“Yo denuncio a toda la gente
que ignora la otra mitad”
Poeta en Nueva York. FGL

El hecho de que un trastorno psiquiátrico sea en general menos objetivo que otro de tipo físico, siempre se prestó a interpretaciones diversas y a miradas de reojo cuando, por ejemplo, un paciente presentaba en su empresa un documento de baja laboral con el diagnóstico de “depresión”; interpretaciones, digo que, si persisten hoy en día, siempre van a tener origen precisamente en el desconocimiento real de cómo se procede ahora a ese diagnóstico.

Es cierto que, hasta la exigencia de un código numérico del trastorno por el que se extiende un parte de baja, que actualmente está basado en la ICD-10 y también, si hablamos ya de trastornos mentales, en el DSM-5, poner “depresión” era una ambigüedad, algo así como un fondo de saco en el que se metían diversos cuadros, cuyo común denominador era la sintomatología afectiva… o a veces no, de forma que, efectivamente aprovechando aquella subjetividad, también algún que otro pícaro docto con mala praxis pudo plasmar un amigable ansiado diagnóstico y a ver quién le discutía.

Hoy definimos como trastornos depresivos, aquellos que se caracterizan por la “presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan a la capacidad funcional del individuo”. Entre éstos se diferencian por la duración, la presentación temporal o la supuesta etiología. No es pretensión mía disertar una lección de los mismos en esta columna, pero sí quiero nombrarlos: trastorno de depresión mayor, trastorno depresivo persistente o distímia, trastorno depresivo inducido por una sustancia, trastorno depresivo debido a otra afección médica, trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, trastorno disfórico premenstrual, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado. No incluyo en ellos el episodio depresivo del Trastorno bipolar, pues en los manuales recientes se considera éste como una entidad diagnóstica independiente, ni tampoco incluyo el ánimo depresivo que puede acompañar a un trastorno de adaptación, hecho que no excluye que me refiera también a ellos. Contemplando ese abanico, ya se puede figurar el lector que, también para el diagnóstico de un trastorno depresivo, se precisan una serie de criterios propios, requisitos para plasmar uno u otro en la correspondiente casilla de un documento oficial como es una baja médica. El afinamiento diagnóstico puede ser todavía más, así, en el trastorno depresivo mayor, el procedimiento de codificación y registro numérico se completa concretando si se trata de un episodio único o recurrente, la gravedad actual, la presencia o no de características psicóticas, el estado de remisión, etc.

Si se trata de cuadros psicopatológicos a partir de cierta gravedad, créanme que un trastorno depresivo es algo muy serio y el que sabe más de cómo se encuentra es sin duda él, el paciente que lo sufre, más incluso que el médico, que pese a su estudio sólo alcanza a asomarse al abismo en el que está sumergida la desafortunada persona. También, no me olvido, los familiares, todos ellos sufren la enfermedad y es precisamente otra vez la subjetividad y la incomprensión del trastorno, los factores que llevan como respuesta desesperada al auxilio, a decir frases como la famosa “pon de tu parte”, tan buena consejera

en general como desafortunada para estos casos: es el paciente el primero que quiere “poner de su parte” pero ni eso puede hacer, siendo cada vez más consciente de que no le comprenden, lo que a su vez lo hunde más y más.
Si hablamos de trastorno depresivo mayor, de cifras, se acepta que la prevalencia es aproximadamente de un 7%, siendo entre los sujetos de 18 a 29 años tres veces mayor que en la de pacientes de 60 años o más; por sexos, la prevalencia en las mujeres es de 1´5 a 3 veces mayor que la de los hombres.

Sufrir en general un trastorno depresivo, sea el tipo que fuere, lleva a una serie de consecuencias funcionales, a un deterioro que lógicamente también salpica a su vida laboral y ya no solo por el absentismo que puede provocar el trastorno en sí, es que además, se sabe que los pacientes con un cuadro depresivo son más propensos a comorbilidad psiquiátrica (trastornos relacionados con sustancias, trastorno de pánico, etc.), al dolor, o a padecer más enfermedades físicas, situaciones que pueden también explicar, de forma real, las bajas laborales por otros motivos no menos justificados.

Considerando todos los trastornos depresivos, éstos son causa de la mayoría de bajas laborales en nuestro país y son en conjunto, ojo, una de las principales causas de discapacidad laboral en el mundo; la O.M.S. es más tajante y pondera la depresión como la primera causa de discapacidad a nivel mundial.

Debo añadir, centrado en mi experiencia, que igual que hubo, hay y siempre habrá pacientes simuladores o con cuadros afectivos leves que pretenden obtener una baja laboral con un fin concreto, o en otro polo, pacientes muy graves que asumen obviamente y sin más remedio la baja, también existen enfermos disimuladores (los que teniendo el cuadro no quieren que los descubramos) o con más frecuencia, pacientes con consciente gravedad que pretenden que no se la firmemos arrastrados por diferentes motivaciones, como puede ser la sombra de perder ese empleo tan necesario o prejuicios familiares, sociales o de otra índole y que, para hacerlos entrar en razón, precisan que les recordemos, aunque legos en materia, los derechos básicos que tendrían como trabajador en baja, referente tanto a compensación económica (pese al apretado Real Decreto vigente con referencia a los primeros veintiún días) como a no ser despedidos por estar en esas circunstancias. Dentro de los prejuicios sociales es muy frecuente también la reclusión por la conducta evitativa de salir a la calle, y no me refiero al enclaustramiento que le provoca el trastorno de por sí, sino a la que tiene como base el temor del paciente por ser visto paseando, comprando, o haciendo como si se divirtiese, por parte de un compañero de trabajo o incluso peor, por uno de sus jefes, interpretando el pensamiento ajeno de qué se les pasará por la cabeza. La baja laboral por un trastorno depresivo es de entrada, eso, una incapacidad puntual para desempeñar su trabajo habitual debido al estado patológico, pero no excluye que, si es que puede, intente hacer otras actividades cotidianas, lo vea quien lo vea y piensen lo que piensen. Sí, es cierto que el paciente que está depresivo lo está en todos los escenarios de su vida, pero ahí está, las exigencias de unos u otros medios son totalmente distintas, lo que justifica claramente esa discordancia de aptitud. Por último, comentar que la seriedad de una baja laboral por trastorno depresivo, es una contingencia común que no se pasa tampoco por alto en el caso de que el paciente pertenezca a las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado; en estos casos, al tratarse de una baja psicológica, y como nos podemos figurar, están obligados a depositar el arma propia en el momento de su efecto.