

Enfermedades Mentales e Incapacidad Permanente Mental Illness and Permanent Disability

RICARDO PEDRO RON LATAS *Profesor Titular de Universidad – Universidade da Coruña*
Magistrado suplente TSJ/Galicia

<https://orcid.org/0000-0002-1526-2316>

JOSÉ FERNANDO LOUSADA AROCHENA *Magistrado especialista de lo social – TSJ/Galicia*
Doctor en Derecho / Graduado Social

<https://orcid.org/0000-0002-4629-0539>

Cita sugerida: RON LATAS, R.P. y LOUSADA AROCHENA, J.F. "Enfermedades Mentales e Incapacidad Permanente". *Revista de Derecho de la Seguridad Social, Laborum*. 27 (2021): 27-46.

Resumen

La calificación de las incapacidades permanentes con el fin del reconocimiento de una prestación contributiva plantea diversos problemas en el ámbito de la Jurisdicción Social. Y tales problemas se acentúan cuando las enfermedades a tener en cuenta para la determinación del concreto grado invalidante resultan ser mentales por dos razones. Una son las particularidades que caracterizan a las enfermedades mentales y que las diferencian de las demás enfermedades. La otra se deriva de la estigmatización que sufren las enfermedades mentales, más acusada sin duda alguna en el pasado, pero que se mantiene en buena medida en el presente, y no es previsible que desaparezca del todo en un futuro inmediato.

Abstract

The classification of permanent disabilities for the purpose of recognising a contributory benefit raises a series of issues in the field of Social Jurisdiction. And there are two reasons why such issues are made all the more acute when the illnesses to take into account in order to determine the level of severity turn out to be mental. One relates to the specific details that typify mental illnesses and that differentiate them from other illnesses. The other comes from the stigmatisation associated with mental illness, which was undoubtedly worse in years gone by, but which to some extent persists and does not look likely to disappear any time soon.

Palabras clave

Incapacidad Permanente; Seguridad Social; Jurisdicción Social; Enfermedades mentales; Prestaciones contributivas

Keywords

Permanent Disability; Social Security; Social Jurisdiction; Mental Illness; Contributory Benefits

1. LAS ENFERMEDADES MENTALES: PROBLEMAS DE CALIFICACIÓN GENERALES Y ESPECÍFICOS

Hace ya más de dos décadas, el legislador español, en un arranque de furia normativa decidió objetivar en la medida de lo posible el reconocimiento de incapacidades permanentes de carácter contributivo en el Sistema español de Seguridad Social. Con vistas a tal fin, la Ley 24/1997, de 15 de julio¹, que contaba con el ambicioso título de Consolidación y Racionalización del Sistema de Seguridad Social, modificó el precepto de la Ley General de la Seguridad Social de 1994 relativo a los grados de incapacidad², introduciendo el siguiente apartado: "La lista de enfermedades, la valoración de las mismas, a efectos de la reducción de la capacidad de trabajo, y la determinación de los distintos grados de incapacidad, así como el régimen de incompatibilidades de los mismos, serán

¹ BOE de 16 de julio de 1997.

² En concreto, el artículo 137 de la Ley General de Seguridad Social de 1994 (Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social [BOE de 29 de junio de 1994]), a través de su artículo 8.1.

objeto de desarrollo reglamentario por el Gobierno, previo informe del Consejo General del Instituto Nacional de la Seguridad Social”.

El legislador lo que pretendía con todo ello no era otra cosa más que solventar los problemas que día a día se plantean en la Jurisdicción Social, eliminando el elemento subjetivo y discrecional en la concesión de prestaciones de incapacidad permanente contributiva en la Seguridad Social, un poco al modo y manera en cómo se construye la concesión de certificados de discapacidad (y por ende de pensiones no contributivas de incapacidad) de acuerdo con el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía, donde la calificación responde a criterios técnicos unificados, fijados mediante baremos expresivos del grado de minusvalía en porcentaje. Para ello, la idea era establecer una lista de enfermedades y su valoración a efectos de la reducción de la capacidad de trabajo y la determinación de los distintos grados de incapacidad, objetivando de esta manera en el mayor grado posible la consecución por el beneficiario de una prestación por incapacidad permanente contributiva.

Sin embargo, la Ley 24/1997 dejaba la concreta labor al Gobierno de turno, mediante desarrollo reglamentario. Pues bien, tras más de cuatro lustros, seguimos esperando. Aunque ni el propio legislador debía tener excesiva confianza en ver algún día su idea desarrollada reglamentariamente. Ello explica que, en previsión, añadiese a la Ley General de la Seguridad Social de 1994 una disposición transitoria, donde se indicaba que la modificación normativa solo sería “de aplicación a partir de la fecha en que entren en vigor las disposiciones reglamentarias”, pero que mientras tanto “se seguirá aplicando la legislación anterior”.

Hoy día, el artículo 194 de la Ley General de la Seguridad Social³ (en redacción que le otorga su DT 26^a) sigue manteniendo la necesidad de clasificar la incapacidad permanente con arreglo a cuatro grados (parcial para la profesión habitual, total para la profesión habitual, absoluta para todo trabajo y gran invalidez), que dependerán de diversos criterios básicos de evaluación, tales como “el criterio profesional ... presente en la IPP, IPT e IA ... [y] el criterio fisiológico [que] se sigue para la gran invalidez”⁴. De este modo, el sistema de determinación de los grados en que se divide la incapacidad permanente se sigue basando “en una delimitación de los mismos por medio de una serie de conceptos jurídicos indeterminados”⁵.

Sobre esta base ya de por sí problemática, las enfermedades mentales, a los efectos de constatar la presencia de una incapacidad permanente contributiva y, en su caso, valorar su grado según los artículos 193 y siguientes de la actual Ley General de la Seguridad Social, plantean dos tipos de problemas añadidos –que también aparecen en los ámbitos médico, asistencial, comunitario o familiar, y a otros efectos jurídicos–. Uno de ellos se deriva de las particularidades médicas propias de las enfermedades mentales, que las diferencian de las demás dolencias que pueda padecer la persona trabajadora. El otro, en cambio, tiene que ver con la estigmatización que sufren las enfermedades mentales, más acusada sin duda en el pasado, pero que se mantiene en buena medida en el presente, no siendo previsible que desaparezca del todo en un futuro inmediato⁶.

La execración que suponen las enfermedades mentales se manifiesta en las diferencias de trato en la vida diaria que las personas con enfermedad mental pueden encontrar tanto en sus

³ 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 (BOE de 31 de octubre de 2015).

⁴ ROQUETA BUI, R., *La Incapacidad Permanente*, CES, Madrid, 2000, pág. 34.

⁵ ROQUETA BUI, R., *La Incapacidad...*, obra citada, pág. 33.

⁶ Como ha destacado la doctrina científica, “en la definición de la incapacidad *global* confluye una triple perspectiva –médico, social y comunitaria–, y en todas ellas se ha menospreciado la salud mental. Históricamente se constata la existencia de un absoluto rechazo al trastorno mental, relegado al estigma, al aislamiento, al silencio y a la vergüenza, y expulsado de las vías de integración; lo que ha dificultado un estudio directo, a menudo favorecido por la voluntad del sujeto de ocultar su enfermedad” (Torrente Gari, S., *El trastorno mental como enfermedad común en la protección de la incapacidad permanente*, Editorial Bomarzo, Albacete, 2007, pág. 13).

interacciones personales como en las relaciones con los poderes públicos. Al lado de esta condena pública, también se pueden producir situaciones de autoestigma, cuando la persona enferma asume la mácula, lo que le conduce a la ocultación de la enfermedad y a una autolimitación de sus posibilidades vitales. Se produce así una discriminación sistémica que puede cristalizar en una diferencia de trato de la persona con enfermedad mental en comparación con individuos con otra enfermedad distinta, pero en situación incapacitante comparable.

Junto con estas estigmatizaciones, las enfermedades mentales presentan unas particularidades diferenciales objetivamente constatadas en el estado actual de la ciencia médica que inciden en la determinación y valoración de la incapacidad permanente. La mayor dificultad es deslindar las razonables particularidades frente a los indeseables anatemas. Y de ello no se libra ni siquiera la ciencia médica. Nos basta con apuntar que actualmente hay una clara conciencia acerca del maltrato médico que han sufrido las enfermedades mentales en la historia⁷, y asimismo es racional pensar que la ciencia médica aún tenga que avanzar para superar pautas de diagnóstico o tratamiento que acaso sean también mal vistas en el futuro⁸.

Nos encontramos así en un ámbito donde fácilmente se pueden producir deslizamientos desde la particularidad razonable hacia la indeseable estigmatización, dando lugar a prejuicios contra las personas con enfermedad mental. Ciertamente es difícil, por no decir imposible, detectar en este ámbito diferencias de trato entre situaciones comparables porque, como ha reiterado la jurisprudencia, no hay invalideces, sino personas inválidas. Pero si las diferencias de trato son imposibles de detectar en cuanto al resultado, debemos examinar las argumentaciones jurídicas que se vierten en el foro, para verificar si atienden a las particularidades razonables de las enfermedades mentales o si, traspasando la barrera, incurrir en indeseables prejuicios contra quienes las padecen.

2. EL CONCEPTO LEGAL DE INCAPACIDAD PERMANENTE APLICADO A LAS ENFERMEDADES MENTALES

Según el artículo 193.1 de la Ley General de la Seguridad Social, “la incapacidad permanente contributiva es la situación del trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral”. Obviamente, la amplitud del concepto legal permite incluir en él sin dificultad a las enfermedades mentales. Y así lo venía entendiendo el legislador desde los inicios del sistema, hasta el punto de hacer referencia expresa a ellas en la normativa sobre accidentes de trabajo, llegando a colegir enfermedades mentales e incapacidad permanente absoluta. Un claro ejemplo lo proporciona el Reglamento a la Ley de Accidentes de Trabajo en la Industria de 1932⁹, que consideraba como incapacidad permanente absoluta las lesiones “orgánicas y funcionales del cerebro y estados mentales crónicos (psicosis crónicas, estados maniáticos y análogos), causados por el accidente,

⁷ Ciertamente es que hoy en día “muchas organizaciones de usuarios se oponen al empleo de los términos enfermedad mental o paciente psiquiátrico. La mayoría de los documentos internacionales evitan utilizar enfermedad mental y emplean el término trastorno mental” (CRUZ MORENO, M.C., *Estudio de la incapacidad laboral en funcionarios civiles del estado y trastorno mental*, Tesis Doctoral, Universidad Complutense, Madrid, 2017, pág. 89, localizable en eprints.ucm.es).

⁸ Así, no es de extrañar que la doctrina se muestre rotunda a la hora de afirmar que “la distinción clásica de enfermedad mental en oposición a la enfermedad orgánica, física, se muestra día a día más inadecuada e incorrecta. Los constantes avances en neurociencias están demostrando que, aun en aquellos procesos clásicamente denominados reactivos ante circunstancias ambientales, con un elevado componente psicológico en su patogenia, la base última del trastorno se encuentra en el funcionamiento neuroquímico. Al mismo tiempo, cada vez es más evidente que los factores psicológicos pueden influir, incluso de forma determinante, en el curso clínico de enfermedades clasificables bajo el clásico paraguas de los trastornos orgánicos a través de estos mismos mecanismos bioquímicos y de sus últimos efectos sobre cualquier rincón del organismo humano” (PUERTO BARRIO, A.M., *La patología psiquiátrica en la incapacidad permanente*, Tesis Doctoral, Universidad de Extremadura, 2017, pág. 59, localizable en <http://dehesa.unex.es>).

⁹ Gaceta de Madrid de 7 de febrero de 1933.

reputados como incurables y que, por sus condiciones, impidan al obrero dedicarse en absoluto a cualquier clase de trabajo”¹⁰; o el Reglamento de Accidentes de Trabajo de 1956¹¹, cuyo artículo 41.e) se expresaba de igual manera¹².

En suma, la generalidad del concepto de incapacidad permanente en el sistema contributivo de Seguridad Social permite sin duda incluir en él a las enfermedades mentales. Pero eso no hace desaparecer los problemas, que se plantean en una doble perspectiva: por un lado, en el campo de las definiciones aplicables a las enfermedades mentales, al no existir una clasificación uniforme de los desórdenes mentales¹³; y por el otro, en la importancia del elemento subjetivo en la constatación de un diagnóstico válido en este concreto ámbito científico, tal y como viene constatando la jurisprudencia laboral, advirtiendo acerca de que “en tal tipo de enfermedades sean frecuentes los trastornos subjetivos que advierte el paciente, pero no objetivamente el médico, el que a través de una conjunción de datos objetivos, y subjetivos, puede alcanzar la calificación correspondiente”¹⁴. En suma, determinadas exigencias del concepto legal han venido generando diversos problemas interpretativos en su aplicación a las enfermedades mentales, y en particular los que veremos seguidamente.

2.1. Reducciones anatómicas o funcionales graves susceptibles de determinación objetiva

La susceptibilidad de determinación objetiva es la exigencia del concepto legal de incapacidad permanente contributiva que más problemas ha planteado en relación con las enfermedades mentales. De un lado, porque –como se indicó– muchas enfermedades mentales se caracterizan por la subjetividad en la sintomatología –aunque sería mejor hablar de individualidad en la sintomatología para evitar confusiones con efectos perniciosos–, en la medida en que, mientras unas personas ante unas determinadas situaciones vitales no enferman, otras sí lo hacen, con grados muy diferentes de gravedad a pesar de tratarse de una misma enfermedad. De otro lado, porque el estado actual de la ciencia médica dista mucho de ser óptimo en relación con el diagnóstico y tratamiento de muchas enfermedades mentales, lo que a veces se confabula para crear la percepción de que la dolencia es subjetiva e incluso simulada, influyendo en la decisión acerca del concreto grado de incapacidad del beneficiario.

Sea como fuere, la norma exige en todo caso la constatación objetiva de los síntomas, pero no que los síntomas en sí mismos considerados obedezcan a un fundamento orgánico, pues también pueden obedecer a características de la propia individualidad de la persona. A este respecto, una STS de 19 de septiembre de 1988¹⁵ –con cita de otras anteriores¹⁶– admite que “las enfermedades

¹⁰ Artículo 15.e).

¹¹ Aprobado por Decreto de 22 de junio de 1956 (BOE de 15 de julio de 1956).

¹² El precepto consideraba incapacidad permanente absoluta las “lesiones orgánicas y funcionales del cerebro y estados mentales orgánicos (psicosis crónicas, estados maniáticos y análogos) causados por el accidente, reputados como incurables, y que por sus condiciones impidan al trabajador dedicarse en absoluto a cualquier clase de trabajo”.

¹³ En efecto, “sobre lo que es un trastorno mental, no se ha llegado a un consenso sobre una definición única” (PUERTO BARRIO, A.M., *La patología psiquiátrica ...*, obra citada, pág. 60). Una amplia clasificación puede encontrarse en RODRÍGUEZ GALLEGU, M.B., *Patologías psiquiátricas como causa de incapacidad permanente*, Tesis Doctoral, Universidad de Málaga, 2015, pág. 110 y ss., localizable en <https://riuma.uma.es>.

¹⁴ STS de 2 de enero de 1986 (RJ 1986\216).

¹⁵ No es una sentencia dictada en un juicio de invalidez, sino en una reclamación de cantidades pactadas en convenio colectivo para el caso de lesiones objetivables, pero cuyos argumentos son perfectamente extensibles. Se trataba de una auxiliar de vuelo que desarrolló una ansiedad de vuelo. Con lo cual la discusión era precisamente si una ansiedad de vuelo –que no es lesión orgánica– se podía considerar como objetivable.

¹⁶ Fácilmente se encuentran sentencias antiguas reconociendo incapacidad permanente por enfermedad mental sin fundamento orgánico. Así, “depresión crónica irreversible que exige el tratamiento y vigilancia psiquiátrica permanente” (STS de 24 de abril de 1982 [RJ 1982\2509]); “depresión endógena crónica con estado de tristeza, inhibición física y psíquica, sentimientos de incapacidad, frustración, trastornos de carácter” (STS de 09 de febrero de 1984 [RJ 1984\855]); y “trastornos de conducta, agresividad, deterioro intelectual progresivo, lagunas de memoria, desorientación en el tiempo y espacio” (STS de 12 de julio de 1988 [RJ 1988\5810]).

mentales ... tanto las orgánicas como las funcionales, las primeras con lesiones anatómicas en el cerebro de mayor o menor evidencia, y las segundas sin ellas ... son susceptibles de constatación objetiva ... Existen trastornos de la actividad funcional específica de unos o más órganos internos ... aunque no exista lesión anatómica del órgano”.

Deberíamos, en consecuencia, distinguir aquí hasta tres planos en orden a la objetivación de las dolencias: 1) el objetivo, que se constata por la existencia de pruebas médicas sustentadas en un fundamento orgánico; 2) el individual, que se constata –también objetivamente– a través del juicio clínico en relación con la sintomatología manifestada por una persona; y 3) el puramente subjetivo, consistente en la vivencia íntima del padecimiento, que es el único que quedaría fuera de la valoración, al no ser posible su constatación objetiva ni por pruebas diagnósticas ni por un juicio clínico¹⁷.

Así las cosas, la excusa de la subjetividad ha dado lugar a la minusvaloración en general de la eficacia incapacitante de las enfermedades mentales, en la medida en que en la mayoría de ellas prejuiciosamente se aprecia una subjetividad de la sintomatología. Un supuesto paradigmático es la depresión. Y es que, ante determinadas vivencias, unas personas se deprimen, y otras no lo hacen. La depresión, además, no presenta constatación orgánica, pero ello no impide que sea susceptible de determinación objetiva, que es lo único que pide la norma. Minusvalorar el diagnóstico de la depresión sin base en razones médicas supondría, a nuestro entender, la evidente estigmatización del beneficiario.

Naturalmente, el diagnóstico de la depresión no trae de suyo la incapacidad permanente, o un grado determinado de la misma, pues el arco invalidante de la depresión abarca todas las posibilidades hasta alcanzar la gran invalidez. De ahí la importancia de que su sintomatología aparezca perfectamente acreditada a los efectos de apreciar su cronicidad y la entidad de su gravedad. A falta de otras pruebas, los tribunales se aferran a datos de constatación directa, tales como los periodos de incapacidad temporal, la clase de tratamiento y la dosificación de la medicación, el número y duración de las hospitalizaciones en centros psiquiátricos, o la existencia de tentativas constatadas de autolisis cercanas al hecho causante.

Otra cuestión vinculada a la subjetividad, actualmente en candelero, son los acosos morales subjetivos, esto es, aquellas situaciones vivenciadas por la persona como un acoso moral, pero que objetivamente no lo son, sino que obedecen a situaciones diferentes –excesivo trabajo, conflicto laboral, etc.–. En cuanto sean susceptibles de determinación objetiva, nada impide que deriven en una incapacidad permanente, ni tampoco nada impide su calificación como contingencia laboral –por ejemplo, si se acredita estrés laboral o un síndrome de *burn-out*–. Cuestión diferente es que al empleador no le puedan exigir responsabilidades que le alcanzarían en el caso de acreditar un acoso moral objetivo, pues obviamente no lo son.

La excusa de la subjetividad también aparece asociada al temor a la simulación y a la supuesta superación de ciertas enfermedades mentales. Aquí estamos ante argumentos rayanos en la estigmatización. Dado el estado actual de la ciencia médica, la simulación de las enfermedades mentales, que acaso sea factible en el ámbito de la incapacidad temporal, resulta imposible en la incapacidad permanente, pues la simulación acabará siendo detectada después de uno o varios reconocimientos médicos.

¹⁷ Al respecto de todo ello, la doctrina viene manifestando que “no [hay que] relegar a [este] último [plano] ... manifestaciones del segundo, identificables como síntomas de la enfermedad. La individualidad –más que la subjetividad– va referida a que una misma dolencia provoca en el enfermo distintos efectos en atención al carácter, experiencia, hechos vividos, etc.” (TORRENTE GARI, S., *El trastorno ...*, obra citada, pág. 56).

Con todo, es importante destacar que la simulación debe quedar perfectamente diferenciada de la denominada “neurosis de renta”¹⁸, e incluso de la histeria¹⁹. Así mientras que la simulación “se define como la producción intencionada de síntomas físicos o psicológicos desproporcionados o falsos, motivados por incentivos externos como no realizar el servicio militar, evitar un trabajo, obtener una compensación económica, escapar de una condena criminal u obtener drogas”²⁰, la neurosis de renta, por su parte, presenta dos componentes: “a) la neurosis (un trastorno mental) y b) la actitud de renta, expresión de reivindicación del sujeto y consecuencia de legislaciones que protegen y amparan las secuelas de los accidentes o de las enfermedades”²¹. De esta manera, “la actitud de renta es la interpretación y la postura del sujeto ante una eventualidad que estima ha sido el origen de determinados síntomas y debe ser compensado”²².

Por ello, aunque si bien se la suele asociar a la simulación²³, la neurosis de renta constata una realidad diferente: su causa es la vivencia compensatoria subjetiva que, ante una determinada situación –un accidente o una enfermedad–, genera una persona; pero –como delata su propia denominación– es una neurosis susceptible como tal de determinación objetiva. Obviamente, se exige un diagnóstico diferencial –que no siempre es fácil de alcanzar– frente a la simulación, en que no hay esa vivencia compensatoria subjetiva, sino un simple ánimo de defraudar.

El problema subsiguiente de la neurosis de renta en la práctica judicial no es tanto el de la valoración de su entidad incapacitante –que no es demasiada salvo si concurrente con otras enfermedades mentales²⁴–, sino que, cuando aparece, puede proyectar una sombra de duda sobre esas otras eventuales enfermedades concurrentes. Porque esas enfermedades mentales pueden concurrir, pero entenderlo así resultaría perjudicioso y totalmente inadmisibles. Dicho más llano, el diagnóstico de neurosis de renta no puede impedir el reconocimiento de la invalidez que corresponda en valoración conjunta con el resto de dolencias incapacitantes²⁵.

Igualmente asociada a la excusa de la subjetividad está –como hemos avanzado– la supuesta posibilidad de superación de ciertas enfermedades mentales. El supuesto más habitual aquí se produce con relación al alcoholismo o las drogodependencias. En estas ocasiones el problema se presenta porque cabe entender que la persona puede actuar voluntariamente sobre su causa, tal y como se venía entendiendo precisamente con relación al alcoholismo o las drogodependencias –e incluso también con la anorexia y la bulimia–, de tal manera que el alto grado de voluntariedad presente en la dolencia excluía la objetividad que precisa la norma: esta clase de enfermedades no constituyen más que un hábito perfectamente prescindible con un ejercicio de voluntarismo.

Así, no resultaba extraño encontrar resoluciones judiciales que entendían que en estos casos tales enfermedades dependían en exclusiva de la voluntad de trabajador, y que él era el único culpable de la situación, a la que podría sobreponerse con fuerza de voluntad. Que estos razonamientos aparecen en la práctica judicial se comprueba con una STSJ País Vasco, de 23 de

¹⁸ Un estudio médico relacionando neurosis de renta e incapacidad permanente, ORDOÑEZ FERNÁNDEZ, M.P., ARÉVALO, J., y CARRASCO ANTUÑA, M.A., “Neurosis de renta y expectativas de incapacidad permanente”, en *Apuntes de Ciencia*, nº. 1, 2012, págs. 28 y ss.

¹⁹ Definida la histeria como “una neurosis caracterizada por la hiperexpresividad somática de afectos inconscientes” (ORDÓÑEZ FERNÁNDEZ, M.P., “¿Histeria, Simulación o Neurosis de Renta?”, en *Scientific electronic library online*, <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v3n1/especial1.pdf>, pág. 39).

²⁰ ORDÓÑEZ FERNÁNDEZ, M.P., “¿Histeria ...”, obra citada, pág. 43.

²¹ ORDÓÑEZ FERNÁNDEZ, M.P., “¿Histeria ...”, obra citada, pág. 41.

²² ORDÓÑEZ FERNÁNDEZ, M.P., “¿Histeria ...”, obra citada, pág. 41.

²³ Incluso doctrina autorizada ha llegado a decir que la exigencia legal de susceptibilidad de determinación objetiva “parece una referencia a las psicosis, neurosis o ansias de renta ... como no indemnizables” (ALONSO OLEA, M. y TORTUERO PLAZA, J. L., *Instituciones de Seguridad Social*, 13ª edición revisada, Civitas, Madrid, 1992, pág. 260).

²⁴ La neurosis de renta no es suficiente para alcanzar el derecho cuando no aparece asociada a otras dolencias invalidantes (STSJ Madrid de 2 de diciembre de 2015 [Rec. núm. 681/2015]).

²⁵ Hay incapacidad permanente absoluta incluso diagnosticando neurosis de renta cuando aparece ligada a una depresión ansiosa (STSJ Galicia de 26 de febrero de 1998 [Rec. núm. 4879/1995]).

septiembre de 2004²⁶, que atinadamente los descartó. Con un diagnóstico de alcoholismo crónico, con tratamiento de deshabitación recurrente y poco eficaz, el juzgador de instancia resolvió en el sentido de que “el estado del actor no constituye sino un resultado deseado por él mismo ... insistiendo en su alcoholismo, a pesar de ser consciente de los perjuicios de todo orden que le causa su persistencia en esos hábitos, y sin que haga nada por enmendarlos, siendo él el único responsable de su salud”. La sala vasca discrepó del criterio del juez *a quo*, concluyendo que “semejante conclusión prescinde de forma radical de la caracterización clínica del alcoholismo, cuya realidad patológica difícilmente puede discutirse”, en que las pérdidas funcionales que provoca no pueden considerarse voluntarias, y apuntan hacia una incapacidad laboral.

Con argumentaciones semejantes, para una STSJ La Rioja, de 25 de abril de 2018²⁷, “el hecho de que el demandante no haya observado regladamente y con absoluta regularidad el tratamiento médico indicado para su problema de alcoholismo, a juicio de la Sala, no impide considerar su cuadro residual como previsiblemente definitivo, pues esa falta de adherencia al tratamiento y los riesgos de recaída son características inherentes a la enfermedad que padece”; de manera que “el cuadro de alcoholismo crónico que aqueja el recurrente previsiblemente definitivo”.

Se trata, pues, de un entendimiento que ya debería estar actualmente superado, no solo para el alcoholismo o la drogadicción, sino, en general, para toda enfermedad mental que afecte a la voluntad de la persona trabajadora, sin que quepa hablar de hábitos prescindibles con un ejercicio de voluntarismo. No se debe olvidar que esas enfermedades pueden nublar la voluntad de someterse a rehabilitación. Obviamente, entenderlo así supondría un perjuicio para el beneficiario, tal y como se desprende, por ejemplo, de una STSJ La Rioja, de 25 de abril de 2018²⁸, para la cual “el hecho de que el demandante no haya observado regladamente y con absoluta regularidad el tratamiento médico indicado para su problema de alcoholismo, a juicio de la Sala, no impide considerar su cuadro residual como previsiblemente definitivo, pues esa falta de adherencia al tratamiento y los riesgos de recaída son características inherentes a la enfermedad que padece”, por lo que cabe entender “el cuadro de alcoholismo crónico que aqueja el recurrente previsiblemente definitivo”.

Acabamos de indicar que el supuesto carácter vencible de ciertas enfermedades mentales recoge como supuesto más habitual aquí el que se produce con relación al alcoholismo o las drogodependencias, pero tampoco debe olvidarse que en ocasiones tanto la Administración de la Seguridad Social como los tribunales laborales vienen entendiendo que el enfermo mental, con algo de voluntad, se puede reincorporar al trabajo, llegando en algunas ocasiones a prescribirse esta reincorporación al trabajo como terapia ocupacional. Se trata, no obstante, de una afirmación que solo es correcta cuando se apoya en informes médicos razonados en relación con el caso concreto, pero no cuando el tribunal lo hace sin ese sustento, pues en tales ocasiones no solo está invadiendo terrenos de la ciencia médica en orden a determinar si es útil la terapia ocupacional –o si, por el contrario, el trabajo es el foco irritativo de la enfermedad–, sino que también está incurriendo en el perjuicio de que, con voluntad, la enfermedad mental se puede superar, lo cual resulta algo rechazable²⁹.

²⁶ Rec. núm. 1341/2004.

²⁷ Rec. núm. 108/2018.

²⁸ Rec. núm. 108/2018.

²⁹ A este respecto, la doctrina viene entendiendo que “se sostiene con relativa frecuencia en las valoraciones administrativas y se recoge en las valoraciones jurisdiccionales lo adecuado de la “laborterapia” en aras a mantener la estabilidad del paciente afectado por un trastorno psiquiátrico, afirmación esta que, sin dejar de ser cierta, puede resultar en ocasiones “capciosa”: no puede (ni debe) sostenerse que son equivalentes las exigencias de una actividad laboral terapéutica, cuya finalidad no es el rendimiento económico sino la recuperación funcional del discapacitado, con las exigencias que plantea una actividad laboral considerada en el seno del mercado de trabajo, cuya finalidad es la productividad económica” “ (PUERTO BARRIO, A.M., *La patología psiquiátrica ...*, obra citada, pág. 68).

2.2. Previsiblemente definitivas

La exigencia legal acerca de que las reducciones anatómicas o funcionales graves sean previsiblemente definitivas es un requisito constitutivo que, en su aplicación a las enfermedades mentales, no debería plantear ninguna problemática, pues si bien ciertas enfermedades mentales se manifiestan a través de brotes con periodos asintomáticos y recidivas, ello no supone incumplimiento alguno del planteamiento normativo. Este debe dirigirse a conocer si la enfermedad es definitiva o cuenta con un tiempo incierto de recuperación, y va referido siempre a sus repercusiones sobre la capacidad laboral, no al estado patológico específico que sí puede variar. Así, en un trastorno mental pueden sucederse en el tiempo episodios asintomáticos y recidivas, pero ello no siempre modifica la calificación del trastorno ni tampoco su repercusión sobre la capacidad laboral disminuida o anulada del trabajador; o sea, “permanencia no significa continuidad”³⁰.

No se consideran, como regla general, reducciones previsiblemente definitivas ni la depresión reactiva a otro padecimiento físico o mental, ni los cuadros de ansiedad como manifestaciones de esa depresión reactiva, sin perjuicio de que esos otros padecimientos puedan justificar por sí mismos la incapacidad permanente. Ello es así porque suelen mejorar, e incluso remitir, en cuanto se aceptan esos otros padecimientos, y tampoco suelen ser graves. Por excepción, si el síndrome ansioso depresivo evoluciona con independencia de los demás padecimientos hacia la cronificación y la gravedad, sí podrían ser invalidantes, pero entonces no sería un síndrome ansioso depresivo sino, más bien, una depresión.

2.3. Previo agotamiento del tratamiento prescrito

El previo agotamiento del tratamiento prescrito obliga a la persona enferma a no abandonarlo salvo causa razonable, y en este aspecto dicha exigencia puede plantear problemas en relación con aquellas enfermedades mentales en las cuales la persona enferma rechaza el tratamiento porque no reconoce su enfermedad –como ocurre en muchos casos con las personas alcohólicas, drogodependientes o anoréxicas– o por su ideación delirante –algo habitual en las personas esquizofrénicas–. Algunas sentencias ya han sentado el razonable criterio de que, en estos casos, el rechazo al tratamiento no impide considerar la enfermedad mental como una situación previsiblemente irreversible y justificativa, en ocasiones, del abandono del tratamiento prescrito, o de la posibilidad de someterse al mismo.

Un claro ejemplo de todo ello lo proporciona una STSJ Castilla-León (Valladolid), de 18 de febrero de 2003³¹, dictada con relación a un enfermo de enlismo crónico, sin conciencia alguna de tal enfermedad, y con rechazo del tratamiento, que consideró la dolencia “como una situación previsiblemente irreversible, máxime cuando no tiene conciencia alguna de tal enfermedad y no acepta tratamiento ni seguimiento ..., su dependencia del alcohol determina que el actor carezca de juicio crítico alguno así como unas conductas y comportamientos distorsionados, con manifestaciones de agresividad, desmotivación vital e incapacidad para las relaciones personales y por ende de desconexión con el entorno socio-laboral, y no es razonable pensar que en tales condiciones pueda acometer actividad laboral alguna con resultado útil y una mínima responsabilidad”. Se trataría, pues, de aplicar a determinados trastornos mentales una interpretación flexible, por razones humanitarias, de la exigencia legal de previo agotamiento del tratamiento, similar al que la jurisprudencia ha aplicado para la exigencia de estar en alta o situación asimilada al alta, que trataremos más adelante³².

³⁰ TORRENTE GARI, S., *El trastorno ...*, obra citada, pág. 50.

³¹ Rec. núm. 21/2003.

³² TORRENTE GARI, S., *El trastorno ...*, obra citada, pág. 42.

2.4. Dolencias de origen y enfermedades mentales

La Ley General de la Seguridad Social establece una exigencia adicional (bien que encubierta) para la situación de incapacidad permanente: la de que las dolencias deben ser sobrevenidas a la afiliación, en la medida en que se establece que “las reducciones anatómicas o funcionales existentes en la fecha de la afiliación del interesado en la Seguridad Social no impedirán la calificación de la situación de incapacidad permanente, cuando se trate de personas con discapacidad y con posterioridad a la afiliación tales reducciones se hayan agravado, provocando por sí mismas o por concurrencia con nuevas lesiones o patologías una disminución o anulación de la capacidad laboral que tenía el interesado en el momento de su afiliación”³³.

Al aplicar a las enfermedades mentales esta exigencia legal, se pueden plantear no pocos problemas con aquellas que cursan por brotes o episodios, de forma que es posible que el trabajador ni siquiera sepa que padecía la enfermedad hasta que se exterioriza la sintomatología o hasta que otra patología psiquiátrica pone de manifiesto la existencia de una enfermedad previa (como sucede, por ejemplo, con la esquizofrenia). También puede suceder que sea una enfermedad de evolución lenta y progresiva, de la que el trabajador tenía conocimiento, pero que no le ha impedido trabajar precisamente hasta el momento del hecho causante de la incapacidad (v.gr., el empeoramiento de una epilepsia generalizada).

Todos estos casos, a nuestro entender, deben conducirnos a excepcionar la regla general, según la cual la exigencia de que se trate de dolencias posteriores a la afiliación queda excluida cuando el beneficiario sea una persona con discapacidad, cuyas dolencias se han agravado con posterioridad a la afiliación, provocando por sí mismas o por concurrencia con nuevas lesiones o patologías, una disminución o anulación de la capacidad laboral que tenía el interesado en el momento de su afiliación.

Así se viene siendo entendido por la jurisprudencia social, tal y como pone de relieve de manera gráfica una STSJ Andalucía (Málaga) de 19 de diciembre de 2002³⁴. Según esa resolución de la sala andaluza, la exigencia de que las lesiones sean anteriores a la afiliación no es aplicable a ciertos casos de enfermedades mentales, como sucede, por ejemplo, cuando se parte de un proceso inicial anterior al alta de “trastorno psicótico atípico” que no impide trabajar, pero que evoluciona de manera “negativa y morbosa hasta llegar a la psicosis esquizofrenia”. Porque, desde un punto de vista general, “hay que tener en cuenta la clara diferencia que existe en el ámbito de la medicina-científica-clínica entre una y otra situación patológica, pues el trastorno es simplemente una alteración, perturbación o cambio maligno del estado mental que no muestra conformidad con una entidad morbosa ya identificada técnicamente, mientras que la esquizofrenia es una enfermedad mental del tipo de la psicosis, sin alteración anatómica conocida, en cuya etiología destacan factores genéticos, psicógenos y socio culturales, con síntomas de indiferencia, deformación de la personalidad, tendencia al aislamiento, disgregación de la personalidad, negativismo, introversión y estereotipias”. Todo ello conlleva, según la sala andaluza, a que ese cuadro clínico deba inhabilitar “por completo al trabajador para toda profesión u oficio, siendo nula y meramente utópica la posibilidad de encontrar empleo ni menos aún desempeñarlo en dichas condiciones psíquicas y espirituales ... [por cuanto que] el antiguo inicial y actual cuadro psíquico de la actora ha sufrido una alteración esencial, trascendente y determinante, padeciendo una sensible e intensa agravación o empeoramiento hasta llegar a la psicosis esquizofrénica, con las gravísimas consecuencias y secuelas que lleva consigo esta enfermedad mental en lo que atañe la personalidad, ansiedad,

³³ Artículo 193.1.

³⁴ Rec. núm. 2041/2002.

depresión, ideas o intentos autolíticos, falta de equilibrio y responsabilidad, fobias y obsesiones con predominio de los síntomas negativos”³⁵.

3. CRITERIOS DE GRADUACIÓN DE LA INCAPACIDAD PERMANENTE POR ENFERMEDADES MENTALES

Al analizar el grado de incapacidad permanente aplicable según el artículo 194 de la LGSS, y su disposición transitoria 26ª, a supuestos donde concurren enfermedades mentales, la jurisprudencia ha elaborado algunos criterios de valoración de carácter orientativo a los que haremos referencia sin entrar en un análisis exhaustivo de casos, que, además de inabarcable, tampoco aportaría resultados de interés al operador jurídico, dado que no hay invalideces, sino personas inválidas. En la identificación de esos criterios generales son muy relevantes las sentencias dictadas por el Tribunal Supremo bajo la vigencia de las leyes de procedimiento laboral anteriores a 1990, pues en ellas se facilitaba el acceso a la casación de los juicios de invalidez, mientras que, desde la Ley de Procedimiento Laboral de 1990, la exigencia de contradicción para poder acceder a la casación para unificación de doctrina hace inviable el acceso a la casación de los juicios de lo que hoy es incapacidad permanente³⁶, dado que –como se viene ya de reiterar– lo que hay son personas inválidas.

3.1. Gran invalidez

Como grado más intenso de incapacidad permanente, la gran invalidez concurre cuando por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, el trabajador afecto de incapacidad permanente necesita la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos³⁷. Y las enfermedades mentales no son ajenas en la práctica judicial a este grado de incapacidad.

Uno de los ejemplos paradigmáticos viene siendo reconocido desde hace lustros por el Tribunal Supremo. Nos referimos en concreto a la enfermedad de Alzheimer, de la que no resulta extraño encontrar añejas resoluciones reconociendo la gran invalidez al trabajador que la padece³⁸. De igual manera, los Tribunales Superiores de Justicia admiten el grado de gran invalidez en los casos avanzados de Alzheimer³⁹.

El repaso a la doctrina de los tribunales laborales nos permite constatar que hay determinados supuestos específicos de gran invalidez vinculados a las afecciones típicas de las enfermedades mentales, pues son supuestos en los cuales “materialmente el sujeto puede realizar las

³⁵ En este mismo sentido se pronuncian otros tribunales laborales con relación a enfermedades tales como las tres siguientes: esquizofrenia (STSJ Canarias [Las Palmas] de 30 de marzo de 2005 [Rec. núm. 1838/2005], STSJ Navarra de 23 de mayo de 2005 [Rec. núm. 187/2005], y STS de 26 de septiembre de 2007 [Rec. núm. 2492/2006]; retraso mental (STSJ Castilla y León [Valladolid] de 25 de junio de 2001 [Rec. núm. 1026/2001] y STSJ Andalucía [Málaga] de 14 de febrero de 2018 [Rec. núm. 1762/2017]); o epilepsia (STSJ Baleares de 29 de junio de 2015 [Rec. núm. 172/2015]).

³⁶ Sobre el recurso de casación para la unificación de doctrina, véase LOUSADA AROCHENA, J.F. y RON LATAS, R.P. (coord.), *Sistema de Derecho Procesal Laboral*, 2ª ed., Laborum, Murcia, 2019, págs. 363 y ss.

³⁷ Según el artículo 194.6 de la Ley General de Seguridad Social (en redacción otorgada por su disposición transitoria 26ª), “se entenderá por gran invalidez la situación del trabajador afecto de incapacidad permanente y que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesite la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos”.

³⁸ Por ejemplo, en una STS de 15 de febrero de 1986 (RJ 1986/765).

³⁹ Así se pronuncia, por ejemplo, una STSJ Andalucía (Granada) de 13 de enero de 2010 (Rec. núm. 1797/2009). Y decimos avanzados, porque, tratándose de los estadios iniciales de la enfermedad, los tribunales laborales suelen denegar la gran invalidez, aunque advirtiendo que en un futuro se podrá “solicitar la revisión por agravación, transcurrido el plazo legal si el decurso de la enfermedad exigiese la intervención de tercera persona para los actos más esenciales de la vida, previa cumplida prueba de ello” (STSJ Murcia de 14 de octubre de 2002 [Rec. núm. 903/2002]).

actividades de la vida diaria, aunque la alteración mental padecida impedirá llevarlas a cabo”⁴⁰. Así sucede, por ejemplo, cuando: 1) es necesaria la continuada asistencia de otra persona para evitar conductas que puedan poner en peligro la seguridad propia o ajena del trabajador⁴¹; 2) además de para evitar conductas que puedan poner en peligro la seguridad propia o ajena, el concurso asistencial de tercera persona obedece también al objetivo de garantizar la administración correcta del tratamiento pautado, aspecto de incuestionable importancia terapéutica en relación con el tratamiento de una esquizofrenia paranoide⁴²; y 3) por falta de iniciativa es necesario el estímulo externo de otra persona para realizar aquellas actividades indispensables en la guarda de la seguridad, la higiene y el decoro fundamentales en la convivencia humana, porque sin ese estímulo el trabajador quedaría en situación de abandono poniendo en peligro su subsistencia, v.gr., en caso de depresión severa con encamamiento⁴³. Siguiendo estos criterios, la gran invalidez se ha reconocido en “casos graves de alteraciones mentales cuando es necesaria la continuada asistencia de otra persona que le preserve de situaciones de riesgo en casos de psicosis paranoide o de trastorno depresivo con intentos de autolisis y tendencia al abandono en sus actividades esenciales”⁴⁴. También se ha reconocido cuando el trabajador padece una oligofrenia profunda⁴⁵.

Una STSJ Galicia de 8 de febrero de 2012⁴⁶ resulta aquí muy ilustrativa por las amplias citas judiciales que en su fundamentación se recogen. Así, la resolución comienza recordando que “el apoyo permanente de tercero no solo ha de limitarse a cuestiones de carácter físico” sino también cuando se hace necesario “llevarse a cabo actos de continuación vital, de tal forma que se incluye en dicho precepto cuando el presupuesto de tal asistencia permanente es la defensa integral de la vida de la tendencia de autodestrucción del obrero”; y así “se ha declarado la necesidad de ayuda a tercero para impedir posibles actividades autoagresivas o para la evitación de situaciones de peligro o riesgo, como en los supuestos del «psicótico grave y agresivo que además acusa una parálisis muy acentuada» (STS 16-12-1977), o el del depresivo «que debe ser atendido constantemente y vigilado de manera continuada para evitar sus frecuentes intentos de suicidio» (STS, citada, 3-12-1987), o el del que sufre deterioro mental, por demencia senil, que hace necesaria la asistencia de una persona que le ayude a satisfacer las necesidades primarias y «le vigile constantemente» (STS 27-6-1984), o el del que padece demencia profunda, requiriendo constantemente la asistencia de tercera persona para, entre otros actos, «mantener la vida sin grave riesgo» (STS 15-2-1986), o el del que está aquejado de dolencia esquizofrénica, que obliga a sus familiares «no solo a retenerlo en casa, sino a asistirle en cuestiones relativas a higiene y alimentación» (STS 10-4-1989)”. Por lo tanto, se entiende que procede la gran invalidez “cuando existen riesgos evidentes de actividades autoagresivas que se han manifestado en intentos de suicidio ... mientras que no se entiende tributaria de una gran invalidez las situaciones en las que se aprecia una mera ideación de autolisis sin esas graves manifestaciones psicóticas ni concreción de actuaciones específicas frustradas, que justifiquen una continua y permanente necesidad de vigilancia por tercero”.

Finalmente, debemos poner de manifiesto que, de entre todas las enfermedades mentales, quizá sea la esquizofrenia, en sus manifestaciones más severas, la que comúnmente se reconoce como causante de una gran invalidez en los tribunales laborales. En estos casos, más que al tipo de esquizofrenia (pues hay manifestaciones de la enfermedad graves en cualquiera de sus tipos –simple, hebefrénica, paranoide y catatónica–), se atiende a la fase en la que se encuentra. De este

⁴⁰ NÚÑEZ FERNÁNDEZ, A.B., “En particular, la gran invalidez y la dependencia de tercera persona. Criterios jurídicos y criterios jurisprudenciales. El impacto de la ley de dependencia”, en RIVAS VALLEJO, P. (dir.), *Tratado médico-legal sobre incapacidades laborales*, 2ª edición, Editorial Thomson Aranzadi, Pamplona, 2008, págs. 159 a 162.

⁴¹ Lo que acaece, por poner algún ejemplo, en caso de demencia y depresión con sintomatología psicótica (cfr. STSJ Cataluña de 4 de enero de 2001 [Rec. 2006/2000]).

⁴² Cfr. STSJ Castilla-León (Valladolid) de 21 de noviembre de 2005 (Rec. núm. 2021/2005).

⁴³ Cfr. STSJ Asturias de 12 de abril de 2013 (Rec. núm. 514/2013).

⁴⁴ STSJ Asturias de 26 de mayo de 2000 (Rec. núm. 1229/1999).

⁴⁵ STSJ Cataluña de 11 de enero de 2001 (Rec. núm. 2145/2000).

⁴⁶ Rec. núm. 4106/2011.

modo, los tribunales laborales suelen reconocer el alto grado incapacitante cuando existe una evolución desfavorable o de descompensación de la enfermedad, que se viene padeciendo desde hace años, y que cursa con un componente psicótico. La realidad judicial nos demuestra, pues, que por regla general la esquizofrenia justifica la gran invalidez “en los supuestos de autismo, intentos de suicidio, permanente conducta desordenada e interpretación delirante de la realidad, lo que suele hacer razonable que se afirme la necesidad de atención constante por otra persona para satisfacer las necesidades de la vida cotidiana del enfermo en términos alternativos o sustitutorios de su internamiento psiquiátrico, que igualmente proporciona la atención por terceros”⁴⁷.

3.2. Incapacidad permanente absoluta

Como es bien sabido, la incapacidad permanente absoluta incapacita al beneficiario para toda profesión u oficio⁴⁸. Pues bien, de todos los grados de incapacidad permanente, los tribunales laborales le han prestado siempre especial atención a este cuando se trata de graduar enfermedades mentales, y más en especial a aquellas enfermedades mentales que presentan un arco de posibilidades de calificación de mayor amplitud, abarcando desde la no invalidez hasta potencialmente cualquiera de los grados previstos, y, en particular, el de absoluta. Así ocurre paradigmáticamente con la depresión y la epilepsia. Tanto es así que ambas son de las pocas enfermedades, mentales o no, en las que, para definir el grado de incapacidad permanente absoluta se citan usualmente precedentes en las sentencias de los tribunales laborales en un más que muy loable intento de ofrecer una cierta seguridad jurídica en un ámbito tan volátil como resulta ser el de la valoración de la incapacidad.

En cuanto a la depresión, la caracterización como incapacitante absoluta de la enfermedad suele obtenerse de la depresión mayor cronificada, lo que exige a su vez que queden acreditados ambos extremos de la enfermedad, esto es, que se trate de una depresión mayor, y, además, que se encuentre cronificada. Si la depresión no es mayor o no se califica de crónica, se rechazará por regla general este concreto grado de invalidez. Ahora bien, en ocasiones se vienen admitiendo ciertas flexibilizaciones. Así ocurre cuando la depresión es de larga evolución y dicha evolución es tórpida, con una resistencia prolongada al tratamiento psiquiátrico, pues ello viene a demostrar la cronicidad. O también cuando la depresión es endógena con alteración de la memoria o el sueño, resistente a los tratamientos e irreversible.

Bajo estas premisas, el Tribunal Supremo reconoció en su momento el grado de incapacidad permanente absoluta con relación a las siguientes enfermedades: 1) la depresión endógena como la psiconeurosis, en la que destacan los síntomas hipocondríacos y la angustia⁴⁹; 2) la neurosis depresiva y la neurosis depresiva hipocondríaca⁵⁰; 3) el síndrome depresivo crónico endógeno con depresión anímica, ansiedad e insomnio⁵¹; 4) la neurosis de conversión, que determina e incide en depresión crónica e irreversible que exige de tratamiento y vigilancia psiquiátrica permanente⁵²; y 5) la reacción paranoide con depresión psicótica, con ideas delirantes de persecución, de referencia, profundo estado angustioso, y falta de pragmatismo, aun con períodos de mejoría⁵³.

Y esa misma tendencia a la calificación de absoluta la encontramos cuando la depresión, o más ampliamente la enfermedad mental, incide en la voluntad del trabajador, hasta el punto de inducirlo al suicidio, creando en su mente una ideación de autolisis permanente, incluso aunque no

⁴⁷ STSJ Cataluña de 18 de febrero de 2020 (Rec. núm. 183/2020).

⁴⁸ Según el artículo 194.5 de la Ley General de Seguridad Social (en redacción otorgada por su DT 26^a), “se entenderá por incapacidad permanente absoluta para todo trabajo la que inhabilite por completo al trabajador para toda profesión u oficio”.

⁴⁹ Cfr. STS de 27 de octubre de 1976 (RJ 1976/4545).

⁵⁰ Cfr. STS de 30 de septiembre de 1981 (RJ 1981/3518).

⁵¹ Cfr. STS de 15 de febrero de 1982 (RJ 1982/760).

⁵² Cfr. STS de 24 de abril de 1982 (RJ 1982/2509).

⁵³ Cfr. STS de 20 de diciembre de 1982 (RJ 1982/7849).

se haya materializado. Porque, si existen intentos previos de suicidio, la situación del beneficiario puede incardinarse tanto en el grado de gran invalidez como en el de incapacidad permanente absoluta.

Pero lo mismo puede indicarse (con relación a la absoluta) en caso de que exista únicamente ideación autolítica, tal y como declaró en su momento una STS de 19 de diciembre de 1989⁵⁴, al advertir que no pueden desconocerse en estos casos aquellos supuestos en los cuales la enfermedad mental incide “de modo notorio en la capacidad intelectual debido a una fuerte e irreprimible problemática emocional propiciadora de una constante inseguridad y descontrol personal”, ya que si ello se añade que “la enfermedad psíquica padecida ... en algún momento llegó a suscitar la idea del suicidio”, la conclusión a la que se llega es la de estimar adecuada la calificación de una incapacidad permanente absoluta.

Tales líneas jurisprudenciales, sentadas en su momento por el Tribunal Supremo, las vienen aceptando los tribunales laborales. Valga como ejemplo una STSJ Galicia, de 5 de junio de 2020⁵⁵, según la cual “en aquellas ocasiones en las que (como es aquí el caso) la enfermedad mental incide, de modo notorio, en la capacidad intelectual debido a una fuerte e irreprimible problemática emocional que llega a suscitar la idea del suicidio, el Tribunal Supremo ha concluido ya desde antiguo que tales dolencias inhabilitan para el ejercicio de todo trabajo, dado que ... la debilidad mental ... acredita que se encuentra impedida para asumir cualquier género de responsabilidad, por liviano y simple que sea el cometido a realizar”.

Por lo que se refiere, en fin, a la epilepsia (o mal comicial), nos encontramos aquí con una enfermedad que presenta una variada gama de matices, grados y crisis, por su distinta intensidad, frecuencia y duración de los ataques, que por sí misma no puede tipificarse en una determinada situación de incapacidad, por lo que, en cada caso concreto y singular, la manifestación de la dolencia es lo que permitirá determinar su gravedad y repercusión en la capacidad laboral del sujeto de que se trate.

Ello lo ejemplifica perfectamente una STSJ Galicia de 9 de mayo de 2017⁵⁶, al resolver –siguiendo de nuevo la doctrina sentada en su momento por el Tribunal Supremo– que, a la hora de valorar la discapacidad atribuible a la epilepsia, “la variedad de sus grados, matices y crisis determinan que no sea tipificable en un determinada IP y que haya de estarse al caso concreto para determinar la más adecuada incardinación en los diversos grados invalidantes, habiendo entendido el Tribunal Supremo que procedía el reconocimiento de IPA en supuestos de crisis generalizadas frecuentes e imprevisibles de Gran Mal, porque en tales circunstancias no cabe asumir la responsabilidad de ejercer cualquier género de actividad laboral y que es impensable que el afectado por tal dolencia pueda dedicarse a cualquier trabajo con la continuidad y eficacia normalmente exigibles, y que, muy contrariamente, había de reservarse la calificación de IPT para los supuestos en los que las crisis no resulten tan graves, o de episodios convulsivos esporádicos o mínimos en su número, o se trate de crisis de Pequeño Mal, muy particularmente tratándose de trabajos que impliquen riesgo propio y/o ajeno, o –incluso– el rechazo de toda IP en los supuestos de existencia de meras ausencias sin pérdida de conciencia, sobre todo si son aisladas y sin necesidad de tratamiento”.

En definitiva, sea cual fuere la enfermedad mental padecida, en el ámbito de la jurisdicción social resultan pronunciamientos habituales aquellos que exigen, para alcanzar el grado incapacitante absoluto, la necesidad de invocar los requerimientos psíquicos básicos exigibles mínimos para el desempeño de cualquier trabajo, que permitan realizarlo con plena responsabilidad, rendimiento y eficacia, y sin riesgo para sí mismo o para terceras personas, en suma, con un dominio del entorno laboral que está ausente en la persona trabajadora con enfermedades mentales

⁵⁴ RJ 1989/9052.

⁵⁵ Rec. núm. 5925/2019.

⁵⁶ Rec. núm. 5476/2016.

de la suficiente gravedad como para afectar a sus capacidades intelectivas y volitivas. Se trata, sin duda, de una argumentación prototípica de las sentencias declarativas de incapacidad absoluta a consecuencia de enfermedades mentales que se erige también en un canon de enjuiciamiento. Obviamente, es un canon que superan la depresión mayor crónica y la epilepsia gran mal con crisis frecuentes, y que sirve para verificar si la depresión, la epilepsia u otras enfermedades mentales son meritorias de grado de invalidez absoluta.

3.3. Incapacidad permanente total

Sobre la base de que la incapacidad permanente total para la profesión habitual es aquella que inhabilita al trabajador para la realización de todas o de las fundamentales tareas de dicha profesión, siempre que pueda dedicarse a otra distinta⁵⁷; y sobre la base además de que la delimitación de la profesión habitual no se identifica “con la categoría profesional, sino con aquellos cometidos que el trabajador está cualificado para realizar y a lo que la empresa le haya destinado o pueda destinarle en movilidad funcional, sin perjuicio de las limitaciones correspondientes a las exigencias de titulación académica o de pertenencia a un grupo profesional”⁵⁸; sobre estas bases, decimos, los supuestos más habituales de reconocimiento de una incapacidad permanente total para la profesión habitual se producen cuando la enfermedad mental no afecta a las capacidades laborales básicas, sino solo a alguna en concreto que justamente se da en el trabajo habitual de la persona.

Un ejemplo típico lo proporciona una STSJ Cataluña de 18 de noviembre de 2009⁵⁹. Se trataba de un policía local que había sufrido un accidente de trabajo “al resultar fortuitamente herido por disparo de arma de fuego”, lo que le produjo como secuelas un “síndrome de estrés postraumático con fobia específica a las armas de fuego”. Frente a la actuación de la Mutua, denegando la prestación por incapacidad permanente total porque entendía que “podría dedicarse a tareas de carácter administrativo o de atención al ciudadano, es decir funciones que se realizan sin llevar armas”, el tribunal catalán concluyó que dicha dolencia mental configuraba “un cuadro que impiden al trabajador el correcto desempeño de las tareas fundamentales de su profesión habitual de policía local”.

Otro ejemplo evidente de enfermedad mental asociable a una incapacidad permanente total resulta cuando la dolencia, que ha surgido en el concreto ámbito profesional del solicitante, se reactiva precisamente cuando se vuelve al trabajo, pudiéndose citar aquí la situación de un Ertzaina que, por su trastorno mental, no puede portar armas de fuego, mantener y restaurar el orden, o perseguir culpables, ya que al realizar esas tareas forzosamente el demandante ha de evocar el delictivo incidente del que deriva su crónica ansiedad –fue agredido en un bar por su condición de policía autonómico–, activándose la sintomatología⁶⁰.

Existen, por lo demás, similares pronunciamientos judicial cuando se trata, por ejemplo, de: (1) una auxiliar de vuelo que en un trayecto con turbulencias “había pasado miedo” y que fue diagnosticada de “síndrome postraumático con fobia social y agorafobia”⁶¹; (2) un comercial de publicidad con agarofobia y fobia social, por la incapacidad de afrontar relaciones interpersonales⁶²;

⁵⁷ De acuerdo con el artículo 194.4 de la Ley General de Seguridad Social (en redacción otorgada por la disposición transitoria 26ª de la norma), “se entenderá por incapacidad permanente total para la profesión habitual la que inhabilite al trabajador para la realización de todas o de las fundamentales tareas de dicha profesión, siempre que pueda dedicarse a otra distinta”.

⁵⁸ STS de 26 de octubre de 2016 (Rec. núm. 1267/2015). En definitiva, según esta misma resolución, “la profesión habitual se concretará en atención al ámbito de funciones a las que se refiere el tipo de trabajo que se realiza o puede realizarse dentro de la movilidad funcional”. Véase al respecto LOUSADA AROCHENA, J.F., “Concepto de profesión habitual a efectos de la declaración de incapacidad permanente, con especial aplicación al empleo juvenil”, en *Actualidad Laboral*, núm. 4, tomo 1, 2014, pág. 396, Ref. La Ley 1441/2014.

⁵⁹ Rec. núm. 985/2009.

⁶⁰ Cfr. STSJ País Vasco de 13 de noviembre de 2011 (Rec. núm. 2034/2001).

⁶¹ STSJ País Vasco de 16 de mayo de 2006 (Rec. núm. 327/2006).

⁶² Cfr. STSJ Cataluña de 8 de octubre de 2001 (Rec. núm. 4008/2001).

(3) una consultora informática licenciada en matemáticas con trastorno depresivo, por la incapacidad de asumir las altas exigencias que la ejecución de su especialidad conllevan en el sector productivo⁶³; (4) un gerente con lentitud psicomotora y mermas cognitivas, por la incapacidad de decidir⁶⁴; (5) un conductor de camión de mercancías peligrosas, que padece trastorno de ansiedad generalizada y claustrofobia⁶⁵.

Fuera de estos supuestos paradigmáticos, la incapacidad permanente total también se reconoce en aquellas ocasiones en las cuales las enfermedades mentales presentan un grado de afectación que no se puede considerar suficiente como para justificar el apartamiento pensionado del mercado laboral del beneficiario. El ejemplo más evidente es el relativo a la epilepsia, la cual, en supuestos de crisis generalizadas frecuentes e imprevisibles de Gran Mal, coloca al que la padece en situación pensionada de incapacidad permanente absoluta. En cambio, cuando las crisis no resulten tan graves, o se trate de episodios convulsivos esporádicos o mínimos en su número, o se trate de crisis de Pequeño Mal, la pensión a reconocer no puede ser otra que aquella que protege frente a la incapacidad para la profesión habitual. Y así lo viene reconociendo el Tribunal Supremo desde hace años, concluyendo que la epilepsia “es una enfermedad con tan variada gama de matices, grados y crisis, por su distinta intensidad, frecuencia y duración de los ataques, que por sí misma no puede tipificarse en una determinada situación de invalidez, al poder discurrir entre los diversos grados que contempla el artículo 135 de la LGSS, por lo que en cada caso concreto y singular, la manifestación de la dolencia es lo que permitirá determinar su gravedad y repercusión en la capacidad laboral del sujeto, al tener que distinguirse entre la denominada moderada, pequeño mal o gran mal, y si se presenta con crisis espaciadas o episódicas, típica del denominado pequeño mal, esta merece ... una calificación de incapacidad permanente total para la profesión habitual”⁶⁶.

3.4. Incapacidad permanente parcial

La incapacidad permanente parcial es, sin duda, el grado de incapacidad permanente donde menos pronunciamientos existen en relación a las enfermedades mentales. El motivo no es otro que la peculiar condición del incapacitado permanente parcial, que solo resulta calificable como tal cuando quede acreditado que presenta una disminución no inferior al 33 por ciento en su rendimiento normal para su profesión habitual⁶⁷. Así, nos encontramos, por un lado, con la evidente dificultad que encuentran los tribunales laborales a la hora de constatar una disminución no inferior al 33 por ciento del rendimiento normal del trabajador, al no existir generalmente reglas o porcentajes de rendimiento aplicables a cada profesión; y del otro, porque la propia esencia de la enfermedad mental dificulta el ya de por sí complejo sistema de determinación del grado de incapacidad permanente parcial. Pese a todo, pueden rastrearse algunos supuestos de reconocimiento de incapacidad permanente parcial en enfermos mentales⁶⁸, en particular, cuando se trata de dolencias de escasa gravedad. Y así, por ejemplo, para una STS de 31 de marzo de 1980⁶⁹, nada cabe oponer al reconocimiento de una incapacidad permanente parcial cuando un trabajador agrícola padece un síndrome depresivo caracterizado por depresión y angustia, con afectación a las posibilidades de una normal actividad laboral, “si bien reducida a una parte por la limitación menos grave causante del concepto aplicado”.

⁶³ Cfr. STSJ Madrid de 29 de noviembre de 2004 (Rec. núm. 3995/2004).

⁶⁴ Cfr. STSJ País Vasco de 4 de junio de 2013 (Rec. núm. 1033/2013).

⁶⁵ Cfr. STSJ Galicia de 10 de junio de 2016 (Rec. núm. 3104/2015).

⁶⁶ STS de 21 de junio de 1982 (RJ 1982\4057).

⁶⁷ De acuerdo con el artículo 194.3 de la Ley General de Seguridad Social (en redacción otorgada por la disposición transitoria 26ª de la norma), “se entenderá por incapacidad permanente parcial para la profesión habitual la que, sin alcanzar el grado de total, ocasione al trabajador una disminución no inferior al 33 por ciento en su rendimiento normal para dicha profesión, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de la misma”.

⁶⁸ Véase, al respecto, una STSJ Galicia de 22 de enero de 2018 (Rec. núm. 4029/2017).

⁶⁹ RJ 1980\1577.

4. LAS ENFERMEDADES MENTALES Y LA FLEXIBILIZACIÓN DEL REQUISITO DEL ALTA

Tratándose del reconocimiento de prestaciones por incapacidad permanente, la presencia de una dolencia mental en el asegurado no solo provoca particularidades a la hora de concretar el grado de discapacidad asignable a efectos del reconocimiento de una prestación, sino que incluso puede tener influencia en orden a la constatación de uno de los requisitos esenciales para el acceso a la prestación que se contempla en el artículo 165.1 de la Ley General de la Seguridad Social: encontrarse en alta o en situación asimilada al sobrevenir la contingencia o situación protegida⁷⁰.

Y así es porque, en presencia de una enfermedad mental, nuestros tribunales laborales han venido flexibilizando la exigencia de alta para acceder en general a todas las prestaciones y en concreto a las de incapacidad permanente. En estos casos, la jurisprudencia viene entendiendo que la necesidad de encontrarse en alta o situación asimilada al alta en el momento del hecho causante de la prestación no puede ser requerida en todos los casos con un excesivo rigor formalista, sino que debe ser interpretada flexiblemente en un sentido humano e individualizador, acorde con la realidad de cada caso y tendente a paliar materialmente el real infortunio de cada trabajador.

Aquí, el supuesto más habitual es aquel en el cual el trabajador no se encuentra, en el momento del hecho causante, trabajando. Su enfermedad mental le impide mantener un trabajo y, además, inscribirse como demandante de empleo, o mantener la inscripción⁷¹. En esta situación, al beneficiario le sobreviene una contingencia incapacitante, pero como en el momento del hecho causante no se encuentra en alta o en situación asimilada, la prestación le es denegada por la entidad gestora competente.

Sin embargo, en estas ocasiones el Tribunal Supremo viene desde hace lustros atenuando la exigencia del requisito del alta, en relación especialmente con las prestaciones de incapacidad permanente, mediante una interpretación humanizadora que pondera las circunstancias de cada caso concreto con el fin de evitar supuestos no justificados de desprotección. Se trata de una línea jurisprudencial, “iniciada ya con anterioridad a la casación unificadora, entre otras, SSTS/Social 4 abril 1974, 2 julio 1974, 6 marzo 1978 ... estimándose, en general, que si concurría la situación de alta, cuando se inicia el acontecer que conduce al hecho causante y es fundadamente explicable que se hayan descuidado los resortes legales prevenidos para continuar en alta, entonces el requisito ha de entenderse por cumplido”⁷².

La aplicación de esta doctrina flexibilizadora, sin embargo, no es incondicionada, ya que suele vincularse a la constatación de las siguientes particularidades⁷³: (1) Acreditación de un largo periodo de cotización efectiva con dilatada vida laboral. (2) Concurrencia de alguna circunstancia impositiva de la actividad laboral, como una enfermedad grave, un proceso de marginación social basado en un estado de alcoholismo o drogodependencia, o trastornos mentales. (3) Abandono del trabajo y baja en la seguridad social a consecuencia de alguna de esas circunstancias. (4) Que tal situación no se haya causado voluntariamente por el trabajador.

Releyendo estas exigencias, se comprobará como la concurrencia de alguna circunstancia impositiva de la actividad laboral –que es requisito esencial de esta jurisprudencia– se vincula a un

⁷⁰ Pues “tendrán derecho a las prestaciones por incapacidad permanente las personas incluidas en el Régimen General que sean declaradas en tal situación y que, además de reunir la condición general exigida en el artículo 165.1” (artículo 195.1 LGSS).

⁷¹ La cual, de acuerdo con el artículo 36.1.1º del Real Decreto 84/1996, de 26 de enero, por el que se aprueba el Reglamento General sobre inscripción de empresas y afiliación, altas, bajas y variaciones de datos de trabajadores en la Seguridad Social, resulta ser situación asimilada al alta.

⁷² STS de 27 de mayo de 1998 (Rec. núm. 2460/1997).

⁷³ Siguiendo la sistematización de las exigencias establecidas jurisprudencialmente propuesta por BARRIOS BAUDOR, G. L., *Las Situaciones Asimiladas al Alta en el Sistema Español de Seguridad Social*, Editorial Aranzadi, Pamplona, 1997, págs. 64 y 65.

proceso de marginación social basado en un estado de alcoholismo o drogodependencia o a enfermedades mentales. Se trata, en efecto, de supuestos típicos de aplicación de la jurisprudencia de flexibilización de la exigencia del alta. Y tal jurisprudencia ha nacido precisamente con ocasión de prestaciones de incapacidad permanente⁷⁴, pero como desde 1985 el alta no se exige para acceder a las pensiones de gran invalidez e incapacidad permanente absoluta cuando se han cotizado quince años⁷⁵, en la actualidad su aplicación suele darse en dos supuestos perfectamente diferenciados.

El primero de ellos resulta de la solicitud por el interesado de una pensión por incapacidad permanente total sin estar en alta, y del cual resulta buena muestra una STSJ Andalucía (Málaga) de 14 de abril de 2000⁷⁶. En este caso el trabajador padecía una “trastorno psicótico depresivo-ansioso, involutivo de larga evolución y de grado grave”, y para la sentencia andaluza “con tales presupuestos de hecho resulta de aplicación al caso concreto la doctrina humanizadora de flexibilización del requisito del alta elaborada por la doctrina legal, pues no ofrece duda que la enfermedad del actor afecta de modo notable sus capacidades intelectivas y volitivas, abocando a quien la padece a un deterioro de la persona en los planos laboral, social, intelectual y afectivo, por lo que es fácilmente deducible que teniendo mermadas esas capacidades olvidase sus obligaciones legales de mantenimiento de la inscripción como demandante de empleo, quedando en el caso justificado por tal causa el paréntesis en dicha inscripción”.

El segundo de los supuestos anunciados se produce cuando el beneficiario solicita el reconocimiento de una pensión por incapacidad permanente absoluta (o de una gran invalidez), pero sin acreditar la carencia exigida para exonerar de la exigencia de alta, tal y como sucedió en el caso que conoció una STSJ Andalucía (Granada) de 31 de marzo de 2016⁷⁷: “la esquizofrenia paranoide con comportamientos heteroagresivos, alteraciones del curso del pensamiento e ideación delirante asociada al consumo de alcohol padecido por el demandante, que requirieron la necesidad de varios ingresos involuntarios en la unidad de hospitalización de agudos de salud mental, que no tiene conciencia de la psicosis esquizofrénica que presenta, determinante de la invalidez permanente, se encontraba instaurada en el actor en el año 2011 ... fechas en las que se hallaba el demandante alternativamente en situación de alta o asimilada al alta, por encontrarse en el Régimen General o como demandante de empleo, siendo fundadamente explicable que se hayan descuidado por el interesado los resortes legales prevenidos para continuar formalmente en alta o situación asimilada durante los periodos del año 2012, 2013 y del 2014 hasta marzo en que no permaneció inscrito como demandante de empleo”. De este modo, la sentencia entiende cumplido el requisito carencial, puesto que, discutido su cumplimiento por las entidades gestoras para el supuesto de acceso a la prestación solicitada desde una situación de no alta, no lo es para el caso de alta o asimilada al alta en la que se encuentra el trabajador.

5. ALGUNOS APUNTES SOBRE LA DETERMINACIÓN DE LA CONTINGENCIA DE UNA INCAPACIDAD POR ENFERMEDADES MENTALES

Una última precisión resulta obligada: las enfermedades mentales pueden tener su origen en un accidente de trabajo y ello debe acaecer en los mismos términos que el resto de las enfermedades. Es decir, si el accidente laboral se define como “la lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena” (según dictamina el artículo 156.1 de la Ley General de la Seguridad Social), en ningún caso la referencia a “lesión corporal” se puede interpretar en una estricta literalidad que impida incluir a las lesiones psíquicas junto a las físicas. Por lesión corporal debemos entender cualquier daño o perjuicio, “no solo físico,

⁷⁴ Un interesante repaso de la evolución histórica puede encontrarse en GARCÍA MURCIA, J., “El requisito de alta en Seguridad Social y su interpretación flexible por parte de la jurisprudencia”, en *Actualidad Laboral*, n.º. 2, 2002.

⁷⁵ Así lo estableció en su momento la Ley 26/1985, de 31 de julio (BOE de 1 de agosto de 1985), de medidas urgentes para la racionalización de la estructura y de la acción protectora de la Seguridad Social.

⁷⁶ Rec. núm. 286/2000.

⁷⁷ Rec. núm. 2622/2015.

sino también psíquico, de modo que el concepto de lesión no se limita al traumatismo, sino que se amplía a todo daño corporal⁷⁸. Y así lo viene entendiendo sin cuestionamiento alguno la jurisprudencia del Tribunal Supremo desde hace años “por cuanto otra interpretación está basada en un concepto en declive y superado que asimila el accidente con traumatismo o confunde el de lesión sin tener en cuenta que gramaticalmente se estima como lesión el daño corporal procedente de herida, golpe, o enfermedad y más ampliamente cualquier daño o perjuicio, comprendiéndose igualmente dentro de ese concepto de lesión no solo el daño físico ocasionado en los tejidos sino también el trauma que produce impresiones duraderas en lo psíquico”⁷⁹.

En consecuencia, y por poner ejemplos claros, no hay problema en considerar accidente de trabajo las secuelas psíquicas, asociadas o no a otras físicas, causadas por un evento traumático constitutivo de acoso sexual, de acoso moral o, en general, de violencia en el trabajo; o la epilepsia postraumática consiguiente a traumatismo craneoencefálico en tiempo y lugar de trabajo. Así lo entendió, entre otras muchas, una STSJ Galicia de 11 de febrero de 2008⁸⁰, que declaró que la incapacidad permanente total debe derivar de accidente de trabajo cuando la dolencia mental, en este caso un cuadro de “ansiedad no especificado, es debido a una patología cuya causa fundamental sino exclusiva es el ambiente y condiciones de su trabajo”⁸¹.

De igual manera, las dolencias psíquicas pueden ser consideradas como contingencias profesionales mediante alguna de las asimilaciones contempladas legalmente en el artículo 156.2 de la Ley General de la Seguridad Social, y, en particular, a través de los siguientes tres supuestos.

En primer lugar, las enfermedades no listadas como profesionales contraídas con motivo de la realización del trabajo siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo⁸². Es el caso, por ejemplo, del síndrome de *burn-out* o un estrés laboral, al tratarse de dolencias que –a diferencia de los casos de acoso y violencia– no pueden asociarse a un evento traumático que permita acudir al concepto general. Así lo entiende, por ejemplo, una STS de 18 de enero de 2005⁸³, para la cual la incapacidad por el “trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y de la conducta” padecido por un Ertzaina debe derivar de accidente de trabajo si la misma tiene por causa “presiones e insultos por parte de los elementos más radicales del amplio entorno abertzale de la zona”. Y es que “el supuesto de autos encaja plenamente en las previsiones” del artículo 156.2.e) de la Ley General de la Seguridad Social, ya que “se trata de una enfermedad sobrevenida al agente con motivo de la realización de su trabajo, teniendo por causa exclusiva la ejecución del mismo”, por cuanto que “es sin duda el ejercicio ininterrumpido de sus funciones como Ertzaina lo que ha dado lugar a los insultos, agresiones y amenazas sufridas por el demandante, que, a su vez, fueron causa del deterioro de la salud de este y de su baja por incapacidad”.

⁷⁸ SÁNCHEZ PÉREZ, J., *La configuración jurídica del accidente de trabajo*, Laborum, Murcia, 2013, pág. 133.

⁷⁹ STS de 18 de marzo de 1999 (Rec. núm. 5194/1997).

⁸⁰ Rec. núm. 4702/2005.

⁸¹ Ambiente y condiciones de trabajo que en la propia sentencia gallega se resumían en los siguientes términos: “El demandante trabajaba en una nave que no estaba suficientemente iluminada y el ruido era ensordecedor. Había una falta de higiene muy acusada (suelos, paredes, equipo sanitario muy sucio). Los servicios higiénicos estaban muy sucios y los trabajadores eran obligados a limpiarlos. Por la empresa pululaba un perro lleno de pulgas que estaba en contacto con los trabajadores y a veces los trabajadores eran obligados a limpiar la caseta del mismo. A los trabajadores se les denegaba el material de seguridad, en especial los guantes que son de capital importancia para manejar el hierro; tenían que aguantar con ellos hasta que estaban tan deteriorados por el uso que no servían para nada. Además, si se les estropeaban en la mitad de la jornada tenían que trabajar sin ellos hasta que les daban unos nuevos al final de la jornada o al empezar la jornada del día siguiente. Tampoco se les proporcionaba tapones auditivos. La empresa les negaba a los trabajadores los partes de accidente. La encargada, Sra. Puri, no trataba con la consideración debida a los trabajadores y los insultaba con relativa frecuencia llegando a decirle al representante sindical que visitó la empresa que era su forma de ser y que creía que insultando a los trabajadores los estaba estimulando”.

⁸² Cfr. Artículo 156.2.e) de la Ley General de la Seguridad Social.

⁸³ Rec. núm. 6590/2003.

En segundo lugar, el artículo 156.2.f) de la Ley General de la Seguridad Social considera accidente de trabajo “las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente”. Ha aplicado esta asimilación a una enfermedad mental una STSJ Castilla La Mancha de 3 de septiembre de 2002⁸⁴, en relación con un brote en una esquizofrenia, que supone un empeoramiento previsiblemente definitivo.

Y, en tercer lugar, tampoco debe descartarse el encaje de la enfermedad mental en el apartado 2.g) del artículo 156 de la ley General de la Seguridad Social: “Las consecuencias del accidente que resulten modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación, por enfermedades intercurrentes, que constituyan complicaciones derivadas del proceso patológico determinado por el accidente mismo o tengan su origen en afecciones adquiridas en el nuevo medio en que se haya situado el paciente para su curación”. Podría ser el caso de “una depresión asociada a las secuelas físicas derivadas del accidente de trabajo”⁸⁵, lo que resulta factible en caso de secuelas físicas muy importantes o que, aún sin serlo médicamente, el trabajador ha vivenciado como tales.

Debe indicarse, por último, que no es posible calificar las enfermedades mentales como enfermedades profesionales, pues ninguna de ellas aparece listada en el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro. Algo muy criticable, porque hay enfermedades mentales como el síndrome de *burn-out* que se deberían considerar enfermedades profesionales en profesiones de contrastado desgaste psíquico, tales como sanidad, educación, o fuerzas del orden público. Pero hasta que el legislador social decida que eso es lo correcto, el trabajador solo podrá aspirar a que su dolencia psíquica se considere como derivada de accidente de trabajo en particular invocando la asimilación de la enfermedad / accidente, lo que le obliga, como ha quedado dicho, a acreditar una causalidad directa entre enfermedad y trabajo.

6. CONCLUSIONES

1ª.- A la hora de encajar las enfermedades mentales en el concepto legal de incapacidad permanente que maneja el artículo 193 de la Ley General de la Seguridad Social, y pese a los problemas que puedan plantearse, la amplitud de la norma permite incluirlas sin mayor dificultad.

2ª.- En relación con las enfermedades psíquicas, los tribunales laborales, a efectos de reconocer la situación protegida de incapacidad permanente, vienen diferenciando entre varios grupos bien diferenciados. Sin embargo, no deberían existir clasificaciones de carácter apriorístico.

3ª.- En presencia de una enfermedad mental, nuestros tribunales laborales han venido flexibilizando la exigencia de alta para acceder en general a todas las prestaciones y en concreto a las de invalidez.

4ª.- Las enfermedades mentales pueden tener su origen en un accidente de trabajo y ello debe acaecer en los mismos términos que el resto de las enfermedades siempre que haya una relación de causalidad.

7. BIBLIOGRAFÍA

- ALONSO OLEA, M. y TORTUERO PLAZA, J. L., *Instituciones de Seguridad Social*, 13ª edición revisada, Civitas, Madrid, 1992.
- BARRIOS BAUDOR, G. L., *Las Situaciones Asimiladas al Alta en el Sistema Español de Seguridad Social*, Editorial Aranzadi, Pamplona, 1997.
- CRUZ MORENO, M.C., *Estudio de la incapacidad laboral en funcionarios civiles del estado y trastorno mental*, Tesis Doctoral, Universidad Complutense, Madrid, 2017, localizable en eprints.ucm.es.

⁸⁴ Rec. núm. 222/2002.

⁸⁵ STSJ Galicia de 8 de febrero de 2019 (Rec. núm. 3100/2018).

- GARCÍA MURCIA, J., “El requisito de alta en Seguridad Social y su interpretación flexible por parte de la jurisprudencia”, en *Actualidad Laboral*, núm. 2, 2002.
- LOUSADA AROCHENA, J.F., “Concepto de profesión habitual a efectos de la declaración de incapacidad permanente, con especial aplicación al empleo juvenil”, en *Actualidad Laboral*, núm. 4, 2014.
- LOUSADA AROCHENA, J.F. y RON LATAS, R.P. (coord.), *Sistema de Derecho Procesal Laboral*, 2ª ed., Laborum, Murcia, 2019.
- NÚÑEZ FERNÁNDEZ, A.B., “En particular, la gran invalidez y la dependencia de tercera persona. Criterios jurídicos y criterios jurisprudenciales. El impacto de la ley de dependencia”, en Rivas Vallejo, P. (dir.), *Tratado médico-legal sobre incapacidades laborales*, 2º edición, Editorial Thomson Aranzadi, Pamplona, 2008.
- PRADO ORDÓÑEZ FERNÁNDEZ, M., “¿Histeria, Simulación o Neurosis de Renta?”, en *Scientific electronic library online*, <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v3n1/especial1.pdf>.
- PUERTO BARRIO, A.M., *La patología psiquiátrica en la incapacidad permanente*, Tesis Doctoral, Universidad de Extremadura, 2017, localizable en <http://dehesa.unex.es>.
- ORDÓÑEZ FERNÁNDEZ, M.P., “¿Histeria, Simulación o Neurosis de Renta?”, en *Scientific electronic library online*, <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v3n1/especial1.pdf>.
- ORDÓÑEZ FERNÁNDEZ, M.P., ARÉVALO, J. y CARRASCO ANTUÑA, M.A., “Neurosis de renta y expectativas de incapacidad permanente”, en *Apuntes de Ciencia*, nº. 1, 2012.
- RODRÍGUEZ GALLEGO, M.B., *Patologías psiquiátricas como causa de incapacidad permanente*, Tesis Doctoral, Universidad de Málaga, 2015, localizable en <https://riuma.uma.es>.
- ROQUETA BUJ, R., *La Incapacidad Permanente*, CES, Madrid, 2000.
- SÁNCHEZ PÉREZ, J., *La configuración jurídica del accidente de trabajo*, Laborum, Murcia, 2013.
- TORRENTE GARI, S., *El trastorno mental como enfermedad común en la protección de la incapacidad permanente*, Editorial Bomarzo, Albacete, 2007.