, el alcoholismo, la afasia, apnexia, agnosia y las psicopatías.

Bulbena y col. (14) desarrollaron una adaptación castellana de la escala LSP ("Life Skills Profile", de Rosen) que tradujeron como Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana, la cual evalúa aspectos como comunicación y contacto social, comportamiento social interpersonal, comportamiento social no personal, vida autónoma y autocuidado a través de 39 items. Los autores encuentran útil la escala, para evaluar el nivel de funcionamiento de enfermos mentales crónicos en situaciones y tareas comunes.

El problema que presentan las escalas y cuestionarios anteriormente citados, es que se refieren a problemas o trastornos muy específicos o bien que se dedican a explorar el menoscabo en situaciones verdaderamente límites, dejando afuera una cantidad de trastornos mentales que no por ser comúnmente tenidos por menores, son menos incapacitantes que los mayores.

En Venezuela, el "Baremo del Grado de Incapacidad y enumeración de Accidentes y Enfermedades Profesionales" data del año 1944 y aunque el Reglamento de la Ley del Seguro Social vigente establece en su Artículo 157 que : "Todo lo referente a la determinación del grado de incapacidad parcial y de la invalidez será objeto de reglamento especial por el Instituto previa su aprobación por el Ministerio del Trabajo" hasta la fecha el Instituto no ha procedido a dictar dicha reglamentación. Dicho baremo es

fundamentalmente mecanicista y entre las enfermedades mentales sólo reconoce la "epilepsia traumática" y la "enajenación mental incurable y post-traumática" a las cuales les asigna un 100% de incapacidad (15).

Las normas generales que la Asociación Médica Americana propuso en los años 70 para evaluar el menoscabo en las diversas enfermedades mentales fueron muy útiles en su momento, pero ya no se adaptan a la moderna nomenclatura psiquiátrica (1).

En realidad, el diagnóstico de la incapacidad laboral en psiquiatría implica un juicio clínico y social al que sólo se puede llegar después de un análisis exhaustivo de los siguientes aspectos:

- a. Biografía del paciente.
- b. Antecedentes personales y patológicos de importancia.
- c. Antecedentes familiares.
- d. Características y riesgos de la ocupación del paciente.
- e. Exploración psicopatológica de las funciones psíquicas (conducta, psicomotricidad, orientación, conciencia, lenguaje, pensamiento, afectividad, inteligencia, memoria, sexualidad, sueño, trastornos psicofisiológicos etc.).
- f. Examen somático general.
- g. Exámenes paraclínicos que sean necesarios (electroencefalografía, tomografía axial computada o resonancia magnético-nuclear, etc.).
- h. Las técnicas psicométricas pueden arrojar datos fundamentales que muchas veces no se pueden captar en la exploración clínica de rutina.

Aspectos médico legales

Con mucha frecuencia la incapacidad resultante de enfermedad o accidente ocupacional da lugar a reclamaciones de orden judicial del empleado contra el empleador a fin de procurarse la indemnización correspondiente. Igualmente, el menoscabo resultante puede generar limitaciones para la vida civil, como la conducción de vehículos o inclusive llegar hasta la interdicción judicial, donde el tribunal declara a una persona no apta para ejercer sus derechos civiles (16).

Es importante entonces conocer los conceptos de enfermedad profesional y accidente de trabajo expresados en la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente del Trabajo:

Artículo 28: “Se entiende por enfermedades profesionales, a los efectos de esta ley, los estados patológicos contraídos con ocasión del trabajo o exposición al medio en el que el trabajador se encuentra obligado a trabajar y aquellos estados patológicos imputables a la acción de agentes físicos, agentes biológicos, factores psicológicos y emocionales, que se manifiesten por una lesión orgánica, trastornos enzimáticos o bioquímicos, trastornos funcionales o desequilibrio mental, temporales o permanentes, contraídos en el ambiente de trabajo que señale la reglamentación de la presente Ley y, en lo sucesivo se añadieren al ser aprobada su inclusión por el organismo competente”.

Artículo 32: “Se entiende por accidentes de trabajo todas las lesiones funcionales o corporales permanentes o temporales, inmediatas o posteriores, o la muerte, resultantes de la acción violenta de una fuerza exterior que pueda ser determinada o sobrevenida en el curso del trabajo por el hecho u ocasión del trabajo, será igualmente considerado como accidente de trabajo, toda lesión interna determinada por un esfuerzo violento, sobrevenida en las mismas circunstancias” (17).

Como puede colegirse desde la lectura de los artículos anteriores, la legislación ha venido avanzando desde reconocer solamente la acción de agentes físicos y químicos evidenciables, como se puede observar en la Ley del Seguro Social, hasta lograr coberturas de riesgos más amplios como Condiciones y Medio Ambientes de Trabajo. Esta evolución no ha sido totalmente asumida aún por las compañías privadas de seguros, donde los riesgos reconocidos más ampliamente son los accidentes de trabajo y los daños a reparar, fundamentalmente los físicos (18).

Mientras tanto, en la legislación de los Estados Unidos el sistema de compensación de varios Estados se ha venido también expandiendo hasta incluir lesiones y enfermedades causadas por la acción acumulativa de la lesión y el estrés ocupacional. Ello ha ocasionado un incremento de los costes de la mano de obra, que de alguna manera se trasladan al Estado y al público consumidor. Las protestas de los empleadores no se han hecho esperar, argumentando que la evidencia médica de que algunas enfermedades como las coronariopatías, hipertensión arterial y trastornos neuropsiquiátricos, no es aún conclusiva, ni suficiente para demostrar que son provocadas por los estresores ocupacionales. Se ha señalado que la expansión de las coberturas del sistema debe ser reevaluada basándose en las si-

guientes premisas:

- a) el factor económico, pues se incrementa el coste de la compensación al trabajador,
- b) la capacidad del sistema para asumir sobre incremento de reclamos y,
- c) el principio sobre el cual se estableció el sistema de compensación, esto es, la equidad entre empleados y empleadores (19).

Sobre la base de estas tres premisas, La Dou y col. proponen evaluar las tres posiciones para reestructurar el sistema expandido:

- A) Presunción de compensabilidad, lo cual supone reconocer que ciertos problemas de salud son originados en el sitio de trabajo, a pesar de la dificultad para demostrarlo y, en ese caso, cuando la causa es presumida, el daño debe ser compensado.
- B) Prorrateo del riesgo, lo cual significa que donde una relación causal entre el trabajo y la lesión puede ser demostrada, el empleador, no obstante, sólo puede ser responsable de aquella porción del menoscabo actualmente causada en el sitio de trabajo. El prorrateo debe hacerse entre el empleador, el empleado o también otros empleadores vinculados con la producción del daño.
- C) Umbral de compensabilidad, lo cual consiste en proveer la compensación al trabajador incapacitado sólo cuando una relación causal directa puede ser demostrada entre el sitio de trabajo y el daño sufrido por el empleado reclamante. El autor se muestra partidario de asumir esta última premisa para reestructurar el sistema de compensación por incapacidad (19).

Esta última premisa plantea el arduo problema de establecer las relaciones causa/efecto en la evaluación de la incapacidad laboral. Cuando se puede demostrar el nivel de menoscabo del trabajador y se evidencia la presencia de un tóxico en sus fluidos orgánicos al cual sólo se ha expuesto en su ambiente laboral, el diagnóstico causal parece relativamente fácil de hacer, pero cuando ello no es posible o el agente causal es de tipo psicosocial, el árbol de decisiones hasta llegar el diagnóstico causal se llena de interrogantes y de incertidumbre (20).

La importancia socio-económica que va adquiriendo el problema en los Estados Unidos, ha hecho que algunos autores llamen la atención de los médicos psiquiatras sobre lo delicado de sus pronunciamientos y la necesidad de prepararse académicamente.

micamente para opinar con propiedad (21).

El psiquiatra es cada vez más frecuentemente requerido, tanto como asesor del demandante o del demandado, o bien como perito imparcial a la orden del tribunal, todo lo cual supone un compromiso ético y profesional muy importante (22,23).

El certificado médico de salud mental

La sociedad ha impuesto el requisito de un certificado médico-psiquiátrico donde conste que el portador no padece de ningún trastorno mental que lo incapacite para algunas actividades o tareas:

- a) Para ejercer la docencia se requiere de un certificado de salud mental. Ello tiene sentido si se toma en cuenta la alta morbilidad psiquiátrica en el gremio de maestros y profesores de educación básica y diversificada. La Ley exige salud mental para ejercer la docencia. No existen criterios definidos para otorgar o negar este certificado.
- b) El Ministerio de Comunicaciones exige un examen psiquiátrico y psicométrico muy exhaustivo para otorgar y conservar la licencia de pilotos de aeronaves. Inclusive, se dicta regularmente un curso que capacita al profesional psiquiatra o psicólogo para otorgar el certificado. Los psicólogos venezolanos que practican el examen han presentado investigaciones sobre el tema y han creado la Sociedad de Psicología Aero-náutica.
- c) El Ministerio de Relaciones Interiores exige un certificado médico-psiquiátrico para otorgar el permiso para portar armas de fuego. No se conoce ninguna evaluación de esta medida, ni se tienen criterios definidos para otorgar o negar el certificado. En principio, algunos trastornos deberían contraindicarlo: personalidad psicopática, toxicomanías y alcoholismo, paranoia, depresiones con riesgo suicida, psicosis, etc.
- d) Aún no se exige por parte del Ministerio de Comunicaciones un certificado de salud mental para portar licencia de conducir vehículos, sin embargo, es probable que en algún momento se solicite como requisito. A algunos conductores que cometen infracciones muy a menudo o que sufran accidentes y colisiones a repetición, se les deberían someter a exámenes psiquiátricos y psicométricos como parte de una política de prevención de accidentes. En Francia, están claramente establecidas las perturbaciones men-

tales que contraindican el permiso para conducir vehículos (24).

La capacidad laboral en las enfermedades mentales

Es difícil, por no decir imposible, presentar en forma sucinta el impacto que sobre el rendimiento laboral, el desempleo y la condición social, ejercen las distintas patologías psiquiátricas pues cada una de ellas presenta un curso clínico diferenciado y da lugar a un tipo distinto de menoscabo.

La esquizofrenia

Es uno de los trastornos mentales más importantes, frecuentes e incapacitantes. Se considera que afecta alrededor del 1% de la población general. La CIE-IO de la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica la esquizofrenia en paranoide, hebefrénica, catatónica, indiferenciada, depresión post-esquizofrénica, esquizofrenia residual, esquizofrenia simple, otras esquizofrenias y sin especificación (25), siendo la primera de ellas la de relativo mejor pronóstico.

Existen formas episódicas con remisión completa, sin embargo, lo más frecuente es la evolución crónica y defectual (25).

Es esperable que cuanto más prolongada y defectual sea la evolución la enfermedad sea también más incapacitante (26).

Ahora bien, últimamente se tiende a aceptar que la evolución y el pronóstico de la esquizofrenia guarda relación con los denominados síntomas positivos y negativos, los cuales fueron ya descritos por H. Jackson en 1889 y seguidos por la tradición francesa de la escuela órgano-dinámica de Henry Ey. Sin embargo, con el desarrollo reciente de técnicas de imagenología cerebral (tomografía axial computada, resonancia magnética nuclear y tomografía por emisión de positrones), se le ha encontrado fundamentación orgánica y metabólica a los supuestos que propusieron los clínicos a través de la observación fenomenológica. La llamada esquizofrenia tipo I sería de mejor pronóstico y estaría caracterizada por síntomas positivos (alucinaciones, delirios, trastornos de pensamiento, ideación paranoide, etc), estructura cerebral normal, buena respuesta a los medicamentos anti-psicóticos, poco o ningún deterioro intelectual, generalmente reversible y de comienzo agudo. Se le relaciona además con un incremento de la actividad dopa-minérgica y aumento de los receptores a la dopamina. Por otra

parte, la llamada esquizofrenia de tipo II, estaría caracterizada fundamentalmente por síntomas negativos como aplanamiento afectivo, hostilidad poco evidente, empobrecimiento del lenguaje y de las funciones cognitivas, deterioro intelectual, pérdidas de conducta, dilatación de los ventrículos cerebrales con hipodensitometría traductora de pérdida celular, disminución de la actividad dopaminérgica, pobre respuesta al tratamiento psicofarmacológico, curso irreversible, cuadro clínico hebefrénico y, en fin, muy mal pronóstico (27,28). En la práctica es frecuente encontrar cuadros clínicos donde se solapan síntomas positivos con los negativos, lo que hace difícil una sistematización exacta de la apreciación como para convertirla en categorías diagnósticas (29).

Quizás sea demasiado pronto para afirmarlo, pero es muy probable que con el mejor y más profundo conocimiento de los mecanismos de acción de los fármacos antipsicóticos clásicos y con la aparición de nuevas moléculas (clozapina,isperidona, etc.) de acción sobre los síntomas negativos, así como una nueva aptitud social más tolerante hacia formas irregulares del pensar, nos estemos acercando a un mejor pronóstico de la esquizofrenia.

Los trastornos afectivos o trastornos del humor

Comprenden las siguientes categorías diagnósticas junto con las diversas formas clínicas de cada una de ellas: episodio maníaco, trastorno bipolar, episodios depresivos, trastorno depresivo recurrente, trastornos del humor (afectivos) persistentes, otros trastornos afectivos y otros sin especificar (25).

El núcleo común a los trastornos afectivos es la alteración de la afectividad o del humor. Este puede alterarse hacia la tristeza y se expresa clínicamente como depresión; pero si la tristeza es muy profunda, con inhibición severa de actividad psicomotriz, afectando el pensamiento (que puede llegar hasta el delirio) y la actividad psíquica y fisiológica general, se habla entonces de melancolía o depresión mayor. Por otra parte, el humor puede alterarse hacia la exacerbación general de las funciones psíquicas, con un estado de euforia o de alegría patológica que impacta el pensamiento (taquipsiquia), el lenguaje (taquilalia, verborrea), el pensamiento (delirios de grandeza o megalomanía), lo cual limita severamente la capacidad autocrítica y el sentido de la realidad, hablándose entonces del humor maníaco. Ambos polos (humor depresivo y humor maníaco)

pueden expresarse en las distintas formas clínicas de los trastornos afectivos (26).

La repercusión laboral de los trastornos afectivos varía según la categoría diagnóstica:

a) Los trastornos bipolares mixtos maníacos y depresivos afectan severamente la capacidad de trabajo. En medio del acceso crítico la capacidad laboral suele estar totalmente abolida, pues éstos tienen la dimensión clínica de un cuadro psicótico con severa alteración de la personalidad. Sin embargo, con las técnicas terapéuticas actuales se ha logrado reducir tanto la gravedad como la prolongación de la crisis.

Igualmente, con la terapia preventiva de las recaídas a base de sales de litio y de otros compuestos (carbamazepina, dipropilacetomida) es posible conservar al paciente por largos períodos de normalidad y eutimia, en los que es factible una reincorporación normal al trabajo. Sin embargo, algunos autores opinan que la esquizofrenia y el trastorno afectivo bipolar (psicosis maníaco-depresiva) son las entidades que mayor grado de menoscabo llegan a ocasionar (30,31).

b) El trastorno ciclotímico —una forma menor de trastorno bipolar— no es tan incapacitante como el anterior. Sin embargo, durante las crisis hipomaníacas pueden presentarse síntomas como: 1) disminución de la necesidad de dormir; 2) más energía que la ordinaria; 3) aumento de la productividad acompañado a menudo de exceso de horas de trabajo impuesto por el propio sujeto; 4) pensamiento aguzado y espíritu creativo, etc.

c) En relación al impacto que la depresión tiene sobre la productividad en los Estados Unidos se ha estimado que ésta genera más de 172 millones de días perdidos al año. En el estudio de Mintz y col. se señala que “alrededor de la mitad de los pacientes deprimidos estaban experimentando un cierto nivel de deterioro funcional en el trabajo en el momento de iniciar el tratamiento” (31).

La depresión mayor se acompaña de síntomas tan severos como hundimiento energético, trastornos de los ritmos biológicos (ritmopatía), humor depresivo y dificultades de comunicación (32), que resulta imposible trabajar en tales condiciones clínicas. Sin embargo, fuera de la crisis depresiva, un rasgo de personalidad frecuente de estos pacientes, es la responsabilidad y la abnegación por el trabajo. Inclusive, se señala como evento vital desencadenante de muchos cuadros

depresivos, un conflicto o una tensión en el ambiente laboral que desborda la vulnerada capacidad de resistencia al estrés de estos pacientes.

- d) El trastorno distímico o neurosis depresiva puede acompañar al trabajador toda la vida y generarle dificultades de adaptación al medio ambiente laboral, pero no es un cuadro verdaderamente incapacitante en la generalidad de los casos. Sin embargo, cuando el ambiente laboral es precario, inhóspito, mal remunerado, etc., podrá adquirir características de inaceptabilidad para una personalidad neurótica generando distintos grados de incapacidad.

Las neurosis

Los registros epidemiológicos de las neurosis dan una idea de lo impreciso del término a tal punto, que algunos estiman un índice de prevalencia entre el 1 y el 90% de la población general (33).

El estudio clínico de una neurosis comprende una sistematización de los síntomas neuróticos y de la personalidad neurótica, con arreglo a lo cual se han identificado tradicionalmente los siguientes tipos de neurosis: neurosis de angustia, neurosis fóbica, neurosis histérica y neurosis obsesiva, neurosis hipocondríaca, de carácter, etc.

En relación a la personalidad neurótica, Vallejo y col. han señalado que "La actividad profesional de estos sujetos está generalmente entorpecida por este modo particular de existencia que es la neurótica y rinde a menudo por debajo de sus auténticas posibilidades. Sin embargo, en ocasiones, el neurótico sobrecompensa sus problemas personales a través de éxitos profesionales, y en este caso, el trabajo pasa a ocupar la meta final de estos sujetos, convirtiéndose en objetivo de su existencia más que en una actividad potencialmente enriquecedora. Un fracaso laboral representa un descalabro psicológico en estos casos, ya que el eje existencial del individuo gira en torno a la cuestión profesional" (34). La Asociación Psiquiátrica Americana, en su D.S.M-111-R(1987) propone la siguiente clasificación de los trastornos neuróticos (35)

a) Trastornos de angustia

Trastorno por ataques de angustia:

-Con agorafobia

-Sin agorafobia

Agorafobia sin trastornos de angustia:

fobia social

fobia simple

Trastorno obsesivo-compulsivo

Trastorno por estrés postraumático

Trastorno de ansiedad generalizada

Trastorno de ansiedad sin especificar

b) Trastornos somatomorfos

Trastorno de dismorfia corporal

Trastorno conversivo (o neurosis histérica, tipo conversivo)

Hipocondriasis o neurosis hipocondríaca

Trastorno por somatización

Trastorno por dolor somatomorfo

Trastorno somatomorfo indiferenciado

Trastorno somatomorfo N.E.A.

c) Trastornos disociativos (o neurosis histéricas tipo disociativo)

Trastorno de múltiple personalidad

Fuga psicogénica

Amnesia psicogénica

Trastorno de despersonalización (o neurosis de despersonalización)

Trastorno disociativo N.E.A.

Mientras que la CIE-10 de la OMS (25) aborda la clasificación de las neurosis con el siguiente esquema:

Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos

Trastornos de ansiedad fóbica

Agorafobia

Fobias sociales

Fobias específicas (aisladas)

Otros trastornos de ansiedad fóbica

Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación

Otros trastornos de ansiedad

Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica)

Trastorno de ansiedad generalizada

Trastorno mixto ansioso-depresivo

Otro trastorno mixto de ansiedad

Otros trastornos de ansiedad especificados

Trastorno de ansiedad sin especificación

Trastorno obsesivo-compulsivo

- Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas
- Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos)
- Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos
- Otros trastornos obsesivo-compulsivos
- Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación

Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación

- Reacción a estrés agudo
- Trastorno de estrés post-traumático
- Trastorno de adaptación
- Otras reacciones a estrés grave
- Reacción a estrés grave sin especificación
- Trastorno somatomorfo sin especificación
- Otros trastornos neuróticos
- Neurastenia
- Trastorno de despersonalización-desrealización
- Otros trastornos neuróticos especificados
- Trastorno neurótico sin especificación

En relación con el pronóstico y la incapacidad que generan los trastornos de ansiedad, Ayuso describe los siguientes hallazgos:

“Los enfermos con trastornos por ataques de angustia presentan un mayor riesgo para las enfermedades somáticas, en particular para la úlcera gastroduodenal (20% de los pacientes según Noyes y col.) y la hipertensión arterial (17% según los mismos autores). Se ha calculado que el riesgo de morbilidad y de muertes prematuras es tres veces mayor que en la población general (Coryell y col., 1982) siendo también mayor el riesgo de suicidio (Noyes y col., 1980)

“Un alto porcentaje de casos desarrolla una depresión secundaria (44% según Noyes y col., 1980)

“Las consecuencias sociales son enormes, en forma de ausentismo laboral y costo de la asistencia médica. Por ejemplo, se ha calculado que en los Estados Unidos esta afección representa más de cien millones de dólares anuales en gastos de atención médica, de compensación por incapacidad y por pérdida de salarios. En todo caso, el grado de limitación social y el déficit del rendimiento laboral es considerablemente más elevado en el trastorno por ataques de angustia que en el trastorno de

ansiedad generalizada” (36).

En relación con el trastorno agorafóbico, hay que señalar que también puede ser altamente incapacitante aun en los casos menores. A menudo el paciente se hace acompañar de un familiar a todos sus desplazamientos y delega en él una serie de tareas cotidianas. En el Cuadro 1 se muestran las principales complicaciones de la agorafobia.

Cuadro 1

Principales efectos de la agorafobia sobre la vida del sujeto

	Hombres %	Mujeres %
Incapacidad laboral	42	14
Reducción del contacto social	29	29
Efecto psicológico importante	11	23
Disarmonía conyugal	9	14
Restricción de viajar	4	11

Tomado de Ayuso (36)

Como se puede apreciar, las neurosis pueden también generar alto grado de incapacidad laboral y de limitaciones en la vida social de quienes la padecen. Los trastornos somatomorfos pueden también generar dificultades de orden laboral, pero las investigaciones realizadas al respecto aún son precarias.

Alonso-Fernández (33) habla de neurosis centrífugas en los estudiantes y la relaciona con el ambiente universitario exigente en autocontrol, administración del tiempo, evaluación del rendimiento, etc. Habla también el mismo autor de neurosis centrípetas profesionales y postraumáticas, entre las que ubica la neurosis del psicoanalista y los cuadros más puros de neurosis profesional como el calambre de los escribientes y de los ayudantes sanitarios, los cuales serían cuadros psicomotores de estirpe fóbica o conversiva.

Las llamadas neurosis de renta o neurosis de derecho constituyen un capítulo arduo y complejo de los trastornos vinculados al trabajo. Algunos autores han tratado de ver en la neurosis de renta una postura depresiva, del que ya nada espera de la vida, mientras otros las vinculan con la hipocondría, otros más con la reivindicación paranoica y por último, otros piensan que muchos casos deberían formar

parte de los llamados trastornos ficticios.

El alcoholismo y las toxicomanías

El alcoholismo

Según diversos autores, representa un grave problema de salud pública a nivel mundial nacional. En Venezuela fue el distinguido Dr. Luis Razzeti el primero entre los médicos en demostrar preocupación por el problema. Existen estimaciones que colocan a Venezuela entre los primeros países consumidores de alcohol expresadas en litros alcohol puro/habitante/año, llegando en algún momento a superar a Escocia en consumo de whisky, a Francia en champaña y a Alemania en cerveza (37).

No todo consumidor de alcohol es necesariamente un enfermo alcohólico. Jelinek ha propuesto una de las clasificaciones de alcoholismo que mayor difusión han logrado a nivel mundial. Sin embargo, la clasificación de Alonso Fernández parece ser más adecuada a la realidad clínica y por lo tanto más fácil de manejar. Dicho autor habla de bebedor excesivo regular, bebedor alcoholómano y bebedor enfermo psíquico y enriquece con una magistral descripción psicopatológica a cada uno de los tipos señalados (32).

La vida laboral del alcohólico puede estar marcada por grandes éxitos en los períodos de abstinencia y por fracasos espectaculares en épocas de intensa libación. Son frecuentes en el bebedor excesivo regular las sesiones y los “almuerzos de trabajo” mediados por el alcohol. Este bebedor suele embriagarse y generalmente desarrolla su alcoholismo a partir del contacto social. Es por eso que entre ellos menudean los profesionales liberales, contratistas, abogados, corredores de seguros, etc., que no transan un negocio sin alternar algunas copas con el cliente. La incapacidad para detenerse es un fenómeno muy posterior a la instalación de la dependencia y habituación. Por el contrario, el bebedor alcoholómano manifiesta una extraordinaria tolerancia desde sus primeros contactos con la bebida y su capacidad para detenerse es casi nula; por lo que sus ingestas suelen terminar en una apoteosis etílica. Tiene sin embargo mayor capacidad para abstenerse que el bebedor excesivo regular. El bebedor enfermo psíquico generalmente toma para aliviar o exacerbar una patología de fondo. Aquí entran los bebedores dipsómanos, los psicópatas, los depresivos, los maníacos y otra serie de pacientes con fallas estructurales de personalidad.

Sea cual fuere la puerta de entrada a la alcoho-

lización al final desembocan todos en el embudo del síndrome de impregnación etílica crónica (SIEC) con todos sus riesgos y complicaciones que a grandes rasgos son los siguientes:

- El alcohol se relaciona con un alto porcentaje de riñas, violencia interhumana y homicidios.
- Morbilidad y mortalidad por accidentes del tránsito automotor.
- Suicidios.
- Divorcios y conflictos conyugales.
- Síndrome de maltrato infantil.
- Absentismo laboral, incapacidad, accidentes por pérdida de empleo.
- Incremento de morbilidad y mortalidad (37,38).

Las toxicomanías

En Venezuela no se tienen cifras precisas del problema epidemiológico, pero algunos autores han señalado el “consumo y el mercadeo externo con un valor de 2 mil millones de dólares, cifra equivalente a más de un 20% de las exportaciones petroleras y equivalente a 1/3 del presupuesto nacional” (39).

La magnitud del impacto de las toxicomanías y la farmacodependencia sobre el mundo del trabajo se desconocen, pero se sabe que es un problema que desborda lo estrictamente médico psicológico y que plantea retos a nivel geopolítico.

La epilepsia y el trabajo

La OMS ha propuesto el siguiente concepto de epilepsia: “Afección crónica de etiología diversa, caracterizada por crisis recurrentes debidas a una descarga excesiva de las neuronas cerebrales (crisis epiléptica) asociada eventualmente con diversas manifestaciones clínicas o paraclínicas” (40).

Con la definición de la OMS se excluyen las crisis ocasionales y se deja bien sentado que para proponer el diagnóstico es preciso que hayan crisis y que se presenten de manera crónica.

En los países desarrollados se considera que la epilepsia tiene una prevalencia de 5/1 000, sin embargo, algunos autores autorizados han estimado que en Venezuela podrían haber 16 casos por cada 1 000 habitantes*. Ahora bien, esta prevalencia no

*Véase declaraciones del Dr. Pedro L. Ponce Ducharme a El Universal (20-02-88) a propósito de estudios realizados en el país. Idem: Boris Drujan del Laboratorio de Neuroquímica del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas (IVIC) declaró al Diario de Caracas (25-12-85) que estimaba la prevalencia de epilepsia en 20 casos por cada 1 000 habitantes.

se distribuye homogéneamente en los distintos estratos sociales de la población, pues se calcula que el 60% de los epilépticos son de clase obrera, el 35% de clase media y sólo el 5% pertenecen al grupo de nivel socioeconómico alto (40).

Capacidad laboral del epiléptico. Indicadores pronósticos

Diversas investigaciones realizadas a nivel mundial coinciden en que el 80% de los epilépticos adultos son capaces de desarrollar alguna actividad laboral y que los discapacitados (el 20% restante) no lo son tanto en razón de la crisis, como por otros trastornos mentales o encefálicos concomitantes. El epiléptico apto para el trabajo debe realizarlo, no sólo por motivos humanos y sociales, sino además porque el trabajo tiene un poder anticonvulsivante relacionado, tanto con la acidosis muscular como con la vigilia que exige, "siendo precisamente durante los trabajos peligrosos o difíciles cuando tienen lugar menos crisis en los enfermos comiciales" (41).

Varela de Seijas ha propuesto la siguiente clasificación del epiléptico con fines laborales:

- a) Epilépticos con crisis poco frecuentes, inteligencia normal, no alcohólicos, ni con trastornos de la conducta... cualquier trabajo excepto los de seguridad colectiva. Es desaconsejable no obstante el trabajo en alturas no protegido, máquinas rotatorias que utilicen el fuego, cambios alternativos de luminosidad o especialmente sonoras para las formas fotosensibles.
- b) Epilépticos con crisis más frecuentes, sin trastornos graves de la inteligencia... industrias generales en puestos de seguridad (terminados, mantenimiento de utilería, de manufacturas, etc.).
- c) Epilépticos graves sin alteraciones profundas de la inteligencia industrias... protegidas para minusválidos y trabajo domiciliario.
- d) Epilépticos graves o no, con encefalopatías y oligrofenia... tratamiento institucional en colonias o protección familiar equiparable a la de los subnormales (41).

En relación con el permiso de conducir no se ha logrado un consenso para otorgarlo o para negarlo, pero en general se tiende a proponer que después de un lapso sin presentarse crisis (1 a 3 años en distintos países), se debe autorizar al paciente a conducir vehículos. Autores venezolanos han propuesto que un epiléptico controlado y sin crisis durante un año

debería ser autorizado a obtener su licencia de conducir (42).

Abad cita los siguientes factores que repercuten negativamente en el futuro socio-profesional del epiléptico:

- Detección de un coeficiente intelectual inferior a 90.
- Comienzo de la crisis antes de los 2 años.
- Signos de hipercinesia o disfunción cerebral.
- Crisis de furor
- Escolarización especial inevitable.
- Más de 5 crisis convulsivas generalizadas
- Más de 1 crisis parcial compleja al día
- Focalidad izquierda en el electroencefalograma

Conclusiones y recomendaciones

En Venezuela y posiblemente en muy pocos países se conoce el proceso psicofisiológico de deterioro y desgaste de la población en su conjunto, ni mucho menos diferenciado por clase social. Sería muy útil saberlo porque de esa manera se podría ponderar qué tanto se está apartando un individuo de la media del grupo social al que pertenece para responder con una evaluación cuantitativa de indudables consecuencias prácticas para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de los trabajadores.

Es mucho más sencillo proponer medidas objetivas cuando la lesión o el daño ocasionado afecta un segmento corporal.

Aunque no debe el experto engañarse: a la pérdida de un ojo se le puede asignar una incapacidad de 25% 35%, pero de los dos ojos sería de 100% (5). No se trata de una simple suma algebraica. Para este tipo de lesiones sí existe un baremo aceptado por la legislación venezolana que de todas maneras debería ser actualizado pues data del año 1944 (15).

Se impone entonces que las Universidades, a través de sus Postgrados en Salud Ocupacional y Medicina del Trabajo, así como el recién creado Instituto de Medicina del Trabajo se aboquen a investigar, para que podamos contar con patrones y baremos apropiados a nuestra realidad.

Mientras tanto, es indispensable contar con algún instrumento que nos permita evaluar el problema de la incapacidad laboral en psiquiatría. Los que señalamos en la parte introductoria de esta comunicación nos parecen parciales y diseñados para otros objetivos. La escala GAF (Escala de Evaluación Global

del Sujeto) del DSM-III- R (1987) nos parece adecuada para este propósito por cuanto “considera la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético “continuum”; que va de la salud a la enfermedad mental” (35). Esta escala tiene la ventaja de expresar los distintos grados de funcionamiento social en un gradiente que va del uno al cien, pudiéndose utilizar cualquier punto entre ambos extremos para expresar la evaluación (Ver Anexo A).

Otra posibilidad es utilizar la modificación propuesta por Goldman y col. (43) quienes han hecho notar que cuando se evalúan ciertos pacientes, es difícil (si no imposible) separar los efectos del deterioro mental del deterioro físico, los cuales conflu-

yen en la producción de la limitación en el funcionamiento social y laboral. Esta propuesta también considera el funcionamiento social y ocupacional en un hipotético “continuum” que discurre entre la salud y la enfermedad mental, pero a diferencia de la GAF, incluyó menoscabos en el funcionamiento debido tanto a limitaciones físicas como mentales (Ver Anexo B).

Por último, debemos hacer notar que aunque el CIE-10 de la OMS promete una clasificación de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, ésta no está disponible por estar sometida a estudios de campo, cuyos resultados no se han publicado todavía. (25)

ANEXO “A”

DSM III R (1987) Escala de evaluación global del sujeto (Escala GAF)

Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético “continuum” que va de la salud a la enfermedad mental. No se incluyen las incapacidades debidas a limitaciones físicas (o ambientales)

Nota: Utilice los códigos intermedios cuando resulte apropiado; por ejemplo, 45,68,72.

Código

- 90 Ausencia de síntomas o síntomas mínimos (por ejemplo, ansiedad leve antes de un examen), buen funcionamiento en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia variedad de actividades, efectivo socialmente, generalmente satisfecho con su vida, no tiene más que los problemas o preocupaciones propias de la vida cotidiana (por ejemplo, una discusión ocasional con algunos de los miembros de la familia).
- 81
- 80 Si hay síntomas, son transitorios y son reacciones esperables ante el estrés psicosocial (por ejemplo, dificultades para concentrarse después de una discusión familiar); ligera incapacidad en la actividad social, laboral o escolar (por ejemplo, retraso temporal en la realización de las tareas escolares).
- 71
- 70 Algunos síntomas leves (por ejemplo, estado de ánimo deprimido o insomnio leve). O dificultades en la actividad social, laboral o escolar (por ejemplo, hacer novillos ocasionalmente, o robar en casa) aunque, en general, el funcionamiento es bastante bueno y el sujeto tiene relaciones interpersonales significativas.
- 61
- 60 Síntomas moderados (por ejemplo, aplanamiento afectivo y lenguaje circunstancial o crisis de angustia esporádicas). O deterioro importante en la actividad social, laboral o escolar (por ejemplo, pocos amigos o problemas o compañeros de trabajo).
- 51
- 50 Síntomas graves (por ejemplo, ideas de suicidio, rituales obsesivos graves, pequeños robos en tiendas). O deterioro grave en la actividad social, laboral o escolar (por ejemplo, ausencia de amigos o incapacidad para conservar el trabajo).
- 41

- 40 Deterioro en la evaluación de la realidad o en la comunicación (por ejemplo, el lenguaje es en ocasiones incoherente, oscuro o irrelevante). O deterioro importante en diferentes áreas, como trabajo, escuela y relaciones familiares, capacidad de juicio, pensamiento o estado de ánimo (por ejemplo, la persona deprimida evita los amigos, descuida la familia y es incapaz de trabajar: el niño golpea con frecuencia a otros niños más pequeños, en casa planta cara (desafía a sus padres), y fracasa en la escuela).
- 31
- 30 La conducta está considerablemente influenciada por ideas delirantes y alucinaciones. O existe un deterioro importante en la comunicación y el juicio (por ejemplo, algunas veces es incoherente, actúa de manera inapropiada en distintas situaciones, tiene ideas suicidas). O incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (por ejemplo, quedarse en cama todo el día, o estar sin trabajo, sin casa o sin amigos).
- 21
- 20 Peligro relativo de auto o heterolesión (por ejemplo, intento de suicidio sin riesgo probable de muerte, violencia frecuente o excitación maníaca). O abandono ocasional de la higiene personal mínima (por ejemplo, oler mal o ir sucio). O deterioro importante en la comunicación (por ejemplo, incoherencia o mutismo).
- 11
- 10 Peligro persistente de lesiones graves a si mismo o a los demás (por ejemplo, violencia recurrente). O incapacidad persistente para mantener una higiene personal mínima. O intento de suicidio grave con claro riesgo de muerte.
- 1

ANEXO "B"

Modificación de la Escala de Evaluación Global del Sujeto: Escala de funcionamiento con menoscabo físico y mental (GAF-M) de Goldman y col. (43).

Considere el funcionamiento social y ocupacional a lo largo de un hipotético "continuum" del proceso salud-enfermedad mental. Incluya el menoscabo ocasionado tanto por limitaciones físicas como por limitaciones mentales. Use el más alto nivel de funcionamiento en el último año (p. ej: más altos niveles de funcionamiento de por lo menos algunos meses durante el año anterior)

Código

- 90 Buen funcionamiento en todas las áreas, interesado y envuelto en un amplio rango de actividades.
- 80 Socialmente efectivo.
- 80 No más que un ligero menoscabo en el funcionamiento social u ocupacional (Ej: luce extraviado en algunas metas, objetivos o asignaciones) o en el funcionamiento escolar. Ej: disminución tardía del rendimiento escolar).
- 71
- 70 Alguna dificultad en funcionamiento social u ocupacional (Ej: frecuentes ausencias al trabajo, trabajos ocasionalmente incompletos o juzgados por debajo del estándar), o escolar (Ej: ocasionalmente holgazán, o hurtos dentro del hogar) pero generalmente funcionando bastante bien, sostiene algunas relaciones interpersonales significativas.
- 61
- 60 Moderada dificultad en el funcionamiento social, ocupacional o escolar (Ej: pocos amigos, conflictos con los compañeros de trabajo, incapacidad para concluir o completar las tareas asignadas, rendimiento laboral insatisfactorio).
- 51
- 50 Serio menoscabo en el funcionamiento social, ocupacional o escolar (Ej: no tiene amigos, incapaz de conservar el trabajo como se esperaba en el nivel inicial de rendimiento).
- 41
- 40 Menoscabo mayor en diversas áreas, tales como trabajo, escuela, relaciones familiares, capacidad de juicio y sentido común (Ej: evita los amigos, abandona o desdeña la familia, es incapaz de trabajar, si es un niño frecuentemente golpea a los menores y fracasa en la escuela).
- 31

- 20 Incapaz de funcionar en la mayoría de las áreas (Ej: permanece todo el día en cama, no trabaja, no tiene
31 amigos ni hogar).
- 20 Ocasionalmente fracasa hasta en mantener una mínima higiene personal, (Ej: se embadurna con heces),
11 es incapaz de funcionar independientemente.
- 10 Incapacidad persistente para mantener una mínima higiene personal, incapaz de funcionar sin hacerse
1 daño a si mismo o a otros, o sin un considerable apoyo externo (Ej: cuidados de enfermería y
1 supervisión).

REFERENCIAS

1. Santo Domingo, Carrasco J. Capacidad e incapacidad laboral psíquica: evaluación y grados. *Medicina y Seguridad del trabajo* 1977; 25:(98-99):161-167.
2. Ley del Seguro Social. Gaceta Oficial de la República de Venezuela N° 1 096 extraordinario del 6 de abril de 1967.
3. Williams RG. Theories and measurement in disability *Epidemiol. Community Health*. 1979;33(1):32-47.
4. Lefroy RB. Assessment of disabilities. *Med J Aust* 1980;1(13):635-6.
5. Maranzana P. Incapacidad, valoración en: Enciclopedia de medicina, higiene y seguridad del trabajo. Oficina Internacional del Trabajo (OIT) vol 1. Madrid:1974:794-799.
6. Méndez Castellanos H. Salud y calidad de vida. *Gac Méd Caracas* 1994;102(2):123-126.
7. Almirall P, Mayor J del Castillo J, Rodríguez R, Román J. Manual de recomendaciones para la evaluación psicológica de trabajadores expuestos a sustancias neurotóxicas. Ministerio de Salud Pública. La Habana; 1987.
8. Klein R, Bell B. Self care skills: behavioral measurement with Klein-Bell ADL scale. *Arch Phys Med Rehabil* 1982;63(7):335-8.
9. Duckworth D. The measurement of disability by means of summed ADL indices. *Int Rehabil Med* 1980 2(4):194-8.
10. Fries J, Spitz P, Young D. The dimensions of health outcomes: the health assessment questionnaire, disability and pain scales. *J Rheumatol* 1982;9(5):789-93.
11. Forrester RL. Locus of control among psychiatric disability petitioners. *J Clin Psychol* 1982;38(1):221-5.
12. German PS. Measuring functional disability in the older population. *Am J Public Health* 1981;71 (11):1197-9.
13. Bourdier G. La psychometrie dans les diverses affections mentales. En: *Encyclopedies Medico Chirurgicale*. Paris. Editions Techniques Psychiatric. V. 1. 38180E10 10,1963:1-6.
14. Bulbena A, Fernández P, Domínguez AY. Adaptación castellana de la escala LPS (Life skills profile). Perfil de habilidades de la vida cotidiana. *Acta Luso-Esp Neurol Psiquiat* 1992;20:(2)51-60.
15. Garay J. Legislación del Seguro Social. Caracas: Cifre,1987.
16. Marín Marcano, C. Leyes, delito y psiquiatría forense. Maracaibo: Joaquín Barboza, 1987.
17. Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo. Gaceta Oficial de la República de Venezuela N° 3 850. Extraordinario. 18 de julio de 1986.
18. Choquard J. L'estimation medicale actuelle et future de l'invalidité en assurances privée et en responsabilité civile. *Z Unfallmed Berufskr* 1981;74(3-4):137-40.
19. La Dou J, Mulryan L, McCarthy K. Cumulative injury or disease claims: an attempt to define employer's liability for worker's compensation. *Am J Law Med* 1980;6(1):1-28.
20. Bernack E. Determining the work relatedness of disease. *Connecticut Med* 1982;49(9):495-497.
21. Anderson JR. Psychiatric disability. *J Med Assoc State Ala* 1979;49(2):17-8.
22. Sullivan JD. Worker's compensation medicine. Psychiatric evaluation. *NY State J Med* 1983;83(3):346-9.
23. Burd JC. The educated doctors and permanent partial disability percentage. *J Tenn Med Assoc* 1980;73(6):441.

24. Monnet Y. Measures de securite. En: Encyclopedie Medico Chirurgicale. París. Editions Techniques. Psychiatre V. 6. 37905A10, 9, 1969:1-8
25. CIE-10. Décima revision de la clasificación internacional de las enfermedades. Organización Mundial de la Salud. Madrid: 1992.
26. Rojas Malpica C. Salud mental ocupacional y psiquiatría del trabajo. Universidad de Carabobo. Valencia: Ediciones de Rectorado, 1991
27. Ferrer A. Estudio comparativo de pacientes esquizofrénicos egresados de un servicio del Hospital Psiquiátrico de Maracaibo en los años 1976 a 1986. Tesis Doctoral. Maracaibo, Venezuela: Universidad del Zulia, Facultad de Medicina 1988.
28. Lizer Hirth B. Consideraciones etiopatogénicas. Metamorfosis de la esquizofrenia. Los síndromes tipo I y tipo II. Neurología de la esquizofrenia. En: Esquizofrenia 89. Mimeo. Edit. Soc Venez Psiquiat y Universidad Central de Venezuela. XIII Congreso Venezolano de Psiquiatría Mérida, 1989.
29. Opler LA. Positive and negative dimensions of schizophrenia. En: Currents approaches to schizophrenia. Kane JM (Ed). Oxford: Oxford Clinical Communications, 1992:2-9.
30. Neely Wold P, Rosenfield A, Dwight K. The relationship between work impairment and diagnosis. Schizophrenia and bipolar affective disorder impair work performance more than other diagnostic entities. RI Med J 1982;65 (4):161-4.
31. Mintz J, Mintz LI, Arruda MJ. Tratamiento de la depresión y capacidad funcional en el trabajo. Focus on Depression 1993;3(3):66-68.
32. Alonso Fernández F. Cuestionario estructural tetradiimensional para la depresión. Madrid: TEA Ediciones, S.A., 1986.
33. Alonso Fernández F. Formas actuales de neurosis. Madrid: Ediciones Pirámide S.A., 1981.
34. Vallejo J, Bulbena A, González A, Grau A, Poch J, Serrallonga J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Barcelona: Edit Salvat, 1985.
35. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third edition revised. Washington, D. C. American Psychiatric Assoc 1989.
36. Ayuso JL. Trastornos de angustia. Barcelona: Ediciones Martínez Roca S.A., 1988.
37. Rojas CJ. Problemática médico social del alcoholismo en Venezuela. En: Memoria y Congreso Internacional de "Educación Superior en el Problema de las Drogas". Tomo III. Universidad de Carabobo. Valencia: Ediciones del Rectorado, 1992:1203-1211 .
38. Decarli V. El alcohol como problema de salud pública. Tratamiento y rehabilitación. En: Memorias y Congreso Internacional de "Educación Superior en el Problema de las Drogas". Tomo III. Universidad de Carabobo Valencia: Ediciones del Rectorado, 1992:738-795.
39. Salazar M. Personalidad y farmacodependencia. Mimeo. XIII Congreso Venezolano de Psiquiatría. Mérida, 1989.
40. Abad F. Epilepsia: diagnóstico y tratamiento en la práctica diaria. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra, S.A., 1981.
41. Varela de Seijas E. Problemas sociales, laborales y médico legales de las epilepsias. En: Las epilepsias en sus diferentes aspectos (Ponencia al X Congreso Nacional de Psiquiatría). Oliveros Oller, Herrero Aldama, Martínez Lage, Gimeno y Liaño, Carbonell, Gutiérrez Gómez, López Ibor Aliño, Corominas, Madoz, Pelaz, Varela de Seijas, Escudero y Gerona, Obiols (Eds.) Barcelona: Editorial Summa Electroencefalográfica, 1971:277-292.
42. Borges J. Problemática del enfermo epiléptico en Venezuela. (Mesa Redonda) En: Jornadas sobre Epilepsia. Sociedad Venezolana de Neurología, Capítulo Centro Occidental, Barquisimeto, 1980.
43. Goldman H, Skodol A, Lave T. Revising axis V for DSMIV: a review of measures of social functioning. Psychiatry 1988;53:1148-1156.

“La Gaceta Médica de Caracas hace 100 años”

“Hemos observado que algunos colegas nacionales, científicos y políticos, reproducen con frecuencia trabajos originales y traducciones, tomados de esta Gaceta, sin mencionar su procedencia y como semejante conducta es no tan

solo una falta de cortesía, sino un abuso, protestamos contra quienes hasta ahora lo han hecho y contra los que en lo sucesivo lo hicieren, prometiendo publicar los nombres de los periódicos que desconocen las reglas de la buena educación”.

(Gac Méd Caracas 1894;2:88.)